

1ª pesquisa sobre condições de saúde e vida dos

idosos

da Cidade do Rio de Janeiro | 2006

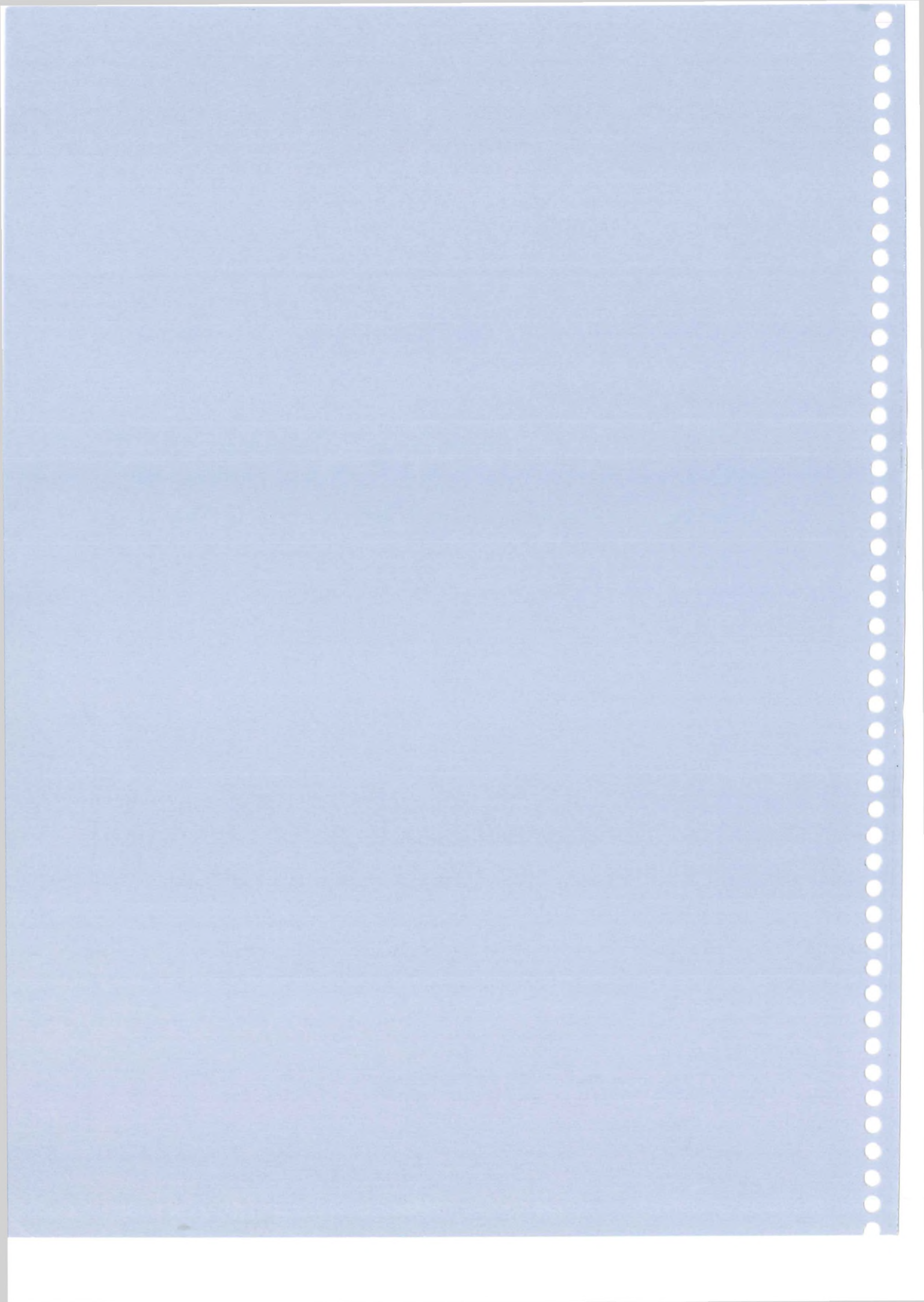
PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO

Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos

2008



1ª pesquisa sobre condições de saúde e vida dos

idosos

da Cidade do Rio de Janeiro | 2006

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Cesar Maia | Prefeito

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Jacob Kligerman | Secretário

SUBSECRETARIA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE
Magda Cortes Rodrigues Rezende | Subsecretária
Meri Baran | Superintendente de Vigilância em Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DE URBANISMO
Augusto Ivan de Freitas Pinheiro | Secretário

INSTITUTO MUNICIPAL DE URBANISMO PEREIRA PASSOS
Sergio Besserman | Presidente
Paula Serrano | Chefe de Gabinete

DIRETORIA DE INFORMAÇÕES GEOGRÁFICAS
Fernando Cavallieri | Diretor
Maria Luiza Furtado de Mendonça | Diretora Adjunta

Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos | IPP
Rua Gago Coutinho, 52 | Laranjeiras | CEP 22221-070 | Rio de Janeiro | RJ
(55) (21) 2555 8000 | www.armazemdedados.rio.rj.gov.br | www.rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Afonso Cavalcanti, 455 | Cidade Nova | CEP 20211-110 | Rio de Janeiro | RJ
(55) (21) 2503 2242 | www.saude.rio.rj.gov.br

© Todos os direitos reservados ao Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos.
É proibida a reprodução total ou parcial desta publicação sem consentimento.
Rio de Janeiro | 1ª edição | 2008

COORDENAÇÃO DA PESQUISA
Alcides Carneiro | IPP
Rosana Iozzi | SMS
Carlos Maia | SMS

Situação do idoso Alcides Carneiro | IPP e Soraya Oliveira | IPP
Idéia da Pesquisa Alcides Carneiro | IPP e Rosana Iozzi | SMS
Metodologia Antônio Carlos Ponce de Leon (UERJ) e Lucia Santos | IPP
Territorialidade Alcides Carneiro | IPP
Análise Sócio Econômica Alcides Carneiro | IPP,
Narcisa Gonçalves dos Santos | UERJ, Soraya Oliveira | IPP e
Luciana Azeredo Santos | UERJ
Imunização Maria Cristina Ferreira Lemos | SMS, Nadja Greffe |
SMS, Silvana Caetano | SMS
Capacidade Funcional Maria Isabel Parayba | IBGE
Rede de Apoio Social Flávia Furtado | SEQV, Sandra Pollo |
SEQV e Maria Martha Caetano | SMS
Quedas Alcides Carneiro | IPP e Luiza Machado | SMS
Hábitos Elyne Engstron | SMS/Fiocruz e Silvana Caetano | SMS
Morbidade Referida Rosanna Iozzi | SMS
Percepção Silvana Caetano | SMS
Saúde Bucal Elisete Casotti | SMS
Uso dos Serviços de Saúde Silvana Caetano | SMS
Acessibilidade Alcides Carneiro | IPP e Márcia Frota | IPP
Suporte de Informática e Estatística Vanessa Reis | SMS,
Lucia Santos | IPP, Luciana Azeredo Santos | UERJ,
Alexandre Azevedo | SMS

Projeto gráfico Ana Tereza Barrocas | IPP
Fotos César Duarte, Nelson Duarte e RIOTUR
Editoração Veronica Naomi Kaibara
Revisão dos Textos Natércia Rossi | IPP
Revisão Bibliográfica e Padronização de Texto
Inês Germano | IPP
Impressão Indústria Gráfica Eskenazi

Secretaria Municipal de Urbanismo / Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos /
Secretaria Municipal de Saúde.

1ª Pesquisa sobre condições de saúde e vida de idosos da cidade do Rio de Janeiro, 2006.
Rio de Janeiro: SMU/IPP/SMS, 2006. 280 p. il., mapas.

Inclui referências bibliográficas.

1. Indicadores de saúde – Idoso – RJ. 2. Assistência ao Idoso – Legislação.
3. Condições sociais – Idoso. 4. Políticas públicas – Idoso.

CDD:308

CDU:308(815.31)

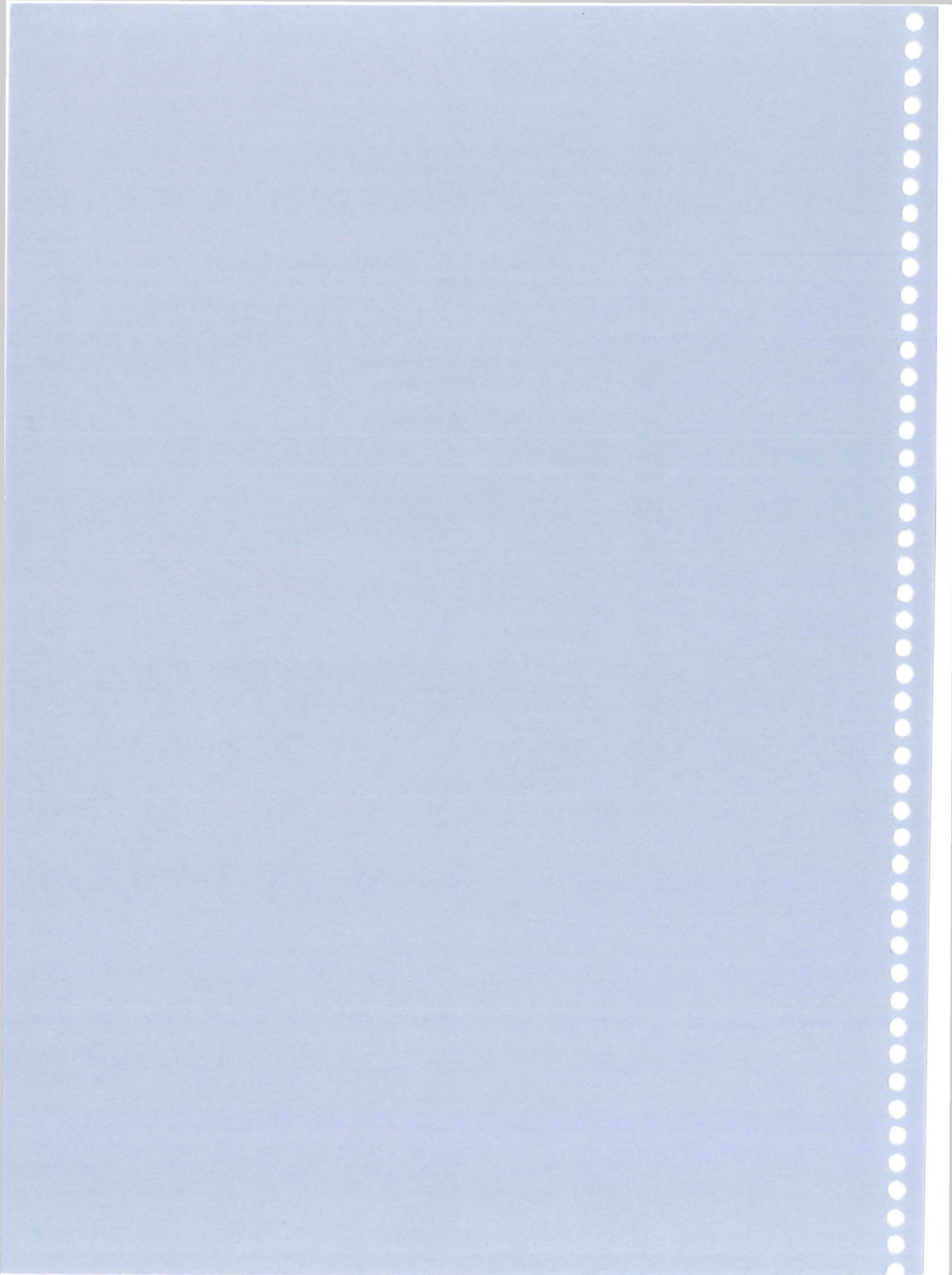
159p

Sumário

09	APRESENTAÇÃO
11	SITUAÇÃO DO IDOSO NO RIO DE JANEIRO
14	Epidemiologia do Envelhecimento
15	Envelhecimento, Políticas Públicas e Democracia
16	O Contexto Internacional
17	Envelhecimento no Brasil
19	Políticas Públicas para a Pessoa Idosa
26	Referências Bibliográficas
29	A IDÉIA DA PESQUISA
31	Objetivo Geral
31	Objetivos específicos
33	METODOLOGIA
33	Trabalho de Campo
34	Softwares utilizados
34	Determinação do Tamanho da Amostra e Cálculo de sua Expansão
34	Notação utilizada
35	Cálculo do Peso para a Expansão da Amostra
36	Fator de Expansão
37	Estimativas do Coeficiente de Variação
38	Procedimento utilizado para análise descritiva das variáveis categóricas
41	TERRITORIALIDADE Análise por Área de Planejamento de Saúde
44	AP 1
44	AP 2
45	AP 3
46	AP 4
46	AP 5
49	ANÁLISE SÓCIO-ECONÔMICA
51	Sexo e Idade
53	Grau de Instrução
54	Renda
55	Fonte de Renda
57	Ocupação exercida a maior parte da vida
60	Necessidade de ajuda financeira para viver
62	Responsabilidade Financeira do Domicílio
63	Relacionamento Interpessoais
65	Características das dez Áreas de Planejamento de Saúde
65	Sexo
65	Idade
67	Escolaridade
68	Renda
69	Plano de Saúde
70	Conclusão
71	Referências Bibliográficas

73	IMUNIZAÇÃO
73	Campanha de Vacinação Anti-Influenza
74	Resultados da Campanha de Vacinação Anti-Influenza
81	Avaliação da Campanha de Vacinação Anti-Influenza
82	Referências Bibliográficas
83	CAPACIDADE FUNCIONAL
83	Incapacidade Funcional dos Idosos: Importância do Indicador
84	Definição de Incapacidade Funcional
86	Avaliando a Incapacidade Funcional
88	Aspectos relacionados com a incapacidade funcional em idosos: ambientais, comportamentais e de morbidade
92	Métodos
93	Resultados
99	Discussão e Considerações Finais
100	Referências Bibliográficas
104	Anexos
109	REDE DE APOIO SOCIAL
111	Resultados
111	Pessoa com quem contar
113	Frequência de Visitas
117	Rede de Apoio nas dez Áreas de Planejamento de Saúde (AP)
118	Discussão e Considerações Finais
119	Referências Bibliográficas
121	HÁBITOS
121	Prática de Atividade Física
122	Resultados
125	Discussão e Considerações Finais
126	Tabagismo
127	Resultados
130	Discussão
133	Consumo de Frutas, Verduras e Legumes
134	Resultados
135	Discussão e Considerações Finais
136	Referências Bibliográficas
139	MORBIDADE REFERIDA
139	Introdução
141	Coexistência de Doenças ou Comorbidades
148	As Doenças
153	Hipertensão Arterial
157	Diabetes Mellitus
163	Comentando
165	Análise por Área de Planejamento de Saúde
167	As Doenças nas AP
174	Referências Bibliográficas
177	PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE
177	Introdução
178	Resultados
183	Análise por AP
183	Discussão e Considerações Finais
188	Referências Bibliográficas

191	QUEDAS
191	Introdução
195	Resultados da Pesquisa
207	Discussão e Considerações Finais
208	Referências Bibliográficas
209	SAÚDE BUCAL
209	Introdução
210	Perfil Epidemiológico da População Adulta e Idosa
213	Principais Resultados
219	Uso e necessidade de prótese total e local de atendimento odontológico: estudo por Área de Planejamento de Saúde (AP)
220	Discussão e Considerações Finais
225	Referências Bibliográficas
227	USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
227	Introdução
228	Resultados
230	Análise por AP
233	Discussão e Considerações Finais
235	Referências Bibliográficas
237	CONSIDERAÇÕES FINAIS
241	SUPERVISORES DE CAMPO, QUESTIONÁRIO E INSTRUTIVO
253	GLOSSÁRIO
261	O PORTADOR DE DEFICIÊNCIA: AS BARREIRAS ARQUITETÔNICAS E A ACESSIBILIDADE
261	Contexto internacional e quadro jurídico
263	Definições
265	Quadro Atual
266	Nível Local
271	Referências Bibliográficas



Apresentação

O Brasil está ficando mais velho. Aqui como em qualquer sociedade que convive com a transição demográfica, este processo resulta do aumento da longevidade associado à queda da fecundidade.

Na cidade do Rio de Janeiro, este fenômeno ocorreu prematuramente, ou seja, não temos ainda parâmetros nacionais para lidar com esta nova realidade. Se não temos parâmetros, temos números, ou melhor, contingentes. Em 2006, ano da pesquisa, a cidade, segundo dados da PNAD, já ultrapassara a barreira do milhão de idosos. Um em cada seis cariocas já ingressou na terceira idade.

Ao longo da vida, os desgastes se acumulam e as atitudes assumidas preservarão ou não a saúde. O envelhecimento ativo é um misto de meta e sonho, mas inevitavelmente conviveremos com pesadelos resultantes de estilos de vida, nem sempre saudáveis, da população.

Esta nova realidade trará novos desafios ao poder público na formulação de políticas adequadas às necessidades do envelhecimento populacional. O 1º parágrafo indica que nossa cidade vai precisar, cada vez mais, de profissionais que saibam trabalhar com o idoso – geriatras, gerontólogos, cuidadores - e cada vez menos de pediatras.

A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, atenta à alteração do perfil etário do carioca, sabe que para atender bem aos idosos, vai precisar conhecê-los melhor, um grupo que, em vias de regra, tem recuperação mais lenta dos seus problemas de saúde, gerando maior tempo de internação e custo proporcionalmente maior. Logo, dispor de informação e conhecimento torna-se primordial na estratégia de assistência, preventiva ou não.

A 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006 pode ser considerada o primeiro banco de dados sobre idosos do Rio de Janeiro. A estratégia para ouvir os idosos foi aproveitar a estrutura dos postos de saúde da Prefeitura durante a Campanha de Vacinação Contra a Gripe de 2006.

Para os profissionais da Prefeitura envolvidos (SMS, IPP e SEQV) e de parceiros de outras instituições (UERJ, UFF, UFRJ, UNIRIO, Faculdade Bezerra de Araújo e IBGE) esta pesquisa significou a experimentação de todas as etapas de desenvolvimento de um trabalho – interdisciplinar, interinstitucional – e que vem sendo desenvolvido desde 2004.

Nessa primeira pesquisa tentamos abraçar o mundo dos idosos. As posteriores tendem a ser mais direcionadas, pois a experiência adquirida aponta para indicadores mais específicos e consistentes na avaliação da condição de saúde e vida das pessoas longevas da nossa cidade.

De todos os aspectos abordados nesta pesquisa algumas questões se apresentaram como marcadoras da condição de saúde da população idosa – percepção da condição de saúde, capacidade funcional e morbidade referida.

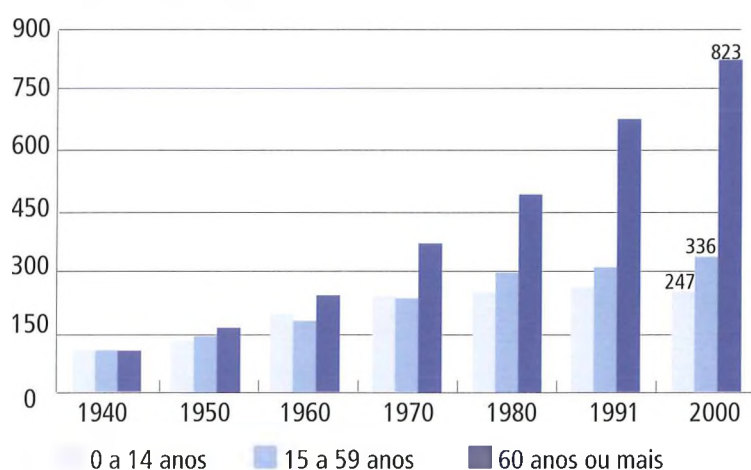
Situação do idoso no Rio de Janeiro

O envelhecimento da população, que até a década de 70 era uma característica de países desenvolvidos, agora é uma realidade que não distingue mais aqueles que ainda não conseguiram atingir o estado de bem estar social. O rápido aumento da longevidade, associado à brusca queda da fecundidade nas últimas décadas, acarretou para o segmento idoso um crescimento bem superior ao dos demais grupos etários.

O Brasil envelheceu nos últimos 50 anos e na Cidade do Rio de Janeiro essa transformação se deu de forma ainda mais intensa. Nossa Cidade pode ser considerada hoje como a capital nacional do idoso, pois só aqui eles respondem por 16% do total da população, ou seja, aproximadamente um em cada grupo de seis moradores tem pelo menos 60 anos de idade, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio – PNAD/2005.

A PNAD/2006 mostra também que o contingente de cariocas idosos se aproxima do seu primeiro milhão (973 mil), ou seja, se esse grupo fosse um município fluminense, seria o 2º mais populoso. Essa cidade fictícia teria o dobro da população de Niterói, antiga capital do Estado do Rio de Janeiro.

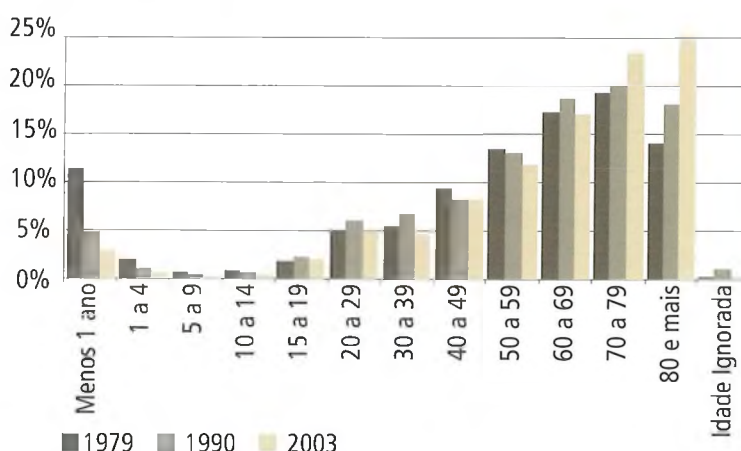
Gráfico 1.1 Número-índice da evolução dos principais grupos etários com base em 1940=100



O gráfico mostra que nas seis últimas décadas o segmento idoso vem crescendo a uma velocidade bem superior àquela verificada para os demais grupos etários e o número índice evidencia bem as diferenças. Tomando o ano de 1940 como base, podemos constatar que o segmento jovem cresceu em uma vez e meia sua população. O grupo adulto aumentou em 2,3 vezes

seus componentes e, finalmente, os idosos multiplicaram sua população em 7,2 vezes no mesmo período.

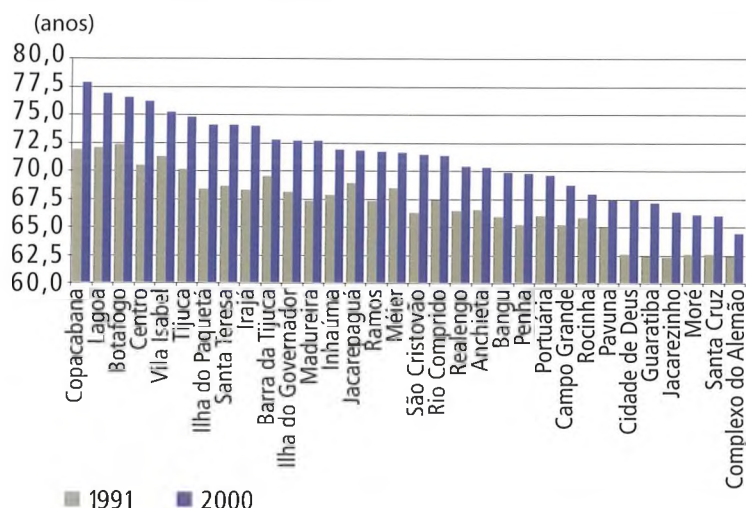
Gráfico 1.2 Distribuição % da mortalidade, segundo grupos etários - MRJ - 1979, 1990 e 2003



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) - SUS

em 2003. Aproximadamente, dois em cada três óbitos na cidade é de pessoas idosas. Finalmente, a faixa mais alta, daqueles com 80 anos ou mais, passou a ser o segmento com maior proporção de óbitos. Aproximadamente um em cada quatro habitantes da cidade morre com 80 anos ou mais.

Gráfico 1.3 Esperança de vida (em anos) ao nascer em ordem decrescente pelos anos de 2000, segundo a Região Administrativa 1991 e 2000



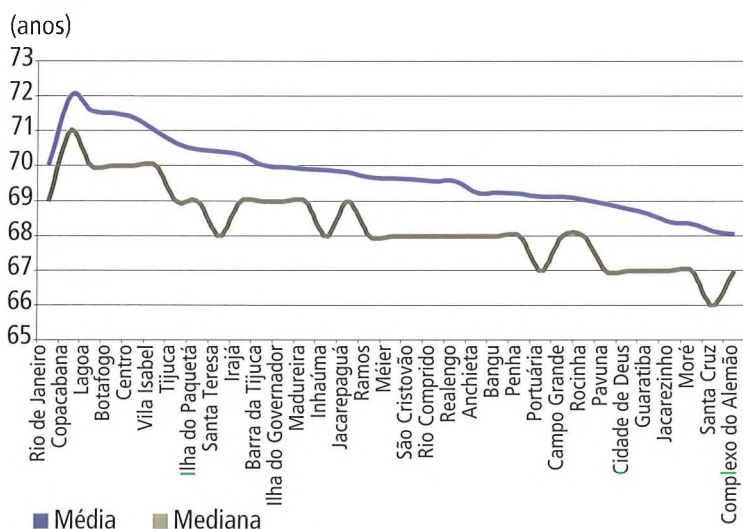
Fonte: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - IPP

anos ou mais do que o morador dos complexos de favela. O crescimento da esperança de vida entre 1991 e 2000 confirma ganhos médios de até cinco anos em tão curto período de tempo.

O gráfico mostra que ocorreu migração na proporção dos óbitos das idades mais novas e medianas para as mais velhas, à medida que avançamos no tempo. Nestes 25 anos, os menores de um ano reduziram sua participação de 11,5% para 2,7% do total de mortes. Em compensação, os idosos, que já respondiam pela metade dos óbitos em 1979, ampliaram sua participação para 64,8%

A conjunção da queda na mortalidade infantil associada à morte em idades mais avançadas acabou por gerar o crescimento da esperança de vida ao nascer, explicitado no gráfico. A esperança de vida ordenada de forma decrescente entre as Regiões Administrativas (RA) mostra que determinantes sociais acabam por definir quem vai viver mais ou não na cidade, e os dois extremos da escala confirmam que o morador da Zona Sul carioca vai viver dez

Gráfico 1.4 Média e Mediana de idade da população idosa - Regiões Administrativas - 2000

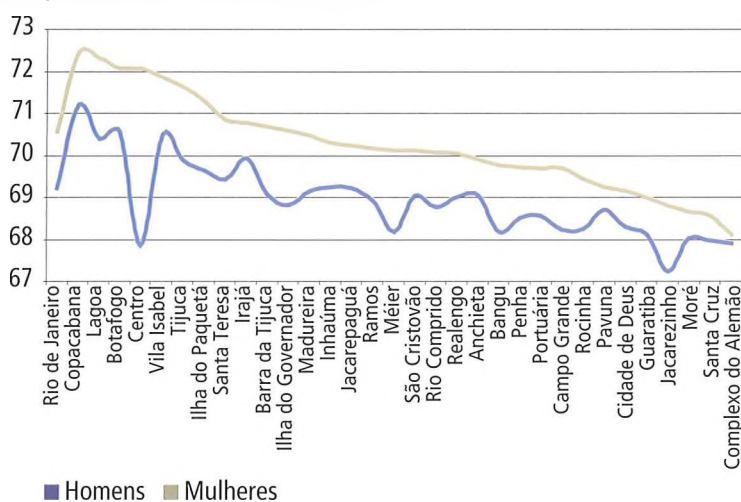


Fonte: Censo Demográfico 2000 - IBGE

A média e a mediana são medidas de tendência central que auxiliam o entendimento de algum fenômeno. O gráfico abaixo nos mostra que a idade mediana é sempre inferior à idade média, ou seja, metade da população idosa do município tem até 69 anos; por outro lado, a média etária deste mesmo segmento se situa em 70 anos. Outra informação que salta à vista: RA classificadas em ordem decrescente, repetem a mesma tendência verificada para a esperança de vida, RA com população de maior poder aquisitivo têm média e mediana sempre superiores àquelas encontradas em RA com amplo predomínio de favelas. Entre Copacabana e Cidade de Deus a diferença entre a idade média e a idade mediana é igual a quatro anos.

Focando o olhar para a questão do sexo, fica mais fácil entender o superávit feminino da terceira idade, pois, independente da região da Cidade, a média etária das mulheres sempre supera

Gráfico 1.5 Média de idade da população idosa por sexo - Regiões Administrativas - 2000



Fonte: Censo Demográfico 2000 - IBGE

à dos homens. As diferenças não são tão expressivas como as verificadas entre as médias e medianas, pois estas orbitam no entorno de um ano, exceção feita às RA de Paquetá, Barra da Tijuca e Maré que convivem com diferença etária mais significativa.

Epidemiologia do Envelhecimento

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial. O desenvolvimento social com a ampliação da oferta de medidas de infraestrutura como saneamento e oferta de água têm importante impacto sobre a mortalidade. Os avanços tecnológicos na área da saúde - vacinas, novas terapêuticas, unidades de terapia intensiva e alta tecnologia – além de mudanças no estilo de vida, com a introdução de hábitos mais saudáveis – diminuição do tabagismo, estímulo à prática de atividade física, alimentação saudável resultam no aumento da expectativa de vida. No Brasil, no início do século XX esta expectativa era de 33 anos, atingindo 43 na década de 50; e, a partir daí, vem crescendo significativamente, chegando a 72,8 anos em 2006 (IBGE-2006).

O Brasil, até a década de 70, era considerado um país jovem, hoje estamos no patamar de países de população envelhecida, que segundo a OMS, é aquela com percentual de idosos maior ou igual a 7%. No Brasil, este percentual é de 10,5% (IBGE, 2006), o que corresponde a um total de 19 milhões de pessoas com idade maior ou igual a 60 anos e, de acordo com dados da ONU, passará dos atuais 19 milhões para 33,4 milhões em 2025, colocando-se como a sexta população idosa do mundo (WHO, 2002).

As pessoas estão vivendo mais, alterando-se o panorama epidemiológico da morbidade e mortalidade da população. As doenças infecto-contagiosas mais prevalentes nas populações jovens tendem a diminuir sua incidência, enquanto as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) predominam em pessoas idosas. A esse processo de mudança no perfil de morbimortalidade, que acompanha a transição demográfica, denomina-se transição epidemiológica.

As mudanças na composição etária da população resultam em significativas alterações no perfil de mortalidade da população, observando-se um expressivo aumento na prevalência das doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças respiratórias, típicas das faixas etárias mais adiantadas. (Camarano, 2004; Caimowicz, 2006). Dados do Ministério da Saúde mostram que a principal causa isolada de internação no Brasil é a insuficiência cardíaca congestiva. Outras doenças, típicas da longevidade assumem dimensões epidêmicas com o envelhecimento populacional, como por exemplo, a Doença de Alzheimer.

O envelhecimento humano é um fenômeno global que exige ações específicas. Os países em desenvolvimento enfrentam os maiores desafios, pois a maioria ainda não possui políticas abrangentes para atender às necessidades do envelhecimento populacional. Coexistem realidades em que ainda demandam luta contra doenças infecto-contagiosas, desnutrição e agravos relacionados às violências e acidentes e, ao mesmo tempo, enfrentam o crescimento rápido das doenças não transmissíveis.

As doenças crônicas são causas importantes e dispendiosas de perda de autonomia e independência e, conseqüentemente, de má qualidade de vida. Doenças crônicas como cardiopatias, neoplasias e depressão são, hoje, as principais causas de morte e invalidez.

É importante lembrar que velhice não significa doença, entretanto é neste estágio da vida que predominam as doenças crônicas não transmissíveis. O não controle destas doenças leva ao desenvolvimento de agravos que podem comprometer a capacidade funcional, gerando incapacidades e conseqüentemente a perda da autonomia e independência.

O desafio que se apresenta é o de se conseguir aumentar a expectativa de vida com qualidade, para que os anos conquistados sejam vividos com dignidade para os indivíduos e suas famílias. O importante é garantir a independência e a integração social, garantir o atendimento das necessidades básicas desta parcela da população que tem demandas específicas de cuidado. E para responder a este desafio, o primeiro passo é o conhecimento do processo demográfico e epidemiológico, próprios dessa faixa etária (Freitas, 2006).

Envelhecimento, Políticas Públicas e Democracia

O envelhecimento como questão política começa a ganhar força no final do século XX e, no início da década de 80, os países que vivenciavam a transição demográfica na Europa começam a se organizar para abarcarem um novo padrão demográfico, tendo como um dos impactos a transição epidemiológica que o acompanha.

Assim, assiste-se à substituição da idade das pestilências e da fome pela idade do declínio das pandemias, para depois se chegar até a idade das doenças degenerativas e das doenças provocadas pelo ser humano (Silva, 2007).

Certamente, o fato de uma sociedade conseguir alcançar maior longevidade está associado ao desenvolvimento tecnológico e informacional, bem como a estruturação médico-sanitária. Contudo, e pelo exposto, esta sociedade precisa se apropriar da responsabilidade para garantir a qualidade de vida necessária àquele segmento que não é só resultado deste desenvolvimento, mas das mãos que o impeliu. Torna-se necessário que o Estado e a Sociedade como um todo, sejam capazes de oferecer respostas políticas para o envelhecimento com qualidade de vida.

Um envelhecimento ativo, conforme proposto pelos organismos internacionais a exemplo da OMS, está relacionado à garantia não só do controle do processo saúde doença, mas de políticas

públicas que permitam a inclusão na sociedade, de fato, do segmento idoso. Trata-se de pensar na direção da ampliação das políticas de Seguridade Social num contexto histórico específico, o da Reforma do Estado.

O Contexto Internacional

Em 1982, acontece em Viena, a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. Foi o primeiro esforço internacional que impôs a responsabilidade para a Europa, de oferecer respostas políticas para o processo de envelhecimento que tomava vulto.

Posteriormente, em 1999, as Nações Unidas determinaram o Ano Internacional das Pessoas Idosas e os Estados-Membros viram-se obrigados a assumir o compromisso de abordar as questões ligadas ao envelhecimento considerando: a manutenção do equilíbrio das finanças públicas; o emprego (a Comunidade Européia impõe medida legislativa que proíbe a discriminação no emprego em função da idade - Directiva 2000/78/CE do Conselho, de 27 de Novembro de 2000), a proteção social e o desenvolvimento sustentável (Comissão das Comunidades Européias, Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, 2002).

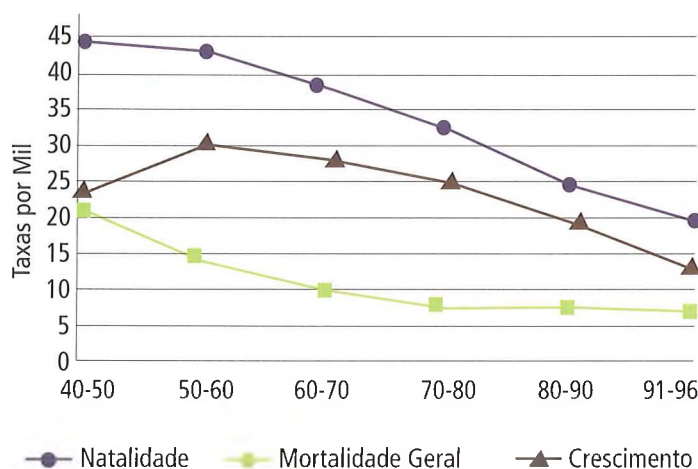
Dentre as Resoluções deliberadas em 2001, a 56ª Assembléia Geral da ONU deu destaque à situação do envelhecimento sob o recorte de gênero, destacando a necessidade de se levar em conta as especificidades da mulher idosa na formulação de políticas e convida os governos dos países membros que atentem para a situação da idosa no Contexto da Segunda Assembléia Mundial sobre o envelhecimento que aconteceu em Madri no ano de 2002 (A situação da mulher idosa na sociedade. Resolução 56/126/ ONU, 2001).

A II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em colaboração entre a ONU e o Governo Espanhol, teve como objetivo contribuir para a elaboração do Plano Internacional sobre Envelhecimento, idealizado na I Assembléia em 1982.

A comunidade internacional se insere no século XXI, portanto, com propostas políticas concretas para lidar com o processo de transição demográfica e controle das conseqüências que a acompanham. No Brasil, país que ainda vivencia os primeiros impactos dessa transição, os esforços para acompanhar o desenvolvimento da sociedade são visíveis pela legislação que vem tecendo para seus idosos.

Envelhecimento no Brasil

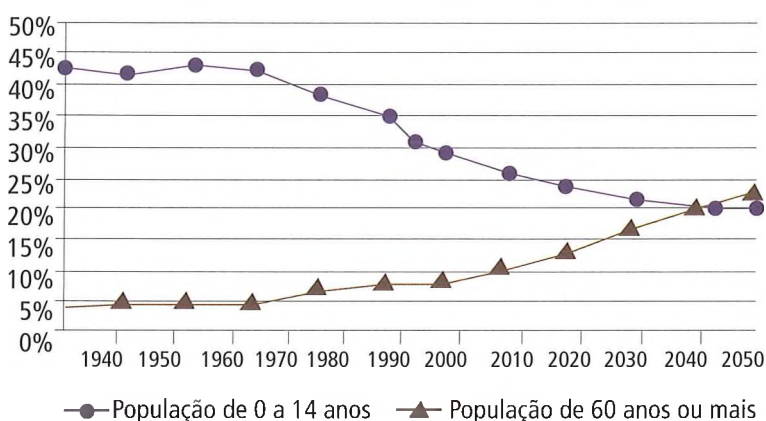
Gráfico 2.1 Transição Demográfica Brasileira - 1940 - 1996



Fonte: Fundação IBGE, Censos Demográficos de 1900 a 1991
Contagem Populacional de 1996 e Projeções de 2000 a 2050

idade a partir da segunda metade do século passado, conduz o país à transição demográfica na entrada do novo século (Nadalin, 2004).

Gráfico 2.2 Proporção da população total com idades de 0 a 14 anos e 60 anos ou mais - Brasil - 1940 - 2050



Fonte: Fundação IBGE, Censos Demográficos de 1900 a 1991
Contagem Populacional de 1996 e Projeções de 2000 a 2050

população idosa feita pelo IBGE para o Brasil até o ano de 2050, quando a população idosa aparecerá representando quase um quarto do total da população brasileira.

No final do século passado, a sociedade já começava a se organizar em torno da questão do

O Brasil já carrega uma história de contínuo crescimento da sua população desde o fim do século XIX consequência do controle da mortalidade e do incremento populacional com o processo de significativa imigração. Após a década de 30, quando ocorre o deslocamento da economia brasileira de agrário exportadora para urbana e industrial, a mortalidade apresenta decréscimos significativos, processo que, aliado à queda da fecundi-

No Brasil, o envelhecimento, enquanto um processo que reflete as quedas da mortalidade e fecundidade ganha visibilidade política a partir do momento em que se começa a relacionar envelhecimento e dependência, ou seja, quando a população idosa representa um movimento de pressão política para garantia de recursos a serem repassados pela sociedade. O gráfico, extraído da página da Unicamp, permite visualizar a projeção da

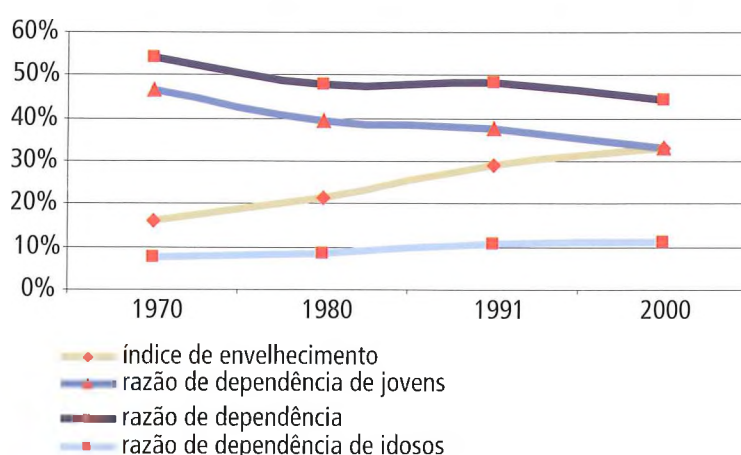
idoso. A Constituição Federal de 1988 reserva um capítulo à família, infância, adolescência e ao envelhecimento, com apenas um artigo:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e garantindo-lhes o direito à vida.

§1º os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

§2º aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos e urbanos (CF Título VIII - Cap. VII - Art. 230).

Gráfico 2.3 Índice de Envelhecimento e Razão de Dependência Total de Jovens e de Idosos - 1970 a 2000



Fonte: Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e 2000 - IBGE

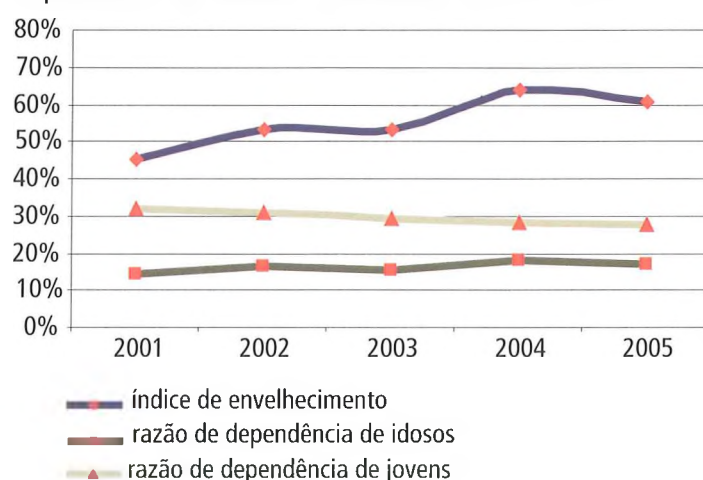
apenas à ordem cronológica e tem demonstrado que, enquanto a razão de dependência entre os jovens diminui, a dependência entre população idosa aumenta. O gráfico confirma esta tendência para o município nas últimas décadas.

O gráfico 2.4 confirma a tendência do envelhecimento também para os primeiros anos deste novo século no município. Percebe-se que o índice de envelhecimento¹ aumenta desde 2001, passando de 45,4% neste ano, para 60,7% em 2005. A razão de dependência foi desagregada em dependência de jovens, que apresenta tendência ao declínio já que o total de jovens em valores absolutos diminuiu entre os censos de 1991 e 2000 na cidade, e, a dependência dos idosos, que apesar de oscilar, sugere que seu aumento será realidade nos próximos anos. Vale lembrar que este índice não incorpora os idosos mais jovens (60 a 64 anos), portanto, está aquém da realidade.

¹ Número de pessoas de 65 anos e mais de idade para cada 100 pessoas menores de 15 anos de idade, na população, residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado" (IBGE).

Camarano e Ghaouri (1999) informam que a dependência da pessoa idosa ocorre em relação à família ou às instituições públicas / privadas e que esta dependência pode ocorrer em várias medidas, dependendo da própria situação do idoso. Ainda segundo estas autoras, a razão de dependência demográfica (quociente entre os mais jovens e mais velhos e a população adulta) obedece

Gráfico 2.4 Índice de Envelhecimento e Razão de Dependência de Jovens e a de Idosos - 2001 a 2005



Fonte: PNAD da Cidade do Rio de Janeiro - IBGE

Quando se parte do princípio de que o idoso é economicamente dependente, se cai na conclusão imediata de que o aumento da razão de dependência significaria o aumento dos encargos do idoso para a sociedade, família e Estado. Contudo, quando consideradas outras variáveis (sexo, renda, trabalho, responsabilidade de domicílio, etc.) a dependência econômica pode não corresponder à dependência demográfica.

Apesar do argumento acima, tal fato deve ser considerado: o envelhecimento é uma realidade e a dependência dos idosos, ainda que deva ser ponderada segundo outros indicadores e variáveis, existe tanto em relação à família quanto ao Estado. Por este motivo é necessário entender melhor quais princípios norteiam a regulação, por parte do Estado, do envelhecimento ativo, processo que depende da diversidade de fatores que envolvem a autonomia e a independência dos sujeitos.

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas mais velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela ONU (OMS. Envelhecimento Ativo e Saudável, 2002).

A garantia de envelhecimento ativo, conforme orientado pela OMS, vai depender da condução de políticas públicas que balizem não só o controle do processo saúde / doença, mas a inclusão na sociedade dos sujeitos idosos. Tal questão esbarra no tema da Seguridade Social, que, no Brasil, engloba as políticas de Previdência, Saúde e Assistência. Tal matéria, na contemporaneidade, tem sido tema de conflituosos debates no interior do Estado.

Políticas Públicas para a Pessoa Idosa

Um sistema de Seguridade Social segue a perspectiva das negociações entre as diferentes esferas para regular a intervenção do Estado na sociedade e tem como objetivo garantir determinado padrão de qualidade de vida. Daí a importância, já indicada por Pereira (2002), em se destacar

os **mínimos sociais** como recurso jurídico e político conflituoso, porém necessário. Jurídico porque conta com a força da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº8742/93) e político porque depende do embate de forças políticas na negociação do que deve ser considerado como os **mínimos sociais** em cada realidade sócio-histórica.

Carvalho (2000), indica que os **mínimos sociais** informam padrões de vida, tendo como referência as condições sociais, econômicas, políticas e culturais de um dado país. Desta forma compreende-se que a construção da noção do que são mínimos sociais vai depender do desenvolvimento da sociedade e do embate entre as forças políticas, cujo resultado vai determinar quais os mínimos de recursos que devem estar disponíveis para os cidadãos.

Em suma, os **mínimos sociais** não devem estar restritos à discussão, elaboração e operacionalização da Política de Assistência Social. Sua garantia faz parte de um projeto societário e, portanto, devem estar articulados à condução das Políticas de Seguridade Social na gestão do Estado, incorporando os interesses oriundos das diferentes classes sociais, dentro dos limites da governabilidade e para sua garantia.

Essa tendência permite estabelecer relação do movimento que a Seguridade Social tem tido na história, principalmente no que tange à gestão das crises econômicas, tema trabalhado por Bhering (1993) e recuperado por Mota (2000).

Sem ter a pretensão de realizar uma análise acerca da Reforma do Estado, é necessário expor a sua lógica, na medida em que estamos falando de um fenômeno demográfico que demanda uma ampliação de políticas públicas para a garantia de envelhecimento ativo, no momento em que o Estado passa por processo de **modernização** para modelo que sugere a retração de políticas públicas e sustenta o mercado como o campo ideal para satisfação de necessidades² (Guerra, 1998).

Quando as políticas de corte social aparecem com maior frequência na agenda das reformas que vão conduzir o país nos rumos da nova ordenação econômica internacional, o tão comentado Neoliberalismo, a ênfase do discurso recai na diminuição da intervenção estatal na regulação dos direitos sociais em oposição ao modelo de proteção social que vigorou até a década de 70.

Conforme colocado por Bhering (1993), por um lado, a sociedade vive realidade de desemprego estrutural atuando na recriação das manifestações da **questão social**, demandando o

2 Esta tendência de reformar o Estado sob o argumento de garantir sua governabilidade não é exclusividade do país e, está relacionado à onda neoliberal, que embasada no discurso de crise fiscal supõe a retração da intervenção estatal e a modificação da própria burocracia do Estado principalmente no que tange à regulação da reprodução da classe que vive do trabalho via políticas sociais.

aumento da intervenção estatal. Por outro lado, o Capital apresenta necessidades em função da acumulação flexível e da financeirização da economia, apontando para a redução dos gastos na área social. A síntese desse processo vai definir a atuação do Estado no estágio de desenvolvimento da sociedade.

Na América Latina, este movimento foi descrito por Laurell (1995) em seu *Avançando em Direção ao Passado*, em que discute a política social no marco do neoliberalismo, identificando como elemento articulador dessas políticas, a privatização. O resultado é o lançamento, à órbita do mercado, do próprio bem estar social, com as seguintes conseqüências: (a) mercantilização dos bens sociais; (b) redução do gasto social público; (c) supressão da noção de direitos sociais.

Essa estratégia política se insere na tese do Estado Mínimo que, numa volta às concepções liberais, renega a intervenção estatal, acusando-a de paternalismo, em prol do **livre jogo do mercado**.

Importa reforçar que as políticas sociais são resultados dos embates entre as forças sociais com projetos políticos próprios e divergentes e cujos avanços e limites vão depender, sobretudo, da capacidade dos representantes dos diferentes projetos societários para obtenção de avanços segundo seus projetos.

Estas considerações fornecem modelo explicativo para as especificidades do caso brasileiro. Aqui a construção de um padrão de intervenção estatal data da década de 30 e se intensifica, contraditoriamente, no período do pós-golpe militar, já que o Estado autoritário precisava organizar algum consenso coletivo. Neste período, vai sendo construído um modelo de intervenção estatal que aprofundava a concepção da cidadania como privilégio de alguns e concessão do Estado.

Ao mesmo tempo, esse modelo buscava legitimar-se via expansão da cobertura, contando com a associação entre estatismo e privatização de serviços, o caso das políticas de saúde e previdência.

Por fim, nos anos 80, a construção da Seguridade Social consolidada na Constituição de 1988 se realiza **remando contra a maré**, porque acompanha o declínio do modelo de proteção social idealizado para garantia de um padrão de vida segundo um projeto societário que tinha como base de sustentação as reivindicações dos movimentos sociais urbanos da década de 80.

Destaca-se que, nessa mesma década, o Brasil viveu o resultado real do decantado **Milagre Econômico** e, por conseguinte, o fracasso dos governos ditatoriais que se expressou na crise da dívida; ameaça da hiperinflação e altos níveis de desigualdade social.

O terreno era fértil para a aplicação do receituário neoliberal. Ocorre o que Borón (1995) chamou de **Satanização do Estado**, discurso que informa a arenga de incriminação do Estado pela crise econômica, associando-se a ele tudo o que existe de ineficiente e ineficaz e apresentando o mercado como símbolo de eficiência.

No Brasil, a **informalização** e a **terceirização** nas relações de trabalho aliadas à proposta de proteção social, que se encontra em declínio, provocam uma queda considerável na qualidade de vida daqueles que não dispõem de recursos para utilizarem os serviços sociais privados e que continuam clamando por um Estado que declara incapacidade para atendê-los. O resultado disto são propostas políticas plasmadas em legislações progressistas e universalizantes na área social (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Orgânica de Assistência Social, Lei Orgânica da Saúde, Estatuto do Idoso) que encontram seu limite na proposta de Reforma fiscal do Estado, que em outras palavras significa sua desresponsabilização no campo social.

Os idosos no Brasil têm apresentado demandas que implicam a racionalização da intervenção estatal nas questões que lhes são específicas, pressionando o Estado neste intento. Desta forma, desde a década de 80, se organizam em movimentos sociais de pensionistas e aposentados. A criação da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas (COBAP), com participação na luta por direitos constitucionais, é emblemática do envolvimento político dos idosos (Py et al, 2004).

Desde então, as pressões por parte do segmento idoso, ou daqueles que os representam, foram capazes de influenciar a trajetória da legislação para a população idosa no país.

No final da década de 80, observa-se a movimentação em torno da garantia dos direitos da pessoa idosa com a criação de conselhos de idosos nas principais capitais, derivando na Lei 8842/94 que implanta a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Conselho Nacional do Idoso. Em 1996 houve a regulamentação da PNI e o escândalo do asilo para idosos Santa Genoveva, cujas cenas de violência, negligência e descaso registradas pela mídia chocaram toda a sociedade. Em 1999, a comunidade internacional propõe o ano Internacional do Idoso e o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria nº 1.395/GM/99). Em 2002 ocorre a criação do Conselho Nacional do Direito do Idoso. No ano seguinte, em 2003, o Brasil promulga o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03). (Trajetória dos Direitos da Pessoa Idosa. Gerência do Idoso/ SMS/PCRJ [*mimeo*], 2007).

A breve descrição da organização em função das questões específicas ao idoso corrobora a noção de que o movimento histórico e político da sociedade atua na construção, manutenção,

expansão ou retração das políticas sociais.

E, conforme apontado por Py et al (2006) os segmentos sociais mais vulneráveis, dentre eles a população idosa, têm sua qualidade de vida comprometida quando a sociedade não é capaz de lhes oferecer serviços que garantam o acesso aos direitos sociais. Portanto, mais do que um peso a mais para um Estado que atravessa uma crise fiscal, o segmento idoso da sociedade brasileira tem a função política de impor a reorganização das responsabilidades sociais do Estado.

Considera-se, portanto, que os idosos atuam como peso para a sociedade sim, mas de pressão para a ampliação das Políticas de Seguridade Social e para a radicalização da democracia.

O quadro a seguir explicita, de forma resumida, a legislação que orienta as Políticas de Seguridade Social especificamente para a pessoa idosa no país.

Estas orientações legais e políticas devem ser seguidas na construção dos programas e projetos para atenção da pessoa idosa nos municípios que estejam de acordo com a proposta da descentralização do Estado na execução das políticas sociais.

No município do Rio de Janeiro, a Secretaria Especial de Qualidade de Vida (extinta Secretaria Especial para Terceira Idade), tem por objetivo reunir os esforços de atenção à pessoa idosa, os quais se somam aos serviços específicos na área de saúde oferecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. São eles:

- **Serviços que os mantenham ou os reintegrem à família e à comunidade:** grupos de convivência; centros de convivência; casas de convivência;
- **Transferência de renda** - objetiva conceder um benefício à pessoa idosa com 70 anos ou mais;
- **Atendimento social**, com realizações de entrevistas por Assistentes Sociais para reconhecimento de demandas sociais e encaminhamentos quando necessário;
- **Mapeamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)** existentes no Município do Rio de Janeiro (total de 122), com o objetivo de elaborar e conhecer a rede de ILPI e criar um banco de dados para ações da Prefeitura e publicização para a sociedade;
- **Programa Idoso em Família** - oferece a possibilidade de acesso ou complementação de sua renda por meio de uma bolsa mensal;
- **Projeto Longevidade** - desenvolvimento de práticas esportivas, recreativas e culturais, visando a conhecer a realidade social e ao mesmo tempo contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população idosa da cidade;
- **Projeto Arte em Movimento** - anteriormente denominado Revivendo, que surgiu da

Quadro Resumido das Políticas de Seguridade Social para Pessoa Idosa

Previdência Social

- Ministério responsável pela Política voltada para a organização, regulamentação e cessão das aposentadorias e pensões para os trabalhadores segurados.
- Resolução INSS³/Pr Nº. 435 / 1997 que dispõe sobre normas e procedimentos para cessão do Benefício de Prestação Continuada;
- Resolução CNDI⁴ Nº. 4 / 2007 que dispõe sobre a realização de estudos para implantação de Programa Nacional de Preparação para Aposentadoria;
- Lei Nº. 10.741 /2003 Dispõe sobre o Estatuto do Idoso.

Assistência Social

- Garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não ter meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. (LOAS⁵, art.2 § V);
- Poderão ser estabelecidos outros benefícios eventuais para atender necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, (...) (LOAS, Cap. IV, SeçãoII, art.22 § 2)
- § 2º Os programas voltados ao idoso e à integração da pessoa portadora de deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada estabelecido no art. 20 desta Lei. (LOAS, Cap. IV, Seção IV, art. 24, § 2)
- Cabe à Assistência Social no âmbito da União coordenar a implementação da Política Nacional do Idoso, em observância às Leis 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, e coordena a elaboração e implementação do Plano de Gestão Intergovernamental e da proposta orçamentária, em parceria com outros Ministérios, apresentando para apreciação e deliberação dos Conselhos Nacional da Assistência Social e do Idoso; (NOB/SUAS, 2005)
- Os idosos estão contemplados na Política Nacional de Assistência Social na proposta de Proteção Integral e na organização da Proteção Básica a ser realizada pelas equipes dos Centros de

3. Instituto Nacional de Seguridade Social

4. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso

5. Lei Orgânica da Assistência Social

Referência da Assistência Social e, no caso da violação de direitos, intervenções pautadas na Proteção Especial, bem como estarem contemplados nas informações oriundas da proposta de Vigilância Social (PNAS, 2004)

Saúde

- Portaria Ministerial 1395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, com preocupação principal na readequação de projetos e tem como foco principal as AVDs e AIVDs;

- A Política Nacional do Idoso (PNI) reserva o inciso II à regulamentação da saúde do idoso:

II- garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;

b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas;

c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares;

e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;

f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;

g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; e

h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso.

- Decreto 5296 / 2004 Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade.

- Portaria Nº. 399/GM / 2006 - Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

- São regulamentadas políticas de tratamento para doenças crônico degenerativas próprias do processo de envelhecimento: aprova portarias que regulamentam protocolos de tratamento para Osteoporose, Parkinson e Alzheimer.

necessidade de promover a arte e a cultura por meio de oficinas multidisciplinares gratuitas, para aqueles que já passaram dos 60 anos;

- Manutenção de uma relação de Unidades de Saúde com atendimento diferenciado ao idoso pela Secretaria Municipal de Saúde;
- **Desospitalização do Idoso** – convênio com o Ministério da Saúde: Implantação de Residência Temporária Terapêutica; Implantação de Programa de Assistência Domiciliar (PAD) (em fase de discussão); Auxílio Financeiro – concessão de um salário mínimo nacional à família do idoso carente, oriundo da rede hospitalar, para mantê-lo no domicílio (em fase de discussão);
- **Capacitação dos Profissionais** – na área da Geriatria e Gerontologia – convênios com instituições de ensino (ENSP⁶/UFF⁷/UERJ⁸/UCAM⁹/ etc...);
- **Treinamento de Cuidadores de Idosos** – pessoas que tenham idosos em casa, pessoas da comunidade, agentes comunitários;

Importa mencionar que as diferentes intervenções para mediação de serviços e benefícios para os idosos é um campo em ascensão na sociedade brasileira, cabendo aos profissionais, das mais diversas áreas, convergir esforços no seu cotidiano profissional para consolidar os direitos da pessoa idosa. E, ao ponderar sobre os processos de trabalho dos profissionais que atuam na mediação de políticas de Seguridade Social – Saúde, Previdência e Assistência Social – aponta-se para a necessidade de reconhecimento da função política deste segmento na contribuição para um projeto societário que esteja de acordo com aquele que influenciou a promulgação da Constituição de 1988.

Por fim, cabe considerar que, ao trabalhar a velhice, é impossível deixar de pensar em um dos seus significados: ancestralidade, cujo conteúdo, que faz menção à memória, pode ser considerado de fundamental importância em tempos neoliberais, quando o resgate do passado surge como forma de resistência a “nos orientar – a todos, velhos e jovens – através de padrões e estrelas austrais no caminhar por estas tortuosas sendas” (Del Priori e Venâncio (2004), resenhado por Silva Junior, 2005).

6. Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz

7. Universidade Federal Fluminense

8. Universidade do Estado do Rio de Janeiro

9. Universidade Cândido Mendes

Referências Bibliográficas

- BEAUVOIR**, Simone de. A Velhice. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BEHRING**, Elaine Rossetti. Política Social e capitalismo contemporâneo, um balanço crítico bibliográfico. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993. Dissertação (Mestrado) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1993.
- BORÓN**, Atilio. A Sociedade civil depois do dilúvio neoliberal. In SADER, Emir e GENTILI, Pablo (Orgs). Pós neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p. 63 – 118.
- BRASIL**. Constituição, 1988.
- BRASIL**. Código Brasileiro de Ocupações, 2002.
- BRASIL**. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.
- BRASIL**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso.
- CAMARANO**, Ana Amélia; EL GHAOURI, Solange Kanso. Idosos brasileiros: que dependência é essa ? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org). Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 281 – 306.
- CARVALHO**, Maria do Carmo Brant. A política da Assistência Social no Brasil: dilemas na conquista de sua legitimidade. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 62, ano XXI, p. 144 – 155, mar. 2000.
- CASTEL**, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Tradução por Iraci D. Poleti. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. 514 p.
- CONSELHO DA UNIÃO EUROPÉIA**. Directiva 2000/78/CE do Conselho, de 27 de novembro de 2000.
- DEBERT**, Guita Grin. Envelhecimento e curso de vida. Apud GOLDANI, Ana Maria. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: CAMARANO, Ana Amélia. (Org). Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 75 - 114.
- DEL PRIORE**, Mary; VENÂNCIO, Renato Pinto. Ancestrais: Uma introdução à história da África Atlântica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. (Resenhado por Gilberto Rodrigues da Silva Jr., Rio de Janeiro: Cândido Mendes, 2005).
- FERRARI**, Mario; KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. Introdução In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org). Família brasileira: a base de tudo. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 1998. p. 11 – 15.
- GOLDMAN**, Sara Nigri. Envelhecimento e ação profissional do Assistente Social. Cadernos Especiais, Rio de Janeiro, v. 1, n. 8, p. 1 – 3, fev. 2005.
- GOLDMAN**, Sara Nigri. Universidade para terceira idade: uma lição de cidadania. Textos sobre Envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 5, p. 7 – 40, 2001.
- GUERRA**, Yolanda Aparecida Demétrio. A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações. São Paulo: PUC, 1998. Tese (Doutorado).
- LAURELL**, Asa Cristina. (Org). Estado e Políticas Sociais no neoliberalismo. São Paulo: Cortez, 1995.
- MOTA**, Ana Elizabete. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da

assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2000.

NADALIN, Sergio Odilon. História e Demografia: elementos para um diálogo. Campinas: ABEP, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembléia Geral. Resolução 56/126 de 19 de dezembro de 2001. A situação da mulher idosa na sociedade.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento Ativo e Saudável, 2002.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2002.

PY, Ligia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Liasch Martins; GOLDMAN, Sara Nigri (Orgs.) Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. 2 ed.- Holambra: Setembro, 2006. 340 p.

SENNETT, Richard. A corrosão do caráter: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Tradução por Marcos Santa Rita. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SILVA, Vanessa de Lima. Mortalidade em idosos e carência social. Recife, 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Programa Integrado de Pós - Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

VECCHIA, Roberta Dalla, RUIZ, Tania; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini; CORRENTE, José Eduardo. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 8, n. 3, p. 426 – 452, set. 2005.

A idéia da Pesquisa - Objetivos

O envelhecimento populacional impõe a necessidade de identificarmos as principais características dos problemas de saúde desta parcela da população, em particular da população carioca e daí as suas necessidades, orientando o planejamento dos investimentos e ações voltadas para a promoção da saúde do idoso.

Ao longo do ano de 2004, a Secretaria Municipal de Saúde por meio da área técnica de vigilância em saúde, buscou identificar formas de se trabalhar um novo objeto das ações de vigilância epidemiológica – a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis – VIGIDANT.

A partir de reuniões temáticas, com as diversas gerências de programas de saúde, e ampliando a audiência para parcerias possíveis com outros setores da Prefeitura em especial a do Instituto Pereira Passos (IPP), da Secretaria Municipal de Urbanismo, iniciou-se a construção de um processo de trabalho baseado na inter-setorialidade e multi-disciplinariedade. A identificação de linhas de trabalho relevantes para a Cidade do Rio de Janeiro e a delineação de projetos específicos definiu as ações de diagnóstico e monitoramento como nucleares para o desenvolvimento da vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT).

A realização da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006 é uma das linhas de trabalho identificadas como relevantes. Outras frentes de trabalho se originaram também, como: saúde escolar; acidentes de trânsito e violências, territorialidade, sistemas de informações em saúde e vigilância de DANT.

Este projeto, especificamente, foi construído por uma equipe que se formou a partir das reuniões durante o ano de 2004. Alguns outros setores como a antiga Secretaria Especial da Terceira Idade, hoje Secretaria da Qualidade de Vida e Núcleo de Informação e Estudos de Conjuntura – NIESC/UERJ incorporaram-se um pouco depois.

Os trabalhos se iniciaram em fevereiro de 2005 desenrolando-se em diversas fases: pensar o tema, transformar este tema em um questionário, contemplar interesses específicos das gerências técnicas envolvidas, testar o instrumento, aprimorar o necessário, conseguir o desenho amostral, identificar estratégias operacionais, calibrar a metodologia, convocar e treinar muitos estudantes, superar muitos empecilhos e agora, finalmente, chega-se aos primeiros resultados.

A realização de um piloto, durante a Campanha de Vacinação contra Gripe no ano de 2005, possibilitou a identificação de ajustes no trabalho de campo como será descrito na metodologia.

Esta experiência de trabalho tem possibilitado aos participantes do grupo executivo se aproximarem do real significado da produção de um trabalho intersetorial e multidisciplinar. As negociações e entendimentos das diferentes abordagens, definidas por conceitos e teorias diversas, têm sido constante e são extremamente enriquecedoras.

No início da fase de análise, o grupo executivo optou por descentralizar a tarefa de análise, ou seja, os temas foram distribuídos para as pessoas que tivessem mais afeitas ao assunto. Nessa nova fase, as trocas passaram a ser ainda mais intensas, pois a cada nova semana o grupo se reunia no IPP para discutir o andamento dos trabalhos, traçar metas, levantar problemas e apontar soluções imediatas, ou que demandavam maior tempo de maturação, aliás, esta foi a tônica destas tempestades de idéias semanais. Findo o processo, verificou-se o quanto foi importante para todos que redigiram o trabalho, a experiência de vivenciar o processo de questionar e ter o seu trabalho questionado pelo grupo.

A finalidade desta iniciativa é começar a condução de atividades de monitoramento das condições de saúde da população idosa carioca e dos seus determinantes sociais e econômicos.

A população idosa é crescente e apresenta, por suas características, um padrão de necessidades por cuidados de saúde e de assistência social que devem ser estruturados. O que se percebe é a necessidade de adequação do que atualmente se oferece. A Cidade do Rio de Janeiro deve ser precursora nessa adequação, pois apresenta uma das populações mais envelhecidas do país.

Este estudo multidisciplinar envolve a participação de diversas instituições de ensino que têm interesse no bem estar e qualidade de vida da população idosa, entre elas a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)¹, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)², Universidade Federal Fluminense (UFF)³, Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO)⁴ e a Faculdade Bezerra de Araújo.

Pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, e como grupo executivo da pesquisa participam a Secretaria Municipal de Saúde, através de suas Gerências de Informações Epidemiológicas,

1 Faculdade de Serviço Social.

2 Faculdade de Enfermagem, Instituto de Medicina Social, Universidade da Terceira Idade (UNATI), Programa de Estatística Aplicada.

3 Faculdade de Serviço Social.

4 Faculdade de Enfermagem.

de Programas de Saúde do Idoso e de Programas de Hipertensão e Diabetes, do Instituto de Nutrição Annes Dias e da Coordenação de Saúde Bucal. Participam ainda a Secretaria da Qualidade de Vida e o Instituto Pereira Passos, da Secretaria Municipal de Urbanismo.

A coordenação geral da pesquisa ficou sob responsabilidade da Gerência de Informações Epidemiológicas (SMS-RJ) e da Gerência de Informações Sociodemográficas (IPP/SMU-RJ).

Esta pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Objetivo Geral

Caracterização da situação de saúde da população idosa da Cidade do Rio de Janeiro – pessoas com 60 anos de idade ou mais, que participaram da Campanha de Vacinação contra Gripe no ano de 2006 na Cidade.

Objetivos Específicos

1. Avaliar a Capacidade Funcional do idoso pela abordagem dos seguintes aspectos:

1.1 Atividades da Vida Diária:

- a. Banho;
- b. Vestir-se;
- c. Toalete;
- d. Caminhar;
- e. Continência;
- f. Alimentação.

1.1 Atividades Instrumentais:

- a. Uso do Telefone;
- b. Locomoção fora de casa;
- c. Compras;
- d. Preparar a comida;
- e. Trabalho doméstico;
- f. Medicação.

2. Avaliar a Percepção do Estado de Saúde:

3. Identificar as principais morbidades referidas – com especial enfoque à ocorrência de:

- a. Hipertensão;
 - b. Diabetes;
 - c. Neoplasias;
 - d. Osteoartrose;
 - e. Osteoporose;
 - f. Incontinência urinária;
 - g. Enfisema, Bronquite, Asma;
 - h. AVC / Embolia / "Derrame";
 - i. Cardiopatia;
 - j. Depressão;
 - k. Quedas;
 - l. Pneumonias;
 - m. Insuficiência Cardíaca;
 - n. Catarata;
4. Conhecer e analisar as principais fontes de apoio dos idosos (Rede de apoio) – Enfoque nos fatores de proteção: participação em grupos comunitários, igreja, atividade física e atividades culturais.
5. Identificar fatores de proteção à saúde – atividade física regular e alimentação saudável.
6. Levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal (sub-amostra com exame odontológico):
- a. Doença Periodontal;
 - b. Uso e necessidade de Prótese.
7. Avaliar a satisfação com a vacina contra gripe pelos idosos.
8. Avaliar o acesso e o uso, pelos idosos, dos serviços de saúde.

Cada objetivo específico foi representado em blocos de questões, a partir das quais se buscou traçar um panorama da situação de saúde e de alguns aspectos das condições de vida dos idosos que compareceram à Campanha de Vacinação contra Gripe, no ano de 2006.

Trabalho de Campo

Levantamento de amostra representativa da população idosa (60 anos ou mais). A pesquisa foi feita durante a campanha de vacinação contra gripe no ano de 2006. A equipe trabalhou em dias alternados entre 24/04/06 e 05/05/06, nos postos de vacinação da rede municipal de saúde, captando aproximadamente 77% da população idosa da cidade.

A amostra foi determinada em dois estágios de seleção e desmembrada para as 10 Áreas de Planejamento de Saúde (AP), que foram consideradas como Unidade Primária de Seleção - UPS:

1º Estágio: foi selecionada uma amostra sistemática, sem reposição, com probabilidade proporcional ao tamanho (ppt) de população da UPS correspondente, definindo como Unidade Secundária de Seleção - USS as 49 unidades de saúde representadas pelos Postos de Vacinação (PV), distribuídas de forma a garantir a desagregação pelas UPS;

2º Estágio: amostra sistemática, considerando-se como Unidade Terciária de Seleção - UTS os idosos selecionados para entrevista em cada PV. Neste estágio o padrão de salto obedeceu à frequência de vacinação verificada no PV em 2005.

Durante os cinco dias alternados do trabalho de campo foram realizadas 67 entrevistas por PV, totalizando 4.003 entrevistas consideradas suficientes para o tamanho da amostra. Do total de entrevistas realizadas 3.749 foram validadas, as eliminações ocorreram por inconsistências de preenchimento, principalmente relacionadas à idade fora do grupo alvo e a não residência na Cidade do Rio de Janeiro.

Alguns PV foram sorteados mais de uma vez por centralizarem grande número de idosos vacinados, garantindo a distribuição de PV em cada UPS, resultando em um total de 60 locais de coleta distribuídos em 49 PV.

Em face de problemas operacionais, não foi possível realizar a coleta de dados em dois PV. Para evitar desequilíbrio na distribuição amostral, suas entrevistas foram redirecionadas para outras unidades da mesma UPA e foi também estabelecido um dia extra de trabalho de campo (04/05) para compensar entrevistas não realizadas.

Outra alteração ocorreu no padrão de salto pré-estabelecido, em algumas unidades teve que

ser ampliado ou reduzido, em função de diferenças do ritmo de vacinação entre 2005 e 2006, da duração da entrevista e da variação na frequência dos idosos aos postos entre os turnos.

Softwares Utilizados

Para a elaboração do questionário e implementação de entrada de dados, foi utilizado o software EPINFO-2002 revisão 2, de janeiro de 2003.

Para o processamento dos dados, elaboração e apresentação dos resultados na forma de relatórios, tabelas, gráficos e mapas foram utilizados os software, SAS 9.1, SPSS v13, ARC GIS 9.2 da ESRI® e o Excel.

Determinação do Tamanho da Amostra e Cálculo de sua Expansão

Em inquéritos realizados com desenhos amostrais complexos, faz-se necessário o uso do fator de expansão com suas inferências. A utilização de fatores de expansão não apenas corrige possíveis distorções propositalmente provocadas pelo desenho de amostragem empregado em um ou mais estágios do plano amostral, como também serve para atualizar as inferências com relação a mudanças nos perfis populacionais.

Dependendo do desenho amostral idealizado, resultados obtidos a partir do uso dos fatores de expansão podem ser razoavelmente diferentes dos resultados obtidos sem aplicar algum sistema de ponderação. Portanto, o uso da ponderação de acordo com os fatores de expansão é de suma importância.

Notação Utilizada

A notação adotada nas fórmulas relacionadas à determinação da amostra e cálculo do fator de expansão é:

S = número de áreas de planejamento de saúde (Unidade Primária) – AP, no caso *S* = 10;

M = número de postos de vacinação na população (Unidade Secundária) – PV;

N = número de idosos na população (Unidade Terciária).

Os tamanhos de amostra serão denotados da seguinte maneira:

n = tamanho da amostra de sujeitos;

m = tamanho da amostra de postos de vacinação.

De acordo com o plano amostral proposto inicialmente para este inquérito, o tamanho ideal da amostra seria $n = 4.000$. Ainda de acordo com tal plano amostral, $m = 60$. Em seguida o restante da notação é definido.

N_j = número de idosos vacinados no j -ésimo posto de vacinação visitado da amostra, de acordo com a penúltima campanha de vacinação ($j = 1, 2, \dots, m$);

N_j^* = número real de idosos vacinados no j -ésimo posto de vacinação visitado da amostra, de acordo com a campanha de vacinação ($j = 1, 2, \dots, m$);

n_j = tamanho da amostra de idosos no j -ésimo posto de vacinação ($j = 1, 2, \dots, m$);

De acordo com o plano amostral elaborado para este inquérito,

$n = \bar{n} = 67$ ($j = 1, 2, \dots, m$), ou seja no 2º estágio de amostragem o mesmo número de idosos foi sorteado para responder o questionário, em cada posto de vacinação selecionado para compor a amostra do 1º estágio.

O desenvolvimento das fórmulas a seguir considera que a relação $n = m \times \bar{n}$ é relativamente mais simples do que a do número de unidades secundárias sorteadas no 2º estágio, considerando em cada UPS sorteada no 1º estágio suas especificidades, evitando influências negativas por perda de entrevistas ao desenho amostral.

Cálculo do Peso para a Expansão da Amostra

Em cada estágio do plano amostral, define-se como peso da unidade da amostra no estágio o inverso da probabilidade de extração daquela unidade da população, considerando o processo de seleção aleatória adotado. Em suma, o peso reflete o número de unidades populacionais representadas na unidade amostral naquele estágio do desenho amostral.

A seleção da amostra foi realizada em dois estágios. Em cada um, a probabilidade de seleção de uma unidade que corresponda àquele estágio pode ser facilmente calculada a partir do respectivo método de seleção aleatória adotado e previamente idealizado no desenho amostral. Os pesos nos dois estágios são usados posteriormente para calcular os fatores de expansão das unidades amostrais.

Neste desenho amostral o tamanho do posto de vacinação foi aferido em termos do número de

vacinas aplicadas em 2005. Portanto, o peso correspondente ao posto de vacinação selecionado neste estágio de amostragem será dado aproximadamente pela seguinte expressão:

$$p_{1j} = \frac{N}{m \times N_j} \quad (j = 1, 2, \dots, m)$$

No 2º estágio, um número fixo de unidades (67 indivíduos), foi sorteado por amostragem aleatória sistemática sem reposição e com probabilidade igual de seleção. Assim o peso correspondente a cada idoso sorteado no 2º estágio será o mesmo. Este peso é determinado pela expressão abaixo.

$$p_{2ij} = \frac{N_j}{\bar{n}} \quad (j = 1, 2, \dots, m \quad i = 1, 2, \dots, \bar{n})$$

Finalmente, o fator de expansão é calculado multiplicando-se os pesos de todos os estágios da amostragem. Este cálculo é feito a seguir.

Fator de Expansão

Os fatores de expansão relativos aos indivíduos são dados a seguir.

Fator de expansão $\omega_i = \left(\frac{N}{n} \right) \times \left(\frac{N_j^*}{N_j} \right) \quad (j = 1, 2, \dots, m)$

Tal resultado é obtido, multiplicando os pesos dos respectivos estágios, a saber:

O próximo passo na construção do sistema de ponderação da amostra consiste em obter uma expressão para a soma dos fatores de expansão correntes.

Soma dos fatores de expansão: $p_{1j} \times p_{2ij} = \frac{N}{m \times N_j} \times \frac{N_j^*}{\bar{n}} = \frac{N}{m \times \bar{n}} \times \left(\frac{N_j^*}{N_j} \right) = \frac{N}{n} \times \left(\frac{N_j^*}{N_j} \right)$

$$\Rightarrow N$$

ou

$$\Rightarrow \hat{N} = \frac{N}{m} \sum_{j=1}^m \left(\frac{N_j^*}{N_j} \right)$$

Estes resultados são obtidos da seguinte maneira.

Se não ocorrerem mudanças nos números de vacinas aplicadas nos Postos de Saúde sorteados na amostra desde a penúltima campanha, a soma total de fatores de expansão será igual ao número de vacinas aplicadas na população por ocasião da penúltima campanha, como está mostrado a seguir.

$$\frac{N}{m} \sum_{j=1}^m \left(\frac{N_j^*}{N_j} \right) = \frac{N}{m} \times m = N$$

Por outro lado, no caso de pelo menos um posto de vacinação sorteado na amostra ter aumentado ou diminuído o número de vacinas desde a realização da penúltima campanha, a razão entre os números de vacinas aplicadas por ocasião da campanha corrente e da penúltima campanha serve como fator de correção o tamanho daquele posto de vacinação, e conseqüentemente para o tamanho da população de sujeitos como um todo. Neste caso, a soma dos fatores de expansão

$$\frac{N}{M} \sum_{j=1}^m \left(\frac{N_j^*}{N_j} \right) = N$$

relativos aos sujeitos será igual ao número estimado (corrente) de sujeitos na população, i.e. Assim, as somas dos fatores de expansão são iguais aos respectivos números estimados de unidades populacionais: no primeiro caso, o número exato de sujeitos na população, e no segundo caso o número estimado (corrente).

Estimativas do Coeficiente de Variação

A pesquisa é baseada em amostragem probabilística, assim cada unidade primária de amostragem (UPA) selecionada, além de representar a si própria, representa também outras unidades que não foram selecionadas, tal fato ocorre porque a cada unidade se associa um fator de expansão denominado 'peso', permitindo generalizar os resultados da pesquisa para a população alvo.

Em uma amostra probabilística, torna-se imprescindível uma avaliação na precisão das estimativas e todas conclusões a serem obtidas da amostra expandida. Por todos estes motivos, além de ser uma medida relativa e permitir a comparabilidade entre diferentes variáveis, adotou-se o (CV) Coeficiente de Variação, sendo tal estimativa calculada em função das proporções.

$$CV = \frac{\sigma_{p_a}}{p_a} \times 100$$

Onde

$\sigma_{p_a} \rightarrow$ Erro padrão da proporção

$$\sigma_{p_a} = \sqrt{\frac{p_a \times (1 - p_a)}{n}}$$

$p_a \rightarrow$ Proporção amostral

$$p_a = \frac{p}{n} = \frac{\text{número.de.sucessos}}{\text{tamanho.da.amostra}}$$

p = representa a proporção de indivíduos com determinada característica;

(1-p) = representa a proporção de indivíduos pertencentes à população que não possuem determinada característica;

n = tamanho de indivíduos da amostra com determinada característica;

Procedimento utilizado para análise descritiva das variáveis categóricas

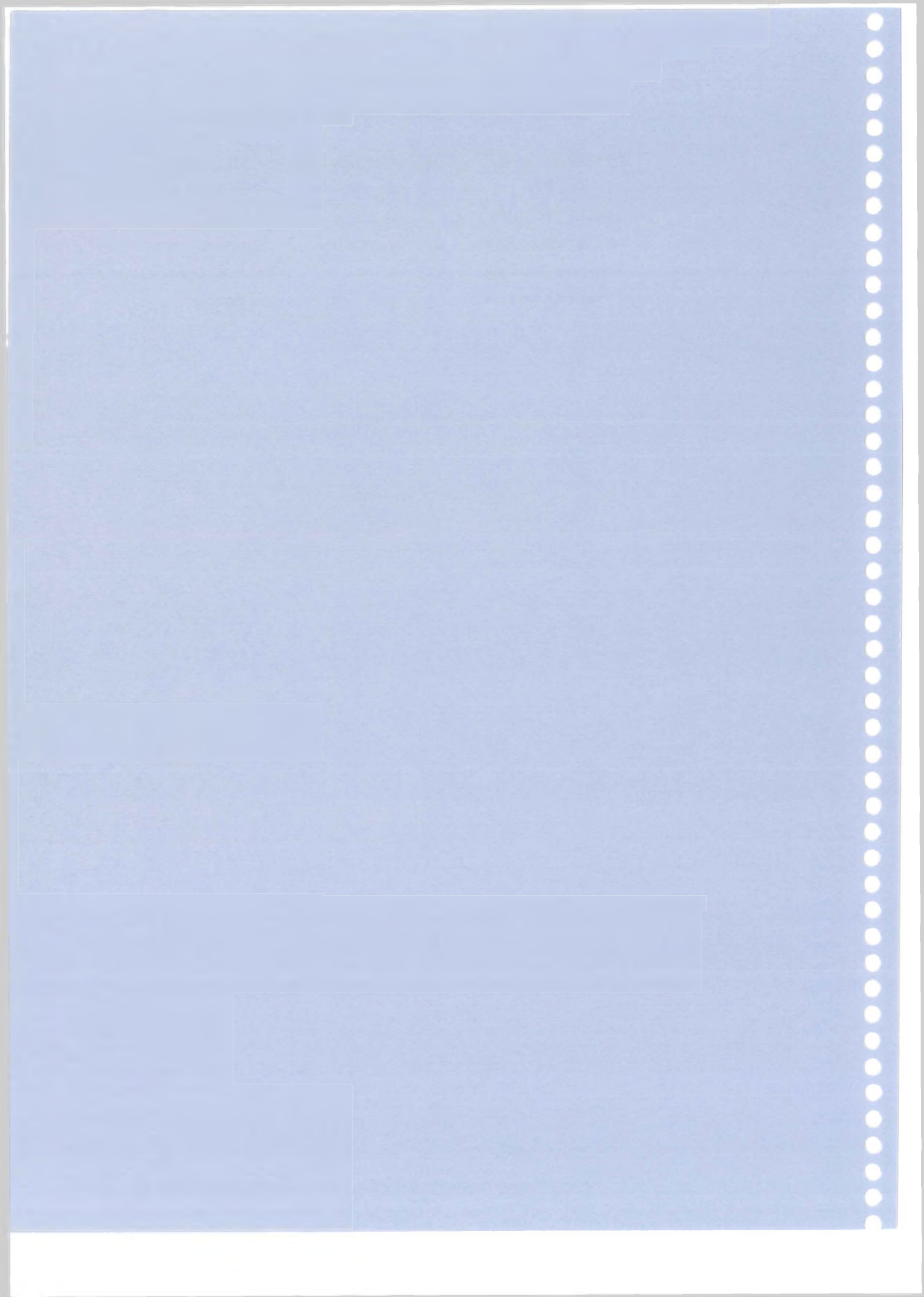
Tais procedimentos solicitam informações que caracterizem a amostra, tais como: se a amostragem é com ou sem reposição, qual o tipo de distribuição utilizado, quais variáveis representam o cluster, os estratos e o peso.

Através de métodos estatísticos permitidos em procedimentos do software SAS, utilizado na pesquisa, realizaram-se cálculos de freqüências expandidas, ou seja, onde foram utilizados pesos amostrais na geração de tabelas com cruzamentos de duas ou mais variáveis, tabela n x m em que n representa o número de variáveis nas linhas e m o número de variáveis nas colunas da tabela.

A seguir, no Quadro 4, destacamos as classes de variação para a precisão das estimativas produzidas nesta pesquisa.

Quadro 4: Classificação das estimativas quanto à precisão

Intervalo de Variação	Nível de Precisão	Precisão das Estimativas
Até 5%	a	Ótima
Mais de 5% a 15%	b	Boa
Mais de 15% a 30%	c	Razoável
Mais de 30% a 50%	d	Pouco Precisa
Mais de 50%	e	Imprecisa



Territorialidade - Análise por Área de Planejamento de Saúde

A questão territorial e as condições de saúde apresentam alta correlação. No caso da cidade do Rio de Janeiro, esta relação fica nítida quando utilizamos o conceito de determinantes sociais. Na questão do idoso sabemos de antemão que nossa cidade convive com a maior proporção deste segmento entre todos os municípios das capitais e que a esperança de vida obteve ganhos sensíveis entre 1991 e 2000. Logo, passaremos a conviver com a segmentação do grupo de idosos, pois hoje já podemos classificar em três grupos mais homogêneos: os mais jovens (60 a 69 anos) com menor incidência de doenças crônico-degenerativas, o grupo intermediário (70 a 79) e o grupo maduro (80 ou mais) que teve mais tempo para acumular morbidades.

Para se analisar os resultados da pesquisa, desmembrados pelas dez Áreas de Planejamento de Saúde, vamos vivenciar diversidades típicas de uma cidade de 443 anos de idade com uma população que já estourou a barreira dos seis milhões de moradores e que foi locada num sítio que agrega: três baixadas (bacias da Guanabara, de Jacarepaguá e de Sepetiba), três maciços (Tijuca, Pedra Branca e Gericinó) e que além de tudo é cercada de água em três (baía da Guanabara, Oceano Atlântico e a baía de Sepetiba) dos quatro pontos cardeais, definindo o que se poderia chamar de uma mini-península.

Localização

Planisfério e Brasil



Fonte: National Aeronautics and Space Administration - NASA

Município do Rio de Janeiro e seus bairros



Fonte: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos - 1999

Brasil e Estado do Rio de Janeiro

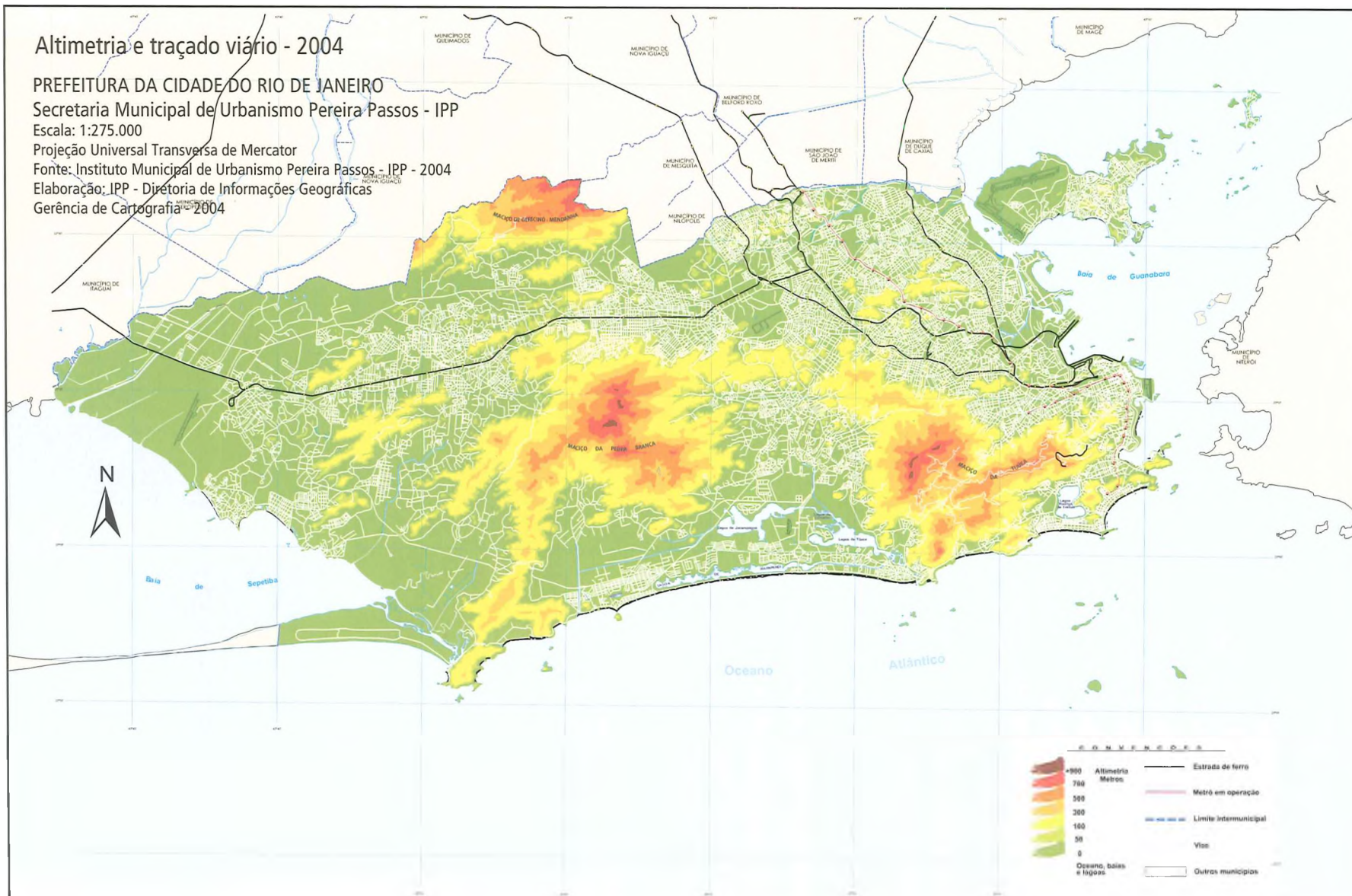


Fonte: www.geographynetwork.com

Estado do Rio de Janeiro e Município do Rio de Janeiro



Fonte: www.geographynetwork.com



Áreas de Planejamento de Saúde (AP's) e Regiões Administrativas - 2004

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Secretaria Municipal de Urbanismo - SMU

Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos - IPP

Escala: 1:275.000

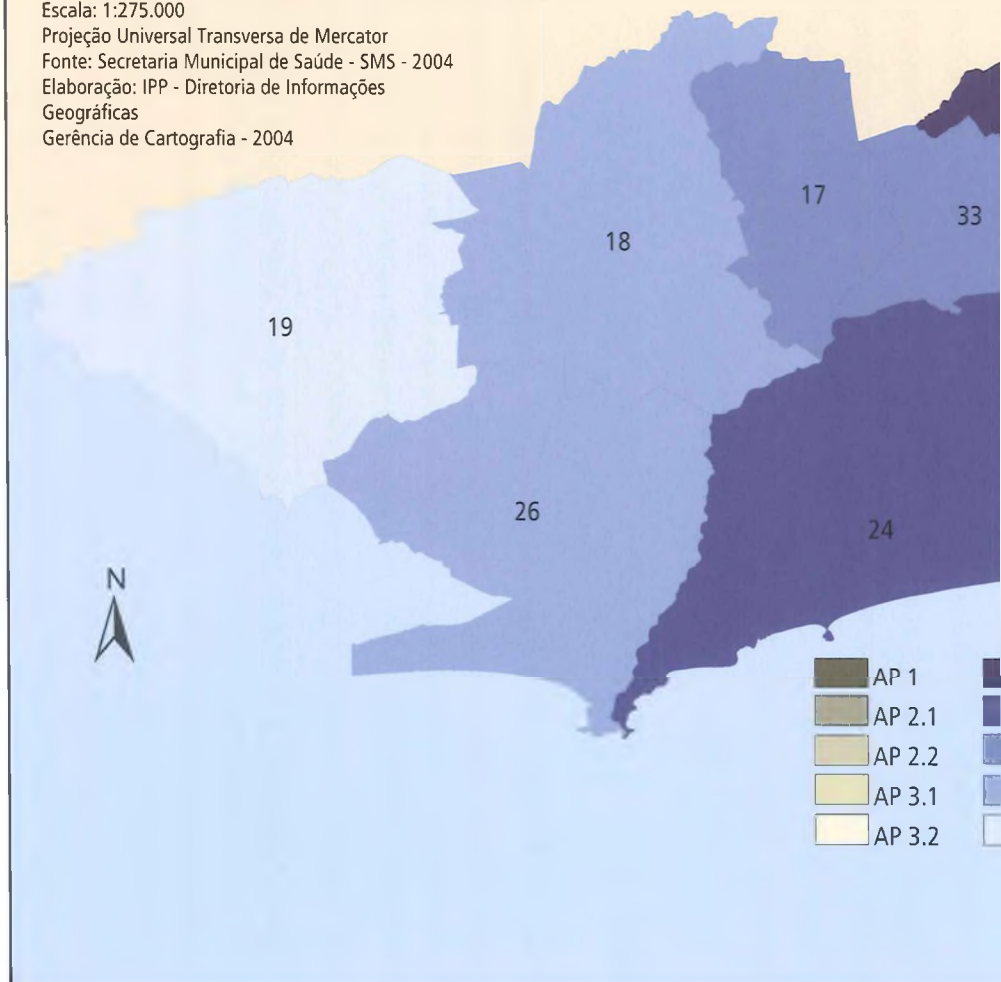
Projeção Universal Transversa de Mercator

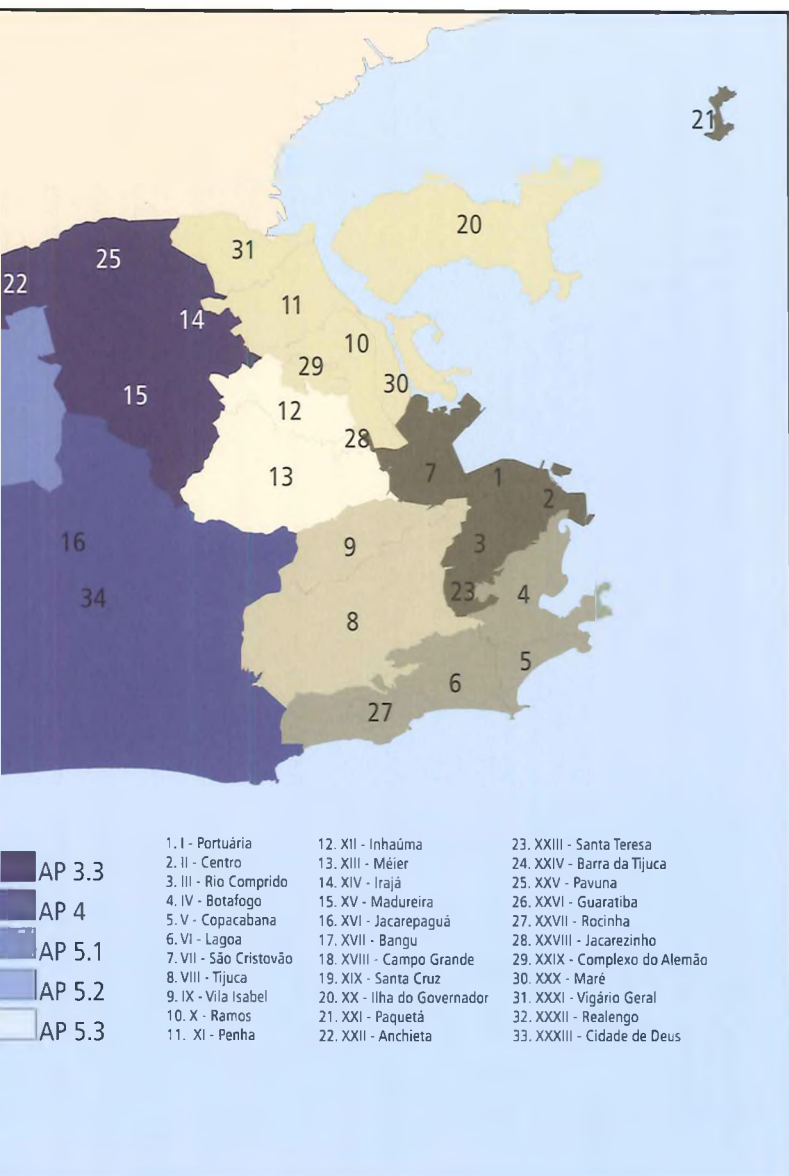
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde - SMS - 2004

Elaboração: IPP - Diretoria de Informações

Geográficas

Gerência de Cartografia - 2004





Nos próximos parágrafos, serão descritas especificidades típicas de cada uma das dez Áreas de Planejamento de Saúde e das RAs que as compõem, buscando melhor caracterizar o território que servirá como pano de fundo para análises de cada um dos temas levantados pela pesquisa.

AP-1

A Área de Planejamento de Saúde 1, ou AP-1 é o centro histórico da cidade, composta por seis Regiões Administrativas (Portuária, Centro, São Cristóvão, Rio Comprido, Santa Teresa e a Ilha de Paquetá) em que a heterogeneidade é a palavra que melhor exprime esta diminuta porção do território que, em compensação, concentra boa parte da historicidade do país. Esta pequena área (34 km²) responde hoje pela menor participação de população já que perde habitantes desde o século XIX. A AP-1 concentra a maior proporção de pessoas morando em favelas (29%). Por outro lado é aqui que se concentra o maior aparato público de saúde instalado na cidade. O que deveria ser o núcleo da cidade é núcleo, mas também periferia, já que agrega além do Centro com sua Área Central de Negócios, as Regiões Administrativas da Portuária, São Cristóvão e Rio Comprido, que foram se degradando paulatinamente e que hoje servem de moradia à população da baixa renda. As RA de Santa Teresa e da Ilha de Paquetá com suas especificidades urbanísticas compõem um caso à parte dentro deste contexto urbano. A representatividade dos idosos na AP-1 atinge 13,9%, a terceira maior proporção da cidade, ou seja, mais de um em cada sete moradores já completou 60 anos. Se creditarmos ao Índice de Desenvolvimento Humano – IDH o papel de indicador síntese das RA da cidade vamos constatar que as melhores colocadas na AP-1 são Centro (8º) e Santa Teresa (9º).

AP-2

A Área de Planejamento 2.1, ou AP-2.1 se constitui na região mais cosmopolita da cidade, aquela corriqueira dos cartões postais e que serviu de inspiração para o surgimento da MPB. O agente indutor do crescimento da região foi o bonde. Essa pequena planície costeira (45km²), espremida entre a Serra da Carioca e o mar, alterou hábitos e ditou modismos. Aqui se instalou a população com maior poder aquisitivo e que demanda menos os serviços vinculados ao SUS porque dispõem da maior cobertura dos planos privados de saúde. Nesta região, composta por apenas quatro RA (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha) se concentra a maior proporção de idosos da cidade, 20,5%, ou seja, pelo menos um em cada cinco moradores já ingressou na terceira idade. O IDH encontra na AP-2.1 seus três melhores resultados, a exceção fica por conta da favela Rocinha (29º). A RA de Copacabana é o destaque com a maior esperança de vida ao nascer (77,8 anos). A RA da Lagoa desponta com a maior renda média per capita (R\$ 2.228,78).

A Área de Planejamento de Saúde 2.2, ou AP-2.2 se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP-2.1, tanto em termos socioeconômicos como na tipologia construtiva de seus imóveis. Esta AP se compõe de apenas duas RA (Tijuca e Vila Isabel) e seu território com 55km² se limita ao sul e a oeste pelo maciço da Tijuca. A leste faz fronteira com a AP-1 e ao norte com a AP-3. A participação do grupo etário idoso aqui também é alta, aliás, o segundo maior da cidade (19,6%). Os resultados do IDH confirmam a afirmativa anterior, com as RA da Tijuca e Vila Isabel ocupando respectivamente o quarto e sexto melhores resultados da cidade. Seguindo o mesmo padrão da AP-2.1 aqui também a integração desta região com o Centro se deu pelo bonde.

AP-3

A Área de Planejamento de Saúde 3 caracteriza-se como a mais populosa da cidade, já que dois em cada cinco cariocas escolheram essa região como seu local de moradia. Outra informação marcante é a de que metade dos moradores de favela da cidade vive aqui. A maior densidade demográfica também é uma especificidade dela. Com relação à população idosa, apresenta a mesma proporção da média da cidade (12,8%), ou seja, um em cada oito moradores da AP-3 já ingressou na terceira idade. Se existe uma AP síntese dessa nossa cidade, esta é sem sombra de dúvida a AP-3. As três linhas férreas (Central, Leopoldina e Auxiliar) foram os agentes indutores da ocupação deste território. Hoje, os trens da linha 2 do METRÔ facilitam a integração da região com as AP-1 e 2. Para fins de saúde, esta região foi desmembrada em três grupos.

A Área de Planejamento de Saúde 3.1, ou AP-3.1 teve como indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de cinco RA (Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador e Complexo da Maré). Esta região tem como limite norte o município de Duque de Caxias, a leste a Baía de Guanabara, a oeste as AP 3.2 e 3.3 e, finalmente, ao sul a AP-1. Aqui, é onde o segmento idoso tem menor representatividade, apenas 11,9%. Nesta região, o destaque positivo fica por conta da Ilha do Governador com 10º IDH, 9ª melhor renda média per capita e a 2ª maior esperança de vida ao nascer (72,7 anos) da AP-3.

A Área de Planejamento de Saúde 3.2, ou AP-3.2 teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade o trem, no caso a Estrada de Ferro Central do Brasil. Fazem parte desta região as seguintes RA: Inhaúma, Méier, Complexo do Jacarezinho e Complexo do Alemão. Esta região é delimitada ao norte pelas AP 3.1 e 3.3, a leste pelas AP 3.1 e 1.0, a oeste pelo Maciço da Tijuca e pela AP-3.3 e ao sul pela AP-2.2. Fica aqui a maior proporção de idosos de toda AP-3, 14,5%, ou seja, pelo menos um em cada sete moradores da região tem 60 anos

ou mais. Um detalhe importante é o de que a RA do Méier, com 66 mil idosos, agrega o maior contingente de toda a cidade. A RA com melhor classificação é a do Méier, 9º IDH da cidade, detendo a 8ª maior renda média per capita.

A Área de Planejamento de Saúde 3.3, ou AP-3.3 teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade o trem, no caso duas linhas férreas: a da Central do Brasil e a Auxiliar. Fazem parte desta região as seguintes RA: Irajá, Madureira, Anchieta e Pavuna. Esta região tem como limite norte os municípios de São João de Meriti e Nilópolis, a leste a AP-3.1, AP-3.2 e a AP-5.1 e ao sul pela AP-3.2. Se tivermos como referência a participação dos idosos no total da população (12,7%), a AP-3.3 pode ser caracterizada como a cara da cidade. O melhor resultado, utilizando o IDH como indicador, vem da RA de Irajá 11º entre as 32 RA da cidade onde também encontramos a 8ª maior esperança de vida da cidade (73,9 anos).

AP-4

A Área de Planejamento de Saúde 4, ou AP-4 teve como meio de integração interna, inicialmente, os bondes que partiam de Madureira, ou seja, até a década de 70, a vinculação da Baixada de Jacarepaguá era com a AP-3. Fazem parte desta região as RA de Jacarepaguá e da Barra da Tijuca. Assim como a AP-2.2, esta também tem sua delimitação bem delineada pelo relevo: ao norte temos a confluência dos Maciços da Tijuca e o da Pedra Branca, a leste o Maciço da Tijuca, a oeste o Maciço da Pedra Branca e ao sul o Oceano Atlântico. A AP-4 é a segunda maior em área, com 294 km² ou aproximadamente ¼ do território da capital fluminense. Esta região é um vetor de expansão urbana de média e alta renda e ainda convive com a menor densidade demográfica da cidade, 23,2 habitantes por hectare. Aqui se confirma o pressuposto de que áreas de expansão urbana não atraem população idosa, aqui eles representam apenas 10,2% do total de moradores. O destaque desta região é a RA da Barra da Tijuca que tem o 5º melhor IDH. Muito contribuiu para esse resultado a alta renda média per capita da região (R\$ 1.694,12) a 2ª da cidade. Com relação às RA da Barra da Tijuca e Jacarepaguá, vale destacar que além de serem fisicamente separadas por duas lagoas (Tijuca e Jacarepaguá), apresentam um hiato ainda maior em termos de renda.

AP-5

A Área de Planejamento de Saúde 5 se caracteriza como aquela de maior território 592 km², ou seja, metade da área da cidade. Os trens da Central do Brasil também foram aqui o eixo indutor

da urbanização da região. Em termos demográficos, é a segunda mais populosa, respondendo por 20% da população da cidade, em outras palavras, de cada cinco cariocas, um mora na Zona Oeste. Esta região se constitui num vetor de expansão urbana de média e baixa renda da cidade, que têm como concorrentes diretos os municípios da Baixada Fluminense e os municípios limítrofes a Niterói, que levam vantagem em um importante quesito – menor distância em relação ao núcleo gerador de emprego, mas por outro lado a desvantagem nas tarifas intermunicipais de transporte sempre mais onerosas que as municipais. Outra especificidade da Zona Oeste é ainda a baixa densidade demográfica (26,3 hab/ha). Fica na AP-5 a menor participação de idosos no total da população, apenas 9,1%. Para fins de saúde esta região foi desmembrada em três grupos.

A Área de Planejamento de Saúde 5.1, ou AP-5.1 teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de apenas duas RA Realengo e Bangu e tem como limite norte os municípios de Nilópolis e Mesquita, a leste com a AP-3.3 e a AP-4, a oeste pela AP-5.2 e ao sul pela AP-4. O crescimento urbano acelerado da década de 60 se deu em função da remoção de favelas da Zona Sul da cidade, a RA de Bangu é aquela com maior densidade demográfica da Zona Oeste. Como qualquer área de expansão urbana, o contingente de idosos tem baixa representatividade (10,1%) e a esperança de vida ao nascer tanto em Bangu (69,8 anos) como em Realengo (70,4 anos) estão bem abaixo da média da cidade em 2000.

A Área de Planejamento de Saúde 5.2, ou AP-5.2 teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Esta região se compõe de duas RA Campo Grande e Guaratiba e tem como limite norte o município de Nova Iguaçu, a leste com a AP-5.1, a oeste pela AP-5.3 e a Baía de Sepetiba e ao sul pela AP-4 e o Oceano Atlântico. A RA de Campo Grande se caracteriza como a mais populosa da cidade, com 484 mil habitantes em contraposição a Guaratiba, a de menor em toda Zona Oeste. Vale lembrar que Campo Grande é o grande centro de toda a AP-5 estendendo seu raio de influência econômica aos municípios limítrofes (Nova Iguaçu, Seropédica e Itaguaí). A RA de Guaratiba convive com o pior IDH entre todas as RA, excluídas as com predomínio de favelas e a esperança de vida dos que nascem lá é de apenas 67,1 anos. A proporção de idosos no total da população da AP-5.2 é baixa, apenas 8,6%.

A Área de Planejamento de Saúde 5.3, ou AP-5.3 teve como meio de integração interna e com o Centro da cidade o trem, no caso a linha férrea da Central do Brasil. Essa região se superpõe a RA de Santa Cruz que tem como limite norte os municípios de Nova Iguaçu e Itaguaí, a oeste e ao sul pela Baía de Sepetiba e a leste pela AP-5.2. Esta foi a última AP a sofrer o processo de

urbanização. Santa Cruz tem 28º pior resultado do IDH, com uma baixíssima esperança de vida 66,0 anos, e a menor proporção de idosos no total da população, apenas 7,9%, ou seja, esta RA convive com um IDH muito próximo ao encontrado nas RA da Rocinha e do Jacarezinho.

Análise Sócio-Econômica

O processo de envelhecimento humano é definido socialmente, ou seja, é um processo complexo e com determinações históricas. Para Py et al (2006) trata-se de fenômeno que atravessa os tempos, mas em cada tempo se expressa de uma forma diferenciada que vai depender da cultura e formação histórica da sociedade no decorrer dos tempos. Contudo, se existe uma dimensão que é histórica e social, existe também a da individualidade, uma dimensão que envolve o biológico e o emocional (Beauvoir, 1990) do sujeito cujo percurso torna o seu envelhecer uma aventura única.

Conforme colocado pela demografia, a velhice, ao menos para nós latino-americanos, é tema ainda recente e pouco explorado. Na América Latina, o processo de transição demográfica¹, ainda que conceitualmente idêntico ao caso europeu, imprimiu especificidades deste continente no envelhecimento da população, principalmente no que tange às desigualdades socioeconômicas.

No Brasil, o envelhecimento da população foi rápido e, se por um lado é consequência de melhores condições de existência que impulsionam esta longevidade, por outro, esbarra na questão da qualidade de vida da pessoa idosa.

A sociedade brasileira se depara com seu envelhecimento, como um fato consumado, ao final do século XX, iniciando o século XXI com uma preocupação: o quadro da demografia brasileira é o de uma sociedade mais envelhecida, mas o aumento da quantidade de anos vividos está articulado à qualidade de vida² ?

Com esta preocupação, mas somente em 1994, o Brasil começa a investir na regulação dos processos sociais que envolvem o indivíduo que alcança a terceira idade. É promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI, Lei 8.842), primeiro esforço que tem como principal mérito tornar política a questão do envelhecimento. Posteriormente, foi elaborada a Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria MS 1.395/99). Em 2003, houve a promulgação do Estatuto do Idoso, cuja proposta é especificar, não só para o Estado, mas para toda a sociedade, as principais necessidades da pessoa idosa. O tema Políticas para o Idoso será trabalhado em um capítulo à parte.

1 A Teoria da Transição Demográfica propõe a existência de estágios na dinâmica populacional. Tais fases obedeceriam ao desenvolvimento dos países, e iria da fase pré-industrial, até a fase moderna ou pós transição. Este percurso seria controlado pela relação existente entre as taxas de fecundidade e mortalidade mais ou menos equilibradas (Silva, 2007).

2 O conceito “qualidade de vida” é subjetivo, mas pode ser relacionado à síntese de: condição sócio-econômica confortável, saúde e manutenção de laços familiares (Vecchia et al, 2005).

Art. 9.º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. (Estatuto do Idoso Título II, Capítulo I, Direito à vida).

Na verdade, trata-se do reconhecimento de que as condições concretas de vida de determinada sociedade orientam seu processo de envelhecimento, seja pela expectativa de vida alcançada, pela qualidade de vida apresentada, ou ainda pela qualidade das políticas sociais que garantam determinado padrão de qualidade de vida com o oferecimento dos serviços de saúde, previdência e assistência social (Py et al, 2006).

As contradições que envolvem este segmento não são poucas e estão relacionadas à conjuntura social mais ampla – o segmento idoso sofre com a redução das responsabilidades do Estado na área social, principalmente por que onera as famílias e a sociedade com os gastos e cuidados com a velhice.

Relacionam-se também àquelas contradições que lhes são mais específicas: nesse período da vida, a morte de pessoas próximas, o aumento de patologias, a perda progressiva da capacidade funcional, os baixos valores da aposentadoria, a dificuldade de adequação das instituições sociais – inclusive a família – para incorporar à sua dinâmica este segmento, são questões intrínsecas ao processo de envelhecimento e vão influenciar, sobremaneira, a qualidade de vida dos sujeitos que ultrapassaram os 60 anos.

Tais influências – estruturais e específicas - podem impor tanto limites, quanto possibilidades para a população idosa. A classe social tem influência no processo de envelhecimento humano, visto que o poder aquisitivo dos idosos orienta sua qualidade de vida, rede de apoio e a manutenção de seus laços sociais e afetivos.

O envelhecimento, portanto, mesmo referindo-se a uma faixa etária determinada, tem suas especificidades marcadas pela classe social, pela cultura e pelas condições socioeconômicas e sanitárias individuais e/ou coletivas da região (Py et al, 2006).

Em suma, os fatores sociais, culturais e históricos condicionam o desenvolvimento de toda sociedade, e, também o processo de envelhecimento. A situação da classe que vive do trabalho é marcada por conjunturas adversas e estão relacionadas à dificuldade na realização dos direitos sociais impressos na Constituição Federal.

Quando se trata da população idosa, a situação se agrava, pois além da fraca expressão das

políticas de seguridade social no país, o idoso ainda sofre com a dificuldade de a sociedade criar condições adequadas para garantir sua participação social plena.

Ainda que sua função social e política esteja em construção, o aumento da participação do idoso na sociedade pode funcionar como fator facilitador para seu desenvolvimento, no sentido de garantir não apenas quantidade, mas qualidade no aumento do percurso de vida do brasileiro.

O município do Rio de Janeiro foi contemplado com a 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006, a exemplo de outros municípios da região metropolitana de São Paulo que já começam a se debruçar sobre o tema, não apenas para enriquecer as discussões acadêmicas acerca do tema, mas, fundamentalmente, para garantir conhecimento desta nova realidade da população brasileira no âmbito local.

Tal perspectiva tem como mérito garantir o conhecimento da forma como este segmento se acomoda e reproduz suas relações em sociedade no âmbito do território político, ou seja, garantir o conhecimento para que o Poder Público, no nível da gestão municipal³, possa operacionalizar o que já está preconizado nos instrumentos legais.

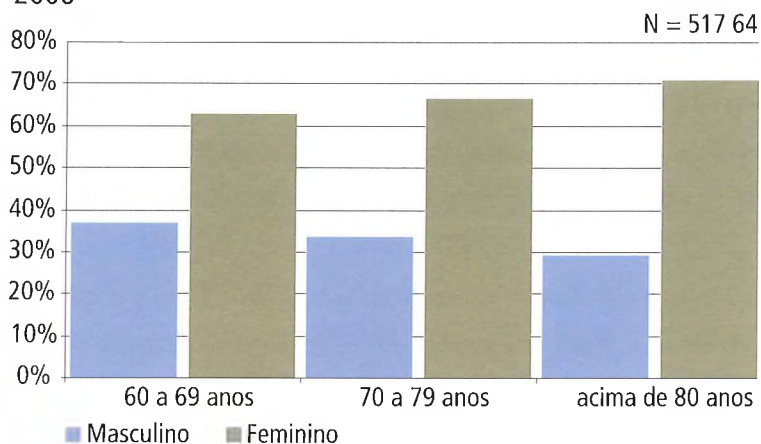
O perfil socioeconômico do idoso no município será desenhado de acordo com as respostas ao instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa em pauta (anexo). Separado em um bloco, intitulado Dados Socioeconômicos, 14 questões fechadas e mistas com dados relativos ao nível de instrução, trabalho e renda, rede de convivência e acesso a seguro / plano de saúde foram elaboradas para retratar o perfil socioeconômico do idoso. Uma vez sistematizados e expandidos, estes dados ofereceram o seguinte retrato da população idosa do município do Rio de Janeiro.

Sexo e Idade

Foi verificada a predominância do sexo feminino (65%). A maior proporção de mulheres idosas não é novidade, uma vez que muitas pesquisas indicam a predominância da presença feminina neste segmento. Segundo Neri (2001) este fato, feminização da velhice, pode ser explicado pela existência de maior expectativa de vida para as mulheres em função de buscarem os serviços de saúde com maior frequência e mais precocemente do que os homens.

³ A proposta da territorialização está informada pelo conceito de “desigualdade socioterritorial” cujo conteúdo é a articulação entre as dinâmicas demográfica e socioterritorial para a implementação de políticas.

Gráfico 5.1 Proporção de Idosos por sexo e grupos de idade - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

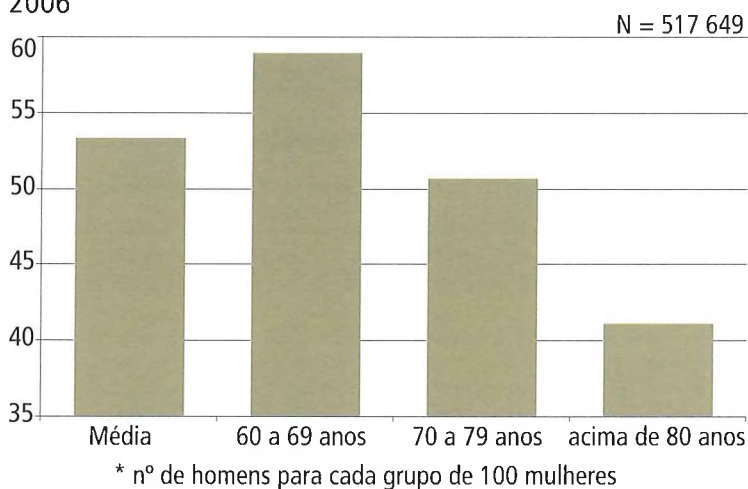
As mulheres apresentam maior frequência do que os homens em todos os grupos etários classificados – 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais. Sendo que, entre os idosos que ultrapassaram os 80 anos, as mulheres representam mais de 70%. O gráfico a seguir permite melhor visualização dos dados.

A razão de sexos entre a população idosa foi verificada em média e segundo os grupos etários, reafirmando a tendência à feminização da velhice e, quanto mais envelhecida a população carioca, maior é o superávit feminino.

A associação entre sexo e idade é a primeira expressão do que é a especificidade do envelhecimento, um processo único, porém, multifacetado que impede qualquer possibilidade de generalização.

Enquanto as mulheres enfatizam a autonomia e a liberdade como valores alcançados na velhice, para os homens é a lucidez que lhes garantiria nas idades mais avançadas o conhecimento das realidades social e política em que se encontram. (Debert, 1997 apud Goldani, 1999).

Gráfico 5.2 Razão de Sexo* dos idosos por grupos etários - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

As formas tradicionais de relações de gênero – homem provedor e mulher dona de casa – certamente sofreu impactos das transformações societárias verificadas desde meados da década de 70, mas sua existência durante longo período influenciou a trajetória de mulheres que hoje são idosas. Ao envelhecerem, deparam-se com certa liberdade – podem

alçar vôos maiores do que aqueles que se restringiam ao perímetro do espaço privado – contudo, esbarram nas dificuldades próprias do envelhecimento. Portanto, pensar em articular uma forma de inclusão da população idosa demanda o entendimento de que existe uma diferenciação entre idosos e idosas e que estas, por serem mais longevas e terem tido uma trajetória de vida mais dependente em relação ao homem e / ou família, sugerem a necessidade de atenção especial para garantia da qualidade de vida.

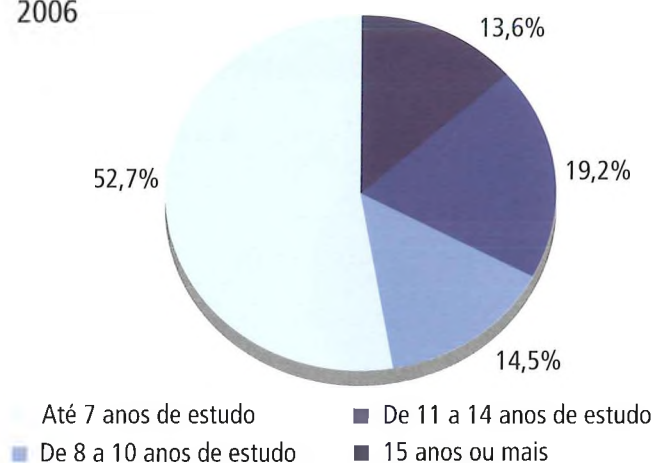
Grau de Instrução

A variável escolaridade, dada à sua complexidade em virtude de diversos movimentos das políticas de educação no Brasil nos últimos 50 anos com mudanças de concepção e nomenclatura, foi trabalhada em classes de anos de estudo: 1 a 3 anos de estudo, 4 a 7 anos, 8 a 10 anos, 11 a 14 anos e 15 anos ou mais. A escolha destas classes visa a garantir comparabilidade com outros estudos.

Percebe-se, de imediato, que 8% dos idosos se declaram apenas alfabetizados, para os homens (6%), proporção menor do que a encontrada para as mulheres (9%).

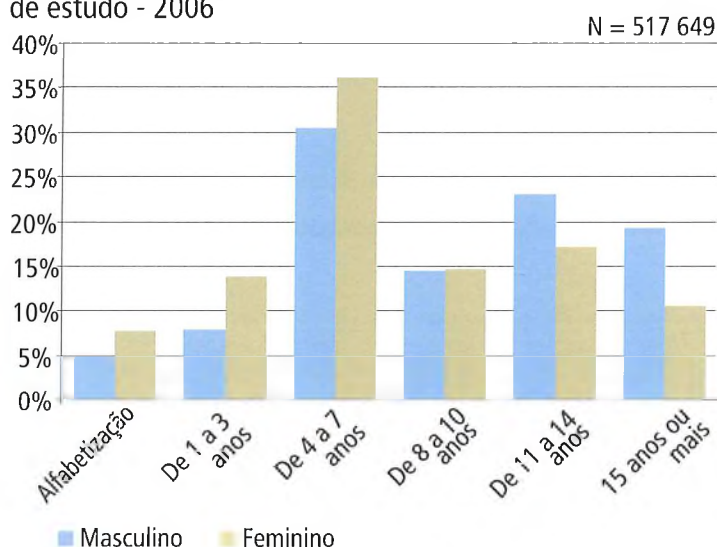
Os resultados indicam que os idosos no município do Rio de Janeiro têm grau de escolaridade diversificado, assim distribuído: mais da

Gráfico 5.3 Proporção de idosos segundo anos de estudo - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Gráfico 5.4 Proporção de idosos por sexo, segundo anos de estudo - 2006



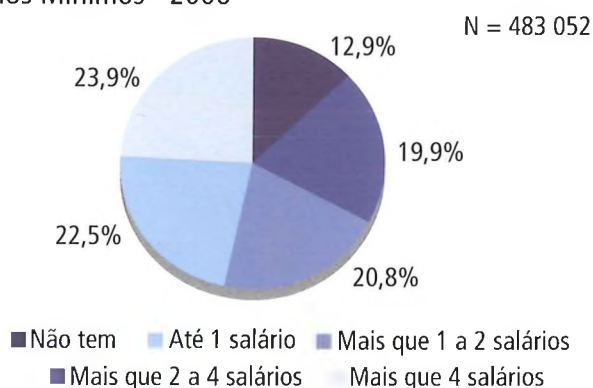
Fonte: Pesquisa Idoso - 2006

metade (53%) não conseguiu sequer concluir o ensino fundamental, apenas 15% completou o ensino fundamental, 19% concluiu o ensino médio e apenas 14% dos idosos têm curso superior.

Entre os homens, os que não concluíram o ensino fundamental (até 7 anos de estudo) totalizaram 43%, os que completaram o ensino fundamental 14%, os que completaram o ensino médio 23% e 19% concluíram o ensino superior ou mais. Entre as mulheres, observou-se que a maioria concluiu o ensino fundamental, (54%), em compensação, é diminuta a parcela com curso superior (11%).

Renda

Gráfico 5.5 Proporção de idosos por renda pessoal em Salários Mínimos - 2006



Fonte: Pesquisa Idosos, 2006

Dispor de renda pode significar tanto maior autonomia da pessoa idosa, quanto a acomodação desta renda no orçamento familiar.

Conforme apontado por Py et al, (2006), nas famílias mais pobres, os idosos podem tanto assumir o papel de constrangimento e peso no orçamento da família, quanto o de ser a única fonte de

renda pela aposentadoria, pensão ou ainda o Benefício de Prestação Continuada - BPC.

Quase um quarto dos idosos (24%) dispõem de renda pessoal maior ou igual a 4 salários mínimos, 43% se enquadram entre 1 e 2 salários mínimos e 13% afirmam não dispor de renda pessoal.

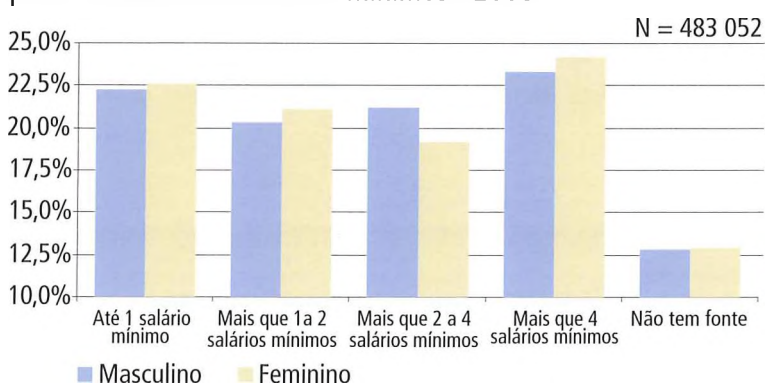
Não foi verificada diferença significativa nas proporções de classes de renda por salário mínimo segundo o sexo, conforme ilustra o gráfico.

Fato que merece destaque, a igualdade na renda entre homens e mulheres, certamente, guarda relação com a instituição de pensões para as viúvas, lembrando que a cidade do Rio de Janeiro foi, durante muitos anos, capital federal do país, portanto, abrigando cultura de funcionalismo público¹. No entanto, cabe mencionar também que um fenômeno nunca se esgota numa única

1 Algumas empresas públicas de alcance nacional mantêm suas unidades no município do Rio de Janeiro, a exemplo da Petrobrás, o BNDES e o IBGE. E, ainda que tenha perdido seu status de capital, o município parece longe de perder o de capitalidade.

explicação. Outro fator que pode influenciar a igualdade nos proventos independente do sexo ou grupos de idade é a tendência ao chamado teto do INSS para as aposentadorias e pensões, bem como a taxaço do valor do BPC. Estes fatores, coadunados, tendem a equalizar tanto a renda de homens e mulheres quanto à dos grupos etários.

Gráfico 5.6 Proporção de Idosos por sexo, segundo renda pessoal mensal em salários mínimos - 2006



Fonte de Renda

Foram investigadas as principais fontes de renda da pessoa idosa no município do Rio de Janeiro. Na abordagem foi utilizada a seguinte estratégia: apresentação ao entrevistado de cinco opções de fontes, não excludentes entre si: aposentadoria, pensão, remuneração pelo trabalho atual, aluguel (renda) ou aplicações bancárias e outro que deveria ser especificado pelo entrevistado.

Entre as fontes de renda destaque para a aposentadoria (42%), importante saber que quase um quarto (24%) dos idosos conta com mais de uma fonte de renda.

A pesquisa revelou que 14% dos idosos não dispõem de nenhuma fonte de renda e 10% têm somente um tipo de fonte. Tal situação pode enquadrá-los em uma zona de vulnerabilidade social, menos pela renda em si proveniente da fonte, e mais pela ausência de fonte.

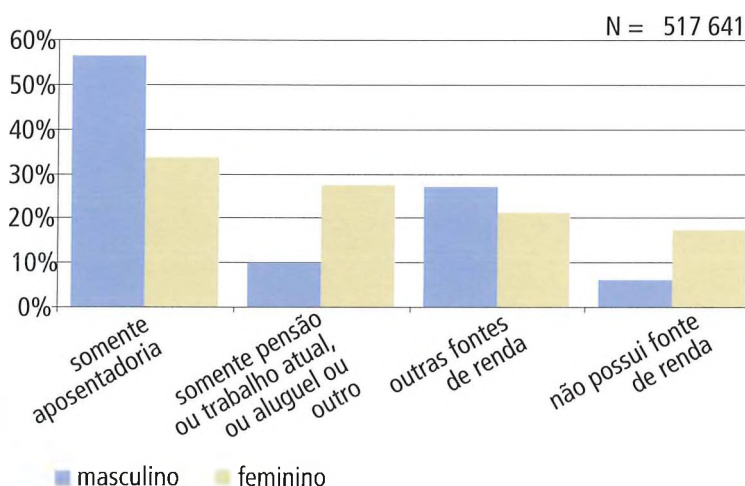
A aposentadoria é considerada pela literatura corrente como marco no reconhecimento da velhice. Sua criação pelo Estado, ainda no século XIX, inaugura nova instituição de assistência aos mais velhos. Portanto, estar situado fora desta instituição, significa o não reconhecimento da sociedade a este contingente (Py et al, 2006).

Ainda que este idoso possa contar com recursos dos familiares para a satisfação de suas necessidades, o fato é que, numa sociedade em que o dinheiro é a medida de todas as coisas, a falta de renda própria pode significar desde situação de constrangimento no âmbito familiar, com o idoso sentindo-se um estorvo para a própria família, até a falta de autonomia financeira para transitar

nas diferentes esferas da sociedade.

Quando considerada a variável sexo, observa-se que a população feminina está mais vulnerável que a masculina: 18% das mulheres não dispõem de fonte de renda alguma, entre os homens apenas 6%.

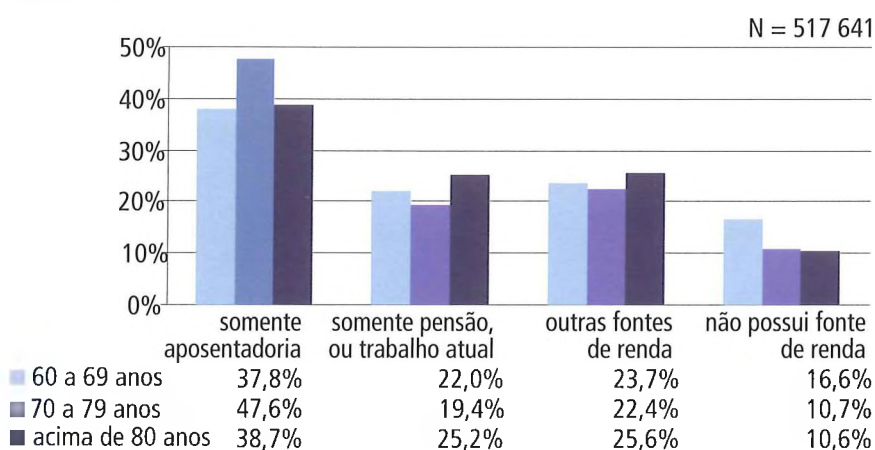
Gráfico 5.7 Proporção de idosos por sexo, segundo fonte de renda - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Com relação aos grupos etários, 17% dos sem fonte de renda estão entre 60 e 69 anos, o que pode ser explicado pelo fato de que a aposentadoria, assim como o benefício assistencial para a pessoa Idosa (Benefício de Prestação Continuada) usam como critério o idoso oficial, ou seja, sua concessão se dá aos 65 anos.

Gráfico 5.8 Proporção de Idosos por grupos etários segundo fonte de renda - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

A informação de que cerca de 13% dos idosos não dispõem de fonte de renda, demandou maior investigação, apresentando o seguinte quadro: ao cruzar fonte de renda, com quem vive e o sexo da pessoa idosa, verificou-se que: quando acompanhadas, 22%

das mulheres não dispõem de fonte de renda, enquanto apenas 6% dos homens acompanhados declararam a mesma situação. No caso de viverem sozinhos, 9% dos homens não possuem fonte de renda, no caso das idosas solitárias este percentual desce para 6%.

Gráfico 5.9 Proporção de Idosos do sexo masculino por convivência, segundo quantidade de fonte de renda - 2006

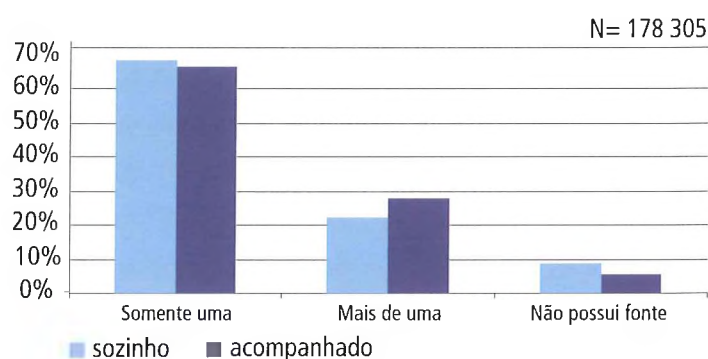
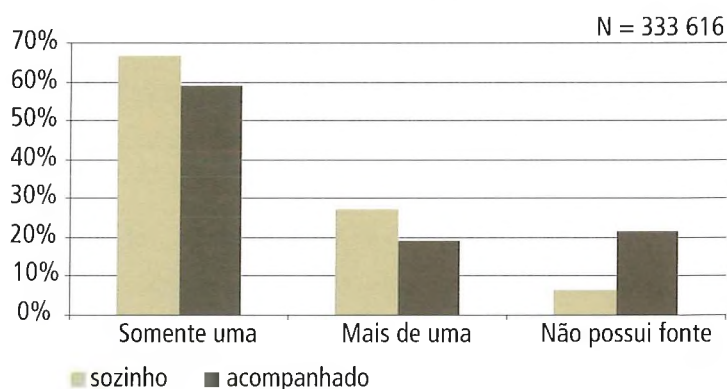


Gráfico 5.10 Proporção de idosas por convivência, segundo quantidade de fonte de renda - 2006



Ocupação exercida durante a maior parte da vida

O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas (Estatuto do Idoso - Lei 10.741 - 01/10/2003, Art. 26 -).

A questão da ocupação profissional chama a atenção especialmente para este segmento que se inseriu na sociedade salarial em uma época – década de 50 – em que a condição de assalariado oferecia, para aqueles que acumularam determinado capital intelectual, possibilidades de conquistar um padrão de consumo próximo ao da classe média. Era o momento do surgimento do que Castel (1998) chama de uma constelação salarial, cuja função na sociedade seria a de potencializar a dinâmica social, com trabalhadores que representariam o perfil de homem bem sucedido. Cabe uma breve digressão que aponte para a importância deste tema para as relações intergeracionais, pois a ocupação tem um peso significativo na construção do sujeito.

As pessoas que por esta época (décadas de 50 e 60) seguiam uma ocupação profissional, bus-

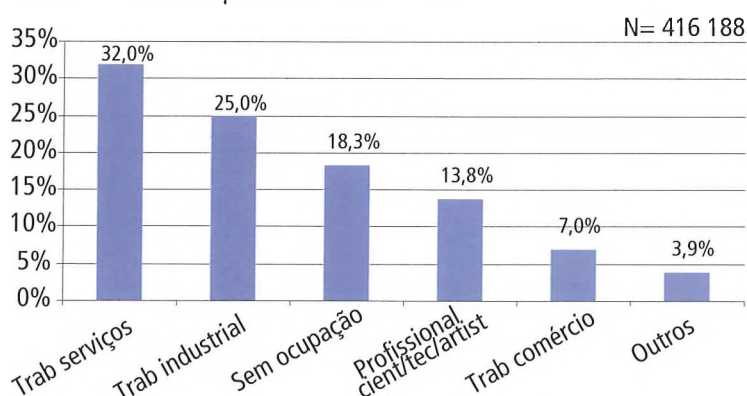
cando na condição salarial padrão de vida confortável, na realidade atual, a possibilidade dessa realização profissional fica bem mais distante.

E, mais ainda, na fase atual do capitalismo a possibilidade de construir uma narrativa de vida em torno da ocupação exercida se torna mais difícil, com conseqüências pessoais consideráveis para aqueles que vivem do trabalho (Sennett 2000). É possível que esta peculiaridade das gerações passadas influencie as suas relações com os mais jovens. A maior parte dos idosos construiu suas histórias de vida em função da mesma ocupação exercida, suas formas de pensar, portanto, são reflexo da paisagem do mundo do trabalho no qual estiveram inseridos.

Na realidade atual, tal síntese continua existindo. Com os mais jovens, contudo, são várias as paisagens, eles participam de uma dinâmica diferenciada, porque mais veloz do que no tempo das gerações passadas, não só porque a estabilidade ocupacional não é a mesma de outros tempos, mas porque a própria possibilidade de construir uma narrativa de vida em torno da questão ocupacional está comprometida. Talvez no futuro não seja possível precisar, como feito para esta geração, qual a ocupação exercida a maior parte da vida.

Para abordar este tema, a variável ocupação obedeceu à seguinte consolidação, segundo o Código Brasileiro de Ocupações 2002: Profissionais científicos/técnico/artísticos, Trabalhadores em Serviços, Trabalhadores em Comércio, Trabalhadores em Indústria, Trabalhadores em ocupações não classificadas ou Outras Ocupações cuja participação não ultrapassa 5% da amostra.

Gráfico 5.11 Proporção de idosos por grupo de ocupação exercida a maior parte da vida - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Uma parcela significativa dos idosos trabalhou a maior parte da vida em profissões na área de serviços (32%), seguido por aqueles que trabalhavam em indústria (25%) e 18% declararam não ter tido nenhuma ocupação.

Observou-se que, para os idosos alfabetizados, a distribuição das ocupações exercidas ao

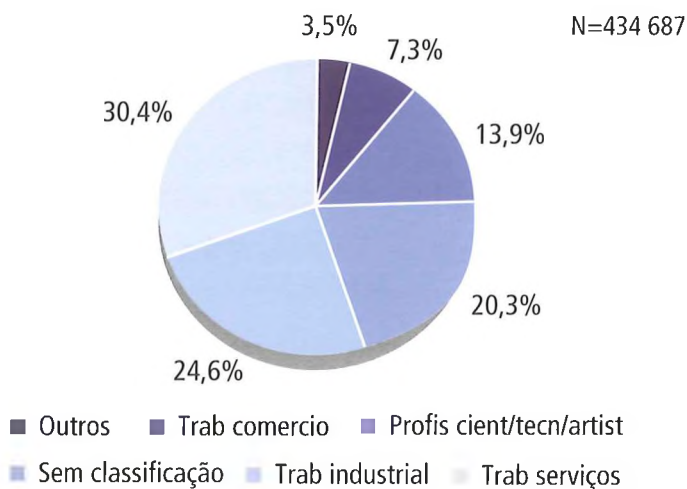
longo da vida foi de: 14% de profissionais científicos/técnico/artísticos, 7% de trabalhadores em comércio, 30% trabalhadores em indústria, 25% trabalhadores em serviços, 20% sem classificação e 4% em outras ocupações. Da avaliação das atividades permanentes há predominância do setor

terciário – comércio e serviços - com 38% e 25% na indústria, somando 62% dos entrevistados.

Entre os homens, a predominância é a mesma: 36% em comércio e serviços e 33% na indústria.

Entre as mulheres, 39% em comércio e serviços e 20% na indústria. Há forte diferença na categoria sem classificação com 11% entre os homens e 26% entre as mulheres, em que é marcante o número de donas-de-casa.

Gráfico 5.12 Proporção de Idosos alfabetizados segundo a ocupação desempenhada a maior parte da vida - 2006



Ainda que não seja possível precisar a participação dos idosos no mercado de trabalho, um aspecto já pode ser destacado: pessoas mais envelhecidas participam da População em Idade Ativa (PIA)⁵, apontando tendência para a inserção dos idosos no mercado de trabalho. Ainda assim, pesquisas recentes indicam que, mesmo que tenha havido um relativo crescimento da PEA⁶ idosa, as taxas de participação deste segmento vêm apresentando declínio, que pode tanto estar associada à dispensa de uma mão-de-obra cuja qualificação não corresponda às exigências atuais do mercado, quanto ao aumento da cobertura previdenciária (Wajnman et al, 1999).

A instrução aparece como determinante na participação do idoso no mercado de trabalho. Dos entrevistados, 26% ainda permaneceram ativos no mercado e, destes, destacam-se os que não possuíam ensino fundamental completo e os que concluíram o ensino superior, com 31% e 20%, respectivamente. O primeiro talvez por que ainda tenha que complementar parca aposentadoria ou pensão, já o outro, um grupo com melhor chance de se manter ativo no mercado, porque ainda necessita reafirmar sua participação plena em sociedade.

A permanência no mercado de trabalho se dá principalmente com os homens e entre os mais jovens (60 a 69 anos). Mas impressiona encontrar 11% de idosos com mais de 80 anos de idade ainda em atividade. Para os homens é ainda mais expressivo – 16%.

5 PIA - População em Idade Ativa: pessoas de 10 anos ou mais de idade

6 PEA - População Economicamente Ativa: pessoas ocupadas mais as pessoas desocupadas

De fato, o nível educacional é determinante, também, no caso da diferenciação por sexo. Nos homens deste grupo verificamos predominância dos que não concluíram o ensino fundamental com 28% e os que concluíram o ensino superior com 26%. Já entre mulheres, a predominância é das que não possuem ensino fundamental completo e ensino médio e superior completo, com 35%, 17% e 17%, respectivamente.

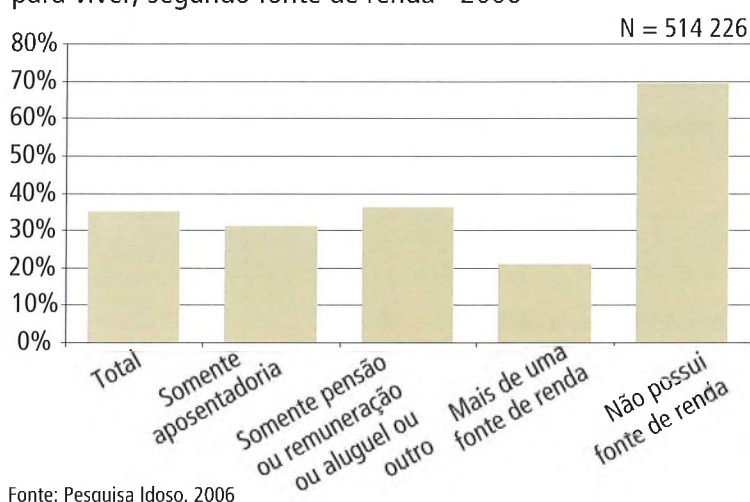
Observou-se que 15% são profissionais científicos/técnico/artísticos, 30% trabalhadores em serviços, 15% trabalhadores em comércio, 26% trabalhadores em indústria e 9% sem classificação.

Confirma-se, portanto, a significativa participação de pessoas idosas no setor terciário da economia, totalizando 45% dos entrevistados, seguido do setor secundário, trabalhadores da indústria, com 26%. Esta informação pode estar relacionada às peculiaridades deste setor para a contratação precarizada, características daqueles que dispõem de pouca qualificação ou qualificação defasada. Na verdade, trata-se de uma forma de vulnerabilidade social ao qual este segmento está exposto.

Conforme apontado no início deste item, a questão ocupacional para a pessoa idosa é tema rico em especificidades, enquanto esta população cresce no conjunto da sociedade, sua participação no mercado está aquém do esperado. Apesar de o mercado começar a apresentar algumas possibilidades, ainda é necessário pensar em formas que garantam a inclusão deste segmento, olhando-o como um universo de possibilidades, tais como: maturidade e experiência que auxiliam em muito a tomada de decisões gerenciais.

Necessidade de ajuda financeira para viver

Gráfico 5.13 Proporção de idosos com necessidade financeira para viver, segundo fonte de renda - 2006



Foi abordado também o tema necessidade de ajuda financeira para viver com os idosos. A velhice cobra um preço alto para a manutenção do sujeito que conseguiu alcançá-la. E, numa sociedade que ainda está se organizando para incluir seus idosos, este preço, via de regra, ultrapassa os proventos auferidos, o que expli-

ca o fato de 35% dos idosos, ou seja, pelo menos um em cada três declarar que precisa deste tipo de ajuda para viver.

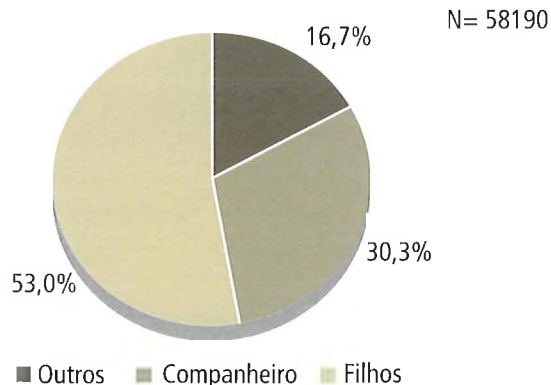
Do total de idosos que necessitam deste suporte, a maior parte dispõe de pelo menos uma fonte de renda e, destes, 31% contam somente com a aposentadoria. Dos que dispõem de outra fonte de renda (entre pensão, remuneração pelo trabalho atual ou outros) 36% necessitam de algum suporte financeiro e, dos que detêm mais de uma fonte, 21% necessitam deste tipo de ajuda.

Observa-se que os idosos têm no grupo familiar um suporte com o qual efetivamente podem contar (gráfico 5.14). Os filhos (53%) são os que mais ajudam os idosos em caso de necessidade, seguido dos companheiros (30%) e dos demais familiares ou outras pessoas do convívio. O fato de terem nestes familiares e, especialmente nos filhos, o suporte financeiro necessário, não é suficiente para avaliar a qualidade das relações mantidas com estes, mas pode indicar que as relações intergeracionais no âmbito familiar são as mais frequentes.

Importante mencionar que, daqueles que relataram precisar de ajuda financeira, 90% são mulheres. Fato esperado,

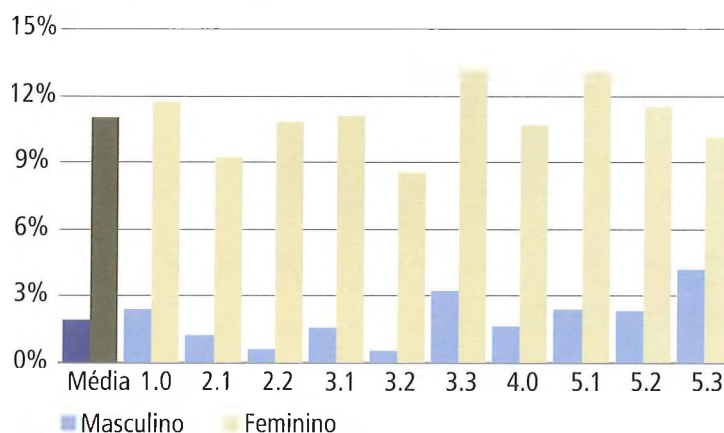
por tratar-se de uma geração de mulheres que ainda começava a se inserir no mercado de trabalho, portanto, que alcançou a velhice ainda como dependente financeira. Observa-se que o grupo feminino é o que prevalece em todas as categorias de dependência financeira, sobressaindo com 97% o sustentado pelo companheiro.

Gráfico 5.14 Proporção de idosos com necessidade de ajuda financeira para viver, segundo pessoa que ajuda - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

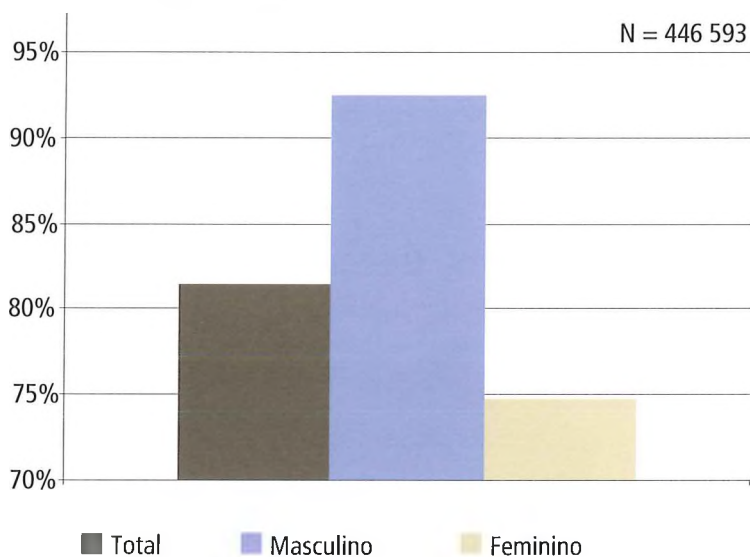
Gráfico 5.15 Proporção de idosos que não possuem fonte de renda por sexo, segundo as AP's de saúde - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

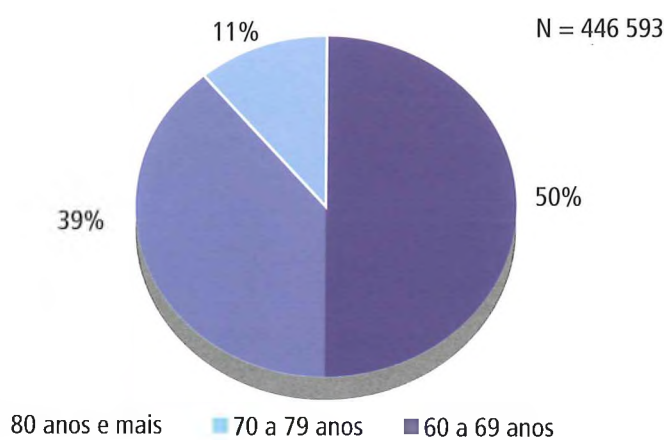
Responsabilidade Financeira do Domicílio

Gráfico 5.16 Proporção de Idosos responsáveis financeiros pelo domicílio por sexo - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Gráfico 5.17 Proporção de Idosos responsáveis financeiros pelo domicílio por grupos etários - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

O outro lado da moeda, os que são os responsáveis financeiros do domicílio representam 81% do total de idosos, proporção que vai diminuindo de acordo com a idade e aumenta de acordo com o sexo. Conforme visualizado nos gráficos a seguir, 92% dos homens são responsáveis, enquanto no caso das mulheres, este percentual desce para 75%.

No que se refere aos grupos etários, conforme esperado, a proporção de idosos com responsabilidade financeira decresce de acordo com o avançar dos anos, sendo que no primeiro segmento etário, quase a metade (50%) tem esta obrigação com o domicílio, enquanto que, entre aqueles que conseguem ultrapassar os 80 anos, este percentual desce para 11%.

No Brasil, as famílias com menor poder aquisitivo funcionam como principal aporte material para seus componentes, com construção de redes de sociabilidades que podem atuar na maximização dos rendimentos e demais bens de consumo (SMAS / ECGAS, 2007). No caso da pessoa idosa, este item é delicado e demanda abordar, ainda que superficialmente, a vulnerabilidade da pessoa idosa à violência financeira.

Este tipo de abuso, que seria a apropriação de recursos de forma desonesta, para fins próprios,

ocorre, por meio das pessoas do convívio familiar. As mulheres idosas estão mais vulneráveis, não só por serem 57% dos idosos com alguma fonte de renda, mas por serem mais longevas, conforme já mencionado, e historicamente com uma postura dependente em relação ao universo familiar. Chama a atenção o fato de mais de 80% da população idosa se considerar chefe de domicílio, e mais de 10% com mais de 80 anos. Estes últimos talvez mereçam uma atenção maior do Poder Público, no sentido de evitar / prevenir abusos financeiros.

Relacionamentos Interpessoais

A vida em sociedade é conformada pelas redes sociais, nas quais os sujeitos se inserem durante sua trajetória. Estas redes são costuradas de acordo com as escolhas afetivas, profissionais, financeiras e, sobretudo, na interação com outros sujeitos. Portanto, os relacionamentos familiares ou interpessoais podem atuar, tanto como fator de proteção para segmentos mais vulneráveis da sociedade na garantia de suporte (financeiro ou emocional e afetivo), como fator de risco expondo estes componentes a situações de negligência ou violência. Por estes motivos e, também, por seu potencial de construção de práticas de tolerância e espaço para o exercício da cidadania (Ferrari e Kaloustian, 1998), a

família tem sido alvo de ações do Estado e merece atenção destacada neste trabalho.

Mais ainda, a família é uma relação de troca, os seus componentes, sejam consangüíneos ou não, convivem organizando-se em formas de sociabilidade que inclui a ajuda mútua. Os su-

Gráfico 5.18 Proporção de idosos que vivem sozinhos ou acompanhados por grupos de idade - 2006

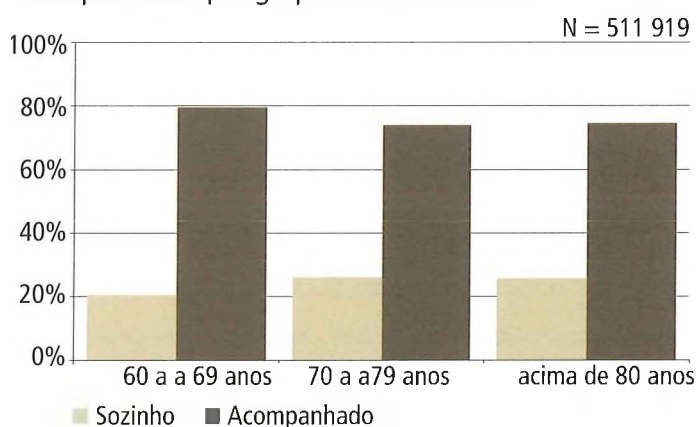
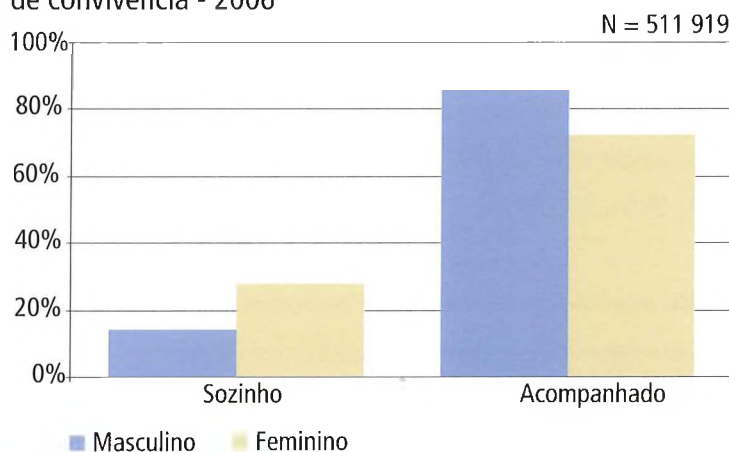
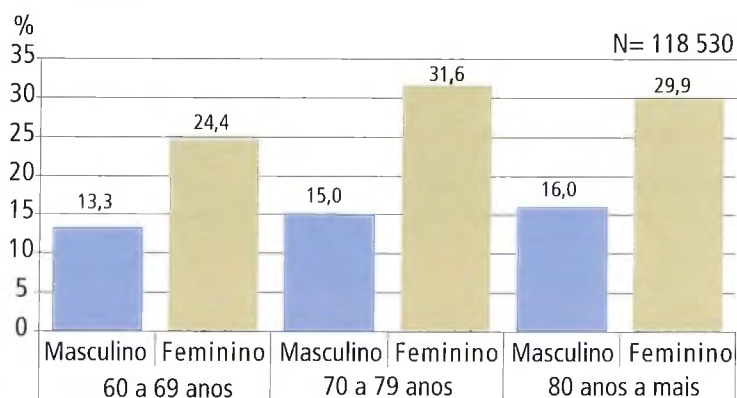


Gráfico 5.19 Proporção de idosos por sexo segundo condição de convivência - 2006



5.20 Proporção de idosos que vivem sozinhos segundo sexo e idade, 2006



mais jovens para o apoio necessário quando o tempo cobrar seu preço. Esses podem, grosso modo, ser os ganhos nas relações intergeracionais.

No caso da população idosa do Rio, foi verificado que a maior parte (77%) afirma viver acompanhada, sendo que 87% dos homens idosos vivem acompanhados, e 72% das idosas. Se a velhice tem o seu preço, a maior longevidade feminina cobra à parte, relegando viúvas à solidão. Uma vez que, a dimensão afetiva do ser humano não se finda com o fim da idade reprodutiva, as idosas, mesmo vivendo sozinhas, ainda têm necessidades de manter vínculos com maior ou menor compromisso interpessoal, até para garantir o suporte necessário nesta fase da vida. Essa discussão será mais bem elaborada no capítulo referente às redes de apoio da população idosa, mas para legitimar essa investigação e, no sentido de destacar a necessidade de se criar espaços que potencializem as possibilidades de reconstrução de laços afetivos, cabe apenas citar o romancista Affonso Romano de Sant'anna (1986), que ao falar da mulher madura, o faz em comparação às meninas. Enquanto essas seriam comparadas a um jardim de margaridas tagarelas, a mulher madura, na visão de Sant'anna, seria comparável a uma orquídea cravada no tronco de uma árvore. Imagem de beleza e solidez, qualidades que podem e devem ser cultivadas entre as idosas.

Quando se relaciona convivência e grupos etários, pode-se observar que os idosos com mais de 70 anos estão mais solitários. Enquanto do total de idosos (23%) afirmam viver só, este percentual gira em torno de 26% para os idosos mais longevos.

Quando se considera o sexo, a proporção de mulheres sozinhas (28%) é o dobro da dos homens na mesma condição (14%). Quando considerados os grupos de idade de homens e mulheres, observa-se que enquanto 16% dos homens acima de 80 anos afirma viver só, este índice sobe para 30% entre as mulheres.

Características das Dez Áreas de Planejamento de Saúde

Sexo

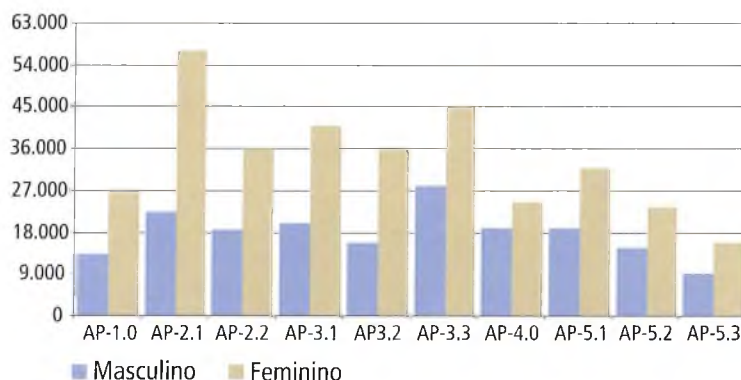
A distribuição do contingente de idosos por sexo, segundo as AP, mostra uniformidade e em todas as dez áreas, a população feminina é sempre superior à masculina. A maior discrepância entre sexos fica na AP2.1 (Zona Sul), por outro lado a região com maior equilíbrio entre os sexos é a AP4.0 (Baixada de Jacarepaguá). Vale lembrar que quando se trabalha com valores absolutos, os resultados ficam influenciados pelas quantidades, inibindo a estrutura de cada AP.

O gráfico 5.22 deixa claro que a proporção de idosos por sexo para cada AP tende a uma certa homogeneidade, já que em oito das dez a representatividade feminina se situa entre 60 e 70% e que a média da cidade se situa no centro do intervalo (65%). Apenas a AP2.1 ultrapassa o limite superior (72%) em função da maior expectativa de vida, como observado na análise territorial. Já a AP4.0, que fica abaixo do limite inferior (57%) em função de ser uma área de expansão recente da cidade, vale lembrar que os vetores de expansão se caracterizam por uma estrutura demográfica jovem.

Idade

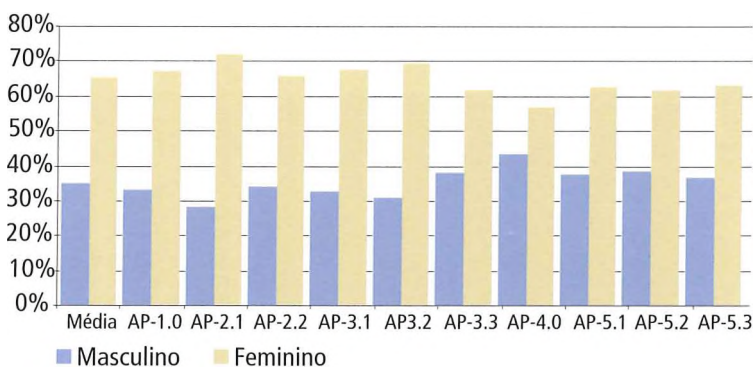
A distribuição dos idosos por grupo etário, segundo as AP de Saúde, evidencia que o maior contingente é o de idosos jovens, ou seja, aqueles com idade entre 60 e 69 anos e que têm seu maior

Gráfico 5.21 Contingente de idosos por sexo, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

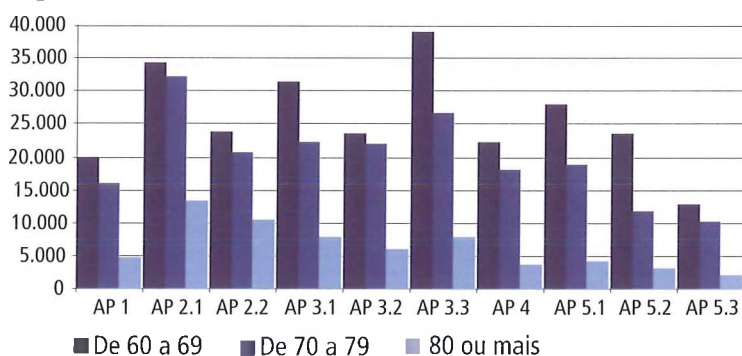
Gráfico 5.22 Proporção de idosos por sexo, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

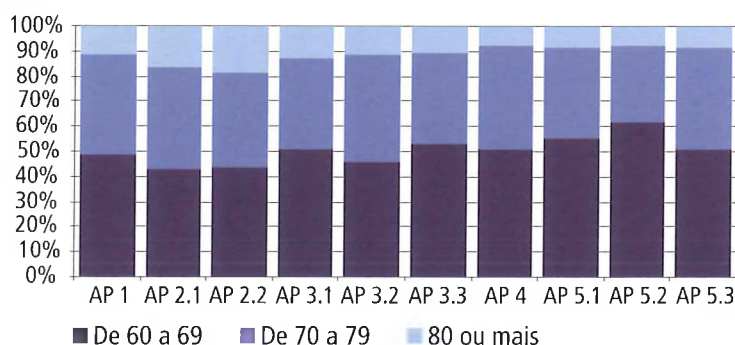
contingente na AP3.3 (39mil), a contrapartida fica na AP5.3 (13 mil). A pesquisa encontrou na AP2.1 a maior quantidade de idosos (80 mil) enquanto a menor morava na AP5.3 (25 mil). Os idosos com idade entre 70 e 79 anos foram chamados de intermediários. Estes têm sua maior expressão na AP2.1 (32 mil) e a menor parcela na AP5.3 (10 mil). Finalmente, o grupo mais longo, aqueles com 80 anos ou mais, tem como extremos a AP2.1 (13 mil) e a AP5.3 (2 mil).

Gráfico 5.23 Contingente de Idosos por grupos etários, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

Gráfico 5.24 Distribuição dos grupos etários de idosos em %, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

Quando se trabalha com a participação de cada um dos três segmentos, no total da população idosa para cada AP, fica mais fácil entender a estrutura da população idosa e, por outro lado, mostra uma distribuição mais harmônica. Os idosos jovens representam a maioria em seis das dez AP. Estão fora deste grupo as AP 1.0, 2.1, 2.2 e 3.2, áreas mais consolidadas da cidade, com razoável poder aquisitivo e que tem como resultante uma estrutura etária mais envelhecida. A amplitude deste intervalo, ou seja, a diferença entre a maior e a menor participação para esta faixa etária atinge 42%. Para o grupo intermediário (70 e 79

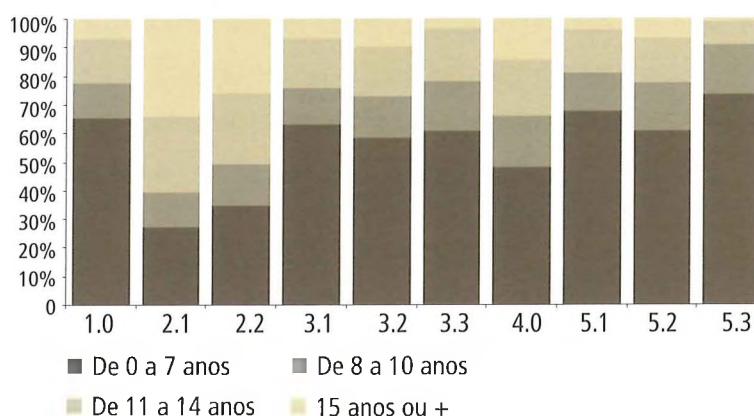
anos), a coerência encontrada para o segmento anterior se esvai, pois o conjunto com peso maior ou igual a 40% agrega as seguintes AP: 2.1, 3.2, 4.0 e a 5.3, ou seja, mistura áreas consolidadas com outras ainda vivendo o processo de expansão urbana. A variabilidade de participação entre as AP se mantém quase no mesmo patamar do grupo anterior, atingindo 40%. Entre os longevos retoma-se a coerência, ou seja, maior peso nas AP mais ricas e consolidadas, e menores participações nas menos estruturadas e de expansão urbana. Para os longevos, a variabilidade entre os extremos atinge 131%, ou mais de três vezes a encontrada para os dois segmentos mais jovens.

Escolaridade

A escolaridade pode ser considerada uma *proxy* da renda das pessoas. No caso do idoso, sabemos que esta geração foi jovem em um período mais seletivo da vida escolar, quando a rede tinha maior qualidade de ensino e menor oferta de vagas. A escolaridade foi desagregada em quatro classes: os que não concluíram o ensino fundamental (até 7 anos de estudo), os que concluíram pelo menos o ensino fundamental (de 8 a 10 anos de estudo), os que concluíram pelo menos o ensino médio (de 11 a 14 anos de estudo) e os que concluíram pelo menos o ensino superior (15 anos ou mais de estudo).

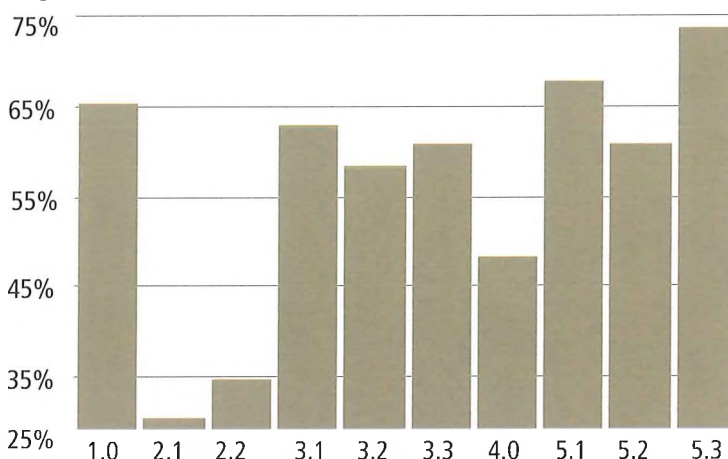
O gráfico permite uma panorâmica de como se distribui a variável escolaridade pelas dez AP de Saúde na cidade. Logo a seguir, apresentamos mais dois gráficos que detalham melhor as duas situações extremas da escolaridade. No primeiro caso, o majoritário contingente de idosos que não conseguiram concluir o ensino fundamental. No outro, apresentaremos a elite da terceira idade, a minoria que conseguiu concluir o ensino superior em tempo de

Gráfico 5.25 Distribuição das classes de anos de estudo dos idosos em %, segundo as AP - 2006



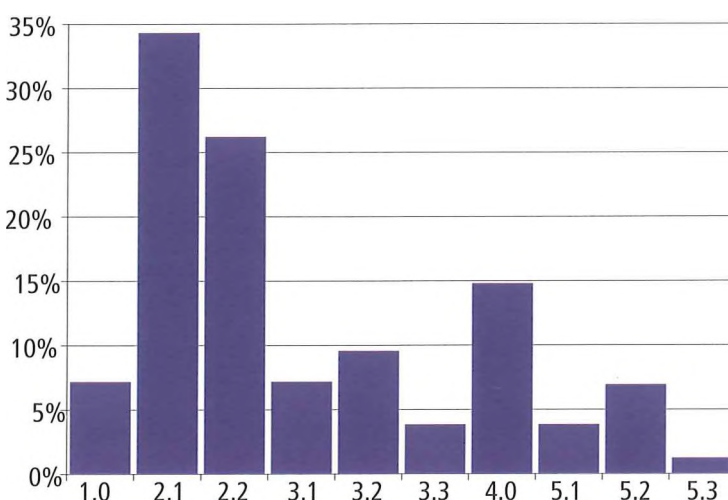
Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

Gráfico 5.26 Proporção de idosos com até sete de estudo, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

Gráfico 5.27 Proporção de idosos com 15 anos ou mais de estudo, segundo as AP - 2006



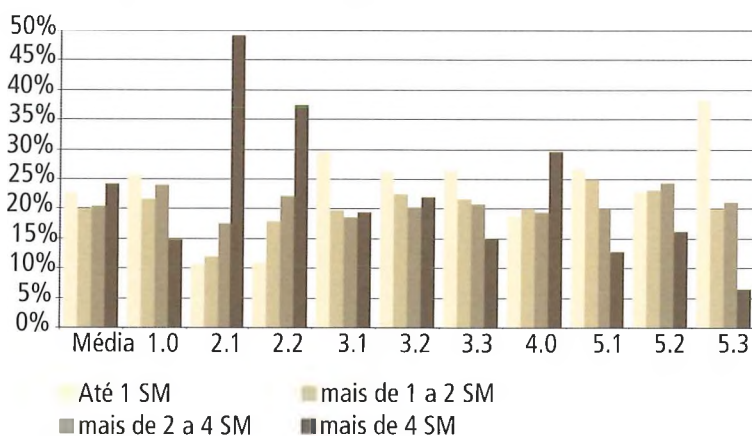
Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

escassas oportunidades.

Em sete das dez AP mais da metade de sua população idosa não conseguiu concluir o ensino fundamental. Coincidentemente nas três AP (2.1, 2.2 e 4.0) onde é maior o poder aquisitivo pode-se constatar as menores proporções de idosos com baixa escolaridade. Quando se olha a mesma variável por outro enfoque, ou seja, como se distribuem os idosos com, pelo menos, nível superior, as mesmas AP se repetem. Vamos agora confirmar que as mesmas sete AP com baixa escolaridade são as mesmas com menos de 10% de sua população com formação superior.

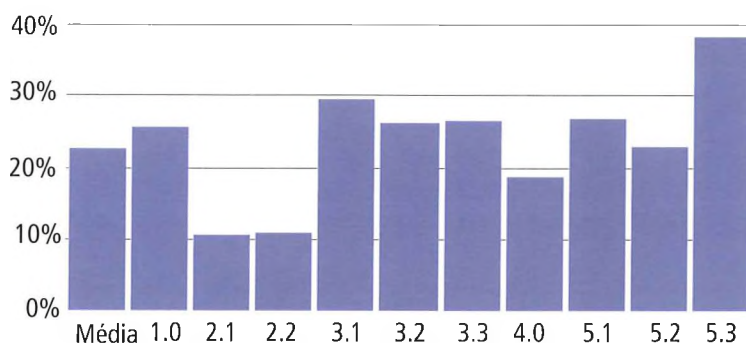
Renda

Gráfico 5.28 Idosos por classe de rendimento médio mensal em salários mínimos, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

Gráfico 5.29 Proporção de idosos com rendimento médio mensal de até um salário mínimo, segundo as AP - 2006



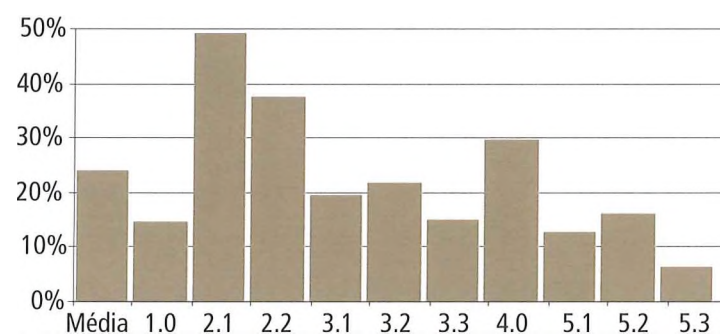
Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

O gráfico confirma a alta correlação positiva entre escolaridade e renda, ou seja, escolaridade mais alta implica renda também mais alta e vice-versa. Os dois exemplos mais significativos vêm de dois extremos da cidade: na AP2.1 com a maior proporção (49,2%) dos que têm rendimento médio mensal superior a quatro salários mínimos e a menor proporção (10,6%) dos que recebem até um SM; na AP5.3, que dista 50 km do núcleo, a situação se inverte, pois lá vamos encontrar a maior proporção (38,2%) dos que recebem até um SM e a menor parcela (6,5%) dos que recebem mais de 4 salários mínimos.

Os gráficos 5.29 e 5.30 permitem visualizar de maneira mais

clara o comportamento da renda por AP, nos segmentos de menor e maior renda, tendo como referência a média da cidade.

Gráfico 5.30 Proporção de idosos com rendimento médio mensal superior a 4 salários mínimos, segundo AP - 2006

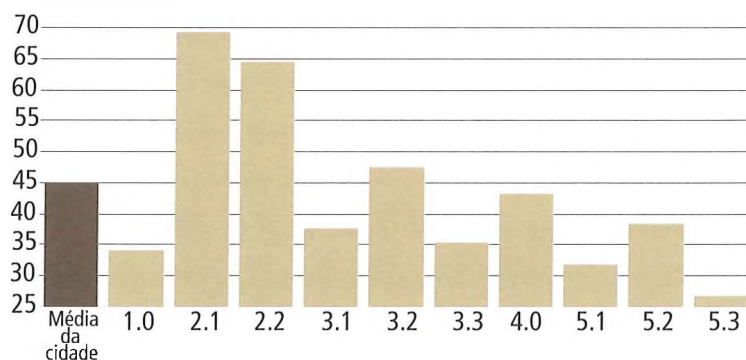


Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Plano de Saúde

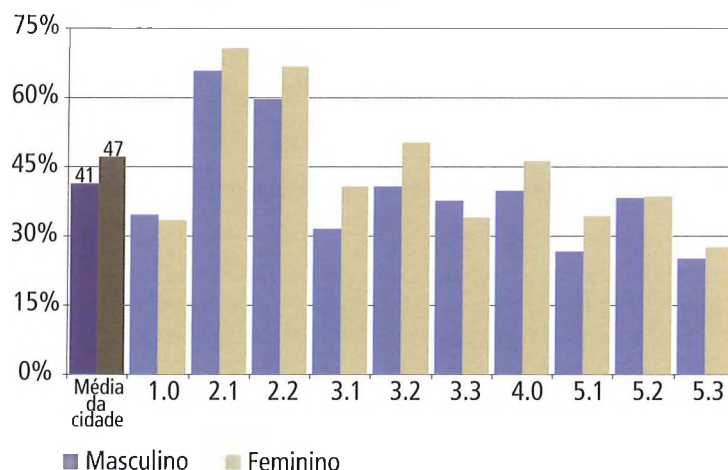
Poder contar com um plano de saúde na terceira idade é um privilégio de poucos e isso fica evidente quando se constata que, em média, 45% dos idosos dispõem desse serviço na cidade. Por outro lado, podemos entender que assim como a escolaridade, esta variável também pode ser considerada uma *proxy* da renda e isso fica fácil de ser verificado no gráfico abaixo. Vale lembrar que estes produtos, com o passar do tempo, foram se adaptando ao mercado e, nesse caso, o processo foi acelerado em função das dificuldades por que tem passado o Sistema Único de Saúde – SUS. Planos de saúde que anteriormente cobriam consultas, exames, internação e cirurgias restringiam seus serviços às classes de maior

Gráfico 5.31 Proporção de idosos que tem plano de saúde, segundo as AP - 2006



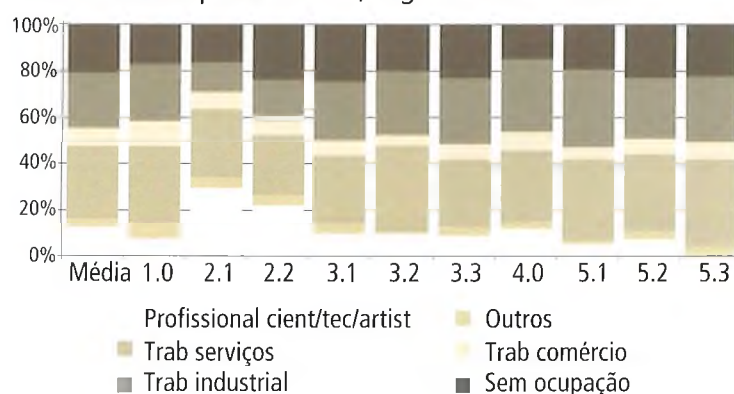
Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Gráfico 5.32 Proporção de idosos que tem plano de saúde por sexo, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Gráfico 5.33 Proporção de idosos por tipo de ocupação que exerceu a maior parte da vida, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

renda. Hoje, as empresas expandiram os serviços oferecidos: em alguns casos foram segmentados, em outros, centralizados, dando mais opções ao cliente, ou seja, vende-se o serviço de acordo com as possibilidades do cliente.

Qual seria a explicação para que em 70% das AP as mulhe-

res superem os homens na cobertura de plano de saúde? Por outro lado, por que as AP 1.0 e 3.3 têm maior proporção de idosos que aderiram a algum plano de saúde?

Quando se perguntou ao idoso que tipo de ocupação ele exerceu a maior parte da vida, pudemos constatar, de imediato, que o setor serviços apareceu como principal opção em todas as AP. Da mesma forma, duas outras opções despontam como as que menos ofereceram oportunidades: o comércio e a opção outros. Apenas um setor deixou evidente suas particularidades na comparação entre as AP, o de profissional científico/tecnológico/artístico, já que despontou com importância significativa apenas na AP-2.1 e 2.2. Nestas duas regiões também se caracterizaram por menor peso do setor industrial.

Conclusão

A proposta de se desenhar o perfil socioeconômico da população idosa no município é só o começo do esforço proposto pela **1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006** e que está relacionado aos demais temas que integram esta pesquisa, que pretende retratar a situação do envelhecimento na sociedade carioca.

Neste bloco, foi traçado um primeiro perfil desta população e, acredita-se que é nesta realidade que os demais temas, que incidem sobre a velhice, vão se desdobrar, oferecendo pistas de até que ponto, os condicionantes socioeconômicos atuam na questão do envelhecimento, ou seja, em que medida permitem, não apenas a compreensão do cotidiano da população carioca idosa, mas também a ampliação do conhecimento sobre o tema.

Quando se fala de pesquisa na área social, deve-se incluir o tema que se investiga numa especificidade histórica, pois é desta que vão se desdobrar questões para as quais é necessário produzir informações para gerar conhecimento. Lembrando que as informações foram fornecidas pelos próprios idosos do município.

Esta pesquisa, portanto, oferece para a cidade o seguinte perfil do idoso:

- Maior proporção de mulheres, confirmando a tendência verificada para o país do processo envelhecimento;
- Mais da metade (56%) dispõe de até 2 salários mínimos;
- Boa parte (42%) conta apenas com a aposentadoria e 14% não conta com nenhuma fonte de renda;
- Mais de um quarto (26%) ainda participa do mercado de trabalho;
- Mais de um terço (36%) necessita de ajuda financeira para viver;
- Dos que precisam de ajuda financeira, a maior parte tem nos filhos (53%) seu principal suporte, seguido dos companheiros (30%);
- 81% se considera responsável financeiro do domicílio;
- 77% vive acompanhado. Contudo, quanto mais velhos, maior a dificuldade na manutenção de laços e, no caso das idosas, esta dificuldade se acirra gerando a pirâmide da solidão.

Este retrato, que ainda merece melhor foco, pode oferecer também um parâmetro para as intervenções assistenciais que busquem a garantia de um padrão de qualidade de vida. Não apenas para garantir o cumprimento de legislação específica, mas para identificar vulnerabilidades e estratégias de intervenção que contribuirão para o conjunto da sociedade no futuro, na medida em que se está falando de uma sociedade que envelhece a cada dia.

Enfim, cabe dizer que a contribuição dos resultados desta pesquisa oferece subsídios para uma vida melhor não apenas para a população idosa, mas para toda a sociedade. Se está claro que a velhice traz em seu conteúdo o antigo nas formas de os homens produzirem sua vida material, traz também a condição para existência das novas formas que hão de vir.

Referências Bibliográficas

BEAUVOIR, Simone de. A Velhice. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL. Código Brasileiro de Ocupações, 2002.

BRASIL. Constituição, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999. Política de Saúde do Idoso.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Tradução por Iraci D. Poleti. Rio de Janeiro: Vozes, 1998. 514 p.

DEBERT, Guita Grin. Envelhecimento e curso de vida. Apud **GOLDANI, Ana Maria.** Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: **CAMARANO, Ana Amélia.** (Org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 75 - 114.

FERRARI, Mario; KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. Introdução In: **KALOUSTIAN, Sílvio Manoug** (Org). Família brasileira: a base de tudo. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNICEF, 1998. p. 11 – 15.

NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. Gerontologia, v. 9, n. 1, p. 6 - 13, 2001.

PY, Lígia; PACHECO, Jaime Lisandro; SÁ, Jeanete Liasch Martins; GOLDMAN, Sara Nigri (Orgs.) Tempo de Envelhecer: Percursos e dimensões psicossociais. 2 ed.- Holambra: Setembro, 2006. 340 p.

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL Cadernos de Assistência Social – vol. 8: Trabalhando com Famílias. ECGAS - Escola Carioca de Gestores da Assistência Social. Jun. 2007.

SANT'ANNA, Affonso Romano. A Mulher Madura. 1 ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1986. 175 p.

SENNETT, Richard. A corrosão do caráter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Tradução por Marcos Santa Rita. Rio de Janeiro: Record, 2000.

WAJNMAN, Simone; OLIVEIRA, Ana Maria Hermeto Camilo; OLIVEIRA, Elzira Lúcia. A atividade econômica dos idosos no Brasil. In: **CAMARANO, Ana Amélia.** (Org). Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p. 1 – 39.

Campanha de Vacinação Anti-Influenza

A Campanha Nacional de Vacinação do Idoso tem sido uma ação do Ministério da Saúde que visa a contribuir para prevenção de enfermidades que interferem no desenvolvimento das atividades rotineiras da população idosa, reduzindo a morbimortalidade por doenças infecciosas imunopreveníveis e garantindo-lhe prioritariamente qualidade de vida, bem-estar e inclusão social.

Desde 1999, Ano Internacional do Idoso, o Ministério da Saúde decidiu focar investimentos na mobilização da população idosa para que desfrutasse do benefício da vacinação, dando início a uma importante parceria entre as Coordenações de Saúde do Idoso e do Programa de Imunizações, que já contabilizava experiências em mobilização e vacinação. Naquele ano, houve a primeira de uma série de Campanhas Anuais de Vacinação, direcionadas aos indivíduos a partir de 65 anos, faixa etária ampliada para 60 anos e mais, logo no ano seguinte.

A Influenza apresenta grande importância epidemiológica devido à rapidez com que se propaga, a magnitude e a gravidade das complicações representadas, principalmente, pelas pneumonias. Os idosos e as pessoas debilitadas ou imunodeprimidas são as que apresentam os casos mais graves.

No Município do Rio de Janeiro (MRJ), a Campanha é coordenada pela Gerência do Programa de Imunizações da SMS e operacionalizada em cada uma das 10 Áreas de Planejamento de Saúde (AP), em mais de 100 postos de vacinação.

Em 2006, o MRJ ultrapassou a meta recomendada, obtendo cobertura vacinal acima de 70% nas duas faixas etárias da Campanha: 77,7% (176.894) de 60 a 64 anos e 77,1% (431.721) a partir de 65 anos de idade.

Na avaliação da cobertura vacinal por AP, a maioria tem resultados similares aos do Município. Somente três AP não atingiram a meta recomendada: 2.1 com 60%; 3.2 com 59% e 3.3 com 68%.

A realização da **1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de**

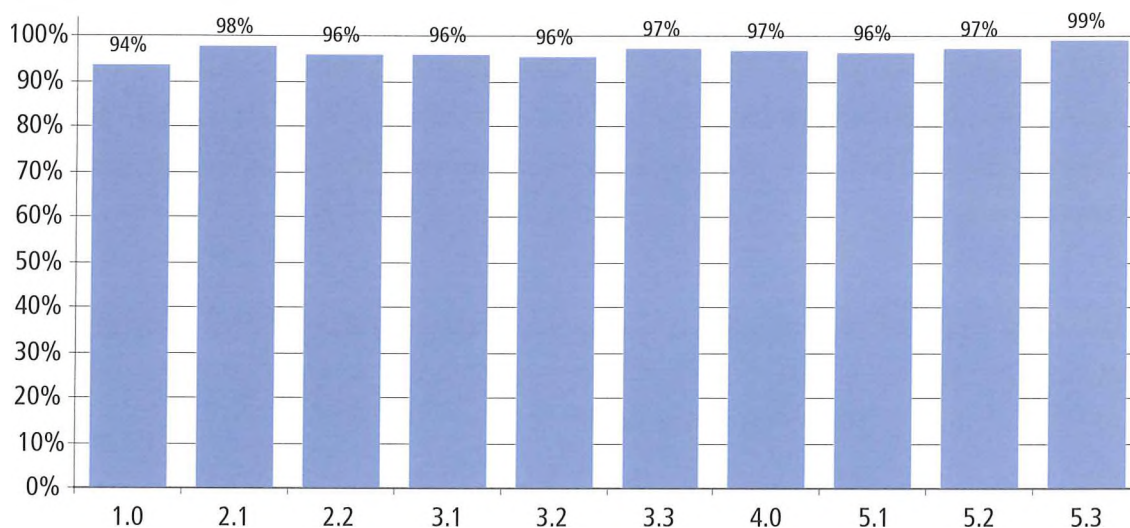
Janeiro, 2006 contribui para um levantamento da participação do grupo alvo na Campanha, permitindo conhecer o número de doses adequadas à idade, facilitando a avaliação da adesão ao evento e deve ter continuidade a fim de determinar facilitadores e limitadores ao processo.

Além disso, foram obtidos dados sobre satisfação com o serviço prestado durante a Campanha, opinião sobre benefícios da vacina Anti-influenza e a forma com que tomaram conhecimento da Campanha de Vacinação.

Resultados da Campanha de Vacinação Anti-Influenza

A maioria dos idosos (acima de 95%) que participou da Campanha acredita nos benefícios da vacina. O mesmo ocorreu com as AP. Este resultado é considerado positivo, pois revela o entendimento do idoso frente ao objetivo da campanha que é a prevenção das complicações graves da gripe.

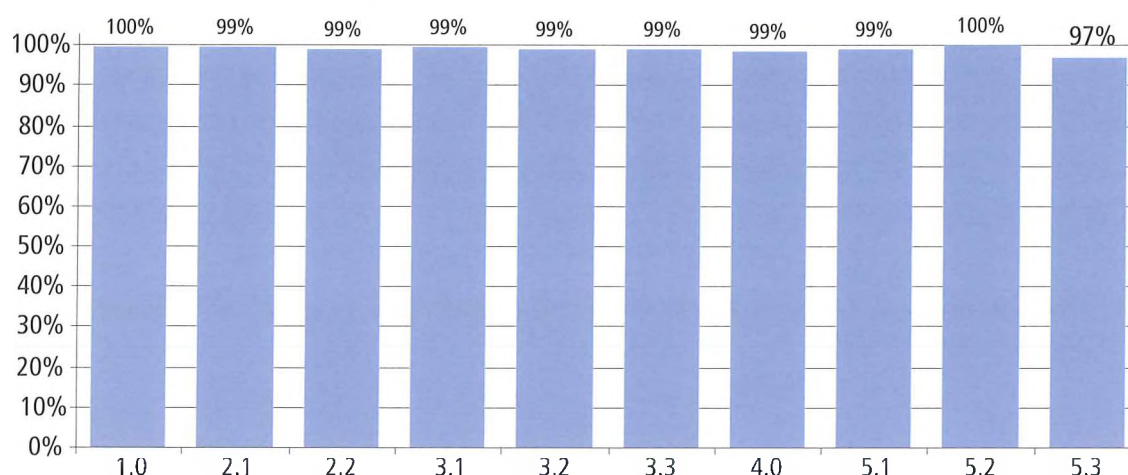
Gráfico 6.1 Proporção de idosos que creditam benefícios a vacina Anti-influenza, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

É elevada a satisfação dos idosos com os serviços prestados durante Campanha de Vacinação, acima de 96% em todas as AP, alcançando 100% nas AP 1.0 e 5.2

Gráfico 6.2 Proporção de idosos satisfeitos com o serviço prestado na Campanha de Vacinação Anti-influenza, segundo as AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Na avaliação de como os idosos tiveram conhecimento da Campanha, foi verificado que a maioria dos idosos (91%) obteve informação pelos Meios de Comunicação de Massa (rádio, TV, etc.). Estes resultados também são encontrados nas AP, com destaque para as AP 4.0 e 2.2, ambas com 94%. Nas demais, este percentual superou 86%. - Tabela 6.A

A opção Família/Amigos/Vizinhos (5%) foi mais relatada que a Informação do Médico (1%). O Médico, como agente de divulgação, responde por uma ínfima parcela dos idosos vacinados, variando entre um mínimo de 0,2% na AP 2.2 e um máximo de 1,5% na AP 3.3.

Tabela 6.A Idosos segundo forma de conhecimento da Campanha de Vacinação por AP - proporções e coeficientes de variação - 2006

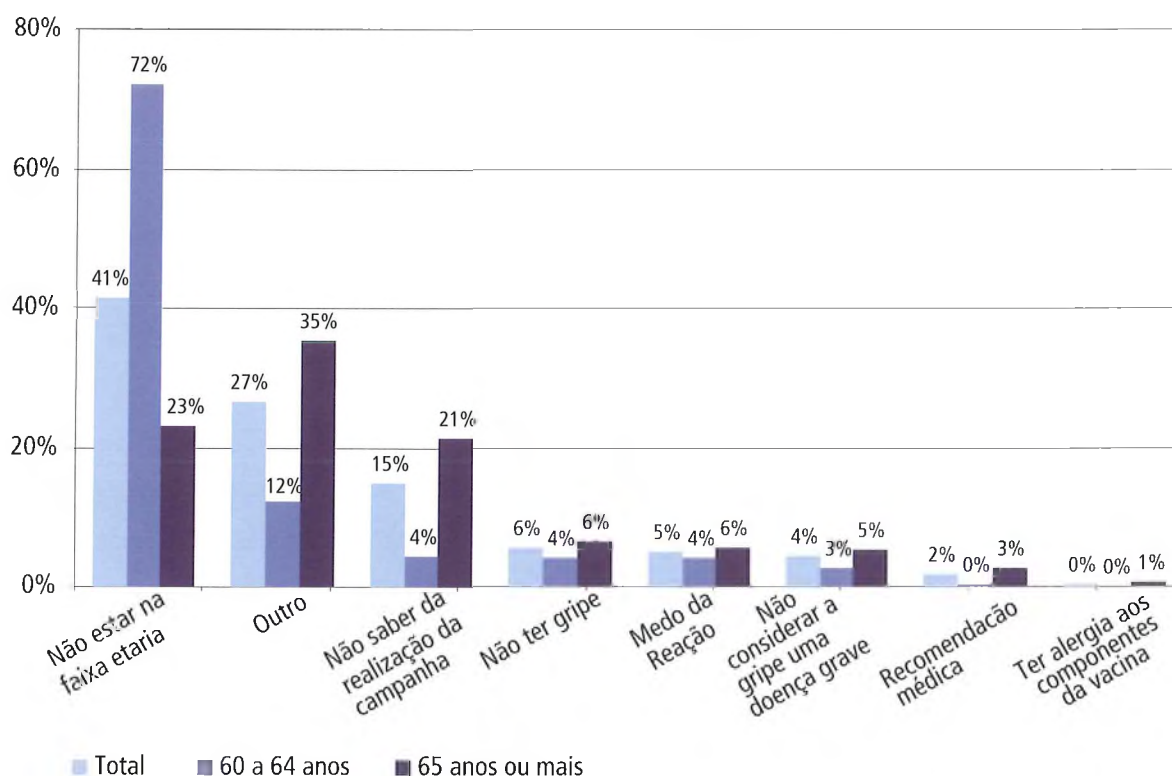
Como o idoso ficou sabendo da campanha?										
AP	Meios de comunicação (rádio, TV, ...)		Indicação do médico		Famíliares/amigo/s/vizinhos		Outros		Total (%)	Total (N)
Total	91,5	a	0,8	c	5,2	b	2,6	b	100	495.210
1.0	92,3	a	0,5	e	4,2	d	3,1	d	100	38.506
2.1	90,8	a	0,6	e	5,3	c	3,3	c	100	73.233
2.2	94,1	a	0,2	e	3,1	c	2,5	d	100	49.833
3.1	89,6	a	0,4	e	7,1	c	3,0	c	100	56.857
3.2	93,5	a	1,0	d	4,3	c	1,1	d	100	49.604
3.3	93,6	a	1,5	d	3,4	c	1,4	d	100	72.183
4.0	94,3	a	0,3	e	3,7	c	1,7	d	100	43.804
5.1	89,4	a	1,4	d	5,2	c	4,0	c	100	50.114
5.2	85,9	a	0,8	e	8,0	c	5,3	c	100	36.097
5.3	88,0	a	0,5	e	11,0	c	0,6	e	100	24.979

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Na análise das AP, os moradores da AP 5.3 se destacam por tomarem conhecimento da campanha por meio da Família/Amigos/Vizinhos (11%).

O Gráfico 6.3 apresenta os motivos para a não participação nas outras etapas da Campanha de Vacinação. A maior frequência para a não participação foi o fato de não estar na faixa Etária (41%), mais referida entre idosos mais novos (72%). Este resultado pode ser considerado esperado, já que a idade mínima recomendada para participar da campanha de vacinação anti-influenza, a partir de 2000, passa a ser 60 anos. Pelo mesmo motivo, 23% de idosos com 65 anos e mais não participaram de campanhas anteriores, provavelmente porque tinham menos que 65 anos, idade mínima para participação na primeira Campanha de Vacinação, em 1999.

Gráfico 6.3 Motivos para não participação em outras campanhas da vacina Anti-influenza em % por faixa etária - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Como referido anteriormente, a cobertura vacinal em 2006 superou a meta recomendada pelo Ministério da Saúde para as faixas etárias de 60 a 64 anos (77,7%) e acima dos 65 anos (77,1%). As informações obtidas nesta pesquisa colaboraram para uma nova proposta de avaliação complementar à cobertura: o levantamento da situação de dose adequada à idade do idoso. Para isto foi utilizada a questão 7 (De quantas campanhas de vacinação contra a gripe o(a) Sr(a) já participou?) e a idade do entrevistado (Tabela 6.B).

Tabela 6.B Idosos segundo Número de Dose da Vacina Anti-influenza e Idade proporções e coeficientes de variação - 2006

Idade (em anos)	Número de Doses Recebidas da Vacina Anti-influenza																Total (%)	Total (N)
	Uma		Duas		Três		Quatro		Cinco		Seis		Sete		Oito			
60	62,5	b	17,5	c	15,0	c	1,2	e	1,3	e	1,9	e	0,6	e	0,0	*	100	23.225
61	23,7	b	55,0	b	15,1	c	1,8	e	2,4	d	1,5	e	0,0		0,6	e	100	23.946
62	9,4	c	24,6	b	49,5	b	11,5	c	3,0	d	0,0	*	0,6	e	1,4	e	100	24.351
63	12,1	c	13,6	c	36,8	b	29,1	b	5,8	c	1,2	e	0,0	*	1,4	e	100	28.524
64	5,3	d	11,3	c	14,4	c	35,1	b	24,1	c	7,4	c	0,7	e	1,8	e	100	24.523
65	2,5	d	4,0	d	12,5	c	24,7	b	22,5	b	27,9	c	1,0	e	4,9	d	100	28.299
66	5,9	c	4,7	d	11,7	c	13,3	c	11,1	c	22,1	b	28,9	c	2,4	d	100	29.323
67	2,0	d	9,0	c	20,9	b	8,6	c	8,0	c	8,8	c	37,8	c	4,8	d	100	26.508
68	4,4	d	3,3	d	12,3	c	18,1	c	10,6	c	10,2	c	36,1	c	5,1	d	100	22.469
69	1,8	e	2,3	d	9,4	c	9,2	c	16,9	c	12,6	c	34,7	c	13,1	c	100	23.472
70	8,4	c	4,9	d	12,8	c	6,8	c	13,5	c	9,9	c	36,8	c	6,9	c	100	25.620
71	4,7	d	3,4	d	9,3	c	10,8	c	6,6	d	11,8	c	40,7	d	12,8	c	100	21.483
72	1,2	e	1,8	e	9,2	c	11,1	c	10,0	c	3,3	d	49,3	d	14,1	c	100	19.742
73	2,5	d	2,7	d	3,9	d	10,0	c	9,6	c	3,8	d	7,5	c	60,0	c	100	21.420
74	2,2	e	1,9	e	3,7	d	12,7	c	9,6	c	3,6	d	9,2	c	57,0	c	100	21.006
75	2,0	e	4,4	d	4,1	d	9,9	c	9,8	c	6,1	d	7,1	d	56,6	c	100	21.164
76	1,6	e	4,3	d	8,8	c	9,1	c	6,8	d	6,7	d	6,1	d	56,6	c	100	18.666
77	0,0	*	3,2	e	8,3	d	10,5	d	7,5	d	8,7	d	3,1	e	58,7	c	100	13.668
78	0,5	e	4,8	d	12,4	c	11,4	c	7,0	d	4,4	d	2,5	e	56,8	c	100	17.526
79	1,2	e	4,6	d	8,1	d	5,7	d	3,2	e	8,3	d	3,4	e	65,5	c	100	12.410
80	1,2	e	4,9	d	8,1	d	5,3	d	7,1	d	6,6	d	11,8	c	54,9	c	100	13.460
81	0,0	*	3,3	e	3,7	e	7,8	d	10,1	d	6,4	d	7,9	d	60,8	d	100	10.914
82	3,1	e	0,0	*	7,5	d	11,8	d	3,6	e	4,6	e	1,6	e	67,8	d	100	8.187
83	0,0	*	6,7	e	8,3	d	1,3	e	10,3	d	9,3	d	1,9	e	62,1	d	100	7.053
84	2,4	e	6,1	e	14,7	d	10,7	e	3,2	e	2,9	e	2,9	e	57,0	d	100	4.923
85	3,4	e	6,4	e	3,0	e	17,5	d	3,4	e	0,0	*	13,7	d	52,6	e	100	4.195
86	13,1	e	4,1	e	10,3	e	14,4	e	0,0	*	4,4	e	0,0	*	53,8	e	100	2.749
87	17,4	e	12,9	e	0,0	*	18,4	e	0,0	*	6,1	e	6,5	e	38,6	e	100	2.295
88	0,0	*	0,0	*	11,1	e	0,0	*	5,8	e	6,0	e	5,3	e	71,8	e	100	2.652
89	0,0	*	0,0	*	16,9	e	7,4	e	9,3	e	7,3	e	9,3	e	49,8	e	100	1.690
90	0,0	*	26,5	e	0,0	*	0,0	*	14,1	e	0,0	*	0,0	*	59,4	*	100	1.134
91	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	22,7	e	0,0	*	0,0	*	77,3	*	100	559
92	0,0	*	16,6	e	21,6	e	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	61,8	*	100	718
93	0,0	*	6,8	e	0,0	*	18,5	e	31,8	e	0,0	*	12,5	e	30,4	*	100	953
98	0,0	*	0,0	*	0,0	*	100,0	a	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	100	153
100	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	0,0	*	100,0	*	100	158

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Para calcular a dose adequada foi preciso estabelecer:

- *Dose esperada*, de acordo com a idade em 2006, quantas doses o idoso deveria ter, considerando as 8 Campanhas de Vacinação realizadas desde 1999, lembrando que somente neste primeiro ano, a idade mínima era de 65 anos;
- *Dose satisfatória*, uma dose a menos e/ou uma a mais que a dose esperada. Por exemplo: um idoso com 62 anos em 2006 teria participado de três Campanhas (dose esperada=3), ou duas e/ou quatro Campanhas (dose satisfatória=3 +/- 1);

Quadro 6.1 Idosos segundo Número de Doses Esperadas e Satisfatórias da Vacina Anti-influenza por idade - 2006

Idade (em anos)	Dose Esperada (I)	Dose Satisfatória (II) (considerando 1 dose a menos e/ou a mais que a esperada)
60	1 dose	dose esperada + 1
61	2 doses	dose esperada + ou - 1
62	3 doses	dose esperada + ou - 1
63	4 doses	dose esperada + ou - 1
64	5 doses	dose esperada + ou - 1
65	6 doses	dose esperada + ou - 1
66 a 71	7 doses	dose esperada + ou - 1
72 e mais	8 doses	dose esperada - 1

Nota: Público alvo da Campanha Anti-influenza em 1999: acima de 65 anos.
Em 2000: acima de 60 anos.

O Quadro 6.1 apresenta a distribuição das doses esperadas e satisfatórias de acordo com a idade e as Campanhas de Vacinação.

O cálculo da adequação satisfatória é obtido pela soma dos percentuais das doses esperadas com a satisfatória, de acordo com cada idade, com percentuais superiores a 50% – Tabela 6.C.

Em todas as idades, exceto para os que tinham 87, 93 e 98 anos, foi possível observar a adequação dose/ idade satisfatória (acima de 50%), considerando a dose esperada e as satisfatórias (1 dose acima e abaixo da esperada).

Idosos com 60 anos com 1 dose esperada (63%), já apresentavam relato de participação em Campanhas anteriores, com duas satisfatórias, evidenciando tendência satisfatória de participação nas Campanhas, apresentando 80% de adequação dose/idade.

Idosos entre 60 e 64 anos apresentaram adequação dose/idade satisfatória com percentuais superiores a 67%, com destaque para os que tinham 61 e 62 anos, sendo 94% e 86% de adequação dose/idade, respectivamente.

Na faixa etária de 66 a 71 anos, encontramos uma variação predominante entre 7 e 6 doses, com percentual de adequação satisfatória de dose/idade, variando entre 50 e 60%, que pode ser considerada adequada para essas idades. Esse grupo etário não participou da 1ª Campanha de Vacinação em 1999 por não se enquadrar no grupo alvo (acima de 65 anos).

A partir de 73 anos, há constância na adequação das idades, com predominância de 8 doses da vacina, com percentuais de adequação dose/idade superiores a 60%, principalmente entre 73 e 88 anos (exceto 78, 86 e 87 anos, com 59% e 53%, 45%, respectivamente).

Entre os mais idosos, merece destaque os percentuais elevados de adequação dose/idade para os com idade de 88 anos (77%), 91 anos (77%) e 100 anos (100%).

Tabela 6.C Proporção de Idosos segundo adequação da Dose/Idade pela distribuição das Doses Esperadas e Satisfatórias da Vacina Anti-Influenza - 2006

Idade (em anos)	Dose Satisfatória 1 dose abaixo da Dose Esperada (I)		Dose Esperada (II)		Dose Satisfatória 1 dose acima da Dose Esperada (III)		Adequação Dose/Idade (I+II+III)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60	---	---	14.526	62,5%	4.066	17,5%	18.592	80,0%
61	5.677	23,7%	13.175	55,0%	3.611	15,1%	22.463	93,8%
62	6.001	24,6%	12.051	49,5%	2.804	11,5%	20.856	85,6%
63	10.506	36,8%	8.308	29,1%	1.653	5,8%	20.467	71,7%
64	8.613	35,1%	5.903	24,1%	1.807	7,4%	16.323	66,6%
65	6.370	22,5%	7.891	27,9%	291	1,0%	14.552	51,4%
66	6.476	22,1%	8.486	28,9%	692	2,4%	15.654	53,4%
67	2.338	8,8%	10.015	37,8%	1.285	4,8%	13.638	51,4%
68	2.281	10,2%	8.105	36,1%	1.156	5,1%	11.542	51,4%
69	2.959	12,6%	8.144	34,7%	3.071	13,1%	14.174	60,4%
70	2.539	9,9%	9.420	36,8%	1.770	6,9%	13.729	53,6%
71	2.526	11,8%	8.738	40,7%	2.743	12,8%	14.007	65,3%
72	9.739	49,3%	2.777	14,1%	---	---	12.516	63,4%
73	1.609	7,5%	12.856	60,0%	---	---	14.465	67,5%
74	1.930	9,2%	11.975	57,0%	---	---	13.905	66,2%
75	1.494	7,1%	11.987	56,6%	---	---	13.481	63,7%
76	1.132	6,1%	10.569	56,6%	---	---	11.701	62,7%
77	428	3,1%	8.022	58,7%	---	---	8.450	61,8%
78	432	2,5%	9.962	56,8%	---	---	10.394	59,3%
79	427	3,4%	8.127	65,5%	---	---	8.554	68,9%
80	1.592	11,8%	7.395	54,9%	---	---	8.987	66,7%
81	857	7,9%	6.639	60,8%	---	---	7.496	68,7%
82	135	1,6%	5.547	67,8%	---	---	5.682	69,4%
83	137	1,9%	4.383	62,1%	---	---	4.520	64,0%
84	141	2,9%	2.808	57,0%	---	---	2.949	59,9%
85	575	13,7%	2.206	52,6%	---	---	2.781	66,3%
86	0	0,0%	1.478	53,8%	---	---	1.478	53,8%
87	150	6,5%	887	38,6%	---	---	1.037	45,1%
88	141	5,3%	1.903	71,8%	---	---	2.044	77,1%
89	158	9,3%	841	49,8%	---	---	999	59,1%
90	0	0,0%	674	59,4%	---	---	674	59,4%
91	0	0,0%	432	77,3%	---	---	432	77,3%
92	0	0,0%	444	61,8%	---	---	444	61,8%
93	119	12,5%	290	30,4%	---	---	409	42,9%
98	0	0,0%	0	0,0%	---	---	0	0,0%
100	0	0,0%	158	100,0%	---	---	158	100,0%
Total (N)	77.482	---	227.122	---	24.949	---	329.553	---

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Encontramos somente na idade de 98 anos, número de doses inadequadas, sendo 100% com 4 doses, muito abaixo da dose esperada (=8 doses) e satisfatória (=7 doses) para esta idade – Tabela 6C.

Na Tabela 6.D, temos o número de doses adequadas de acordo com as faixas etárias da Campanha (60 a 64 e 65 ou mais). Na avaliação geral do Município encontramos adequação dose/idade satisfatória (superior a 50%): idosos cariocas apresentaram 65% de adequação dose/idade, sendo maior na faixa etária de 60 a 64 anos (79%) do que nos acima de 65 anos (60%).

Tabela 6.D Idosos segundo dose adequada de vacina por idade, proporções e coeficientes de variação - 2006

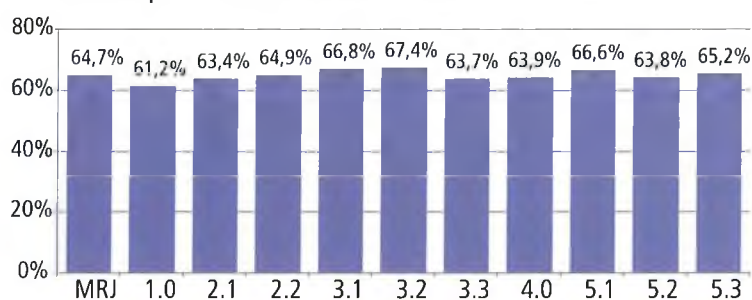
Dose adequada de vacina para a idade?	Faixa Etária		
	Total	60 a 64 anos	mais
Sim	64,7	79,2	60,0
Não	35,3	20,8	40,0
Total (%)	100	100	100
Total (N)	509.136	124.567	384.569

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Nas AP, a adequação do número de doses foi superior a 60%.

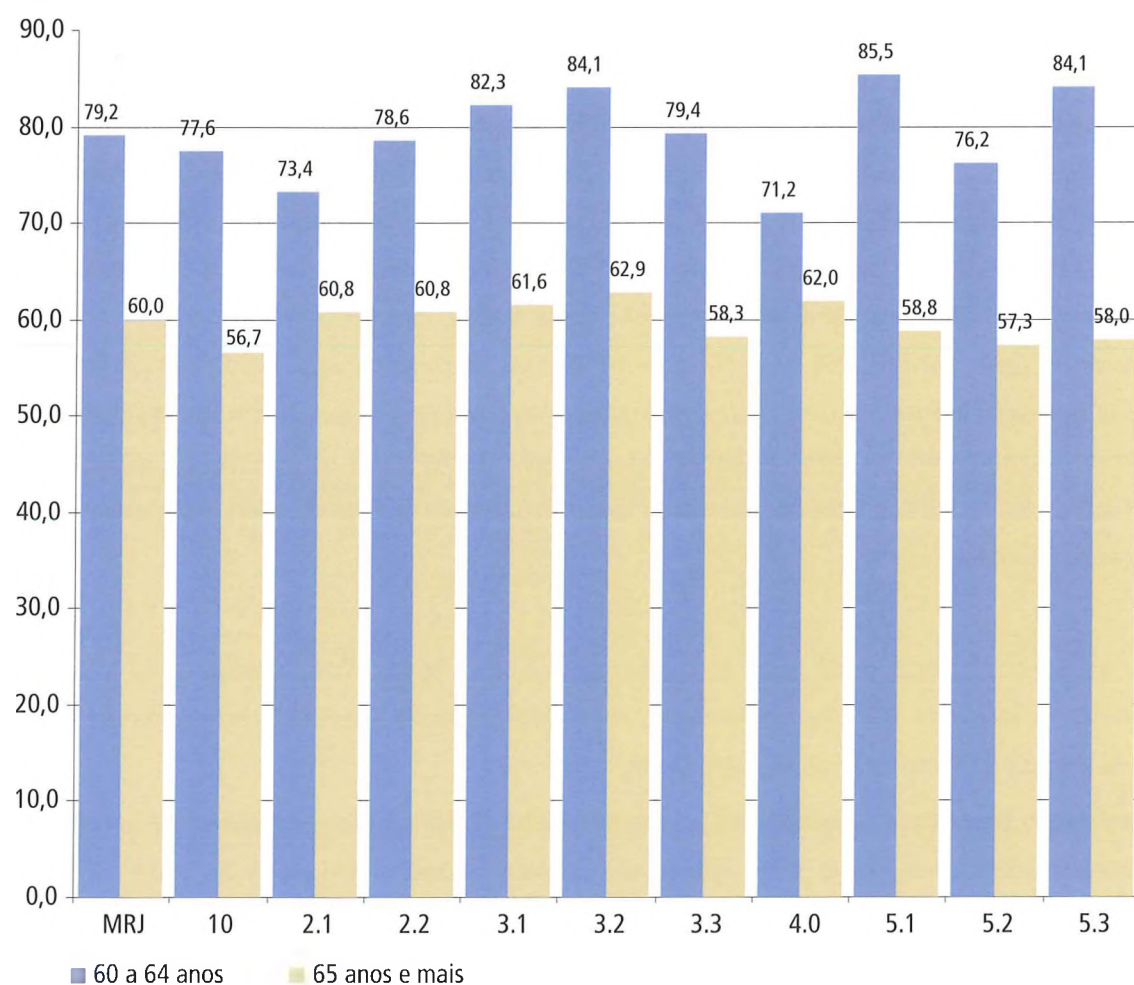
Os resultados encontrados para o Município, também seguem uma tendência de adequação por AP, principalmente na faixa de 60 a 64 anos. Nesta faixa etária, os percentuais de adequação dose/idade são superiores a 70%, com destaque para as AP 3.1 (82%), 3.2 (84%), 5.1 (86%) e 5.3 (84%). Mantendo coberturas inferiores em todas as AP, os idosos com mais de 65 anos apresentaram percentuais entre 57% a 63%, com a AP 1.0 apresentando a menor cobertura (57%) - Gráfico 6.5.

Gráfico 6.4 Proporção de idosos segundo adequação de dose/idade por AP de residência - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 6.5 Proporção de idosos segundo adequação de dose por idade e AP
MRJ - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Avaliação da Campanha de Vacinação Anti-Influenza

Na avaliação sobre benefícios da vacina e satisfação dos usuários frente aos serviços prestados durante a Campanha, há predomínio, em todas as AP, e no Município, de respostas positivas.

Quando verifica-se como o usuário tomou conhecimento da Campanha, predominam os Meios de Comunicação, em detrimento da participação do médico, que mostrou atuação tímida na informação. Tal estratégia merece ser melhorada, não somente junto ao médico como também junto a todos os profissionais de saúde. Portanto, há necessidade precípua de discutir ações educativas para esses temas, visando à melhor informação e sensibilização dos usuários sobre a realização da Campanha de Vacinação, seus objetivos e, principalmente, a baixa ocorrência de eventos adversos pós-vacinação, que na sua maioria são benignos e transitórios.

O cálculo proposto para avaliar a adequação da dose da vacina anti-influenza em cada idade trouxe subsídios que ampliam a avaliação da cobertura vacinal, mostrando que há adequação satisfatória, de modo geral, dos idosos cariocas, acima de 50% de adequação entre dose esperada e satisfatória. Este é um resultado esperado, visto que nos últimos anos a cobertura vacinal administrativa da Campanha tem ultrapassado a meta do Ministério da Saúde. Na avaliação por faixa etária, há melhor resultado na primeira faixa de 60 a 64 anos, tanto no resultado geral do Município (79% de adequação dose/idade) como nos resultados por AP (superiores a 70%). Por outro lado, a faixa etária a partir de 65 anos não apresenta resultados tão expressivos na adequação das doses (60% de adequação para o MRJ, variando de 57% e 63% nas AP), apontando para necessidade de avaliação minuciosa com esse grupo, para identificação de possíveis determinantes para o comportamento. Algumas áreas necessitam da realização do mesmo levantamento de determinantes que possam interferir nos resultados, principalmente AP 1.0, 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3, pois apresentaram percentuais mais baixos de adequação para idosos acima de 65 anos.

Para avaliações futuras desta natureza, esperamos que os resultados de adequação alcancem percentuais mínimos de 70% em todas as áreas (em todas as idades), acompanhando desta forma a meta de cobertura vacinal esperada.

A realização da pesquisa possibilitou o levantamento de dados que subsidiaram a construção de novos indicadores, como o de adequação de dose/idade, para avaliação qualitativa das Campanhas de Vacinação Anti-influenza, já que a avaliação de cobertura vacinal é a forma utilizada atualmente.

Referências Bibliográficas

Informe Técnico da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, 2007. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

Incapacidade Funcional dos Idosos: Importância do indicador

O envelhecimento populacional e os recentes aumentos na expectativa de vida, inclusive entre as pessoas de 60 anos ou mais, têm chamado atenção sobre as condições de saúde durante estes anos adicionais de vida e sobre a incidência futura de morbidade, morbidade múltipla, disfuncionalidade e mortalidade entre os idosos (Pinnelli e Sabatello, 1995).

A transferência do enfoque da mortalidade e longevidade para o estado de saúde vem ocorrendo gradativamente, e tem gerado investigações visando a compreender a distribuição, os determinantes e as conseqüências da perda da capacidade funcional nas populações idosas. Intensificaram-se, principalmente nos países desenvolvidos, trabalhos no estabelecimento dos conceitos de restrição de atividades, de incapacidade ou de dificuldade entendidas como resultado geral do estado de saúde-doença, ampliando-se, assim, o estreito enfoque da presença ou ausência de doenças.

O estudo da incapacidade funcional em idosos é importante para o entendimento de como as pessoas estão vivendo os anos adicionais de vida ganhos com o aumento da longevidade. Este fenômeno tem ocorrido em muitas partes do mundo, mas há mais conhecimento sobre os padrões de incapacidade funcional na população idosa naqueles países onde o processo de envelhecimento não é recente.

Um breve resumo histórico ajudará a entender o progresso que tem sido alcançado, medindo funcionalmente o *status* de saúde das pessoas idosas e o contexto no qual estas medidas evoluíram. No final do século XVIII e no início do séc. XIX, na Europa e nos Estados Unidos, informações sobre *status* funcional começaram a ser obtidas por entrevistas em levantamentos sobre saúde. Estes inquéritos tinham o propósito de obter prevalência sobre morbidade em amplas populações e as informações eram freqüentemente obtidas em termos de dias de enfermidade, por pessoa ou por 1000 pessoas, e o número de pessoas doentes ou incapacitadas de trabalhar no dia da entrevista.

Estas informações representaram as primeiras aparições do conceito atual de incapacidade funcional na mensuração do *status* de saúde. Um conceito mais refinado surgiu posteriormente com a introdução de questões sobre a duração, por exemplo, de enfermidades durante o ano precedente e sobre a duração do episódio da enfermidade. Durante a década de 1940,

classificações hierárquicas de incapacidade funcional emergiram e foram utilizadas para refletir a severidade da enfermidade e, a partir de 1950 houve a introdução, no Canadá, do uso de razões de incapacidade funcional, tais como, dias de hospitalização para cada 100 dias de incapacidade funcional. Desde então, a amplitude das medidas de avaliação das funções físicas, mentais e sociais se expandiram consideravelmente (Katz, 1983).

Definição de Incapacidade Funcional

Os diferentes conceitos de incapacidade funcional ganharam ímpeto com a publicação, em 1980, do documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), *International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps* (ICIDH). Este documento era uma taxonomia para a mensuração das conseqüências de um processo de doença, que enfatizava a distinção entre 'deficiência' (*impairment*), 'incapacidade funcional' (*disability*) e 'desvantagem' (*handicap*).

Deficiência foi definida como alguma perda ou anormalidade da estrutura anatômica ou da função psicológica ou fisiológica e **Incapacidade Funcional** como alguma restrição ou falta (resultante de uma deficiência) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira considerada normal para um ser humano. **Desvantagem** se referia a uma desvantagem para um determinado indivíduo, resultante de deficiência ou de incapacidade funcional, que limita o desempenho de um papel (dependendo da idade, sexo, e de fatores sociais ou culturais) para aquele indivíduo. O **Processo de Limitação** (*disablement*) se referia a todas estas conseqüências, provenientes de uma doença ou de um trauma.

Guralnik (1977) relata que as estruturas conceituais, para o entendimento da trajetória que leva da doença à incapacidade funcional, foram propostas pela Organização Mundial de Saúde (1980), por Nagi (1976) e pelo Institute of Medicine – IOM (1991). Durante muitos anos estas estruturas permaneceram puramente teóricas, mas, aos poucos, novas pesquisas surgiram para avaliar empiricamente as construções propostas por estes modelos.

Verbrugge e Jette (1994) sugeriram definições que operacionalizaram os passos propostos nas estruturas conceituais anteriores, tornando claro o quanto as diferentes medidas de incapacidade funcional poderiam estar relacionadas entre si. Eles definiram deficiências (*impairments*) como disfunções e anormalidades estruturais em específicos sistemas corporais; limitação funcional (*functional limitation*) como restrições físicas e mentais em ações básicas e incapacidade funcional (*disability*) como dificuldade para realizar atividades cotidianas. E exemplificaram

uma doença ou um trauma pode causar um dano (fraqueza muscular, falta de equilíbrio) que leva a uma limitação funcional (modo de andar anormal, incapacidade de levantar de uma cadeira), que então resulta numa incapacidade funcional (dificuldade de cuidar de si mesmo, cuidar do domicílio, trabalhar ou ter um passatempo).

A incapacidade funcional passa a ser, então, definida como a dificuldade, devido a uma deficiência para realizar atividades típicas e pessoalmente desejadas na sociedade (Verbrugge e Jette, 1994). Muitas limitações funcionais sérias podem ser tanto uma dificuldade presente durante toda a vida, resultante de uma condição presente no nascimento, quanto uma dificuldade surgida a partir de um sério trauma, ou ainda uma dificuldade adquirida na velhice como consequência de uma doença crônica. Mas o aparecimento de uma incapacidade funcional é sempre um processo definido socialmente.

Aos poucos, vai tornando-se um conceito particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, porque muitos têm várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e causam diferentes impactos na vida cotidiana. Entretanto, a revisão da ICIDH, publicada em 2001 pela Organização Mundial de Saúde, recolocava a questão não mais como consequência de processo mórbido, mas sim como componente do estado de saúde.

A *International Classification of Functioning, Disability and Health*, conhecida como ICF, tem como objetivo prover uma padronizada e unificada linguagem para descrição conceitual de estado de saúde. Funcionalidade (*functioning*) é um termo **guarda-chuva** que engloba todas as funções, atividades e participações relacionadas ao corpo; de forma semelhante, incapacidade funcional (*disability*) é utilizada como um termo **guarda-chuva** para deficiência, limitação de atividade ou restrição de participação (WHO, 2001).

O conceito de incapacidade funcional passa, então, a cobrir um *spectrum* de estados de saúde relacionados ao processo de aumento de limitação funcional, existindo diversas formas de mensurá-lo. Apesar da existência de uma certa uniformidade conceitual, há uma grande heterogeneidade na forma de construção e mensuração dos indicadores.

É difícil, por exemplo, a comparação dos diferentes níveis de incapacidade funcional entre países: a incapacidade funcional tem sido freqüentemente avaliada pela autodeclaração, o que aumenta a possibilidade da existência de diferenças, devido a atitudes e circunstâncias próprias de cada país. Válidas comparações internacionais seriam muito úteis para a compreensão da incapacidade funcional entre os idosos, e esforços especiais têm sido realizados para construir

questões mais comparáveis e usar medidas mais objetivas de deficiência (Murray et al, 2001; Lan et al, 2002).

No Brasil, este processo não ocorreu de forma tão linear e observa-se superposição de situações, como a utilização de medidas mais complexas anteriormente, e paralelamente, ao aparecimento das medidas precursoras mais simples.

As primeiras iniciativas sobre a avaliação dos idosos em relação ao seu status funcional ocorreram no município de São Paulo, em 1989, pela **Pesquisa de Avaliação das Necessidades dos Idosos Residentes em Zonas Urbanas**, estudo transversal integrante de um estudo multicêntrico da Organização Pan-Americana de Saúde (Costa Rosa et al, 2003). Este levantamento foi baseado em informações obtidas a partir de entrevistas domiciliares nas quais os idosos foram avaliados quanto à incapacidade funcional, pela aplicação de complexa escala composta por atividades básicas da vida diária, por atividades básicas para a manutenção corporal, ou atividades pessoais, e por atividades básicas para o convívio independente na comunidade, ou instrumentais.

Por outro lado, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, órgão governamental responsável pelo levantamento das estatísticas oficiais do país, levantou as primeiras informações sobre as condições funcionais dos idosos em 1996/1997, com a Pesquisa sobre Padrões de Vida (PPV), realizada nas duas maiores regiões geográficas, Nordeste e Sudeste, considerando toda a população residente. Entretanto, estas informações indicavam apenas se a pessoa deixara de realizar as atividades normais por causa de problema de saúde e o número de dias que as atividades deixaram de ser realizadas. Em 1998 e 2003, o IBGE levantou informações sobre a mobilidade física das pessoas de 14 anos ou mais através do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Estes inquéritos possibilitaram o conhecimento sobre o tema da incapacidade funcional entre os idosos em âmbito nacional.

Avaliando a Incapacidade Funcional

A incapacidade funcional é freqüentemente avaliada pela autodeclaração de dificuldade, ou de declaração indicativa de necessidade de ajuda, em tarefas básicas de cuidados pessoais (Atividades da Vida Diária, AVD) e em tarefas mais complexas, necessárias para viver de forma independente na comunidade (Atividades Instrumentais da Vida Diária, AIVD).

As AVD avaliam o grau mais severo de dificuldade do spectrum funcional e os idosos podem ter grande parte de declínio funcional sem apresentar limitações em AVD, o que faz com que este indicador tenha limitada utilização na identificação de mudanças no tempo e no impacto das intervenções. Entretanto, as AVD têm sido mais bem compreendidas por clínicos e pesquisadores e um número de estudos recentes tem efetivamente empregado as AVD como sua medida de resultado.

As AIVD são consideradas mais complexas do que as tarefas no domínio do cuidado pessoal e incluem atividades como fazer compras, preparo de comida, trabalho doméstico, lavar roupas, utilizar transporte, tomar medicação, manusear dinheiro e o uso de telefone.

Em adição as AVD e AIVD, ampla variedade de outras medidas de *status* funcional autodeclarado tem sido desenvolvida. A avaliação de mobilidade tem sido considerada como uma parte importante da avaliação funcional. Mobilidade pode ser avaliada pela autodeclaração, utilizando uma abordagem hierárquica, começando com tarefas simples de mobilidade tais como a transferência de uma cama até uma cadeira, progredindo por caminhar curtas e longas distâncias, e subir escadas. Resultados utilizando as medidas de mobilidade têm provado serem valiosos no estudo da relação do status funcional com características demográficas, condições crônicas e comportamentos relacionados à saúde (Guralnik, 1977).

Embora o declínio funcional esteja associado com a idade, em muitos casos pode ser retardado facilmente pela alteração no estilo de vida como, por exemplo, a introdução de exercício ou dieta, o que torna a avaliação funcional um instrumento bastante útil para adiar o surgimento de dificuldades.

A Tabela 7.1, a seguir, apresenta os três principais domínios da avaliação funcional - as atividades do dia-a-dia (AVD), ou as atividades relacionadas ao cuidado pessoal, as atividades instrumentais do dia-a-dia (AIVD), a mobilidade – e os seus componentes:

Tabela 1 - Domínios e componentes da avaliação funcional

Atividades básicas da vida diária

Vestir-se
Tomar banho
Alimentar-se
Arrumar-se
Toalete
Continência
 Urinária
 Intestinal

Atividades instrumentais da vida diária

Cozinhar
Limpar
Fazer compras
Gerenciar dinheiro
Uso de transporte
Uso de telefone
Administração de medicação

Mobilidade

Locomoção
Subir escadas
Flexibilidade
Mover-se de uma cadeira ou de uma cama

Fonte: Pearson VI, Assessment of function in older adults.

In: Kane RL Kane RA Assessing older persons
New York: Oxford University Press. 552p. 2000.

Aspectos relacionados com a incapacidade funcional em idosos: ambientais, comportamentais e de morbidade

A incapacidade funcional tem sido definida como a restrição na capacidade para realizar as atividades normais da vida cotidiana. É um conceito particularmente útil para avaliar as condições de saúde das pessoas idosas, porque muitas têm várias doenças simultaneamente, que variam grandemente em severidade e impacto sobre a vida cotidiana.

Entretanto, a ocorrência dos sintomas decorrentes das dificuldades funcionais não se adapta facilmente nas categorias de classificação de doenças propostas pela Organização Mundial de Saúde, e a ICF (WHO, 2001) colocou a questão da seguinte forma:

A 10ª Revisão da Classificação Internacional das Doenças (ICD-10) fornece um diagnóstico da doença, desordem ou outra condição de saúde, e esta informação é enriquecida por uma informação adicional dada pela ICF sobre funcionalidade. Juntas, a informação sobre diagnóstico e

funcionalidade provem um quadro mais amplo e compreensível da saúde das pessoas ou das populações, que pode ser utilizado para propósito de tomada de decisões (WHO, 2001).

O desenvolvimento de estado mórbido, e a eventual subsequente invalidez, poderia ser descrito como um processo lento, que começa muitos anos antes do início da velhice. O inevitável processo de envelhecimento biológico resulta em esperado declínio na capacidade fisiológica, que ocorre de forma diferenciada em diferentes sistemas do corpo humano. Mas as deficiências fisiológicas também interagem com os fatores sociodemográficos, os psicológicos e os ambientais (Seeman et al, 1995; Bocquet et al, 1989; Shumway-Cook et al, 2003), impedindo que as pessoas idosas, com algum tipo de deficiência, consigam realizar as tarefas da vida cotidiana do modo socialmente esperado.

De acordo com Heikkinen (1987), muitos estados mórbidos entre os idosos não são os resultados inevitáveis do envelhecimento, mas, preferivelmente, o resultado de exposições, passadas e presentes, a condições de risco de vários tipos.

Em meta-análise de estudos conduzidos principalmente nos Estados Unidos, Stuck et al. (1999) mostraram que como causas de futuras limitações, há forte evidência para a importância de fumar, baixos níveis de atividade física, aumento e diminuição do índice de massa corporal, ausência de consumo de álcool (e uso elevado) comparado ao consumo moderado, baixa frequência de contatos sociais e depressão.

Guralnik et al. (1993), num estudo longitudinal para avaliar o papel dos fatores demográficos e das condições crônicas sobre a manutenção da mobilidade dos idosos nos Estados Unidos, mostraram que o número de doenças crônicas (comorbidade) é, também, um fator de risco importante.

Além dos fatores individuais listados acima, uma forte associação entre status socioeconômico e incapacidade funcional entre os idosos têm sido reportados por numerosos estudos nos Estados Unidos e na Europa, tanto em estudos longitudinais quanto transversais (Guralnik e Kaplan, 1989; Guralnik et al, 1993; Boulton et al, 1994; Mendes de Leon et al, 1995; Berkman et al, 1993; Lynch e Kaplan, 1999; Breeze et al, 2001).

Conforme relataram Zimmer e Amornsirisoornboon (2001), observações empíricas documentando desvantagens em mortalidade e morbidade entre as classes sociais mais baixas datam de sé-

culos passados. O efeito robusto do status socioeconômico sobre a saúde parece ser o resultado de uma complexa etiologia envolvendo um conjunto de mecanismos psicológicos e sociológicos, tais como comportamentos, suporte social, stress, sentimentos relacionados à auto-estima, fatores ambientais e acesso a cuidados médicos.

Diferenças socioeconômicas são, usualmente, definidas por ocupação, renda, educação e circunstâncias materiais, ou alguma combinação destes indicadores (Lynch e Kaplan, 1999). O status socioeconômico é utilizado para refletir as diferentes camadas da sociedade, nas quais a população tem acesso diferenciado aos diversos níveis de recursos, tem diferentes comportamentos relacionados à saúde e está exposta a diferentes riscos ocupacionais e ambientais. O status socioeconômico é assim um ponto de partida para a identificação dos mais importantes fatores de risco que resultam em precoce estado de incapacidade funcional e das mais altas taxas de incapacidade funcional por idade.

Educação pode indicar acesso a melhores cuidados médicos e o desenvolvimento de comportamentos adequados à melhor condição de saúde; renda pode estar relacionada à melhor qualidade no acesso aos cuidados médicos, a equipamentos específicos para idosos, ao acesso à alimentação e à moradia de boa qualidade.

Guralnik et al. (1993) demonstraram que a educação reduz as desordens relacionadas ao funcionamento físico. Ross e Wu (1996) mostraram associações significativas entre educação, funcionamento físico e autodeclaração de estado de saúde.

Outros estudos mostraram que baixos níveis de renda e educação estão associados com mais alta taxas de incapacidade funcional (Beland e Zunzunegui, 1999; Sakari-Rantala et al, 1995; Breeze et al, 2001; Melzer et al, 2001; Guralnik et al, 1993; Zimmer e Amornsirisomboon, 2001; Berkman e Gurland, 1998; Picavet e Hoeymans, 2002; Badley e Ibanez, 1994; Berkman et al, 1993; Mackenbach et al, 2001; Berkman e Gurland, 1998).

O grupo étnico também parece ser importante na determinação da prevalência de incapacidade funcional (Berkman et al, 1993; Lynch e Kaplan, 1999; Mendes de Leon et al, 1997), embora Mendes de Leon et al. (1995) tenham mostrado que, muitas vezes, as diferenças entre negros e brancos nos Estados Unidos fossem explicadas pelo baixo status socioeconômico dos negros entrevistados, quando comparadas com as pessoas brancas.

A estrutura e os laços familiares estão relacionados à saúde mental e física do idoso (Berkman

et al, 2000), assim como também a qualidade e a extensão das redes de relacionamento social. (Stuck et al, 1999; Moritz et al, 1995; Seeman et al, 1996). Os estudos mostraram que baixo nível de contato social está associado a pobres resultados funcionais, mesmo quando corrigidos para potenciais fatores de **confundimento**.

Dessa forma, o isolamento social e a falta de participação em atividades sociais estão associados com incidentes e limitações nas atividades da vida cotidiana, sugerindo que, além de contribuir para o funcionamento cognitivo, a manutenção de estilo de vida ativo pode ajudar a adiar o declínio funcional. Maior frequência de suporte emocional, por sua vez, e particularmente entre aqueles que reportam baixa frequência de suporte instrumental, tem um impacto favorável sobre o resultado funcional (Stuck et al, 1999).

Em estudos de prevalência de incapacidade funcional as taxas são mais elevadas em mulheres do que em homens, embora isso se deva mais provavelmente a diferenças na sobrevivência com limitações, já que as taxas de incidência diferem pouco entre homens e mulheres (Strawbridge et al, 1993; Stuck et al, 1999; Guralnik et al, 1997; Dunlop et al, 1997).

Arber e Ginn (1993) mostraram que as mulheres idosas avaliam sua saúde mais positivamente que os homens, mas estão em desvantagem séria em incapacidade funcional, comparadas aos homens.

Segundo Katz et al. (1983), isso se explica porque, embora a taxa de incidência por gênero seja semelhante (quando outros fatores são controlados como, por exemplo, condições crônicas diferenciadas), as mulheres sobrevivem mais tempo com dificuldades funcionais do que os homens, explicando as maiores taxas de incapacidade funcional entre as mulheres.

As taxas de prevalência também aumentam com a idade, embora um grupo de fatores de risco específicos para o início das limitações tenha sido identificado, estabelecendo que o processo não é um resultado inevitável do avanço da idade por si só (Guralnik et al, 1993; Guralnik et al, 1996). O envelhecimento com o adiamento ou a abstenção de incapacidade funcional é uma característica de muitas pessoas idosas, e esta condição parece estar relacionada a fatores de risco evitáveis que estão, também, direta ou indiretamente associados com o status socioeconômico, incluindo a exposição ao tabaco, qualidade da alimentação e prática de exercícios físicos.

Este tema tem sido mais estudado nos países desenvolvidos, onde o processo de envelhecimento não é recente, e tem causado impactos importantes na vida cotidiana das pessoas e nos sistemas de saúde e de previdência. Grande parte destes estudos vem dos Estados Unidos, mas existe

um número expressivo deles também na Europa. No Brasil, não há muitos estudos sobre a incapacidade funcional em idosos e os mais abrangentes analisaram as condições dos idosos no município de São Paulo (Ramos et al, 2001; Costa Rosa et al, 2003). Somente com a publicação dos micro-dados da PNAD 1998 e 2003 foi possível apresentar resultados ao nível nacional (Melzer e Parahyba, 2004; Parahyba et al, 2005; Parahyba e Simões, 2006).

Métodos

O questionário incluiu questões sobre capacidade funcional para pessoas de 60 anos ou mais. Estas questões foram propostas no seguinte formato:

- Atividades básicas da vida diária (AVD): “Consegue tomar banho sem ajuda?”; “Consegue vestir-se sozinho?”; “Consegue usar vaso sanitário (ir ao banheiro) sem ajuda, mesmo usando barra ou andador?”; “Consegue levantar-se da cama sozinho, mesmo usando barra ou andador?”; “Controla fezes e urina sem acidentes?”; “Alimenta-se sem ajuda?”. As respostas incluíram as categorias **não** e **sim**.
- Atividades instrumentais da vida diária (AIVD): “Conseguiria preparar a própria comida sem ajuda?”; “Conseguiria limpar sua casa sem ajuda?”; “Conseguiria lavar a roupa sem ajuda?”; “Conseguiria cuidar dos medicamentos sem ajuda (tomar sozinho, controlar horários)”;
- “Conseguiria usar o telefone sem ajuda?”; “Conseguiria fazer compras de alimentos, roupas, medicamentos, sem ajuda?”; “Conseguiria ir à consulta médica e eventos sociais ou religiosos sem ajuda?”. As respostas incluíram as categorias **não** e **sim**.

Escala de Capacidade Funcional (ECF)

Compreendendo incapacidade funcional como um processo progressivo, uma escala de capacidade funcional foi construída a partir das variáveis de AVD e AIVD, listadas acima, composta das seguintes categorias:

- 1) Nenhuma dificuldade;
- 2) Nenhuma dificuldade em AVD e dificuldade em uma ou mais AIVD;
- 3) Dificuldade em uma ou mais AVD e zero ou mais dificuldades em AIVD.

Outras medidas incluíram as variáveis: sexo, grupos de idade, escolaridade, região de

residência (AP), renda pessoal, suporte social, hábitos comportamentais, percepção de saúde e comorbidade.

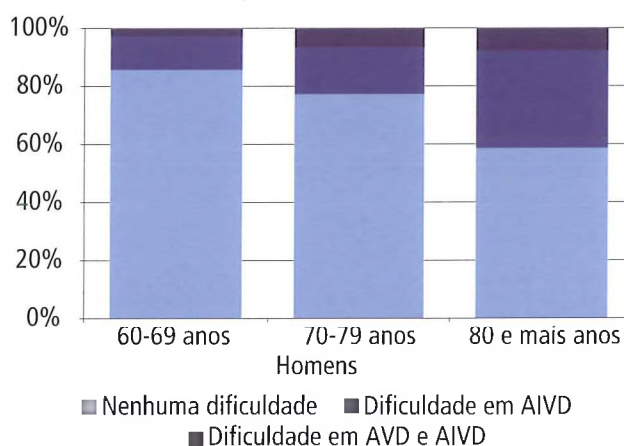
Resultados

A grande maioria não relata nenhum tipo de dificuldade compatível com resultados de estudos nacionais e internacionais sobre Capacidade Funcional, demonstrando a consistência das informações da pesquisa.

A prevalência de dificuldade é maior entre os idosos longevos, principalmente entre as mulheres nas atividades instrumentais. A dificuldade na realização de atividades básicas evidencia um estágio muito avançado de declínio funcional e, portanto, menos freqüente.

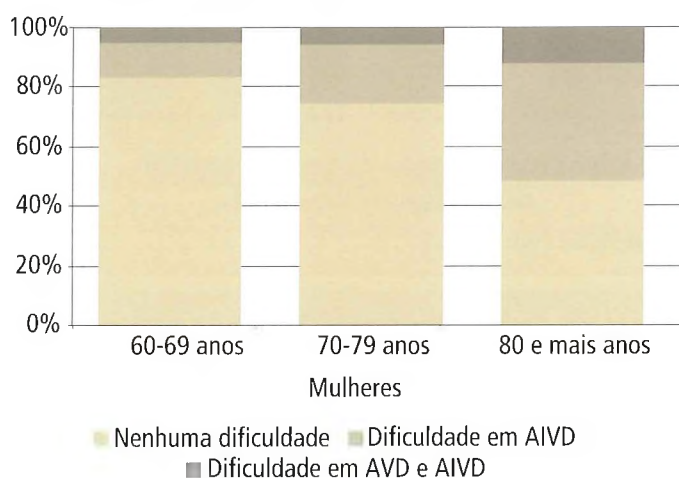
Como observado nos Gráficos 7.1a e 7.1b, a prevalência de dificuldade é maior entre os idosos mais idosos, entre as mulheres e em relação às atividades instrumentais, já que a dificuldade em atividades básicas evidencia um estágio muito avançado do declínio funcional e, portanto, menos freqüente.

Gráfico 7.1a - Prevalência de capacidade funcional em homens idosos, segundo faixa etária - 2006



Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

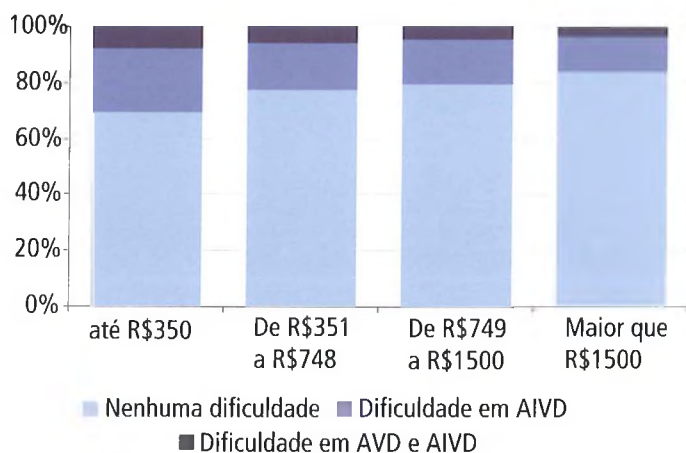
Gráfico 7.1b - Prevalência de capacidade funcional em idosas, segundo faixa etária - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso - 2006

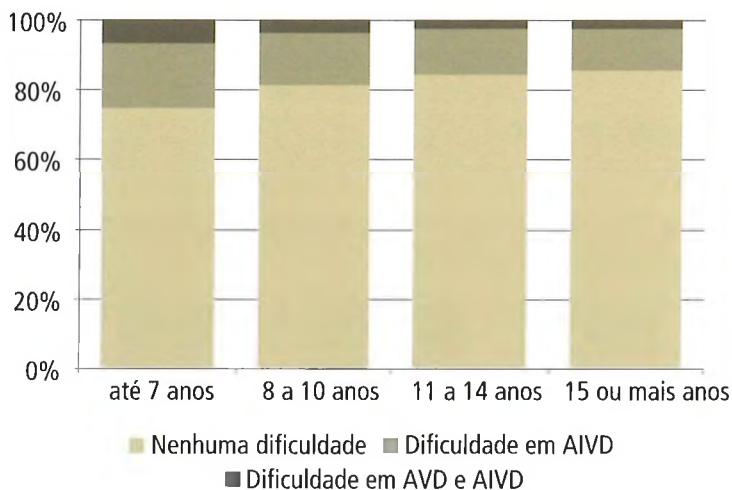
O grupo dos idosos é bastante heterogêneo e, conforme visto na parte dois deste capítulo, há importantes diferenciais para a capacidade funcional quando são considerados os fatores socio-demográficos. A renda e a escolaridade são marcadores relevantes e podemos observar estas diferenças nos Gráficos 7.2 e 7.3.

Gráfico 7.2 - Prevalência de capacidade funcional em idosos, segundo a renda - 2006



Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

Gráfico 7.3 - Prevalência de capacidade funcional em idosos, segundo anos de estudo 2006



Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

À medida que a renda e a educação aumentam, indicadores que estão altamente correlacionados, há progressiva redução na prevalência de incapacidade funcional. Entre os idosos que relataram dificuldades em AIVD, por exemplo, 22,4% dos que declararam renda de até R\$ 350,00 admitiram ter dificuldades, diminuindo esta proporção para 13,2% entre os que têm renda declarada maior do que R\$ 1.500,00. Em educação, da mesma forma, estes percentuais seriam de 18,1% entre os que não concluíram o ensino fundamental (até 7 anos de estudo), e de 11,5% entre os que concluíram o ensino superior/pós-graduação (15 anos ou mais de estudo).

As informações do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE, em 2003, confirmam a associação da renda com a incapacidade funcional dos idosos. A prevalência de incapacidade funcional dos idosos mais pobres, com renda mensal familiar per capita no primeiro quinto da distribuição da renda (20% mais pobres), é mais elevada do que a dos idosos situados no quinto mais elevado (20% mais ricos): 16,9% para homens e 31,1% para mulheres

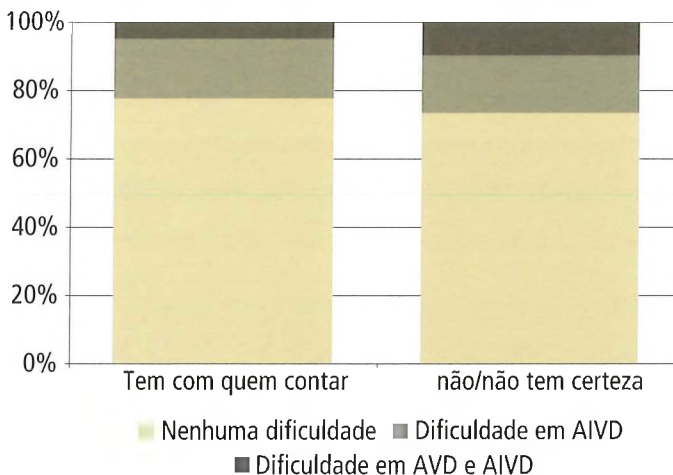
mais pobres, diminuindo esta proporção para 11,4% e 20,7%, respectivamente, no grupo idoso mais rico.

A literatura aponta o suporte social como fator de proteção importante para declínio funcional entre os idosos. As informações levantadas confirmam, em parte, esta situação. O gráfico 7.4 mostra que a prevalência de AVD é maior entre os que declararam não ter, ou não ter certeza de ter, pessoa com quem contar, em comparação com aqueles que declararam ter com quem contar (9,5% e 5,0%, respectivamente). Já entre os idosos que declararam dificuldades em AIVD não há diferenças significativas.

A prática de exercício físico parece estar associada com o desempenho funcional, embora seja difícil estabelecer a direção desta associação. O exercício físico pode influenciar positivamente a prevalência de capacidade funcional, mas as pessoas com dificulda-

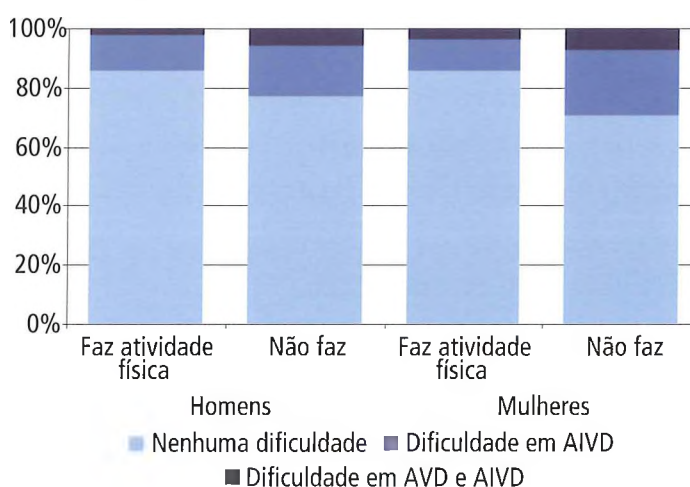
des podem se exercitar menos. De qualquer forma, existem marcantes diferenças entre os sexos e os grupos de idade: comparado aos homens, as mulheres apresentam maiores diferenças na prevalência de incapacidade funcional entre aquelas que praticam exercício físico e as que não praticam, assim como são expressivas as diferenças entre os grupos de idade, inclusive entre os idosos mais idosos, de 80 anos ou mais (Gráfico 7.5 e Tabela 7.2).

Gráfico 7.4 - Prevalência de capacidade funcional em idosos, segundo ter ou não ter com quem contar - 2006



Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

Gráfico 7.5 - Prevalência de capacidade funcional em idosos, segundo a prática ou não de atividade física por sexo - 2006



Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

Tabela 7.2 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por grupos de idade e prática de atividade física, segundo a capacidade funcional - 2006

AVD/AIVD	sim				não			
	Total	60 a 69	70 a 79	80 e mais	Total	60 a 69	70 a 79	80 e mais
Nenhuma dificuldade	85.6	85.6	84.5	66.8	72.6	85.6	85.6	85.6
Dificuldade em AIVD	11.6	7.6	12.5	26.4	20.5	11.6	11.6	11.6
Dificuldade em AVD e AIVD	3.2	2.7	3.1	6.8	6.9	3.2	3.2	3.2

Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

Fumar é considerado um fator de risco importante para a saúde. As informações da pesquisa não confirmaram esta associação em relação à capacidade funcional dos idosos, pois não há diferenças estatisticamente significativas (ver coeficientes de variação no ANEXO 1) entre a prevalência de incapacidade funcional para fumantes e não fumantes (Tabela 7.3).

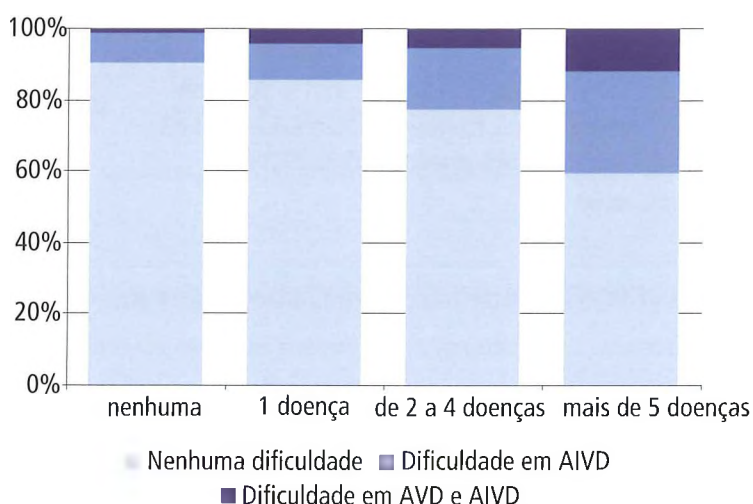
Tabela 7.3 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo e condição de ser fumante ou não, segundo a capacidade funcional - 2006

AVD/AIVD	Total		Homens		Mulheres	
	fuma/ex-fumante	nunca fumou	fuma/ex-fumante	nunca fumou	fuma/ex-fumante	nunca fumou
Nenhuma dificuldade	77.8	76.6	80.35	79.6	74.6	75.7
Dificuldade em AIVD	16.3	17.8	14.7	15.9	18.2	18.4
Dificuldade em AVD e AIVD	5.9	5.6	4.8	4.4	7.2	5.9

Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

Comorbidade é, também, um fator de risco importante para incapacidade funcional, conforme apontado pelos estudos sobre o tema. A Figura 7.6 mostra esta associação, pois quanto maior o número de doenças crônicas, mais elevada é a prevalência de incapacidade funcional entre os idosos. Não foi possível observar diferenciais por sexo ou por grupos de idade, já que os coeficientes de variação foram elevados quando consideradas estas desagregações (ANEXO 1).

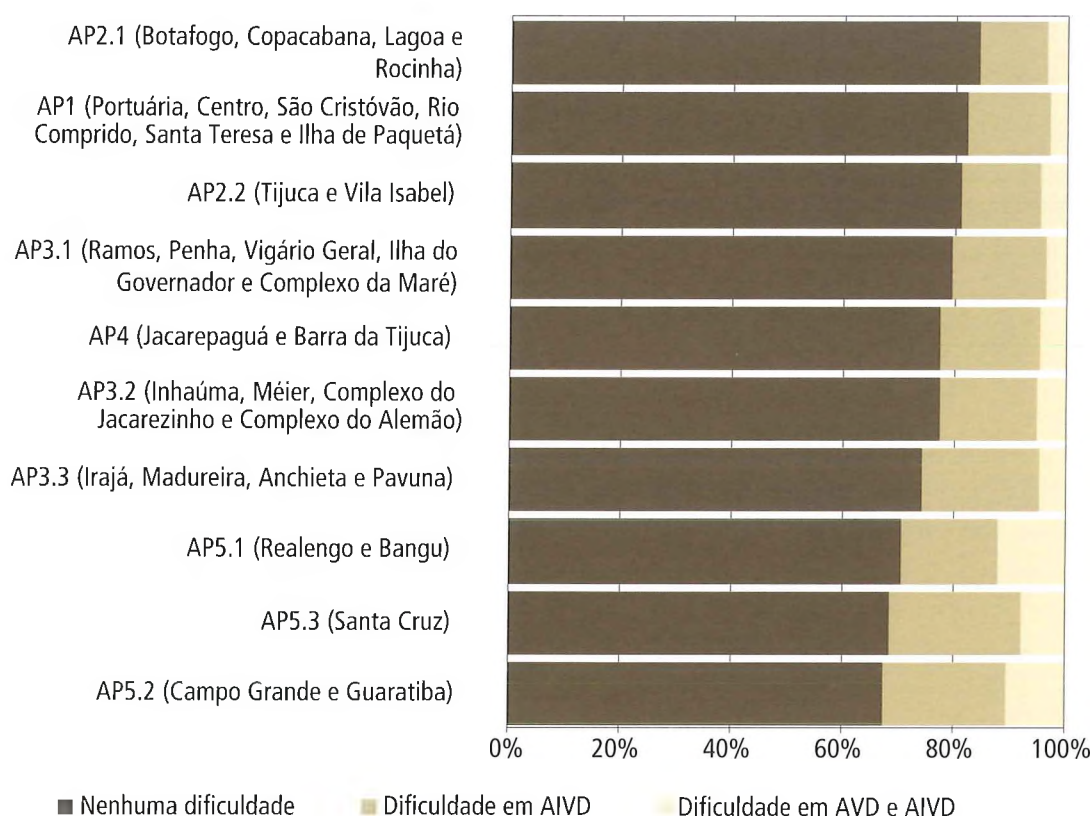
Gráfico 7.6 - Prevalência de capacidade funcional em idosos, segundo o número de doenças - 2006



Fonte: Pesquisa Idosos - 2006

A análise espacial mostra a segmentação socioeconômica da cidade. As áreas onde moram idosos com condição socioeconômica mais alta, próximas ao mar, são aquelas onde vivem as pessoas com melhores condições de saúde e funcionalidade. Como mostra o Gráfico 7.7, a AP 21, que abrange os bairros da Zona Sul da cidade, como Botafogo, Ipanema,

Gráfico 7. 7 - Proporção de pessoas de 60 anos ou mais por AP segundo Existência da Capacidade Funcional - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso - 2006

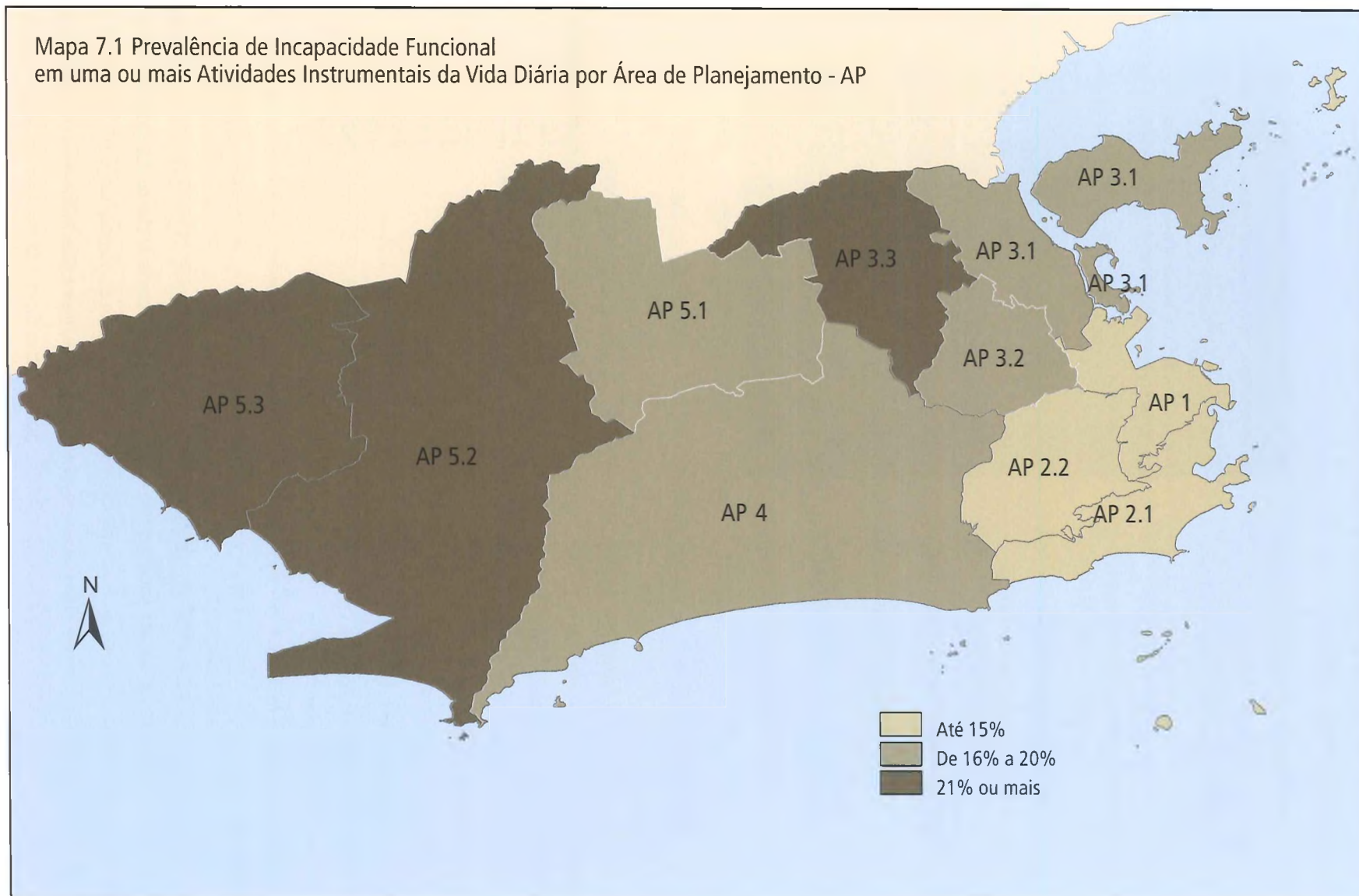
Copacabana, Lagoa e Jardim Botânico, apresenta a menor prevalência de incapacidade funcional dos idosos, mesmo incluindo a favela da Rocinha. A renda pessoal média dos idosos nestes bairros é maior, quando comparada com a dos idosos nos demais bairros (AP) da cidade, conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 4 - Renda pessoal média por AP - 2006

AP	Renda pessoal média	Coefficiente de variação
21	2.848,37	0,06
22	2.082,79	0,07
40	1.723,05	0,09
32	1.171,45	0,06
10	1.131,99	0,12
52	1.070,66	0,07
31	1.061,96	0,05
33	1.000,12	0,06
51	920,93	0,06
53	672,50	0,06

Fonte: Pesquisa Idoso - 2006

O Mapa 7.1 ilustra esta situação, localizando as áreas da cidade onde estão os idosos com maior proporção de declínio funcional. Entre os idosos com pior condição funcional, a AP 5.2 chama a atenção (Campo Grande e Guaratiba), pois apesar de possuir a maior prevalência de incapacidade funcional (22% em AIVD e 11% em AVD e AIVD), apresenta uma renda média mais elevada que as AP 5.1 e 5.3 (R\$ 1.071,66).



Discussão e considerações finais

Os resultados apresentados, a partir das informações da Pesquisa Saúde do Idoso no Município do Rio de Janeiro, revelaram padrões compatíveis com os achados de outros estudos sobre o tema. As mulheres, os mais idosos e aqueles situados nos estratos socioeconômicos mais baixos apresentaram maior prevalência de incapacidade funcional. Fatores tradicionalmente apontados na literatura como associados ao declínio funcional em idosos também se mostraram importantes.

As limitações do estudo, em relação à avaliação da capacidade funcional, foram: i) viés na seleção da amostra, que selecionou idosos que procuraram os postos de saúde para vacinação contra gripe em 2006, o que comprometeu o resultado para as medidas de atividades básicas da vida diária (AVD), já que os idosos com dificuldades sérias neste domínio não poderiam se deslocar até o posto de saúde; ii) ausência da medida de dificuldade em mobilidade física, apontada pelos estudos como uma importante marca prognóstica para avaliação de declínio funcional em idosos.

Por outro lado, apesar destas limitações, o estudo revelou robustez. Os resultados, compatíveis com os estudos sobre o tema, apontaram para a consistência das informações, a representatividade da amostra e a confiabilidade do estudo. É o primeiro inquérito populacional sobre a capacidade funcional dos idosos no município do Rio de Janeiro, apresentando um número expressivo de medidas, básicas e instrumentais da vida diária, para a avaliação da funcionalidade dos idosos, indicadores largamente utilizados como válidos preditores de declínio funcional. Também inclui amplo conjunto de questões relativas às condições socioeconômicas, morbidade e hábitos comportamentais.

Num próximo levantamento, poder-se-ia complementar o inquérito com informações adicionais, preenchendo as lacunas já apontadas anteriormente e acrescentando a avaliação de uma dimensão nova, a da variação genética, que torna-se cada vez mais necessária para o entendimento de como os idosos estão vivendo os anos adicionais de vida ganhos com o aumento da longevidade.

Referências Bibliográficas

- ARBER, Sara; GINN, Jay. Gender and inequalities in health in later life. *Social Science and Medicine*, n. 36, v. 1, p. 33 – 46, jan. 1993.
- BADLEY, Elizabeth Mary; IBANEZ, Dominique. Socioeconomic risk factors and musculoskeletal disability. *Journal of Rheumatology*, Toronto, v. 21, n. 3, p. 515 – 522, 1994.
- BELAND François, ZUNZUNEGUI, María Victoria. Predictors of functional status in older people living at home. *Age and Ageing*, v. 28, n. 2, p. 153 – 159, mar. 1999.
- BERKMAN, Cathy S.; GURLAND, Barry J. The relationship among income, other socio-economic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health*, 10, p. 81 – 98, 1998.
- BERKMAN Lisa F; SEEMAN, Teresa E; ALBERT, Marilyn; BLAZER, Dan; KAHN, Robert; MOHS, Richard; FINCH, Caleb; SCHNEIDER, Edward; COTMAN, Carl; MCCLEARN, Gerald; NESSELROADE, John; FEATHERMAN, David; GARMEZY, Norman; MCKHANN, Guy; BRIM, Gilbert; PRAGER, Denis; ROWE, John. High, usual and impaired functioning in community-dwelling older men and women: findings from the MacArthur Foundation Research Network on Successful Aging. *Journal of Clinical Epidemiology*, v. 46, n. 10, p. 1129 – 1140, oct. 1993.
- BERKMAN, Lisa F; GLASS, Thomas; BRISSETTE, Ian; SEEMAN, Teresa E. From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, v. 51, n. 5, p. 843 – 857, 15 sep. 2000.
- BOCQUET, Hélène; GROSCLAUDE, Pascale; GRAND, Alain; ALBARÈDE, Jean-Louis; POUS Jacques. Disabilities during aging: descriptive approach and risk factors. 4-year longitudinal study of an aged rural population. *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique*, v. 37, n. 3, p. 245 - 253, 1989.
- BOULT, Chad; KANE, Robert L; LOUIS, Thomas A; BOULT, Lisa; MCCAFFREY, David. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 49, p. M28 - M36, 1994.
- BREEZE, Elizabeth; FLETCHER, Astrid E; LEON, David A; MARMOT, Michael G; CLARK, Robert J.; SHIPLEY, Martin J. Do socio-economic disadvantages persists into old age? Self-reported morbidity in a 29-year follow-up of the Whitehall Study. *American Journal of Public Health*, v. 91, n. 2, p. 277 – 283, feb. 2001.
- COSTA ROSA, Tereza Etsuko da; BENÍCIO Maria Helena D'Aquino; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40 – 48. feb. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf> > Acesso em 03 mar. 2008.
- DUNLOP, Doroth D; HUGHES, Susan L; MANHEIM, Larry M. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *American Journal of Public Health*, v. 87, n. 3, p. 378 - 383, mar. 1997.
- GURALNIK, Jack M. Assessment of physical performance and disability in older persons. *Muscle & nerve. Supplement*, v. 5, p. 14 – 16, 1977.
- GURALNIK, Jack M; KAPLAN, George A. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County

- study. *American Journal of Public Health*, v. 79, n. 6, p. 703 – 708, jun. 1989.
- GURALNIK**, Jack M; **LACROIX**, Andre Z; **ABBOTT**, Robert D; **BERKMAN**, Lisa F; **SATTERFIELD**, Suzanne; **EVANS**, Denis A; **WALLACE**, Robert B. Maintaining mobility in late life: I. Demographic characteristics and chronic conditions. *American Journal of Epidemiology*, v. 137, n. 8, p. 845 – 857, 15 apr. 1993.
- GURALNIK**, Jack M; **LAND**, Kenneth C; **ZAER**, Dan Blazer; **FILLENBAUM**, Gerda G; **BRANCH**, Laurence G. Educational status and active life expectancy among older blacks and whites. *The New England Journal of Medicine*, v. 329, n. 2, p. 110 –116, 8 jul. 1993.
- GURALNIK**, Jack M; **LEVEILLE**, Suzanne G; **HIRSCH**, Rosemarie; **FERRUCCI**, Luigi; **FRIED**, Linda P. The impact of disability in older women. *Journal of the American Medical Women's Association*, v. 52, n. 3, p. 113 - 120. Summer 1997.
- HEIKKINEN**, Eino. Health implications of population aging in Europe. *World health statistics quarterly / Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, v. 40, n. 1, p. 22 – 40, 1987.
- KATZ**, Sidney. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 31, n. 12, p. 721 - 727, dec. 1983.
- LAN**, Tzu-Yun; **MELZER**, David; **TOM**, Brian DM; **GURALNIK**, Jack M. Performance tests and disability: developing an objective index of mobility-related limitation in older populations. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 57, n. 5, p. M294 - M301, may. 2002.
- LYNCH**, John W; **KAPLAN**, George. Socio-economic position. In **BERKMAN** Lisa F, **KAWACHI** Ichiro (Editors). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 1999. p. 13 – 35.
- MACKENBACH**, Johan P, **BORSBOOM** Gerard J.J.M., **NUSSELDER** Wilma J, **LOOMAN** Caspar W.N., **SCHRIJVERS** Carola T.M.. Determinants of levels and changes of physical functioning in chronically ill persons: results from the GLOBE study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 55, n. 9, p. 631 – 638, sep. 2001.
- MELZER**, David; **IZMIRLIAN**, Grant; **LEVEILLE**, Suzanne G.; **GURALNIK**, Jack M. Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v. 56, n. 5, p. S294 - S301, sep. 2001.
- MELZER**, David; **PARAHYBA**, Maria Isabel. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. *Age and Ageing*, v. 33, n. 3, p. 253 - 259, may 2004.
- MENDES DE LEON**, Carlos F.; **BECKETT**, Laurel A.; **FILLENBAUM**, Gerda G.; **BROCK**, Dwight B.; **BRANCH**, Laurence G.; **EVANS**, Denis A.; **BERKMAN**, Lisa F. Black-white differences in risk of becoming disabled and recovering from disability in old age: a longitudinal analysis of two EPESE populations. *American Journal of Epidemiology*, v. 145, n. 6, p. 488 – 497, 15 mar. 1997.
- MENDES DE LEON**, Carlos F.; **FILLENBAUM**, Gerda G.; **WILLIAMS**, Christianna S.; **BROCK**, Dwight B.; **BECKETT**, Laurel A.; **BERKMAN**, Lisa F. Functional disability among elderly blacks and whites in two diverse areas: the New Haven and North Carolina EPESE - Established Populations for the Epidemiologic Studies of the Elderly. *American Journal of Public Health*, v. 85, n. 7, p. 994 - 998. jul. 1995.
- MORITZ**, Deborah J.; **KASL**, Stanislav V.; **BERKMAN**, Lisa F. Cognitive functioning and the incidence of limitations in

activities of daily living in an elderly community sample. *American Journal of Epidemiology*, v. 141, n. 1, P. 41 – 49, 1 jan. 1995.

MURRAY, Colin J.L.; **TANDON**, Ajay; **SALOMON**, Josh; **MATHERS**, Colin D. Enhancing cross-population comparability of survey results. *Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper Series: No 35*. World Health Organisation. Geneva. 2001.

NAGI, Saad Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. *The Milbank Memorial Fund quarterly. Health and society*, v. 54, n. 4, p. 439 - 468. 1976 Fall.

PARAHYBA, Maria Isabel; **SIMÕES**, Celso Cardoso da Silva. Disability prevalence among the elderly in Brazil, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967 - 974, oct./dec. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32333.pdf> > Acesso em 05 mar. 2008.

PARAHYBA, Maria Isabel; **VERAS**, Renato Peixoto; **MELZER**, David. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383 - 391, jun 2005.

PICAVET, H. Susan J., **HOEYMANS**, Nancy. Physical disability in The Netherlands: prevalence, risk groups and time trends. *Public Health*, v. 116, n. 4, p. 231 – 237, jul. 2002.

PINNELLI, Antonella; **SABATELLO**, Eitan. Determinants of the health and survival of the elderly: suggestions from two different experiences - Italy and Israel. *European Journal of Population / Revue européenne de Démographie*, v. 11, n. 2, p. 143 – 147, jun. 1995.

POPE, Andrew M; **TARLOV**, Alvin R (Editors). *Disability in America: Toward a National Agenda for Prevention*. Washington, DC: Institute of Medicine. National Academy Press. 1991.

RAMOS, Luiz R.; **SIMÕES**, Eduardo J.; **ALBERT**, Marilyn S. Dependence in activities of daily living and cognitive impairment strongly predicted mortality in older urban residents in Brazil: a 2-year follow-up. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 49, n. 9, p. 1168 – 1175, sep. 2001.

ROSS, Catherine E.; **WU**, Chia-Ling. Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 37, n. 1. p. 104 – 120, mar. 1996.

SAKARI-RANTALA, Ritva; **HEIKKINEN**, Eino; **RUOPPILA**, Isto. Difficulties in mobility among elderly people ;and their association with socio-economic factors, dwelling environment and uses of services. *Aging - Clinical and Experimental Research*, v. 7, n. 6, p. 433 - 440, dec. 1995.

SEEMAN, Teresa E.; **BERKMAN**, Lisa F.; **CHARPENTIER**, Peter A.; **BLAZER**, Daniel G.; **ALBERT**, Marilyn S.; **TINETTI**, Mary E. Behavioral and psychosocial predictors of physical performance: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, v. 50, n. 4, p. M177 – M183, jul. 1995.

SEEMAN, Teresa E.; **BRUCE**, Martha L.; **MCAVAY**, Gail J. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, v. 51, n. 4, p. S191 – S200, jul. 1996.

SHUMWAY-COOK, Anne; **PATLA**, Aftab; **STEWART**, Anita; **FERRUCCI**, Luigi; **CIOL**, Marcia A.; **GURALNIK**, Jack M. Environmental components of mobility disability in community-living older persons. *Journal of the American Geriatric*

Society, v. 51, n. 3, p. 393 – 398, mar. 2003.

STRAWBRIDGE, William J.; **CAMACHO**, Terry C.; **COHEN**, Richard D.; **KAPLAN**, George A. Gender differences in factors associated with change in physical functioning in old age: a 6-year longitudinal study. *The Gerontologist*, v. 33, n. 5, p. 603 – 609, oct. 1993.

STUCK, Andreas E.; **WALTHERT**, Jutta M.; **NIKOLAUS**, Thorsten; **BULA** Christophe J.; **HOHMANN**, Chritoph; **BECK**, Jjohn C. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science and Medicine*, v. 48, n. 4, p. 445 – 469, feb. 1999.

VERBRUGGE, Lois M.; **JETTE**, Al M. (1994). The disablement process. *Social Science and Medicine*, v. 38, n. 1, p. 1 - 14. jan. 1994.

WHO. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization. 2001.

WHO. International classification of impairments, diseases and handicaps. Geneva: World Health Organization. 1980.

ZIMMER, Zachary; **AMORNSIRISOMBOON**, Pattama. Socio-economic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science and Medicine*, v. 52, n. 8, p. 1297 - 1311. apr. 2001.

Anexos

Tabela 1 Prevalência de incapacidade funcional das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo indicadores de atividades básicas da vida diária - 2006

Dificuldade para:	Total	Ambos os Sexos			Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
		60 a 69	70 a 79	80 e mais		60 a 69	70 a 79	80 e mais		60 a 69	70 a 79	80 e mais
Tomar Banho	1,2	0,5	1,1	4,1	0,7	0,3	0,9	1,8	1,4	0,6	1,2	5,0
Vestir-se Sozinho	1,2	0,8	1,0	3,3	0,8	0,9	0,3	2,4	1,3	0,7	1,3	3,7
Usar Vaso Sanitário	0,6	0,4	0,8	1,3	0,6	0,4	0,7	1,4	0,6	0,4	0,8	1,2
Consegue se levantar sem ajuda	0,7	0,6	0,7	1,0	0,6	0,6	0,5	0,7	0,7	0,6	0,8	1,2
Controla completamente fezes e urina	4,7	3,8	5,0	7,4	3,8	2,4	5,5	5,4	5,1	4,6	4,7	8,2
Se alimenta sem ajuda	0,5	0,3	0,6	0,9	0,3	0,1	0,5	0,7	0,5	0,4	0,6	0,9

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 2 Prevalência de incapacidade funcional das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo indicadores de atividades instrumentais da vida diária - 2006

Dificuldade para:	Total	Ambos os Sexos			Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
		60 a 69	70 a 79	80 e mais		60 a 69	70 a 79	80 e mais		60 a 69	70 a 79	80 e mais
Preparar a própria comida	4,7	2,8	4,4	13,0	7,6	5,8	8,3	14,6	3,1	1,1	2,5	12,3
Consegue limpar a casa sem ajuda	11,1	6,3	12,7	26,0	8,4	4,1	11,7	18,5	12,6	7,6	13,2	29,0
Consegue lavar a própria roupa sem ajuda	7,9	4,9	8,6	17,5	9,6	6,4	10,6	2,6	6,9	4,0	7,6	15,4
Cuidado médico	5,1	2,8	5,6	12,7	4,4	3,2	4,3	10,9	5,5	2,6	6,3	13,5
Usa telefone	3,7	2,4	4,0	8,2	2,6	1,7	3,0	5,6	4,3	2,8	4,5	9,2
Compra alimentos	9,6	5,4	9,9	25,6	5,0	3,6	4,6	13,9	12,0	6,4	12,5	30,3
Consultas	8,6	3,8	8,5	28,2	4,5	2,8	3,6	16,8	10,8	4,4	11,0	32,9

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 3 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo e grupos de idade, segundo a capacidade funcional - 2006

AVD / AIVD	Total	Ambos os Sexos			Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
		60 a 69	70 a 79	80 e mais		60 a 69	70 a 79	80 e mais		60 a 69	70 a 79	80 e mais
Nenhuma dificuldade	77,0 a	84,4 a	75,5 a	51,3 a	80,2 a	86,1 a	77,2 a	58,7 a	75,4 a	83,3 a	74,7 a	48,4 b
Nenhuma dificuldade em AVD e dificuldade em 1 ou + AIVD	17,3 a	11,4 b	18,6 b	37,6 b	15,2 a	11,0 b	16,5 b	33,5 b	18,4 a	11,6 b	19,6 b	39,2 b
Dificuldade em 1 ou + AVD e 0 ou mais em AIVD	5,7 b	4,3 b	5,9 b	11,1 b	4,6 b	2,9 c	6,3 c	7,8 d	6,3 b	5,1 b	5,7 b	12,3 c
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	498.071	249.231	189.015	59.825	172.601	92.415	63.586	16.600	325.471	156.817	125.428	43.225

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 4 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por renda pessoal e escolaridade, segundo a capacidade funcional - 2006

Variável de capacidade funcional	Renda Pessoal						Escolaridade				
	Total	Até 1 SM	Mais de 1 até 2 SM	Mais de 2 até 3 SM	Mais de 3 até 4 SM	Não tem fonte de renda	Total	Alfabetizaç. Fundamental Incompleta	Fundamental Completo/ Médio	Médio Completo/ Sup. Incomp	Sup. Comp Pós-Grad
Nenhuma dificuldade	77,0 a	69,6 a	77,1 a	79,5 a	83,8 a	74,6 a	79,1 a	75,0 a	81,1 a	84,5 a	86,0 a
Nenhuma dificuldade em AVD dificuldade em 1 ou + AIVD	17,3 a	22,3 b	17,1 b	15,6 b	13,1 b	18,3 b	15,8 a	18,1 b	15,3 b	12,9 b	11,3 b
Dificuldade em 1 ou + AVD e 0 ou mais em AIVD	5,7 b	8,2 b	5,8 c	4,8 c	3,1 c	7,1 c	5,0 b	6,9 b	3,6 c	2,6 c	2,7 c
Total (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (%)	464.959	106.590	94.674	102.611	100.527	60.557	442.259	235.521	66.011	83.401	57.325

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 5 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo e existência de pessoa com quem possa contar, segundo a capacidade funcional - 2006

Pessoa com quem posso contar	Total	Ambos os Sexos		Total Masculino	Masculino		Total Feminino	Feminino	
		Sim	Não/Não		Sim	Não/Não		Sim	Não/Não
Nenhuma dificuldade	77,0 a	77,7 a	73,3 a	80,2 a	80,9 a	75,3 a	75,3 a	75,9 a	72,4 a
Nenhuma dificuldade em AVD dificuldade em 1 ou + AIVD	17,3 a	17,3 a	17,4 b	15,2 b	15,0 b	16,4 c	18,4 a	18,6 a	17,8 b
Dificuldade em 1 ou + AVD e 0 ou mais em AIVD	5,7 b	5,0 b	9,4 b	4,7 b	4,1 b	8,3 c	6,2 b	5,5 b	9,9 c
Total (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (%)	495.595	420.553	75.042	171.772	148.725	23.047	323.823	271.828	51.995

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 6 Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade, por sexo e condição de ser fumante ou não, segundo a capacidade funcional - 2006

Variável de capacidade funcional	Total	Ambos os sexos		Total Masculino	Masculino		Total Feminino	Feminino	
		Fuma e é EX	Nunca		Fuma e é EX	Nunca		Fuma e é EX	Nunca
Nenhuma dificuldade	77,1 a	77,8 a	76,6 a	80,2 a	80,5 a	79,6 a	75,5 a	74,7 a	75,8 a
Nenhuma dificuldade em AVD dificuldade em 1 ou + AIVD	17,2 a	16,3 b	17,8 a	15,2 b	14,7 b	16,0 b	18,2 a	18,1 b	18,3 b
Dificuldade em 1 ou + AVD e 0 ou mais em AIVD	5,7 b	5,9 b	5,6 b	4,6 b	4,8 c	4,4 c	6,3 b	7,2 b	5,9 b
Total (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (%)	496.135	204.027	292.108	172.247	109.841	62.406	323.888	94.185	229.702

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 7 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo, prática de atividade física, segundo a capacidade funcional - 2006

Variável de capacidade funcional	Total	Ambos os Sexos		Total Masculino	Masculino		Total Feminino	Feminino	
		Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não
Nenhuma dificuldade	77,1 a	85,7 a	72,6 a	80,3 a	85,5 a	77 a	75,4 a	85,8 a	70,4 a
Nenhuma dificuldade em AVD dificuldade em 1 ou + AIVD	17,3 a	11,1 b	20,5 a	15,1 b	12 b	17,1 b	18,4 a	10,5 b	22,2 a
Dificuldade em 1 ou + AVD e 0 ou mais em AIVD	5,7 b	3,3 c	6,9 b	4,6 b	2,6 c	5,9 b	6,2 b	3,7 c	7,4 b
Total (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (%)	494.127	170.548	323.579	171.436	65.237	106.199	322.692	105.312	217.380

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 8 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por grupos de idade que praticam atividade física regularmente, segundo a capacidade funcional - 2006

Prática de atividade física	Total	Total			Total Sim	Sim			Total Não	Não		
		60 a 69	70 a 79	80 a		60 a 69	70 a 79	80 a		60 a 69	70 a 79	80 a
Nenhuma dificuldade	77,1 a	84,2 a	75,8 a	51,5 a	85,6 a	89,7 a	84,4 a	67,0 a	72,6 a	81,1 a	71,3 a	46,0 b
Nenhuma dificuldade em AVD dificuldade em 1 ou + AIVD	17,3 a	11,5 b	18,4 b	37,8 b	11,1 b	7,6 b	12,4 b	26,3 b	20,5 a	13,7 b	21,5 b	41,9 b
Dificuldade em 1 ou + AVD e 0 ou mais em AIVD	5,6 b	4,3 b	5,8 b	10,7 b	3,3 c	2,7 c	3,2 c	6,7 c	6,9 b	5,2 b	7,2 b	12,1 c
Total (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (%)	496.467	248.568	188.294	59.605	170.846	90.100	65.102	15.644	325.621	158.468	123.192	43.961

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 9 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por sexo e percepção do estado de saúde, segundo a capacidade funcional - 2006

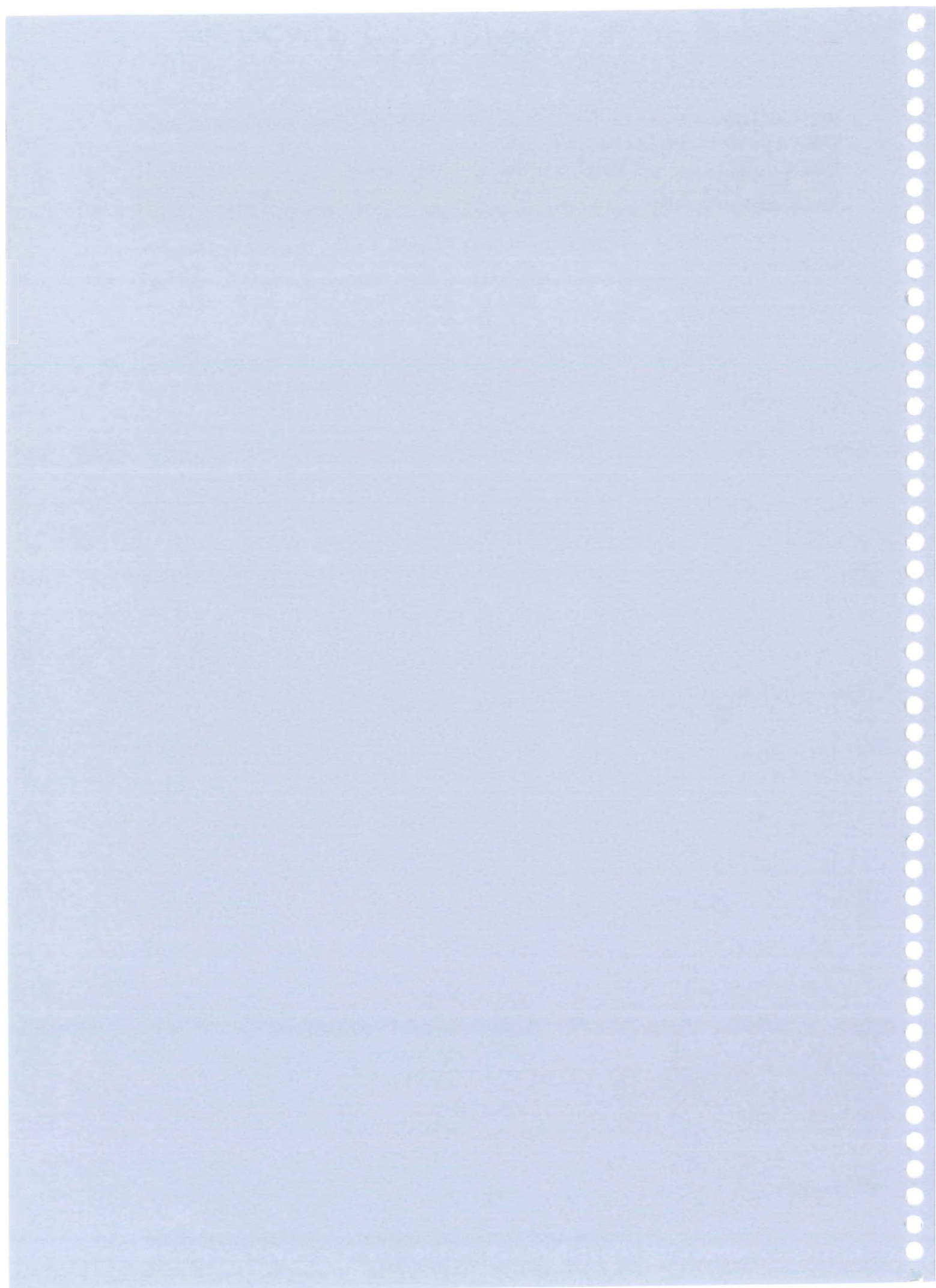
Percepção do estado de saúde	Ambos os Sexos				Total	Masculino				Total	Feminino			
	Muito Bom/Bom	Regu-lar	Ruim Mto Ruim	Muito Bom/Bom		Regu-lar	Ruim Mto Ruim	Muito Bom/Bom	Regu-lar		Ruim Mto Ruim			
Nenhuma dificuldade	77,1 a	81,3 a	65,5 a	47,1 b	80,2 a	83,3 a	70,7 a	34,6 d	75,5 a	80,2 a	62,8 a	50,5 b		
Nenhuma dificuldade em AVD dificuldade em 1 ou + AIVD	17,1 a	14,6 a	23,8 b	38,0 b	15,1 b	13,7 b	19,0 b	41,5 c	18,2 a	15,1 b	26,1 b	37,0 c		
Dificuldade em 1 ou + AVD e 0 ou mais em AIVD	5,7 b	4,0 b	10,8 b	14,9 c	4,7 b	3,0 c	10,3 c	24,0 d	6,3 b	4,6 b	11,1 b	12,4 d		
Total (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
Total (%)	497.903	382.443	102.184	13.276	171.110	137.732	30.542	2.836	324.454	243.083	70.931	10.440		

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

Tabela 10 Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade, por número de doenças crônicas e sexo, segundo a capacidade funcional - 2006

Variável de capacidade funcional	Total	Nº de doenças auto-referidas				Total Masculino	Masculino				Total Feminino	Feminino			
		Nenhuma	1	de 2 a 4	5 ou +		Nenhuma	1	de 2 a 4	5 ou +		Nenhuma	1	de 2 a 4	5 ou +
Nenhuma dificuldade	77,0 a	90,1 a	85,9 a	77,2 a	59,6 a	80,2 a	91,2 a	84,9 a	78,1 a	61,9 b	75,4 a	88,7 a	86,7 a	76,9 a	59,1 a
Nenhuma dificuldade em AVD	17,3 a	8,5 c	10,0 b	17,7 a	28,7 b	15,2 b	8,3 c	11,7 c	16,4 b	29,1 c	18,4 a	8,7 c	8,6 c	18,2 b	28,6 b
Dificuldade em 1 ou + AVD	5,7 b	1,4 e	4,1 c	5,1 b	11,7 b	4,6 b	0,5 e	3,4 d	5,5 c	9,0 d	6,3 b	2,6 e	4,7 c	4,9 b	12,4 b
Total (N)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (%)	473.100	41.873	85.964	270.831	74.431	164.026	23.912	40.446	85.505	14.162	309.074	17.961	45.518	185.326	60.269

Fonte: Pesquisa Idoso, 2006



Rede de Apoio Social

O conceito de rede de apoio é analisado num âmbito multidimensional, enfocando diversos aspectos de natureza biopsicossocial. Em um recorte dessas dimensões, o apoio social abrange o apoio emocional e afetivo, o apoio material e informativo e, também, apoio na interação social positiva. (Griep, 2005).

Diversos autores discutem o apoio social e consideram que **Rede Social** (*social network*) pode ser definida como o grupo de pessoas com as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social, que podem ou não oferecer ajuda em diversas situações ao longo da vida. **Apoio social** (*social support*) diz respeito aos recursos postos à disposição por outras pessoas em situações de necessidade e pode ser medido através da percepção individual do grau com que relações interpessoais correspondem a determinadas funções, por exemplo, apoio emocional, material e afetivo (Griep, 2005).

Segundo Domingos e Menezes (2005), o **apoio social** é definido como “um processo de interação onde os relacionamentos entre grupos de pessoas, pelo contato sistemático, estabelecem vínculos de amizade e de solidariedade, contribuindo para o enfrentamento das diversidades, com benefícios à saúde física, mental e social”.

Neste sentido, considera-se que a **rede de apoio social** pode interferir benéficamente no processo saúde doença, pois proporciona fatores de proteção ao indivíduo, dado que minimiza o isolamento, fortalece apoio mútuo e, conseqüentemente, reduz o risco de adoecimento, Cassel (1974), Griep (2005).

As redes sociais de apoio, de acordo com Martins (2005) revestem-se de importância crucial na vida dos idosos, dado que o sentimento de ser amado e valorizado pertence a grupos de comunicação e de obrigação recíprocas, que levam os indivíduos a escapar do isolamento e do anonimato.

As relações sociais positivas têm ligação com a saúde dos idosos. Conforme Pinto et al. (2006), estabelecer uma rede social é fator de proteção e promoção de melhores condições de saúde. De acordo com Valla (1999), a questão do apoio social exerce papel importante na manutenção da saúde, na prevenção contra doenças e colabora no processo de cura. Soma-se a isso, o fato

de que “um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser um fator psicossocial significativa na melhoria da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas.”. Este mesmo autor afirma que a participação social pode ter efeito benéfico no sistema de defesa do corpo e na diminuição da suscetibilidade à doença.

Relacionado ao que foi questionado sobre o processo de visita¹, conforme (Pinto et al, 2006) há estudos mostrando que sintomas depressivos estão inversamente associados ao tamanho das redes sociais e que altos escores de satisfação com a vida ocorrem em idoso com mais contatos com amigos e familiares. A literatura presume haver associação entre contato social, apoio e longevidade, ou seja, a maioria dos idosos que visita seus familiares, provavelmente viverá mais tempo do que aqueles que raramente têm contatos.

Sobre o aspecto relativo à participação em cultos, encontros e jogos com amigos, segundo Minayo (1998 apud Pietrukowicz, 2001), embora se manifestem de diferentes formas, as explicações religiosas sobre saúde/doença têm raízes históricas profundas e temporais, mantêm-se nas representações sociais dos sujeitos, ocupa um lugar em seus discursos e toma novas formas e espaços em suas vidas. Assim, a saúde e sua prevenção são tidas como processos contínuos de seus rituais e crenças, e são estabelecidas através da adesão e participação nas atividades direcionadas a estes fins.

As práticas religiosas são, em parte, expressões do apoio social, nas quais pessoas buscam encontrar solidariedade, acolhimento e conforto.

As religiões, segundo Parker (1996 apud Pietrukowicz, 2001) têm um significado social, uma **eficácia simbólica** diante dos problemas e dificuldades que as pessoas enfrentam diariamente.

Na **1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006**, considerando os aspectos conceituais relativos à rede de apoio social o tema foi abordado a partir das seguintes questões:

N-29 - Tem alguma pessoa na vida com quem possa contar?

N-30 - Com que frequência recebeu visita ou visitou alguém?

N-31 - Nos últimos 30 dias participou de cultos, encontros, jogos com amigos?

1 A ação de receber visita de alguém ou sair para fazer visita a alguém, foi aqui denominado “processo de visita-ção”.

Tais questões buscaram conhecer a existência ou disponibilidade de uma rede de apoio social ao indivíduo idoso. Estas variáveis foram analisadas, considerando aspectos sócio-demográficos – sexo, faixa etária, escolaridade e renda. Foram também relacionados aspectos referentes aos arranjos familiares – Com quem vive, auto-avaliação do estado de saúde e algumas doenças, mais diretamente relacionadas ao tema, tais como depressão, doenças osteoarticulares, entre outras.

Resultados

Pessoa com quem contar

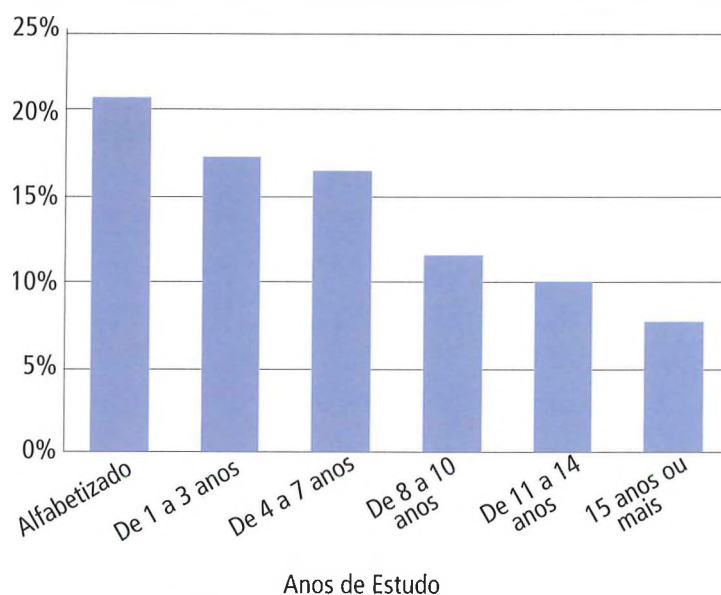
Dos idosos entrevistados 85% informaram ter com quem contar. Entre os homens 87% e entre as mulheres 84%. Não têm com quem contar 14% dos homens e 16%, das mulheres. Com relação à distribuição entre as faixas etárias, os homens entre 70 e 79 anos e as mulheres de 60 a 69 anos (respectivamente 15% e 20%), são os segmentos mais vulneráveis quanto à rede de apoio social.

Tabela 8.A Proporção de idosos, segundo "alguém com quem contar" por sexo e idade - 2006

Alguém para contar	Total	Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
			De 60 a 69	De 70 a 79	80 ou +		De 60 a 69	De 70 a 79	80 ou +
Sim	84,7 a	86,5 a	86,9 a	84,7 a	90,5 a	83,8 a	80,4 a	85,8 a	89,8 a
Não/não tem certeza	15,3 a	13,5 b	13,1 b	15,3 b	9,5 c	16,2 a	19,6 b	14,2 b	10,2 c
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	515.031	179.168	94.757	65.990	18.421	335.863	160.938	129.825	45.100

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

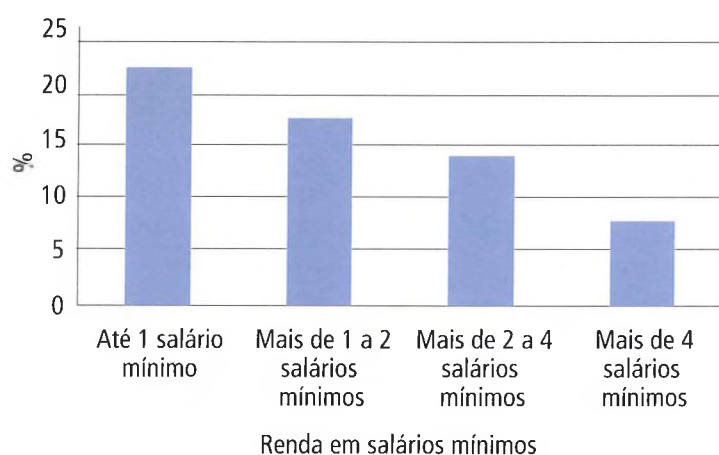
Gráfico 8.1 Proporção de idosos que não tem alguma pessoa na vida com quem contar, segundo anos de estudo - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Quanto menor a escolaridade, maior a frequência de **não ter com quem contar** – 21% entre os Alfabetizados e 8% entre os de 15 anos de estudo ou mais.

Gráfico 8.2 Proporção de idosos que não têm alguma pessoa na vida com quem contar, segundo faixas de renda - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Assim como observado na escolaridade, quanto menor a renda, mais desprotegido está o idoso.

Tabela 8.B Proporção de idosos que têm ou não com quem contar, segundo com quem vive - 2006

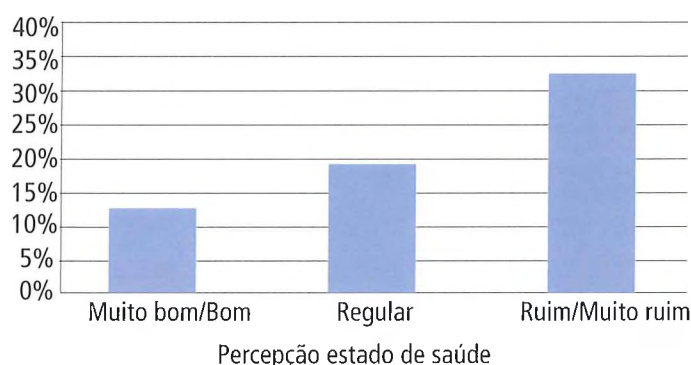
Tem alguma pessoa na vida com que possa contar?	Com quem o senhor vive?		
	Total	Sozinho	Acompanhado
Sim	84,8 a	81,2 a	85,9 a
Não	15,2 a	18,8 b	14,1 b
Total (%)	100	100	100
Total (N)	513.126	119.259	393.867

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Em relação ao arranjo familiar, entre os que moram sozinhos, há maior referência dos que não tem com quem contar.

Dentre os idosos que auto-avaliaram a saúde como ruim/muito ruim, 34% não têm com quem contar, um índice mais de duas vezes superior ao verificado para os que relataram avaliação muito boa/boa (13%).

Gráfico 8.3 Proporção de idosos que não tem pessoa na vida com quem contar em relação à avaliação do estado de saúde auto-referido - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Outra questão abordada em relação à rede de apoio refere-se à existência ou não de doenças, com destaque para a diferença (6%) entre os que relataram ter ou não depressão.

Tabela 8.C Proporção de idosos que tem pessoa na vida com quem contar em relação a problemas de audição, visão ou depressão - 2006

Tem alguma pessoa na vida com que possa contar?	Possui algum problema de audição		Possui algum problema de visão		Tem ou teve depressão	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Sim	82,2 a	85,7 a	84,3 a	86,2 a	80,4 a	86,2 a
Não	17,8 b	14,3 a	15,7 a	13,8 b	19,6 b	13,8 a
Total (%)	100	100	100	100	100	100
Total (N)	142.117	370.144	403.321	109.803	127.415	385.237

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Frequência de Visitas

Metade dos idosos recebeu visita ou visitou alguém pelo menos três vezes por semana. A frequência de visitação se diferencia pouco tanto para sexo como para idade. A exceção ficou por conta da maior frequência do grupo mais idoso (80 anos ou mais) que não recebeu visita nos últimos 30 dias.

Tabela 8.D Distribuição de idosos que receberam visita ou visitaram alguém segundo sexo e faixa etária - 2006

Com que frequência recebeu visita ou visitou alguém	Sexo								
	Total	Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
			de 60 a 69	de 70 a 79	80 e mais		de 60 a 69	de 70 a 79	80 e mais
Quase todos os dias	22,2 a	22,3 a	21,2 a	24,3 a	20,9 b	22,1 a	20,8 b	23,2 b	23,6 b
Uma a três vezes por semana	28,2 a	29,1 a	29,8 a	29,8 a	23 b	27,8 a	28 a	27,6 b	27,6 b
Uma vez a cada quinze dias	14,6 a	14 a	15,3 b	12,6 b	12,7 b	14,9 a	16,3 b	14 b	12,8 b
Uma vez por mês	16,2 a	15,2 a	14,1 b	14,8 b	22,2 b	16,8 a	18,2 b	16,5 b	12,7 c
Nenhuma vez nos últimos 30 dias	18,8 a	19,4 a	19,6 b	18,5 b	21,2 b	18,4 a	16,7 b	18,7 b	23,3 b
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	507.422	176.048	93.028	64.881	18.140	331.374	159.033	127.845	44.496

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Com relação aos anos de estudo, 2/3 dos idosos com 15 anos ou mais, recebem pelo menos três visitas semanais. Entre os alfabetizados, esta proporção cai para 1/3, já para os grupos intermediários não existem diferenças significativas.

Tabela 8.E Distribuição dos idosos por frequência de visita, segundo anos de estudo - 2006

Com que frequência recebeu visita ou visitou alguém	Anos de Estudo						
	Total	Alfabetizado	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 10 anos	11 a 14 anos	15 anos ou mais
Quase todos os dias	22,7 a	20,4 b	19,8 b	22,1 b	20,1 b	25,5 b	26,6 b
Uma a três vezes por semana	29,0 a	16,0 c	25,2 b	26,2 b	26,7 b	35,3 b	40,4 b
Uma vez a cada quinze dias	15,0 a	16,2 c	13,3 b	14,7 b	16,0 b	15,1 b	15,1 b
Uma vez por mês	16,0 a	24,7 b	18,9 b	17,4 b	16,9 b	11,9 b	10,2 b
Nenhuma vez nos últimos 30 dias	17,3 a	22,7 b	22,8 b	19,6 b	20,3 b	12,2 b	7,7 c
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	412.989	29.699	52.910	151.533	64.619	84.216	59.711

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Seguindo o padrão da escolaridade, nota-se que maior renda implica maior frequência de visitas. Entre os que recebem mais de 4 salários mínimos 63% recebem pelo menos três visitas por semana.

Tabela 8.F Distribuição de idosos por frequência de visita, segundo renda - 2006

Com que frequência recebeu visita ou visitou alguém	Renda em salários mínimos					
	Total	Até 1 salário	Mais de 1 a 2 salários	Mais de 2 a 4 salários	Mais de 4 salários	Não tem fonte de renda
Quase todos os dias	22,0 a	21,3 b	19,3 b	23,6 b	24,2 b	21,1 b
Uma a três vezes por semana	28,7 a	20,8 b	26,0 b	30,1 b	39,0 a	25,0 b
Uma vez a cada quinze dias	14,5 a	14,0 b	14,6 b	15,1 b	14,5 b	14,4 b
Uma vez por mês	15,9 a	18,4 b	18,1 b	14,1 b	10,3 b	21,3 b
Nenhuma vez nos últimos 30 dias	18,9 a	25,5 b	22,0 b	17,1 b	12,0 b	18,2 b
Total (%)	100	100	100	100	100	100
Total (N)	474.049	106.252	95.400	96.540	114.486	61.371

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Chama a atenção entre os que têm auto-avaliação ruim/muito ruim (35%) o grupo que não recebeu (ou realizou) visita nos últimos 30 dias. Entre os que referiram estado de saúde muito bom/bom apenas 18%, declararam não receber visitas, o que equivale à metade do grupo anterior.

Tabela 8.G Distribuição de idosos por frequência de visita, segundo à avaliação do estado de saúde auto-referido - 2006

Com que frequência recebeu visita ou visitou alguém	Avaliação de saúde auto-referida			
	Total	Muito bom/Bom	Regular	Ruim/Muito Ruim
Quase todos os dias	22,1 a	22,7 a	20,1 b	18,6 c
Uma a três vezes por semana	28,2 a	29,4 a	25,0 b	21,8 c
Uma vez a cada quinze dias	14,7 a	14,7 a	14,9 b	11,2 d
Uma vez por mês	16,3 a	15,7 a	19,0 b	13,3 c
Nenhuma vez nos últimos 30 dias	18,7 a	17,5 a	21,0 b	35,1 b
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	507.486	389.517	103.938	14.031

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Não foi encontrada diferença na frequência de visitação entre o grupo que vive sozinho ou acompanhado.

Mais de 2/3 dos idosos participaram nos últimos 30 dias de cultos, jogos e encontros com amigos. A participação das mulheres (72%) é mais efetiva que a dos homens (63%). Para a faixa etária constata-se que quanto maior a idade, menor a participação social, independente do sexo.

Tabela 8.H Proporção de Idosos que nos últimos 30 dias participou de cultos, encontros, jogos com amigos, segundo sexo e faixa etária - 2006

Nos últimos 30 dias participou de cultos, encontros, jogos com amigos	Total	Ambos os Sexos			Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
		De 60 a 69	De 70 a 79	80 ou mais		De 60 a 69	De 70 a 79	80 ou mais		De 60 a 69	De 70 a 79	80 ou mais
Sim	68,9 a	71,4 a	67,6 a	62,6 a	62,9 a	66,1 a	61,9 a	50,1 b	72,0 a	74,5 a	70,5 a	67,6 a
Não	31,1 a	28,6 a	32,4 a	37,4 b	37,1 a	33,9 b	38,1 b	49,9 b	28,0 a	25,5 b	29,5 b	32,4 b
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	513.180	255.429	194.631	63.120	177.831	94.637	65.069	18.125	335.349	160.793	129.562	44.995

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Não foi encontrada diferença na participação de encontros sociais entre os grupos de escolaridade e renda.

As mulheres são mais participativas independente da auto-avaliação da saúde. A participação dos idosos em eventos parece não sofrer influência do fato de ele viver sozinho ou acompanhado.

Tabela 8.I Proporção de Idosos que nos últimos 30 dias participou de cultos, encontros, jogos com amigos, segundo sexo e auto-avaliação do estado da saúde - 2006

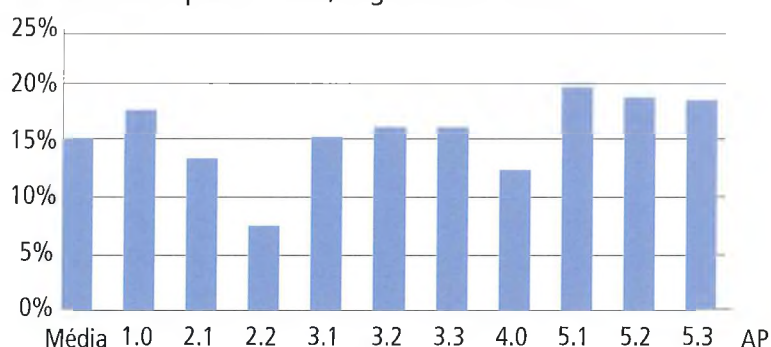
Nos últimos 30 dias participou de cultos, encontros, jogos com amigos	Total	Ambos os Sexos			Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
		Muito Bom/Bom	Regular	Ruim/Muito Ruim		Muito Bom/Bom	Regular	Ruim/Muito Ruim		Muito Bom/Bom	Regular	Ruim/Muito Ruim
Sim	68,9 a	70,1 a	65,3 a	61,6 b	62,8 a	65,0 a	54,6 b	48,7 c	72,1 a	73,0 a	70,0 a	65,2 b
Não	31,1 a	29,9 a	34,7 b	38,4 b	37,2 a	35,0 a	45,4 b	51,3 c	27,9 a	27,0 a	30,0 b	34,8 c
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	510.651	392.286	104.193	14.172	176.465	141.526	31.828	3.111	334.186	250.760	72.365	11.061

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Rede de Apoio nas Dez Áreas de Planejamento de Saúde (AP)

O gráfico 8.4 nos mostra que as áreas com maior poder aquisitivo (AP 2.1, 2.2 e 4.0) se caracterizam pela menor proporção de idosos que não têm com quem contar.

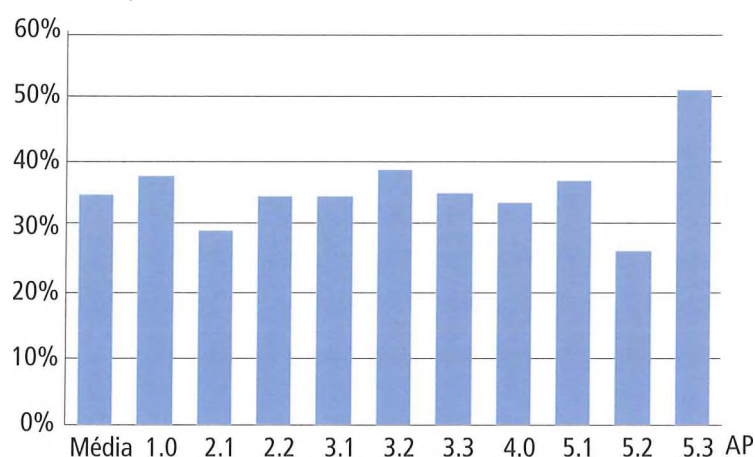
Gráfico 8.4 Proporção de Idosos que não tem alguma pessoa na vida com quem contar, segundo AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

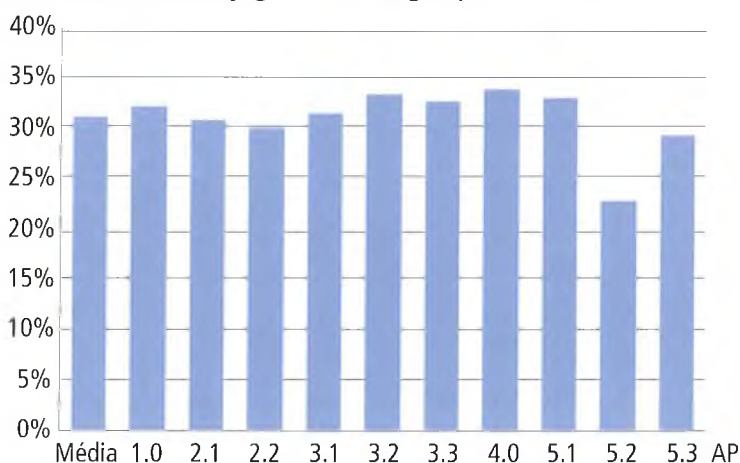
As peculiaridades de Santa Cruz ficam evidentes na questão de visitação, pois pouco mais da metade dos idosos da AP 5.3 receberam, no máximo, uma visita nos últimos 30 dias. Singular também é poder constatar que a AP 5.2, vizinha a 5.3 se caracterizou como a de menor proporção para esta variável.

Gráfico 8.5 Proporção de Idosos segundo frequência de visitação por AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 8.6 Proporção de Idosos que não participaram de encontros, cultos, jogos com amigos por AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Quando se pensa em outra forma de convívio social, ou seja, a participação em cultos religiosos, encontros com amigos ou vizinhos para jogar ou mesmo passar o tempo, vamos ver que os melhores resultados vêm da Zona Oeste, pois tanto Campo Grande (22%) como Santa Cruz (29%) despontam como as AP com menor proporção de idosos que não participam de atividades sociais.

Considerações

De modo geral, a baixa escolaridade e a renda são aspectos da maior vulnerabilidade quanto à carência de apoio social.

A participação dos idosos em encontros sociais mostra que conforme aumenta a idade diminui a integração e de modo particularmente importante entre os homens. As mulheres são mais participativas em quaisquer das faixas etárias.

A auto-avaliação do estado de saúde, que reflete a percepção de problemas que podem limitar a qualidade de vida, em particular a depressão, interage com condicionantes socioeconômicos (baixa escolaridade) e estas múltiplas condições podem ser fatores contribuintes para maior isolamento social. Cria-se um ciclo vicioso que parece alimentar situações de exclusão social.

A falta de uma rede de apoio social, que se caracteriza pela ausência de suportes familiares e sociais, é fator de risco, tanto para o desenvolvimento ou agravamento de doenças, quanto para a necessidade de institucionalização.

A não inserção em atividades sociais, o fato de morar sozinho, ser solteiro, não ter filhos, ser viúvo recente são todas condições que determinam maior vulnerabilidade das pessoas de modo em

geral, mas principalmente para a população idosa (Cassel, 1974; Boechat, 1996 apud Amendoeira; Chaimowicz, 1999; 2000; Kane, 1987 apud Born; Boechat, 2002 e Herédia et al, 2004).

Referências Bibliográficas

- AMENDOEIRA, Maria Cristina Reis; SANTA ROSA, Ana Lúcia Cardoso de; ESPINOLA, Norma Maria Guerra; AMENDOEIRA, Paola da Silva. O sentimento de isolamento social em idosos de uma instituição do Rio de Janeiro. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal. Rio de Janeiro: APERJ, v. 95, n. 75, p. 39 - 46, out./dez. 2000.
- BORN, Tomiko; BOECHAT, Norberto Seródio. A Qualidade do Cuidado ao Idoso Institucionalizado. In: FREITAS, Elizabeth Viana; PY, Ligia; CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; GORZONI, Milton Luiz. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 768 – 777.
- CASSEL, John. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. American Journal of Public Health, v. 64, n. 11, p. 1040 - 1043. Nov. 1974.
- CHAIMOWICZ, Flavio; GRECO, Dirceu B. Dinâmica da Institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454 – 460. Oct. 1999.
- COBB, Sidney. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, v. 38, n. 5, p. 300 - 314. Sep. / Oct. 1976.
- DOMINGOS, Ana Maria; MENEZEZ, Irinéa Gomes. Sobre o apoio social em um Centro de convivência. A percepção dos idosos. Red Latinoamericana de Gerontología: Concurso: Una Sociedad para todas las Edades, Oct. 2005. Disponível em: <<http://gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=839#archivo>>. Acesso em 6 out. 2005.
- GRIEP, Rosane Harter; CHOR, Dora; FAERSTEIN, Eduardo; WERNECK, Guilherme L.; LOPES, Cláudia S. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p. 703 – 714, Jun. 2005. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/pes.html>> Acesso em: 06 mar. 2008.
- HERÉDIA, Vânia Beatriz Merlotti; CASARA, Miriam Bonho; CORTELLETTI, Ivonne Assunta; RAMALHO, Maria Helena; SASSI, Antenor; BORGES, Maria Neli. A Realidade do Idoso Institucionalizado. Textos sobre Envelhecimento. Rio de Janeiro: UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade / UERJ, v. 7, n. 2, 2004. Disponível em <<http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S1517-59282004000200002&lng=pt&nrm=iso>>. Acesso em: 06 mar. 2008.
- MARTINS, Rosa Maria Lopes. A Relevância do Apoio Social na Velhice. Millenium on line – Educação Ciência e Tecnologia / ISPV, n. 31, p. 128 – 134, Mai. 2005. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium31/9.pdf>>. Acesso em 19 mar. 2007.
- PIETRUKOWICZ, Marcia Cristina Leal Cypriano. Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas

de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001. 117 p. Tese (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro 2001.

PINTO, José Leonel Gonçalves; **GARCIA**, Adriana Carla de Oliveira; **BOCCHI**, Silvia Cristina Mangini; **CARVALHAES**, Maria Antonieta Barros Leite. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753 – 764, 2006.

VALLA, Victor Vincent. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, Suplemen 2, p. 07 – 14, 1999.

Hábitos

Embora o aumento da expectativa de vida dos brasileiros represente uma grande conquista na área da saúde, a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida dos idosos, constituem ainda importantes desafios para a Saúde Pública. Qualidade de vida, manutenção da capacidade funcional e autonomia representam condições básicas para o envelhecimento saudável, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa de 2006 (BRASIL, 2006).

Esse novo quadro epidemiológico modifica, também, a demanda por políticas públicas e a pressão pela distribuição de recursos na sociedade. Da mesma forma, são necessários que se estabeleçam indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco para doenças crônicas e que sejam implementadas políticas e ações centradas na promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional.

O tabagismo, o consumo de álcool, a obesidade ou sobrepeso, a hipertensão e a dislipidemia constituem-se nos cinco fatores mais importantes associados com as doenças crônicas não transmissíveis, portanto devem ser alvo de ações prioritárias (WHO, 2002).

Nessa sessão avaliou-se a prática de atividade física, o tabagismo e o consumo de frutas, verduras e legumes em idosos. As análises foram estratificadas segundo gênero, grupo etário, escolaridade, renda e área programática da cidade do Rio de Janeiro.

Prática de Atividade Física

Estudos epidemiológicos sustentam o efeito positivo de um estilo de vida ativo na prevenção e minimização dos efeitos deletérios do envelhecimento, apontando a importância da atividade física nos programas mundiais de promoção da saúde. (WHO, 2002; Matsudo, 2004).

A atividade física apresenta papel protetor contra doenças crônicas e são evidentes seus efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas (Sobrinho e Mastandrea, 2005). As evidências sugerem que a atividade física regular e o estilo de vida ativo têm papel fundamental na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis

e associa-se a melhor mobilidade, capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. (Matsudo, 2004).

Os benefícios de se tornarem ativos fisicamente são maiores entre os idosos. Esse grupo está sob maior risco de desenvolver problemas de saúde como obesidade, hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e morte prematura, passíveis de prevenção com prática de atividade física (Lima-Costa, 2004).

Além disso, estudos epidemiológicos sugerem fortemente uma associação inversa entre atividade física e mortalidade, sendo esta associação mais intensa de acordo com o nível de atividade física atual. A mudança para um estilo de vida ativo ou a manutenção de atividade física regular nos indivíduos de meia idade produz um impacto real na saúde e longevidade (Matsudo, 2004).

Resultados

Considerou-se ativo, o idoso que referiu-se à prática de alguma atividade física regular - igual ou maior do que cinco vezes por semana por no mínimo 30 minutos por dia. Em relação à prática de atividade física, observa-se que cerca de 2/3 dos idosos (65%) são sedentários e apenas 35% consideram-se ativos. Os homens são um pouco mais ativos que as mulheres (39% e 33%, respectivamente).

Conforme mostra a Tabela 9.A a proporção de idosos ativos diminui com a idade principalmente, no sexo feminino (35% daquelas com 60-69 anos e 26% das com 80 ou mais). Entre os homens, apenas o grupo de 80 anos ou mais apresenta queda sensível (32%). Vale destacar que a média feminina (33%) se iguala aos resultados dos homens mais idosos (32%).

Tabela 9.A Idosos segundo prática de atividade física, sexo e grupos de idade
Proporções e coeficientes de variação - 2006

Prática atividade física regular?	Ambos os Sexos	Total Masculino	Masculino			Total Feminino	Feminino		
			De 60 a 69	De 70 a 79	De 80 ou mais		De 60 a 69	De 70 a 79	De 80 ou mais
Sim	34,9 a	38,8 a	39,2 a	40,1 b	32,3 b	32,8 a	35,2 a	32,3 a	25,7 b
Não	65,1 a	61,2 a	60,8 a	59,9 a	67,7 b	67,2 a	64,8 a	67,7 a	74,3 a
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	515.319	179.056	94.506	66.004	18.546	336.264	161.080	130.175	45.009

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Os resultados mostraram que menor escolaridade implica maior sedentarismo. Idosos com até 3 anos de estudo, considerados analfabetos funcionais, apresentaram maiores percentuais de

sedentarismo (77%, alfabetizados e 73%, de 1 a 3 anos de estudo). Mais da metade dos idosos tinham mais de 15 anos ou mais de estudo são ativos (54%) – Tabela 9.B.

Tabela 9.B Idosos segundo pratica de atividade física e escolaridade
Proporções e coeficientes de variação - 2006

Pratica atividade física regular?	Total	Alfabetizado	De 1a3 anos	De 4a7 anos	De 8a10 anos	De 11a14 anos	15 anos ou mais
Sim	36,6 a	23,4 b	27,1 b	31,1 a	37,4 b	43,8 a	53,9 a
Não	63,4 a	76,6 a	72,9 a	68,9 a	62,6 a	56,2 a	46,1 b
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	448.914	30.008	53.526	153.477	65.234	85.756	60.913

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A renda apresenta relação direta com a atividade física: a prática aumenta com a renda, variando de 21% (com renda até 1 salário mínimo) até 49% (com renda acima de 4 salários mínimos) -Tabela 9.C

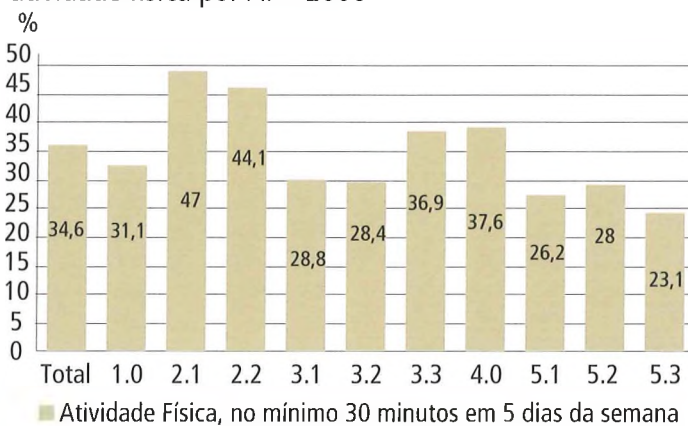
Tabela 9.C Idosos segundo prática de atividade física e renda. Proporções e coeficientes de variação - 2006

Pratica atividade física regular?	Renda em Salário Mínimo (SM)				
	Total	Até 1 SM	Mais de 1 a 2 SM	Mais de 2 a 4 SM	Mais de 4 SM
Sim	34,6 a	20,5 b	31,5 b	36,5 b	48,6 a
Não	65,4 a	79,5 a	68,5 a	63,5 a	51,4 a
Total (%)	100	100	100	100	100
Total (N)	417.351	108.142	95.597	98.324	115.288

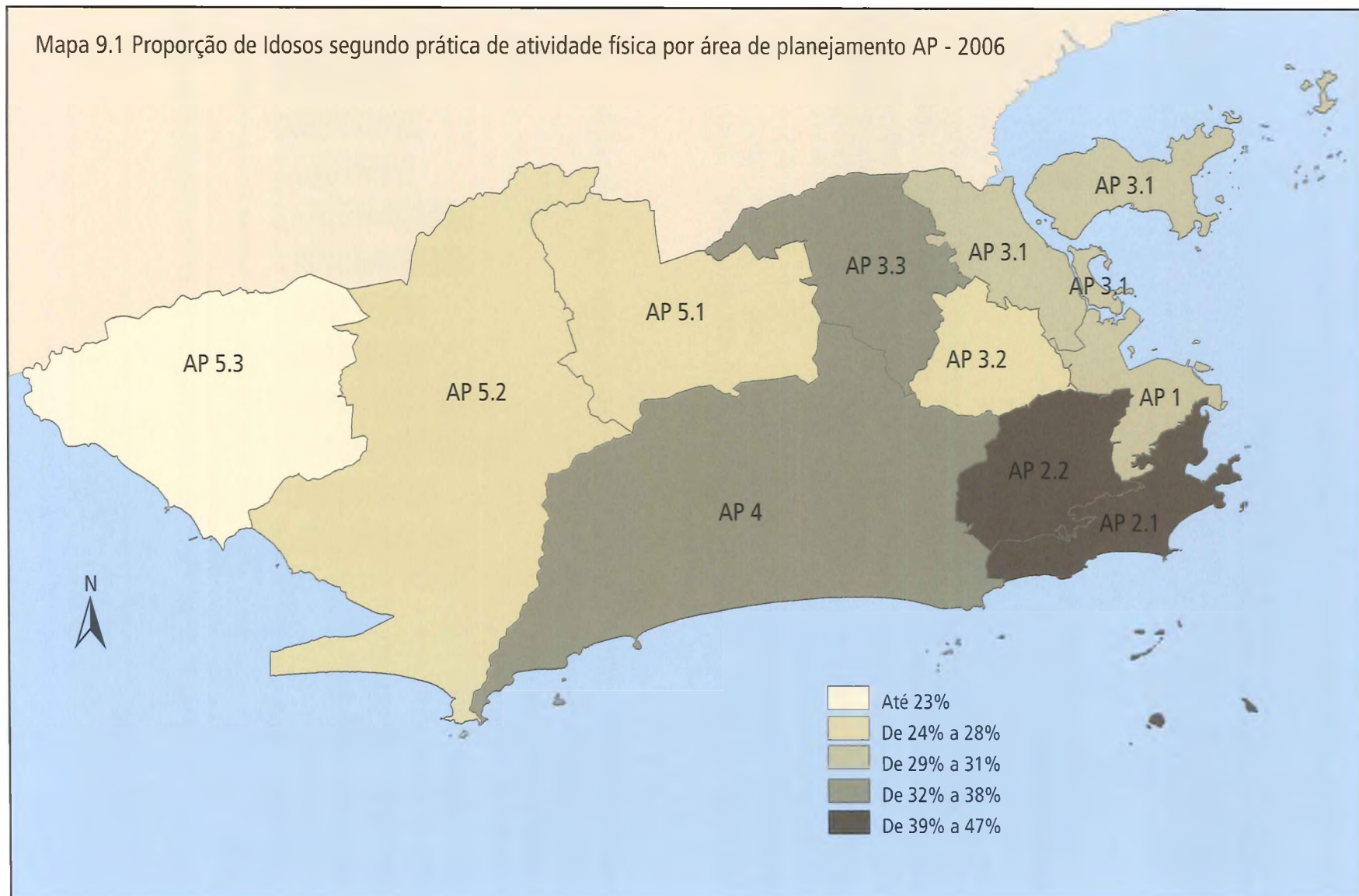
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Moradores das AP 2.1 (47%) e 2.2 (44%) declararam praticar mais atividade física. Nas AP 3.3 (37%) e 4.0 (38%) os idosos se exercitam mais que a média da cidade (35%). Pelo menos dois em cada três habitantes das AP1.0, 3.1, 3.2, 5.1, 5.2 e 5.3 podem ser considerados sedentários – Gráfico 9.1 e Mapa 9.1

Gráfico 9.1 Proporção de idosos segundo prática de atividade física por AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006



Discussão e Considerações Finais

A alta prevalência de sedentarismo observada nessa população é algo preocupante, uma vez que a inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas à dieta inadequada e ao tabagismo.

Um estudo realizado na região metropolitana de Belo Horizonte envolvendo uma amostra representativa da população verificou resultados semelhantes ao constatar que 71% da população de idosos não haviam realizado qualquer atividade física por 20-30 minutos nos momentos de lazer no último mês (Lima-Costa, 2004).

A redução de atividade física de acordo com a idade e a maior prevalência entre os homens idosos quando comparados às mulheres segue uma tendência observada em outros estudos (Matsudo et al, 2002; BRASIL, 2007). No município Rio de Janeiro, um estudo de base domiciliar identificou que 82% das mulheres idosas não realizavam nenhuma atividade física (Sichieri, 1998).

A pesquisa *"Idosos no Brasil - Vivências, desafios e expectativas na 3ª idade"* de 2006, entre 3.759 idosos nas cinco regiões do país, identificou que a caminhada é a atividade mais praticada entre os idosos fisicamente ativos (51%), sendo mais usual entre homens (57%) do que em mulheres (46%). Os homens caminham diariamente duas vezes mais que as mulheres (30%, contra 15%) e ainda, em ambos os sexos, a prática da caminhada diminui conforme aumenta a idade (Fund. Perseu Abramo, 2007).

Consistente com outros estudos realizados com idosos, o presente encontrou alta prevalência de sedentarismo entre o grupo avaliado (Lima-Costa, 2004). Dentre as dificuldades à prática de atividade física destaca-se: falta de acesso a locais adequados e seguros que permitam a realização destas atividades.

A promoção do "estilo de vida saudável" deve ser encarada como uma ação estratégica em saúde, devendo ser estimulada pelo (a):

- a. incentivo de amigos e familiares,
- b. procura por companhia ou ocupação,
- c. incorporação de programas específicos de atividade física ;

d. capacitação de profissional de saúde para estimular a população idosa a incorporar um estilo de vida mais saudável e ativo.

e. implementação de ações de reabilitação que permitam que os idosos se mantenham ativos e com boa qualidade de funcionalidade física e psicológica, mesmo portando doenças e incapacidades.

Tabagismo

O tabagismo é reconhecido atualmente como uma doença gerada pela dependência da nicotina, ou seja, uma dependência química e não apenas um hábito relacionado ao estilo de vida (WHO, 2001). Ainda segundo a Organização Mundial de Saúde, o tabagismo deve ser encarado como uma epidemia mundial, responsável por cerca de quatro milhões de mortes em homens e um milhão em mulheres por ano em todo o mundo.

A dependência de nicotina é a maior causa evitável de adoecimento e morte em nosso país. No Brasil, o tabagismo é responsável por 200 mil mortes prematuras que poderiam ser evitadas (BRASIL, 2003).

O tabagismo é fator de risco para inúmeras doenças crônicas, graves, limitantes e fatais, como o câncer e as doenças cardiovasculares. Os fumantes estão expostos a inalarem 4720 substâncias tóxicas a cada tragada.

Apesar das evidências do risco do tabaco à saúde, as tendências de aumento no seu consumo são alarmantes. No mundo, no início da década de 90, cerca de 1,1 bilhão de indivíduos usavam tabaco, aumentando em 1998 para 1,25 bilhão (BRASIL, 2003).

No Brasil, a prevalência de fumantes caiu de 32% em 1989 (dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição) para 19% em 2003 (dados do Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis) (Rosemberg, 2005). O percentual de adultos fumantes foi de 16,2% no estudo por telefone da população das capitais brasileiras e distrito federal. Contudo, a proporção de fumantes foi menor (9,5%) quando analisado a faixa etária de 65 anos ou mais (BRASIL, 2007).

Embora de menor magnitude, o tabagismo na pessoa idosa é problema que merece atenção por suas implicações na saúde e na qualidade de vida, contribuindo para maior risco de

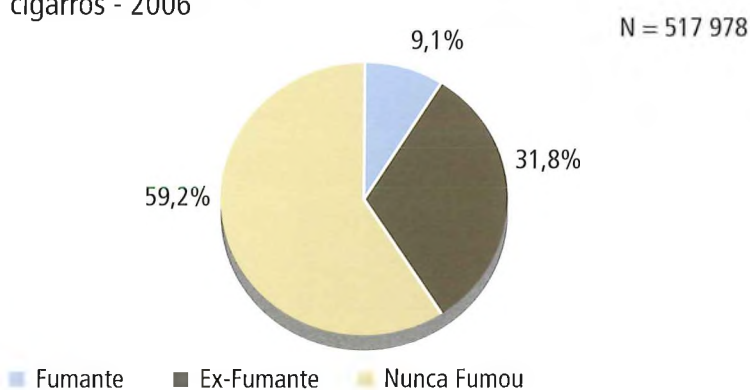
morbimortalidade. Os resultados sobre consumo de tabaco entre idosos são descritos a seguir.

Resultados

Observa-se que 9% são fumantes, sendo mais freqüente em homens do que em mulheres (12% e 7%, respectivamente), diferença esta com significância estatística. Dos idosos entrevistados, 32% são ex-fumantes, ou seja, um em cada três idosos consumiu cigarros alguma vez na vida e parou há um ano ou mais. Metade dos homens e pouco mais de 1/5 das mulheres é ex-fumante – Gráficos 9.2 e 9.3.

A freqüência de fumantes diminui com a idade, caindo de 12% entre os mais jovens para 3% entre os mais longevos. Esta redução de 75% da prevalência com o aumento da idade é tendência marcante. Embora em menor magnitude, observa-se um declínio entre ex-fumantes com queda de 34% para 28%, entre idosos mais velhos.

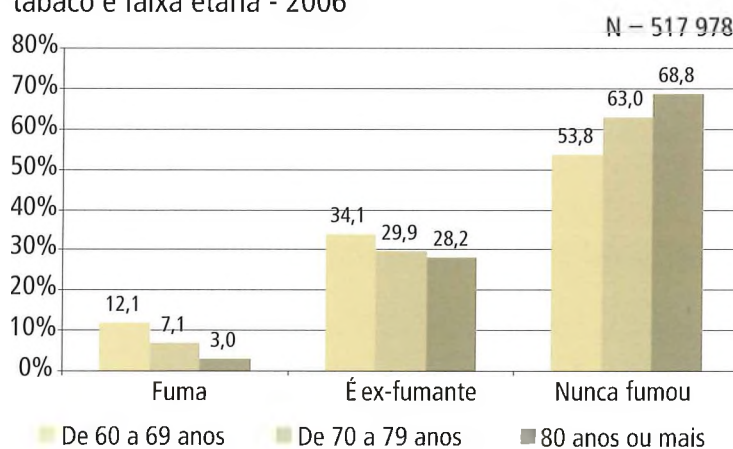
Gráfico 9.2 Proporção de idosos segundo hábito de consumir cigarros - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

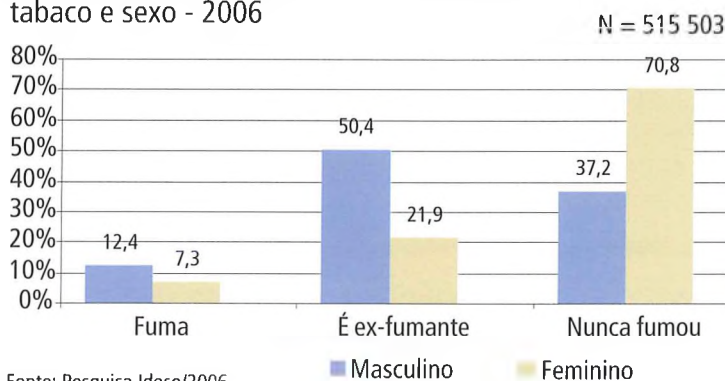
Um fato marcante pode ser observado entre os que nunca fumaram: cresce a participação destes à medida que aumenta a idade, podendo indicar um estilo de vida mais saudável ou imposto por restrições médicas – Gráfico 9.2A.

Gráfico 9.2A Proporção de idosos segundo exposição ao tabaco e faixa etária - 2006



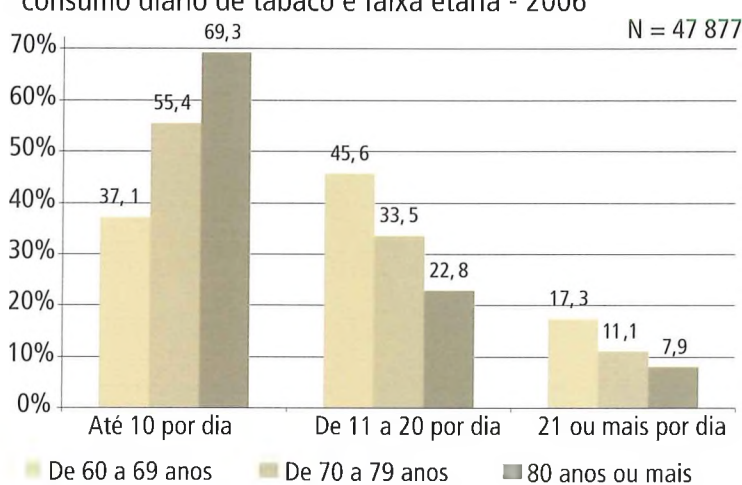
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 9.3 Proporção de idosos segundo exposição ao tabaco e sexo - 2006



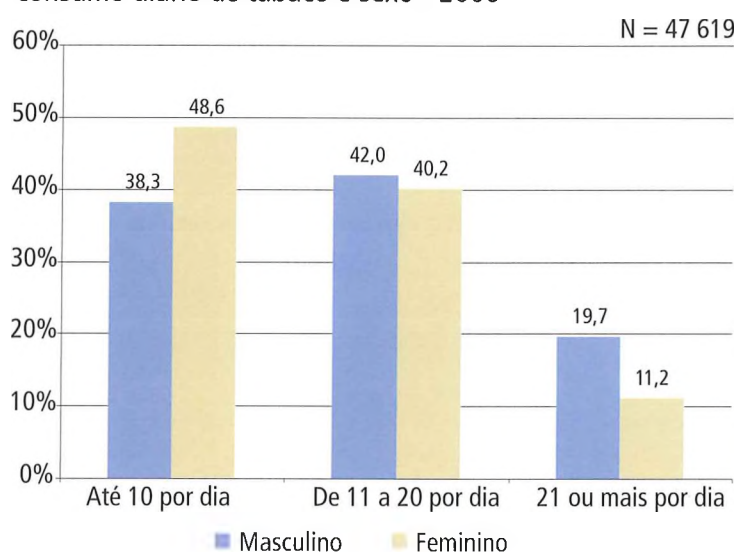
Enquanto há mais mulheres que nunca fumaram (71%), nota-se que os homens destacam-se entre os ex-fumantes (50%) e fumantes (12%) – Gráfico 9.3.

Gráfico 9.4 Proporção de idosos fumantes segundo consumo diário de tabaco e faixa etária - 2006



Entre os fumantes, o consumo de cigarros guarda uma relação inversa com a faixa etária, ou seja, quanto maior a idade menor o consumo e vice-versa. Note que entre os idosos com mais de 80 anos concentra-se o menor percentual (8%) de consumo acima de 21 cigarros por dia – Gráfico 9.4.

Gráfico 9.5 Proporção de idosos fumantes segundo consumo diário de tabaco e sexo - 2006



Homens (20%) consomem mais cigarros - acima de 21 ou mais por dia – que mulheres (11%). Esta relação fica mais tênue entre os que consomem entre 11 a 20 cigarros/dia – Gráfico 9.5.

Há uma relação positiva entre a proporção de fumantes e escolaridade: quanto mais anos de estudo, maior a proporção de fumantes, exceto os com 15 anos ou mais de estudo. Tal relação não ocorre em ex-fumantes e nos que nunca fumaram – Tabela 9.D.

Tabela 9.D Idosos segundo exposição ao tabaco e escolaridade. Proporções e coeficientes de variação - 2006

Exposição ao Tabaco	Escolaridade (anos de estudo)						
	Total	Alfabetizado	De 1 a 3 anos	De 4 a 7 anos	De 8 a 10 anos	De 11 a 14 anos	De 15 anos ou mais
Fuma	9,0 b	6,5 c	6,7 c	8,9 b	9,0 b	12,4 b	7,5 c
É ex-fumante	31,0 a	33,3 b	27,3 b	31,3 a	29,3 b	30,5 b	35,4 b
Nunca fumou	60,0 a	60,2 b	66,0 a	59,8 a	61,7 a	57,1 a	57,1 a
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	449.349	30.009	53.193	153.570	65.332	86.036	61.209

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A proporção de idosos fumantes e ex-fumantes aumenta com a renda, conforme mostra a Tabela 9.E.

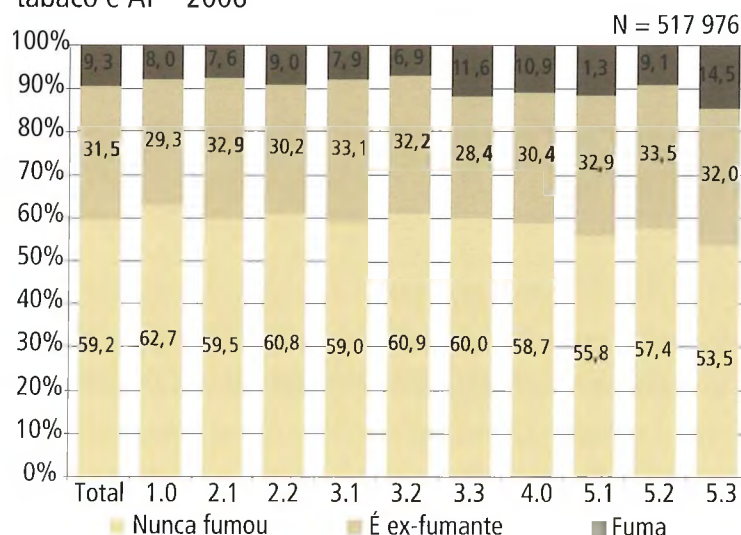
Tabela 9.E Idosos segundo exposição ao tabaco e renda. Proporções e coeficientes de variação - 2006

Exposição ao Tabaco	Renda em Salário Mínimo (SM)				
	Total	Até 1 SM	Mais de 1 a 2 SM	Mais de 2 a 4 SM	Mais de 4 SM
Fuma	9,4 b	8,5 b	8,6 b	9,6 b	10,7 b
É ex-fumante	32,7 a	27,8 b	32,1 b	34,1 b	35,7 a
Nunca fumou	58,9 a	63,7 a	59,3 a	56,3 a	53,6 a
Total (%)	100	100	100	100	100
Total (N)	419.103	108.374	96.308	98.253	116.168

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A prevalência de fumantes nas áreas da cidade mostrou-se que AP 3.2 obteve a menor proporção (7%) e a AP 5.3 a maior (15%) Gráfico 9.6.

Gráfico 9.6 Proporção de idosos segundo exposição do tabaco e AP - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Discussão

O presente estudo evidenciou maior prevalência de tabagismo nos idosos do sexo masculino e tendência de declínio do tabagismo com a idade, resultados que estão em concordância com outros estudos de abrangência nacional (BRASIL, 2007; Fund. Perseu Abramo, 2007) e local (BRASIL, 2003).

No estudo do VIGITEL realizado em 2006 (BRASIL, 2007) quando avaliado o conjunto das capitais brasileiras, o hábito de fumar se mostrou mais disseminado entre homens do que em mulheres. A cidade do Rio de Janeiro foi uma exceção: a frequência de fumantes adultos foi semelhante nos dois sexos (16,1% no sexo masculino e 13,2% no feminino). Contudo, quando analisada apenas a faixa etária de 65 anos ou mais, observou-se que os homens idosos, do conjunto das capitais brasileiras, fumam mais do que as mulheres, com percentuais de respectivamente 13,2% (IC95% de 11,8-14,7) e 6,8% (IC95% de 6,1-7,6%). No referido estudo, a cidade do Rio de Janeiro apresentou a maior frequência de ex-fumantes, entre homens (31,3%), quando comparada às demais capitais.

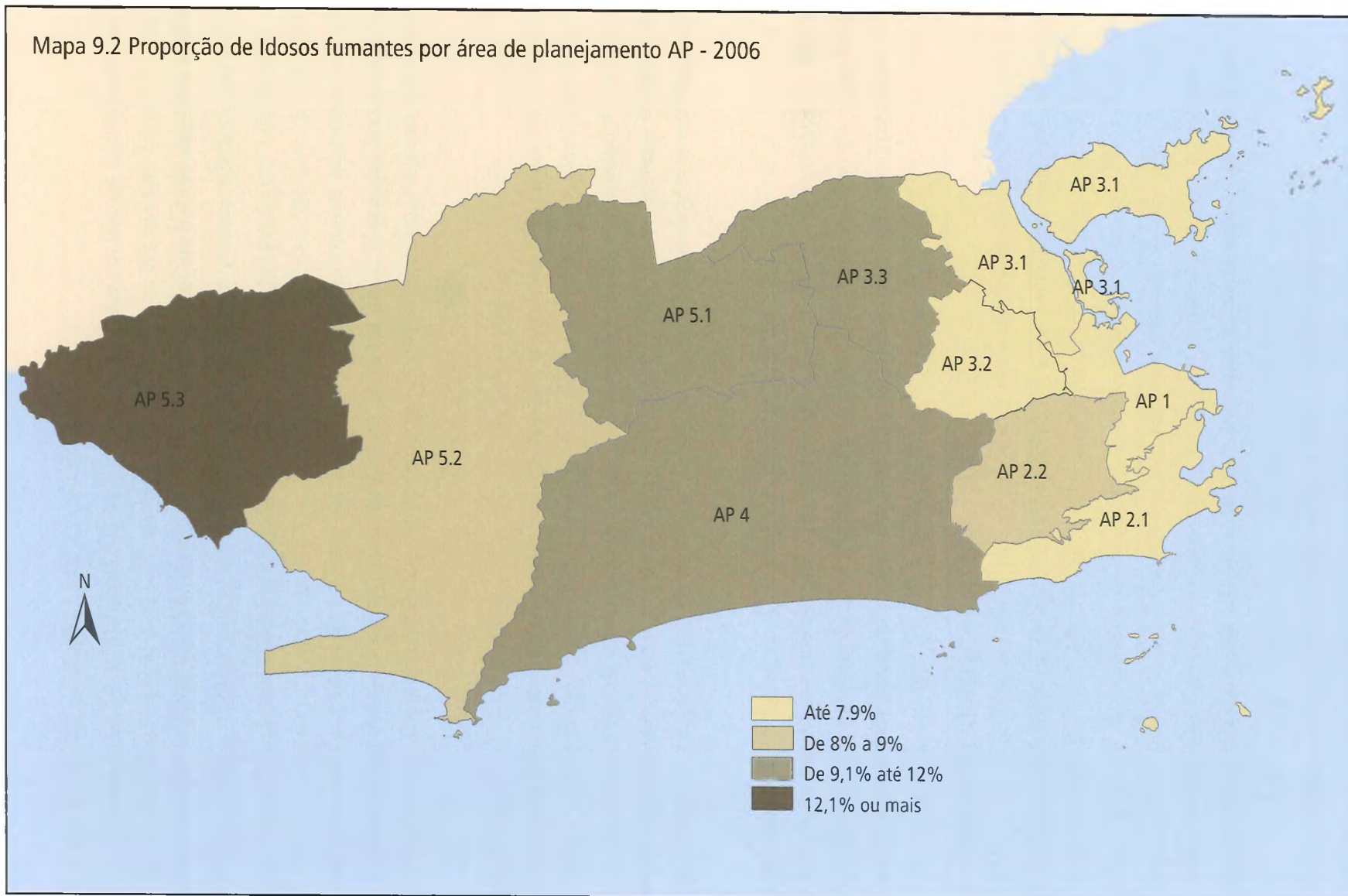
Estudo de prevalência de uso de cigarro entre população de 15 anos ou mais no município do Rio de Janeiro encontrou uma proporção de 21% de fumantes, sendo que entre homens este percentual foi de 23% e entre mulheres 20%. Vale lembrar que em 1989, a prevalência total de fumantes foi de 32%. (BRASIL, 2003).

O tabagismo parece hábito menos freqüente em idosos, quando comparado às outras fases do ciclo da vida. A prevalência em nosso estudo foi similar àquela encontrada em inquérito realizado em Belo Horizonte, com frequência de 13% de idosos fumantes (Lima-Costa, 2004). Neste estudo, a prevalência de fumantes idosos foi menor que a encontrada em adultos entre 20-59 anos (21%).

Em Belo Horizonte, a proporção de adultos entre 20-59 anos que fumava foi menor entre aqueles com segundo grau completo. Tal tendência não foi observada nos idosos: na faixa de 60 anos ou mais, o tabagismo não esteve associado ao nível de escolaridade (Lima-Costa, 2004). Em geral, dados nacionais evidenciam que o consumo de tabaco se concentra em populações de baixa renda e escolaridade (Figueiredo et al, 2003).

A porcentagem de ex-fumantes com 18 anos ou mais, no conjunto das capitais brasileiras, é maior na faixa de menor escolaridade, sendo sempre maior nos homens (BRASIL, 2007).

Mapa 9.2 Proporção de Idosos fumantes por área de planejamento AP - 2006



A redução do tabagismo no país está relacionada ao declínio do consumo de cigarros per capita e ao aumento de fumantes motivados a parar de fumar (Rosemberg, 2005).

Compreender motivações, hábitos e crenças dos fumantes é parte importante das ações de combate ao tabagismo. Nessa linha, estudo em adultos de quatro capitais do Brasil, incluindo o Rio de Janeiro, observou que a maioria dos entrevistados declarou querer deixar de fumar e apresentou grau de dependência de nicotina de baixo a moderado. Quanto maior a motivação dos indivíduos para deixar de fumar, maior o número de tentativas para abandono do tabagismo e maior a probabilidade de receber conselho médico. O fator de maior influência futura nos esforços para abandonar o cigarro foi "preocupação em expor crianças, família e amigos à fumaça do cigarro" (Gigliotti e Laranjeira, 2005).

Pode-se concluir que muito do avanço na área do controle do tabagismo no Brasil pode ser atribuído ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PCNT), lançado em 1989 pelo Ministério da Saúde, sob coordenação do Instituto Nacional de Câncer (INCA). (BRASIL, 2003; BRASIL, 2004).

O PNCT tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes em nosso país, e a conseqüente a morbimortalidade por doenças relacionadas ao tabaco. Para isso utiliza as seguintes estratégias: prevenção da iniciação ao tabagismo, proteção da população contra a exposição ambiental à fumaça de tabaco, promoção e apoio à cessação de fumar e regulação dos produtos de tabaco através de ações educativas e de mobilização de políticas e iniciativas legislativas e econômicas (BRASIL, 2004).

O Programa de Controle de Tabagismo da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro divide-se, basicamente, em três grandes linhas: ambientes livres de fumo, prevenção e tratamento. Atualmente, diversas unidades de saúde do município já possuem centros de tratamento de tabagismo. O Tratamento divide-se em dois momentos: o primeiro com objetivos de obtenção de abstinência, utilizando técnicas cognitivas comportamentais para reformular a relação que o fumante tem com o cigarro. Esta etapa tem duração de 4 semanas. A etapa seguinte tem como foco principal a manutenção da abstinência, ou seja, a consolidação da parada, visto que vários pacientes conseguem deixar o cigarro, mas sentem dificuldades de manter essa decisão a longo prazo. O tratamento prevê o acompanhamento do o paciente até um ano de tratamento, visto que o maior número de recaídas ocorre neste período.

Consumo de Frutas, Verduras e Legumes

Nas últimas décadas, seguindo uma tendência mundial, o padrão de alimentação da população brasileira vem sofrendo importantes transformações caracterizadas pelo aumento no consumo de carnes, leite (e derivados) e alimentos industrializados ricos em gordura, açúcar e sal (Mondini e Monteiro, 1994).

Estimativas globais da Organização Mundial de Saúde destacam um consumo insuficiente de frutas e hortaliças (consumo per capita diário inferior a 400g ou a aproximadamente 5 porções diárias de frutas e hortaliças). (WHO, 2003).

Este cenário mantém-se também no Brasil, cujas estimativas existentes sobre o consumo de Frutas, Legumes e Verduras - FLV foram levantados na Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizadas entre os anos de 1974 e 2003, que mostraram um declínio na compra familiar de frutas e sucos naturais, e um consumo insuficiente de hortaliças ficando bem abaixo das recomendações (Mondini e Monteiro, 1994; Monteiro et al, 2005).

Um estudo sobre a distribuição e evolução da disponibilidade domiciliar de alimentos, no Brasil, nos últimos trinta anos, revelou que o consumo de FLV correspondeu a apenas a 1/3 do que é recomendado (Levy-Costa et al, 2005).

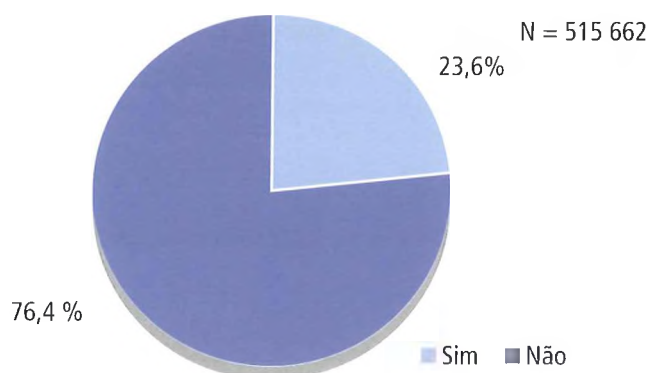
A Pesquisa Mundial de Saúde realizada pela Organização Mundial de Saúde em Parceria com a Fundação Oswaldo Cruz em 2003 estimou a frequência e distribuição do consumo de FLV na população brasileira e constatou que menos da metade da população consome frutas diariamente e menos de 1/3 da população refere consumir hortaliças diariamente (Jaime e Monteiro, 2005).

Evidências científicas apontam para a contribuição do consumo regular de frutas, legumes e verduras na redução da morbimortalidade associada a doenças crônicas não transmissíveis e na melhora da qualidade de vida da população. O incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras faz parte de um movimento mundial de promoção das práticas alimentares saudáveis e garantia de acesso universal a alimentação adequada (Jaime e Monteiro, 2005; Gomes et al, 2006).

Frente às dificuldades metodológicas em se transmitir aos entrevistados o conceito de porção, o indicador de consumo de FLV foi construído utilizando a combinação desses alimentos em cinco ou mais dias da semana (Gomes et al, 2006).

Resultados

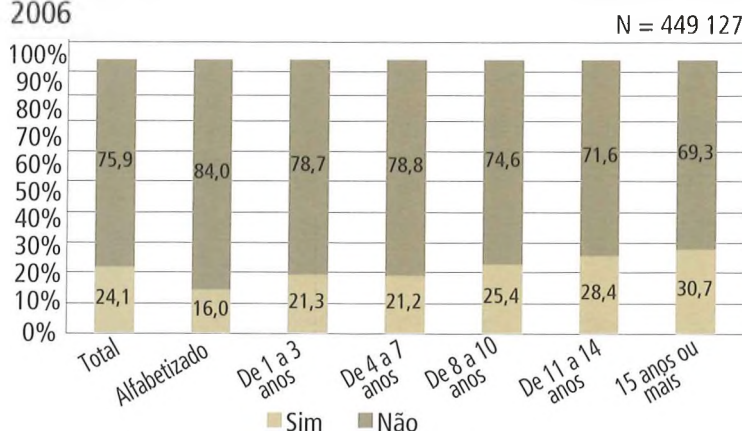
Gráfico 9.7 Proporção de idosos com consumo diário de 5 porções de frutas, legumes ou verduras - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

O consumo de cinco porções ou mais de frutas ou legumes ao dia foi considerado indicador síntese de um padrão de alimentação saudável. Para tal indicador, apenas ¼ dos idosos (24%) referiram consumir FLV cinco ou mais vezes ao dia, sem diferenças importantes na avaliação por sexo e grupo etário – Gráfico 9.7.

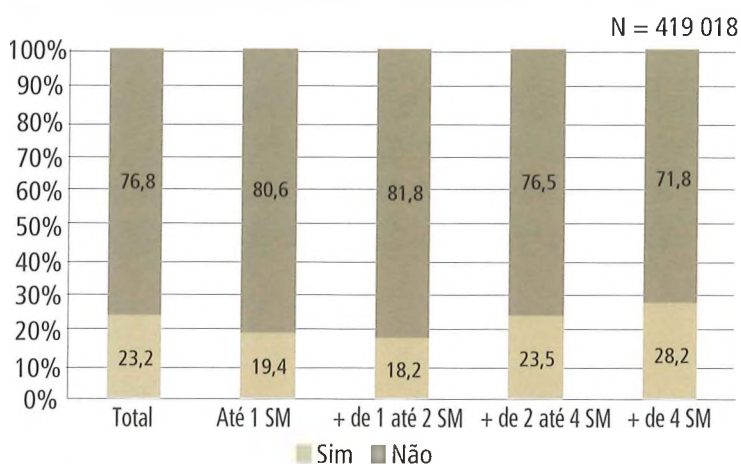
Gráfico 9.8 Proporção de idosos segundo consumo diário de 5 porções de frutas, verduras ou legumes e escolaridade - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

O consumo de cinco ou mais porções FLV ao dia aumenta com a escolaridade do idoso: 16% nos de menor escolaridade para 31% nos que têm pelo menos curso superior – Gráfico 9.8.

Gráfico 9.9 Proporção de idosos segundo consumo diário de 5 porções de frutas, verduras ou legumes e renda - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

O consumo de FLV mostrou ter relação direta com a renda: o consumo recomendado de FLV aumenta entre os que têm mais renda, sendo 18% nos que recebem entre 1 e 2 salários e 28% nos que recebem 4 ou mais salários mínimos – Gráfico 9.9.

Discussão e Considerações Finais

Algumas questões poderiam justificar o baixo consumo de FLV pelos idosos cariocas. A primeira poderia se relacionar à cultura, que influencia comportamentos, tradições e hábitos alimentares que se perpetuam ao longo da vida. Outra razão, que não pode ser subestimada, é o acesso a esses alimentos, determinado, sobretudo, pelo poder aquisitivo da população e/ou pela falta de políticas públicas que os tornem mais acessíveis.

Em São Paulo, um estudo recente buscou analisar a influência da renda e dos preços dos alimentos sobre a participação de FLV no consumo alimentar das famílias. Os resultados indicaram que a redução dos preços pode influenciar positivamente a participação desses alimentos no padrão alimentar da população paulistana. Essa influência se manteve ao longo dos estratos de renda, evidenciando que uma política de redução de preços de FLV resultaria em elevação do consumo desses alimentos para a população. (Claro et al, 2007).

Os resultados do VIGITEL em 2006, para o conjunto das capitais, informa que o consumo regular de frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana, parâmetro mais flexível que o utilizado nesta pesquisa, foi de 32,8% em indivíduos acima de 65 anos, sendo mais freqüente em mulheres (35,1%) que em homens (29,2%).

Apesar de outros estudos apontarem para um consumo mais freqüente de FLV por mulheres (Fund. Perseu Abramo, 2007; Baker e Wardle, 2003), nossos resultados não identificaram diferenças de gênero.

Diversos estudos têm mostrado uma ingestão inadequada de FLV entre idosos, residentes tanto em asilos como em seus próprios domicílios, seja pelas condições socioeconômicas, presença de doenças, alterações no modo de vida dessa população ou pelo hábito alimentar inadequado (Monteiro et al, 2005; Toral et al, 2006; Hu et al, 2001).

Um estudo realizado entre idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste identificou que mais de 85% dos idosos de três regiões de São Paulo têm, por hábito, consumir frutas, verduras folhosas e legumes. Entretanto, ao se avaliar a freqüência relativa diária da ingestão de alimentos deste grupo verifica-se relação direta entre consumo de alimentos e nível socioeconômico. (Najas et al, 1994).

O efeito benéfico do consumo regular de FLV na manutenção da saúde está relacionado à capacidade antioxidante de tais alimentos, protegendo o organismo de infecções, uma vez que o estresse oxidativo se relaciona à maioria das doenças relacionadas ao envelhecimento. Pode-se concluir que uma alimentação saudável e equilibrada, especialmente com consumo adequado de FLV, é hábito essencial para a manutenção da saúde e do envelhecimento saudável.

Referências Bibliográficas

BAKER, Anna H; **WARDLE**, Jane. Sex differences in fruit and vegetables intake in older adults. *Appetite*, v. 40, n. 3, p. 269 - 275, 1 Jun, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer – Modelo Lógico e Avaliação. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Ação global para o controle do tabaco. 1º Tratado Internacional de Saúde Pública. 3ª edição, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf> Acesso em: 10 mar. 2008.

CLARO, Rafael Moreira; **CARMO**, Heron Carlos Esvaldo do; **MACHADO**, Flávia Mori Sarti; **MONTEIRO**, Carlos Augusto. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 1 - 8, ago. 2007.

FIGUEIREDO, Valeska Carvalho; **SZKLO**, Moyses; **SZKLO**, André Salem; **LOZANA**, José Azevedo; **CASADO**, Letícia; **MASSON**, Elaine et al. Smoking prevalence in a random sample of the population aged 15 years and older living in Rio de Janeiro, Brazil, 2001. 12th. World Conference on Tobacco or Health; 2003 agosto 3 - 8; Helsinki, Finland.

Fundação Perseu Abramo. Pesquisa de opinião pública: Idosos no Brasil - vivências, desafios e expectativas na terceira idade, 2007. Disponível em: < <http://www2.fpa.org.br/portal/modules/news/index.php> > Acesso em: 07 mar. 2007.

GIGLIOTTI, Analice; **LARANJEIRA**, Ronaldo. Hábitos, atitudes e crenças de fumantes em quatro capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p.37 - 44, mar. 2005.

GOMES, Fabio da Silva; **CRUZ**, Ricardo; **CASTRO**, Inês Rugani Ribeiro. Promoción de frutas y hortalizas en brasil: la contribución del programa «5 al día». *Revista Chilena de Nutrición*, Santiago, v. 33, n. 1, p. 295 – 299, oct. 2006.

HU, Frank B.; **MANSON**, Joann E.; **STAMPFER**, Meir J.; **COLDITZ**, Graham; **LIU**, Simin; **SOLOMON**, Caren G., **WILLETT**, Walter C. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *The New England Journal of Medicine*, v. 345, n. 11, p. 790 -797. 13 sep. 2001.

JAIME, Patrícia Constante; **MONTEIRO**, Carlos Augusto. Fruit and vegetable intake by brazilian adults, 2003. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 21, supl.1, p. S19 - S24, 2005.

LEVY-COSTA, Renata Bertazzi; **SICHERI**, Rosely; **PONTES**, Nézio dos Santos; **MONTEIRO**, Carlos Augusto. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: Distribuição e evolução (1974-2003). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 530 - 540, ago. 2005.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens?: Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 13, n. 4, p. 201 - 208, Dez. 2004.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. Atividade Física. In: LITVOC Julio, BRITO Francisco Carlos de. Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde. São Paulo: Ed. Atheneu, 2004.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha; **MATSUDO**, Victor Rodrigues; **ARAÚJO**, Timóteo L.; **ANDRADE**, Douglas R.; **ANDRADE**, Erinaldo; **OLIVEIRA**, Luis C.; **BRAGGION**, Glaucia. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica, e de conhecimento. Revista Brasileira Ciência e Movimento, v. 10, n. 4, p. 41 - 50, Out 2002.

MONDINI, Lenise; **MONTEIRO**, Carlos Augusto. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962 - 1988). Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 433 - 439, dez 1994.

MONTEIRO, Carlos Augusto; **MOURA**, Eli Catarina; **JAIME**, Patrícia Constante; **LUCCA**, Alessandra; **FLORINDO**, Alex Antônio; **FIGUEIREDO**, Iramaia Campos Ribeiro; **BERNAL**, Regina; **SILVA**, Nilza Nunes da. Monitoramento dos fatores de risco por doenças crônicas por entrevistas telefônicas. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 47 - 57, fev. 2005.

NAJAS, Myrian Spinola; **ANDREAZZA**, Rosemarie; **SOUZA**, Ana Lúcia Medeiros de; **SACHS**, Anita; **GUEDES**, Ana Cristina B.; **SAMPAIO**, Lilian Ramos; **RAMOS**, Luiz Roberto; **TUDISCO**, Eliete Salomon. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 187 - 191, jun. 1994.

ROSEMBERG, José. Nicotina. Droga universal. 2005. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/nicotina.pdf>> Acesso em 07 mar. 2008.

SICHERI, Rosely. Atividade Física. In: _____. Epidemiologia da Obesidade. Rio de Janeiro: EdUERJ, p.119 -128, 1998.

SOBRINHO, José Maria Santarém, **MASTANDREA**, Luciana. Aptidão Física. In: JACOB FILHO, Wilson; **AMARAL**, José Renato G. Avaliação Global do Idoso. Manual da Liga do Gamia. São Paulo: Editora Atheneu, p. 79-86, 2005.

TORAL, Natacha; **GUBERT**, Muriel Bauermann; **SCHMITZ**, Bethsáida de Abreu Soares. Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. Revista de Nutrição, Campinas, v. 19, n. 1, jan. / fev, 2006.

WHO. Confronting the Tobacco Epidemic in as Era of Trade Liberalization. Geneva: World Health Organization. NMH/TFI. 2001.

WHO. World Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.

WHO/FAO Diet, Nutrition and the prevention of Chronic Diseases. (Report of the Joint WHO/FAO expert consultation), 2003 (WHO technical report series, 916).

Introdução

A expectativa de vida cresceu consideravelmente nos últimos 100 anos e as projeções indicam que esta tendência será mantida no século XXI. Essa transformação é determinada pela evolução social, econômica, científica e tecnológica que dissemina possibilidades de acesso ao consumo de produtos, informações e bens, antes restritos a pequenos grupos. A modernização dos processos de trabalho, produção e consumo definem novas formas de viver.

O desafio da Saúde Pública é não só ampliar ainda mais o tempo de vida, mas fazer com que a população viva de forma mais saudável. O aumento da expectativa de vida traz os efeitos associados ao envelhecimento em si e o maior tempo para surgimento e combinação de várias doenças.

Países em desenvolvimento experimentaram, nos últimos anos, a transição demográfica e epidemiológica, com crescimento da mortalidade por doenças crônicas que incidem sobre a população adulta e, particularmente, sobre os idosos de modo mais intenso, causando limitações ou dificuldades que influenciam a habilidade para a realização das atividades cotidianas. As complicações provenientes do não tratamento, ou de medidas inadequadas de controle deste grupo de doenças, poderá se expressar na redução da qualidade de vida e no aumento dos custos em saúde. O custo do tratamento em idosos tende a ser maior que em outras faixas etárias, pela multiplicidade de patologias associadas. Idosos apresentam taxas de internação hospitalares mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários, assim como uma permanência hospitalar mais prolongada (INCA/SVS, 2003; Amaral et al, 2004).

Medidas como Morbidade Referida são importantes indicadores das condições de saúde, sendo largamente utilizados para estudar as demandas por serviços, conhecer as condições da população estudada, avaliar as políticas de saúde e auxiliar novas propostas em saúde pública. (Almeida et al, 2002).

Diversos estudos foram produzidos para validar informações de morbididade ou estado de saúde auto-referido. Fortes associações foram observadas para a morbididade auto-referida, principalmente para as doenças crônicas não severas. (Lima-Costa et al, 2003).

Avaliar a morbidade junto à população significa tentar descobrir o componente submerso do processo saúde-doença – a morbidade percebida ou sentida ou ainda reprimida, sem acesso aos serviços, vai possibilitar a análise da determinação social deste processo e, por fim, subsidiar o planejamento de cuidados de saúde, em diferentes níveis geográficos e administrativos (Lebrão e Duarte, 2003).

Lebrão e Duarte (2003) já enfatizavam, no início dos anos 90, a importância da incorporação da Morbidade Referida em estudos populacionais como importante ferramenta para a epidemiologia e para o planejamento em saúde.

A indicação de morbidade referida pode estar sendo determinada pelo acesso e uso de serviços de saúde e definição de um diagnóstico, pois o que em geral se pergunta é **se algum profissional de saúde lhe disse que tem determinada doença?** A avaliação deste indicador tem limitações, pois possivelmente se estará avaliando a parcela que conseguiu atendimento no sistema de saúde e não a prevalência real de determinada doença.

A análise da morbidade referida deve considerar a capacidade funcional como condição que determina sua real magnitude. A íntima relação entre acúmulo de doenças e capacidade funcional remete à redefinição da compreensão do conceito de saúde no processo de envelhecimento, pois a inexistência de doenças ou limitações é um fenômeno raro.

A análise da existência de padrões de morbidade referida deve considerar a diferença de comportamento da evolução, a quantidade de doenças conforme avança a idade e as diferenças biológicas e de comportamento existentes entre os sexos.

O acúmulo de doenças e agravos ocorre ao longo da vida. Experiências diferentes de consumo alimentar, de atividade física, de tabagismo, de trabalho condicionado pela inserção social e econômica dos indivíduos vão definir perfis de adoecimento e comprometimento funcional, determinando um envelhecimento saudável ou não.

Nesta **1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos da Cidade do Rio de Janeiro, 2006**, foi levantada a condição de saúde da população entrevistada, enfocando um grupo de doenças prevalentes nesta faixa etária.

Aos idosos perguntou-se:

Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem ou teve algumas destas doenças?

As doenças abordadas foram: Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma / Enfisema / Bronquite, Pneumonia, Câncer, Artrite / Reumatismo / Artrose / Gota, Angina / Infarto, Insuficiência Cardíaca, AVC / Derrame, Depressão, Doença de Parkinson e Catarata.

Foi ainda perguntado aos idosos:

“O(A) Sr(a) tem algum problema de visão?”; “O(A) Sr(a) tem algum problema de audição?”

Coexistência de Doenças ou Comorbidades

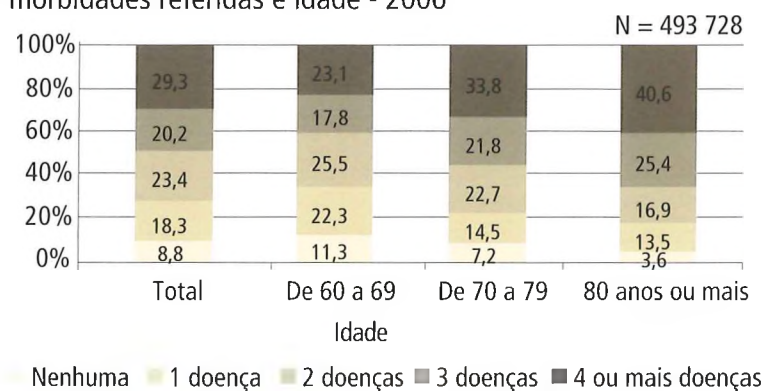
Aproximadamente, 91% dos idosos cariocas declararam pelo menos uma doença crônica. Praticamente metade dos idosos se referiu a três ou mais morbidades.

O idoso é mais acometido de doenças crônicas que acabam gerando mais internações e que, em geral, são de longa permanência (Veras, 1997; Cavalcanti e Saad, 1990). A medida da morbidade referida é antes de tudo uma *proxy* de demanda potencial de uso dos serviços de saúde.

Observou-se que o número de morbidades aumentava com a idade, isto é, enquanto 59% dos idosos com idade de 60-69 anos declararam ter até duas doenças, 41% dos idosos com 80 anos ou mais reportaram ter mais de quatro doenças.

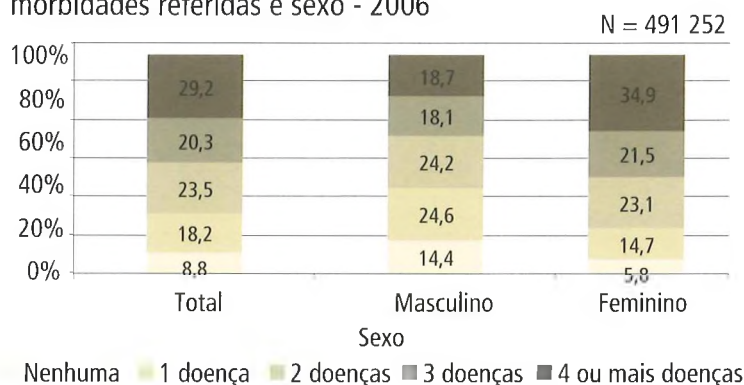
A prevalência de doenças, em geral crônicas, aumenta com a idade e nos idosos a coexistência de morbidades leva, muitas das vezes, à grande limitação das atividades, com reflexos na autonomia e independência (Lebrão e Duarte, 2003).

Gráfico 10.1 Proporção de idosos segundo número de morbidades referidas e idade - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 10.2 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e sexo - 2006

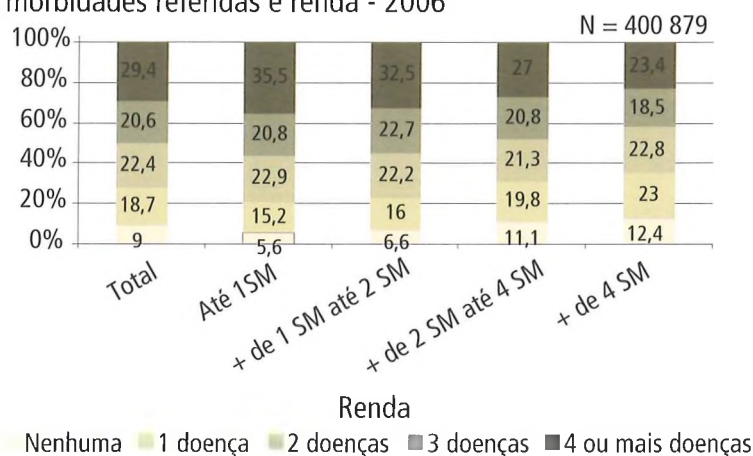


Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A proporção do número de doenças auto-declaradas também variou conforme o sexo: homens declaram menor número de doenças que as mulheres. Enquanto apenas 19% dos homens referiram quatro doenças ou mais, entre as mulheres esta frequência chegou a 35%.

Outros trabalhos (Lebrão e Duarte, 2003) identificaram também diferenças entre os sexos com predominância de queixas entre as mulheres. John Graunt, nos seus escritos do século 17, comentava o fato de ser menor a frequência de doenças nos homens, descrevendo que os médicos atendiam duas vezes mais mulheres do que homens, mas que estes morriam mais do que as mulheres (Laurenti et al, 2005).

Gráfico 10.3 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e renda - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Observa-se, ainda, relação direta entre a renda declarada pelo idoso e o número de doenças referidas. Quanto menor a renda maior a referência de morbididades associadas. Dos idosos que ganhavam até um salário mínimo, 56% se referiram a três ou mais doenças. Já entre os que ganhavam quatro ou mais salários mínimos esta proporção cai para 42%.

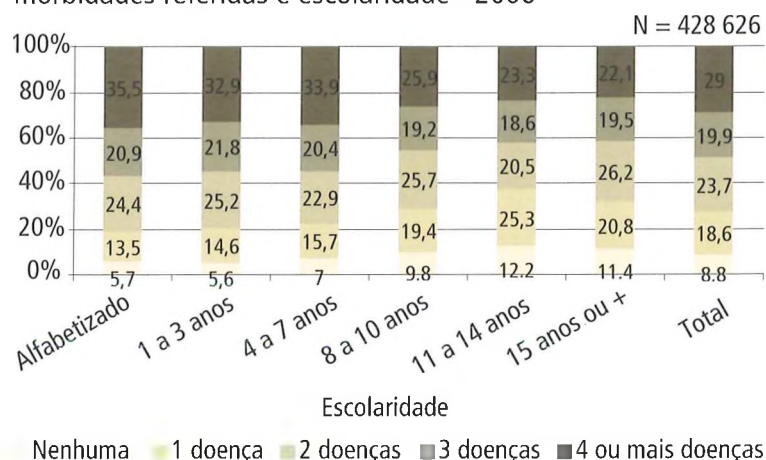
A renda estabelece um gradiente de coexistência de morbididades: quanto maior a renda menor a indicação de comorbidades e vice-versa.

O mesmo padrão observado acima também ocorreu na avaliação do número de doenças e escolaridade: aqueles que tinham de 11-14 anos de estudo – 12% não se referiram a nenhuma doença – enquanto dos que tinham de 1-3 anos de estudos - 6% disseram não ter doenças.

As frequências mais altas de referência de comorbidades são vistas entre os de menor renda, estabelecendo-se um padrão: quanto menor a escolaridade maior a proporção de idosos com morbididades associadas.

Assim como a renda, os resultados também revelaram que o número de doenças varia em função da escolaridade.

Gráfico 10.4 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e escolaridade - 2006



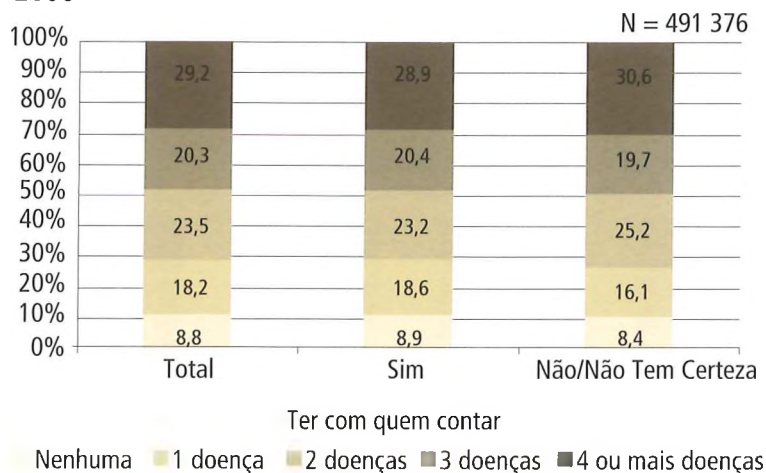
As baixas escolaridade e renda, que estão atreladas à falta de informação e problemas de acesso aos serviços de saúde, revelam que a magnitude dos problemas detectados, particularmente Hipertensão Arterial e Diabetes, deve ser ainda maior, pois as informações levantadas não se referem a dados de prevalência. Ao mesmo tempo, um contexto de precariedade das condições socioeconômicas vem em geral acompanhado de atitudes menos apropriadas para controle e prevenção, o que pode representar situações de maior gravidade na evolução destas morbididades nestes grupos (Carvalho et al, 1998; Navarrete e Perez, 1998).

As possibilidades de envelhecimento estão estreitamente relacionadas ao acesso a condições dignas de vida e renda, um fator determinante da forma como se vai envelhecer.

A situação econômica de grupos mais vulneráveis, como crianças e idosos, determina maior risco de adoecer e morrer. Os recursos necessários e envolvidos no manejo dos problemas de saúde, relacionados principalmente ao envelhecimento, devem estar adequados ao enfrentamento destas situações mórbidas, em geral combinadas. O setor saúde deve buscar a organização necessária para responder de forma resolutiva a esta parcela crescente da demanda dos serviços de saúde (Feliciano et al, 2004).

A associação entre **rede de apoio social** e **número de morbididades** não se revelou. Ter ou não ter uma rede de apoio social não influenciaria na existência de maior ou menor número de morbididades em uma mesma pessoa.

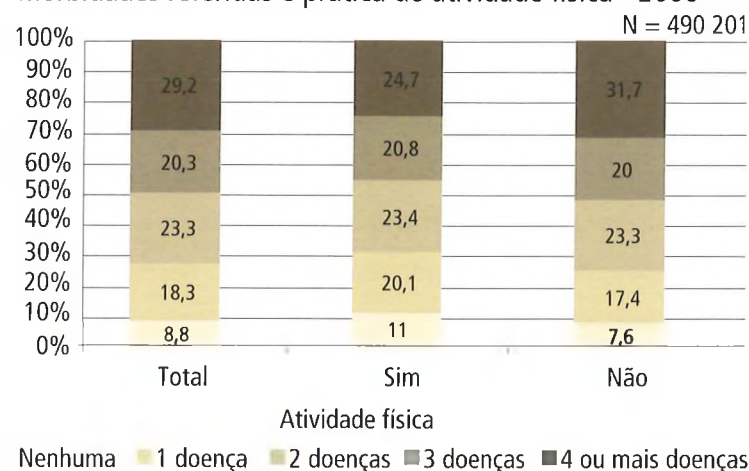
Gráfico 10.5 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e rede de apoio - ter com quem contar - 2006



A importância das características individuais, biológicas e em termos de hábitos e costumes – referidos a fatores de risco e proteção individuais – são determinantes do processo saúde-doença. A importância da rede de apoio social existe para situações específicas como a depressão e de limitações que restrinjam o contato ou convívio social, como a dificuldade de locomoção, grandes problemas visuais ou

auditivos, dentre outros. Estas questões serão abordadas na análise da rede de apoio social.

Gráfico 10.6 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e prática de atividade física - 2006



Com relação aos hábitos: entre os que não praticam **atividade física** a referência a nenhuma doença foi feita por 8% dos idosos e para quatro ou mais enfermidades por 32%. Entre aqueles que têm atividade física regular 11% não têm nenhuma doença e 25%, quatro ou mais morbididades. Identificou-se associação estatisticamente significativa entre a prática

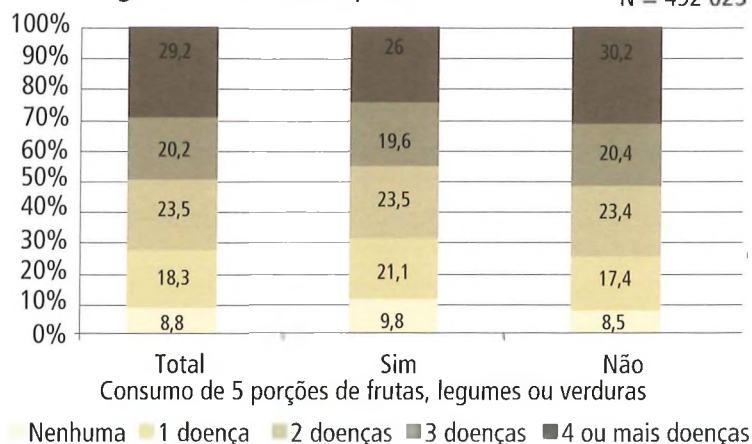
de atividade física e a menor frequência de comorbidades.

A prática de atividade física é um fator de proteção ao desenvolvimento e agravamento de determinadas doenças. Entretanto, o enfoque dado na pesquisa se referia à prática atual, de pelo menos 30 minutos por dia durante cinco dias da semana. Os resultados não representam estritamente a existência prévia de um comportamento saudável e ativo ao longo da maior parte da vida.

Com relação ao mínimo de consumo de cinco porções ao dia de legumes, frutas ou verduras – não se observaram diferenças significativas entre os que não consumiam cinco ou mais porções/dia e aqueles que consumiam, em relação à coexistência de morbididades. A indicação de possuir quatro ou mais doenças foi discretamente maior entre os que não consumiam – 30% - do que a observada entre os que consumiam - 26%.

Gráfico 10.7 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e consumo de 5 ou mais porções de frutas, legumes ou verduras por dia - 2006

N = 492 025



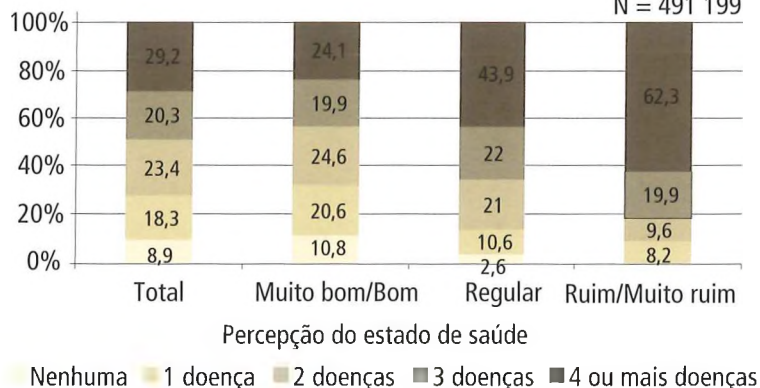
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Quanto à auto-percepção da saúde – entre os idosos que consideraram sua saúde muito boa e boa, a indicação de Nenhuma Doença ou até duas doenças foi relativamente maior (56%) - do que a observada entre os que consideraram sua saúde Regular (34%) e menor ainda (18%) do que a encontrada entre os que consideraram sua saúde Ruim/Muito Ruim.

A relação entre percepção e acúmulo de doenças é mais contundente conforme piora a percepção - 62% dos que têm percepção Ruim/Muito Ruim da sua própria saúde tinham quatro ou mais doenças. A percepção da saúde varia em função do aumento do acúmulo de doenças.

Gráfico 10.8 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e percepção do estado de saúde - 2006

N = 491 199



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

O fato de ter ou não uma doença não significa necessariamente condição de vida comprometida. Se há controle dos sintomas e da progressão da doença, a qualidade de vida se mantém (Ramos et al, 1993). Os idosos apresentam, de modo geral, média de doenças por pessoa superior àquela encontrada na população adulta.

Em decorrência destas combinações de morbididades e da interferência de uma doença sobre a outra ser uma constante, principalmente para a combinação hipertensão e diabetes, o controle torna-se mais difícil e o surgimento de complicações começa ocorrer. As limitações em relação à capacidade de desempenho das mesmas atividades que antes eram executadas de forma rotineira, autônoma ou independente, passam a interferir com prejuízos gradativos na qualidade de vida e na autopercepção do próprio estado de saúde.

Tabela 10.A Idosos segundo número de morbididades e existência de Problema de Visão - 2006

Nº de Morbididades	Problema de Visão			
	Total		Sim	Não
Nenhuma	8,8	b	7,6	b
1 doença	18,2	a	16,9	a
2 doenças	23,3	a	23,1	a
3 doenças	20,3	a	21,1	a
4 ou mais doenças	29,4	a	31,3	a
Total (%)	100		100	
Total (N)	489.912		384.250	105.662

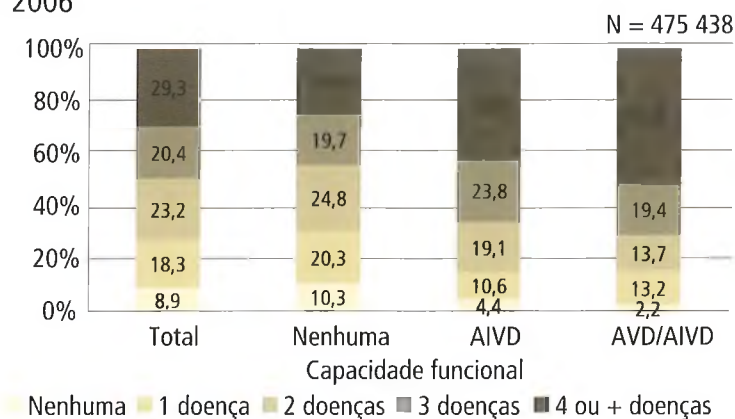
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.B Idosos segundo número de morbididades e existência de Problema de Audição - 2006

Nº de Morbididades	Problema de audição			
	Total		Sim	Não
Nenhuma	8,8	b	6,6	b
1 doença	18,3	a	13,6	a
2 doenças	23,3	a	21,1	a
3 doenças	20,4	a	22,2	a
4 ou mais doenças	29,2	a	36,5	a
Total (%)	100		100	
Total (N)	489.390		135.543	353.848

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 10.9 Proporção de idosos segundo número de morbididades referidas e escala de capacidade funcional - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Os problemas visuais foram declarados por 73% dos idosos entrevistados, aumentando conforme cresce o número de doenças, principalmente acima de três doenças.

Embora os problemas auditivos estivessem presentes em menor percentual de idosos (26%), foi observado o mesmo padrão dos problemas visuais.

Os problemas visuais e auditivos devem se relacionar às demais doenças coexistentes, comprometendo ainda mais a capacidade funcional do idoso e limitando sua independência.

Na medida em que ocorre o acúmulo de doenças, há perda progressiva da capacidade funcional, começando pelas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e a seguir comprometendo as Atividades da Vida Diária (AVD). Entre os idosos que não apresentavam comprometimento

das AIVD ou AVD a proporção com 4 ou mais doenças foi de 25%, entre os que já indicavam comprometimento de AIVD esta proporção sobe 42% e para aqueles com prejuízos de AVD e AIVD se eleva a 52%.

O comprometimento da capacidade funcional é resultante de características biológicas, de estilo de vida, incluindo aí o tipo de trabalho desempenhado pelos indivíduos na maior parte da sua vida, ou mesmo para algumas doenças por exposição a determinados agentes mórbidos, mesmo que por breve período de tempo. Isto repercute no desenvolvimento de doenças e agravos. A perda ou comprometimento da capacidade funcional em relação ao acúmulo de doenças, define relação direta entre as duas condições – quanto mais doenças coexistindo, pior a capacidade funcional. (Amaral et al, 2004; Laurenti et al, 2005; Garcia et al, 2005; Feliciano et al, 2004; Ramos, 2003 ; Lebrão e Duarte, 2003).

Capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, particularmente relevante para o idoso (Fillenbaum, 1984; Kane & Kane, 1981). Envelhecimento saudável, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. A perda de um ente querido, a falência econômica, uma doença incapacitante, um distúrbio mental, um acidente, são eventos cotidianos que podem, juntos ou isoladamente, comprometer a capacidade funcional de um indivíduo. (Ramos, 2003).

O uso de serviços de saúde não varia de modo significativo em relação à maior ou menor existência de comorbidades. O uso de serviços de saúde é determinado pela inserção social e econômica dos indivíduos.

Tabela 10.C Idosos segundo número de morbididades e Uso de Serviços de Saúde - 2006

Nº de Morbididades	Quando está doente que tipo de serviço procura									
	Total		Emergência de Hospital Público		Ambulatório de Serviço Público		Serviço do plano de Saúde		Consultório particular	
Nenhuma	8,4	b	9,0	b	7,5	b	8,4	b	9,3	c
1 doença	18,1	a	18,4	b	19,1	b	16,2	b	21,0	b
2 doenças	23,3	a	23,2	b	25,6	b	22,0	b	22,3	b
3 doenças	20,6	a	19,1	b	21,2	b	21,5	b	20,4	b
4 ou mais doenças	29,5	a	30,4	b	26,6	b	32,0	a	27,0	b
Total (%)	100		100		100		100		100	
Total (N)	480.346		116.863		114.662		162.301		61.510	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

As Doenças

Aproximadamente, 91% dos idosos cariocas declararam pelo menos uma doença crônica. A média de doenças foi de três, variando de uma a nove doenças.

Como dito anteriormente, as doenças abordadas foram: Hipertensão Arterial; Diabetes; Artrites/ Reumatismos/Artrose/Gota; Catarata; Depressão; Osteoporose; Pneumonia; Asma/Enfisema/ Bronquite; Insuficiência Cardíaca; Acidente Vascular Cerebral (AVC); Angina/Infarto; Câncer; Doença de Parkinson.

As seis doenças mais freqüentes foram Hipertensão (63%), Artrite (48%), Catarata (35%), Depressão (25%), Osteoporose (21%) e Diabetes (18%). Destas, exceto o Diabetes, todas foram mais freqüentes entre as mulheres, sendo mais elevadas as diferenças para Hipertensão, Depressão e principalmente a Artrite e a Osteoporose.

Dentre as complicações cardiovasculares, a Insuficiência Cardíaca foi a mais declarada - 13% - seguida pela Angina - 10% - e Acidente Vascular Cerebral (AVC) – 6%. Para estas doenças, não foram encontradas diferenças marcantes entre sexos.

Entre as doenças respiratórias, as Pneumonias – 17% - foram mais relatadas que a Asma – 13% - sendo mais freqüente entre as mulheres.

As patologias com menor freqüência foram o Câncer – 6% - e a Doença de Parkinson – 1% - com percentuais muito próximos entre os sexos.

Tabela 10.D Morbidades Referidas segundo tipo de doença e sexo - 2006

Hipertensão	Total	Masculino	Feminino
Sim	62,8 a	57,4 b	65,7 a
Não	37,2 b	42,6 b	34,3 b
Total (%)	100	100	100
Total (N)	512.576	177.018	335.558
Diabetes	Total	Masculino	Feminino
Sim	17,6 a	18,0 b	17,5 a
Não	82,4 a	82,0 a	82,5 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	512.662	178.056	334.606
Asma	Total	Masculino	Feminino
Sim	13,5 a	11,7 b	14,4 b
Não	86,5 a	88,3 a	85,6 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	510.963	178.232	332.730
Pneumonia	Total	Masculino	Feminino
Sim	17,0 a	14,5 b	18,3 a
Não	83,0 a	85,5 a	81,7 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	511.421	178.235	333.186
Câncer	Total	Masculino	Feminino
Sim	5,7 b	6,1 b	5,4 b
Não	94,3 a	93,9 a	94,6 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	510.630	177.982	332.648
Artrite	Total	Masculino	Feminino
Sim	47,6 a	29,2 a	57,4 a
Não	52,4 a	70,8 a	42,6 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	514.111	178.966	335.145
Angina	Total	Masculino	Feminino
Sim	10,0 b	10,3 b	9,8 b
Não	90,0 a	89,7 a	90,2 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	510.494	177.712	332.782

CONT. TABELA 10D

Tabela 10.D Morbidades Referidas segundo tipo de doença e sexo - 2006

Insuf.Cardiaca	Total		Masculino		Feminino	
Sim	12,6	a	12,4	b	12,7	b
Não	87,4	a	87,6	a	87,3	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	510.416		178.315		332.101	
AVC	Total		Masculino		Feminino	
Sim	5,9	b	6,5	b	5,6	b
Não	94,1	a	93,5	a	94,4	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	511.214		178.585		332.629	
Depressão	Total		Masculino		Feminino	
Sim	24,9	a	17,7	b	28,8	a
Não	75,1	a	82,3	a	71,2	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	512.528		178.322		334.206	
Parkinson	Total		Masculino		Feminino	
Sim	1,2	c	1,4	c	1,0	c
Não	98,8	a	98,6	a	99,0	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	509.861		178.333		331.528	
Catarata	Total		Masculino		Feminino	
Sim	34,9	a	29,4	a	37,8	a
Não	65,1	a	70,6	a	62,2	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	512.168		178.913		333.255	
Osteoporose	Total		Masculino		Feminino	
Sim	21,4	a	4,6	b	30,5	a
Não	78,6	a	95,4	a	69,5	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	509.854		177.752		332.102	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.E Morbidades Referidas segundo tipo de doença e idade - 2006

Doença	Idade			
Hipertensão	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	62,9 a	61,4 a	64,7 b	63,0 b
Não	37,1 b	38,6 b	35,3 b	37,0 b
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	515.051	255.844	196.605	62.602
Diabetes	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	17,6 a	17,1 b	18,3 b	17,6 b
Não	82,4 a	82,9 a	81,7 a	82,4 a
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	515.137	255.673	196.431	63.033
Asma	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	13,4 a	14,1 b	12,2 b	14,4 b
Não	86,6 a	85,9 a	87,8 a	85,6 a
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	513.438	255.041	195.896	62.501
Pneumonia	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	17,0 a	14,9 b	18,1 b	22,1 b
Não	83,0 a	85,1 a	81,9 a	77,9 a
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	513.896	255.450	195.912	62.535
Câncer	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	5,6 b	4,1 b	7,0 b	7,7 c
Não	94,4 a	95,9 a	93,0 a	92,3 a
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	513.105	255.359	195.495	62.251
Artrite	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	47,6 a	42,8 a	50,8 a	56,8 a
Não	52,4 a	57,2 a	49,2 a	43,2 b
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	516.586	256.259	197.098	63.229
Angina	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	9,9 b	8,7 b	11,4 b	10,5 b
Não	90,1 a	91,3 a	88,6 a	89,5 a
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	512.969	255.137	194.898	62.934

CONT. TABELA 10E

TABELA 10.E Morbidades Referidas segundo tipo de doença e idade - 2006

Insuf. Cardíaca	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	12,6 a	10,8 b	14,6 b	13,4 b
Não	87,4 a	89,2 a	85,4 a	86,6 a
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	512.891	254.675	195.756	62.460
AVC	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
	5,9 b	5,3 b	6,7 b	6,2 c
	94,1 a	94,7 a	93,3 a	93,8 a
	100	100	100	100
	513.689	255.345	195.702	62.642
Depressão	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
	24,8 a	24,0 a	25,2 a	27,3 b
	75,2 a	76,0 a	74,8 a	72,7 a
	100	100	100	100
	515.003	255.421	196.660	62.922
Parkinson	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
	1,2 c	0,7 c	1,3 c	2,7 c
	98,8 a	99,3 a	98,7 a	97,3 a
	100	100	100	100
	512.336	254.805	195.159	62.372
Catarata	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
	34,9 a	21,5 a	44,1 a	60,6 a
	65,1 a	78,5 a	55,9 a	39,4 b
	100	100	100	100
	514.643	255.718	196.154	62.771
Osteoporose	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
	21,4 a	17,8 b	23,7 a	28,8 b
	78,6 a	82,2 a	76,3 a	71,2 a
	100	100	100	100
	512.329	253.718	195.524	63.088

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Algumas doenças como **Artrite, Depressão, Osteoporose, Pneumonia, Câncer e Doença de Parkinson** aumentam com a idade. Ao que parece, o divisor de águas em relação à maior frequência de determinadas doenças é a idade de 70 anos.

No Projeto SABE (Lebrão e Duarte, 2003) a prevalência de doenças crônicas também se baseia na resposta às perguntas sobre se “um médico ou outro profissional de saúde lhe disse que tem determinada doença?”. Naquele trabalho, identifica-se perfil semelhante ao encontrado nesta

pesquisa. Deve-se considerar que as freqüências destas doenças representam a potencialidade de demanda por atenção, talvez um parâmetro mínimo, dentro da realidade de necessidades, visto que são diferenciadas as oportunidades de acesso aos serviços de saúde e a percepção ou desejo de ir ao médico. Conseqüentemente, diferenciada é também a possibilidade de diagnóstico de identificação de várias circunstâncias que poderiam fazer com que não se tivesse conhecimento do total dos casos.

As diferenças entre os sexos indicam a maior participação das mulheres na busca pelos serviços de saúde. Elas passam a identificar mais seus problemas e, possivelmente, agir mais precocemente na tomada de medidas de controle e prevenção.

Em relação à idade, os processos mórbidos abordados têm fundamental característica - a cronicidade. O aumento da expectativa de vida transforma o padrão do adoecimento que passa a ser marcado pelas doenças crônico-degenerativas. Doenças que se desenvolvem a partir de desgastes que se acumulam no tempo. Um exemplo contundente são as doenças osteoarticulares - Artrite/Artrose/Reumatismo/Gota. Elas, em geral, dependem de processos relacionados ao uso ou mobilidade das articulações, à prática de exercícios físicos, à obesidade, ao tipo de ocupação e a características individuais em que o processo de desgaste dos componentes osteoarticulares se instala e se desenvolve. Isso tudo ocorre naturalmente, com o envelhecimento.

Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial (HA) foi a doença referida com mais freqüência - 63%. Observou-se diferença entre os sexos, com ligeiro predomínio feminino - 66% e 57% para homens. A distribuição por idade não revela diferenças importantes, pois o grupo de 60 a 69 anos (61%) pouco varia sua proporção em relação com 70 anos ou mais (64%).

Tabela 10.F Idosos segundo presença de Hipertensão, por sexo - 2006

Hipertensão	Total	Masculino	Feminino
Sim	62,8 a	57,4 a	65,7 a
Não	37,2 a	42,6 a	34,3 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	512.576	177.018	355.558

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.G Idosos segundo presença de Hipertensão, por idade - 2006

Hipertensão	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	62,9 a	61,4 a	64,7 a	63 a
Não	37,1 a	38,6 a	35,3 a	37 b
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	515.051	255.844	196.605	62.602

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.H Idosos Hipertensos segundo realização de acompanhamento médico, uso de medicamento - 2006

Faz acompanhamento médico para hipertensão	Total	Masculino	Feminino
Sim	92,0 a	89,8 a	92,9 a
Não	8,0 b	10,2 b	7,1 b
Total (%)	100	100	100
Total (N)	323.201	102.183	221.018

Faz acompanhamento médico para hipertensão em unidade da prefeitura	Total	Masculino	Feminino
Sim	53,5 a	51,4 a	54,4 a
Não	46,5 a	48,6 a	45,6 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	293.799	89.545	204.254

Usa algum medicamento para hipertensão	Total	Masculino	Feminino
Sim	97,3 a	94,9 a	98,4 a
Não	2,7 b	5,1 c	1,6 c
Total (%)	100	100	100
Total (N)	295.576	90.598	204.978

Faz alguma dieta alimentar para hipertensão	Total	Masculino	Feminino
Sim	71,2 a	62,3 a	75,2 a
Não	28,8 a	37,7 b	24,8 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	295.123	90.604	204.519

Nota: Só para quem é hipertenso.
Fonte: Pesquisa Idosos/2006

Entre os que referiram HA, 92% faziam acompanhamento médico. As mulheres têm, relativamente, mais acompanhamento do que os homens – respectivamente 93% e 90%. Em relação à idade, a proporção de idosos sob acompanhamento médico variou pouco - 91% para o grupo 60 e 69 anos, 93% para os de 70 a 79 anos e 94% para os mais longevos (80 anos ou mais).

O uso de unidade de saúde da Prefeitura para realização do acompanhamento médico da HA, foi indicado por 54% dos entrevistados. Não foi observada diferença importante entre homens (51%) e mulheres (54%) no uso de serviços de saúde municipal.

É sugerido que, conforme aumenta a idade, menor é a proporção de idosos com acompanhamento, possivelmente por interferência de determinantes socioeconômicos que possibilitam uma maior utilização de serviços privados, particularmente dos planos de saúde.

O controle da HA pelo uso de medicação atinge a 97% dos pacientes e aparece um pouco mais freqüente entre as mulheres (98%) do que entre os homens (95%). Entre os grupos etários não há diferenças em relação ao uso de medicação.

A realização de dieta para controle da HA foi referida por 71% dos entrevistados. O controle dietético da HA mostra que existe diferença mais expressiva entre os sexos – 62% entre os homens e 75% das mulheres. A realização de dieta varia em função da idade, quem tem menos de 70 anos faz mais dieta do que aqueles com mais de 70 anos: respectivamente – 73% e 69%.

Tabela 10.1 Idosos Hipertensos segundo realização de acompanhamento médico, uso de medicamento e dieta e idade - 2006

Faz acompanhamento médico para hipertensão	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	91,9 a	90,5 a	92,9 a	94,3 a
Não	8,1 b	9,5 b	7,1 b	5,7 c
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	324.936	157.489	127.713	39.733

Faz acompanhamento médico para hipertensão em unidade da prefeitura	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	53,3 a	56,3 a	52,8 a	43,6 b
Não	46,7 a	43,7 a	47,2 a	56,4 b
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	295.128	140.502	117.847	36.778

Usa algum medicamento para hipertensão	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
	97,3 a	96,4 a	98,1 a	98,4 a
	2,7 b	3,6 c	1,9 c	1,6 d
	100	100	100	100
	297.058	142.112	118.024	36.922

Faz alguma dieta alimentar para hipertensão	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 anos +
Sim	71,3 a	73,0 a	69,8 a	68,9 a
Não	28,7 a	27,0 b	30,2 b	31,1 b
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	296.605	141.613	118.301	118.301

Nota: Só para quem é hipertenso.

Fonte: Pesquisa Idosos/2006

Tabela 10.J Frequência de Morbidades Referidas em idosos que referiram ser Hipertensos - 2006

Doença	Total			Idade (anos)								
				De 60 a 69			De 70 a 79			80 e mais		
	N	%	CV	N	%	CV	N	%	CV	N	%	CV
Asma	44.210	14	b	22.339	14	b	15.374	12	b	6.497	17	b
Pneumonia	57.514	18	a	25.214	16	b	23.789	19	b	8.511	22	b
Câncer	17.938	6	b	6.781	4	b	8.011	6	b	3.146	8	c
Artrite	167.700	52	a	72.285	46	a	71.609	57	a	23.806	61	a
Angina/Infarto	42.399	13	b	18.725	12	b	18.528	15	b	5.145	13	c
Insuf.Cardíaca	53.528	17	a	23.407	15	b	23.487	19	b	6.635	17	b
AVC/Derrame	26.743	8	b	12.250	8	b	11.382	9	b	3.111	8	c
Depressão	86.716	27	a	40.734	26	b	35.659	28	b	10.322	27	b
D.Parkinson	3.651	1	c	1.120	1	d	1.234	1	d	1.297	3	d
Catarata	118.383	37	a	36.546	23	b	58.335	46	a	23.502	61	a
Osteoporose	72.255	23	a	28.188	18	b	32.521	26	b	11.547	30	b

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Nota: 1- Foram considerados somente os indivíduos que responderam sim as doenças relacionadas

CV = Coeficiente de Variação

Entre os idosos que se referiram à hipertensão, a ocorrência de comorbidades - que em grande parte representam complicações do descontrole da pressão arterial - como a Insuficiência Cardíaca, Angina/Infarto ou AVC foram indicadas com as respectivas frequências: 17%; 13% e 8%. Nos idosos em geral - hipertensos ou não - estas frequências caíram para 6,9%; 6,5% e 7,4%, respectivamente.

Tabela 10.K Frequência de Morbidades Referidas em idosos Hipertensos e sexo - 2006

Doença ¹	Ambos os Sexos			Masculino			Feminino		
	N	%	CV	N	%	CV	N	%	CV
Asma	43.963	14	b	22.339	11	b	33.073	15	b
Pneumonia	57.071	18	a	25.214	14	b	43.261	20	b
Câncer	17.938	6	b	6.781	6	c	11.519	5	b
Artrite	166.577	52	a	72.285	34	b	132.305	60	a
Angina/Infarto	42.244	13	b	18.725	14	b	27.898	13	b
Insuf.Cardíaca	53.244	17	a	23.407	16	b	37.062	17	b
AVC/Derrame	26.448	8	b	12.250	10	b	16.418	8	b
Depressão	86.575	27	a	40.734	20	b	66.897	31	a
D.Parkinson	3.651	1	c	1.120	2	d	2.120	1	c
Catarata	117.684	37	a	36.546	32	b	85.820	40	a
Osteoporose	71.855	23	a	28.188	5	c	66.799	31	a

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Nota: 1- Foram considerados somente os indivíduos que responderam sim as doenças relacionadas

Esta informação discrimina-
da por sexo revela maior fre-
quência destas doenças entre
os homens, para as três condi-
ções relacionadas. A presença
destas morbididades em relação
à idade mostra pequenas dife-
renças entre os que têm ida-
de abaixo e acima de 70 anos
– frequências um pouco mais
baixas entre os mais novos.

O tipo de serviço procurado
pelos idosos com HA, obede-
ce à distribuição dos idosos de
modo geral, independente de
ter ou não HA. Aproximada-

mente metade dos idosos procura serviços públicos – emergências ou ambulatorios – e a outra
metade procura serviços privados – consultórios particulares ou serviços de planos de saúde. Os
homens procuram um pouco mais os serviços de emergência públicos e as mulheres um pouco
mais os serviços de plano de saúde, mas as diferenças são bastante modestas. Em função da
idade, a busca por serviços também é pouco diferenciada com ligeiro predomínio de uso de
serviços de plano de saúde pelos mais velhos (80 anos ou mais).

A disponibilidade de plano de saúde (43%) segue a observada para o grupo de idosos, indepen-
dente da presença de HA. As mulheres indicam ter mais acesso a esse tipo de serviço. A avaliação
por idade indica que quanto maior a idade, maior a disponibilidade deste tipo de serviço.

Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) foi
citado por 18% dos idosos en-
trevistados. Nem em relação
ao sexo (a proporção se iguala
por arredondamento), nem a
idade se observou variação da
frequência de DM.

Tabela 10.N Idosos segundo presença de Diabetes, por idade - 2006

Diabetes	Idade			
	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 e mais
Sim	17,6 a	17,1 b	18,3 b	17,6 b
Não	82,4 a	82,9 a	81,7 a	82,4 a
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	515.137	255.673	196.431	63.033

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.L Tipo de serviço procurado pelos idosos
Hipertensos quando se sentem doentes segundo sexo - 2006

Tipo de Serviço	Ambos os Sexos	Masculino	Feminino
Público	54,8 a	56,1 a	54,3 a
Privado	45,2 a	43,9 a	45,7 a
Total (%)	100	100	100
Total (N)	298.708	92.569	206.139

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.M Tipo de serviço procurado pelos idosos
Hipertensos quando se sentem doentes segundo idade - 2006

Tipo de Serviço	Idade			
	Total	De 60 a 69	De 70 a 79	80 e mais
Público	54,7 a	58,7 a	51,6 a	48,9 b
Privado	45,3 a	41,3 a	48,4 a	51,1 b
Total (%)	100	100	100	100
Total (N)	263.532	145.299	118.233	36.799

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.0 Idosos segundo presença de Diabetes, por sexo - 2006

Hipertensão	Ambos os Sexos		Masculino		Feminino	
Sim	17,6	a	18,0	b	17,5	a
Não	82,4	a	82,0	a	82,5	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	512.662		178.056		334.606	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Dos que se referiram à DM, 89% indicaram fazer acompanhamento médico. As mulheres parecem acompanhar um pouco mais este problema de saúde do que os homens, mas as diferenças percentuais são

pequenas. A frequência de acompanhamento médico do DM, varia conforme a idade – aumenta conforme aumenta a idade – passa de 88% para 94%.

O uso de unidades de saúde da Prefeitura para acompanhamento do DM foi referido por 56% dos idosos. A frequência das mulheres (60%) com DM nos serviços de saúde municipais foi maior do que a dos homens (49%). A idade parece não influenciar o maior uso dos serviços, a não ser para o grupo de 80 anos ou mais, com menores frequências de uso das unidades municipais do que os idosos mais jovens.

O controle do DM pelo uso de medicação foi observado por 88% dos idosos. Quanto ao tipo de medicação utilizada, 75% usa a oral e 12% a injetável. Entre os sexos, não se observou diferença quanto ao tipo de tratamento. Já em relação à idade, ressalta-se maior frequência de medicação injetável entre os mais jovens (60 a 69 anos). A medicação oral apresentou-se mais frequente entre os idosos com idade mais avançada.

O controle do DM pela dieta foi referido por 83% dos idosos. As mulheres são mais engajadas (85%) do que os homens (78%) neste tipo de conduta. Em relação à idade, observou-se que quando maior a idade, menor a referência de controle dietético do DM.

Tabela 10.P Idosos com Diabetes segundo realização de acompanhamento médico, uso de medicamento e dieta e sexo - 2006

Faz acompanhamento médico para diabetes	Ambos os Sexos		Masculino		Feminino	
Sim	89,6	a	88,3	a	90,3	a
Não	10,4	b	11,7	c	9,7	b
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	89.970		31.982		57.989	

Faz acompanhamento médico para diabetes em unidade da prefeitura	Ambos os Sexos		Masculino		Feminino	
Sim	56,2	a	48,8	b	60,1	a
Não	43,8	a	51,2	b	39,9	b
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	80.251		27.737		52.514	

Usa algum medicamento para controlar diabetes	Ambos os Sexos		Masculino		Feminino	
Sim - oral	75,4	a	73,5	a	76,4	a
Sim - injetável	11,9	b	12,3	c	11,7	b
Oral e injetável	0,2	e	0,6	e	0	.
Não	12,5	b	13,7	c	12	b
Total (%)	100,0		100,0		100,0	
Total (N)	80.360		27.708		52.651	

Faz alguma dieta alimentar para controlar diabetes	Ambos os Sexos		Masculino		Feminino	
Sim	82,4	a	77,8	a	84,9	a
Não	17,6	b	22,2	b	15,1	b
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	80.311		27.875		52.436	

Tem complicação ocasionada pelo diabetes	Ambos os Sexos		Masculino		Feminino	
Sim	22,3	b	26,6	b	20,0	b
Não	77,7	a	73,4	a	80,0	a
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	79.103		27.743		51.359	

Nota: Só para quem é diabético e faz acompanhamento médico.
 Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.Q Idosos com Diabetes segundo realização de acompanhamento médico, uso de medicamento e dieta e idade - 2006

Faz acompanhamento médico para diabetes	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	89,5	a	88,3	a	89,7	a	93,7	a
Não	10,5	b	11,7	c	10,3	c	6,3	d
Total (%)	100		100		100		100	
Total (N)	90.255		43.583		35.597		11.075	

Faz acompanhamento médico para diabetes em unidade da prefeitura	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	57,5	a	58,8	b	57,6	b	52,6	b
Não	42,5	b	41,2	b	42,4	b	47,4	b
Total (%)	100		100		100		100	
Total (N)	80.394		38.073		31.948		10.373	

Usa algum medicamento para controlar diabetes	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim - oral	11,9	b	14,6	c	9,7	c	8,8	d
Sim - injetável	75,5	a	73,3	a	76	a	82,1	b
Oral e injetável	0,2	e	.	.	0,5	e	.	.
Não	12,4	b	12,1	c	13,8	c	9,1	d
Total (%)	100		100		100		100	
Total (N)	80.504		38.061		32.223		10.220	

Faz alguma dieta alimentar para controlar diabetes	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	82,4	a	84,4	a	81,9	a	76,8	b
Não	17,6	b	15,6	b	18,1	b	23,2	c
Total (%)	100		100		100		100	
Total (N)	80.454		38.211		31.870		10.373	

Tem complicação ocasionada pelo diabetes	Total		De 60 a 69		De 70 a 79		80 anos +	
Sim	22,3	b	24,0	b	20,8	b	20,6	c
Não	77,7	a	76,0	a	79,2	a	79,4	b
Total (%)	100		100		100		100	
Total (N)	79.246		37.554		31.555		10.137	

Nota: Só para quem é diabético.
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Entre os idosos com DM, a presença de comorbidades como a Insuficiência Cardíaca, Angina/Infarto ou AVC/Derrame foi respectivamente de 21%; 14% e 9%, percentuais superiores àqueles encontrados entre os hipertensos e muito mais elevadas do que aqueles encontrados para os idosos em geral. Estas doenças concomitantes têm pesos diferentes quando se observa o sexo. A presença destas morbidades, como já foi dito, podem representar complicações decorrentes do próprio DM, sendo um pouco mais freqüentes entre os homens - 22% e 16% contra 13%, para a Insuficiência Cardíaca e Angina/Infarto, respectivamente. Para o AVC, não se observou o mesmo padrão, sendo ligeiramente mais freqüente entre as mulheres – 10% contra 8% nos homens. Em relação à idade, somente se observou diferença para a referência de Angina/Infarto, entre os com idade entre 60 e 69 anos – 11% -, entre 70 e 79 – 17% - e acima de 80 anos -18%.

Tabela 10.R Freqüência de Morbidades Referidas em idosos que referiram ter Diabetes - 2006

Doenças ¹	Idade											
	Total			De 60 a 69			De 70 a 79			80 e mais		
	N	%	CV	N	%	CV	N	%	CV	N	%	CV
Asma	10.946	12,3	b	5.436	12,6	c	3.936	11,2	c	1.575	14,7	c
Pneumonia	16.739	18,7	b	6.601	15,3	b	6.997	19,8	b	3.141	28,9	c
Câncer	5.804	6,5	c	1.565	3,6	c	3.424	9,8	c	814	7,7	d
Artrite	45.976	50,9	a	20.079	46,1	b	19.735	54,9	b	6.162	56,6	b
Angina/Infarto	12.799	14,4	b	4.804	11,2	c	6.084	17,4	b	1.911	17,6	c
Insuf.Cardíaca	18.519	20,8	b	8.817	20,5	b	7.317	20,8	b	2.385	21,9	c
AVC/Derrame	8.208	9,2	b	3.568	8,3	c	3.673	10,4	c	967	8,9	d
Depressão	26.069	29,2	b	13.404	31,2	b	9.202	25,9	b	3.463	31,8	c
D.Parkinson	1.657	1,9	c	520	1,2	e	541	1,5	d	596	5,5	d
Catarata	36.581	40,9	a	11.169	26,0	b	18.149	51,2	b	7.263	66,7	b
Osteoporose	18.433	20,8	b	8.244	19,3	b	7.467	21,2	b	2.721	25,3	c

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Nota: 1- Foram considerados somente os indivíduos que referiram ter diabetes e que responderam sim às doenças relacionadas

CV = Coeficiente de Variação

O tipo de serviço procurado quando o idoso se referiu a DM reproduz o mesmo padrão encontrado para a HA – isto é - aproximadamente metade dos idosos procura serviços públicos – emergências ou ambulatorios – e a outra metade procura serviços privados – consultórios particulares ou serviços de planos de saúde. Os homens procuram um pouco mais os serviços de emergência públicos e as mulheres um pouco mais os ambulatorios de serviço público, mas as diferenças são pequenas. Em função da idade, a busca por serviços também é pouco diferenciada com ligeiro predomínio de uso de serviços de plano de saúde pelos mais velhos (80 anos ou mais).

Tabela 10.S Frequência de Morbidades Referidas em idosos com Diabetes - 2006

Doenças ¹	Total			Masculino			Feminino		
	N	%	CV	N	%	CV	N	%	CV
Asma	10.946	12,3	b	4.127	13,1	c	6.819	11,9	b
Pneumonia	16.739	18,8	b	6.218	19,7	b	10.521	18,3	b
Câncer	5.804	6,6	c	2.581	8,3	c	3.223	5,6	c
Artrite	45.832	50,9	a	10.793	34,0	b	35.039	60,1	a
Angina/Infarto	12.799	14,4	b	5.106	16,3	c	7.693	13,4	b
Insuf. Cardíaca	18.235	20,5	b	6.786	21,5	b	11.449	20,0	b
AVC/Derrame	8.067	9,1	b	2.571	8,1	c	5.496	9,6	c
Depressão	25.928	29,1	b	6.327	20,2	b	19.601	34,0	b
D.Parkinson	1.657	1,9	c	685	2,2	d	972	1,7	d
Catarata	36.437	40,9	a	11.656	37,0	b	24.782	43,1	b
Osteoporose	18.433	20,8	b	1.749	5,6	c	16.683	29,2	b

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Nota: 1- Foram considerados somente os indivíduos que referiram ter diabetes e que responderam sim às doenças relacionadas

Tabela 10.T Tipo de serviço procurado pelos idosos Diabéticos quando se sentem doentes segundo sexo - 2006

Tipo de Serviço	Ambos os Sexos		Masculino		Feminino	
Público	55,5	a	53,0	b	56,8	a
Privado	44,5	a	47,0	b	43,2	b
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	84.722		29.294		55.428	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Tabela 10.U Tipo de serviço procurado pelos idosos Diabéticos quando se sentem doentes segundo idade - 2006

Tipo de Serviço	Idade					
	Total		De 60 a 69		De 70 a 79	
Público	55,6	a	56,0	b	54,8	b
Privado	44,4	a	44,0	b	45,2	b
Total (%)	100		100		100	
Total (N)	74.615		41.276		33.339	

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A disponibilidade de plano de saúde – 42% - segue a observada para o grupo de idosos, independente da presença de DM. Homens e mulheres indicaram dispor igualmente deste tipo de serviço. A avaliação da disponibilidade de plano de saúde por idade mostra que os idosos entre 70 e 79 anos são os que têm maior frequência.

Comentando

A coexistência de doenças crônicas define uma característica fundamental na população de 60 anos ou mais, em que a perda gradativa da capacidade funcional conduz a crescentes situações de dependência e necessidade de suporte multiprofissional. As situações mais freqüentes encontradas nesta pesquisa, como a grande participação da Hipertensão Arterial e Doenças Osteoarticulares, confirma dados de pesquisas realizadas em outras localidades (Ramos, 2003, Lebrão e Duarte, 2003).

Aproximadamente, 50% dos idosos entrevistados se referiram no mínimo a três doenças. Este perfil desemboca nos serviços de saúde, como demanda potencial por um tipo de atenção de maior complexidade, em que não apenas uma doença deverá ser abordada. Os recursos necessários para a investigação diagnóstica e terapêutica, passam a ser múltiplos e inter-relacionados, pois em grande parte dos casos um processo mórbido interage com outro, produzindo conseqüências de mais difícil controle. Tudo isto resulta em maior custo, maior tempo de internação e maior risco de mortalidade (Ramos, 1999; Lebrão e Duarte, 2003).

Pelos estudos de morbidade referida identifica-se a demanda por atenção. Se praticamente a metade dos idosos entrevistados se referiu pelo menos a três doenças e se este contingente pode espelhar a realidade da população, a organização da atenção deve estar preparada para atender a uma demanda numericamente importante e complexa. Esta demanda não significará, em muitos casos, um atendimento isolado por ano, serão várias consultas, em especialidades diversas, para dar conta da combinação de processos mórbidos crônicos em indivíduos desgastados pelo próprio envelhecimento.

A população acima dos 60 anos é crescente e problemas de saúde como hipertensão, diabetes, doenças ósteo-articulares e depressão são passíveis de medidas de controle e prevenção que estão relacionadas a ações desenvolvidas por outros setores de modo a evitar, via políticas de prevenção e promoção, que não se resumam a medidas de assistência. São atividades de promoção e proteção – atividade física, alimentação saudável, redes de convívio social e de apoio – que devem ser sistematizadas e amplamente oferecidas.

A maior freqüência das mulheres aos serviços de saúde facilita a identificação de suas doenças mais prontamente. Isto demarca situação de exclusão do homem, independente da idade, dos serviços de saúde. Se observamos entre eles baixas freqüências de determinadas doenças, por outro lado, identificamos maiores ocorrências passíveis de complicações em doenças

básicas, como a hipertensão arterial e o diabetes (insuficiência cardíaca, Infarto/Angina, AVC/Derrame), mal controladas ou tardiamente identificadas. O homem, e principalmente o de baixa renda e escolaridade, parece ser mais vulnerável às possibilidades de complicações e descontrole dos processos de doença, como consequência do distanciamento histórico dos serviços de saúde. Deste modo, não surpreende a mortalidade precoce masculina, confirmando menor expectativa de vida que a observada para as mulheres.

A situação social e econômica define diferença de oportunidade no acesso aos serviços de saúde. A possibilidade de ter um problema de saúde identificado e tratado seria proporcional à renda e à escolaridade. Contudo, maior renda e escolaridade significam também maiores possibilidades de consumo de bens e serviços em quantidade e qualidade, recursos não disponíveis aos grupos populacionais mais pobres. Neste sentido, uma questão é central: o acesso às informações, que é também diferenciado pelas condições sociais e econômicas. Por isso, ações de prevenção e promoção da saúde acabam atingindo mais intensamente pessoas com melhor situação de renda ou escolaridade. Logo, a resultante deste processo é a menor frequência de comorbidades para este segmento da população.

Em função disto, o setor da saúde, mas não só ele, tem uma importante missão que é estender às pessoas mais carentes a possibilidade de acesso a medidas de prevenção como os benefícios de uma alimentação saudável e da prática de atividade física regular.

A auto-percepção da saúde e a capacidade funcional constituem-se em informações básicas, marcadoras da condição de saúde dos idosos e de maior gravidade e risco para mortalidade.

A auto-percepção variou em relação ao número de doenças referidas. A percepção da saúde piora conforme aumenta o acúmulo de doenças. A avaliação da condição de saúde pela auto-percepção refere-se à compreensão subjetiva de bem estar, condicionada pela repercussão que uma ou mais doenças possam ter sobre a qualidade de vida. Os resultados relacionados ao número de doenças estão intimamente relacionados ao desenvolvimento de incapacidades.

O desenvolvimento de incapacidades é condição diretamente relacionada ao processo de envelhecimento. O desafio é envelhecer mantendo ao máximo o tempo em que estejam garantidas a independência e a autonomia. A existência de morbidades que repercutem entre si, promovendo o surgimento de sinais e sintomas que muitas das vezes limitam a

capacidade de locomoção, de raciocínio, de coordenação motora, da velocidade de realização de determinados movimentos, entre outras ações, resulta na diminuição da independência do idoso para executar atividades rotineiras.

O processo saúde–doença e o desenvolvimento de incapacidades são determinados por modos de viver. Ao longo do tempo, a atitude de se alimentar de um determinado modo, de praticar exercícios, de fumar, de trabalhar em determinadas funções e sob determinados ritmos contribuem, somados às características biológicas de cada indivíduo, de modo decisivo para a produção de desgastes que resultam em mais saúde ou não. A existência por si só de uma morbidade que comprometa muito o indivíduo fisicamente ou emocionalmente, pode levar a incapacidades.

Autopercepção, capacidade funcional e morbidades são questões interdependentes. Representam a possibilidade de se lidar com a presença de doenças e com as próprias limitações que o corpo adquire em função da idade que avança. Este processo que se inicia quando se nasce, não termina em nenhuma idade ou época da vida e de modo pontual. Por isto mesmo, após os 60 ou 70 é possível interferir sobre a qualidade de vida, de formas diferentes, com possibilidades diferentes, a partir do controle de determinadas doenças, da prevenção da sua instalação, de assumir hábitos, atitudes ou comportamentos que produzam a sensação de satisfação e bem estar, de ter garantido o acesso a práticas saudáveis, muitas vezes condicionado pela inserção social dos indivíduos e não meramente por opção, mas por falta de opções.

A avaliação da saúde do idoso tem na capacidade funcional a condição de marcador da qualidade de vida desta parcela da população e à semelhança do que se utiliza como proxy de melhorias das condições de vida, pelos indicadores de mortalidade infantil e materna, a manutenção da independência do idoso deverá refletir o sucesso dos investimentos de promoção, prevenção, controle e reabilitação voltados para garantir as melhores condições de saúde da população em geral.

Análise por Área de Planejamento de Saúde

Algumas áreas apresentam proporções mais elevadas de coexistência de 4 e mais doenças – AP 5.3; 5.1 e 3.1 (Mapa 10.2).

A área 5.3 – Santa Cruz – é mais jovem e uma das mais pobres da Cidade. A 5.1 – Bangu – é de ocupação mais antiga, com importante contingente populacional acima de 60 anos e também com um perfil socioeconômico mais empobrecido. E a AP 3.1 – Penha – assim como Bangu, tem importante parcela da população na faixa acima dos 60 anos e mescla um pouco mais as características populacionais em termos sociais e econômicos, com importante parcela de população empobrecida.

A análise da distribuição do número de doenças auto-referidas, dentro de cada uma das Áreas de Planejamento de Saúde, reflete a inexistência de um padrão que seja ditado exclusivamente por características socioeconômicas ou demográficas de cada área. Em áreas mais homogêneas, quanto à condição socioeconômica e estrutura etária, como a 5.3 (Santa Cruz), a coexistência de doenças tende a ser mais freqüente. Em áreas em que há maior diversidade de situações – uma mistura populacional – pobres e ricos, idosos mais jovens e idosos muito velhos – convivendo em um mesmo espaço – não se observa padrão. Ora a estrutura etária parece influenciar mais para o acúmulo de doenças, ora a questão econômica é determinante. Neste sentido, a análise deveria enfocar unidades menores, talvez as regiões administrativas, ou até mesmo os bairros, com modelos de análise estatística mais adequada.

Tabela 10.V Proporção de idosos segundo Área de Planejamento (AP) e nº de morbidades - 2006

Nº de Morbidades	AP										
	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Nenhuma	8,9 b	9,3 c	7,6 b	10 c	9,2 c	9,1 c	9,6 b	9,8 c	6,9 c	10,2 c	6,7 c
1 doença	18,3 a	21,5 b	19,4 b	15,7 b	12,5 b	16,9 b	20,1 b	18,4 b	21,4 b	22,6 b	14,6 c
2 doenças	23,3 a	25,3 b	22,3 b	23,2 b	25,4 b	25,5 b	21,5 b	23,3 b	19 b	25 b	24,6 b
3 doenças	20,2 a	17,6 b	22,6 b	21,6 b	22,2 b	20 b	19,3 b	19,7 b	20,3 b	15,1 c	21 b
4 ou + doenças	29,3 a	26,3 b	28,1 b	29,5 b	30,7 b	28,5 b	29,5 b	28,8 b	32,4 b	27,1 b	33,1 b
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	493.728	35.420	77.179	51.949	59.722	49.199	68.797	42.742	49.709	34.444	24.566

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Nas análises anteriormente apresentadas, identifica-se a existência de associação entre renda, escolaridade e número de morbidades. Desta forma, na análise por AP encontra-se a representação espacial das diferenças socioeconômicas e demográficas existentes entre as populações das diferentes áreas da Cidade.

Áreas com população mais envelhecidas – AP 2.1 e 2.2 – não aparecem com freqüências elevadas de 4 ou mais doenças coexistentes, pois a melhor condição de vida está relacionada

à menor existência de comorbidades. Entretanto, o componente etário tem importante peso no surgimento de doenças, definindo nas áreas com maior proporção de população idosa, a existência de maiores freqüências de 3 doenças para as mesmas AP 2.1 e 2.2.

As AP 3.2 e 3.3 possuem características mais heterogêneas. Estas AP, apresentam respectivamente 17% e 14% da população acima de 60 anos e condições socioeconômica em que se encontra parcela expressiva da população empobrecida, mas coexistem também grupos populacionais mais ricos e de classe média (Convênio IPP/IUPERJ/IPEA, 2004).

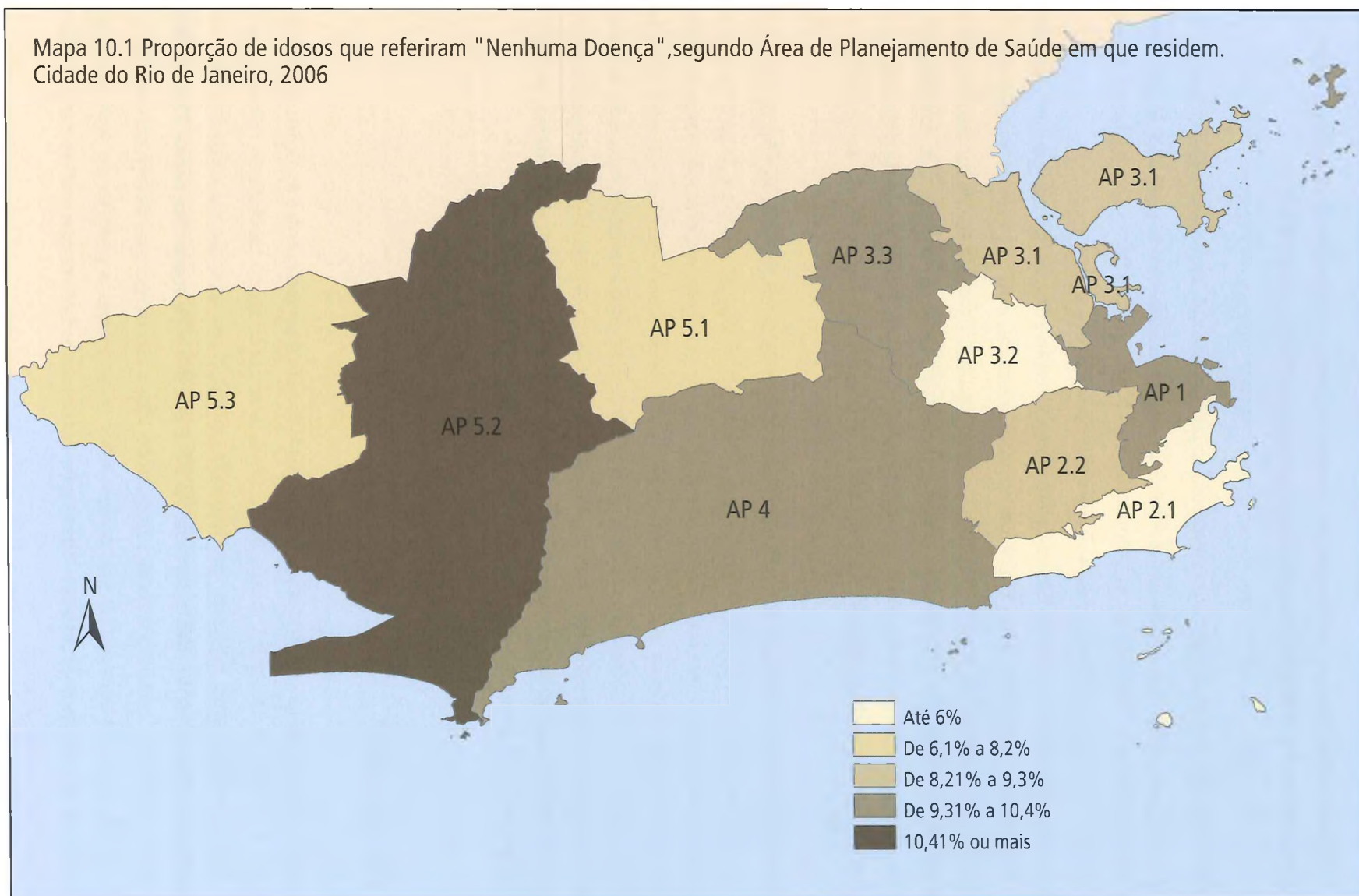
Áreas como AP 5.2 e 4.0 – Campo Grande e Jacarepaguá estão entre as que apresentam menores freqüências de população idosa. Em termos socioeconômicos, a AP 5.2 vem se transformando com aumento do setor de serviços e indústria, o que resulta em melhorias das condições de vida e ocupação da área com população mais rica, mas assim como as AP 5.1 e 5.3, apresenta-se, ainda, como uma das mais pobres da Cidade. Já a AP 4.0, tem grande parcela da população em classes pobres, com um grupo social de grande poder econômico na região da Barra da Tijuca.

A AP 1.0 apresenta percentuais relativamente mais baixos de comorbidades. Por outro lado, em termos de estrutura etária está entre as áreas mais envelhecidas da Cidade e as características socioeconômicas são de uma população que tende para um perfil empobrecido. As desigualdades entre os níveis de pobreza encontrados entre as AP, determinam padrões de adoecimento diversos. Como área de ocupação mais antiga da Cidade, com importante estrutura de serviços, ressaltando-se aí a extensa rede de serviços de saúde instalados, a população mais pobre desta área tem maiores possibilidades de acesso e consumo que áreas em que os problemas de infraestrutura são mais intensos.

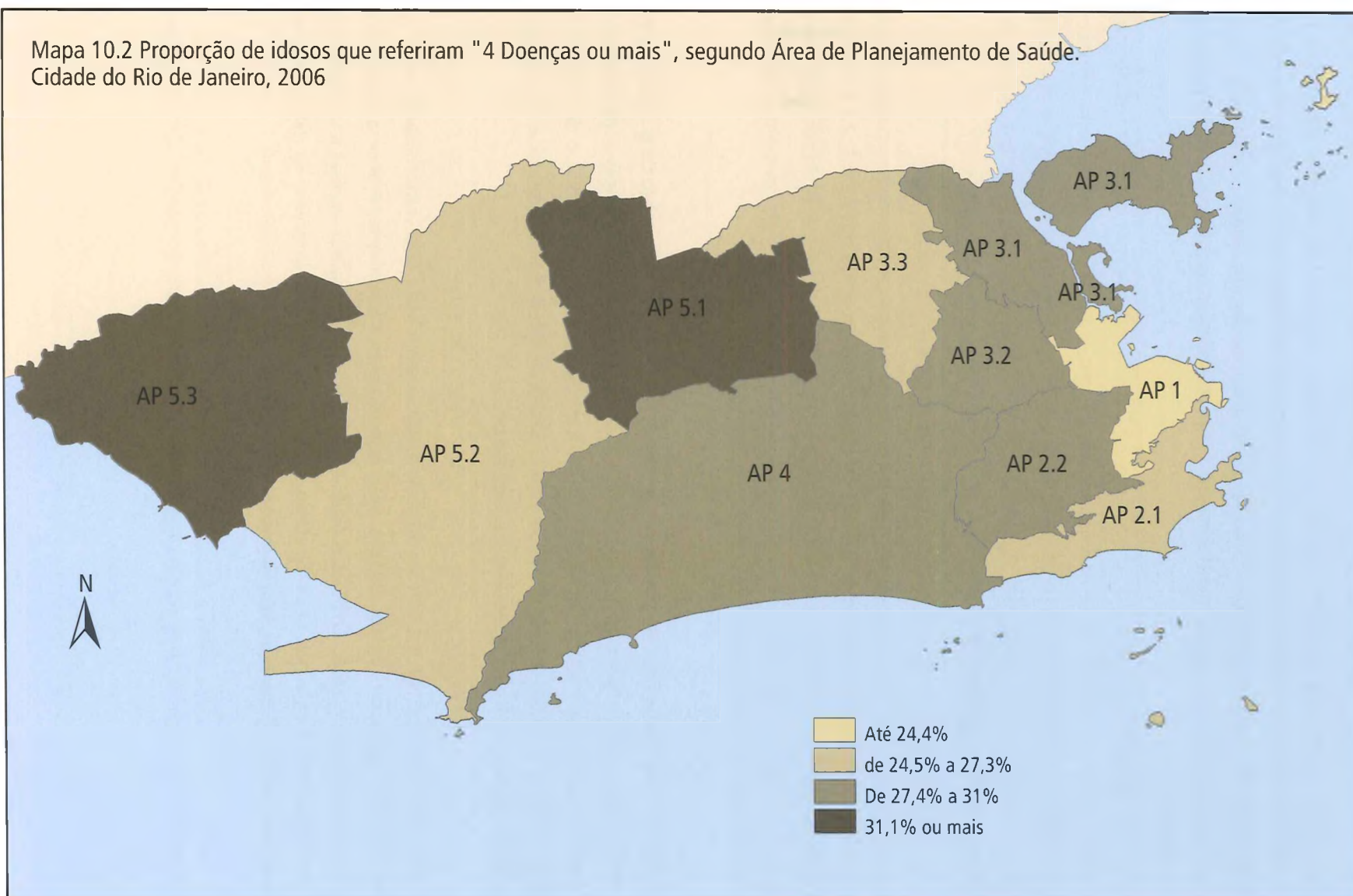
As Doenças nas AP

As maiores freqüências de Hipertensão Arterial (HA) foram observadas entre os idosos residentes nas AP: 5.3; 4.0; 5.1; 3.2 e 3.3 (Mapa 10.3). Deve-se lembrar que a morbidade referida deve ser compreendida como indicador de demanda potencial por atenção ou cuidado e não de prevalência propriamente. Neste sentido, as AP 5.3 e 4.0 com respectivamente 72% e 70% de referência à HA, que não possuem população idosa tão numerosa, devem ser analisadas a partir de situações específicas, que podem estar relacionadas a padrões de sedentarismo, consumo de alimentos inadequados, obesidade, entre outros fatores que podem determinar o desenvolvimento da doença.

Mapa 10.1 Proporção de idosos que referiram "Nenhuma Doença", segundo Área de Planejamento de Saúde em que residem. Cidade do Rio de Janeiro, 2006



Mapa 10.2 Proporção de idosos que referiram "4 Doenças ou mais", segundo Área de Planejamento de Saúde.
Cidade do Rio de Janeiro, 2006



De um outro lado têm-se as AP 2.1 e 2.2 com menores freqüências de HA – respectivamente 53% e 57% . Áreas com praticamente 20% do total da população de 60 anos ou mais, mas que não refletem maiores proporções de referência à HA. Melhores condições de vida e maior possibilidade de usufruir situações voltadas para a promoção da saúde – atividade física, alimentação saudável e também informação – são elementos condicionantes do processo saúde-doença.

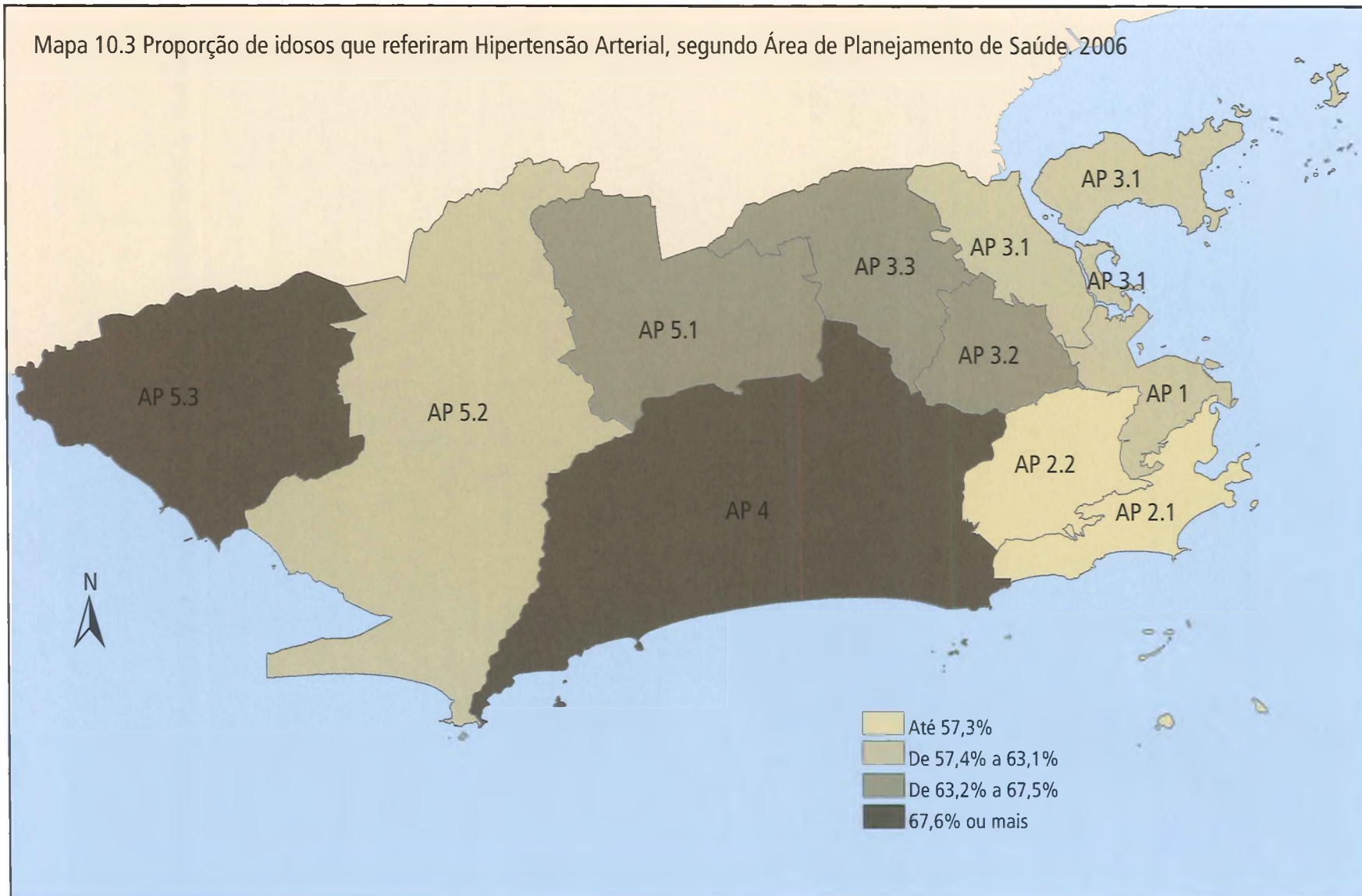
O Diabetes Mellitus (DM) foi mais referido nas AP 3.3 e 5.1. As AP com menores freqüências foram AP 3.2 e 2.1. (Mapa 10.4). Assim como para a HA, a referência ao DM está também relacionada a hábitos que estão diretamente ligados às questões de alimentação e atividade física. A avaliação nutricional das populações destas áreas subsidiaria a identificação de diferenças entre estas populações.

Algumas outras doenças foram observadas pelas AP da Cidade. A Depressão apareceu mais freqüentemente nas AP 1.0, 5.3 e 3.1. A Artrite esteve mais presente nas AP 3.1, 2.1 e 3.2. E a Catarata nas AP 2.1, 2.2 e 5.1. Estes resultados podem expressar a identificação de determinantes relacionados às condições de vida e de perfil etário. A Depressão mais freqüente em áreas mais pobres e a Artrite e a Catara em áreas mais envelhecidas.

A análise da morbidade referida por AP, seja em termos de intensidade quanto de qualidade dos problemas de saúde, resume uma questão: este nível de análise não contempla a identificação de nenhum padrão que esteja dissociado da caracterização social, econômica e demográfica destas diferentes regiões que compõem a Cidade. Deste modo, a maior freqüência de doenças é definida por duas condições – etária e socioeconômica.

Quanto mais homogênea em termos sociais, maior a associação das comorbidades com as características sociais da região. Quanto mais heterogênea socialmente, menor a associação entre comorbidades a características sociais. Neste último caso, outras variáveis intervêm na determinação de associações. O perfil etário é um dos fatores que intervêm na determinação de maior acúmulo de doenças, mas ele, em si, não é decisivo.

Mapa 10.3 Proporção de idosos que referiram Hipertensão Arterial, segundo Área de Planejamento de Saúde. 2006



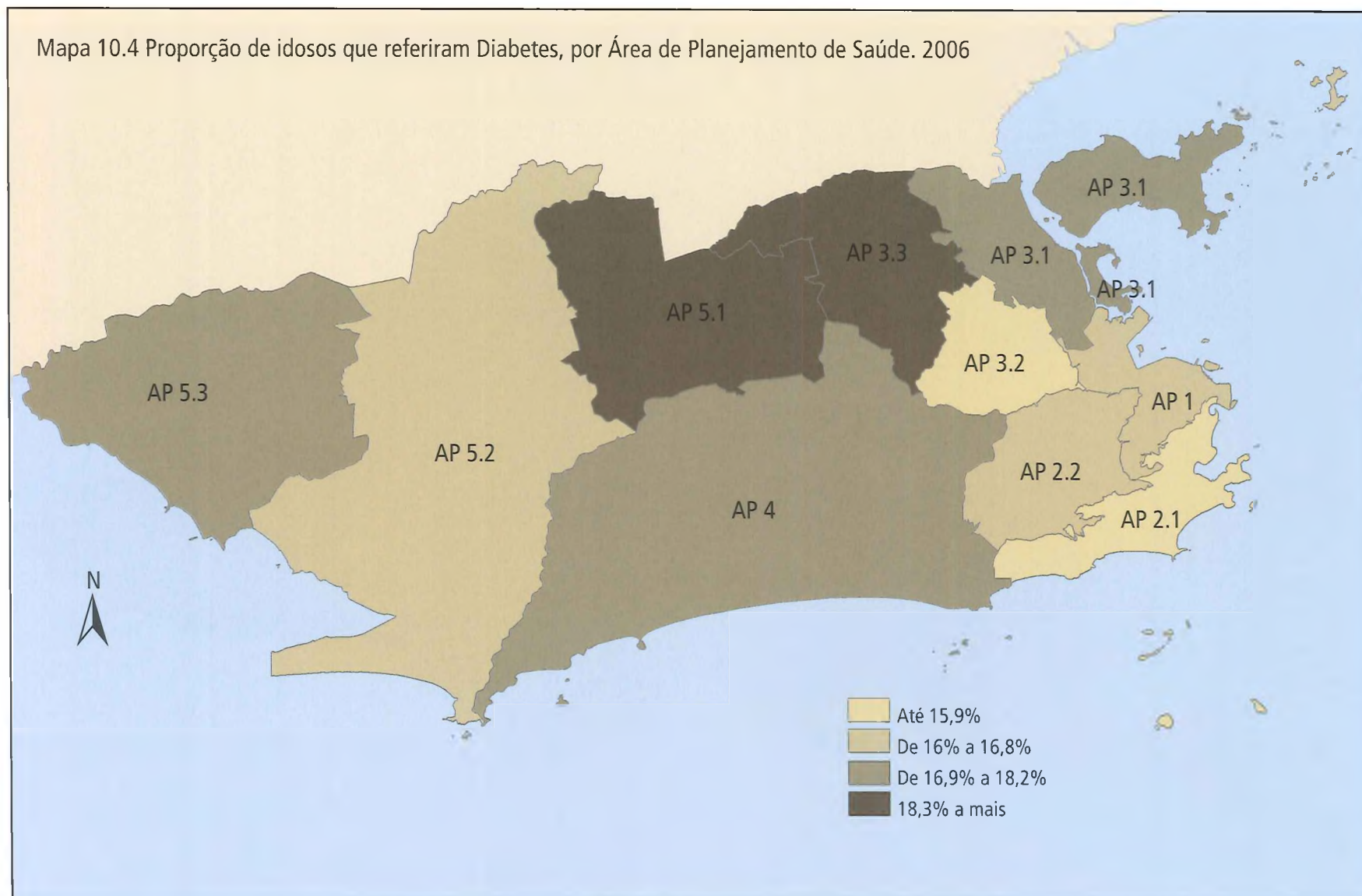


Tabela 10.X Frequência de Morbidades Referidas segundo Área de Planejamento - 2006

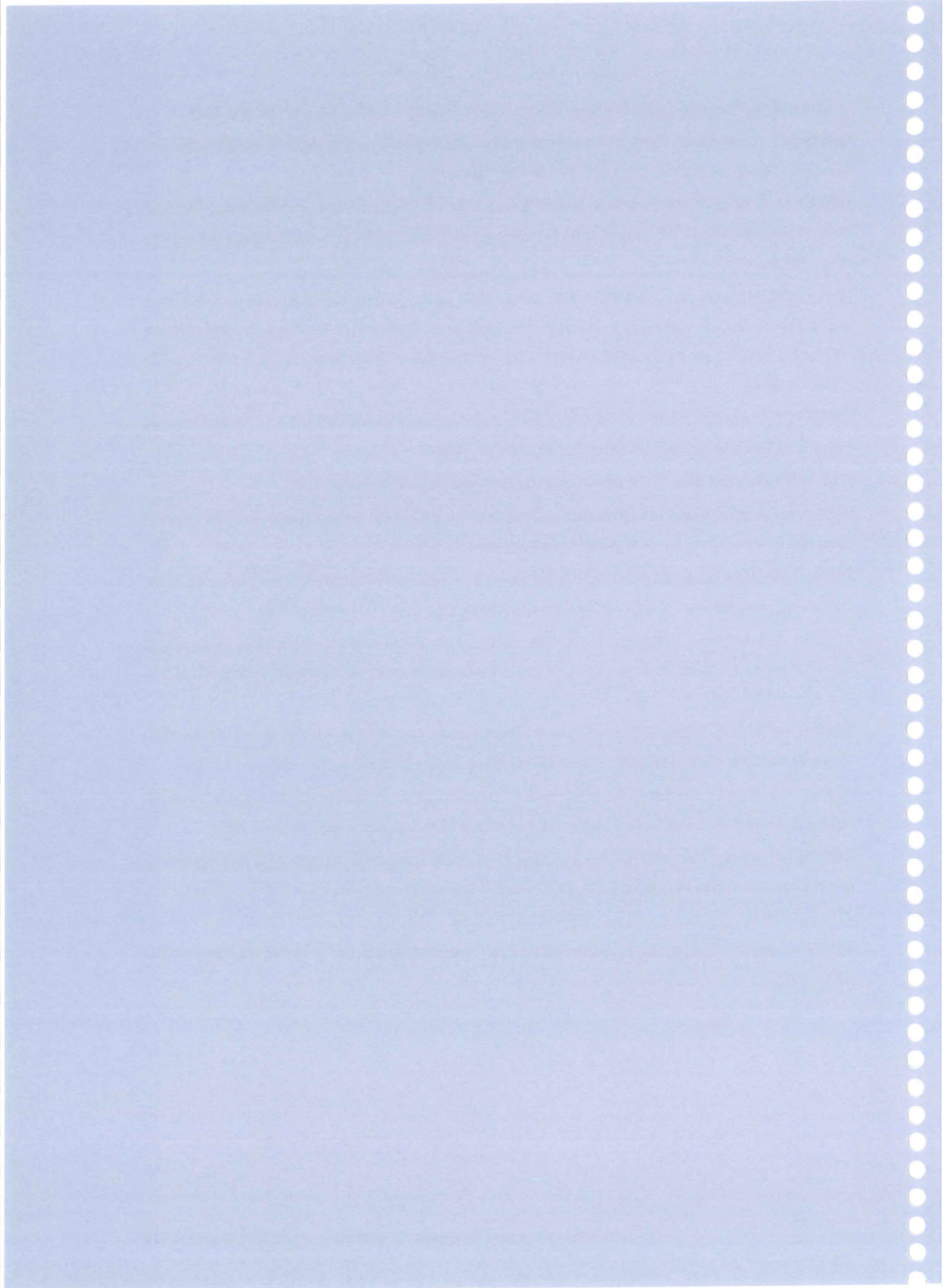
Doença	AP										
Hipertensão	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	62,8	a 61,4	b 52,8	a 57,3	a 62,8	a 66,2	a 64,9	a 69,6	a 67,5	a 63,1	a 71,8
Não	37,2	a 38,6	b 47,2	a 42,7	b 37,2	b 33,8	b 35,1	b 30,4	b 32,5	b 36,9	b 28,2
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	515.054	40.481	79.017	53.901	60.864	51.468	72.296	43.680	50.722	37.514	25.111
Diabetes	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	17,6	a 16,8	b 15,3	b 16,8	b 18,1	b 15,9	b 20,7	b 17,9	b 20,3	b 16,7	b 18,2
Não	82,4	a 83,2	a 84,7	a 83,2	a 81,9	a 84,1	a 79,3	a 82,1	a 79,7	a 83,3	a 81,8
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	515.137	39.815	79.304	54.667	61.158	51.464	72.142	43.805	50.813	36.857	25.111
Asma	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	13,4	a 14,7	c 13,4	b 15,9	b 11,5	b 13,7	b 14,1	b 11,0	c 14,9	b 14,2	c 9,8
Não	86,6	a 85,3	a 86,6	a 84,1	a 88,5	a 86,3	a 85,9	a 89,0	a 85,1	a 85,8	a 90,2
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	513.438	37.837	79.617	54.273	61.076	51.452	72.288	43.807	50.564	37.545	24.979
Pneumonia	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	17,0	a 14,6	c 17,2	b 16,7	b 18,4	b 15,8	b 17,3	b 13,9	b 17,7	b 18,4	b 21,7
Não	83,0	a 85,4	a 82,8	a 83,3	a 81,6	a 84,2	a 82,7	a 86,1	a 82,3	a 81,6	a 78,3
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	513.896	37.575	79.752	54.397	61.391	51.328	72.429	43.777	50.577	37.691	24.979
Câncer	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	5,7	b 4,4	c 8,4	b 7,4	c 5,8	c 5,7	c 3,5	c 6,6	c 4,7	c 3,1	d 5,4
Não	94,3	a 95,6	a 91,6	a 92,6	a 94,2	a 94,3	a 96,5	a 93,4	a 95,3	a 96,9	a 94,6
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	513.104	37.646	79.478	54.517	61.391	51.179	71.987	43.931	50.452	37.544	24.979
Artrite	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	47,6	a 47,2	b 50,2	a 47,4	b 51,3	a 50,2	a 46,9	a 43,1	b 47,2	b 39,8	b 47,0
Não	52,4	a 52,8	b 49,8	a 52,6	b 48,7	a 49,8	a 53,1	a 56,9	a 52,8	a 60,2	b 53,0
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	516.583	39.512	79.752	54.516	61.326	51.601	72.429	43.804	50.813	37.857	24.973
Insuf. Cardíaca	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	12,6	a 11,3	c 11,6	b 10,0	c 12,4	b 12,3	b 15,8	b 9,0	c 13,5	b 16,4	b 14,4
Não	87,4	a 88,7	a 88,4	a 90,0	a 87,6	a 87,7	a 84,2	a 91,0	a 86,5	a 83,6	a 85,6
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	512.892	37.646	79.612	54.367	61.196	50.935	72.010	43.932	50.688	37.532	24.974
Angina	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	9,9	b 10,0	c 9,7	b 7,6	c 8,1	c 9,5	c 9,4	b 7,8	c 12,8	b 14,9	b 12,3
Não	90,1	a 90,0	a 90,3	a 92,4	a 91,9	a 90,5	a 90,6	a 92,2	a 87,2	a 85,1	a 87,7
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	512.970	37.575	79.577	54.277	61.326	51.204	72.255	43.652	50.440	37.691	24.973
AVC/Derrame	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	6,0	b 6,7	c 4,8	c 4,2	c 6,2	c 5,0	c 4,3	c 6,9	c 7,5	c 7,6	c 11,1
Não	94,0	a 93,3	a 95,2	a 95,8	a 93,8	a 95,0	a 95,7	a 93,1	a 92,5	a 92,4	a 88,9
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	513.689	37.507	79.750	54.397	61.326	51.179	72.394	43.932	50.564	37.529	25.111
Catarata	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	34,9	a 33,7	b 41,6	b 41,6	b 34,3	b 32,8	b 29,7	b 33,1	b 37,2	b 27,1	b 34,9
Não	65,1	a 66,3	a 58,4	a 58,4	a 65,7	a 67,2	a 70,3	a 66,9	a 62,8	a 72,9	a 65,1
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	514.643	38.156	79.886	54.486	61.185	51.055	72.438	43.932	50.702	37.692	25.111
Depressão	Total	1.0	2.1	2.2	3.1	3.2	3.3	4.0	5.1	5.2	5.3
Sim	24,7	a 32,3	b 21,3	b 23,5	b 26,7	b 23,3	b 24,6	b 24,0	b 24,1	b 22,5	b 30,8
Não	75,3	a 67,7	a 78,7	a 76,5	a 73,3	a 76,7	a 75,4	a 76,0	a 75,9	a 77,5	a 69,2
Total (%)	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Total (N)	515.003	38.087	79.886	54.517	61.326	51.477	72.573	43.932	50.813	37.551	24.841

Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Referências Bibliográficas:

- IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial** – Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 82, n. 4, 2004. Disponível em: < <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2004/Diretriz%20HA.pdf> >. Acesso em 10 mar. 2008.
- ALMEIDA**, Marcia Furquim; **BARATA**, Rita Barradas; **MONTERO**, Cláudia Valencia; **SILVA**, Zilda Pereira da. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 7, v. 4, p. 743 - 756, 2002.
- AMARAL**, Ana Claudia Santos; **COELI**, Cândia Medina; **COSTA**, Maria do Carmo Esteves; **CARDOSO**, Vânia da Silva; **TOLEDO**, Ana Lúcia Araújo; **FERNANDES**, Carla Rodrigues. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, nov/dez. 2004.
- ARGIMON**, Irani I. de Lima; **STEIN**, Lilian Milnitsky. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 64 – 72, jan./fev. 2005.
- BRASIL**. IBGE: Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000 - Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica - número 9, Rio de Janeiro, 2002.
- BRASIL**. Ministério da Saúde. INCA / Secretaria de Vigilância em Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002/2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
- CARVALHO**, Fernanda; **TELAROLLI JUNIOR**, Rodolpho.; **MACHADO**, José Cândido Monteiro da Silva Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p. 617 - 621, jul/set. 1998.
- CAVALCANTI**, Maria das Graças P. de H.; **SAAD**, Paulo Murad. Os idosos no contexto da saúde pública. In: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (Org.). *O idoso na Grande São Paulo*. São Paulo, jun. 1990. p. 181-206.
- CONVÊNIO IPP / IUPERJ / IPEA**. Desenvolvimento Humano e Condições de Vida na Cidade do Rio de Janeiro. Relatório final. 2004.
- GARCIA**, Maria Alice Amorim; **ODONI**, Ana Paula de Carvalho; **SOUZA**, Caio Silvério; **FRIGÉRIO**, Rafaela Marega; **MERLIN**, Sílvia Stahl. Idosos em cena: falas do adoecer. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 18, p. 537 – 572, set/dez. 2005.
- GIACOMIN**, Karla C.; **UCHOA**, Elizabeth; **FIRMO**, Josélia Oliveira Araújo; **LIMA-COSTA**, Maria Fernanda. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 80 – 91, jan/fev. 2005.
- JAIME**, Patrícia Constante; **MONTEIRO**, Carlos Augusto. Fruit and vegetable intake by brazilian adults, 2003. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 21, supl.1, p. S19 - S24, 2005.
- KATZ**, Sidney. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 31, n. 12, p. 721 - 727, Dec. 1983.
- LAURENTI**, Ruy; **JORGE**, Maria Helena Prado de Mello; **GOTLIEB**, Sabina Lea Davidson. Perfil epidemiológico da

- morbi-mortalidade masculina, *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35 - 46, jan / mar. 2005.
- LAWTON, M. Powell; BRODY, Elaine M.. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*; v. 9, n. 3, p. 179 - 186. 1969 (Autumn).
- LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE na América Latina e Caribe. Organização Panamericana da Saúde / Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo. 2003.
- LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria; GIATTI, Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735 – 743, Jun. 2003.
- NAVARRETE, Manuel Fco Jiménez; PÉREZ, Leonor Ruiz. Perfil educativo en los pacientes crónicos. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, v. 55, n. 543, p. 89 - 93, abr / jun. 1998.
- OMS / Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz: Pesquisa Mundial de Saúde – 2003
- OPAS. Análisis Comparativo del Envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela, 1993. Technical Report No. 38. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7 – 19, jan/fev. 2005.
- PEREIRA, Renata Santos; CURIONI, Cíntia Chaves.; VERAS, Renato Peixoto. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002,- *Textos sobre Envelhecimento*, Rio de Janeiro: UERJ/UnATI, v. 6, n. 1, p. 43 – 59, 2003.
- RAMOS, Luiz Roberto - Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo - *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793 - 798, mai / jun. 2003.
- RAMOS, Luiz Roberto; COELHO FILHO, João Macedo. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.5, p. 445 - 453, out. 1999.
- RAMOS, Luiz Roberto; PERRACINI, Mônica Rodrigues; ROSA, Tereza Etsuko da Costa; KALACHE, Alex. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v. 8, p. 313 - 323, 1993.
- VERAS, Renato Peixoto (Org). *Terceira idade: desafios para o terceiro milênio*. Rio de Janeiro : Relume-Dumará , UnATI, 1997.



Percepção do Estado de Saúde

Introdução

A saúde dos idosos está centrada na manutenção da independência e autonomia. Para alcançá-las, é necessário conhecer informações mais detalhadas sobre diferentes aspectos da saúde deles. Vários estudos já vêm utilizando, além de informações demográficas e sócio-econômicas, as relacionadas com a distribuição das doenças crônicas (Mendoza-Sassi e Beria, 2007), capacidade funcional (Rosa et al, 2003) e percepção dos idosos (Alves e Rodrigues, 2005) sobre seu estado de saúde (Lebrão e Duarte, 2003; Lima-Costa et al, 2004).

A auto-percepção de saúde vem sendo utilizada em vários estudos (Lebrão e Duarte, 2003; Brasil 2004; Brasil 2007), sendo considerada um método confiável, capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. A percepção mostrou ser um importante indicador de mortalidade: pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde excelente. Além de preditor da mortalidade (Alves e Rodrigues, 2005), a percepção da saúde, ou auto-avaliação da saúde, também está relacionada ao declínio funcional, sendo utilizada em pesquisas gerontológicas. (Ramos, 2003; Negri et al, 2004; Alves e Rodrigues, 2005; Lima-Costa, 2004 e 2007).

Uma das razões mais importantes para o uso da percepção da saúde como indicador da condição de saúde do idoso é sua robustez e consistência na predição de eventos adversos, incluindo a mortalidade (Lima-Costa 2004, 2007).

Outro aspecto que merece destaque sobre auto-percepção está na afirmação de Appels et al (1996) quando citado por Alves e Rodrigues (2005): a auto-percepção associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas em saúde.

A percepção do estado de saúde tem sido utilizada em vários estudos como o Projeto Epidoso, um estudo longitudinal com idosos residentes no Município de São Paulo. Neste estudo, que teve início em 1991, a auto-avaliação de saúde negativa foi considerada um dos fatores que aparentemente influenciaram o risco de morte no resultado de uma análise bivariada. (Ramos, 2003).

O objetivo deste módulo é investigar a percepção de saúde entre os idosos e suas características socioeconômicas, capacidade funcional, morbidades, rede de apoio, etc.

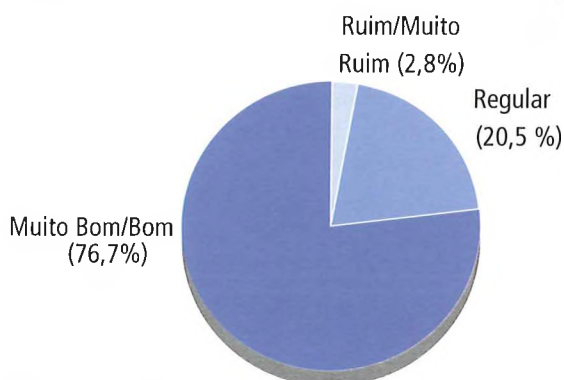
Para avaliar a percepção do estado de saúde, utilizou-se a pergunta: “Em comparação com outras pessoas da sua idade, como considera seu próprio estado de saúde?”. Esta pergunta já foi utilizada em estudos internacionais como CINDI¹, CARMEM², BRFSS³, NHANES⁴ e também em estudos brasileiros (Brasil, 2000; Brasil, 2004; Lebrão e Duarte, 2003).

Para medir a auto-avaliação do estado de saúde, foram utilizadas cinco categorias: Muito Bom, Bom, Regular, Ruim e Muito Ruim. Para facilitar a análise dos resultados foram agrupadas as opções Muito Bom/Bom e Ruim e Muito Ruim.

Resultados

Gráfico 11.1 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde - 2006

N = 517 326



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

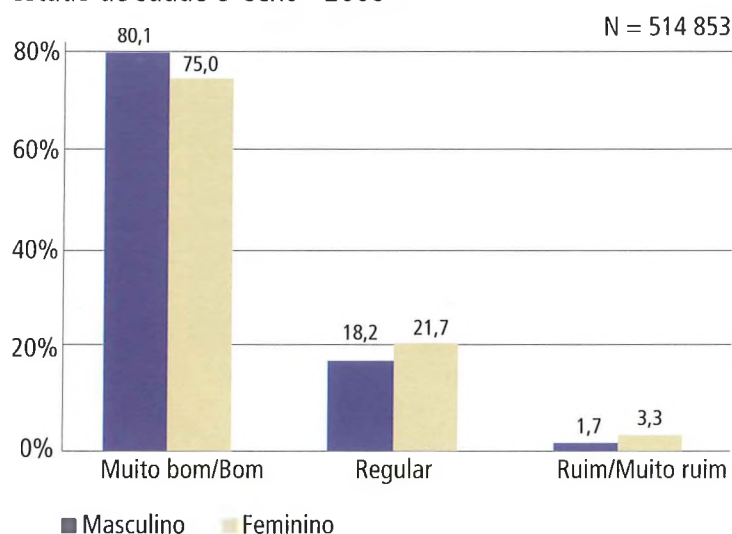
A percepção do estado de saúde Muito Bom/Bom (77%) foi o mais relatado entre os idosos cariocas - Gráfico 11.1.

1. Country Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme; 2. Conjunto de Acciones para La Reduccion Multifactorial de Enfermedades No transmisibles, WHO; 3. Behavioral Risk Factor Surveillance System, Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 4. National Health and Nutrition Examination Survey.

Mulheres são mais críticas que os homens: a percepção de estado de saúde regular e ruim é mais declarada pelas idosas (22% e 3%, respectivamente) que idosos (18% e 2%)- Gráfico 11.2.

Com relação à distribuição da percepção por faixa etária, não existem diferenças marcantes

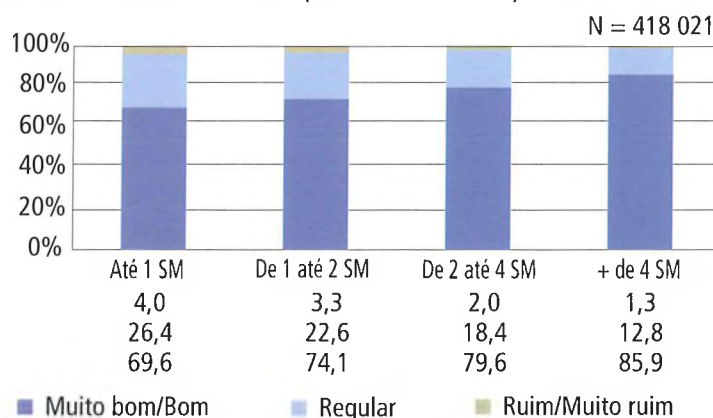
Gráfico 11.2 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e sexo - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

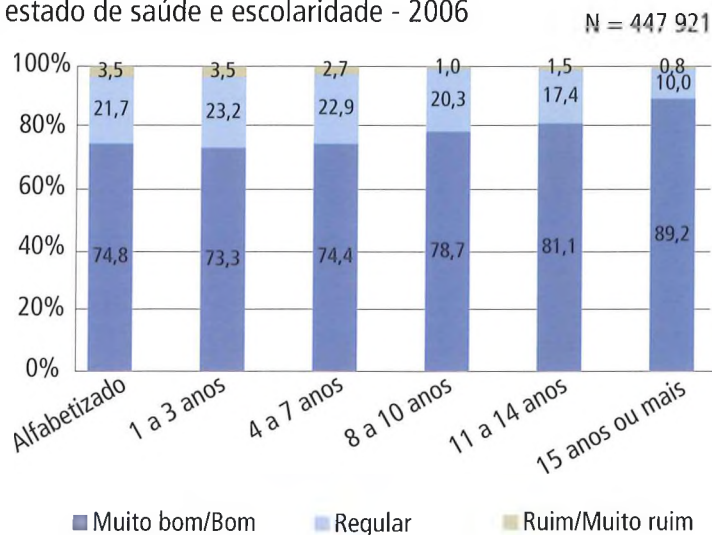
A percepção do estado de saúde apresenta uma relação direta com a renda: quanto maior o poder aquisitivo, maior a proporção dos que declaram sua saúde como Boa/Muito Boa e vice-versa - Gráfico 11.3.

Gráfico 11.3 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e renda (salários mínimos) - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

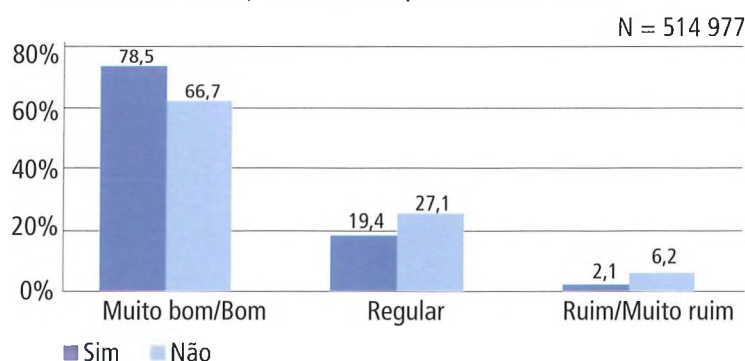
Gráfico 11.4 Proporção dos idosos segundo percepção do estado de saúde e escolaridade - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Exceto para os alfabetizados, vale a seguinte regra: aumentos de escolaridade implicam melhor percepção do estado de saúde. O estado de saúde Muito Bom/Bom, varia de 73% (até 3 anos de estudo) até 89% (15 ou mais anos de estudo), o que representa um aumento de 22% - Gráfico 11.4.

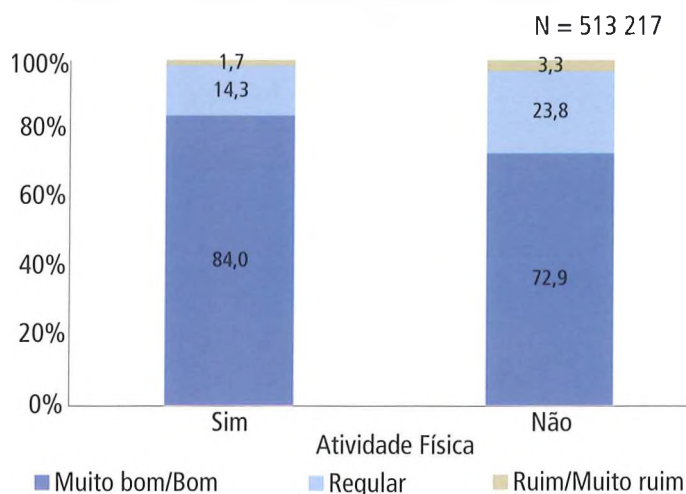
Gráfico 11.5 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e pessoa com quem contar - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A percepção do estado de saúde Muito Bom/Bom é um pouco maior entre idosos que têm com quem contar (79%), já entre os que não têm com quem contar ela atinge 67% - Gráfico 11.5.

Gráfico 11.6 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e atividade física - 2006

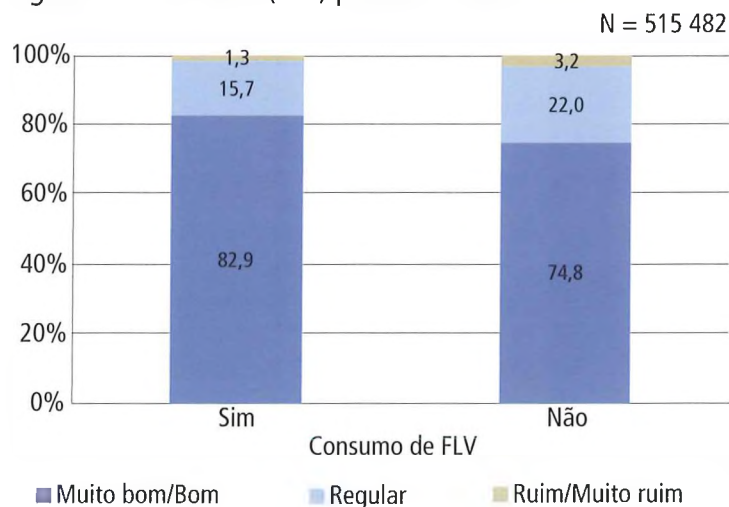


Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Idosos que realizam atividades físicas regulares (igual ou maior que cinco vezes por semana, no mínimo 30 minutos/dia) declararam percepção do estado de saúde Muito Bom/Bom um pouco maiores (84%) do que aqueles que não atingem a recomendação (73%) - Gráfico 11.6.

O mesmo padrão foi observado entre idosos que consomem pelo menos 5 porções de frutas, verduras e legumes (FLV) por dia, ou seja, entre os que faziam alimentação saudável recomendada a percepção do estado de saúde Muito Bom/Bom era pouco mais elevada (83%) do que aquela dos que não faziam (75%) - Gráfico 11.7.

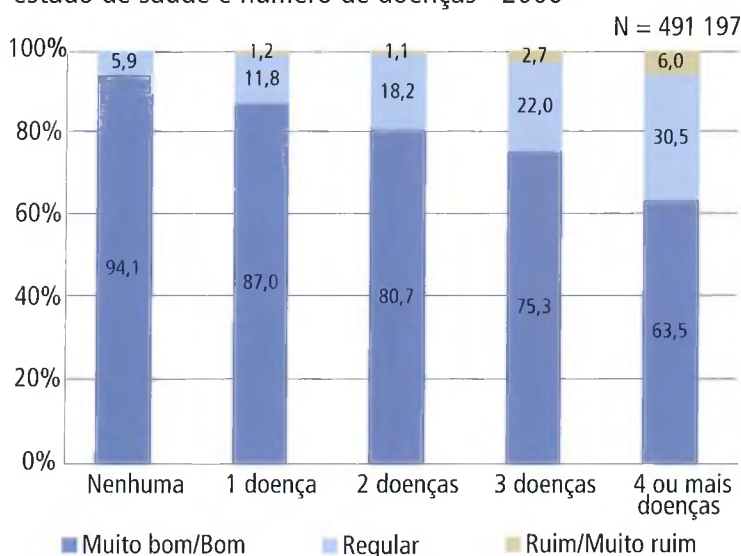
Gráfico 11.7 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e consumo de 5 porções de frutas, legumes ou verduras (FLV) por dia - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

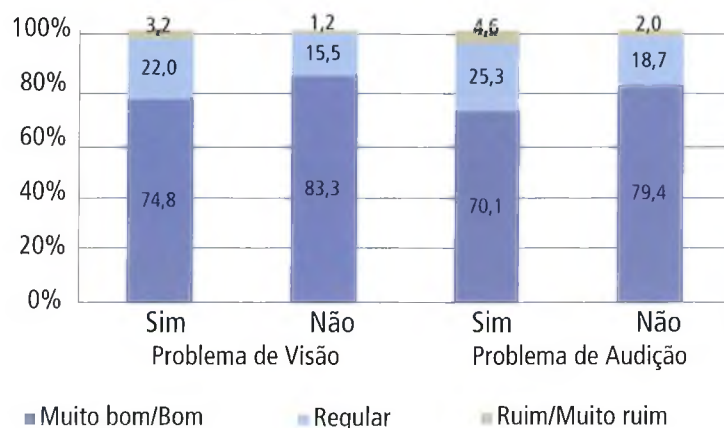
Idosos sem doença apresentam melhor percepção do estado de saúde: 94% afirmaram percepção Muito Bom/Bom, 6% Regular, sem nenhum relato de Ruim/Muito Ruim. Por outro lado, em comparações com os demais grupos, idosos com 4 ou mais doenças declararam os menores percentuais para a percepção do estado de saúde Muito Bom/Bom (64%) e maiores percentuais para Regular (31%) e Ruim/Muito Ruim (6%) - Gráfico 11.8.

Gráfico 11.8 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e número de doenças - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

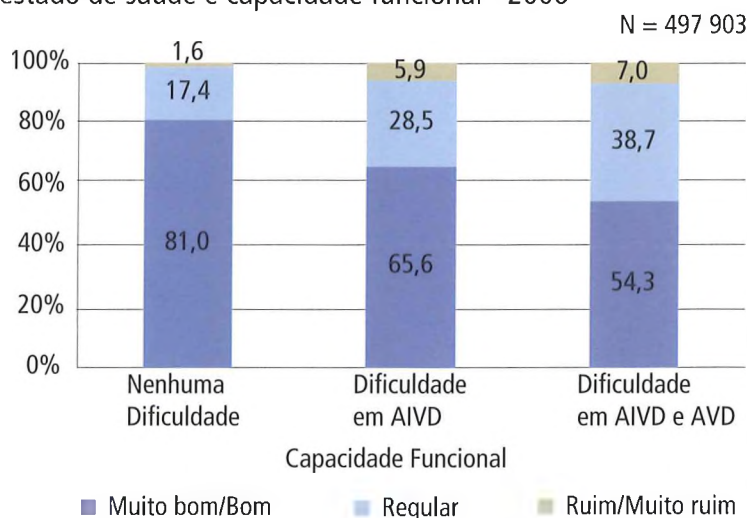
Gráfico 11.9 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde por problema de visão (N = 512 945) e audição (N = 512 083) - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Problemas auditivos e visuais guardam diferenças em função não apenas de custo (aparelhos auditivos são mais caros) mais também de adaptação (o uso de aparelho auditivo pode ser influenciado por fatores como: idade, severidade da perda de audição, nível de motivação para melhorar sua audição, etc). Estes aspectos podem influenciar na análise da percepção do estado de saúde, já que idosos com problemas auditivos declararam percepção Muito Bom/Bom (70%) um pouco menor que idosos com problemas visuais (75%) - Gráfico 11.9.

Gráfico 11.10 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e capacidade funcional - 2006

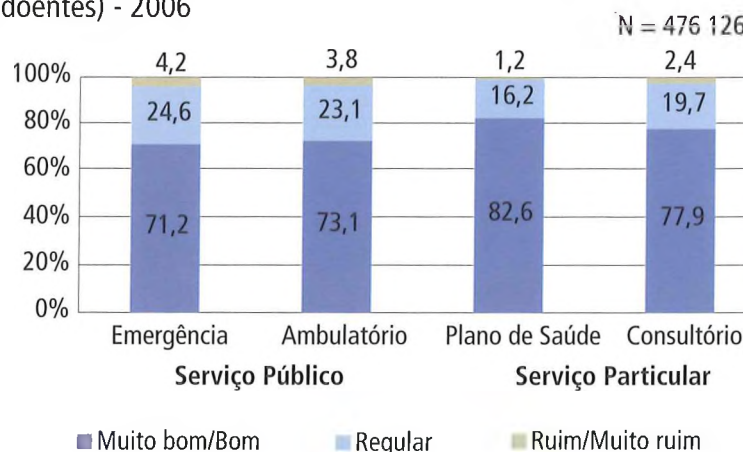


Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A percepção do estado de saúde do idoso tem relação direta com a capacidade funcional: idosos independentes declararam maiores percentuais de percepção Muito Boa /Boa (81%) e, na medida em que surgem as dificuldades, caem os percentuais: 66% para dificuldade em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e 54% para dificuldades em AIVD e Atividades de Vida Diária (AVD). - Gráfico 11.10.

A percepção do estado de saúde Muito Bom/Bom foi um pouco maior entre idosos que procuram os serviços dos planos de saúde (83%) e consultório particular (78%), quando estão doentes - Gráfico 11.11.

Gráfico 11.11 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde e uso dos serviços de saúde (quando estão doentes) - 2006

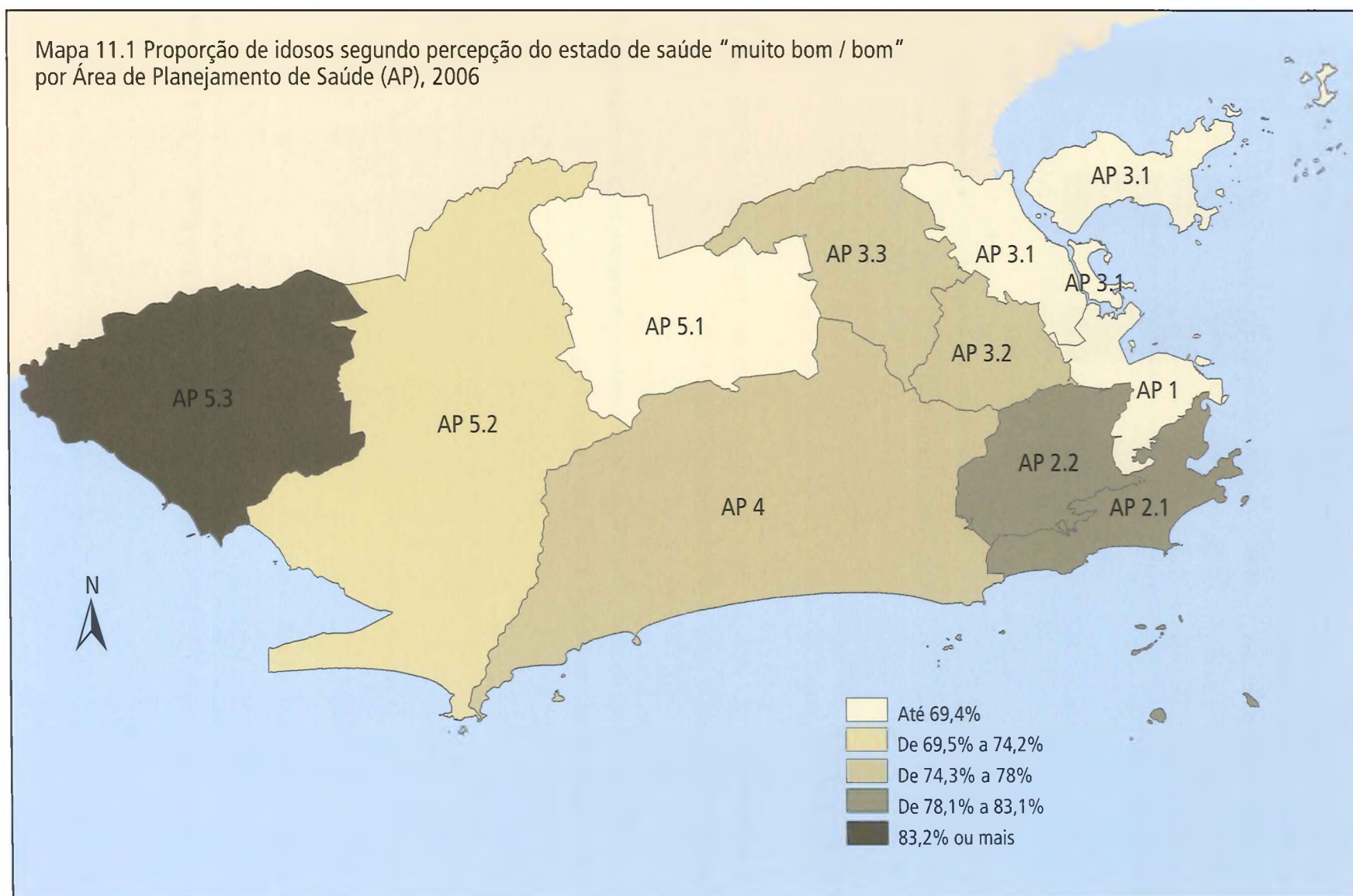


Fonte: Pesquisa Idoso/2006

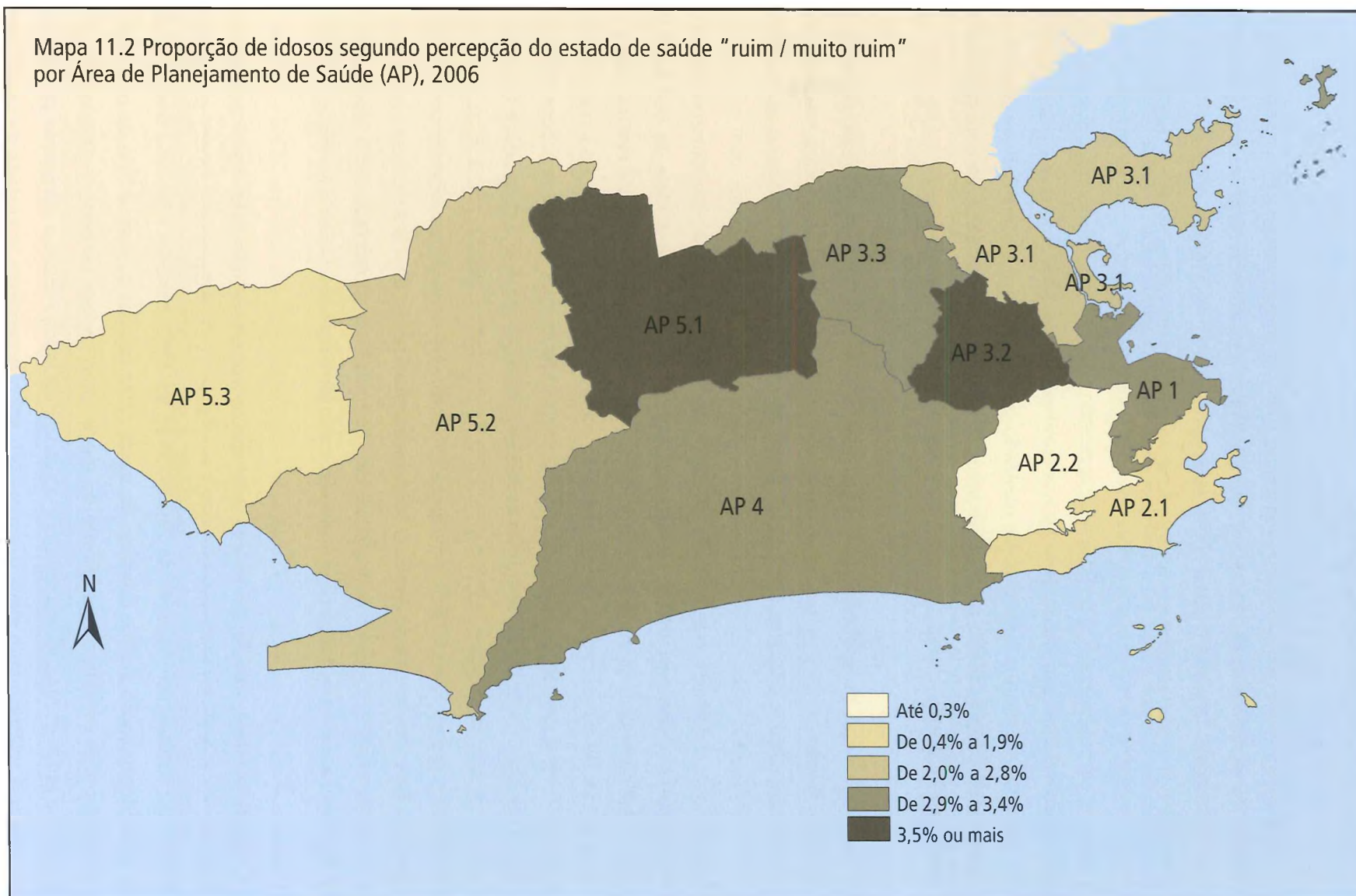
Análise por AP

As Áreas Programáticas (AP), 2.1, 2.2 e 5.3 apresentaram percentuais acima de 78% para as percepções do estado de saúde Muito Bom/Bom – Mapa 11.1.

A percepção do estado de saúde Ruim/Muito Ruim revelou percentuais mais elevados para as AP 5.1 e 3.2 com percentuais entre 3,5 a 4,0% - Mapa 11.2.



Mapa 11.2 Proporção de idosos segundo percepção do estado de saúde "ruim / muito ruim" por Área de Planejamento de Saúde (AP), 2006



Discussão e Considerações Finais

Em comparação a outras pessoas da mesma idade, 76% dos idosos entrevistados, relataram que seu estado de saúde era Muito Bom/Bom. Comparado ao estudo multicêntrico com população idosa em São Paulo (Lebrão e Duarte, 2003), estes percentuais foram mais elevados. A percepção Regular/Má dos idosos paulistanos atingiu 54%, restando 46% para a avaliação positiva. Essa avaliação se repete na maioria dos países onde foi realizada a pesquisa, exceto Buenos Aires e Montevideú, com valores acima de 50% para as referências positivas. Vale lembrar que o estudo multicêntrico denominado Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, SABE que teve a cidade de São Paulo como representante brasileira, foi realizado por inquérito domiciliar, enquanto que os resultados deste estudo foram obtidos em amostra de idosos participantes de uma campanha de vacinação da gripe.

Com relação ao sexo, os resultados mostraram que as mulheres parecem ser mais críticas que os homens no que tange à percepção do estado de saúde, corroborando com o resultado de outros estudos (Lebrão e Duarte, 2003; Brasil, 2004). Mesmo na população em geral, as mulheres apresentam queixas com maior frequência (Lebrão et al, 1991). Estudos com populações idosas também confirmam que as mulheres declaram estado de saúde ligeiramente inferior ao dos homens (Camarano, 2002). Estes resultados podem reforçar a idéia de que haveria maior mortalidade para as mulheres, incompatível com os atuais padrões de mortalidade em pessoas idosas. Novos resultados foram revelados na investigação de Alves e Rodrigues (2005), mostrando melhor percepção por parte das mulheres idosas, quando são aplicados modelos de regressão logística múltipla, incluindo as variáveis doenças crônicas e capacidade funcional. Quando a variável capacidade funcional foi incluída no modelo logístico binário, as mulheres idosas tiveram menor chance (9%), em relação aos homens, de se autoavaliarem como tendo saúde ruim. Este mesmo estudo analisou a interação entre sexo e doenças crônicas para a auto-percepção de saúde e conclui que: a autopercepção ruim foi mais relatada entre idosos com 4 ou mais doenças crônicas, tanto para mulheres como para homens. (Alves e Rodrigues, 2005).

Com relação à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o aumento da percepção conforme o avanço das faixas etárias. Camarano (2002) ao analisar o estudo do suplemento especial da PNAD-Saúde de 1998 também observou semelhança, pois 83% da população avaliou o estado de saúde como regular ou bom e 75% da população de 80 anos e mais considerou seu estado de saúde como regular ou bom. O estudo mostrou que, mesmo entre os mais idosos, embora o avançar da idade reduza a percepção positiva da saúde, ainda é relativamente elevada em relação aos que declaram um estado de saúde bom ou regular.

Estudos conduzidos em diferentes populações idosas têm mostrado que existe associação entre percepção de saúde e as seguintes variáveis: condição sócio-econômica (Alves e Rodrigues, 2005) e uso de serviços de saúde, incluindo visitas a médicos e hospitalizações (Lima-Costa, 2004). Os resultados das duas Pesquisas Nacional por Amostra Domicílios (1998 e 2003) são consistentes com essas observações, mostrando uma estrutura da percepção da saúde baseada na escolaridade, condições e uso de serviços de saúde, além da idade e do sexo. (Lima-Costa, 2007).

A renda guarda importante relação com a autopercepção de saúde, confirmando resultados de outras pesquisas (Lima-Costa, 2004; Alves e Rodrigues, 2005): idosos com renda mais baixa apresentam percepção ruim do estado de saúde.

Padrão semelhante foi observado com a escolaridade, mostrando que idosos com mais anos de estudo apresentaram boa percepção de saúde. Alves e Rodrigues (2005) apontam a escolaridade como um importante fator de proteção da percepção ruim de saúde, sendo observado que a inclusão da variável escolaridade no modelo de regressão binária logística múltipla reduziu, inclusive, as diferenças entre sexos.

Os resultados para número de doenças crônicas corroboram com os encontrados em outros estudos, mais doenças crônicas implicam maior probabilidade do idoso declarar percepção ruim, principalmente quando possui 4 ou mais doenças. Alves e Rodrigues (2005) abordam esta questão, mostrando que é possível que idosos com duas ou três doenças crônicas possam se considerar saudáveis, quando tais doenças estão controladas.

Os resultados encontrados neste estudo confirmam os já apresentados no estudo de Lebrão e Duarte (2003), mostrando que, conforme aumenta o grau de dependência, maiores as chances de os idosos terem percepção ruim da sua saúde. Alves e Rodrigues (2005) ressaltam que a capacidade funcional é um dos principais determinantes na autopercepção do idoso. As avaliações subjetivas mais pessimistas mostraram-se altamente associadas à dependência moderada/grave: a chance foi 9 vezes maior entre os que perceberam sua saúde como má ou péssima. A variável avaliação subjetiva da saúde comparada com a de outros idosos manteve-se associada à dependência moderada/grave, mesmo após ajuste para todos os outros fatores (Rosa et al, 2003). Esse resultado confirmou estudo longitudinal anterior (Mor et al, 1989 citado por Rosa et al, 2003), no qual foi encontrado maior risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional para idosos que tinham avaliações mais pessimistas da saúde e entre aqueles que demonstravam apreensão ou ansiedade com respeito à saúde.

Finalmente, a análise da autopercepção de saúde aponta para a necessidade da incorporação na avaliação da saúde do idoso de indicadores como: percepção de saúde, capacidade funcional, além do estudo das morbidades. Para se alcançar envelhecimento saudável é preciso que haja ações integradas que favoreçam a capacidade funcional e a autonomia do idoso, balizada na abordagem dos principais fatores determinantes da autopercepção da saúde como renda, escolaridade, capacidade funcional, morbidade, etc.

Almeja-se que as informações geradas possam se transformar em subsídios para a implantação de programas, para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenção, contribuindo assim para um processo de envelhecimento mais saudável do idoso carioca.

Referências Bibliográficas

ALVES, Luciana Correia; **RODRIGUES**, Roberto Nascimento. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 333 – 341, mai. / jun. 2005.

APPELS, Ad; **BOSMA**, Hans; **GRABAUSKAS**, Vilius; **GOSTAUTAS**, A; **STURMANS**, Ferd. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Social Science & Medicine*, v. 42, n. 5, p. 681 – 689, mar. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA / Secretaria de Vigilância em Saúde. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002/2003. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2006. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_vigitel_2006_marco_2007.pdf > Acesso em: 10 mar. 2008.

BRASIL. IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2000. Disponível em: <http://w2.ibge.gov.br/pub/Estimativas_Projecoes_Populacao/Estimativas_2000/UF_Município.zip>. Introdução> Acesso em : 10 mar. 2008.

CAMARANO, Ana Amélia. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica, Texto Para Discussão Nº 858, Rio de Janeiro: IPEA, jan. 2002. Disponível em: < http://www.ipea.gov.br/pub/td/2002/td_0858.pdf > Acesso em: 11 mar. 2008.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; **FIRMO**, Josélia Oliveira Araújo; **UCHOA**, Elizabeth. Projeto Bambuí: a estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827 - 834. dez. 2004.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; **PEIXOTO**, Sérgio Viana; **MATOS**, Divane L.; **FIRMO**, Josélia Oliveira Araújo; **UCHOA**, Elizabeth. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa

Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1893 - 1902, ago. 2007.

LEBRÃO, Maria Lúcia; **DUARTE**, Yeda Aparecida de Oliveira. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE na América Latina e Caribe. Organização Panamericana da Saúde / Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo. 2003.

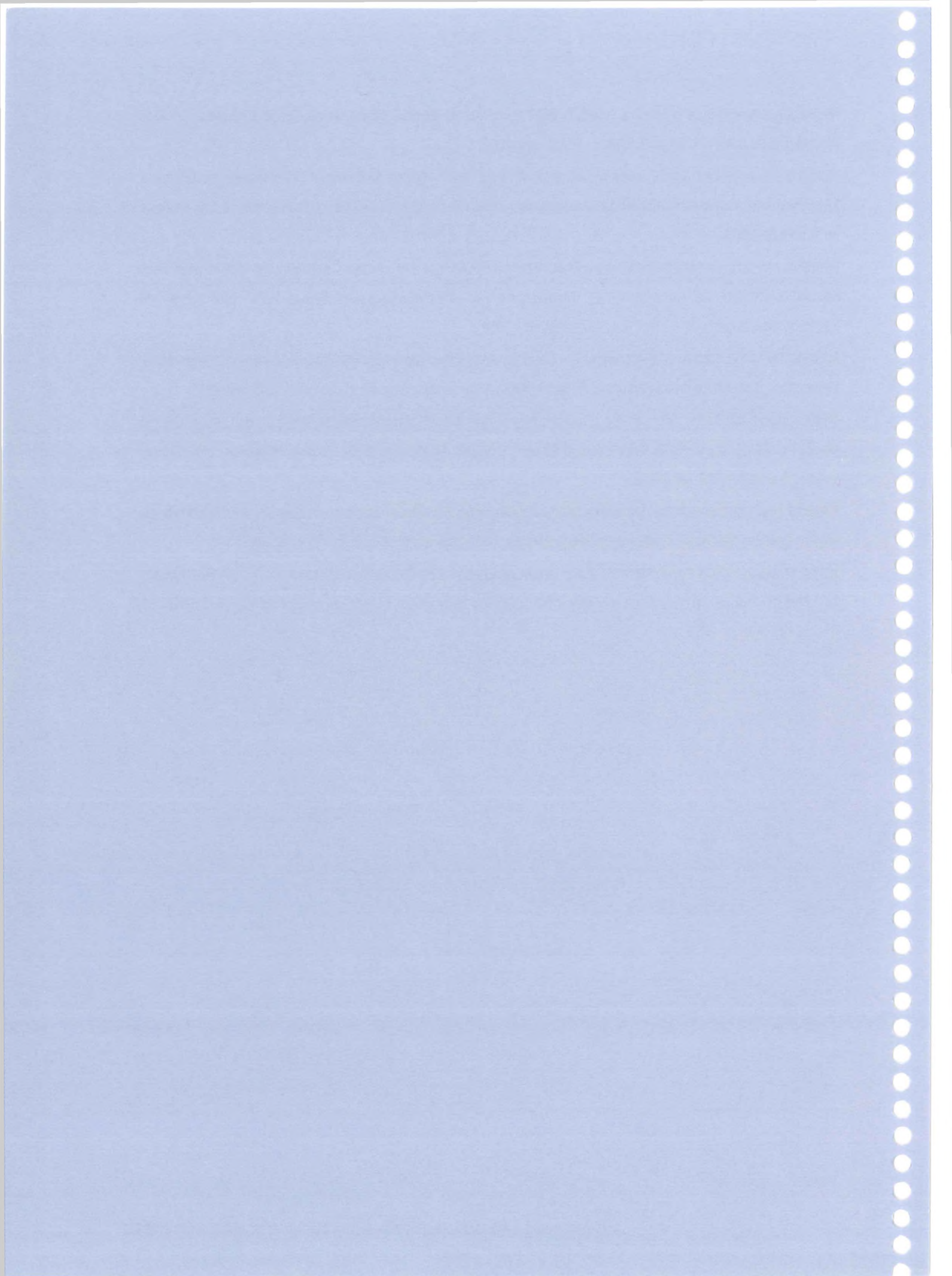
LEBRÃO, Maria Lúcia; **CARANDINA**, Luana; **MAGALDI**, Cecília. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV - Morbidade referida em entrevistas domiciliárias, 1983 - 1984. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 452 - 460, dez. 1991.

MENDOZA-SASSI, Raúl A.; **BÉRIA**, Jorge U. Gender differences in self-reported morbidity: evidence from a population-based study in southern Brazil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 341 - 346, fev. 2007.

MOR, Vincent; **MURPHY**, John; **MASTERTON-ALLEN**, Susan; **WILLEY**, Cynthia; **RAZMPOUR**, Ahmad; **JACKSON**, M. Elizabeth, **GREER**, David; **KATZ**, Sidney. Risk of functional decline among well elders. Journal of Clinical Epidemiology, v. 42, n. 9, p. 895 – 904, jan. 1989.

RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793 - 797, jun. 2003.

ROSA, Teresa Etsuko da Costa; **BENÍCIO**, Maria Helena D'Aquino; **LATORRE**, Maria do Rosário Dias de Oliveira, **RAMOS**, Luiz Roberto. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40 – 48, fev. 2003.



Introdução

Na cidade do Rio de Janeiro residem 6 milhões de pessoas, sendo, aproximadamente, 870 mil (14%)¹ com idade igual ou superior a 60 anos. Com esta estrutura populacional envelhecida, aumentam os casos de queda que contribuem para elevar índices de morbidade e mortalidade. Associados às fraturas e traumas, colaboram para a redução da capacidade funcional, a diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas, além de elevar os custos com os cuidados de saúde devido à utilização de vários serviços especializados, como hospitalização e cirurgias, contribuindo, também, para uma institucionalização precoce.

As quedas e suas conseqüências aparecem em todas as faixas etárias. Entretanto, é na velhice, onde tornam-se mais freqüentes e apresentam maior risco. Além disso, leva ao bloqueio psicológico, que normalmente se faz presente no pós-queda, devido ao medo de cair novamente; restringindo assim a autonomia no sentido mais amplo.

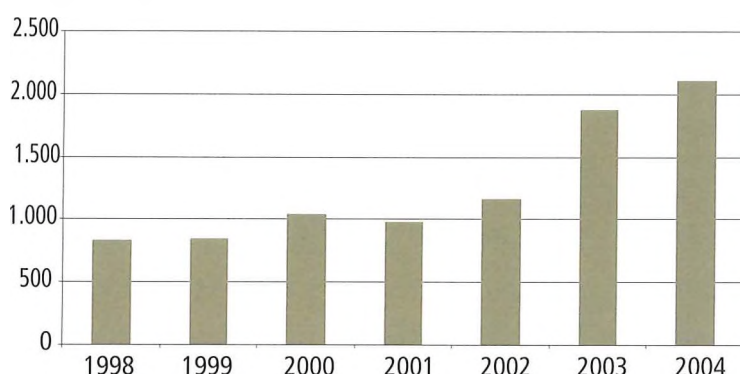
As causas das quedas em pessoas idosas podem ser diversas, incluindo-se distúrbios da marcha e do equilíbrio, que são fatores de risco, principalmente, nos mais velhos. Para que uma queda ocorra, é preciso haver perturbação do equilíbrio e também falha do controle postural em compensar essa perturbação, que pode estar associada a distúrbios fisiológicos, como por exemplo: hipotensão postural, arritmias cardíacas, tonturas ou vertigens, etc., ou, ainda, associada à perturbação externa, como empurrão, tropeço, ou escorregão, que podem ser conseqüências de fatores ambientais.

Existem diferentes tipos de quedas e fatores de risco que precisam ser avaliados e monitorados, introduzindo-se medidas preventivas que identifiquem os idosos mais frágeis.

Cerca de 30% das pessoas idosas caem a cada ano, sendo que esse percentual aumenta para 40% entre idosos com idade acima de 80 anos e para 50% em idosos que residem em Instituições de Longa Permanência (asilos). A incidência de quedas é maior nas mulheres que nos homens, principalmente até os 75 anos. (BRASIL/MS-Caderno de Atenção Básica – nº 19, 2006).

1 Ministério da Saúde - DATASUS - População 60 anos ou mais. Estimativa 2006

Gráfico 12 Internações de idosos em função das quedas
MRJ - 1998 a 2004



Fonte: Datasus

O gráfico serve como indicador do aumento, não só do número de internações por queda, mas também mostra que o crescimento de 151% em seis anos e deve ter sido gerado por combinação de maior contingente de idosos, associado à elevação da média etária deste segmento na cidade.

Identificar os “idosos caidores”, conhecer os riscos e trabalhar a prevenção, é a melhor forma de se encontrar meios de melhorar a qualidade de vida deles.

A queda pode ser definida como “um evento não intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação à sua posição inicial”. A insuficiência súbita do controle postural (desequilíbrio), leva o indivíduo ao chão. A instabilidade postural com a ocorrência de quedas é uma característica do envelhecimento, representando um motivo de preocupação para os idosos, pois pode acarretar incapacidade física e perda da independência (Costa, 1999). A incidência de quedas é diretamente proporcional ao aumento da idade.

- Cerca de 30% das pessoas acima de 60 anos têm pelo menos um episódio de queda por ano. Esse índice aumenta a partir de 75 anos.
- 20 a 30% das pessoas que caem acabam sofrendo agravos que comprometem a mobilidade e reduzem sua independência, aumentando o risco de morte prematura.
- As quedas são responsáveis por 12% dos óbitos na população idosa.
- Aproximadamente 10% das quedas resultam em graves consequências, incluindo-se as fraturas.
- As quedas são responsáveis por cerca de 50% das vítimas de fratura de colo de fêmur e dificilmente voltam a andar como antes - cerca de 20% morrem em seis meses.

Os fatores de risco relacionados à queda podem ser:

1 - Intrínsecos – decorrem de alterações fisiológicas relacionadas à idade avançada, à presença de doenças, a fatores psicológicos e reações à medicações em uso como por exemplo:

- Perda da acuidade visual – catarata, glaucoma, degeneração da mácula, uso de lentes multifocais, etc.;
- Perda da acuidade auditiva;
- Condições clínicas – doenças cardiovasculares, diabetes, demências, déficits cognitivos, problemas no labirinto, problemas osteoarticulares;
- Polifarmácia – uso de cinco ou mais medicamentos, benzodiazepínicos; psicotrópicos, anti-hipertensivos, diuréticos, digitálicos, etc;
- Déficits nutricionais;
- Condições psicológicas – depressão, medo de cair, etc;
- Problemas nos pés – deformidades nos pés, calos, etc;
- Sedentarismo

2 - Extrínsecos (Riscos Ambientais) - relacionados ao comportamento e à atividade da pessoa idosa no meio ambiente.

A maioria das quedas acidentais ocorre dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades do dia a dia, como caminhar, mudar de posição, ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas ocorrem em escadas, sendo que descê-las apresenta maior risco do que subi-las (MS/Caderno de Atenção Básica – nº 19).

A influência dos fatores ambientais no risco de quedas associa-se, em parte, ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa. Quanto mais frágil, mais suscetível. Manobras posturais e obstáculos ambientais, que não são problemas para pessoas idosas mais saudáveis, podem transformar-se em risco à segurança e mobilidade daquelas com alterações em equilíbrio e marcha.

- No domicílio: má iluminação, piso escorregadio, tacos soltos, uso de tapetes não aderentes, animais domésticos, fios de telefone, utensílios espalhados pelo chão, brinquedos, falta de barra de apoio,
- Uso inadequado de sapatos e de roupas;
- Uso inadequado de aparelhos de ajuda à locomoção (bengala, andador)
- Fora do domicílio – nas ruas: calçadas inadequadas e mal conservadas, buracos, má iluminação, nos transportes – dos ônibus ou dentro deles - devido às freadas bruscas dos motoristas e à dificuldade da pessoa idosa em manter o equilíbrio, etc.

O principal objetivo de avaliar a ocorrência de quedas em pessoas idosas, foi de buscar dados para implantação de uma linha de cuidados que vise à prevenção de quedas em pessoas idosas, tendo como base ações de promoção de saúde, na cidade do Rio de Janeiro.

Segundo Downton (1998), Estudo de Base Populacional e com grande número de pessoas idosas indica uma estimativa de incidência de quedas de 28 a 35% em idosos com mais de 65 anos, 35% nos idosos com mais de 70 anos e 32 a 42% nos com mais de 75 anos. Ainda, segundo Downton (1998), os idosos que já sofreram uma queda provavelmente cairão novamente, 60 a 70%. Outro ponto importante é o fato de que pelo menos 50% de idosos em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos/Asilos) corre risco de quedas.

Para fazer esta avaliação, foi utilizada a pergunta "O (A) Sr.(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses?", sendo possível a marcação das seguintes opções:

- 1 () Sim, em casa, da própria altura.
- 2 () Sim, em casa, de lugar elevado.
- 3 () Sim, em via pública.
- 4 () Sim, no ônibus (ou do ônibus).
- 5 () Não.
- 6 () Outro (especifique) _____
- 7 () NI

A análise do perfil das quedas levou em consideração a idade, local da queda, sexo, prática de atividade física, problemas de visão, (incluindo catarata), problemas de audição, doenças osteoarticulares (artrite, artrose, reumatismo, gota) e comorbidades.

Segundo um estudo prospectivo finlandês da população geral (Malmivaara et al,1993), a incidência de quedas com lesões, levando à hospitalização ou morte era maior entre os grupos mais velhos. A incidência de quedas por mil pessoas /ano era de 3,7 para a faixa de 60 a 69 anos, 7,0 para a faixa de 70 a 79 anos e 27,0 para aqueles idosos com mais de 80 anos

Outro estudo importante sobre quedas em pessoas idosas foi feito pelo Projeto SABE – Saúde Bem-Estar e Envelhecimento, no município de São Paulo, no período de janeiro de 2000 a março de 2001, quando foram entrevistadas 1.500 pessoas idosas. Verificou-se que entre os idosos pesquisados 28,6% referiram quedas, sendo que esta frequência aumentou com a idade: 26,2% naqueles com 60 a 74 anos e 36,9% acima de 75 anos. Quanto ao gênero, as mulheres sofreram mais quedas (33%) que os homens (22,3%).

Resultados

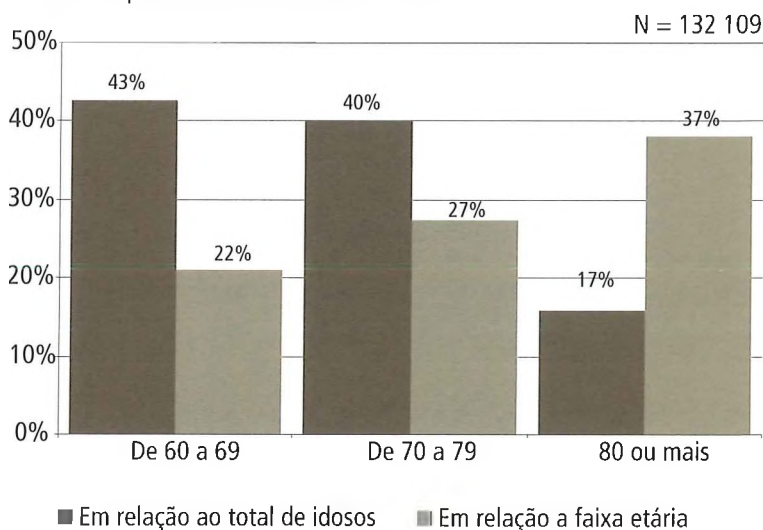
1 - Idosos que sofreram quedas nos últimos 12 meses por faixa etária:

A ocorrência de queda nos últimos doze meses foi observada para 26% dos idosos. Quando se desagrega esta informação por faixas etárias podemos trabalhar com dois tipos de análise: a proporção de queda em relação ao total de idosos e também a proporção de queda dentro de cada uma das faixas etárias. Dentro da faixa etária o grupo de 60 a 69 anos é o que menos cai em termos relativos (22%); cresce a participação na faixa entre

70 a 79 anos (27%) e atinge o pico entre os que têm 80 anos ou mais 37%, ou seja, nesta faixa etária pelo menos um idoso em cada grupo de três idosos já passou pela experiência da queda.

Tendo o total de quedas como referência, os resultados se invertem: a faixa 60 a 69 anos passa a ter o maior percentual de queda (43%) seguida de perto pelo grupo intermediário (40%) restando 17% para o grupo mais longo.

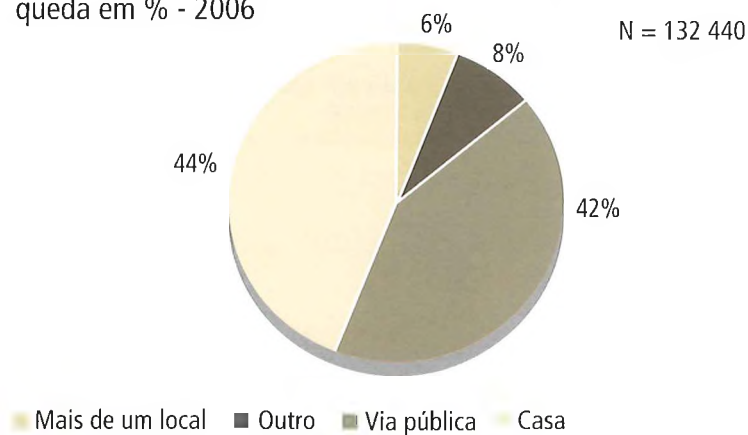
Gráfico 12.1 Proporção de queda em idosos em relação ao total de quedas e faixa etária - 2006



Fonte: Pesquisa dos Idosos / 2006

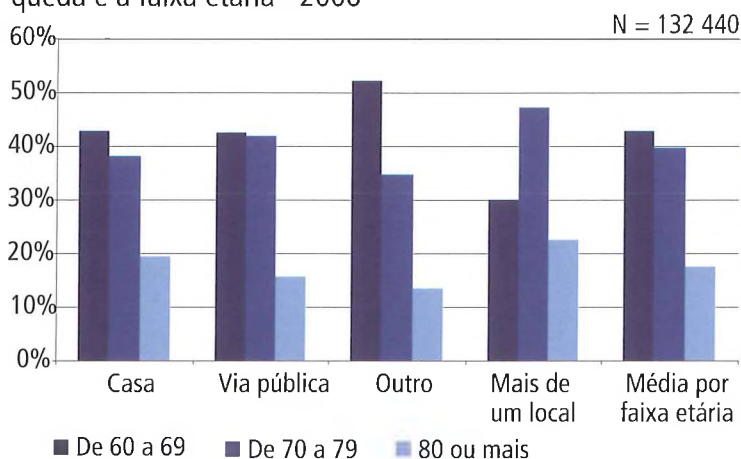
2 – Idosos segundo local onde sofreu a queda de acordo com a faixa etária

Gráfico 12.2 Idosos que sofreram queda, segundo o local de queda em % - 2006



Fonte: Pesquisa do Idoso/2006

Gráfico 12.3 Idosos que sofreram queda, segundo o local de queda e a faixa etária - 2006



Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

O gráfico mostra a distribuição das quedas por local de queda. A informação que mais preocupa é a de 6% dos idosos já passaram por mais de um tipo de queda.

A distribuição de idosos por local de queda segundo a idade, fica bastante influenciada pelo majoritário grupo mais novo, aqueles com menos de 70 anos. Vale lembrar, que optamos por analisar os dados tendo como referência o total de quedas. O gráfico facilita este entendimento, até porque mostramos novamente a distribuição média da cidade por faixa etária, ou seja, qual a participação de cada faixa etária no total das quedas. Outro detalhe interessante é o comportamento dos mais

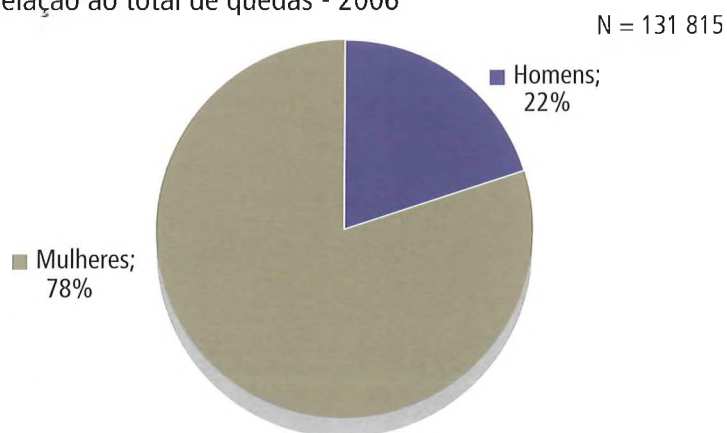
jovens, independente do local de queda, eles sempre têm a maior parcela. O mesmo princípio vale também para os outros dois grupos etários. Os mais velhos tem menor representatividade e o grupo de 70 a 79 anos reforça o papel de intermediário entre os extremos.

As especificidades aparecem claramente em dois locais do gráfico 12.3: nas quedas em via pública quando o grupo mais novo (43%) fica muito próximo do intermediário (42%) e quedas nos outros lugares onde os mais jovens mais se separam (52%) do grupo intermediário (35%) e simultaneamente aponta para a menor participação dos que já completaram 80 anos ou mais (13%). Entre os que caíram em mais de um local desponta as maiores participações dos idosos com 70 anos e mais (47%) e a menor representatividade dos idosos jovens (30%).

3 – Idosos que sofreram quedas, por sexo.

A avaliação das quedas entre sexos, mostrou maior prevalência entre as mulheres 31%, quase o dobro dos homens 17%. Ao avaliar o total de quedas, a relação ainda mais acirrada, pois de cada quatro idosos que sofrem queda, pelo menos três são do sexo feminino (78%).

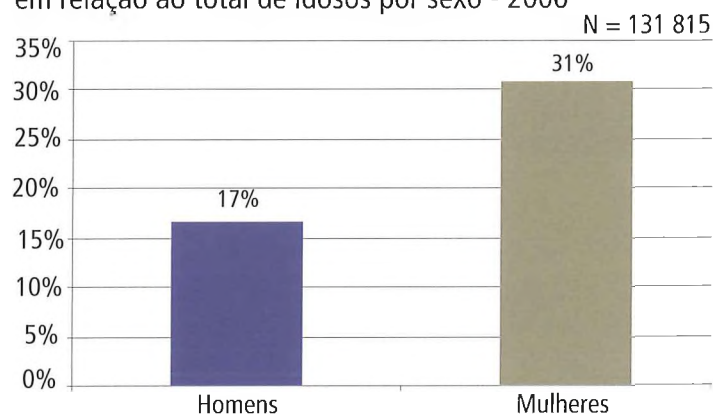
Gráfico 12.4 Idosos que sofreram queda, segundo o sexo em relação ao total de quedas - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso / 2006

Segundo a literatura, a maior ocorrência de quedas em mulheres idosas é um indicativo de que, em sua maioria, ocorrem mais fraturas depois da queda, pois muitas idosas apresentam osteoporose, doença que só se confirma, em muitos casos, após a fratura.

Gráfico 12.5 Idosos que sofreram queda, segundo o sexo em relação ao total de idosos por sexo - 2006

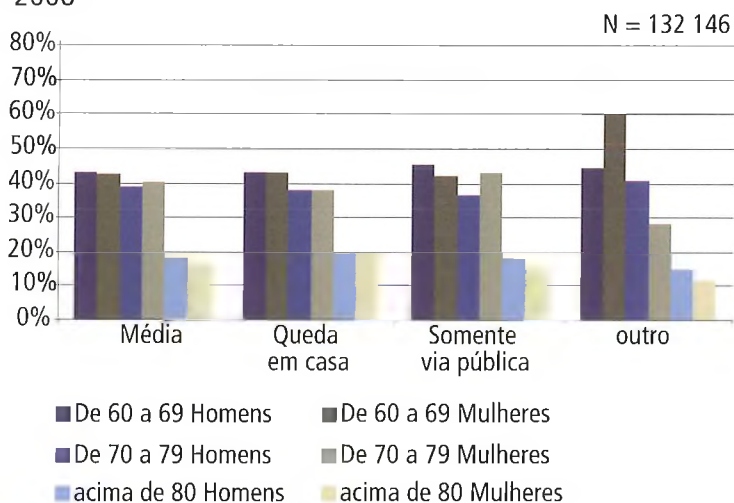


Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

4 – Idosos que sofreram queda, segundo local da queda, faixa etária e sexo em relação ao total de quedas.

Não foi possível trabalhar com todas as possibilidades de respostas, pois algumas como quedas de ônibus, devido à baixa frequência, carregam um erro estatístico acima do tolerado. O gráfico 12.5 facilita a interpretação do cruzamento das três variáveis (queda, idade e sexo). A inclusão da média no gráfico tem o intuito de servir como referência na comparação com os locais de queda mais frequentes. A média serve também para mostrar que entre os sexos a diferença é desprezível, oposto do que ocorre com faixas etárias.

Gráfico 12.6 Idosos que sofreram queda, segundo local da queda, faixa etária e sexo em relação ao total de quedas - 2006



Fonte: Pesquisa dos Idosos / 2006

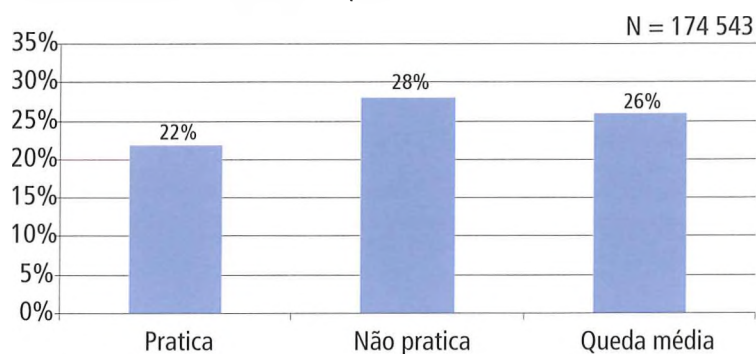
A tendência mais clara que se observa, é o replicar da média tanto para as quedas em domicílio, quanto para as em via pública. No caso das verificadas em domicílio, as idosas do grupo intermediário superam a média, enquanto às do grupo mais longo superam a média. Devo salientar que, como o grupo das três faixas etárias soma 100% estas são dependentes entre si, ou seja, o crescimento de uma implica na redução de uma ou das duas classes restantes.

As quedas em via pública dispensam comentários, pois replicam o comportamento da média. Por fim, a variável quedas em outros locais se caracteriza por destoar das demais em todos os sentidos. As idosas mais jovens despontam como as mais caídas, enquanto pelo lado masculino o grupo jovem aparece com a maior frequência. Outra característica deste grupo é a menor representatividade de idosos mais longevos.

5 – Idosos que praticam atividade física regularmente e que sofreram queda nos últimos 12 meses:

Já está comprovado que a atividade física em pessoas idosas ajuda na prevenção de quedas. Ter uma atividade regular combate o sedentarismo, contribui para o controle da hipertensão arterial e diabetes, aumenta a massa muscular, fortalece a musculatura, melhora o equilíbrio, contribui para a melhoria da marcha, auxilia na socialização, reduzindo riscos de depressão e isolamento social.

Gráfico 12.7 Proporção de queda em idosos que praticam atividade física ou não e a queda média - 2006



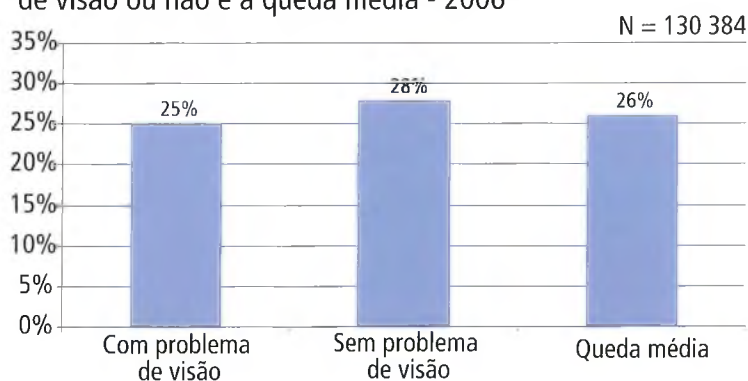
Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

Observou-se que entre idosos que praticam atividade física regular, 22% sofreram algum tipo de queda. Entre os idosos que não praticam nenhuma atividade física regular, a frequência de quedas é maior 28%. Vale lembrar que independente de qualquer problema 26% dos idosos sofreram queda nos últimos 12 meses.

6 – Idosos com problema de visão que sofreram queda nos últimos 12 meses.

Sabe-se que problemas de visão em pessoas idosas contribuem em muito para a baixa qualidade de vida, além de ser um dos fatores de risco para quedas. Os problemas de visão mais frequentes em idosos são: glaucoma, degeneração da mácula, vista cansada, miopia e catarata. Está última condição será abordada isoladamente em outro item. Na maioria dos casos os problemas de visão existentes são passíveis de correção, o que garantiria melhor qualidade de vida ao idoso.

Gráfico 12.8 Proporção de queda em idosos com problema de visão ou não e a queda média - 2006

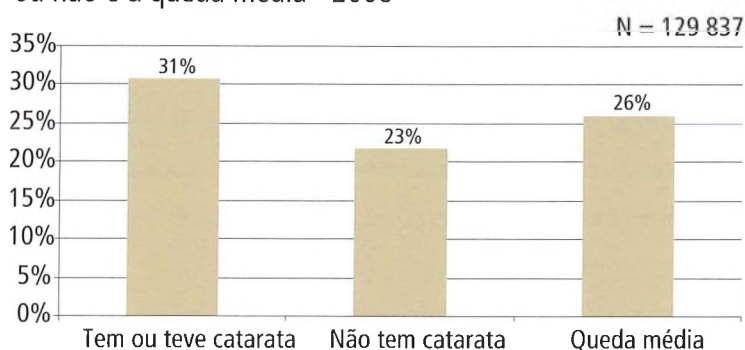


Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

Dos idosos que sofreram quedas, 25% indicaram possuir algum problema de visão. Logo, ao invés de ser considerado um fator de risco, ter algum problema de visão, pelo menos na pesquisa, aparece como um fator de proteção, pois foi superado tanto pela média (26%), quanto pelos que sofreram queda e não referiram problemas visuais (28%). Vale lembrar aqui, que a pesquisa não captou idosos com dificuldades graves de locomoção, nem os asilares. Em outras palavras, a pesquisa se restringiu a idosos com uma certa independência e autonomia e o capítulo relativo a capacidade funcional reflete bem esse perfil.

7 – Idosos que têm ou tiveram catarata e sofreram queda nos últimos 12 meses

Gráfico 12.9 Proporção de queda em idosos com catarata ou não e a queda média - 2006



Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

Como problema de saúde muito freqüente nos grupos etários acima de 60 anos, a catarata é um dos fatores de risco para quedas, pois a visão diminui sensivelmente. A cirurgia para implantação de uma lente concederia ao idoso, novamente, sua visão normal, entretanto o custo do procedimento se torna seletivo. De

acordo com a pesquisa, dos idosos que sofreram quedas, 29% têm ou tiveram catarata.

8 - Idosos que têm ou tiveram problemas de audição e sofreram queda nos últimos 12 meses.

Gráfico 12.10 Proporção de queda em idosos com problema de audição ou não e a queda média - 2006



Fonte: Pesquisa do Idoso/2006

A audição é outro importante fator de risco para ocorrência de quedas, pois além de criar um mecanismo de afastamento do convívio social, levando ao isolamento e à depressão. Dos idosos que sofreram quedas, 34% têm ou tiveram problemas de audição, aliás um índice bem distante do encon-

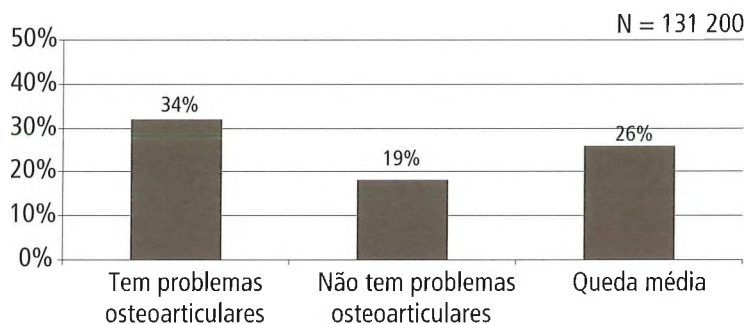
trado para quem não tem problema de audição (24%).

9 – Percentual de idosos que têm ou tiveram doenças osteoarticulares e sofreram queda nos últimos 12 meses

As doenças osteoarticulares: artrite, reumatismo, artrose, gota, são as que afetam os idosos e contribuem para a limitação de sua capacidade funcional no desempenho das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária. Como afetam a mobilidade dos idosos, transformam-se também em fatores de risco para as quedas.

Entre os idosos que sofreram quedas, o percentual de portadores de doenças osteoarticulares chega a 34%, ou seja, uma probabilidade 50% maior que a da média.

Gráfico 12.11 Proporção de queda em idosos com problemas osteoarticulares ou não e a queda média - 2006

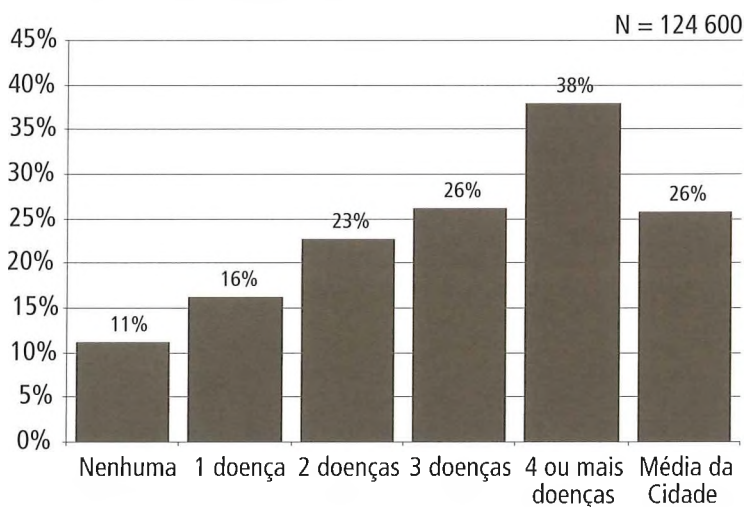


10 - Idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses e doenças auto-referidas.

Na pessoa idosa, o número de doenças coexistentes interfere diretamente em sua qualidade de vida, pois os que referenciam mais de cinco doenças são considerados frágeis, fator que contribui para o risco de quedas.

Observa-se um gradiente em que quanto maior o número de doenças coexistindo, maior a ocorrência de quedas. Entre

Gráfico 12.12 Proporção de queda em idosos, segundo o número de doenças auto-referidas - 2006



Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

os que não se referiram a nenhuma doença a frequência de queda foi de 11%. Já para os que relataram quatro ou mais doenças esta proporção mais que triplica - 38%. Uma coincidência interessante é a de que idosos que acumulam três morbididades têm percentual de queda idêntica à média geral de quedas.

Análise por Área de Planejamento

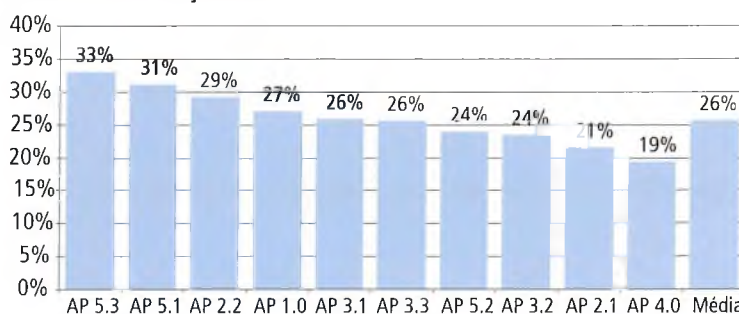
Para os que não tem intimidade com a divisão administrativa da cidade, vale a pena uma consulta ao capítulo 5 – Territorialidade. A região onde se tem a maior proporção de quedas é a AP 5.3 (Santa Cruz) com 33% seguida da AP 5.1 (Bangu, Realengo) com 31%. Nestas duas regiões da zona oeste um em cada três idosos já viveu a experiência da queda.

As menores probabilidades de queda encontram-se na AP 4.0 (Barra da Tijuca, Jacarepaguá) com 19% e a AP 2.1- zona sul (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha) com 21%. Esse resultado parece muito peculiar, principalmente quando se sabe que a AP 2.1 tem a estrutura mais envelhecida da cidade

em oposição a AP 4.0 área de expansão recente e consequentemente ocupada por uma população eminentemente jovem.

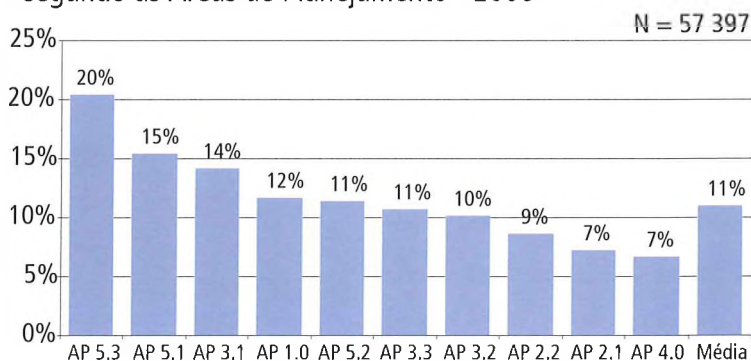
A casa é o principal local de queda de idosos, correspondendo a 44% do universo, ou seja, pelo menos duas em cada cinco quedas de idosos cariocas se dão no espaço privado do lar. Está na AP 5.3 a maior concentração de tombos dentro de casa (20%), seguida da AP 5.1 (15%). Nestas duas AP,

Gráfico 12.13 Proporção de queda em idosos, segundo as Áreas de Planejamento - 2006



Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

Gráfico 12.14 Proporção de idosos caírem em casa, segundo as Áreas de Planejamento - 2006

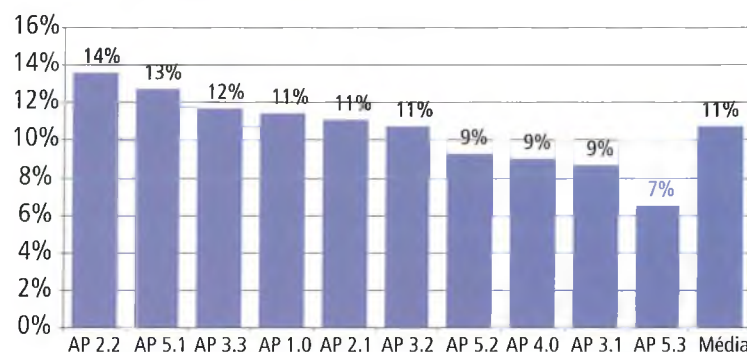


Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

mais da metade dos idosos sofreram queda, na residência. Vale lembrar que a probabilidade de um idoso sofrer queda é de 26% e que a parcela referente a cair dentro de casa representa 11% em média. No outro extremo do gráfico 12.14 despontam a AP 4.0 e a AP 2.1 com a menor proporção de queda domiciliar 7%. Nestas duas AP cair em casa responde por pouco menos de um quarto do local de queda.

Quando se analisa a ocorrência de quedas em via pública, aliás, o segundo principal local de queda (média de 11%), a AP 2.2 desfruta com a maior proporção de idosos que caem (14%), uma proporção 27% superior à média encontrada para via pública. Já na AP 5.3 cair na rua tem pouca representatividade (7%).

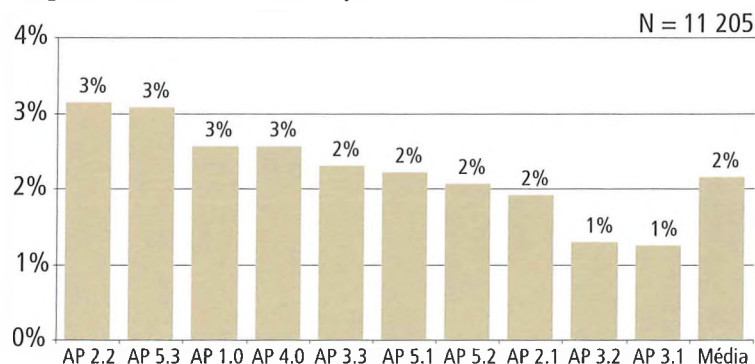
Gráfico 12.15 Proporção de idosos caírem em via pública, segundo as Áreas de Planejamento - 2006



Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

A tipologia outro local de queda aparece como a terceira maior frequência (média de 2%), porém já trabalha com outra escala e uma variação pequena. As AP 2.2 e 5.3 convivem com os maiores índices (3%). As menores probabilidades de queda em outro local se concentram nas AP 3.1 e 3.2.

Gráfico 12.16 Proporção de idosos caírem em outro local, segundo as Áreas de Planejamento - 2006

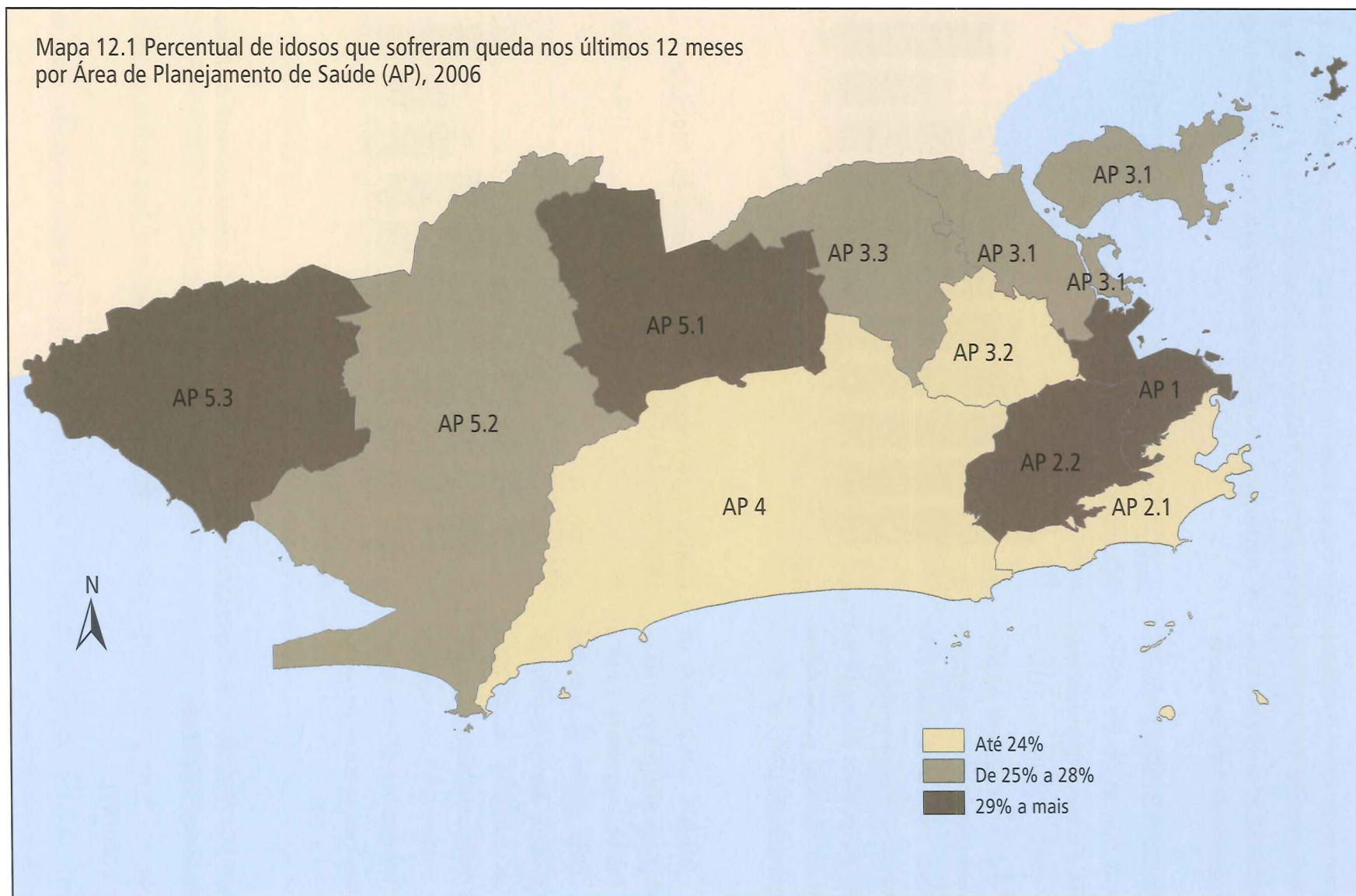


Fonte: Pesquisa do Idoso / 2006

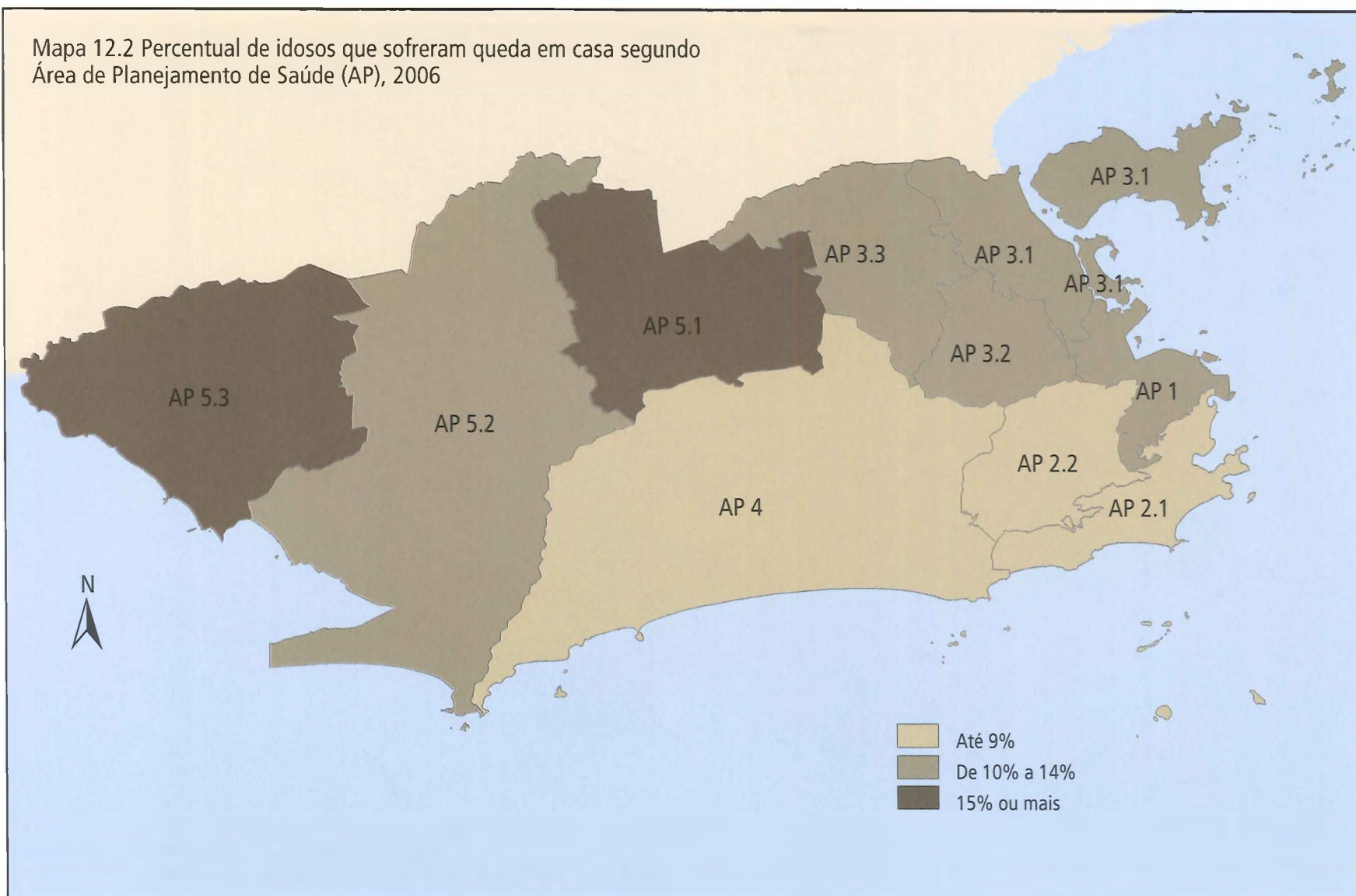
Mapa 12.1 Percentual de Idosos que sofreram queda nos últimos 12 meses por Área de Planejamento de Saúde (AP)

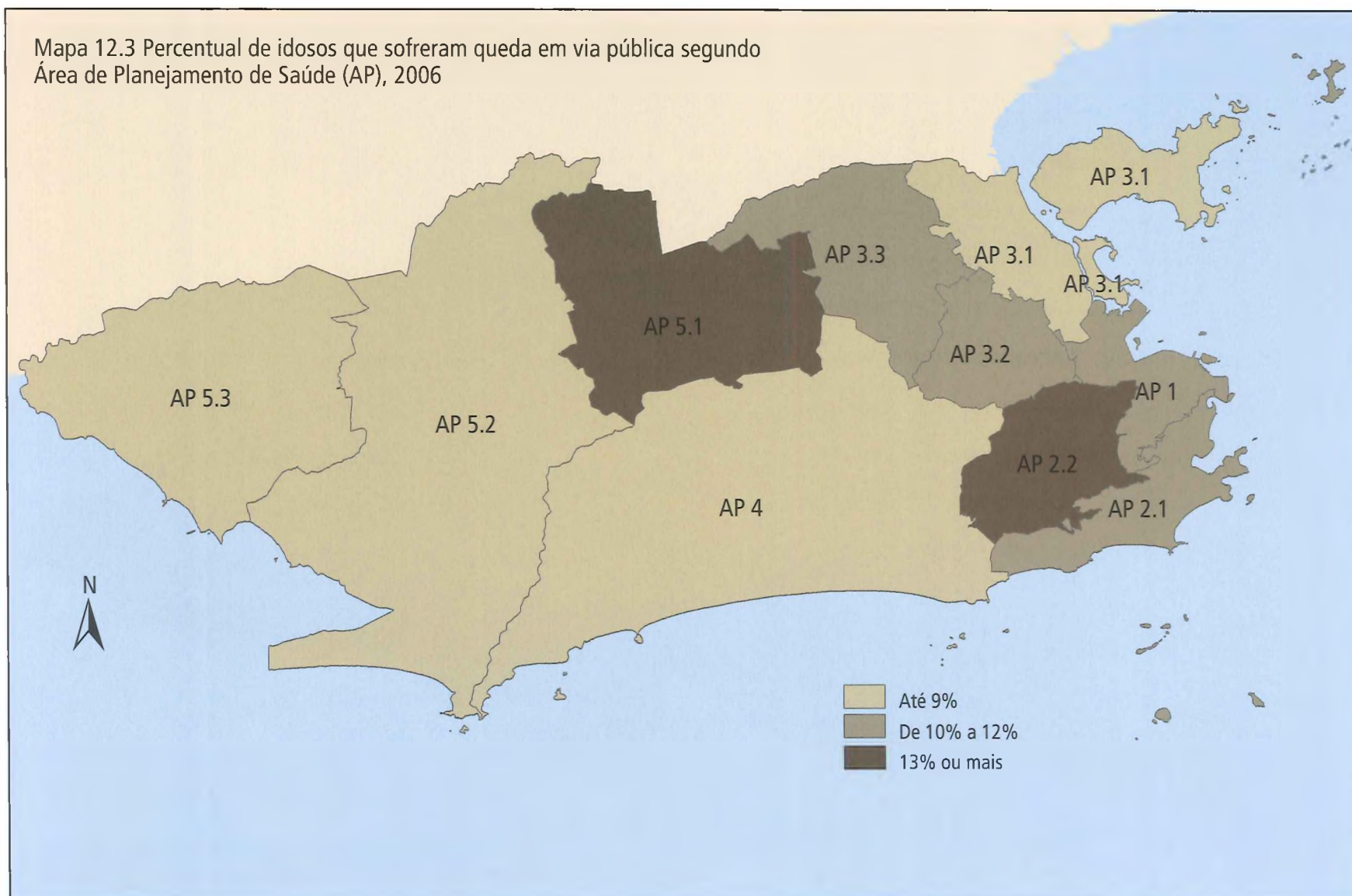
Mapa 12.2 Percentual de Idosos que sofreram queda em casa segundo Área de Planejamento de Saúde (AP)

Mapa 12.3 Percentual de Idosos que sofreram queda em via pública segundo Área de Planejamento de Saúde (AP)



Mapa 12.2 Percentual de idosos que sofreram queda em casa segundo Área de Planejamento de Saúde (AP), 2006





Discussão e Considerações Finais

Um programa de prevenção de quedas em pessoas idosas torna-se uma das prioridades nas ações de saúde pública, pelo impacto na qualidade de vida. A prevenção primária pode ser possível em algumas situações, como em instituições, pois ações preventivas tornam-se mais fáceis de serem implantadas, como adequação ambiental, acompanhamento nutricional, etc. Estudos mostram que a prevenção primária não se revela efetiva em indivíduos na sociedade. Porém, medidas como atividade física, monitoramento nutricional, avaliação de riscos domésticos, revisão periódica de medicamentos contribuem para aspectos importantes da saúde geral da comunidade (King e Tinetti;1996).

A prevenção secundária é a estratégia a ser utilizada. Considerando que a pessoa idosa que sofreu uma queda apresenta maior risco de cair novamente, é possível identificar um ou mais fatores que aumentem esse risco. A identificação destes idosos, que podem ser chamados de “idosos caidores”, deve ser feita em ambulatório ou nas unidades de emergência, por qualquer profissional de saúde treinado.

O tratamento de uma pessoa com risco ou histórico de quedas exige um atendimento multiprofissional e interdisciplinar. A redução do risco de quedas e lesões acarreta em melhoria da capacidade funcional da pessoa idosa. Também o sucesso terapêutico depende do envolvimento dos familiares e ou cuidadores, bem como do próprio paciente.

É muito importante considerar que não é possível prevermos todas as quedas, porém a independência e a qualidade de vida da pessoa idosa deve ser o parâmetro para que a vida possa valer a pena, mesmo que com algum risco (Downton, 1998).

Faz-se necessária, então, a implantação de políticas públicas, voltadas para a prevenção, em que se unam esforços para buscar melhores condições para um envelhecimento ativo e saudável, trabalhando melhor a intersetorialidade. O envelhecimento perpassa por todos os setores: saúde, assistência social, educação, esporte e lazer, transporte, obras e urbanismo, cultura, qualidade de vida, etc. A responsabilidade é de todos: da família, da sociedade e do poder público.

Para desenvolvimento das ações de promoção e prevenção de quedas em idosos, alguns aspectos foram elencados:

- Identificar a população de maior risco de quedas (idosos caidores);

- Identificar riscos para quedas intrínsecos e extrínsecos;
- Estimular a prática de atividade física como fator de prevenção;
- Capacitar profissionais na área de saúde do idoso e envelhecimento para identificar risco de queda e idosos caídores.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica nº19. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: 2006.

COSTA NETO, Milton Menezes; **SILVESTRE,** Jorge Alexandre. Atenção à Saúde do Idoso: Instabilidade Postural e Queda. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 1999.

DOWNTON, Joanna H. Falls. In: **TALLIS,** Raymond. C.; **FILLIT,** Howard M.; **BROCKLEHURST,** John. C. (Eds.). Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5 ed. London: Churchill Livingstone, 1998. p. 1683.

KING, Mary B; **TINETTI,** Mary E. A Multifactorial Approach to Reducing Injurious Falls, Clinics in Geriatric Medicine, v. 12, n. 4, p.745 – 759, nov. 1996.

LEBRÃO, Maria Lúcia; **DUARTE,** Yeda Aparecida de Oliveira. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE na América Latina e Caribe. Organização Panamericana da Saúde / Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo. 2003.

MALMIVAARA, Antti; **HELIÖVAARA,** Markku; **KNEKT,** Paul; **REUNANEN,** Antti; **AROMAA,** Arpo. Risk factors for injurious falls leading to hospitalization or death in a cohort of 19.500 adults. American Journal of Epidemiology, v. 138, n. 6, p. 384 – 394, 1993.

Introdução

As políticas públicas em saúde bucal, ao longo dos últimos trinta anos, apresentaram soluções muito restritas para a equação da situação epidemiológica da população brasileira – tanto pela abrangência das ações como pelas opções técnico-científicas assumidas para responder ao problema. Na prática, foram construídos dois modelos assistenciais: um com recorte mais curativo-preventivo, de baixa cobertura, destinado aos escolares com idade de 7 aos 14 anos e outro pulverizado, de acesso restrito, nos consultórios privados contratados com predomínio da livre demanda e de ações curativo/mutilatórias.

A expressão **geração perdida**, nascida no meio dos formuladores das políticas de saúde bucal da época, se referia à inviabilidade de estender o cuidado preventivo e restaurador aos cidadãos adultos que acumulavam grande estoque de doença, ficando, portanto as ações resumidas aos procedimentos radicais de exodontias para alívio da dor.

Os primeiros dados sistematizados sobre a saúde bucal da população brasileira foram do Levantamento Epidemiológico das Condições de Saúde Bucal de base nacional, realizado pelo Ministério da Saúde em 1986 e que mostrou para o conjunto da sociedade e para o mundo um **retrato de desdentados** – na faixa etária acima de cinquenta anos, 86% do total dos dentes já haviam sido extraídos (Brasil, 1988).

A implantação do Sistema Único de Saúde, somado as evidências nas áreas de prevenção e controle das doenças bucais e a conseqüente mudança da perspectiva de formulação das políticas públicas vêm alterando positivamente o perfil epidemiológico das principais doenças bucais no Brasil, especialmente nos grupos etários de crianças e adolescentes. Entretanto, a população adulta e idosa desse início de século XXI não é a beneficiária direta dessas mudanças, persistindo nesse grupo um quadro de perdas e de acúmulo de necessidades não resolvidas.

Com a aprovação da Política Nacional de Saúde Bucal, algumas medidas direcionadas a essa faixa etária estão em implantação no país, como por exemplo o incentivo à ampliação do diagnóstico de lesões suspeitas de malignidade e o incentivo aos municípios para instalação de Laboratórios Regionais de Prótese Dentária – responsável junto com a atenção básica pelos tratamentos de reabilitação oral. (Brasil, 2004).

A transição demográfica em curso no país e a noção de direitos para a população idosa têm trazido para o conjunto da sociedade a discussão da extensão dos cuidados em saúde, relativas às altas taxas de doenças crônico-degenerativas, e as conseqüentes ações para controle e reabilitação envolvidas para essa faixa etária.

Ainda que sócio-culturalmente predomine a naturalização da relação entre envelhecimento e perda dentária, há também uma vocalização da necessidade desse tipo de reabilitação – em parte oriunda de uma classe média que ao longo dos últimos anos vem perdendo poder financeiro e tem buscado o Sistema Público de Saúde (SUS), que oferece um cardápio muito limitado de opções para o atendimento à saúde bucal do usuário adulto e idoso. Com mais informações e acesso a canais reivindicatórios, há pressão para que ocorra a oferta de procedimentos reabilitadores de média complexidade.

No cotidiano, pode-se afirmar que a reabilitação dentária tem dupla expressão: dimensão fisiológica do aumento da capacidade mastigatória e da melhoria da fala e outra, não menos objetiva, que diz respeito à possibilidade da inclusão desse adulto/idoso no convívio social e no mercado de trabalho, em que ausência de dentes é sinônimo de exclusão sócio-econômica.

Segundo Moreira et al. (2006), as experiências relativas à presença e à ausência de saúde bucal “são grandezas objetivas e simbólicas que carregam marcas particulares, momento em que a dentição pode ser expressão de caminhos de vida desigual. Pobreza e riqueza, fracasso e sucesso, desesperança e perspectivas são fatos na vida das pessoas que marcam acontecimentos que o organismo precisa responder de forma física e psicológica, e a dentição pode refletir a capacidade/oportunidade que a pessoa tem ou não em superar suas dificuldades.”

Esse estudo é um investimento na direção de mapear, para o conjunto de idosos com 60 anos, ou mais, participantes da amostra da Pesquisa sobre Saúde e Condições de Vida do Idoso do município do Rio de Janeiro, o perfil de acesso a serviços odontológicos, a necessidade auto-referida de prótese total e, discutir a autopercepção dos idosos sobre sua condição de saúde bucal.

Perfil Epidemiológico da População Adulta e Idosa

O primeiro estudo epidemiológico brasileiro de base populacional envolveu somente os residentes das Capitais e as idades pesquisadas tiveram na faixa etária de 50-59 seu limite máximo.

Os resultados mostraram extensas perdas dentárias: do total de 28 dentes por indivíduo, 27 dentes já tinham sido atacados pela cárie e destes, 24 já eram perdidos. Essa situação, indistinta nos diferentes estratos de renda, era o resultado de um modelo equivocado de cuidado à saúde bucal – baseada numa lógica de mutilação adotada tanto pelo público como pelo privado. A única diferença residia no acesso à recuperação – ou seja, quanto maior a renda, menor as necessidades acumuladas de reabilitação (Brasil, 1988).

O segundo levantamento, que incluiu brasileiros adultos e idosos em todo o território nacional, foi concluído em 2003, Projeto SB Brasil, e avaliou dentre as diversas faixas etárias, as de 35-44 anos e 65-74 anos. Esse estudo produziu inferências para as cinco macro-regiões brasileiras, para 5 categorias referentes ao porte dos municípios e para grupo etário – buscando garantir a representatividade da diversidade territorial de um país extenso como o Brasil (Brasil, 2004).

A realidade de perda e não reabilitação dental na população idosa é crítica, ou seja, a mesma que em 1986 já tinha perdido propriamente a totalidade dos dentes ainda permanece com alto percentual de necessidade de prótese total superior (32,4%) e inferior

Tabela 13.1 Número médio de dentes cariados, obturados e perdidos e CPOD médio para as faixas etárias de 15-19 e 35-44 anos - Brasil - 1986 e 2003

	1996	2003
	15-19 anos	35-44 anos
Cariados	3,25	2,68
Obturados	7,14	4,22
Perdidos	1,99	13,23
CPOD	12,38	20,13

Fonte: Brasil, 1988; Brasil, 2004

(56,06%). A faixa etária de adultos jovens, economicamente ativas e que em 1986 tinha entre 15-19 anos e uma média 12,3 dentes atacados pela cárie, chega agora, em 2003, com um acumulado de 20 acometidos pela doença, sendo 13 perdidos (tabela 13.1).

Os dados epidemiológicos produzidos pelo Projeto SB Brasil colocam o país muito distante das metas da Organização Mundial da Saúde que definiu para o ano 2000 que 75% das pessoas da faixa etária de 35-44 anos e 50% das pessoas da

Tabela 13.2 Meta da OMS para ano 2000 e situação da população brasileira nas faixas etárias de 35-44 e 65-74 anos - Brasil - 2003

	Meta OMS 2000	Situação Brasil 2003
35-44 anos	75% com 20 ou + dentes	53,96%
65-74 anos	50% com 20 ou + dentes	10,23%

Fonte: Brasil, 2004

faixa etária entre 65 e 74 anos tivessem 20 ou mais dentes. Como evidenciado por muitos autores (Rosa et al, 1992; Oliveira, 2006; Moreira et al, 2005), na situação atual, com a quantidade

acumulada de perdas, além de não atingirmos as metas do ano 2000 será necessário que as pessoas na faixa etária de 35-44 anos não sofram perdas dentária ao longo de 20 a 30 anos, para que ao atingirem a faixa de 65-74 anos, o país se aproxime da meta definida como desejável para o pretérito ano 2000 (tabela 13.2).

Em estudo epidemiológico realizado durante a Campanha de Vacinação de Idosos em 2006, na cidade do Rio de Janeiro, uma amostra de 2898 idosos com idade acima de 60 anos, foi examinada com o objetivo de mensurar o ataque de cárie e o uso e a necessidade de prótese. A média de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) do grupo analisado foi de 25,6 dentes, sendo que o menor índice (CPOD= 21,61) está na AP 2.1 e o maior (CPOD= 27,18) na AP 5.3. Na composição do índice, prevalece o componente perdido (82,8%), que corresponde em média a 22,5 dentes (SMS, 2006).

A prevalência da cárie dental no sexo feminino é maior, em torno de dois dentes a mais atacados, concordando com o estudo de Colussi et al. (2004) que encontrou diferença estatisticamente significativa. Dos componentes do índice, a maior diferença está para a condição perdido, que é superior em quase três dentes no sexo feminino (23,92 dentes para 21,07). Uma possível explicação pode estar associada à maior exposição do grupo feminino ao tratamento odontológico. O modelo tradicional de odontologia, centrado na doença e na utilização intensiva e inapropriada de técnicas e procedimentos, gera sobre-tratamento e perdas dentárias, pois privilegia a lógica repetitiva de reparos e não de controle das causas das doenças. (Elderton, 1997).

O principal tipo de prótese é a total, com 57% dos examinados utilizando-a na arcada superior. A prótese total inferior é utilizada por uma parcela menor da amostra (30,7%), o que converge com outros achados (Brasil, 2004; Colussi, et al. 2004; Colussi, et al. 2002;). Fatores como melhora da estética e adaptação mais rápida e favorável são motivos importantes na decisão de colocar e manter a prótese superior, enquanto para a arcada inferior a manutenção de alguns elementos funcionais parece ser a escolha.

A condição de edentulismo sem uso de prótese é de 7% para arcada superior e de 11,4% para inferior e o percentual de unidades de prótese que necessitam substituição é de 32,4% para prótese superior e 18,8% para inferior. Portanto, na amostra em questão, 40% têm necessidade de prótese total superior e 30% para prótese total inferior.

A presença de alguma alteração na boca (dentes ou gengiva) que levou à procura de serviço odontológico no último ano foi condição para 25,1% da amostra de idosos, ou seja, apenas um a cada quatro idosos consultou um dentista.

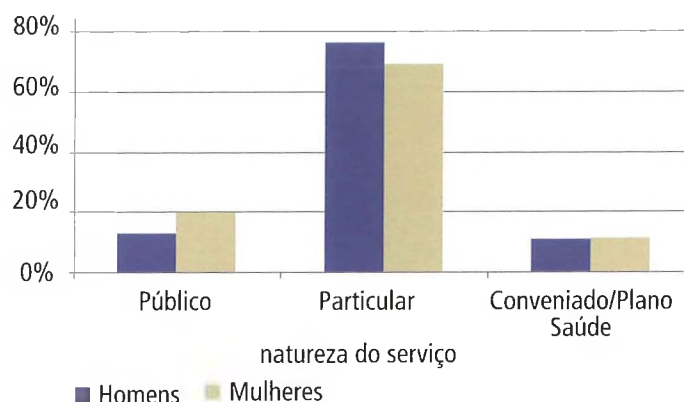
Matos (2004), analisando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998) mostrou que a utilização de serviços odontológicos pela população brasileira é baixa (somente 33,0% visitaram o dentista há menos de um ano) e que as menores taxas de utilização são de crianças até seis anos e idosos.

A fragilidade de linhas de atenção em saúde bucal para o idoso, somadas às dificuldades financeiras que restringem o acesso ao setor privado, explicam parte dessa baixa utilização dos serviços. Entretanto, se nessa faixa etária o central não é o controle de doenças como cárie e periodontopatias, são fundamentais o diagnóstico precoce de lesões suspeitas de malignidade e a avaliação periódica das próteses dentárias.

No grupo que foi ao dentista, as mulheres utilizaram mais os serviços públicos que os homens (20% e 13%, respectivamente) e menos os serviços particulares (69% e 76%), a utilização dos serviços conveniados/planos de saúde é semelhante entre os sexos.

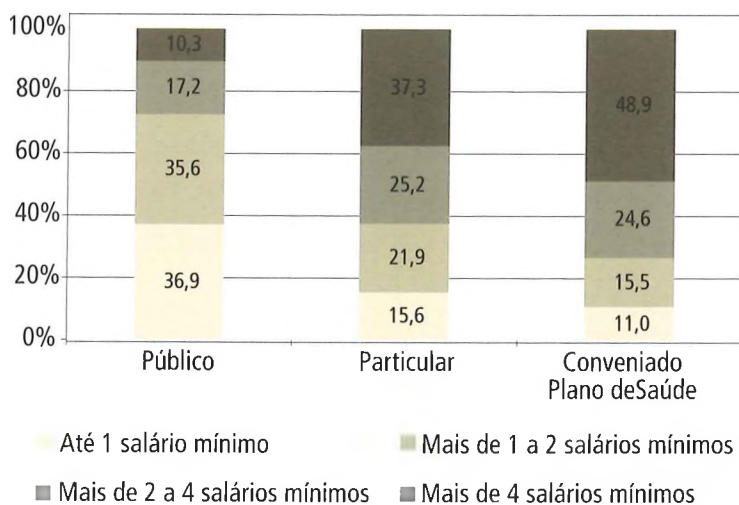
Bós & Bós (2004) analisando idosos do estado do Rio Grande do Sul, produziu dados divergentes quando concluiu que ser idosa corresponde a ter 15% mais chances de freqüentar os serviços odontológicos privados que os de sexo masculino.

Gráfico 13.1 Natureza do serviço odontológico utilizado pelos idosos no último ano segundo sexo - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 13.2 Natureza do serviço odontológico utilizado no último ano, segundo estratos de renda - 2006

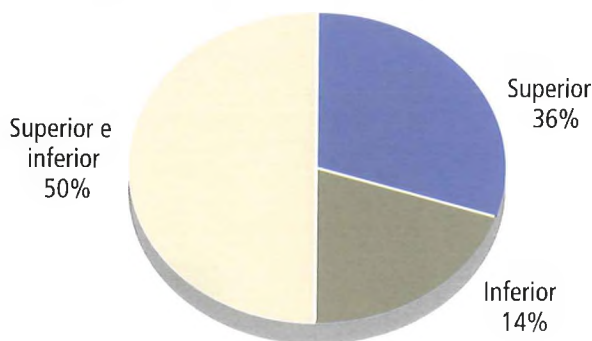


Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Para o grupo que utilizou o serviço odontológico no último ano, a natureza do serviço procurado variou significativamente de acordo com o estrato de renda: o serviço público foi a opção de 37% daqueles que percebem até 01 salário mínimo e 10% daqueles com renda superior a 04 salários mínimos, predominando neste grupo o consumo de serviços vinculados a convênios/plano de saúde (49%).

Em relação à faixa etária, há aumento discreto do consumo de serviços vinculados a planos/convênios odontológicos privados para aqueles com 80 anos ou mais (14,71%) em relação ao grupo com idade entre 60 a 69 anos (9,78%), concordando com o estudo de Moreira et al (2005) e Bós & Bós (2004) que aponta essa tendência.

Gráfico 13.3 Tipo de prótese usada pelos idosos - 2006



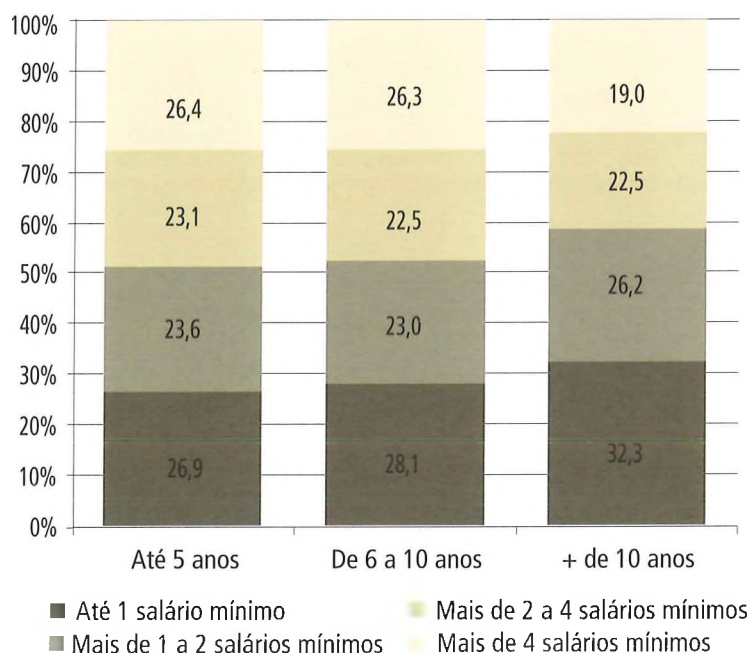
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A maioria dos idosos (71,2%) diz fazer uso de pelo menos uma prótese total, independente da arcada dentária. No grupo que faz uso de prótese, o maior percentual usa em ambas as arcadas (50%), seguidas da superior (36%) e menor percentual a inferior (14%).

Os percentuais encontrados em levantamento epidemiológico realizado em amostra de idosos com 60 anos ou mais, em 2006, na cidade do Rio de Janeiro foram: 57% usam prótese total superior e 30,7% prótese total inferior (SMS, 2006). Dados da região Sudeste, do projeto SB Brasil, aponta para um percentual de 64,7% para uso da superior e 39,2% para a inferior, na faixa etária de 65 a 74 anos (Brasil, 2004).

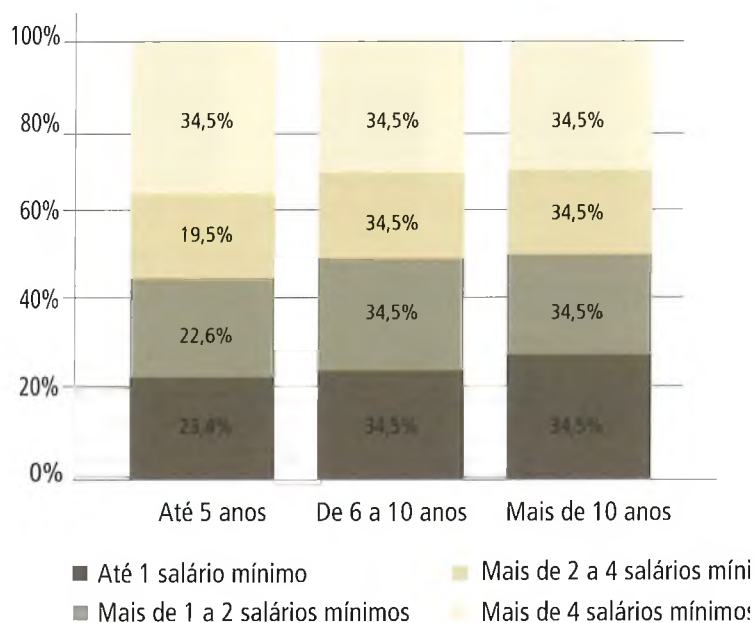
O tempo de confecção da prótese dentária, informado pelos idosos quando avaliado segundo o estrato de renda, mostra que usuários de prótese com menor renda (até 01 salário mínimo) compõem o grupo portador de próteses mais antigas (mais de 10 anos), independente do tipo de prótese. Esse resultado é retrato do limite econômico imposto no acesso a bens e serviços de saúde – agravado pela ausência ou oferta residual de procedimentos de reabilitação dentária no âmbito público.

Gráfico 13.4a Proporção de idosos por tempo de confecção das próteses, segundo a faixa de rendimento em salários mínimos - 2006



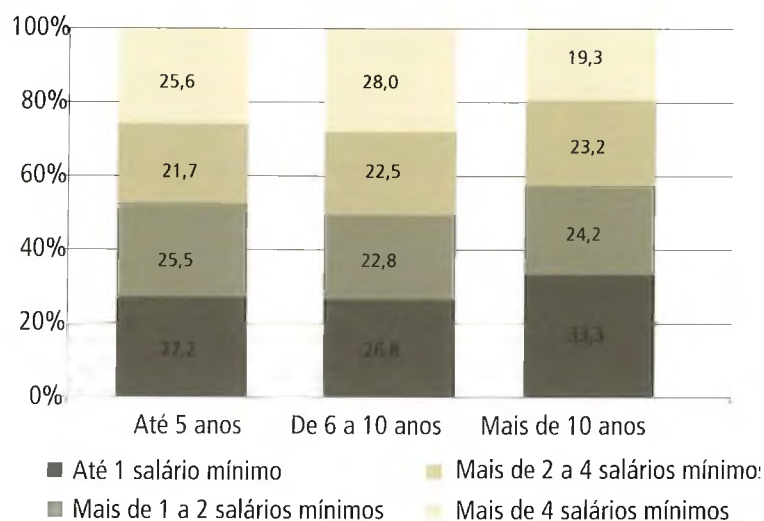
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 13.4b Proporção de idosos por tempo (em anos) de confecção da prótese inferior, segundo rendimentos em salários mínimos - 2006



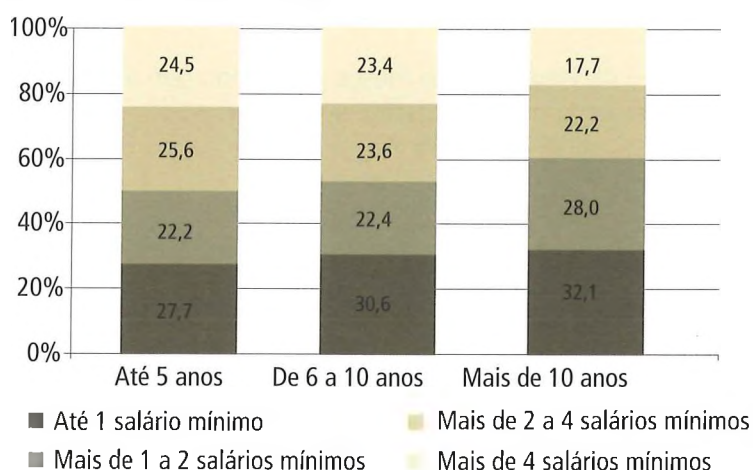
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 13.4c Proporção de idosos por tempo (em anos) de confecção da prótese superior e renda, segundo rendimentos em salários mínimos - 2006



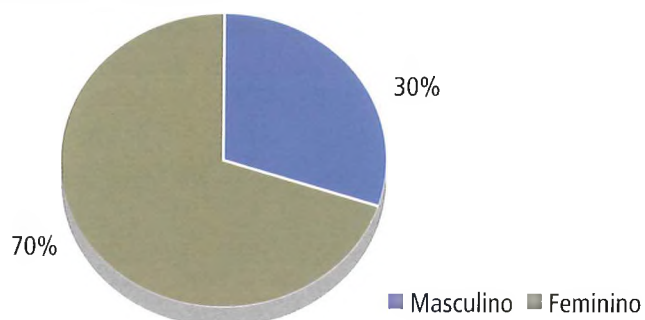
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 13.4d Proporção de idosos por tempo (em anos) de confecção da prótese superior e inferior, segundo rendimentos em salários mínimos - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 13.5 Auto-avaliação da necessidade ou substituição de prótese total - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A auto-avaliação sobre a necessidade de uso de prótese total ou de sua substituição, feita por 38% dos idosos, mostra grande diferença de auto-percepção entre os grupos do sexo feminino (70%) e masculino (30%). Ainda que o uso da prótese seja maior no grupo feminino (76%), ou seja, menos homens utilizam prótese dentária (63%), essa diferença percentual precisa ser mais bem entendida – elementos como estética e conforto podem delinear perspectivas singulares na autopercepção da necessidade em idosos.

Segundo Castellanos (2001) “as pessoas conseguem perceber sua condição bucal com alguma precisão, porém, usando critérios diferentes do profissional”, dado corroborado com o levantamento realizado na cidade em 2005 que encontrou necessidade clínica de oferta ou substituição de próteses totais de 33% - muito aproximado ao valor referido. (SMS, 2005).

Dados de percepção também são importantes na definição de estratégias de acesso a ações e procedimentos, espe-

cialmente em cenários cuja demanda é maior que a capacidade de resposta imediata pelos serviços, pois direcionam os recursos e a atenção para aqueles que, além de ter a necessidade, a percebem como um fator de interferência no cotidiano. (Locker & Jokovic, 1996).

A necessidade referida mobiliza, em cada indivíduo, uma auto-avaliação que pode envolver aspectos concretos como desempenho e integridade do aparelho em uso, como também julgamentos de variáveis subjetivas que são determinadas pelas expectativas individuais e sócio-culturais. A identificação da necessidade é ao mesmo tempo um passo importante para implementação de medidas de autocuidado, mas é também sinônimo de desconforto e insatisfação frente à impossibilidade de sua resolução.

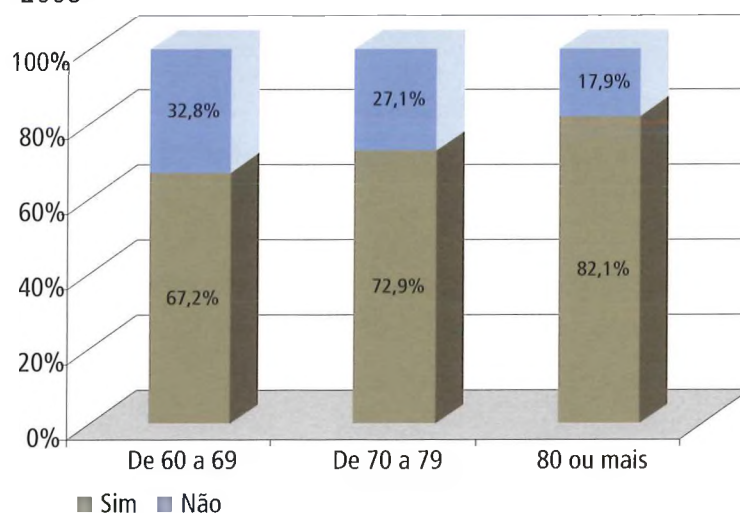
Para essa faixa etária que tradicionalmente normalizou o adoecimento bucal e as perdas dentárias, com aumento do número de anos vividos, a existência no mercado de novas tecnologias de reabilitação e a valorização crescente da estética e da imagem na nossa sociedade, novas exigências são produzidas cotidianamente – nesse caso, o dimensionamento da autopercepção das necessidades deve ser lida

também a partir do potencial de geração/instalação de desconforto e insatisfação no grupo e suas conseqüências individuais e sociais.

O aumento percentual de uso de prótese total está associado ao avanço da idade. Esse dado, mais que evidenciar as extensas perdas dentárias no conjunto da população, chama a atenção para a necessidade de linhas de cuidado específicas para a avaliação, manutenção e troca de aparelhos para o grupo que já está reabilitado.

As doenças cárie e periodontal não têm evolução linear, levando necessariamente à perda dentária, da mesma forma que o edentulismo não está naturalmente associado com o avanço da idade – panorama que pode ser modificado a médio e longo prazos, com estratégias coletivas

Gráfico 13.6 Percentual de uso de prótese, segundo idade - 2006

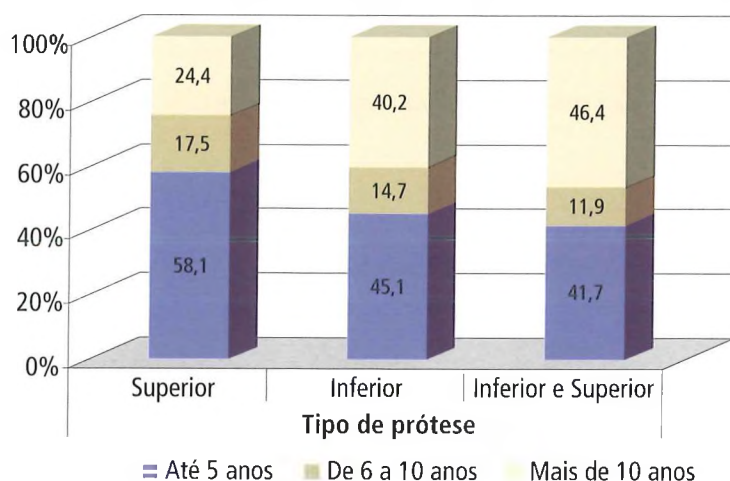


Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

e individuais de cuidado em saúde bucal.

Em relação ao tempo de uso da prótese, as superiores são as mais novas (58%) com até 05 anos e as duplas as menos trocadas (42%) -com mais de 10 anos de uso.

Gráfico 13.7 Tempo de uso de prótese, segundo tipo - 2006

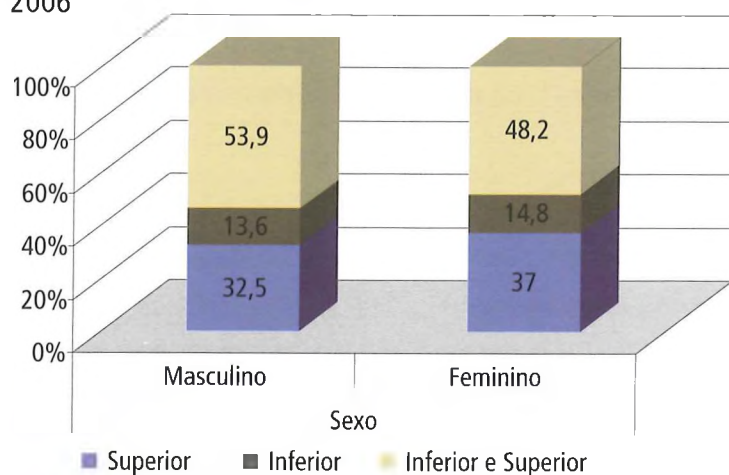


Fonte: Pesquisa Idoso, 2006

A determinação do tempo de vida útil de uma prótese dentária envolve muitas variáveis (tipo de prótese, alterações físicas do usuário como alteração no peso corporal, osteoporose), entretanto não é razoável que sua vida útil seja superior a 05 anos. O alto percentual de aparelhos protéticos com ou mais 06 anos está relacionado à ausência significativa da oferta de confecção

destes na rede pública e o alto custo na rede particular. O menor tempo de uso dos aparelhos inferiores se deve à maior dificuldade de sua estabilização e adaptação, especialmente nos idosos que não apresentam mais suporte ósseo.

Gráfico 13.8 Necessidade de troca de prótese, segundo sexo - 2006

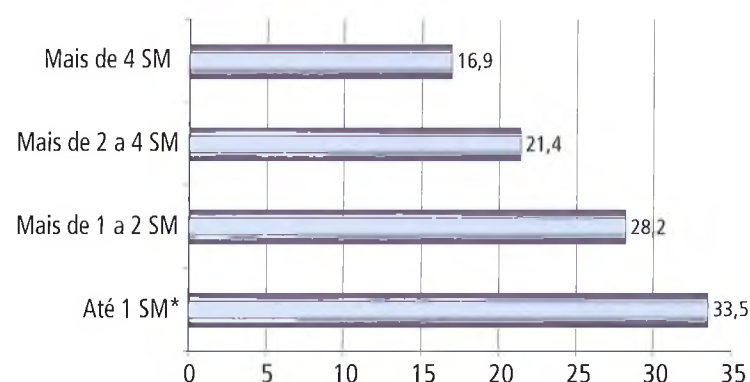


Fonte: Pesquisa Idosos, 2006

Daqueles que identificam a necessidade de realizar a troca (38%) de próteses, prevalece o conjunto de superior e inferior tanto para o grupo masculino como para o feminino (54% e 48%, respectivamente), seguido da superior.

A maior percepção da necessidade ou da substituição de prótese está associada ao estrato de renda ao qual pertence o idoso. Quanto menor a renda informada, maior a necessidade de prótese diagnosticada – concordando com o perfil já descrito: é o grupo que usa próteses confeccionadas há mais tempo e, possivelmente, por razões econômicas, acumula também a falta de aparelhos protéticos.

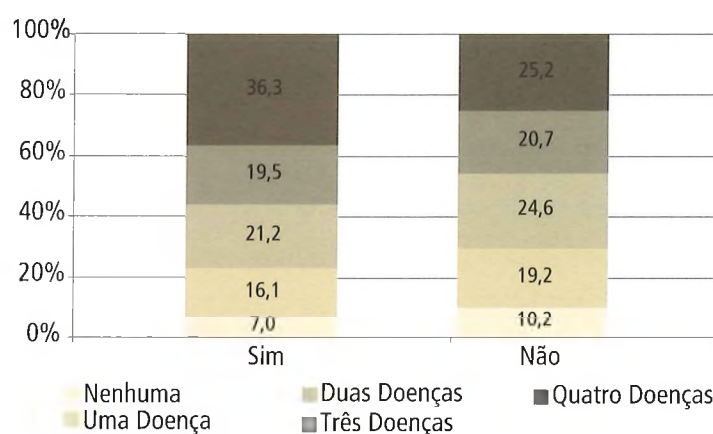
Gráfico 13.9 Percentual de idosos que relatam necessitar de prótese, segundo estratos de renda - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

A necessidade de prótese auto-referida está associada positivamente ao acúmulo de morbidade informada. A auto-referência da necessidade no grupo daqueles que informam 04 doenças ou mais é de 36%, enquanto no grupo que não identifica necessidades é de 25%.

Gráfico 13.10 Necessidade auto-referida de prótese total de acordo com o acúmulo de morbidade informado - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Uso e necessidade de prótese total e local de atendimento odontológico: estudo por Área de Planejamento de Saúde (AP)

Concordante com dados clínicos que mostram que as menores médias de dentes perdidos, os menores percentuais de uso referido de prótese total estão concentrados nas Áreas Planejamento 2.1 e 2.2 (mapa 13.1), onde se situam os bairros com os melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade. Enquanto os maiores percentuais estão localizados na zona norte e oeste da cidade AP 3.3, 5.1, 5.2 e 5.3 (SMS, 2005; IPP, 2000).

A necessidade de prótese total está mais concentrada nas AP 5.3, 5.2, 5.1, 3.1 e 3.3, áreas nitidamente mais empobrecidas da cidade (mapa 13.2). A rede pública municipal de saúde bucal da cidade do Rio de Janeiro, até o presente momento, opera com um único laboratório de prótese dentária, localizado no bairro de Vila Isabel (AP 2.2) com capacidade muito limitada de oferta de unidades/mês, o que agrava o quadro daqueles que necessitam de prótese ou precisam substituir a existente.

O acesso aos serviços públicos de saúde bucal (mapa 13.3) é residual para a zona sul (AP 2.1), onde está a maior concentração da população na faixa etária de 60 anos ou mais, e muito baixo para as áreas que correspondem ao Centro da cidade, zona norte (AP 4.0) – nessa área, o acesso é agravado pela reduzida capacidade instalada de equipamentos de atenção básica à saúde.

Diferente da utilização dos serviços públicos, em que algumas áreas mostram percentuais muito baixos de acesso, os serviços privados de odontologia são uma alternativa aos cuidados de saúde bucal para pelo menos cinquenta por cento dos que precisaram de dentista no último ano – independente da área (mapa 13.4). Áreas mais centrais - zona sul, centro e zona norte – apresentam os maiores percentuais de uso dos serviços privados, dado modulado, em grande parte, pelo perfil sócio-econômico que caracteriza essas áreas.

Observa-se que a utilização referida de serviços de odontologia vinculados a planos ou convênios privados ainda é muito baixa, independente da Área de Planejamento de Saúde.

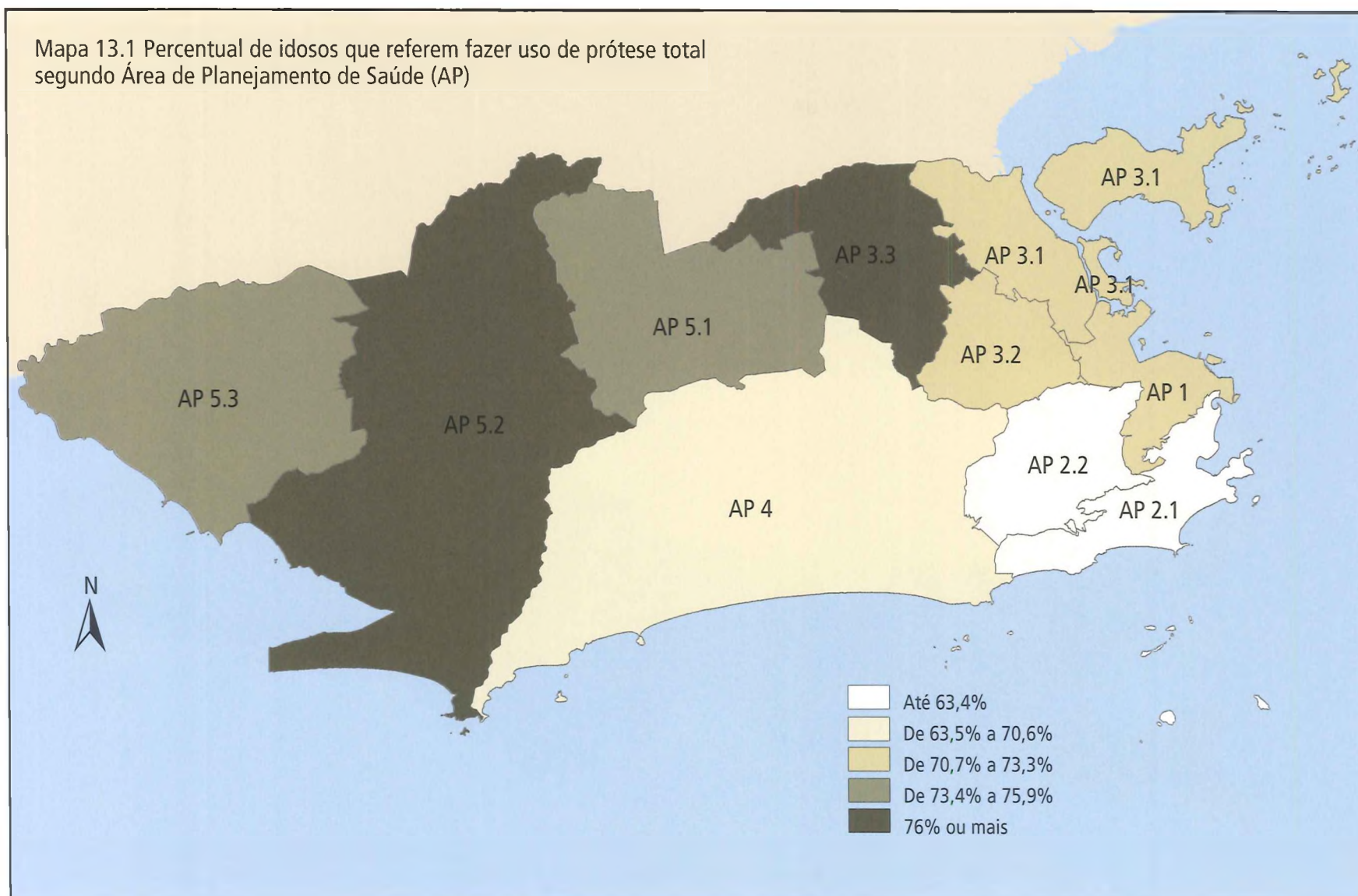
Discussão e Considerações Finais

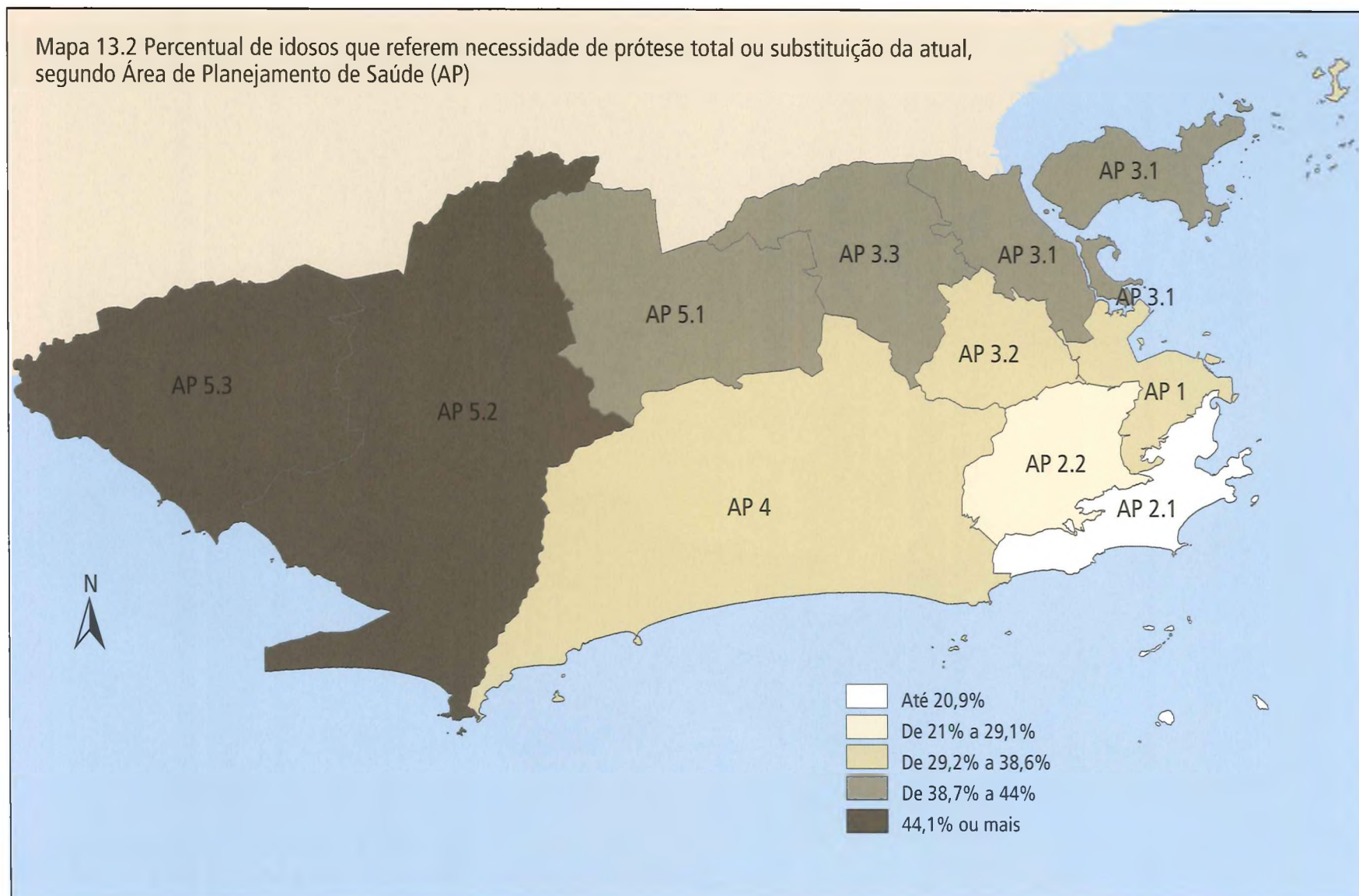
Estudos dessa natureza são de fundamental importância pela capacidade de produzir um retrato, para um dado tempo histórico e para uma determinada faixa etária, das condições de saúde referidas e percebidas pelo grupo em questão.

Especificamente para as questões de saúde bucal, os valores dos resultados encontrados tendem, ao longo das próximas décadas, a mudar radicalmente – respondendo as alterações no perfil epidemiológico de ataque de cárie e ao acesso a recursos tecnológicos mais conservadores para tratamento.

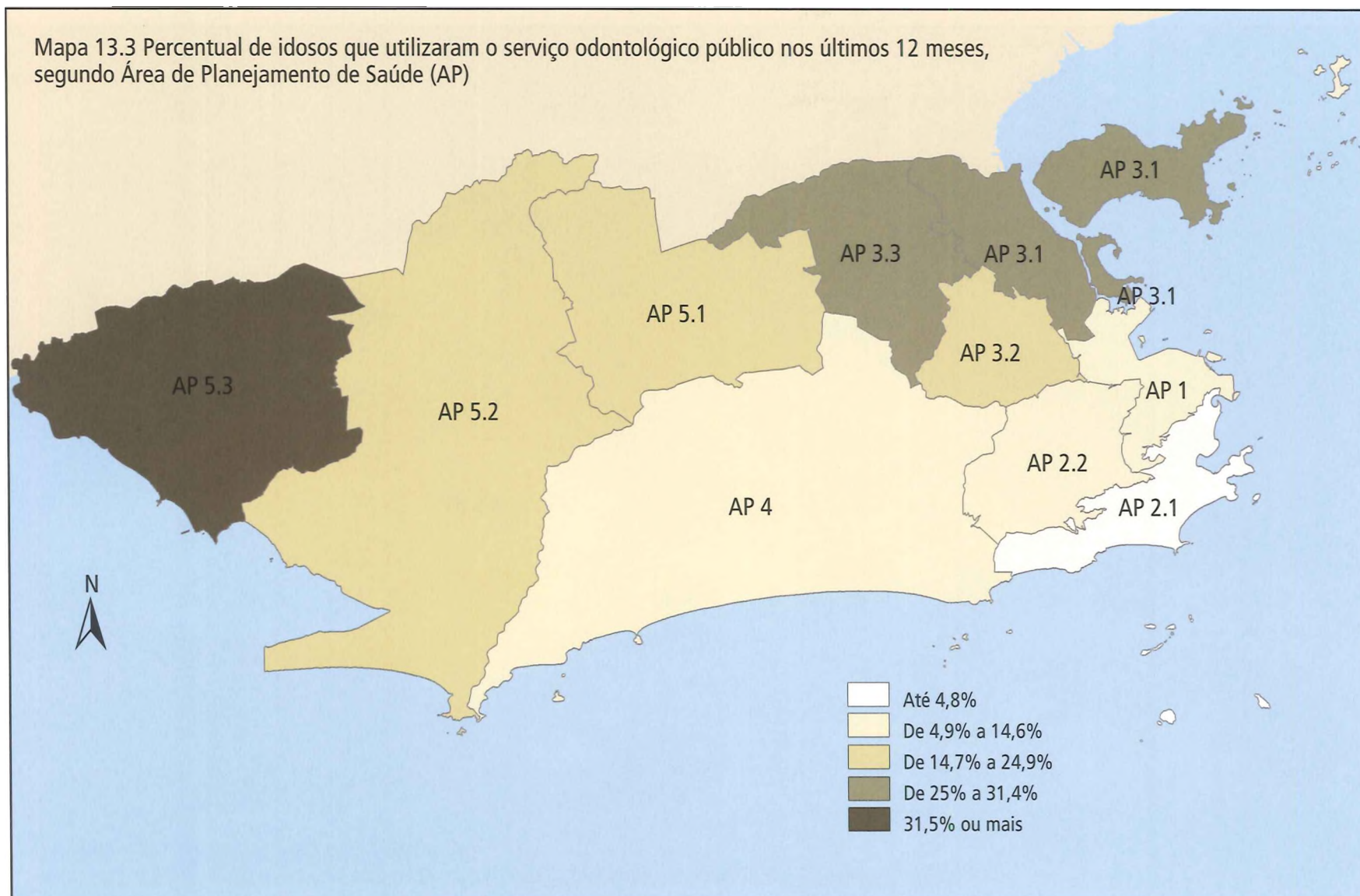
Entretanto, presentemente, questões como ampliação de acesso aos serviços de saúde

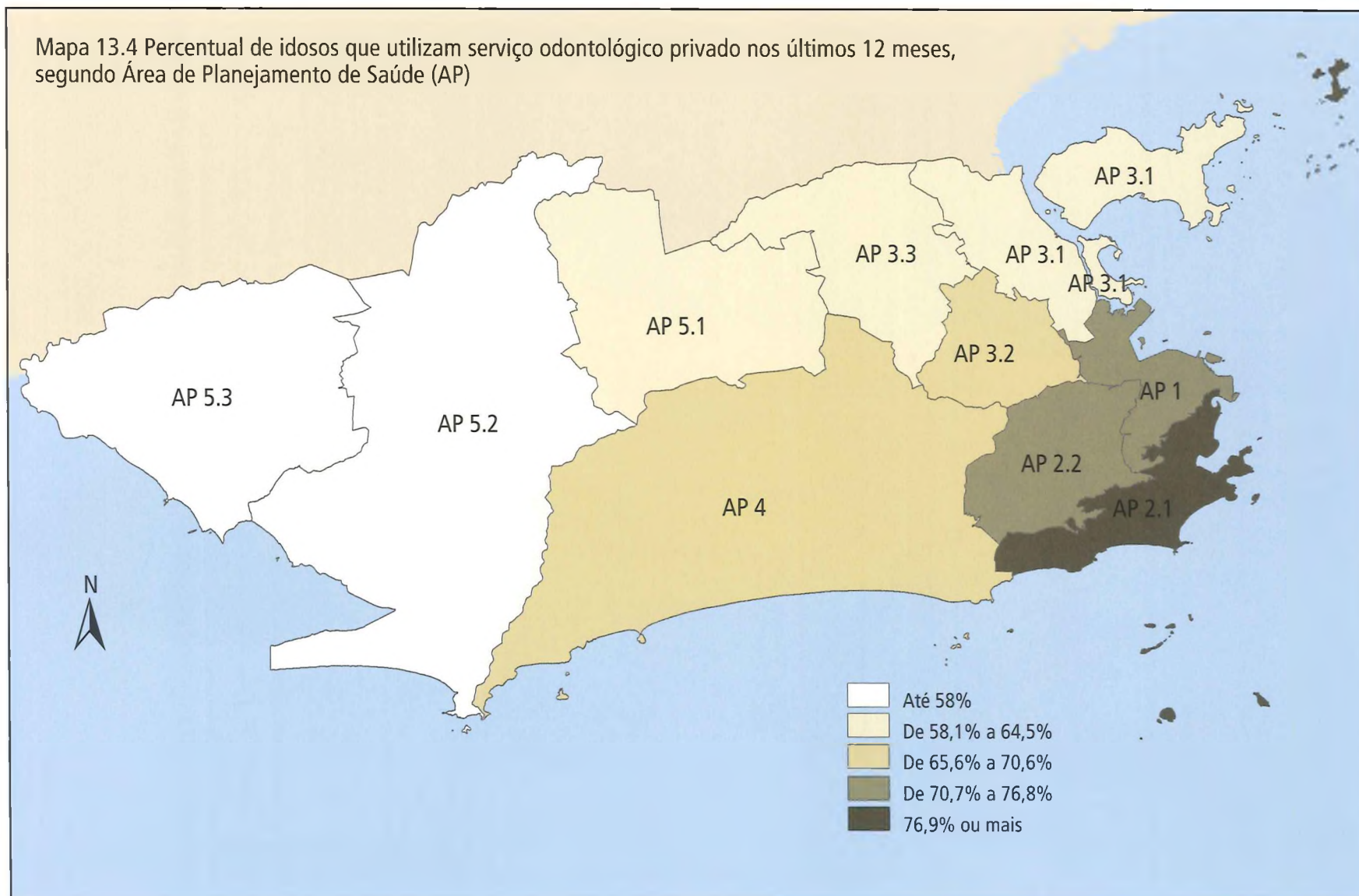
Mapa 13.1 Percentual de idosos que referem fazer uso de prótese total segundo Área de Planejamento de Saúde (AP)





Mapa 13.3 Percentual de idosos que utilizaram o serviço odontológico público nos últimos 12 meses, segundo Área de Planejamento de Saúde (AP)





bucal – necessidade extensamente já comprovada por estudos epidemiológicos - devem ser providenciadas com urgência para essa faixa etária: tanto em quantidade e local dos serviços como em relação ao tipo e qualidade dos procedimentos ofertados.

Outras questões, não menos objetivas, como aquelas que mostram diferenças importantes entre a necessidade ou substituição de prótese referida entre os gêneros, devem ser melhor investigadas e orientar as tomadas de decisão sobre a organização da oferta, potencializando os recursos em direção àqueles que identificam a necessidade.

Referências Bibliográficas

BÓS, Antônio M. G.; **BÓS**, Ângelo. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113 – 120, fev. 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados principais. Brasília: 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Fundação Serviços de Saúde Pública. Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil zona urbana, 1986. Brasília: CDMS, 1988. 137 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. Disponível em: < http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf >. Acesso em 18 de fevereiro de 2006.

COLUSSI, Claudia Fleming; **FREITAS**, Sérgio Fernando Torres. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5. p. 1313 – 1320. set. / out. 2002.

COLUSSI, Claudia Fleming; **FREITAS**, Sérgio Fernando Torres; **CALVO**, Maria Cristina Marino. Perfil epidemiológico da cárie e do uso e necessidade de prótese na população idosa de Biguaçu, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 88 – 97, mar. 2004.

ELDERTON, Richard J. Ciclo restaurador repetitivo. In: **KRIGER**, Léo. *ABOPREV: Promoção de saúde bucal*. São Paulo: Artes Médicas. 1997. cap. 10, p.195 - 199.

ARMAZEM DE DADOS. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos / Secretaria Municipal de Urbanismo, Tabela 1171 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH), por ordem de IDH, segundo as Regiões Administrativas – 2000. Disponível em: < <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br> >. Acesso em 18 de fevereiro de 2006.

LOCKER, David; **JOKOVIC**, Aleksandra. Using subjective oral health status indicators to screen for dental care needs in older adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, v. 24; n. 6, p. 398 - 402. dez. 1996.

MATOS, Divane.Leite; **LIMA-COSTA**, Maria Fernanda; **GUERRA**, Henrique L.; **MARCENES**, Wagner. Projeto Bambuí: avaliação de serviços odontológicos privados, públicos e de sindicato. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 237 - 243, abr. 2002.

MOREIRA, Rafael da Silveira; **NICO**, Lucélia Silva; **TOMITA**, Nilce Emy; **RUIZ**, Tânia. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1665 – 1675, nov. / dez. 2005.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; **ALVES**, Maria do Socorro Costa Feitosa. Saúde bucal e desigualdades: dos números à experiência das doenças no cotidiano. In: **DIAS**, Aldo Angelim. *Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de trabalho e práticas*. São Paulo: Editora Santos, 2006. P. 261 – 274.

OLIVEIRA, Ângelo Giuseppe Roncalli da Costa. Edentulismo. In: **ANTUNES**, José Leopoldo Ferreira; **PERES**, Marco Aurélio de Anselmo (Orgs.) *Fundamentos de Odontologia - Epidemiologia em saúde bucal*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 472 p.

ROSA, Antonio Galvão Fortuna; **CASTELLANOS FERNÁNDEZ**, Roberto Augusto; **PINTO**, Vítor Gomes; **RAMOS**, Luiz Roberto. Condições de saúde bucal em pessoas de 60 anos ou mais no Município de São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 155 – 160, jun. 1992.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Superintendência de Atenção Básica. Coordenação de Programas de Saúde Bucal. Relatório do Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal em Idosos acima de 60 anos, participantes da Campanha de Vacinação. Cidade do Rio de Janeiro: 2005. mimeo.

SILVA, Silvio Rocha Corrêa; **CASTELLANOS FERNANDES**, Roberto A. Autopercepção das condições de saúde bucal por idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 349 – 355, ago. 2001.

Introdução

O crescimento da população idosa repercute em toda a sociedade seja na economia, no mercado de trabalho, nas relações familiares e também no sistema de saúde (Bós e Bós, 2004). Kilsztajn (2003) alerta para o aumento do gasto com saúde em relação ao PIB para 2050 e ressalta a importância de tais projeções como sinalização para mudanças e adaptação da oferta à demanda por serviços de saúde no Brasil nos próximos anos. Historicamente, a organização dos serviços de saúde do Brasil foi dirigida às populações mais jovens e a especificidade no atendimento da população idosa traz à tona o desafio de adequar os serviços para as necessidades do novo perfil demográfico e econômico (Bós e Bós, 2004).

O processo de envelhecimento associa-se ao aumento dos riscos de incidência de inúmeras doenças, quer pelo próprio processo biológico, quer pelos longos períodos de exposição a agentes patógenos. A maior incidência e prevalência de eventos mórbidos nos idosos resultam em demanda relativamente maior aos serviços de saúde (Terraroli, 1996; Lima-Costa, 2002), com maior número de consultas, atendimento por especialistas e maior tempo médio de internação, quando comparada com a de outros grupos etários. Além disso, as especificidades dos quadros clínicos desse grupo requerem, com frequência, a utilização de serviços de saúde de maior complexidade e custo. Assim, o acesso a serviços adequados às suas necessidades é um importante fator na sua qualidade de vida em saúde (Veras, 2003; Lebrão e Duarte, 2003).

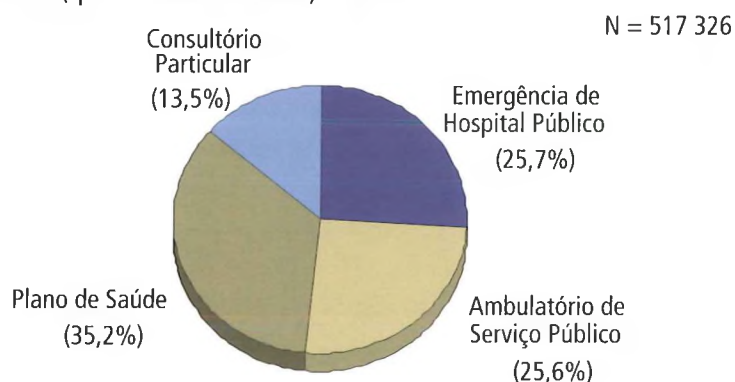
Sabe-se que os idosos tomam a decisão quanto ao seu atendimento em saúde, mas tal decisão é afetada pela sua situação econômica e social. A utilização dos serviços de saúde pelo idoso traz impactos na mortalidade, morbidade e incapacidade - mas também no resto da família, tanto pelo custo do atendimento, como o período de tempo que outros membros da família precisam se dedicar ao cuidado do idoso. De modo geral, o idoso faz uso de serviços de saúde na rede pública, podendo utilizar a qualquer momento o Sistema Único de Saúde, ou rede privada, cujo acesso estará condicionado às suas condições econômicas e seu acesso a planos privados de saúde (Bós e Bós, 2004).

A proposta deste bloco é conhecer a procura dos idosos pelos serviços de saúde quando estão doentes. Para tanto, utilizou-se a pergunta: "Quando o(a) Sr(a) se sente doente que tipo de serviço procura?"

Para medir o uso dos serviços de saúde, foram utilizadas 5 categorias: Emergência de Hospital Público, Ambulatório de Serviço Público, Serviço do Plano de Saúde e Consultório Particular e Outro. Na análise dos resultados, a resposta outro foi descartada pela inexistência de especificação.

Resultados

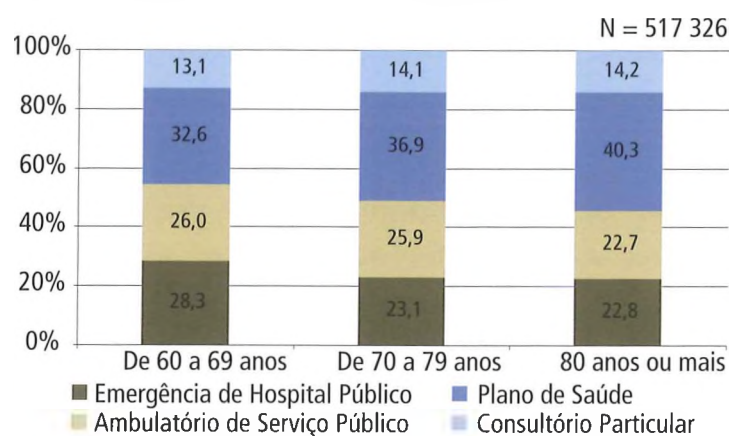
Gráfico 14.1 Proporção de idosos segundo uso dos serviços de saúde (quando está doente) - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Há uma relação muito próxima no uso dos serviços privado (49%) e público de saúde (51%). No serviço privado destaca-se o Plano de Saúde (35%) e não há diferenças no tipo de serviço público, sendo 26% para procura pela Emergência e 26% pelo Ambulatório - Gráfico 14.1.

Gráfico 14.1a Proporção de idosos segundo uso de serviços de saúde (quando está doente) e faixa etária - 2006



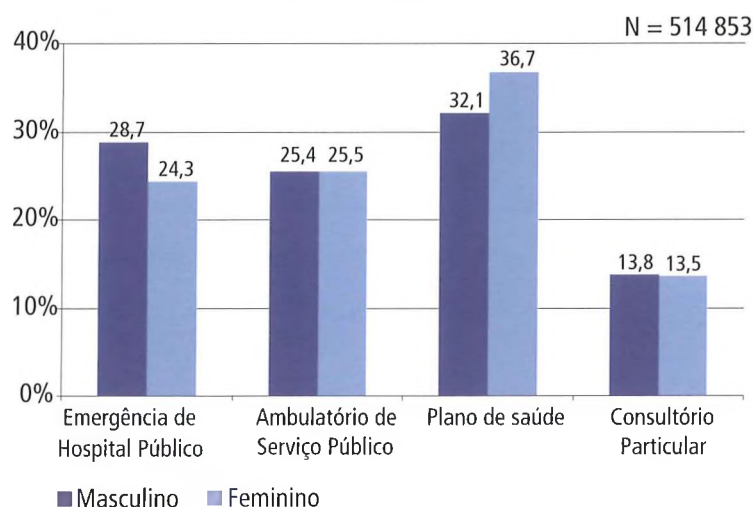
Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Nota: Dados retirados da tabela 14.1

O gráfico 14.1a mostra que, conforme aumenta a idade, cresce a procura pelo plano de saúde: há um aumento de 21%, passando de 33% entre os idosos de 60 a 69 anos, para 40% naqueles de 80 anos e mais. Nos serviços públicos, ocorre o inverso: há um declínio evidente, pois sua participação encolhe de 54,3% (60 a 69 anos) para 45,5% (80 anos ou mais).

Quando estão doentes, as mulheres (37%) usam um pouco mais os planos de saúde que os homens (32%). Os homens têm percentuais ligeiramente mais elevados (29%) de procura pela emergência do hospital público que as mulheres (24%). Não foram encontradas diferenças para o uso do consultório particular e ambulatório de serviço público - Gráfico 14.2

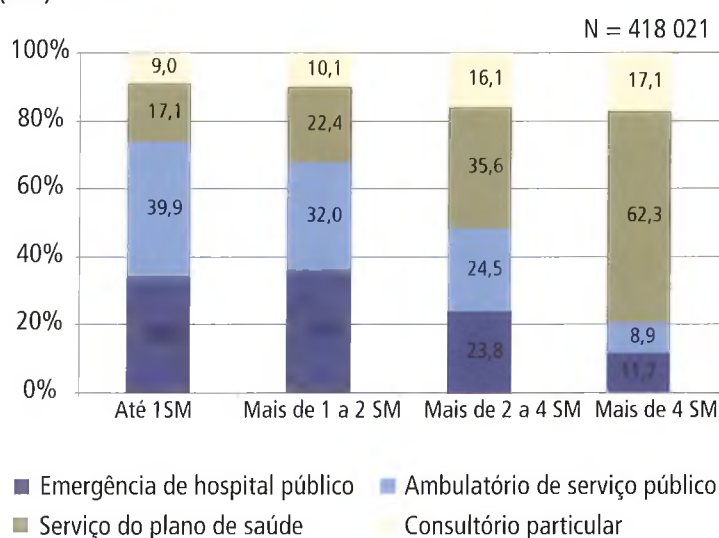
Gráfico 14.2 Proporção de idosos segundo uso dos Serviços de Saúde (quando está doente) por sexo - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

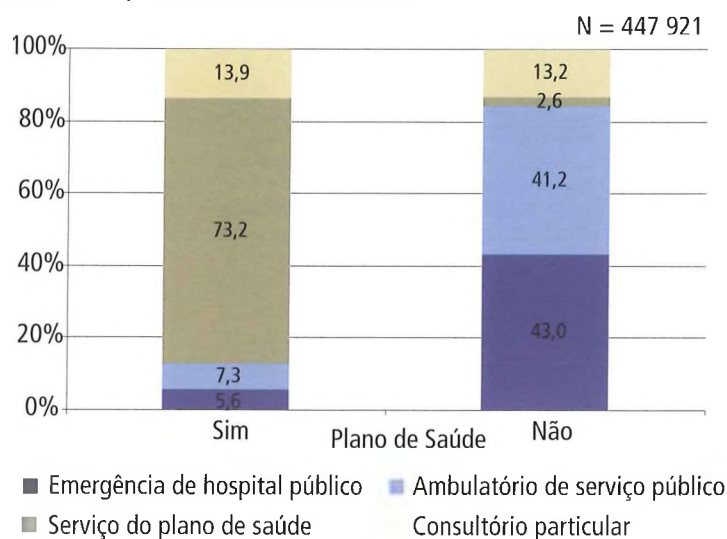
Ao analisar a renda dos idosos e a utilização dos serviços de saúde, percebe-se que, conforme aumenta a renda, aumenta a utilização dos planos de saúde, variando de 17% para os que recebem até um salário mínimo para 62% para os que recebem quatro ou mais salários mínimos - Gráfico 14.3.

Gráfico 14.3 Proporção de idosos segundo uso dos serviços de saúde (quando está doente) e renda em salários mínimos (SM) - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

Gráfico 14.4 Proporção de idosos segundo uso dos serviços de saúde (quando está doente) e Plano de Saúde - 2006



Fonte: Pesquisa Idoso/2006

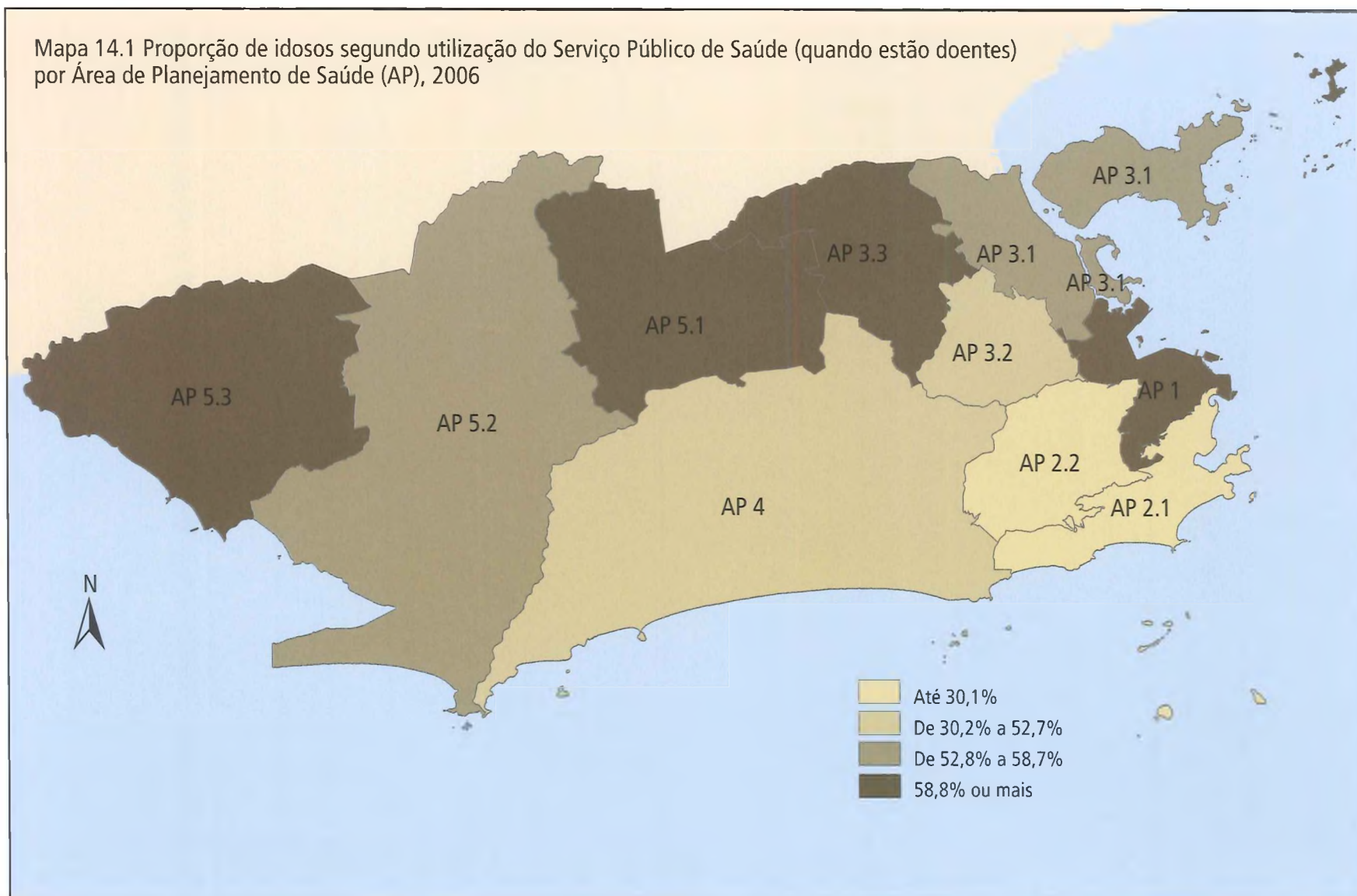
Idosos que declararam ter plano de saúde têm como referência o próprio serviço (73%) e apenas 13% recorreram aos serviços públicos, na emergência (6%) ou mesmo ambulatório (7%), na eminência de doença - Gráfico 14.4.

Análise por AP

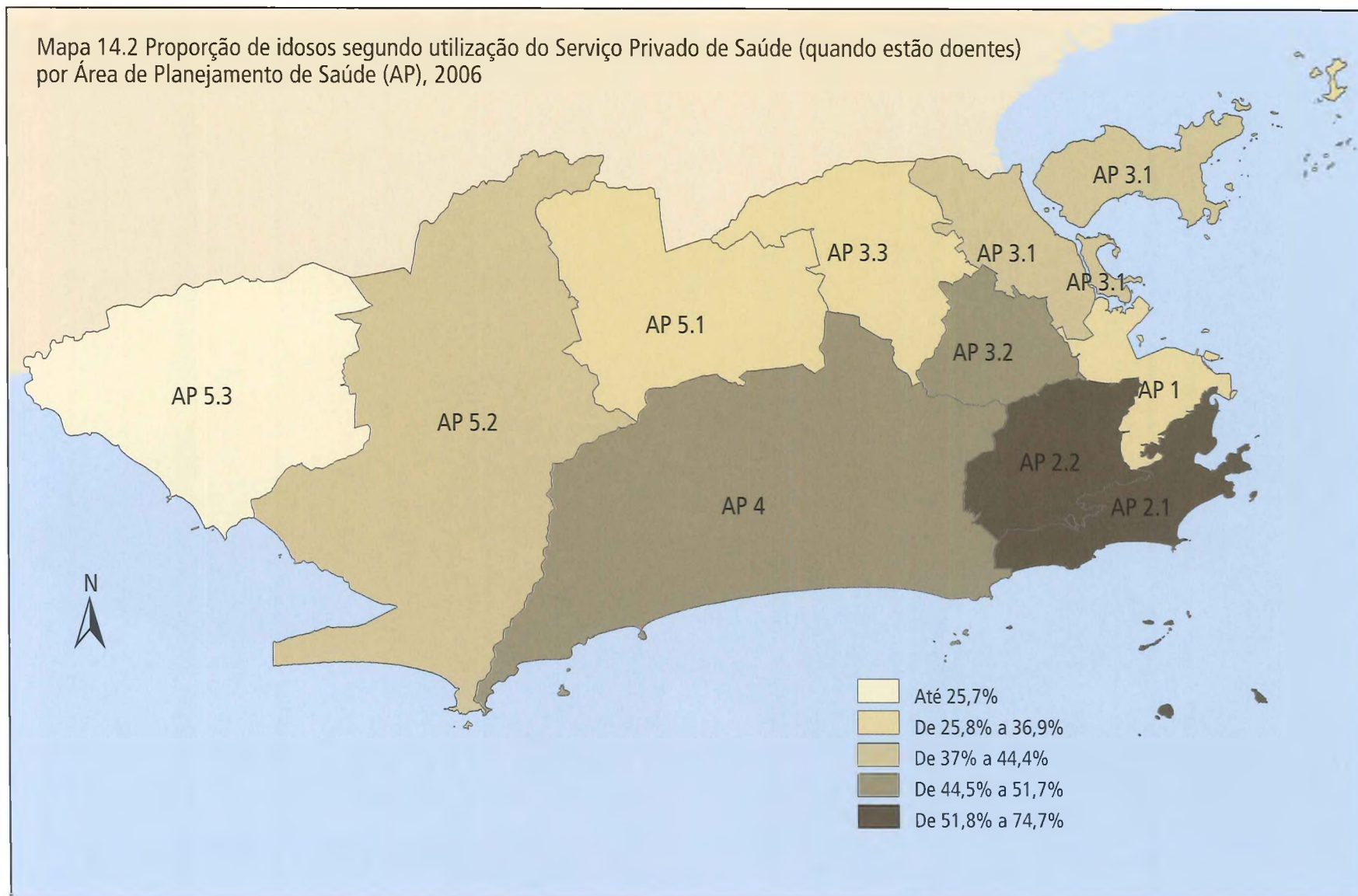
Ao analisar a utilização dos serviços de saúde da rede pública (quando está doente) nas 10 Áreas Programáticas (AP), observa-se que há destaque para 1.0, 3.3, 5.1 e 5.3, com percentuais de utilização entre 59% a 74% - Mapa 14.1.

A distribuição por AP quanto à procura pela rede privada de saúde (quando está doente) revelou percentuais mais elevados para as AP da 2.1 e 2.2 (entre 52% e 75%) e 4.0 e 3.2 (entre 45% até 52%) - Mapa 14.2.

Mapa 14.1 Proporção de idosos segundo utilização do Serviço Público de Saúde (quando estão doentes)
por Área de Planejamento de Saúde (AP), 2006



Mapa 14.2 Proporção de idosos segundo utilização do Serviço Privado de Saúde (quando estão doentes) por Área de Planejamento de Saúde (AP), 2006



Discussão e Considerações Finais

Os resultados mostraram que mais da metade dos entrevistados, na eminência de doenças, procura os serviços públicos (51%). O aumento da população idosa implica aumento de problemas de saúde de longa duração, exigindo, por parte dos serviços de saúde, freqüentemente intervenções custosas e de tecnologia complexa. Muitos são os desafios para atender as especificidades do idoso. Em seu estudo, Veras (2003) ratifica a importância da utilização de ferramentas que auxiliem na identificação de risco do idoso a fim de priorizar serviços geriátricos com suporte interdisciplinar, promovendo reabilitação e diminuindo os riscos de hospitalização. Países industrializados já vêm discutindo alternativas para minimizar os custos com o sistema de saúde diante do aumento da população idosa, principalmente entre os mais velhos (acima de 80 anos). Uma destas estratégias tem sido denominada compressão da morbidade, isto é, possibilitar o adiamento de doenças e seqüelas, mantendo fixa a expectativa de vida, reduzindo o intervalo vivido entre o início das doenças (ou incapacidades) e a morte (Chaimowicz, 1997).

Os resultados desta pesquisa encontraram pequenas diferenças entre sexos: mulheres procuram um pouco mais o serviço privado (50%, incluindo o plano de saúde e consultório particular) que homens (46%). Pinheiro e Travassos (1999) ao estudarem a desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos, em três regiões da cidade do Rio de Janeiro, observaram que as chances de utilização dos serviços de saúde pelos idosos foram maiores entre mulheres para os que tinham acesso ao plano privado, melhor condição econômica ou moravam em áreas de melhor padrão de vida.

Mais que a idade e o sexo, o que parece ter sido importante fator para a escolha dos serviços de saúde foi a renda, pois aumenta a participação dos planos de saúde nos que têm maior poder aquisitivo, sendo que apenas 13% destes recorrem aos serviços públicos. Pinheiro e Travassos (1999) encontraram resultados concordantes, pois em seus achados chamou a atenção o fato de que idosos de maior renda e também os moradores de áreas com melhor padrão de vida experimentaram maior chance de usar serviços de saúde. Outro aspecto interessante nos estudos dos mesmos autores foi sobre o local de moradia: idosos ricos ou pobres residentes em Copacabana não experimentavam diferentes chances de usar um serviço de saúde. Nos bairros do Méier e de Santa Cruz, onde se observaram maiores desigualdades no uso de serviços médicos entre os grupos de renda, o acesso aos serviços de saúde dependeu mais fortemente de seu poder aquisitivo.

A influência da variável renda esteve presente também no estudo de Bós e Bós (2004), mostrando que a renda familiar, mais que a individual do idoso, teve impacto no acesso à rede privada de atendimento: o aumento de um salário mínimo na renda familiar aumenta em 20% as chances de o idoso usar a rede privada. Neste mesmo estudo, o aumento no salário mínimo na renda individual do idoso fez aumentar essas chances em apenas 7%. Os autores alertam para a necessidade de atenção à saúde dos idosos de renda mais baixa, pois é desproporcionalmente prejudicada pelos escassos recursos familiares e pelas deficiências do sistema público de atendimento.

Com relação ao uso dos planos de saúde, Lima-Costa (2002), analisa que a principal explicação para a cobertura de um plano privado foi econômica e não a condição de saúde. Kilsztajn et al (2003) concluiu em seu estudo que a categoria formada por pessoas com até 3 salários mínimos per capita (84,2% da população em 1998) apresentava baixo grau de cobertura por planos privados de saúde (16,2%). Pessoas que recebiam mais de 3 salários mínimos per capita (15,8% da população em 1998) tinham alto grau de cobertura por planos privados de saúde (67,1%).

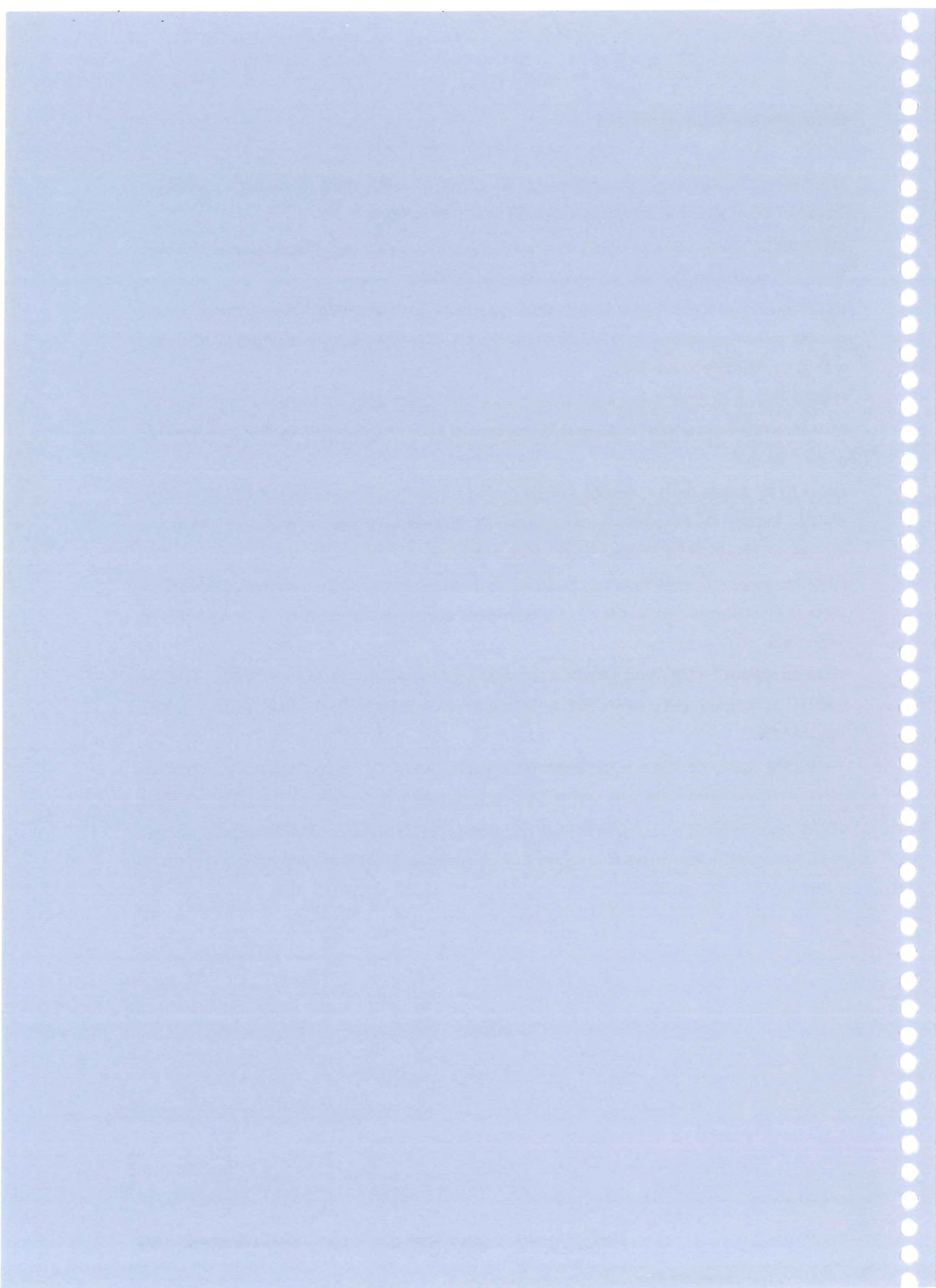
Travassos et al (2000) ao estudar as desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil, observaram que:

- a. A chance de uso de serviços de saúde, controlada por idade, sexo e morbidade (restrição de atividades), é expressivamente maior para as pessoas cobertas por planos de saúde em relação às pessoas não cobertas – 66% no Nordeste e 73% no Sudeste.
- b. O uso de clínicas e consultórios particulares predomina no grupo de indivíduos com plano de saúde, ao passo que o uso de hospitais e postos/centros de saúde é maior no grupo de indivíduos não cobertos.

A partir do exposto, almeja-se que as informações geradas possam se transformar em subsídios para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenção que minimizem a desigualdade no adoecer e no acesso aos serviços de saúde, contribuindo assim para um processo de envelhecimento mais saudável do idoso carioca.

Referências Bibliográficas

- BÓS**, Antônio M. G.; **BÓS**, Ângelo. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113 – 120, fev. 2004.
- CHAIMOWICZ**, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 184 – 200, abr. 1997.
- KILSZTAJN**, Samuel; **ROSSBACH**, Anacláudia; **CARMO**, Manuela Santos Nunes; **CAMARA** Marcelo Bozzini. Serviços de saúde, gastos e envelhecimento da população brasileira. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 93 – 108, jan./jun. 2003.
- LEBRÃO**, Maria Lúcia; **DUARTE**, Yeda Aparecida de Oliveira. SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O projeto SABE na América Latina e Caribe. Organização Panamericana da Saúde / Faculdade de Saúde Pública-Universidade de São Paulo. 2003.
- LIMA-COSTA**, Maria Fernanda F.; **GUERRA**, Henrique L.; **FIRMO**, Josélia O. A.; **VIDIGAL**, Pedro G.; **UCHOA**, Elizabeth; **BARRETO**, Sandhi M. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): private health plan and medical care utilization by older adults. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 177 - 186, jan. / fev. 2002.
- PINHEIRO**, Rejane Sobrinho; **TRAVASSOS**, Cláudia. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487 - 496, jul-set, 1999.
- TELAROLLI JUNIOR**, Rodolpho; **MACHADO**, José Cândido M. S.; **CARVALHO**, Fernanda. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 5, p. 485 – 498, out. 1996.
- TRAVASSOS**, Claudia; **VIACAVA**, Francisco; **FERNANDES**, Cristiano; **ALMEIDA**, Célia Maria. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133 - 149, 2000.
- VERAS**, Renato Peixoto. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705 - 715, jun. 2003.



Considerações Finais

A caracterização social e econômica do idoso da Cidade do Rio de Janeiro permite identificar as condições básicas que vão determinar, em última instância, a situação de saúde e vida desta parcela da população. Ao mesmo tempo possibilita a identificação das intervenções assistenciais e preventivas necessárias à garantia da qualidade de vida.

Com as informações coletadas reconhecemos em que dimensões a sociedade e o poder público devem se reorganizar visando à construção das estruturas de atenção e cuidado ao idoso. Dimensões já explicitadas nas legislações específicas que compreendem ações: de integração social, de adaptação urbana, de cuidados assistenciais (curativos, paliativos e de readaptação) e de cuidados preventivos (promoção da saúde do idoso), mas também em dimensões da organização da vida dos idosos e dos modos de viver.

- Quase um quarto dos idosos (24%) dispõem de renda pessoal maior ou igual a 4 salários mínimos, 43% se enquadram entre 1 e 2 salários mínimos e 13% afirmam não dispor de renda pessoal.
- A situação social e econômica dos idosos é condição para possibilidades diferenciadas de envelhecimento digno, autônomo e saudável.
- Dos entrevistados, 26% ainda permaneceram ativos no mercado de trabalho.
- 35% dos idosos, ou seja, pelo menos um em cada três, declara que precisa de ajuda financeira para viver.
- A base da atenção à saúde do idoso objetiva o envelhecimento saudável e a preservação da autonomia e independência pelo maior tempo possível. A situação de vida deste grupo reflete, em parte, a organização da sociedade para garantia da qualidade de vida e atendimento ao idoso que tem seu limite no baixo rendimento, na pouca escolaridade e em arranjos familiares que, se por um lado garantem apoio, por outro, representam sobrecarga.
- A pesquisa constatou que a responsabilidade financeira do domicílio recai sobre 81% do total de idosos
- Os idosos cariocas vivem em família, em geral com filhos ou outros familiares, e mantêm com eles relações de dependência mútua – são simultaneamente provedores e dependentes dos familiares. Os recursos financeiros das famílias refletirão em diferentes possibilidades de consumo, de hábitos e práticas, determinando formas diferentes de viver e envelhecer.
- À medida que a renda e a educação aumentam (indicadores altamente correlacionados), há progressiva redução na prevalência de incapacidade funcional.
- Quanto menor a escolaridade, maior a frequência de não ter com quem contar. Entre os

apenas alfabetizados (21%), já para aqueles com 15 anos ou mais de estudo (8%).

A capacidade funcional do idoso varia de acordo com o acúmulo de desgastes sofridos ao longo da vida. As doenças que se combinaram e as complicações de uma só doença agravada por acompanhamento ou atitude de controle inadequada, determinarão a maior ou menor possibilidade de participação ativa deste idoso na vida social. Ao mesmo tempo, definirá maior ou menor dependência em relação à família ou a necessidade de suporte social.

- Quanto maior o número de doenças crônicas, mais elevada será a prevalência de incapacidade funcional.
- Dos que auto-avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim, 34% não têm com quem contar, um índice mais de duas vezes superior ao encontrado para os que relataram avaliação muito boa/boa (13%).
- Pelo menos um em cada três idosos com auto-avaliação ruim/muito ruim não recebeu (ou realizou) visita nos últimos 30 dias. Já entre os que se referiram ao estado de saúde muito bom/bom, a proporção cai para 18%.

O envelhecimento não saudável tem como lastro desvantagens sociais e econômicas, que somadas ao desenvolvimento de doenças, hábitos pouco saudáveis e a evolução natural do processo de envelhecimento determinam problemas que necessariamente terão consequências tanto para o Estado como para a família. As diferenças de oportunidades de consumo de bens e serviços e de acesso à informação criam condições de exclusão que definirão maior frequência de doenças, de complicações, de isolamento social, de não acesso a práticas voltadas para promoção da saúde e prevenção de doenças e complicações.

- Aproximadamente, 91% dos idosos cariocas declararam pelo menos uma doença crônica. Praticamente metade se referiu a três ou mais morbididades.
- Dos que ganham até um salário mínimo, 56% se referiram a três ou mais doenças. Já entre os que ganhavam quatro ou mais salários mínimos esta proporção cai para 42%.
- Dos que têm de 11-14 anos de estudo, 12% não se referiram a nenhuma doença. Entre os que tinham de 1-3 anos de estudos, apenas 6% não têm doenças.

As possibilidades de prevenção e promoção da saúde do idoso dependem de investimentos precoces desde o nascimento, estimulando atitudes e modos de viver saudáveis, mas dependem também de ações presentes, no cotidiano, mesmo que doenças e incapacidades já tenham se estabelecido. Características, próprias do envelhecimento, estabelecerão os limites de atuação das atividades de promoção e prevenção. O que se deve introduzir nas práticas da área de

saúde, lazer, cultura, esporte e assistência social é a perspectiva de manutenção do idoso integrado à vida social.

Quanto à saúde, os idosos que consideraram sua auto-percepção de saúde muito boa/boa, a indicação de nenhuma doença ou até duas doenças foi relativamente maior (56%) do que a observada entre os que consideraram sua saúde regular (34%) e menor ainda (18%) do que a encontrada entre os que consideraram sua saúde ruim/muito ruim.

Na área de saúde, em particular, a assistência voltada para o idoso requer capacitação profissional específica para o atendimento adequado de um paciente que tem mais de uma doença ou que apresenta complicações de muitos anos de evolução de uma determinada morbidade. Esta cronicidade, associada aos desgastes inerentes do envelhecimento, compõe um cenário em que o indivíduo não pode ser visto em função de cada uma das doenças, mas em sua integralidade, o que supõe assistência adequada para garantia da saúde, da capacidade funcional e da autopercepção positiva da sua condição saúde.

Pelo exposto, é possível sugerir que a capacidade de atendimento aos idosos pelos serviços de saúde é ineficiente e ineficaz. As demandas de atendimento ultrapassam, em muito, o potencial da rede de atenção básica existente e, além da dimensão quantitativa, existe também a prática de atenção à saúde do idoso que ainda acontece de forma inadequada, exigindo a reorganização urgente da assistência preventiva com ênfase na qualificação intersectorial e multiprofissional do cuidado.

- Entre os idosos que não apresentavam comprometimento das AIVD ou AVD a proporção com quatro ou mais doenças foi de 25%, já entre os que indicavam comprometimento de AIVD esta proporção sobe para 42% e finalmente, para aqueles com prejuízos de AVD e AIVD a proporção atinge 52%.
- O estado de saúde muito bom/bom, varia de 73% para aqueles com até 3 anos de estudo até atingir 89% para quem estudou por 15 anos ou mais.
- Idosos independentes declararam maiores percentuais de percepção muito boa /boa (81%) e, na medida em que surgem as dificuldades, caem os percentuais: 66% para dificuldade em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e 54% para dificuldades em AIVD e Atividades de Vida Diária (AVD).

Algumas práticas simples, como a adoção de um protocolo de atendimento nas unidades de saúde que inclua questões sobre autopercepção da saúde e dos fatores de risco para ocorrência de quedas, possibilitaria a identificação, prevenção e / ou assistência a vulnerabilidades que

podem conduzir a incapacidades e mortalidade.

- Um em cada quatro idosos consultou um serviço odontológico por alguma alteração na boca (dentes ou gengiva) no último ano.
- A maioria dos idosos (71,2%) diz fazer uso de pelo menos uma prótese total, independente da arcada dentária.
- A auto-avaliação sobre a necessidade de uso de prótese total ou de sua substituição, feita por 38% dos idosos.

Com relação à saúde bucal, a avaliação das condições de saúde revela objetivamente a necessidade de investimento voltado para aquisição de insumos e serviços – próteses - e rede de atendimento, bem como mudança de modelo de atenção em relação às práticas mutiladoras.

A análise dos resultados por Área de Planejamento de Saúde na Cidade reproduz as diferenças sócio-demográficas e econômicas existentes. Observam-se particularidades de comportamento e organização urbana que definem riscos diferenciados de adoecimento. A importância de se identificar e considerar as diferenças existentes está atrelada ao êxito das ações desencadeadas regionalmente.

Diante das diferenças de oportunidade, cabe ao Poder Público garantir: acesso à atenção e cuidados adequados; acesso a informações que possibilitem a identificação de opções de consumo e hábitos saudáveis.

De todos os aspectos abordados nesta pesquisa destacamos três condições que devem ser entendidas e absorvidas como marcadoras da condição de saúde da população idosa – percepção da condição de saúde, capacidade funcional e morbidade referida. Estas três condições devem ser incorporadas como indicadores de saúde e condição de vida da população carioca em geral, pois a semelhança do que se tem avaliado pelos indicadores como a mortalidade infantil, a saúde do idoso refletirá os investimentos que a sociedade moderna faz no sentido do desenvolvimento de condições básicas de bem estar social.

Supervisores de Campo, Questionário e Instrutivo

SUPERVISORES DE CAMPO DO INQUÉRITO DO IDOSO

AP	NOME DO RESPONSÁVEL	AP	NOME DO RESPONSÁVEL
1.0	Ana Luíza M. Mendonça	5.1	Silvana Costa Caetano
1.0	Flávia Furtado	5.1	Natália Cristina da Silva e Silva
2.1	Maria Martha J. Caetano	5.2	Letícia de Oliveira Cardoso
2.1	Alcides Carneiro	5.2	Célia Maciel Lourenço dos Santos
2.1	Soraya Oliveira	5.2	Vanessa dos Reis de Souza
2.1	Eliane Teixeira	5.3	Marcia Vasques Cardoso
2.2	Margareth G. Sgambato	5.3	Silvia Cristina Farias
2.2	Maria Alice Jansen Lievore	5.3	Célia Regina de O. B. Rocha
2.2	Lúcia Santos		
2.2	Débora Martins dos Santos		
2.2 e 3.1	Patrícia Gomes Tomé		
3.1	Adirlene Silva da Penha		
3.1	Carlos Heber Pinto Medeiros		
3.1	Renata da Conceição		
3.1	Raquel Santos de Souza		
PSF Alemão	Neyse da Silva Couto		
PSF Alemão	Edna Ferreira Santos		
3.2	Ana Lúcia de Melo Bellizzi		
3.2	Elda Lima Tavares		
3.2	Maria Fátima Garcia de Menezes		
3.2	Elaine Nunes Marques		
3.2	Luciane Vidal de Melo		
3.3	César Cipriano de Souza		
3.3	Patrícia Darci Pereira		
3.3	Ricardo Ferreira Guedes		
3.3	João Tello Ramos		
4.0	Luíza Machado		
4.0	Carlos Alberto Maia		
5.1	Rosanna Iozzi		

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Sr(a)

A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro está realizando um estudo que tem por objetivo avaliar as condições de saúde das pessoas com 60 anos ou mais, objetivando melhorar as ações de saúde oferecidas em nossa cidade.

Gostaríamos de convidá-lo para participar deste estudo. Para isso, é necessário que você responda a algumas perguntas para que possamos compreender melhor sua condição de saúde e adoecimento. Estaremos desenvolvendo também, o controle de qualidade da Pesquisa. Se necessário, você poderá ser convidado para a realização de uma nova entrevista

Você pode não concordar em participar deste estudo, não havendo nenhum tipo de consequência para o(a) Sr(a). As conclusões do estudo serão divulgadas em conjunto e as suas respostas não serão identificadas. Para outras informações ou dúvidas, você pode entrar em contato com os responsáveis pelo estudo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da SMSRio nos telefones abaixo. Você aceita participar do estudo?

() SIM () NÃO

Assinatura

Responsáveis pelo estudo:

SMSRio, Superintendência de Vigilância em Saúde e Gerência de Saúde do Idoso -

Rosanna Iozzi da Silva e Carlos Maia

Rua Afonso Cavalcanti nº455, sala 828 -
Tel:25032239/2247

Comitê de ética em Pesquisa (CEP); telefone

Rua Afonso Cavalcanti nº455, sala 601 -
Tel:22935549

DADOS DO ENTREVISTADO

NOME _____
(primeiro nome)

1. Situação do entrevistado

- 1 ☐ O Próprio
2 ☐ Esposo(a)/Companheiro(a)
3 ☐ Filho(a)
4 ☐ Outro Familiar: _____
5 ☐ Outro não familiar
6 ☐ Cuidador

BLOCO I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº de Controle

2. Data Nascimento

3. Idade

4. Sexo 1 ☐ Masc 2 ☐ Fem

5. Bairro Residência:

6. Município Residência

Telefone:

BLOCO II - VACINAÇÃO

7. De quantas campanhas de vacinação contra gripe o(a) Sr(a) já participou? (**Considerar a campanha atual.**)

- 1 ☐ Uma
2 ☐ Duas
3 ☐ Três
4 ☐ Quatro
5 ☐ Cinco
6 ☐ Seis
7 ☐ Sete
8 ☐ Oito (passar para questão 9)
9 ☐ "Todas"
9 ☐ Não Sabe

8. Caso o(a) Sr(a) não tenha participado de outras campanhas qual o motivo? (**Marcar mais de uma opção, se necessário.**)

- 1 ☐ Não estar na faixa etária
2 ☐ Não ter gripe
3 ☐ Não considerar a gripe uma doença grave
4 ☐ Não saber da realização da campanha
5 ☐ Ter medo da reação
6 ☐ Ter alergia aos componentes da vacina
7 ☐ Por recomendação médica
8 ☐ Outro - Especifique _____
88 ☐ NSA
99 ☐ NI

9. O(a) Sr(a) acha que a vacina trouxe benefícios para sua saúde?

1 ☐ Sim 2 ☐ Não 8 ☐ NSA 9 ☐ NI

10. O(a) Sr(a) está satisfeito com o serviço prestado durante a campanha de vacinação?

1 ☐ Sim (passar para a questão 12)

2 ☐ Não

9 ☐ NI (passar para a questão 12)

11. Qual o principal motivo de insatisfação em relação à vacinação contra a gripe? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

1 ☐ Demora na fila

2 ☐ Forma de Aplicação

3 ☐ Falta de informações sobre a vacina

4 ☐ Outra (especifique): _____

12. Como o(a) Sr(a) ficou sabendo da realização desta Campanha?

1 ☐ Meios de Comunicação (rádio, TV...)

2 ☐ Indicação do médico

3 ☐ Familiares/amigos/vizinhos

4 ☐ Outros (especifique): _____

9 ☐ NI

BLOCO III – QUALIDADE DE VIDA/CONDIÇÃO FUNCIONAL. (Marcar com um “X” a opção “Sim” ou “Não”)

ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)	SIM	NÃO
13a. Consegue tomar banho sem ajuda?		
13b. Consegue vestir-se sozinho?		
13c. Consegue usar vaso sanitário (ir ao banheiro) sem ajuda mesmo usando barra ou andador?		
13d. Consegue levantar-se da cama sozinho, mesmo usando barra ou andador?		
13e. Controla completamente fezes e urina sem “acidentes”?		
13f. Alimenta-se sem ajuda?		

BLOCO III (CONTINUAÇÃO) – QUALIDADE DE VIDA/CONDIÇÃO FUNCIONAL

(Marcar com um “X” a opção – Sim ou Não)

14. AIVD - INSTRUMENTAL DENTRO DE CASA	SIM	NÃO
14a. O(a) Sr(a) conseguiria preparar sua própria comida sem ajuda?		
14b. O(a) Sr(a) conseguiria limpar sua casa sem ajuda?		
14c. O(a) Sr(a) conseguiria lavar sua roupa sem ajuda?		
14d. O(a) Sr(a) conseguiria cuidar dos seus próprios medicamentos sem ajuda? (tomar sozinho, controlar horários etc)		
14e. O(a) Sr(a) conseguiria usar o telefone sem ajuda?		
FORA DE CASA		
14f. O(a) Sr(a) conseguiria fazer compras de alimentos, roupas, medicamentos, etc sem ajuda?		
14g. O(a) Sr(a) conseguiria ir a consultas médicas e eventos sociais ou religiosos sem ajuda?		

BLOCO IV – DADOS SOCIO-ECONÔMICOS

15. O Sr(a) sabe ler e escrever?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passar para questão 17)

16. Qual foi a última série e grau que o senhor(a) completou?

- 1 ☐ Só aprendeu a ler e escrever (só alfabetização)

2 _____
(descrever a escolaridade)

- 3 ☐ Não sabe responder

17. Atualmente Trabalha?(atividade remunerada)

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para a questão 19)

18. Ocupação Atual (Especifique)

_____ ☐ ☐ ☐

19. Qual a ocupação que desempenhou a maior parte da vida?

_____ ☐ ☐ ☐

20. O(a) Sr(a) tem alguma fonte de renda?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para a questão 24)

21. Quais são suas fontes de renda? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

- 1 ☐ Aposentadoria
2 ☐ Pensão
3 ☐ Remuneração pelo trabalho atual
4 ☐ Aluguel (renda) ou aplicações bancárias
5 ☐ Outro(especifique): _____

22. O(a) Sr(a) se considera responsável financeiro, pelo domicílio?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
9 ☐ NI

23. Qual a sua renda pessoal? (Anotar em reais -R\$ - ou em salários mínimos - SM)

24. Precisa de ajuda financeira para viver? (cessão de imóvel para residir, alimentação, seguro-saúde, compra de medicamentos, etc)

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para questão 26)
9 ☐ NI

25. Recebe ajuda de quem? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

- 1 ☐ Sustento pelo companheiro
2 ☐ Filhos
3 ☐ Irmão / Irmã
4 ☐ Outros Familiares
5 ☐ Outros (especifique): _____
9 ☐ NI

26. Com quem o(a) Sr(a) vive?

- 1 ☐ Sozinho
2 ☐ Em Instituição Asilar

3 Acompanhado por: (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

- 3.1 ☐ Esposo(a) ou companheiro(a)
3.2 ☐ Filho(a)(s) casado(a)(s)
3.3 ☐ Filho(a)(s) solteiro(a)(s)
3.4 ☐ Irmão / Irmã
3.5 ☐ Outro familiar
3.6 ☐ Outro não familiar

- 9 ☐ NI

27. Quantos banheiros o(a) Sr(a) tem na sua casa?

28. O(a) Sr(a) tem plano/seguro de saúde privado?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
9 ☐ NI

BLOCO V – REDE DE APOIO

29. O (a) Sr(a) tem alguma pessoa na sua vida com quem pode contar, ou seja, alguém para quem possa pedir ajuda, compartilhar interesses ou se divertir? (Não ler as alternativas.)

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
3 ☐ Não tem certeza
9 ☐ NI

30. Nos últimos 30 dias, com que frequência o(a) Sr(a) recebeu visita ou visitou alguém? (Não ler as alternativas.)

- 1 ☐ Quase todos os dias
- 2 ☐ Uma a três vezes por semana
- 3 ☐ Uma vez a cada 15 dias
- 4 ☐ Uma vez por mês
- 5 ☐ Nenhuma vez nos últimos 30 dias
- 9 ☐ NI

31. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) participou de atividades como cultos religiosos, encontros em clubes, associações, jogos com amigos, conhecidos ou vizinhos? (Não ler as alternativas.)

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não
- 9 ☐ NI

BLOCO VI -- HÁBITOS

32. O(a) Sr(a) pratica alguma atividade física regular - igual ou maior do que cinco vezes por semana por no mínimo 30 minutos por dia?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não
- 8 ☐ NSA
- 9 ☐ NI

33. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou?

- 1 ☐ Fuma
- 2 ☐ É ex-fumante
- 3 ☐ Nunca fumou (passar para questão 37)
- 9 ☐ NI (passar para questão 37)

34. Quantos cigarros/cigarrrilhas ou charutos o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?

- 1 ☐ Até 10 por dia
- 2 ☐ De 10 a 20 por dia
- 3 ☐ 21 ou mais por dia

35. Começou a fumar aos _____ anos

36. Parou de fumar aos _____ anos

37. Quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come frutas ou toma suco natural de frutas?

- 1 ☐ Não como frutas, nem tomo sucos
- 2 ☐ Não como frutas, nem tomo sucos todos os dias
- 3 ☐ 1 vez
- 4 ☐ 2 vezes
- 5 ☐ 3 vezes
- 6 ☐ 4 vezes
- 7 ☐ 5 ou mais vezes
- 9 ☐ NI

38. Quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come verduras ou legumes (com exceção da batata e aipim)?

- 1 ☐ Não como verduras, nem legumes
- 2 ☐ Não como verduras, nem legumes todos os dias
- 3 ☐ 1 vez
- 4 ☐ 2 vezes
- 5 ☐ 3 vezes
- 6 ☐ 4 vezes
- 7 ☐ 5 ou mais vezes
- 9 ☐ NI

BLOCO VII - ESTADO DE SAÚDE/MORBIDADE REFERIDA/USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

39. Em comparação com outras pessoas da sua idade como considera seu próprio estado de saúde? (Ler as opções.)

- 1 ☐ Muito bom
- 2 ☐ Bom
- 3 ☐ Regular
- 4 ☐ Ruim
- 5 ☐ Muito ruim

HIPERTENSÃO

40. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não (passar para questão 45)
- 9 ☐ NI

41. O(a) Sr(a) faz acompanhamento médico da pressão alta?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não (passar para questão 45)
- 9 ☐ NI

42. O(a) Sr(a) faz acompanhamento da pressão alta em unidade de saúde da prefeitura?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não
- 9 ☐ NI

43. O(a) Sr(a) usa algum medicamento para controlar sua pressão?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não
- 9 ☐ NI

44. O(a) Sr(a) faz alguma dieta alimentar para controlar sua pressão?

- 1 ☐ Sim
- 2 ☐ Não
- 9 ☐ NI

DIABETES

45. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes/problemas de açúcar no sangue?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para questão 52)
9 ☐ NI

46. O(a) Sr(a) faz acompanhamento médico do diabetes?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para questão 52)
9 ☐ NI

47. O(a) Sr(a) faz acompanhamento do diabetes em unidade de saúde da prefeitura?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
9 ☐ NI

48. O(a) Sr(a) usa algum medicamento para controlar seu diabetes?

- 1 ☐ Sim – Injetável
2 ☐ Sim – Oral
3 ☐ Não
9 ☐ NI

49. O(a) Sr(a) faz alguma dieta alimentar para controlar o diabetes?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
9 ☐ NI

50. O(a) Sr(a) tem alguma complicação ocasionada pelo diabetes?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para questão 52)
9 ☐ NI

51. Qual?

52. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem ou teve algumas destas doenças?

Doenças	1-SIM	2-NÃO
51 ^a - Asma / Enfisema / Bronquite		
51b- Pneumonia		
51c- Câncer		
51d-Artrite/Reumatismo/Artrose/Gota		
51e- Angina / Infarto		
51f- Insuficiência Cardíaca		
51g- AVC / Derrame		
51h- Depressão		
51i- Doença de Parkinson		
51j- Catarata		
51k- Osteoporose		

53. O(a) Sr(a) tem algum problema de visão?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ NI

54. O(a) Sr(a) tem algum problema de audição?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
9 ☐ NI

55. Há algum problema de saúde que o Sr(a) considere importante e que não foi perguntado e o (a) Sr(a) gostaria de informar?

- 1 ☐ Sim (especifique):
2 ☐ Não

56. Quando o(a) Sr(a) se sente doente que tipo de serviço procura?

- 1 ☐ Emergência de Hospital Público
2 ☐ Ambulatório de Serviço Público
3 ☐ Serviço do Plano de Saúde
4 ☐ Consultório Particular
5 ☐ Outro (especifique):
9 ☐ NI

QUADRO 3 – ACIDENTES DE TRÂNSITO E QUEDAS (Abordar a ocorrência nos últimos 12 meses)

57. O(a) Sr(a) sofreu algum tipo de atropelamento nos últimos 12 meses?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não
9 ☐ NI

58. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (Marcar mais de uma opção, se necessário.)

- 1 ☐ Sim, em casa, da própria altura
2 ☐ Sim, em casa, de lugar elevado
3 ☐ Sim, em via pública
4 ☐ Sim, no ônibus (ou do ônibus)
5 ☐ Não
6 ☐ Outro (especifique): _____
9 ☐ NI

BLOCO VIII – SAÚDE BUCAL

59. O(a) Sr(a) sentiu alguma alteração na sua boca/dentes ou gengivas que precisou de dentista nos últimos 12 meses?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para questão 61)
9 ☐ NI

60. Onde foi atendido?

- 1 ☐ Serviço Público
2 ☐ Serviço Particular
3 ☐ Serviço Conveniado/ Plano de Saúde
9 ☐ NI

61. Faz uso de dentadura/prótese total?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passar para questão 64)

62. Qual é o tipo de dentadura/prótese total?

- 1 ☐ Superior 3 ☐ Superior e Inferior
2 ☐ Inferior 9 ☐ NI

63. Há quanto tempo foi confeccionada a sua dentadura/prótese atual?

Tipo	Tempo
62a Superior	
62b Inferior	
62c Sup/Inf	

1= até 5 anos;
2= de 6 a 10 anos;
3= + de 10 anos

64. Necessita de dentadura/prótese total ou substituição da atual?

- 1 ☐ Sim
2 ☐ Não (passar para questão 66)
9 ☐ NI

65. De qual tipo necessita?

- 1 ☐ Superior
2 ☐ Inferior
3 ☐ Superior e Inferior
9 ☐ NI

66. O(a) Sr(a) apresenta algum caroço/nódulo/lesão/ferida/machucado na boca?

- 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 9 ☐ NI

(Se a resposta for “Sim”, encaminhar para exame – preencher filipeta)

DADOS DO ENTREVISTADOR

Nome _____

67. Código

68. Data da Entrevista /

69. Posto de vacinação

70. AP:

Observações: _____

INSTRUTIVO

Inquérito sobre a Saúde do Idoso

CARO(A) ENTREVISTADOR(A),

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer melhor os hábitos de vida e as condições de saúde dos idosos no município do Rio de Janeiro. De acordo com os resultados, poderão ser fomentadas estratégias e ações que contribuirão para a melhoria da condição de saúde e da qualidade de vida deste grupo. Este instrutivo foi elaborado com a finalidade de orientar e padronizar o preenchimento das questões no momento da entrevista.

Sua participação é fundamental para que esta pesquisa se realize. Siga as instruções deste manual e bom trabalho!

ORIENTAÇÕES GERAIS

É essencial que a campanha de vacinação não seja comprometida e que as respostas obtidas sejam bastante confiáveis. Para isso:

- O correto preenchimento do questionário é fundamental para o alcance dos objetivos da pesquisa. A maneira como esse preenchimento será feito pode levar a erros na digitação e na análise de dados. Por essa razão, recomenda-se que sejam respeitadas as instruções que constam neste manual.
- Não se deve confiar na memória. O questionário deve ser preenchido na hora, evitando anotações posteriores à entrevista. Nos casos em que houver dúvida quanto à alternativa a ser assinalada, anote no canto da folha do questionário o que o entrevistado está respondendo. Consulte o manual sempre que tiver dúvidas, ou entre em contato com os supervisores do seu posto de trabalho. A maioria das questões são fechadas, ou seja, para respondê-las basta assinalar com "X" a alternativa que corresponde à resposta dada pelo idoso ou seu acompanhante. Evite mostrar o questionário, leia as alternativas somente quando o enunciado da questão solicitar. A leitura das alternativas pode fazer com que o informante responda sempre "não sei" para terminar logo a entrevista. Nas questões abertas, anote com letra legível exatamente o que for respondido pelo idoso ou acompanhante.
- Logo após a entrevista e antes de liberar o entrevistado, uma revisão rápida é necessária para confirmar que nenhuma pergunta foi omitida. A ordem das questões deve ser respeitada e não se deve alterar qualquer item do questionário. Caso seja necessário fazer observações, estas devem ser escritas no verso da última folha, ao final do questionário.
- O entrevistador deve evitar ao máximo manifestar suas opiniões – "na minha opinião", "eu acho" ou através de risos, olhares de censura, etc. - para não influenciar as respostas. Ler as perguntas com simpatia, concentração e paciência ajuda bastante, principalmente naqueles casos em que o entrevistado não consegue entender com facilidade as perguntas.
- Todos os campos devem ser preenchidos a lápis.
- O entrevistador deverá iniciar sua apresentação de acordo com o exemplo:

"Como está? Me chamo...(nome do entrevistador) e este é um trabalho da Prefeitura do Rio. Estamos realizando um estudo sobre a saúde de pessoas com 60 anos ou mais, que tem como finalidade compreender melhor os fatores que influenciam na condição de saúde e os recursos que podem ser usados para torná-la melhor."

A sua participação é voluntária e todas as informações aqui fornecidas serão confidenciais e utilizadas apenas para fins estatísticos, sendo sua identidade preservada. Estaremos desenvolvendo também controle de qualidade da Pesquisa. Se necessário, você poderá ser convidado para a realização de uma nova entrevista."

O(a) Sr(a) gostaria de participar?"

Caso obtenha concordância, leia o termo de consentimento para o idoso ou seu acompanhante, que deverá assiná-lo, e só então dê início à entrevista.

ATENÇÃO

Legenda:

NSA – Não se aplica (se refere a situações em que a pergunta em questão não faz sentido para o entrevistado)

NI – Não Informado (utilizada quando o entrevistado não quiser responder ou não souber informar)

OS CAMPOS QUE APRESENTAM SOMBRAMENTO NO QUESTIONÁRIO, SÓ SERÃO UTILIZADOS PELOS SUPERVISORES – NÃO UTILIZAR

DADOS DO ENTREVISTADO

Preencha o espaço reservado na parte superior esquerda da folha com o primeiro nome do entrevistado – **BASTA O PRIMEIRO NOME.**

1. Situação do entrevistado: assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

BLOCO 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nº de Controle: a codificação será feita posteriormente, PELO SUPERVISOR.

2. Data Nascimento: preencha a data de nascimento do entrevistado com dois dígitos para dia e mês, e quatro dígitos para ano, nesta ordem (dd/mm/aaaa). Exemplo: 20 de junho de 1930 - 20/06/1930.

3. **Idade:** preencha com a idade informada pelo entrevistado, iniciando o registro pela coluna da esquerda. Exemplo: 65 anos (065).
4. **Sexo:** assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.
5. **Bairro Residência:** preencha o espaço com o bairro de residência informado. A codificação será feita posteriormente no espaço correspondente. No caso de o entrevistado citar um lugar que você não conheça, pergunte por um local de referência (um bairro próximo, por exemplo).
6. **Município Residência:** escreva o município de residência. A codificação será feita posteriormente

BLOCO II – VACINAÇÃO

7. **De quantas campanhas de vacinação contra gripe o(a) Sr(a) já participou? (Considerar a campanha atual)**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Caso a resposta seja "Oito" passar para a questão 9. Se o entrevistado disser que participou de "todas", pergunte o número de anos em que participou da campanha. Se ainda assim o entrevistado não souber quantificar o número de campanhas mas insistir que participou de todas, assinalar a opção "todas". Considerar os comprovantes de vacinação, caso o entrevistado os possua, quantificando o número de participações.
8. **Caso o(a) Sr(a) não tenha participado de outras campanhas qual o motivo? (Marcar mais de uma opção, se necessário)**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. A opção "88.NSA" deverá ser marcada quando o idoso afirmar ter participado de todas as campanhas. Ao marcar a opção "99.NI" ou "88.NSA", nenhuma outra opção poderá ser marcada.
9. **O(a) Sr(a) acha que a vacina trouxe benefícios para sua saúde?**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Caso o idoso esteja participando pela primeira vez da campanha, assinale a opção "8.NSA".
10. **O(a) Sr(a) está satisfeito com o serviço prestado durante a campanha de vacinação?**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Sim" ou "NI", passar para a questão 12.
11. **Qual o principal motivo de insatisfação em relação à vacinação contra a gripe? (Marcar mais de uma opção, se necessário)**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Ao marcar a opção "4.Outra", especifique o motivo da insatisfação em relação à vacinação contra a gripe.
12. **Como o(a) Sr(a) ficou sabendo da realização desta campanha?**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Ao marcar a opção "4.Outros", especifique o modo como o entrevistado ficou sabendo da campanha de vacinação.

BLOCO III – QUALIDADE DE VIDA / CONDIÇÃO FUNCIONAL

13. **Atividades da vida diária (AVD) e 14. Atividade instrumental da vida diária**
O objetivo deste bloco é avaliar a capacidade física do entrevistado e não a habilidade para realizar as atividades mencionadas.
Assinale com um "X" a opção "Sim" ou "Não", de acordo com a resposta do entrevistado. Se o entrevistado encontrar qualquer dificuldade para realizar e/ou precisar de ajuda para realizar as atividades acima, a resposta a ser marcada será "Não", salvo a situação do uso de barra ou andador.

BLOCO IV – DADOS SOCIO-ECONÔMICOS

15. **O(a) Sr(a) sabe ler e escrever?**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não" passar para a questão 17.
16. **Qual foi a última série e grau que o(a) Sr(a) completou?**
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado – 1 ou 3. OU registre no item 2 - a série e o grau - da forma como o entrevistado responder, p.ex.: "1ª série do primeiro grau" ou "1º ano primário" ou "2º ano do ginásio" etc
17. **Atualmente trabalha?**
Considerar apenas atividade remunerada.
Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não", passar para a questão 19.
18. **Qual a sua ocupação atual? (Especifique)**
Preencha o espaço com a ocupação informada pelo entrevistado. A codificação será feita posteriormente pelo supervisor.
19. **Qual a ocupação que desempenhou a maior parte da vida?**
Preencha com a ocupação que o entrevistado desempenhou durante mais tempo durante sua vida profissional. A codificação será feita posteriormente pelo supervisor. Evite usar o termo aposentado.
20. **O(a) Sr(a) tem alguma fonte de renda?**
Assinale com um "X" a opção "Sim", se o entrevistado recebe salário, pensão, aluguel ou outra forma regular de rendimento. Se o entrevistado não recebe regularmente qualquer rendimento, marque a opção "Não" e passe para a pergunta 22.
21. **Quais são suas fontes de renda? (marcar mais de uma opção, se necessário)**
Assinale com um "X" a(s) opção(ões) informada(s) pelo entrevistado. Ao marcar a "opção 5. Outra", especifique a fonte de renda informada.

22. O(a) Sr(a) se considera responsável financeiro pelo domicílio?

Assinale com um "X" a opção "Sim", se o entrevistado informar que é o principal responsável pela manutenção do domicílio, com relação a pagamento de aluguel, contas de serviços básicos (luz, água, gás, etc), compras de alimentação, vestuário, entre outras. Marque com um "X" a opção "Não", caso ele informe não ser o responsável financeiro no domicílio.

23. Qual a sua renda pessoal? (Anotar em reais-R\$ - ou em salários mínimos-SM)

Anote no espaço reservado a renda informada pelo entrevistado da forma como for dita, por exemplo, "1 salário mínimo", "300 reais", "2.200 reais, etc".

24. Necessita de ajuda financeira para viver? (cessão de imóvel para residir, alimentação, seguro-saúde, compra de medicamento, etc)

Assinale com um "X" a opção "Sim", se o entrevistado informar que necessita de algum tipo de ajuda para seu sustento, por exemplo, cessão de imóvel para moradia, compra de alimentos, de medicamentos, entre outros. Marque com um "X" a opção "Não", se o entrevistado não necessita de ajuda para o seu sustento. Caso a resposta seja "Não", passe para a pergunta 26.

25. Recebe ajuda de quem? (Marcar mais de uma opção, se necessário)

Assinale com um "X" a opção informada pelo entrevistado. Ao marcar a opção "5.Outros", especifique de quem o entrevistado recebe ajuda.

26. Com quem o(a) Sr(a) vive?

Assinale com um "X" a opção informada. Se o entrevistado vive acompanhado, pode ser marcada mais de uma opção.

27. Quantos banheiros o(a) Sr(a) tem na sua casa?

Anote no espaço reservado o número de banheiros informado pelo entrevistado, independentemente do uso (social ou serviço).

28. O(a) Sr(a) tem plano/seguro de saúde privado?

Assinale com um "X" a opção informada pelo entrevistado.

BLOCO V – REDE DE APOIO

29. O (a) Sr(a) tem alguma pessoa na sua vida, com quem pode contar, ou seja, alguém para quem possa pedir ajuda, compartilhar interesses ou se divertir? (Não ler as alternativas)

Assinale com um "X" a opção "Sim", se o entrevistado informar que pode contar com alguém nos casos especificados. Marque a opção "2" se a resposta for negativa, e "3" se o entrevistado não tiver certeza. Caso o entrevistado não informe, assinale a alternativa "NI".

30. Nos últimos 30 dias, com que frequência o(a) Sr(a) recebeu visita ou visitou alguém? (Não ler as alternativas)

Assinale com um "X" a alternativa informada pelo entrevistado. ATENÇÃO PARA O PERÍODO - NOS ÚLTIMOS 30 DIAS.

31. Nos últimos 30 dias, o Sr(a) participou de atividades como cultos religiosos, encontros em clubes, associações, jogos com amigos, conhecidos ou vizinhos? (Não ler as alternativas)

Assinale com um "X" a opção "Sim", se o entrevistado informar que participa das atividades; marque a opção "Não", se o entrevistado não participa dessas atividades. Caso o entrevistado não informe, assinale a alternativa "NI". ATENÇÃO PARA O PERÍODO - NOS ÚLTIMOS 30 DIAS

BLOCO VI – HÁBITOS

32. O(a) Sr(a) pratica alguma atividade física regular, igual ou maior do que cinco vezes por semana por no mínimo 30 minutos por dia?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Caso o idoso esteja impossibilitado de realizar atividade física regularmente, por incapacidade física ou restrição médica, assinale a opção "8.NSA".

NOTA: Para que a opção "1.Sim" seja marcada, é necessário que o idoso pratique alguma atividade física durante o tempo especificado na questão, ou seja, 5 vezes por semana por no mínimo 30 minutos por dia. Este tempo NÃO é cumulativo. (por exemplo: praticar hidroginástica 3 vezes por semana durante 1 hora. Neste caso, marcar a opção "2.Não".) Considerar que a atividade pode ser distribuída durante o dia (por exemplo: 3 ciclos de 10 min).

33. O(a) Sr(a) fuma ou já fumou?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se as opções forem "Nunca fumou" ou "NI" passar para a questão 37.

34. Quantos cigarros/cigarilhas ou charutos o(a) Sr(a) fuma (ou fumava) por dia?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

Para as perguntas 35 e 36, preencher o espaço com a idade informada pelo entrevistado.

35. Começou a fumar aos _____ anos.

36. Parou de fumar aos _____ anos.

Para as perguntas 37 e 38, considerar um "dia comum", quando não há mudança nos hábitos alimentares, como pode ocorrer em caso de internações, viagens, etc

37. Quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come frutas ou toma suco natural de frutas?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Caso o entrevistado não informe, assinale a alternativa "NI".

38. Quantas vezes por dia o(a) Sr(a) come verduras ou legumes (com exceção de batata e alho)?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Caso o entrevistado não informe, assinale a alternativa "NI".

Nota: as verduras podem ser cozidas ou refogadas.

BLOCO VII – ESTADO DE SAÚDE/MORBIDADE REFERIDA/USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

39. Em comparação com outras pessoas da sua idade, como o(a) Sr(a) considera seu próprio estado de saúde? (Ler as opções.)

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

HIPERTENSÃO

40. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão alta?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não", passar para a questão 45.

41. O(a) Sr(a) faz acompanhamento médico da pressão alta?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não", passar para a questão 45.

42. O(a) Sr(a) faz acompanhamento da pressão alta em unidade de saúde da prefeitura?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

43. O(a) Sr(a) usa algum medicamento para controlar sua pressão?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

44. O(a) Sr(a) faz alguma dieta alimentar para controlar sua pressão?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

DIABETES

45. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes/problema de açúcar no sangue?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não", passar para a questão 52.

46. O(a) Sr(a) faz acompanhamento médico?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não", passar para a questão 52.

47. O(a) Sr(a) faz acompanhamento do diabetes em unidade de saúde da prefeitura?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

48. O(a) Sr(a) usa algum medicamento para controlar o diabetes?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

49. O(a) Sr(a) faz alguma dieta alimentar para controlar o diabetes?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

50. O(a) Sr(a) tem alguma complicação ocasionada pelo diabetes?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não", passar para a questão 52.

51. Qual?

Preencha o espaço com a resposta dada pelo entrevistado. Por exemplo: cegueira, amputação, problemas renais, pé diabético, etc. A codificação será feita posteriormente pelo supervisor.

52. Alguma vez algum médico ou outro profissional de saúde já lhe disse que o(a) Sr(a) tem ou teve alguma dessas doenças?

Assinalar com um "X" o quadrinho correspondente ("SIM" ou "NÃO").

53. O(a) Sr(a) tem algum problema de visão?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

54. O(a) Sr(a) tem algum problema de audição?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

55. Há algum problema de saúde que o Sr(a) considere importante, que não foi perguntado, e o(a) Sr(a) gostaria de informar?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Sim" especifique o problema de saúde da forma como o entrevistado disser. A codificação será feita posteriormente pelo supervisor.

56. Quando o(a) Sr(a) se sente doente que tipo de serviço procura?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Outro", especifique o tipo de serviço de saúde mencionado pelo entrevistado.

Nas questões 57 e 58 abordar a ocorrência nos últimos 12 meses.

57. O(a) Sr (a) sofreu algum tipo de atropelamento nos últimos 12 meses?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

58. O(a) Sr(a) sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (Marcar mais de uma opção, se necessário)

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se necessário, pergunte de forma a especificar a queda informada pelo entrevistado (local, altura, etc). Caso seja marcada a opção "outro", especifique.

BLOCO VIII – SAÚDE BUCAL

59. O(a) Sr(a) sentiu alguma alteração na sua boca / dentes ou gengivas que precisou de dentista nos últimos 12 meses?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Atenção para o período (nos últimos 12 meses). Se a resposta for "Não", passar para a questão 61.

60. Onde foi atendido?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

61. Faz uso de dentadura / prótese total?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não", passar para a questão 64.

62. Qual é o tipo de dentadura / prótese total?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

63. Há quanto tempo foi confeccionada a sua dentadura/prótese atual?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Observe a legenda para responder a questão. Por exemplo: caso a dentadura/prótese superior tenha sido confeccionada há 5 anos, coloque o número "1" na linha correspondente à questão 62a. Se o entrevistado não conseguir se lembrar do tempo marcar "+ de 10 anos".

64. Necessita de dentadura/prótese total ou substituição da atual?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado. Se a resposta for "Não" ou "NI", passar para a questão 66.

65. De qual tipo necessita?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

66. O(a) Sr(a) apresenta algum caroço/nódulo/lesão/ferida/machucado na boca?

Assinale com um "X" a opção correspondente à resposta do entrevistado.

Se a resposta for "Sim", encaminhe o idoso para os responsáveis pela Saúde Bucal na própria unidade.

Lembretes:

Não esqueça de preencher o bloco "DADOS DO ENTREVISTADOR", com seu nome e data da entrevista. Os campos 67, 69 e 70 serão preenchidos posteriormente pelo supervisor.

Não esqueça e agradecer ao idoso a participação dele na entrevista.

Glossário

Acesso aos serviços de saúde - Medida da proporção da população com cobertura de serviços de saúde adequados. Esse conceito é utilizado para detectar iniquidades no uso de serviços.

Acidente Vascular Cerebral(AVC)/Derrame - Súbita perda de consciência seguida de paralisia que envolve, em geral, um dos lados da face, braço e perna de um lado do corpo. Deve-se a processos hemorrágicos em nível cerebral ou isquemias.

Alimentação saudável - É o mesmo que dieta equilibrada ou balanceada e pode ser resumida por três princípios: variedade, moderação e equilíbrio. Variedade significa comer diferentes tipos de alimentos pertencentes aos diversos grupos. Moderação é não exagerar nas quantidades de alimentos ingeridas. Equilíbrio engloba as suas características citadas anteriormente, ou seja, consumir alimentos variados, respeitando a quantidade de porções recomendadas para cada grupo de alimentos.

Alta complexidade - A Atenção de Alta Complexidade é composta por procedimentos que exigem incorporação de altas tecnologias e alto custo e que não é ofertada por todas as unidades.

Angina - Dor severa e uma sensação de constrição do coração, condição causada por deficiência relativa ao aporte de oxigênio ao miocárdio.

Artrite - Inflamação de uma ou mais articulações, geralmente acompanhadas de dor, tumefação e alterações de estrutura, causando limitações de movimentação.

Artrose - Afecção degenerativa progressiva que acomete as articulações, causando limitações de movimentação.

Asma - Doença crônica idiopática, em que há hipersensibilidade da traquéia e brônquios a estímulos que induzem constrição da musculatura lisa das vias aéreas, espessamento do epitélio e presença de líquido na luz dos brônquios.

Assistência à saúde - O campo da assistência à saúde encerra um conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento das demandas pessoais, individuais e coletivas, e que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar.

Assistência ambulatorial - Conjunto de procedimentos médicos e terapêuticos de baixa complexidade, possíveis de realização em ambulatórios e postos de saúde.

Atenção à saúde - Conjunto de ações levadas a efeito pelo SUS, em todos os níveis de governo, para o atendimento a demandas pessoais, coletivas e das exigências ambientais, compreende

três grandes campos, a saber: o da assistência, o das intervenções ambientais e o das políticas públicas de saúde coletiva.

Atenção básica - Um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

Campanha - É uma estratégia com abrangência limitada no tempo, que visa ao alcance de um objetivo previamente determinado. Por exemplo, campanhas antitabagismo conduzidas por alertas na mídia, medidas educacionais, etc.

Câncer - Crescimento descontrolado de células derivadas dos tecidos normais que pode ser estimulada por diversos agentes químicos, físicos, vírus, radiação, agentes citotóxicos, hábitos alimentares, fatores genéticos. Essa proliferação celular é degenerativa ocasionando a destruição de tecidos e órgãos, podendo se disseminar para outros locais do corpo a partir do local de origem, levando à insuficiência de órgãos e à morte.

Catarata - Segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) a catarata é a opacificação do cristalino, que quando avança dificulta a penetração dos raios luminosos na retina, provocando deficiência visual e cegueira. Cerca de 85% das cataratas são classificadas como senis, acometendo pessoas com mais de 60 anos de idade, entretanto existem outras formas de catarata como, por exemplo, as cataratas congênitas, que acometem crianças recém-nascidas cujas mães apresentam alguma patologia (como a rubéola, sífilis ou toxoplasmose) durante a gravidez e as cataratas decorrentes de enfermidades como o diabetes e o glaucoma ou de doenças genéticas e acidentes envolvendo trauma no globo ocular.

Cobertura - Medida da extensão do alcance dos serviços de saúde na cobertura das potenciais necessidades da comunidade. É expressa pela proporção em que o numerador é o número de pessoas que receberam o serviço e o denominador é o número que deveria ter sido alcançado.

Depressão - Caracteriza-se pelo humor depressivo, pela perda de interesse e prazer nas atividades habituais, pela diminuição da energia, com sensação de cansaço, que leva à diminuição das atividades. Podem estar presentes outros sintomas, como falta de concentração e atenção; a baixa auto-estima, sentimentos de culpa ou inutilidade, pessimismo, alterações de apetite e do peso corporal, alterações no padrão do sono. As idéias e os atos suicidas não são raros.

Diabetes - Grupo de doenças com causas múltiplas e caracterizadas por deficiência absoluta ou relativa de insulina ou por anomalia funcional da insulina e, conseqüentemente, hiperglicemia.

Dieta - Genericamente, corresponde aos padrões alimentares dos indivíduos. Especificamente, pode representar uma combinação recomendada de alimentos em determinadas proporções para atender necessidades terapêuticas.

Doença de Alzheimer - Distúrbio mental orgânico crônico, uma forma de demência pré-senil decorrente da atrofia dos lobos occipital e frontal. Envolve perda progressiva e irreversível da memória, deteriorização das funções intelectuais, apatia, distúrbios da fala, da ambulação e desorientação.

Doença de Parkinson - Síndrome degenerativa do Sistema Nervoso Central, de etiologia desconhecida, lentamente evolutiva e caracterizada por: a) redução e lentidão dos movimentos; b) rigidez muscular; c) tremor em repouso; d) instabilidade postural.

Doenças crônico-degenerativas - Doenças que apresentam evolução de longa duração, acompanhada de alterações degenerativas em tecidos do corpo humano.

Doenças cardiovasculares - Doenças que afetam o coração, o sistema vascular ou ambos, podendo ser de natureza genética ou adquirida antes ou depois do nascimento.

Doenças degenerativas - Patologias que provocam a transformação de um órgão de seu estado normal para um estado alterado, tornando-o incapaz ou deficiente em exercer suas atividades.

Envelhecimento populacional - Ocasiona um incremento das doenças crônico-degenerativas no perfil epidemiológico da população.

Epidemia - É a manifestação, em uma coletividade ou regiões, de um conjunto de casos de alguma enfermidade que excede claramente a incidência de uma doença prevista. O número de casos que indica a existência de uma epidemia varia com o agente infeccioso, o tamanho e as características da população exposta, não exposição à enfermidade, e com o local e a época do ano em que ocorre.

Eqüidade - Distribuição justa de determinado atributo populacional junto com a eficiência, a liberdade de escolha pelo consumidor e a maximização da saúde. O conceito de eqüidade não é necessariamente equivalente à igualdade, embora os dois termos sejam, por vezes, usados como sinônimos. Quando se define eqüidade na prestação de saúde em termos de igualdade, o conceito envolve duas dimensões importantes: a eqüidade horizontal – tratamento igual de indivíduos que se encontram numa situação de saúde igual – e a eqüidade vertical – tratamento apropriadamente desigual de indivíduos em situações de saúde distintas.

Equipamento de diagnóstico - Equipamento, aparelho ou instrumento de uso médico, odontológico ou laboratorial, destinado à detecção de informações do organismo humano para auxílio a procedimento clínico.

Estabelecimentos de saúde - Denominação dada a qualquer local destinado a realizações de ações e/ou serviços de saúde, coletiva ou individual, qualquer que seja o seu porte ou nível de complexidade.

Fator de risco - Aspecto do comportamento pessoal ou estilo de vida, exposição ambiental, característica intra-útero ou genética, que, com evidências epidemiológicas, é sabido estar associado com a condição de saúde.

Feminilização no envelhecimento – Ocorre quando, numa população, o número de mulheres com 60 anos ou mais é superior ao número de idosos homens, ou ainda quando a proporção de idosas em relação à população total de mulheres supera àquela correspondente aos homens idosos.

Gota - Doença metabólica hereditária (hiperuricemia), consistindo em uma forma de artrite aguda e que se caracteriza por inflamação das articulações, em particular joelhos e pés.

Hábitos Saudáveis - Alimentação adequada e balanceada; a prática regular de exercícios físicos; a convivência social estimulante; e a busca, em qualquer fase da vida, de uma atividade ocupacional prazerosa e de mecanismos de atenuação do estresse.

Hipertensão arterial - Elevação persistente da pressão sanguínea no sistema circulatório acima de um limite arbitrário, posto que os valores da pressão normal, em uma população, distribuem-se segundo uma curva de Gauss e para cada indivíduo varia em função do tempo.

Humanização - A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, práticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano.

Humanização do atendimento - Responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

Incidência - Número de novos eventos que ocorrem em uma população, em um determinado período.

Indicador - Parâmetro utilizado com o objetivo de avaliar e fornecer subsídios para planejamento e acompanhamento de ações específicas.

Infarto - Área de tecido em um órgão ou numa parte que sofre necrose após a cessação da irrigação sanguínea. Pode ser decorrente da oclusão ou estenose (estreitamento) da artéria nutriz.

Insuficiência Cardíaca - Condição em que o coração não é capaz de desempenhar adequadamente sua função de bombeamento do sangue. Pode ser temporária ou crônica.

Integralidade - Um dos princípios constitucionais do SUS que garante ao cidadão o direito de ser atendido desde a prevenção de doenças até o mais complexo tratamento de uma patologia, não excluindo nenhuma doença.

Intersetorialidade - Desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução, envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema de Saúde, potenciali-

zando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis.

Morbidade - Qualquer afastamento, subjetivo ou objetivo do estado de bem-estar fisiológico ou psicológico.

Mortalidade - Estimativa da porção da população que morre durante um período específico de tempo.

Obesidade - Aumento exagerado do peso em relação à altura. No sinônimo popular, os gordos correspondem aos obesos.

Osteoporose - Processo patológico relativo a redução da massa óssea, suficiente para interferir com a função de sustentação mecânica dos ossos

Plano de saúde - O Plano Privado de Assistência à Saúde É uma prestação continuada de serviços ou coberturas de custos assistenciais, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela facilidade de acesso e atendimento por profissionais e serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando à assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto do prestador, por conta e ordem do consumidor.

Pneumonia - Inflamação dos pulmões provocada basicamente por bactérias, agentes virais e irritantes químicos.

Prevalência - Número de eventos em uma população em um determinado momento.

Prevenção de doenças - Inclui medidas de profilaxia (imunização, luta contra vetores ou atividades antitabagistas), bem como meios de impedir a disseminação de doenças ou reduzir suas consequências.

Programas de saúde - Constitui-se em uma das formas de expressão da política da saúde, cujo objetivo é produzir uma mudança na situação atual. O programa contém objetivo(s), metas (objetivos qualificados) e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

Promoção do envelhecimento saudável - Compreende 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.

Promoção da saúde - Processo social e político abrangente que visa a aumentar as habilidades e os conhecimentos dos indivíduos em termos de saúde e modificar as condições sociais, ambientais e econômicas para minimizar os danos na população e na saúde de cada indivíduo. A 5ª Conferência Global da Promoção de Saúde, realizada em junho de 2000, instituiu as seguintes

prioridades de promoção da saúde: (a) fomentar a responsabilidade social em saúde; (b) melhorar a capacidade da comunidade e reforçar o poder do indivíduo; (c) aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde; (d) garantir uma infra-estrutura para a promoção de saúde; (e) fortalecer as evidências na promoção da saúde; e, (f) reorientar os sistemas e os serviços de saúde.

Reabilitação - Desenvolvimento de uma pessoa até o mais completo potencial físico, psicológico, social, profissional e educacional, compatível com seu comprometimento fisiológico, anatômico e limitações ambientais.

Redes sociais - Modelo de intervenção centrado no coletivo que parte da premissa de que o comportamento de uma pessoa, grupo, família ou comunidade é uma junção das necessidades e preferências pessoais em relação às tarefas que desempenham, ao ambiente social imediato no qual vivem e às normas sociais a que aderem.

Resolutividade - Eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, pela assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta.

Reumatismo - Distúrbio agudo ou crônico caracterizado por inflamação, sensibilidade e rigidez dos músculos e dor nas articulações e estruturas associadas.

Saúde pública - Ações coletivas e individuais, tanto do Estado como da Sociedade Civil, voltadas à melhoria da saúde da população. É a ciência e a arte de prevenir doenças, prolongar a vida e promover saúde por meio de esforços organizados pela sociedade.

Serviços de saúde necessários/serviços básicos de saúde - serviços indispensáveis de prevenção e atenção médica prestados por uma rede de instituições estatais que fazem parte do sistema administrativo nacional.

Setor saúde - Setor que inclui os ministérios (ou equivalente) e departamentos estatais, os planos de previdência social e de saúde, as organizações filantrópicas, os profissionais e grupos que prestam serviços de saúde.

Sistema de saúde - Conjunto de elementos inter-relacionados que contribuem para a promoção da saúde dos indivíduos, famílias, nas instituições docentes, nos locais de trabalho, nos locais públicos e nas comunidades, assim como no ambiente físico e psicossocial e no setor de saúde e outros setores afins. Os sistemas de saúde, via de regra, estão organizados em diversos escalões, começando do mais periférico - também conhecido por nível local ou da comunidade - passando pelos níveis intermediários (estatais), até o nível nacional ou central.

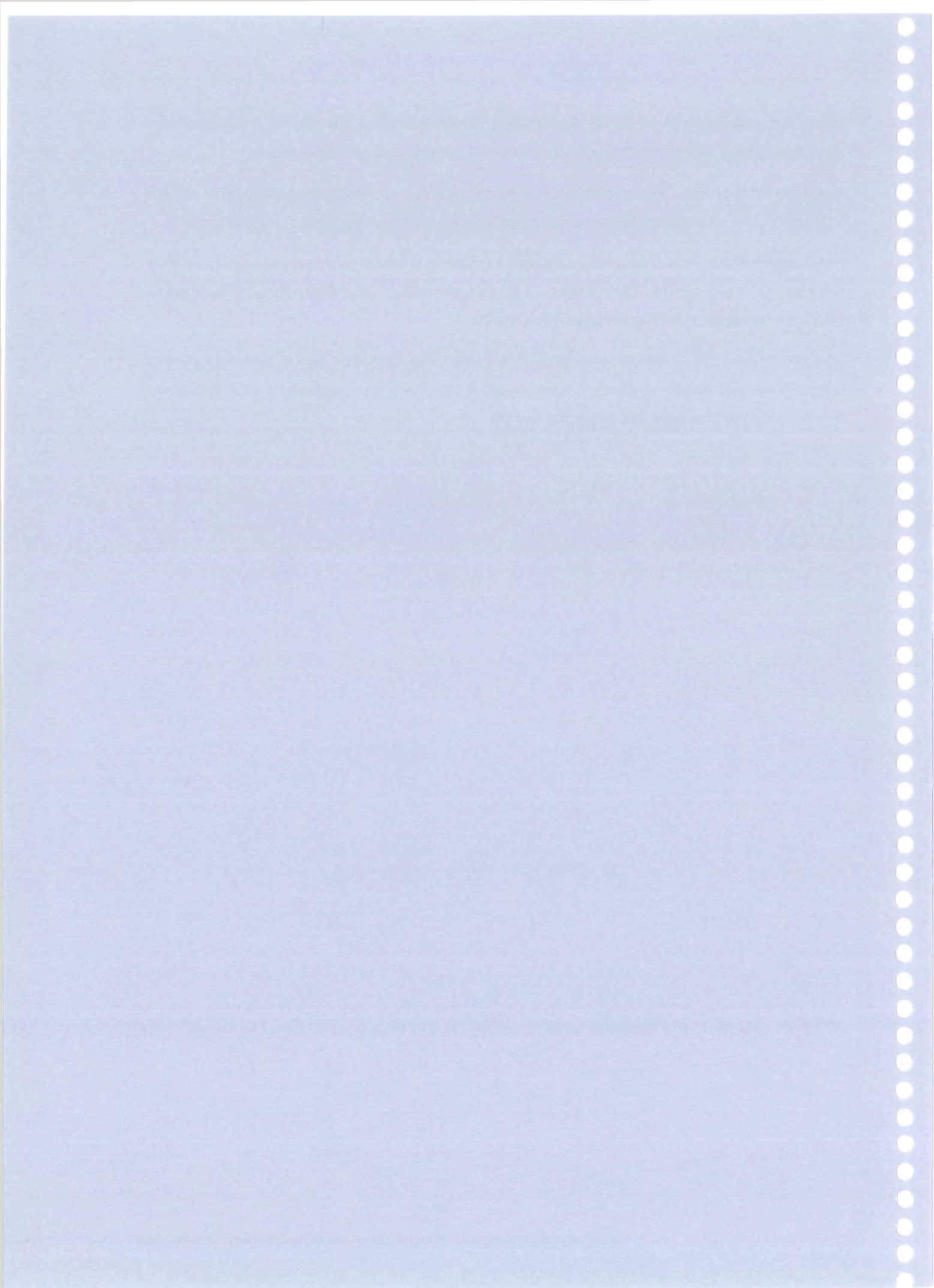
Situação de saúde - Ultrapassa o conceito de estado de saúde. Inclui medidas para melhorar a

saúde, recursos destinados à saúde, avaliação dos problemas de saúde concretos que requerem atenção particular e nível de consciência existente em relação à sua importância.

Transição demográfica – Processo de diminuição de taxas de mortalidade e natalidade, sendo que a primeira diminui mais rapidamente que a segunda, gerando um acréscimo populacional.

Unidades de Referência - São os ambulatorios e hospitais selecionados para realizar determinados tipos de atendimento nos municípios. Elas são referências: para a população e para profissionais de saúde que vão encaminhar os pacientes.

Universalidade - Este é um dos princípios do Sistema Único de Saúde que consiste em garantir o acesso aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.



O portador de deficiência, as barreiras arquitetônicas e a acessibilidade

Contexto internacional e quadro jurídico

Existem pessoas com deficiências em todas as partes do mundo e em todas as camadas sociais. É grande o número de pessoas com deficiências e ele não pára de crescer. Tanto as causas como as conseqüências da deficiência variam de um lugar para outro. Essas variações são o resultado de diferentes condicionantes sócio-econômicos e das diversas medidas adotadas pelos Estados em prol do bem-estar dos seus cidadãos.

Em conseqüência da II Guerra Mundial, o contingente de deficientes físicos no mundo aumentou, sobretudo entre europeus, e os movimentos em defesa dos direitos desta população culminaram na Declaração dos Direitos dos Deficientes Físicos, Resolução aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 09/12/75.

A partir de então, os direitos das pessoas com deficiências têm sido objeto de grande atenção no seio das Nações Unidas e de outras organizações internacionais. O resultado mais importante do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (1981) foi o Programa de Ação Mundial relativo às Pessoas com Deficiências, adotado pela Assembléia Geral na sua resolução 37/52, de 3 de dezembro de 1982. O Ano Internacional e o Programa de Ação Mundial foram grandes impulsionadores dos progressos nesta área em todo o mundo. Ambos puseram em destaque o direito das pessoas com deficiências às mesmas oportunidades dos restantes cidadãos e a desfrutar em pé de igualdade da melhoria das condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e social.

A questão da acessibilidade nem sempre foi uma preocupação do Estado Brasileiro. Entretanto, motivado pelos acontecimentos internacionais, o ano de 1980 foi o marco da nova postura com a instituição de uma Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes. Esta Comissão buscou atualizar toda a legislação relativa às pessoas portadoras de deficiência, tentando adequá-la à realidade do país e estabeleceu um plano de ação a curto, médio e longo prazos, que contempla também os problemas gerados pelas barreiras arquitetônicas.

A primeira norma brasileira sobre acessibilidade de que se tem notícia data de 1985, por iniciativa da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), ao elaborar a NBR 9050. Ela fixa as condições exigíveis, bem como os padrões e as medidas que visam a propiciar às pessoas porta-

doras de deficiência melhores condições de acesso aos edifícios de uso público e às vias públicas urbanas¹. Porém, ela deixava algumas lacunas e continha falhas que demandavam sua revisão. Em 1993, a ABNT instalou uma Comissão que pretendia atualizar e ampliar o alcance da NBR 9050, cuja reedição em 1994 está em vigor².

Paralelamente, e ainda seguindo a tendência internacional, no final da década de 1980, as ações voltadas aos deficientes físicos adquiriram nova dimensão com a instalação da Assembléia Constituinte e com a luta pela Reforma Urbana. O período da Assembléia Nacional Constituinte, que gerou a Constituição Federal, foi dedicado à muita articulação política a fim de que ficasse estabelecida a igualdade de direitos da pessoa portadora de deficiência.

Como resultado deste processo histórico, as pessoas portadoras de deficiência conquistaram seus direitos na forma da lei e viram assegurados seus direitos ao usufruto da cidade. A consolidação dos novos direitos à cidade dá-se no final dos anos 1980 e início da década de 1990, de uma forma geral para todos os cidadãos.

Desta forma, o Artigo 227 da Constituição Federal prevê a integração social do adolescente portador de deficiência, assim como a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos. Neste mesmo artigo, sob o título de ordem social, dispõe sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo, atualmente existentes, a fim de garantir o acesso adequado das pessoas portadoras de deficiência, como se pode verificar a seguir.

Constituição da República Federativa do Brasil - 1988

CAPÍTULO VII

Da Família, Da Criança, Do Adolescente e Do Idoso

Artigo - 227

Parágrafo 1 - O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais e obedecendo os seguintes preceitos:

II - Criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a

1 ABNT – NBR 9050/85 - Adequação das Edificações e do Mobiliário Urbano à Pessoa Deficiente, pg.1.

2 ABNT, NBR 9050/94 - “Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamento Urbanos”

facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos;

Parágrafo 2 - A lei disporá sobre normas de construção dos logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

O pleno exercício de direitos foi ratificado pela Lei nº 7853/89, que “dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE)”.

Essa lei transfere para Estados e Municípios a responsabilidade pela adoção de normas que eliminem as barreiras de acesso das pessoas portadoras de deficiência a edificações, espaços urbanos e meios de transporte.

Diante deste panorama, embora a Constituição Federal atual seja norteadada pelo princípio de que o direito de livre acesso ao meio físico e de livre locomoção é parte indissociável dos Direitos Humanos, faltava a visão de obrigatoriedade, bem como uma ligação entre a Lei e os já existentes parâmetros estabelecidos pelas normas técnicas de acessibilidade da NBR 9050/1994, feita pela ABNT.

No ano de 1998 foi enviado, para apreciação, o Projeto de Lei PL-4767/98, que dispõe especificamente sobre a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e visa ao estabelecimento de normas gerais e critérios básicos para promoção da acessibilidade ao meio físico como um todo. Este PL regulamentou o Artigo 227 da Constituição Federal, posteriormente aprovado como Lei Federal 10098/00.

Para a implantação destas normas e critérios foram estabelecidas algumas definições, conforme apresentadas a seguir.

Definições

No cotidiano do portador ou portadora de deficiência, as barreiras são inúmeras: escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, buracos nas calçadas, portas e elevadores estreitos, dentre várias outras. Muitas são igualmente restritivas para pessoas com capacidade física reduzida, ainda que portadoras de lesões temporárias, como, por exemplo, uma perna fraturada, ou pessoas em situações especiais, como idosos, obesos e grávidas.

A Lei Federal 10098/00 estabelece as definições a seguir:

Art. 2º Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:

I – acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II – barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:

a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;

c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa;

III – pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida: a que temporária ou permanentemente tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo;

IV – elemento da urbanização: qualquer componente das obras de urbanização, tais como os referentes a pavimentação, saneamento, encanamentos para esgotos, distribuição de energia elétrica, iluminação pública, abastecimento e distribuição de água, paisagismo e os que materializam as indicações do planejamento urbanístico;

V – mobiliário urbano: o conjunto de objetos existentes nas vias e espaços públicos, superpostos ou adicionados aos elementos da urbanização ou da edificação, de forma que sua modificação ou traslado não provoque alterações substanciais nestes elementos, tais como semáforos, postes de sinalização e similares, cabines telefônicas, fontes públicas, lixeiras, toldos, marquises, quiosques e quaisquer outros de natureza análoga;

VI – ajuda técnica: qualquer elemento que facilite a autonomia pessoal ou possibilite o acesso e o uso de meio físico.

Além de estabelecer definições, esta Lei remete aos critérios técnicos de execução das adaptações físicas de que tratam as normas da ABNT, como pode ser verificado, por exemplo, no seu artigo 6º que trata especificamente sobre a acessibilidade aos banheiros e diz: “Os banheiros de uso público, existentes ou a construir, em parques, praças, jardins e espaços livres públicos deverão ser acessíveis e dispor, pelo menos, de um sanitário e um lavatório que atendam às especificações da NBR 9050 da ABNT.”

Elaborada anteriormente a Lei 10098/00, a ABNT definiu como barreiras arquitetônicas “todas as limitações que as pessoas portadoras de deficiência encontram no seu dia a dia e que impedem-nas de exercer o mais básico direito de qualquer cidadão: IR E VIR.”

Quadro Atual

Segundo estimativa da ONU, na maioria dos países há pelo menos uma em cada dez pessoas com deficiência física, mental ou sensorial e a presença dessa deficiência repercute de forma negativa em pelo menos 25% de toda a população . É necessário salientar, de modo especial, os problemas das deficiências nos países em desenvolvimento. Em alguns deles, a proporção de pessoas deficientes é calculada em até 20% e, se incluirmos famílias e parentes, os efeitos negativos da deficiência podem afetar 50% do total da população.

Pesquisas da Organização Pan Americana de Saúde revelam que o índice de deficiência no Brasil é maior do que o de outros países de terceiro mundo. As causas da deficiência neste caso são, por um lado, as epidemias, a subnutrição, a falta de saneamento básico, de prevenção, entre outras. Por outro lado, as conseqüências geradas pela violência urbana e acidentes de automóveis são as novas variáveis que têm proporcionado o aumento desta estatística.

Para o presidente do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE) , Alexandre Baroni, no Brasil, a estimativa é de 25 milhões de deficientes. Ou seja, 14,5% da população, segundo dados publicados no Censo Demográfico 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), têm algum tipo de incapacidade. São pessoas com pelo menos alguma dificuldade de enxergar, de ouvir, locomover-se ou com alguma deficiência física ou mental.

No total de casos declarados de portadores das deficiências investigadas, 8,3% tinham, deficiência mental, 4,1% deficiência física, 22,9% deficiência motora, 48,1% deficiência visual e 16,7% deficiência auditiva .

Os dados do Censo mostram também que os homens predominam no caso de deficiência mental, física (especialmente no caso de falta de membro ou parte dele) e auditiva. Já a predominância das mulheres com dificuldades motoras (incapacidade de caminhar ou subir escadas) ou visuais é coerente com a composição por sexo da população idosa, com o predomínio de mulheres acima dos 60 anos.

Deve ser considerado nestes resultados um grande número de pessoas portadoras de características especiais. Nesta situação, encontram-se os obesos e os idosos, por exemplo, que, por também apresentarem dificuldades, vêm-se em situação de deficiência frente a alguns espaços das cidades brasileiras, que não são preparadas para recebê-los adequadamente.

Nos últimos anos, tem-se notado, portanto, preocupação progressiva com as questões de acessibilidade de pessoas idosas e de portadores de deficiência física aos espaços, de uso público ou não. Esta mudança de atitude se deve, em parte, à mudança de mentalidade, já que, a partir da década de 1980, a pessoa portadora de deficiência física passa a ser vista sob a ótica da capacidade e não mais sob a ótica da deficiência. A partir daí, passa-se a ter também a consciência de que esta fatia da sociedade constitui, não mais minoria, mas um percentual considerável.

Nível local

A obrigação primária de assegurar os direitos humanos e instrumentos normativos sobre o tema da acessibilidade recai na responsabilidade do Poder Público, segundo determina a própria Constituição Federal. As políticas estaduais e municipais, então, passaram a incorporar nos seus instrumentos normativos, determinações visando à garantia dos direitos fundamentais de toda pessoa humana. Dentre eles, são destacados alguns destes instrumentos tomados como referência.

Na Constituição do Estado do Rio de Janeiro (Capítulo III – Política Urbana), foram estabelecidas diretrizes e normas relativas ao desenvolvimento urbano que assegurassem o livre acesso das pessoas com deficiência aos espaços, mediante a eliminação de barreiras arquitetônicas e ambientais.

A Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro (LOMRJ) reflete a preocupação com os direitos urbanos da pessoa portadora de deficiência e com seu acesso à igualdade, à justiça social e, principalmente, o acesso à cidade. No seu artigo 317 garante “rebaixamentos, rampas e outros meios adequados de acesso em logradouros, edificações em geral e demais locais de uso público”, com o objetivo de facilitar a locomoção desta parcela da população.

O Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro (PDDCRJ) ratifica os mesmos princípios de igualdade de direitos aos deficientes físicos. No seu Capítulo VIII (Do Controle do Uso e da Ocupação do Solo), Seção III (Do Código de Obras) institui a “V – adequação das edificações ao seu uso por deficientes físicos.” No Título VII que trata das Políticas Setoriais, em seu Capítulo III (Seção I - Diretrizes de Transportes), estabelece no Artigo 171 a “obrigatoriedade de adaptação dos padrões técnicos dos veículos para adequação quanto ao acesso e circulação de deficientes físico-motores, idosos, gestantes e pessoas obesas”.

Apesar do arcabouço legal, a escassez de informações básicas sobre a população portadora de deficiências tem se constituído em empecilho para o planejamento de ações voltadas para a sua inserção social. Esse terreno de dúvidas impede desde a visão clara dos problemas a serem resolvidos até a avaliação da abrangência de quaisquer intervenções a serem realizadas.

Para as pessoas sem problemas de locomoção, as barreiras podem passar despercebidas, mas nossa arquitetura é injusta para com as demais. Os obstáculos quando presentes em empreendimentos públicos segregam e discriminam essa considerável parcela da população ao negar-lhe a possibilidade de usufruírem desses espaços.

Em decorrência disso, vêm-se poucos deficientes físicos em locais públicos. Equivocadamente, o que se pensa é que os deficientes são minoria, que não justifica tanto investimento em adaptações, equipamentos e acessos exclusivos.

Infelizmente, ainda nos tempos atuais, são poucas as cidades em cujos Códigos de Obras prevêem-se normas que garantam aos deficientes livre trânsito nas vias públicas e acesso às edificações de uso comunitário.

Na prática, isso significa:

- edifícios com garagens em desnível ou no subsolo, sem acesso por elevador, edificações com um único acesso em desnível, pavimentos em desnível com um único elevador, ausência de rampas de acesso, vagas de garagens ou de estacionamento inadequadas ou com acesso inadequado, banheiros, cozinhas e corredores muito estreitos, e algumas áreas de uso comum totalmente inacessíveis.
 - que em edifícios públicos, a situação torna-se ainda mais grave e além das possibilidades acima, acrescentamos as barreiras mais freqüentes e comuns, como banheiros sem qualquer possibilidade de acesso, sendo alguns com portas internas muito estreitas e outros sem a mínima privacidade, ou até mesmo a ausência de banheiros para uso do público.
 - que nas áreas públicas, deparamo-nos com as travessias sem sinalização adaptadas, com as guias de meio-fio sem rebaixo, com as ruas, avenidas e calçadas com pavimentação irregular entre outras.
- Adaptar os ambientes utilizados como as residências, os locais de trabalho, o comércio e os outros locais regularmente visitados, significa, além de permitir o direito de ir e vir e garantir a igualdade, uma concepção atual de abordar o tema deficiência segundo a tendência internacional. Essa postura mostra-se fundamental, sobretudo na adequação dos ambientes definidos

como equipamentos urbanos (clubes, escolas, hospitais/clínicas/consultórios, ginásios, áreas de lazer, estacionamentos, calçadas etc) que devem atender às diferentes formas de deficiência (ambulatória, visual ou auditiva), permanentes ou temporárias.

Assim, a adaptação correta dos ambientes internos e dos espaços mínimos necessários utilizados nas edificações, bem como, a reforma e adaptação dos móveis e equipamentos mais utilizados pelo usuário, possibilitando ao máximo a sua independência, é definida como condição ideal padrão, recomendada pela NBR 9050/94.

Embora ainda não se tenha atingido um grau satisfatório de conforto e segurança dos ambientes construídos, a crescente demanda por espaços adaptados explica, em parte, o fato de existirem alguns avanços na legislação, nas conquistas relacionadas às áreas de transportes e da acessibilidade, que proporcionam maior conscientização e participação social.

São fornecidas abaixo, em ordem cronológica, algumas das principais normas, decretos e leis municipais que tratam do assunto, a fim de complementar a legislação que regula a atividade construtiva, numa busca de padronização da atividade de planejamento, de execução e de gerenciamento do espaço edificado, de domínio privado ou público.

LEI n.º 1.174 - de 30 de dezembro de 1987

Dispõe sobre a obrigatoriedade de construção de rampas de acesso a elevadores para deficientes físicos paraplégicos em edificações residenciais e/ou comerciais

LEI n.º 1.285 - de 11 de julho de 1988

Dispõe sobre a obrigatoriedade das casas de diversões públicas destinarem poltronas adaptadas exclusivamente ao assento e à locomoção de deficientes físicos paraplégicos

LEI n.º 1.423 - de 26 de julho de 1989

Dispõe sobre a existência de vagas privativas para deficientes físicos ou pessoas com incapacidade física temporária em estacionamentos deste município.

LEI n.º 1.426 - de 25 de agosto de 1989

Dispõe sobre o acesso para deficientes físicos na entrada principal de edificações multifamiliares e/ou comerciais

DECRETO n° 16.484 - de 27 de fevereiro de 1998

Art. 1° - Fica obrigatório em todas as intervenções realizadas pelo poder público municipal visando à criação, ampliação, reforma ou remodelação de espaços públicos urbanos a inclusão de adaptações recomendadas pelas normas técnicas específicas para remover barreiras e propiciar acessibilidade ao meio físico às pessoas portadoras de deficiência.

Art. 2°- Devem os empreendimentos habitacionais realizados pelo poder público municipal incluir, em pelo menos 2% (dois por cento) das unidades oferecidas, as adaptações recomendadas pelas normas técnicas específicas para acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência.

LEI n° 3.311 - de 3 de dezembro de 2001

Institui a obrigatoriedade de os condomínios residenciais multifamiliares promoverem adaptações para pessoas portadoras de deficiência de locomoção, na forma que especifica, e dá outras providências.

DECRETO n.º 28.068 - de 15 de junho de 2007

Cria a comissão permanente de acessibilidade - cpa.

Há ainda os seguintes Projetos de Lei em tramitação na Câmara Municipal de Vereadores da Cidade do Rio de Janeiro.

Projeto de Lei 1080/2007

Estabelece normas gerais e critérios básicos para a acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência e idosos com mobilidade reduzida em banheiros públicos

Projeto de Lei 1084/2007

Institui estímulos para que as empresas estabelecidas no município promovam adaptações em suas instalações, visando a garantir condições adequadas de acessibilidade às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida

Projeto de Lei 842/2006

Garante o direito de acessibilidade aos sanitários dos postos de saúde e hospitais do município para as pessoas com deficiência locomotora, bem como os usuários de aparelhos ortopédicos e cadeiras de rodas.

Projeto de Lei 954/2006

Torna obrigatória a indicação, nas informações turísticas oficiais, das condições de acessibilidade das edificações e/ou instalações que envolvam interesse turístico de qualquer natureza

Projeto de Lei Complementar 21/2006

Institui a obrigatoriedade de que em todas as edificações e/ou instalações novas ou existentes, não residenciais, comerciais ou não, ou que envolvam interesse turístico de qualquer natureza, sejam promovidas as adaptações necessárias a garantir a acessibilidade às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, obedecendo as especificações da associação brasileira de normas técnicas - abnt, a outras estabelecidas por esta lei complementar e às determinações da lei federal nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, regulamentada pelo decreto federal nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004, e dá outras providências

Projeto de Lei Complementar 23/2006

Institui a obrigatoriedade de todos os empreendimentos de interesse turístico no município manter adaptações e acessibilidade a idosos, pessoas com deficiências e dá outras providências

Projeto de Lei 432/2005

Institui a obrigatoriedade de todos os empreendimentos de interesse turístico no município manter adaptações e acessibilidade a idosos, pessoas com deficiências e dá outras providências

Projeto de Lei 445/2005

Cria o fundo municipal de promoção da acessibilidade

Projeto de Lei Complementar 5/2005

Dispõe sobre adaptação de bares, restaurantes, casas noturnas e similares do município do Rio de Janeiro, objetivando promover acessibilidade aos banheiros e sanitários às pessoas com deficiência locomotora, bem como usuários de aparelhos ortopédicos e cadeira de rodas (nova ementa)

Referências Bibliográficas:

Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), Acessibilidade para todos: uma cartilha de orientação, 2004.

Associação Brasileira de Normas Técnicas, NBR 9050/94 – Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos, Rio de Janeiro, 1994.

BOUCINHAS, Maria da Penha Nobre da Costa. Projeto piloto: deficientes físicos e visuais, CET/SP, 1980.

BRASIL. Constituição, 1988.

Centro de Vida Independente do Rio de Janeiro (CVI), Projeto Rio Cidade: análise global da acessibilidade, 1990.

Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (CONADE), www.mj.gov.br/sedh/ct/CONADE/index.asp.

Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), Município & Acessibilidade, IBAM/DUMA, 1998.

IBGE, Censo Demográfico 2000, www.ibge.gov.br.

Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro, CMV/RJ, 1995.

Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro, 1992.

Organização das Nações Unidas (ONU), Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, 1975 e Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, dezembro de 1982.

Organização Pan-Americana de Saúde, www.opas.org.br

Texto composto em Frutiger
Miolo impresso em papel Couché Matt 120 g/m²
e capa em Couché Matt 250 g/m²
Tiragem: 1000 exemplares
Ano: 2008