

APÊNDICES

A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

AMBIENTE E A SAÚDE DO IDOSO NAS ZONAS RURAL E URBANA DE UM MUNICÍPIO DO AGRESTE NORDESTINO

Eu, _____,

autorizo a Universidade Tiradentes – UNIT, por intermédio da Mestranda Simone Otilia Leite Cabral, devidamente assistida pelas suas orientadoras Cristiane Cunha e Marлизete Maldonado, a desenvolver a pesquisa abaixo descrita:

1-Título do Experimento: “Estudo da relação entre o ambiente e a saúde do idoso nas zonas rural e urbana de um município do Agreste Nordestino”.

2-Objetivo: Avaliar as características dos ambientes Urbano e Rural no perfil de saúde do idoso, com renda familiar até 03 salários mínimos, cadastrado nas Unidades Básicas de Saúde pela Estratégia de Saúde da Família.

3-Descrição de procedimentos: Será utilizado um roteiro aplicado individualmente pela pesquisadora.

4-Desconfortos e riscos esperados: Não se espera que ocorra nenhum tipo de dano aos participantes da pesquisa. Todas as informações serão sigilosas e receberão um número ao invés dos nomes dos entrevistados. Os riscos esperados são mínimos, uma vez que não haverá nenhuma exposição. Fui devidamente informado dos riscos acima descritos e de qualquer risco não descrito, não previsível, porém que possa ocorrer em decorrência da pesquisa será de inteira responsabilidade do pesquisador.

5-Benefícios esperados: Levar aos idosos a questão da importância de buscar condições ambientais que interfiram a sua qualidade de vida e no processo do envelhecimento.

6-Informações: Os participantes têm a garantia que receberão respostas a qualquer pergunta e esclarecimento de qualquer dúvida quanto aos assuntos relacionados à pesquisa. Também, a pesquisadora acima citada assume o compromisso de proporcionar informações que forem pertinentes à melhoria da qualidade de vida dos sujeitos, após o término da pesquisa.

7-Retirada do consentimento: O Idoso tem a liberdade de desistir de participar a qualquer momento e deixar de participar do estudo, não acarretando nenhum dano ao voluntário.

8-Aspecto Legal: Elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atende à Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF.

9-Confabilidade: Os voluntários terão direito à privacidade, assinando o termo de consentimento para que os resultados obtidos possam ser apresentados em congressos e publicações.

10- Quanto à indenização: Não há danos previsíveis decorrentes da pesquisa, mesmo assim fica prevista indenização, caso se faça necessário.

ATENÇÃO: A participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Em casos de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes. Av. Murilo Dantas, 300 – Farolândia – CEP 49032-490, Aracaju-SE, 79-3218-2100, ramal 2593.

Aracaju, ____ de ____ de 2009.

ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO

B - Formulário de Pesquisa

MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

AMBIENTE E A SAÚDE DO IDOSO NAS ZONAS RURAL E URBANA DE UM
MUNICÍPIO DO AGRESTE NORDESTINO

Formulário N° _____

1) Quantos anos o Senhor (a) tem?

☐ 60 a 65 anos ☐ 66 a 70 anos ☐ 71 a 80 anos ☐ Acima de 81 anos

2) Qual seu estado civil?

☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Outros

3) Sexo:

☐ Masculino ☐ Feminino

4) Estudou até que ano de escola?

☐ Não freqüentou escola ☐ Freqüentou do 1º ao 4º ano ☐ Freqüentou do 5º ao 8º ano
☐ Concluiu 2º grau ☐ Concluiu Superior

5) Com quem mora?

☐ Sozinho ☐ Família ☐ Outros _____

6) Mora em que área?

☐ Urbana ☐ Rural

7) Se mora na área urbana, já morou em área rural?

☐ Sim ☐ Não

8) Qual seu rendimento salarial mensal?

☐ Sem renda fixa ☐ Até 01 salário mínimo ☐ Até 02 salários mínimos ☐ Até 03 salários mínimos

9) Qual a renda que sustenta a casa?

☐ Não tem renda fixa ☐ Do idoso ☐ Idoso e filhos ☐ Bolsa família ☐ Outra renda

10) A renda do idoso é a principal renda familiar?

☐ Sim ☐ Não

11) Quantos cômodos têm a sua casa?

☐ 02 cômodos ☐ 03 cômodos ☐ 04 cômodos ☐ 05 ou mais cômodos

12) Quantas pessoas moram em sua casa, contando com o Senhor (a)?

☐ 01 pessoa ☐ 02 pessoas ☐ 03 a 05 pessoas ☐ Mais de 05 pessoas

13) Como é o abastecimento de água do seu domicílio?

☐ Rede Geral ☐ Poço ou nascente ☐ Outros

14) Qual o destino do lixo?

☐ Coletado ☐ Queimado/enterrado ☐ Céu aberto

15) Qual o meio de acesso utiliza com mais frequência para realizar as atividades comunitárias?

☐ Ônibus ☐ bicicleta ☐ Carroça ☐ Carro ☐ caminhadas ☐ Outros

16) O seu acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS) no Programa de Saúde da Família é difícil?

☐ Sim ☐ Não

17) Consegue marcar médicos e/ou enfermeiros do Programa de Saúde da Família e ser consultado pelo menos de 06 em 06 meses?

☐ Sim ☐ Não

18) Quanto à realização de exames periódicos, é difícil marcar e realizar?

☐ Sim ☐ Não

19) Tem alguma doença crônica (não transmissível)?

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ colesterol alto ☐ Outros _____

20) Ao se alimentar costuma fazer 03 refeições ao dia, mínimo?

☐ Sim ☐ Não

21) Ingere pelo menos vegetais, frutas e laticínios ou derivados todo dia?

☐ Sim ☐ Não

22) Tem constipação intestinal (prisão de ventre)?

☐ Sim ☐ Não

23) Ingere água filtrada ou tratada durante o dia?

☐ Sim ☐ Não

24) Quantos copos de água por dia?

☐ 03 a 05 copos ☐ 05 a 10 copos ☐ Menos de 03 copos

25) Na ausência de dentição, consome os alimentos na forma pastosa, como purês, vitaminas, mingaus e cremes?

☐ Sim ☐ Não, come o que tem.

26) Consegue mastigar bem os alimentos?

☐ Sim ☐ Não

27) Costuma fumar ou beber

☐ Sim, fuma ☐ Sim, bebe e fuma ☐ Sim, bebe ☐ Não tem vícios ☐ Outros Vícios

28) Acha que tem excesso de peso?

☐ Sim ☐ Não

29) Realiza atividade física ou caminhada?

☐ Sim, pelo menos 03 vezes por semana ☐ Sim, mas não é regularmente

☐ Sim, mais de 03 vezes por semana ☐ Não

30) No seu cuidado pessoal (banho, escovar os dentes e vestir-se), com você realiza?

☐ Realiza sozinho ☐ Realiza com ajuda parcial ☐ Necessita de ajuda (dependente)

31) Como vai fazer compras?

☐ Sozinho ☐ Não vai fazer compras

☐ Acompanhado, devido não saber lidar com dinheiro

32) Realiza tarefas domésticas ou trabalhos manuais?

- ☐ Realiza ambas ☐ Realiza as atividades domésticas
☐ Realiza com ajuda ☐ Não realiza por limitação ☐ Não realiza por que não quer

33) Como se desloca ao Médico ou compromissos sociais?

- ☐ Sozinho ☐ Necessita de ajuda

34) Como administra seus medicamentos?

- ☐ Sozinho ☐ Com ajuda

35) Tem alguma deficiência física?

- ☐ Sim ☐ Não

36) Se tem problemas físicos, estes prejudicam sua satisfação de vida?

- ☐ Sim ☐ Não

37) Caminha com ajuda?

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Usa cadeira de rodas

38) Tem bom acesso a supermercados, bancos e farmácias?

- ☐ Sim, tem próximo de casa ☐ Sim, mas é distante de sua casa ☐ Não tem acesso

39) As ruas onde mora são bem pavimentadas?

- ☐ Sim, as ruas são asfaltadas ou calçadas ☐ Não, as ruas são de piçarras

40) Sente dificuldades em se movimentar onde mora devido as condições desfavoráveis das ruas (se houver)?

- ☐ Sim ☐ Não

41) Considera que tem uma boa qualidade de vida?

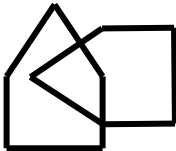
- ☐ Sim ☐ Não

ANEXO

A – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

FUNÇÃO COGNITIVA

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

		PONTOS	PACIENTE
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	ANO	1	
	MÊS	1	
	DIA DO MÊS	1	
	DIA DA SEMANA	1	
	HORA APROXIMADA	1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	ESTADO	1	
	CIDADE	1	
	SETOR OU BAIRRO	1	
	LOCAL GENÉRICO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, CLÍNICA)	1	
	LOCAL ESPECÍFICO (APOSENTO, SETOR, CONSULTÓRIO)	1	
MEMÓRIA IMEDIATA	NOMEIE 3 OBJETOS E PEÇA PARA O PACIENTE REPETIR (Vaso, carro, tijolo)	1 para cada objeto (total = 3)	
ATENÇÃO E CÁLCULO	DIMINUIR 7 DE 100 5 VEZES SUCESSIVAS	1 para cada subtração (total = 5)	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	REPETIR OS 3 OBJETOS ACIMA (Vaso, carro, tijolo)	1 para cada objeto (total = 3)	
LINGUAGEM	NOMEAR 2 OBJETOS (EX: RELÓGIO, CANETA)	1 para cada objeto (total = 2)	
	REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"	1	
	SEGUIR O COMANDO DE 3 ESTÁGIOS: "PEGUE O PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O E COLOQUE-O NO CHÃO"	1 para cada estágio (total = 3)	
	LEIA E EXECUTE A ORDEM: "FECHE OS OLHOS"	1	
	ESCREVER UMA FRASE	1	
	COPIAR O DESENHO: 	1	
TOTAL DE PONTOS		30	

Pontua-se as respostas certas

ESCORE:

NORMAL ≥ 26

COMPROMETIMENTO COGNITIVO < 24

LIMÍTROFE = ENTRE 24 E 26

INICIAR MEDICAÇÃO:

MEEM Entre 12 e 24 para pacientes com mais de 4 anos de escolaridade e entre 8 e 17 para pacientes com até 4 anos de estudo. (protocolo do Ministério da Saúde)

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AMBIENTE E A SAÚDE DO IDOSO NAS ZONAS RURAL E
URBANA DE UM MUNICÍPIO DO AGRESTE NORDESTINO**

SIMONE OTILIA LEITE CABRAL

ARACAJU
Dezembro - 2009

UNIVERSIDADE TIRADENTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE

**AMBIENTE E A SAÚDE DO IDOSO NAS ZONAS RURAL E
URBANA DE UM MUNICÍPIO DO AGRESTE NORDESTINO**

Dissertação de Mestrado submetida à
banca examinadora como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Saúde e Ambiente, na área de
concentração em Saúde e Ambiente.

SIMONE OTILIA LEITE CABRAL

Orientadoras: Cristiane Costa da Cunha Oliveira, D.S.c.

Marlizete Maldonado Vargas, D.S.c.

ARACAJU

Dezembro – 2009

C117a

Cabral, Simone Otilia Leite.

Ambiente e a saúde do Idoso nas Zonas Rural e Urbana de um Município do Agreste Nordestino. / Simone Otilia Leite Cabral ; orientação [de] Cristiane Costa da Cunha Oliveira, Marлизete Maldonado Vargas. – Aracaju, 2009. 87p; il.

Inclui bibliografias

Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Tiradentes.

1. Gerontologia. 2. Idoso e meio ambiente. 3. Saúde do Idoso – Brasil, Nordeste. Agreste. I Oliveira, Cristiane Costa da Cunha (Orient.) II. Vargas, Marлизete Maldonado (Orient.). III. Título.

CDU: 613.98

O AMBIENTE E A SAÚDE DO IDOSO NAS ZONAS RURAL E URBANA DE UM MUNICÍPIO DO AGRESTE NORDESTINO

SIMONE OTILIA LEITE CABRAL

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE DA UNIVERSIDADE TIRADENTES COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM SAÚDE E AMBIENTE

Aprovada por:

D.S.c. Cristiane Costa da Cunha Oliveira
Orientadora

D.S.c. Marлизete Maldonado Vargas
Orientadora

D.S.c. Verônica Sierpe Jeraldo
Titular

D.S.c. Valmira dos Santos
Titular

D.S.c. Edilene Curvelo Hora
Suplente

D.S.c. Sonia Lima
Suplente

ARACAJU
Dezembro-2009

Dedico esse trabalho em especial a Deus, minha mãe, meus filhos e esposo por estarem ao meu lado nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado oportunidades de estar aqui e ter forças para alcançar mais uma grande conquista na minha vida.

Aos meus Pais, obrigado por tudo que fizeram por mim. Meu Pai guerreiro que foi ficar em companhia de Deus quando eu tinha apenas 19 anos, mas sei que sempre esteve ao meu lado durante todas as minhas vitórias, me dando garras para chegar onde estou. A minha linda mãe, te amo muito, minha base, meu refugio e sem você eu não tinha chegado onde estou.

Meus lindos filhos, Camila e Artur, vocês são a minha vida, e espero que possam ter orgulho da mãezona, que cresce a cada dia por amor a vocês. Amo muito!

Ao meu companheiro Cláudio por me ajudar e apoiar sempre, o mais importante da vida é saber que temos pessoas especiais ao nosso lado, como fica fácil seguir a jornada. Você é guerreiro e me orgulho disso.

As minhas queridas orientadoras Cristiane Cunha, que com sua calma e sabedoria me fez cada vez mais ficar apaixonada pela pesquisa, e Marлизete Maldonato, que com seu jeito seguro e enérgico, conseguiu me conduzir na hora certa.

A Prof^a Pureza, Coordenadora do Curso de Enfermagem da UNIT, uma amiga especial, que me incentivou e apoiou em todos os momentos dessa caminhada.

A minha sobrinha querida Fernanda, obrigada é muito pouco, você me ajudou muito e esteve sempre disponível quando precisava. Você é muito especial.

Aos amigos Elizano, Leane e Denison que juntos conseguimos enfrentar os momentos difíceis do mestrado, um apoiando o outro sempre e nunca desanimando durante a longa jornada.

A meus irmãos, em especial Lygia e Fernando por compartilhar as alegrias e tristezas nos momentos mais importante da minha vida.

A toda minha família por sempre se mostraram disponíveis e pelos inúmeros ensinamentos que contribuíram nas minhas conquistas.

Aos meus queridos alunos do curso de Enfermagem da UNIT por me apoiaram e torceram pelo meu crescimento profissional.

Ao Prefeito, Secretario de Saúde, equipe da Estratégia de Saúde da Família e funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Macambira, porque sem vocês não teria conseguido chegar até os idosos.

AMBIENTE E SAÚDE DO IDOSO NA ZONA RURAL E NA ZONA URBANA

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida, e conseqüentemente o envelhecimento das populações, surge a necessidade de adequar os ambientes para os idosos. Este estudo tem como objetivos avaliar a relação do ambiente da zona rural e da zona urbana no perfil de saúde do idoso e pontuar as diferenças relevantes entre estes dois grupos. Trata-se de um levantamento quantitativo, de corte transversal com 270 sujeitos (156 Zona Urbana e 114 da Zona Rural) do município de Macambira-SE. Os resultados apontaram uma maior freqüência de idosos na faixa etária de 60 a 65 anos (35,09%) na zona rural e de 71 a 80 anos (35,26%) na zona urbana, com predominância de mulheres em ambas, (71,79% urbana e 50,88% rural). Quanto ao grau de escolaridade e gênero, verificou-se maior percentual de idosas que freqüentaram da 1º ao 4º ano do ensino fundamental (33,70%), enquanto que no gênero masculino (21,11%); sendo que 73,72% da zona urbana e 87,72% da zona rural moram com a família. O abastecimento de água por rede geral é 98,72% na zona urbana e 46,49% na zona rural, e ainda 23,68% da zona rural é abastecida por poço ou nascente. No que diz respeito aos resíduos domésticos, 98,08% dos sujeitos da zona urbana referiram ter coleta regular contra 65,79% dos domicílios na zona rural que têm o seu lixo queimado ou enterrado. Quanto às atividades instrumentais da vida diária, foi observado que os próprios idosos realizavam as atividades domésticas e manuais, respectivamente (37,82%) na zona urbana e (39,47%) na zona rural e quanto ao uso de medicamentos, 76,92% dos idosos da zona urbana e 75,44% zona da rural apresentavam autonomia na administração. Observou-se também, que os próprios idosos realizam a maioria das atividades cotidianas, 96,79% na zona rural e 98,25% na zona urbana. Em relação à acessibilidade na Estratégia de Saúde da Família, 81,58% da zona rural e 69,87% da zona urbana não tinham dificuldades. Quanto aos vícios, foi relatado que, 80,13% da urbana e 69,30% da rural não tinham vícios, enquanto 17,54% da zona rural declararam-se fumantes. O presente trabalho vem destacar a necessidade de implementação de políticas públicas que possam fixar o idoso no ambiente rural.

ENVIRONMENT AND HEALTH OF THE ELDERLY IN RURAL AND URBAN

AREAS OF A CITY OF NORTHEASTERN AGRESTE

ABSTRACT

With increasing life expectancy and aging of the population came the need to adjust the settings for the elderly. This study aims to evaluate the relationship of the rural environment and urban development in the health profile of the elderly and score the relevant differences between these two groups. This is a quantitative survey, cross-sectional with 270 subjects (156 urban and 114 of the Rural Zone) of the municipality of Macambira-SE. The results showed a higher frequency of elderly people aged 60 to 65 years (35.09%) in rural areas and 71 to 80 years (35.26%) in urban, predominantly women in both areas (71 , 79% urban and 50.88% rural). The educational level and gender, a higher percentage of elderly who attended the 1 st to 4 th grade of elementary school (33.70%), whereas in males (21.11%), of which 73.72% urban and 87.72% in rural areas live with family. The water supply for general network is 98.72% in urban and 46.49% in rural areas, and even 23.68% of the country is supplied by wells or springs. As for the fate of the garbage, 98.08% of the subjects in the urban area reported having regular collection and 65.79% of households in rural garbage is burned or buried. The elderly to perform activities of daily living mostly alone 96.79% in rural areas and 98.25% in urban and as the instrumental activities of daily living was noticed that the subjects performed household chores and manual respectively in the urban (37.82%) and rural (39.47%) and medication use 76.92% of the elderly in urban areas and 75.44% of the rural had autonomy in the administration. Regarding the accessibility of health strategy for the Family, 81.58% in rural areas and 69.87% of the city had no difficulty. As for flaws, it was reported that 80.13% of urban and 69.30% of the country had no vices and 17.54% of rural smokers. This study therefore highlights the need to implement public policies that can fix the elderly in rural areas.

Keywords: elderly, health, rural environment, urban environment.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
SUMÁRIO.....	9
1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
1.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
2. CONDIÇÕES DE AMBIENTE E SAÚDE DOS IDOSOS	20
2.1 RESUMO.....	20
2.2 ABSTRACT.....	21
2.3 INTRODUÇÃO	22
2.4 MÉTODO	25
2.4.1 Amostra:.....	25
2.4.2 Instrumentos Utilizados e Procedimentos para coleta de dados:	25
2.4.3 Análise dos Dados:	26
2.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
2.6 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA E INSTRUMENTAIS DOS IDOSOS.....	42
3.1 RESUMO.....	42
3.2 ABSTRACT.....	43
3.3 INTRODUÇÃO	44
3.4 MÉTODO	47
3.4.1 Amostra:.....	47
3.4.2 Instrumentos Utilizados e Procedimentos para coleta de dados:	47
3.4.3 Análise dos Dados:	48
3.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
3.6 CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
4. AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS.....	63
4.1 RESUMO.....	63
4.2 ABSTRACT.....	64
4.3 INTRODUÇÃO	65
4.4 MÉTODO	68
4.4.1 Amostra:.....	68
4.4.2 Instrumentos Utilizados e Procedimentos para coleta de dados:	68
4.4.3 Análise dos Dados:	69
4.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
4.6 CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
CONSIDERAÇÕES GERAIS	87

INTRODUÇÃO GERAL

Devido o envelhecimento ser uma realidade crescente, o Brasil ainda não dispõe de estrutura socioeconômica suficiente para comportar esse crescimento, apresentando dificuldades estruturais, falta de ambientes adequados às necessidades dos idosos, dificuldades no atendimento a saúde; principalmente com doenças crônicas degenerativas (doença de Alzheimer, mal de Parkinson); falta de profissionais especializados, e outras vertentes a serem trabalhadas pelas políticas públicas.

O envelhecimento da população ocorre com mudanças expressivas de ordem individual, familiar e social, sendo um processo contínuo e permanente até a morte. Nos dias atuais, envelhecer não é um discurso distante, mas algo presente pela transição demográfica e pelo avanço da idade populacional (FIGUEIREDO; TONINI, 2009).

Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutem no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) de 45,5 anos de idade, em 1940, para 72,7 anos, em 2008, ou seja, mais 27,2 anos de vida. Segundo a projeção do IBGE, o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos. Em 2008, a média de vida para mulheres chega a 76,6 anos e para os homens 69,0 anos, uma diferença de 7,6 anos. Atualmente, o Brasil já conta com 21 milhões de idosos, o grupo etário de 80 anos ou mais superou os outros, crescendo em 10 anos em torno de 70% ou cerca de 3 milhões de pessoas. São necessárias providências urgentes para garantir uma infra-estrutura de atendimento a esses idosos (IBGE, 2008).

O envelhecimento da população está relacionado com mudanças de indicadores de saúde, em especial a queda da fecundidade, da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Esse processo não ocorre de forma homogênea para todos os seres humanos, sofre influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia (BRASIL, 2006).

Em todas as sociedades, as situações de risco e o estado de saúde físico e mental podem variar entre os grupos sociais. As diferenças sociais entre estes grupos no interior dos

países são notáveis. Podemos observar que, para esta população, as pessoas doentes não conseguem ter um desempenho social satisfatório e, por isso, encontram-se em condições desfavoráveis. As condições da saúde pública tradicional e da educação sanitária são baseadas na crença de que os indivíduos na sociedade atual são livres para escolher a qualidade de sua moradia, suas condições de trabalho, seus comportamentos e as situações de menor ou maior risco para a saúde (BARATA, 2009).

Os indivíduos, com o envelhecimento, se tornam sujeitos mais frágeis e predispostos a morbidades, a depender da exposição a fatores extrínsecos, como tipo de dieta, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, alterações climáticas e ambientes insalubres; e os intrínsecos que são identificados como as alterações biológicas ocorridas durante o tempo de vida. Até o século XX, as principais morbidades que diminuía a longevidade eram agravadas pelas deficiências nutricionais, de saneamento e de transporte, mas com medidas simples, de avanços tecnológicos e desenvolvimento da saúde coletiva, houve uma diminuição da mortalidade. A partir do século XXI, os agravos fatais estão relacionados à prática de hábitos pouco saudáveis. Nesse contexto, as doenças do coração, câncer, hipertensão e diabetes respondem por um grande número de mortes passíveis de prevenção (COSTA; CARBONE, 2004).

O Brasil passa por um envelhecimento populacional rápido e intenso, com o desafio de cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos no século XXI, sendo que a maioria tem baixo nível educacional e socioeconômico, e alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. Poucos são os profissionais de saúde com formação especializada na saúde do idoso que atuam dentro do sistema, muitas vezes desestruturado, para fazer o atendimento necessário a essa faixa etária (FREITAS et al, 2002).

Diante da relevância de se desenvolver um estudo investigativo sobre os idosos em ambiente rural e urbano, para facilitar o norteamiento de políticas públicas de saúde adequadas a essa população é que se justifica essa pesquisa. O objetivo foi avaliar as características de saúde de idosos em ambientes urbano e rural, com renda familiar até 03 (três) salários mínimos, cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família do município de Macambira-Se.

O presente estudo, em sua abertura, traz um resumo sobre as condições ambientais e de saúde dos idosos nas zona rural e na zona urbana. No primeiro capítulo apresenta uma revisão bibliográfica referente ao estudo sobre o envelhecimento e suas implicações. O segundo capítulo retrata as Condições de ambiente e saúde dos idosos. O terceiro capítulo trata da avaliação das atividades da vida diária e instrumentais dos idosos e o quarto e último capítulo trata da avaliação da percepção das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos. Por fim, estão expressas as considerações gerais da dissertação.

CAPÍTULO I

1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O envelhecimento é um conjunto de processos que ocorrem com o passar do tempo nos seres vivos, levando a perda de adaptabilidade, deficiência funcional, e finalmente à morte. Esses processos diferem para todos os seres humanos nos ritmos biológicos diários ou sazonais, sofrendo influência de discriminação e exclusão associadas ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia. Os indivíduos herdam características, comportamentos e predisposições diferentes, interagindo com o meio ambiente, desenvolvendo comportamentos únicos de compensação, que magnificam essas diferenças individuais. Além disso, os sistemas fisiológicos não envelhecem no mesmo ritmo para diferentes pessoas, e a maioria não morre pela idade e sim porque o corpo perde a capacidade de suportar os fatores de estresse (SPIRDUSO, 2005).

A população idosa brasileira atual, na sua maior parte, é composta por mulheres de baixa renda, sem boa instrução, solitárias e sem suporte familiar. Essa população cresce mais rapidamente que a disponibilidade dos serviços médico-assistenciais ultrapassados, que não preconizam uma abordagem mais preventiva e eficiente (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETTO, 2005).

Segundo Ramos (2003), o maior desafio do Brasil no século XXI é cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível sócio-econômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes. A principal fonte de suporte para essa população de idosos ainda é a família, principalmente aquela com a qual o idoso coabita em domicílios multigeracionais, com tendência a mais pobreza, problemas de saúde e dependência. Afora as limitações financeiras para aderir aos múltiplos tratamentos necessários, geralmente em fases crônicas. A disponibilidade de suporte familiar para o idoso dependente deverá cair marcadamente em face da diminuição do tamanho da família, o aumento do número de pessoas atingindo idades avançadas e a crescente incorporação da mulher como principal mantenedora da força de trabalho fora do domicílio.

Os processos de transição demográfica e epidemiológica determinam importantes desafios para o Brasil, principalmente para seus frágeis sistemas de saúde e previdência, entre eles: população envelhecendo rapidamente, com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas, predominância de mulheres (viúvas), diminuição do tamanho das famílias (número de filhos igual ao número de avós), de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos, aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, seguridade social inadequada (diminui número de pagantes e aumenta o de beneficiários), aumento da prevalência das doenças crônicas, aumento do número de indivíduos de alta dependência e maiores gastos com saúde (BRASIL, 2003).

Em um estudo sobre o envelhecimento da população brasileira relacionado à situação demográfica, Camarano (2002), concluiu que o aumento da longevidade junto com o momento pelo qual passa a economia brasileira, principalmente em relação aos jovens, tem levado o idoso a assumir papéis não esperados nem pela literatura e nem pelas políticas de saúde. Isto faz com que a associação entre envelhecimento e aumento da carga sobre a família e o Estado não se verifique de forma tão direta. Por outro lado, por mais que o crescimento a taxas elevadas da população idosa provoque aumento nos custos da previdência social e de saúde, espera-se que a demografia, como uma ciência social, se paute por estudar alternativas para que os idosos, bem como outros grupos populacionais, vivam bem.

Segundo Moreira (2001), o processo de envelhecimento brasileiro acontece sob uma conjuntura sócio-demográfica que aponta um enfraquecimento da base familiar como suporte na velhice; a erosão da base contributiva para os programas de previdência social, em razão da ampla fração populacional afastada do mercado de trabalho, seja pelo desemprego ou sub-emprego e a fragilidade de mecanismos institucionais de transferência de renda em favor dos mais pobres. Neste sentido, tem que ser considerados no diagnóstico e na formulação de políticas, projetos e ações que visem o bem estar da população idosa brasileira e a sua futura qualidade de vida, tais como: mudanças nos arranjos familiares com redução no número de parentes, constituição dos domicílios dos idosos, as tensões entre o suporte familiar e as fragilizadas formas institucionais de suporte à velhice, que coloca em segundo plano as políticas sociais, juntamente com os fenômenos apontados.

Em um estudo realizado por Doeksen e Schott (2003), que teve por objetivo determinar a importância do setor de saúde para a economia de uma comunidade rural, através do

impacto total para este setor, demonstrou que as comunidades rurais possuem baixa densidade populacional, baixa renda e políticas inadequadas. Este segmento da saúde precisa investir na quantificação dos seus impactos sobre o emprego e salários, porque quanto mais saudáveis os agricultores, maior retorno para a economia. Essas comunidades possuem um grande número de pessoas idosas que apresentam um baixo rendimento salarial e um alto índice de desemprego, principalmente após a aposentadoria dos proprietários rurais que retornam dos centros urbanos para o meio rural. As relações entre a existência de cuidados de saúde e a qualidade de vida dos idosos da comunidade rural sugerem, no estudo, maiores investimentos governamentais em melhorias no setor de saúde para acompanhar o quantitativo de idosos nas comunidades rurais.

Morais, Rodrigues, Gerhardt (2008) realizaram um estudo epidemiológico transversal que investigou as condições sócio-demográficas e de saúde dos idosos da zona rural de Encruzilhada do Sul – RS, com a população efetiva de 137 idosos com 80 anos de idade ou mais. Seus resultados apontaram que a população idosa que vive nas zonas rurais envelhece a semelhança dos que vivem na urbana. Foi encontrada na zona rural, predominância de pobreza, isolamento, baixos níveis educacionais, residências precárias, limitações de transportes, problemas crônicos de saúde e um acesso mais difícil aos recursos sociais e de saúde. Dos 97 idosos, as mulheres eram maioria (87) na faixa etária entre 80 a 84 anos. As famílias dos idosos que viviam no meio rural eram a principal fonte de recurso e apoio, uma vez que os serviços sociais e de saúde praticamente inexistiam, o que representou um aumento considerável do risco para os idosos que não contavam com esse apoio. A família é, portanto, um fator protetor do envelhecimento rural, e como tal, deve ser foco de políticas públicas, sociais e de saúde adequadas às particularidades desta população.

Ostry (2009), em estudo para identificar o impacto da recessão na população rural na Columbia Britânica, Canadá, observou que a recessão, mesmo de âmbito internacional, afeta as comunidades mais pobres com maior gravidade. Os serviços de saúde são suspensos ou tornam-se fragilizados. Concluiu que as diferenças no estado e comportamentos de saúde entre os moradores da zona rural, comparativamente com as regiões urbanas em países desenvolvidos, têm seguido um padrão fortemente relacionado com a taxa de investimento em infra-estrutura, captação de saúde pública e o ritmo do desenvolvimento econômico. A globalização tem gerado cidades mais desenvolvidas

economicamente, mas marginalizadas nas regiões rurais em relação à distribuição de recursos.

A própria percepção da idade e suas potencialidades influem nos mecanismos de adaptação que conduzem ao envelhecimento com êxito. A idade funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, resultante da interação entre a herança genética e do meio ambiente. Cada indivíduo apresenta uma experiência diferenciada do envelhecimento, em relação à saúde física, orgânica, funcional, social e psicológica (MOTTA, 2005).

De acordo com seus princípios básicos, a Estratégia de Saúde da Família aponta as mudanças físicas referentes à população idosa, consideradas normais, e identifica precocemente as alterações patológicas. Os profissionais que atuam na atenção básica devem dar suporte na manutenção do equilíbrio físico e mental do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade, alertando sobre os fatores de risco aos quais estão expostos (SILVESTRE; COSTA, 2003).

Segundo o IBGE (2008), nos resultados apresentados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008 – PNAD, a população residente em Sergipe era de 2 milhões e 30 mil pessoas. O subgrupo etário que mais cresceu foi de 45 a 49 anos e a segunda faixa etária que apresentou maior crescimento relativo foi a que se encontra entre 70 anos ou mais, que saltou de 51 mil para 72 mil pessoas (mais de 41%), o que mostra o envelhecimento acelerado da população sergipana. Já a faixa que vai de 0 a 09 anos apresentou uma redução de mais 10%, caindo de 394 mil para 354 mil pessoas. Aproximadamente 84% dos residentes em Sergipe em 2008 residiam na área urbana e 16% no meio rural. Entre 2001 e 2008, a população urbana cresceu mais de 16%, passando de 1,45 milhões para 1,69 milhões de pessoas. Esse crescimento foi superior ao verificado no Brasil e no Nordeste, que apresentaram taxas de crescimento de 12% e 13,4% respectivamente, entre 2001 e 2008. Já a população rural apresentou uma redução de 7,4%, passando de 364 mil para 337 mil pessoas.

O aumento da expectativa de vida foi alcançado graças à redução da taxa de mortalidade e posteriormente de natalidade, assim como avanços tecnológicos das ciências médicas experimentados pela população brasileira nos últimos 40 anos, resultando um aumento

percentual de indivíduos maiores que 60 anos. A Secretaria de Estado da Saúde, através da Assessoria Técnica de Atenção à Saúde do Idoso, com o objetivo de oferecer aos municípios do nosso Estado as diretrizes essenciais da Política Estadual de Saúde do Idoso, traçou um Protocolo Técnico de Atendimento Integral a Saúde dessa faixa etária. A gestão estadual ficou responsável pela avaliação e monitoramento das ações de promoção, proteção e recuperação, cooperação técnica, apoio financeiro, numa articulação contínua entre as ações curativas e de prevenção de doenças, juntamente com a gestão municipal. Cabe a Atenção Básica, incentivar ações que levem a autonomia desta faixa da população, evitando a sua institucionalização e hospitalização (SEC. DE ESTADO DE SAÚDE DE SERGIPE, 2006).

O Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa - foi construído pelo Ministério da Saúde após a regulamentação da Política Nacional do Idoso, regulamentado pelo Decreto nº. 1948 de 03 de Junho de 1996, tendo como referência o Pacto pela vida 2006 e as Políticas Nacionais de: Atenção Básica, Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, Promoção da Saúde e Humanização no SUS, vindo assegurar um envelhecimento digno e com qualidade de vida. É função das políticas de Saúde contribuir para que mais pessoas alcancem a idade avançada com o melhor estado de saúde possível. Faz-se necessário um reforço no atendimento ao segmento populacional do idoso para promoção de um envelhecimento saudável, com o objetivo de fornecer aos profissionais de Saúde diretrizes técnicas de atenção integral à saúde do idoso, preservando sua capacidade funcional e autonomia (BRASIL, 2006).

A Estratégia de Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, o que evidentemente inclui a população idosa. A atuação das equipes da ESF ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2008).

1.1 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Estatuto do Idoso - Lei n.10741. Presidência da República, Brasília, outubro de 2003.

_____. Ministério da Saúde. (DAB) Departamento de Atenção Básica e Saúde da Família. Ministério da Saúde, 2008.

CAMARANO, A. A. envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Rio de Janeiro, 2002.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETO, M. Geriatria: fundamentos, clinica e terapêutica. 2ª Ed., São Paulo: Atheneu, 2005.

COSTA, E.M.A.; CARBONE, M.H. Saúde da Família – Uma abordagem interdisciplinar. 1ª Ed., Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2004.

DOEKSEN G.A, SCHOTT V. Economic importance of the health-care sector in a rural economy. Rural and Remote Health 3, Rural and Remote Health, 2003.

FIGUEIREDO; N. M. A. de; TONINI, T. Gerontologia: Atuação do Enfermeiro no Processo do Envelhecimento. 3ª ed. São Caetano do Sul, SP. Yendis, 2009.

FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2008.

_____. (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Síntese de indicadores sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2008.

FREITAS, et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MORAIS E.P, RODRIGUES R.A.P, GERHARDT T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n. 2, 2008.

MOREIRA, M. de M. Envelhecimento da População Brasileira: aspectos gerais. Brasília: Fundaj, 2001

MOTTA, L. B. da. Treinamento Interdisciplinar em Saúde do Idoso: um modelo de programa adequado às especificidades do envelhecimento. Rio de Janeiro: CRDE UNATI UERJ, 2005.

OSTRY A.S. The impact of recession on the health of rural citizens in British Columbia, Canada. Rural and Remote Health 9 (online), 2009.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São PauloCad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SERGIPE. Protocolo Técnico de Atenção Integral à Saúde do Idoso. Gerência de Apoio à Organização da Atenção Básica, 1ª edição, 2006.

SILVESTRE, J. A.; COSTA, N. da M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família; v.19, n.3; Rio de Janeiro, 2003.

SPIRDUSO, W. Wyrick. Dimensões Físicas do Envelhecimento .Baueri, SP: Manole, 2005.

CAPÍTULO I I

2. CONDIÇÕES DE AMBIENTE E SAÚDE DOS IDOSOS

2.1 RESUMO

O envelhecimento é um processo individual, que sofre influência de fatores extrínsecos, como: capacidade funcional, atividades e interações sociais, o que produz impacto na qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi identificar as condições de saúde e ambientais domiciliares e extra domiciliares entre os idosos da zona rural e urbana do Município de Macambira-SE. Trata-se de um levantamento quantitativo, de corte transversal, com 270 sujeitos (156 Zona Urbana e 114 da Zona Rural). Os resultados apontaram uma predominância de mulheres em ambas as zonas (71,79% urbana e 50,88% rural). Observa-se que a grande maioria dos idosos **que** vive na zona urbana é proveniente da zona rural (83,33%); e moram com a família, 73,72% na zona urbana e 87,72% na zona rural. O abastecimento de água por rede geral é 98,72% na zona urbana e 46,49% na zona rural, que é abastecida também através de poços ou nascente 23,68%. Quanto ao destino do lixo, 98,08% dos sujeitos da zona urbana referiram ter coleta regular, enquanto na zona rural o lixo é queimado ou enterrado em 65,79% dos domicílios. O ambiente urbano do município de Macambira apresenta dificuldades para o idoso, como inadequação de calçadas e praças para a prática de exercícios físicos ou mesmo de deslocamento seguro que promova uma maior acessibilidade a locais públicos e privados. Na área rural, os principais problemas ambientais estão no abastecimento de água e acondicionamento do lixo, que são questões relevantes para a saúde pública. Em ambas as zonas, observa-se que a maioria não utiliza meios de transporte coletivo, com predominância de deslocamento a pé, o que pode ser um indicativo da influencia ambiental na atividade e contatos sociais dos idosos da região estudada.

Palavras-chave: idoso, condições ambientais, saúde pública.

2.2 ABSTRACT

Aging is an individual process, which is influenced by extrinsic factors such as: physical functioning, social interactions and activities impacting the quality of life. The objective of this study was to identify the health and environmental Household and home among elderly rural and urban areas of the city of Macambira-SE. This is a quantitative survey, cross-sectional with 270 subjects (156 urban and 114 of the Rural Zone). The results showed a predominance of women in both areas (71.79% urban and 50.88% rural). It is observed that the vast majority of older people living in urban areas comes from the rural area (83.33%) and living with their families, 73.72% urban and 87.72% in rural areas. The water supply for general network is 98.72% in urban and 46.49% in rural areas is also supplied through wells or springs 23.68%. As for the fate of the garbage, 98.08% of the subjects in the urban area reported having regular collection in rural areas while the garbage is burned or buried in 65.79% of households. The urban environment of the city of Macambira presents difficulties for the elderly, such as inadequate sidewalks and squares for physical exercise or even scroll insurance to promote greater accessibility to public and private places. In rural areas the main environmental problems are water supply and packaging waste, which are issues relevant to public health. In both areas it was observed that the majority does not use means of transportation, with a predominance of going on foot, which may be indicative of environmental influences on activity and social contacts of elderly people in the region studied.

Keywords: elderly, environmental conditions, public health.

2.3 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo de caráter individual, que sofre influência de fatores intrínsecos e extrínsecos, como: capacidade funcional, atividades sociais, interação, relacionamento, finanças, sensação de bem-estar e auto-estima, produzindo impacto na enfermidade e na qualidade de vida. O ambiente físico, político e cultural em que o homem estiver inserido, pode facilitar ou dificultar o processo de adaptação, acelerando ou retardando o envelhecimento. Estilo de vida, moradia, condições de vida, alimentação, estresse, saúde, educação, trabalho, ou seja, multifatores que associados à história de vida do idoso, refletem no processo de envelhecimento. A vida é um ciclo: nascer, crescer, amadurecer, envelhecer e morrer, o que não significa que a velhice deva estar diretamente associada à doença e à morte. Muito das representações sociais que se tem da terceira idade apontam para esses dois tópicos como centrais. No entanto, esses podem ocorrer em qualquer um dos ciclos de vida (SOMCHINDA; FERNANDES, 2003).

Considera-se a velhice uma terceira idade, sendo a infância a primeira e a idade adulta a segunda. Com o aumento atual da expectativa de vida, fala-se de uma quarta idade, que seria um período difícil de determinar por fugir do critério cronológico. A quarta idade seria uma fase da vida em que o organismo não consegue dar conta das demandas exigidas pelo meio ambiente e os meios de apoio e suportes tornam-se insuficientes (CALDAS, 2006)

O processo de envelhecimento populacional é uma realidade mundial, ocasionando diferenças regionais marcantes com profundas desigualdades sociais. No Brasil, devido ao grande processo migratório da população de adultos jovens da região nordeste para o sudeste, principalmente nas décadas de 1970 e 1980, é que ocorreu diferença entre a proporção de maior densidade demográfica e a estrutura proporcional mais envelhecida no sudeste, sendo seguida pela região sul (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETO, 2005).

A população de idosos no Brasil representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. As mulheres são maioria entre os idosos responsáveis pelos domicílios e têm, em média, 69 anos de idade e entre 3 a 4 anos de estudo. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens, e foi verificado que residir na cidade pode beneficiar a idosa, especialmente aquela que é viúva, por causa da proximidade com seus filhos, dos serviços especializados de saúde e de outros facilitadores do cotidiano. O PNAD

(Programa Nacional de Amostra por Domicílio) analisou as diferenças entre as condições de vida dos idosos na cidade e no campo e constatou: dos quase 20 milhões de idosos com 60 anos ou mais (10,5% do total da população), 16,5 milhões viviam na área urbana e 3,4 milhões na área rural. Quase metade do total de idosos das áreas rurais do país morava na região Nordeste (1,6 milhão), enquanto em áreas urbanas, a região Sudeste concentrava 8,7 milhões de idosos (IBGE, 2008).

A transição demográfica e epidemiológica determina importantes desafios para o Brasil, principalmente nos sistemas de saúde e previdenciário, entre eles: população envelhecendo rapidamente, com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas, predominância de mulheres (viúvas), diminuição do tamanho das famílias (número de filhos igual ao número de avós), de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos, aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, seguridade social inadequada (diminui número de pagantes e aumenta o de beneficiários), aumento da prevalência das doenças crônicas, aumento do número de indivíduos de alta dependência e maiores gastos com saúde (BRASIL, 2003).

Segundo Camarano (2003), a velhice populacional é acompanhada pelo envelhecimento do indivíduo, de outros segmentos populacionais, como a População Economicamente Ativa (PEA) e o crescimento do número de famílias nas quais existe pelo menos um idoso. Esse processo altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade.

O processo de envelhecimento brasileiro acontece sob uma conjuntura sócio-demográfica que aponta um enfraquecimento da base familiar no suporte a velhice. Esse processo contribui para um desgaste dos programas de previdência social, em razão da ampla fração populacional deslocada do mercado de trabalho, seja pelo desemprego ou subemprego e a fragilidade de mecanismos institucionais de transferência de renda em favor dos mais pobres (MOREIRA, 2001).

Os fluxos migratórios de pessoas do Nordeste ocorrem internamente, da zona rural para regiões metropolitanas e em direção a outras regiões do Brasil, ocasionando implicações óbvias nas condições de vida socioeconômica dos idosos, na medida em que enfraquecem a rede de suporte da família e contribuem para o aumento proporcional da população com

idade avançada, dada a maior migração de pessoas jovens. Atualmente, as capitais nordestinas passam por um rápido aumento de suas populações, apresentando uma maior aglomeração nas áreas urbanas, o que leva a um envelhecimento sob condições de vida extremamente adversas (COELHO FILHO; RAMOS,1999).

Políticas públicas específicas para o idoso vêm sendo implantadas, como a Política Nacional de Saúde de Atenção da Pessoa Idosa, Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, que define que o atendimento dos idosos tem como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família e como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade (BRASIL, 2006).

A Política Nacional do Idoso, Lei 8842 (BRASIL, 1996), tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, promovendo a sua autonomia, independência e integração participativa na sociedade, não importando raça ou área de moradia. Entretanto, sabe-se que os idosos da zona rural têm mais dificuldades de acesso a grupos participativos; promovidos pela secretaria da ação social, através dos centros de referência de ação social (CRAS). Nesses grupos os idosos participam de atividades manuais, recreativas, físicas e sociais, o que de certo promove a inclusão social dessa importante parcela da população.

A Lei n. 1041 de 2003 - Política Nacional do idoso – expõe todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata o estatuto, assegurando-lhes meios, oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social. O estatuto destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; e institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos (BRASIL, 2004).

Diante desse contexto, o presente estudo tem como objetivo identificar as condições ambientais domiciliares e extradomiciliares que interferem na qualidade de vida e na saúde dos idosos da zona rural e urbana do Município de Macambira-SE.

2.4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, que foi realizada no município de Macambira-Se, localizada na região centro do estado e que possui uma população urbana e rural com perfil socioeconômico semelhantes. A população de idosos a partir de 60 anos cadastrados no Programa de Saúde da Família é de 784 indivíduos, sendo que 460 (58,6%) deles moram na Zona Urbana, e 324 (41,4%) na Zona Rural.

2.4.1 Amostra:

O plano amostral baseou-se no cadastro dos Idosos no Programa de Saúde da Família do Município; e o cálculo amostral dessa população foi realizado através da fórmula de Barbeta (1994), resultando no total de 270 sujeitos (Ss) sendo considerado um erro amostral de 0,05%, distribuídos em 156 Ss da Zona Urbana (GZU) o que equivale a 57,78% da amostra; e 114 Ss (42,22%) da zona rural (GZR).

Foram incluídos idosos a partir de 60 anos, com renda de até 03 salários mínimos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Zona Urbana e da Zona Rural do Município de Macambira; foram excluídos da pesquisa os sujeitos que não possuíam capacidade cognitiva para responder o formulário, após avaliação do teste de Mini Exame do Estado Mental (MEEM), além dos que não queriam participar da pesquisa.

2.4.2 Instrumentos Utilizados e Procedimentos para coleta de dados:

Foi utilizado o teste do Mini Exame do Estado Mental - MEEM para avaliar a capacidade cognitiva do idoso, de acordo com o escore preconizado pela neurogeriatria. Para os que obtiveram os escores preconizados, foi aplicado um formulário estruturado, adaptado de acordo com o Caderno de Atenção Básica à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, 2006; validado pelo método "Face Validity*" (HOWELL,2005). Antes de aplicar o teste, foi realizado um pré-teste com 10 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, avaliando o entendimento das questões do instrumento da pesquisa e os ajustes necessários.

As variáveis analisadas no instrumento foram: gênero, origem do idoso por área, arranjos domiciliares, rendimento salarial, renda que sustenta a família, coabitação, número de cômodos por domicílio, abastecimento de água, destino do lixo, pavimentação das ruas e meios de transportes utilizados pelos idosos.

Os entrevistados foram orientados sobre a relevância da pesquisa, o objetivo do estudo, a confidencialidade dos dados e a necessidade do Consentimento Livre e Esclarecido. Também foram informados quanto aos mínimos riscos físicos ou morais e só então, aplicado o formulário, individualmente, nos domicílios dos idosos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes, de acordo com as disposições da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo 240609).

2.4.3 Análise dos Dados:

Foi realizada distribuição de frequência das variáveis pesquisadas e análise bivariada com teste qui-quadrado para verificar a existência de diferenças significativas entre grupos de idosos da área urbana e rural no município pesquisado. Foi considerado o nível de significância de 5%.

2.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 270 idosos, sendo 114 da área rural e 156 da área urbana. Após aprovação do teste de cognição Mini Exame do Estado Mental – MEEM. Foram excluídos 52 idosos da pesquisa, por não conseguirem atingir o escore mínimo preconizado pela neurogeriatria.

Pode-se observar nos resultado do Gráfico 01, que em relação ao gênero por área, temos uma predominância de mulheres na zona urbana (71,79%), enquanto que na zona rural o quantitativo de homens (49,12%) e mulheres (50,88%) apresentou resultados próximos, sendo que as diferenças e semelhanças altamente significativas ($p=0,000$).

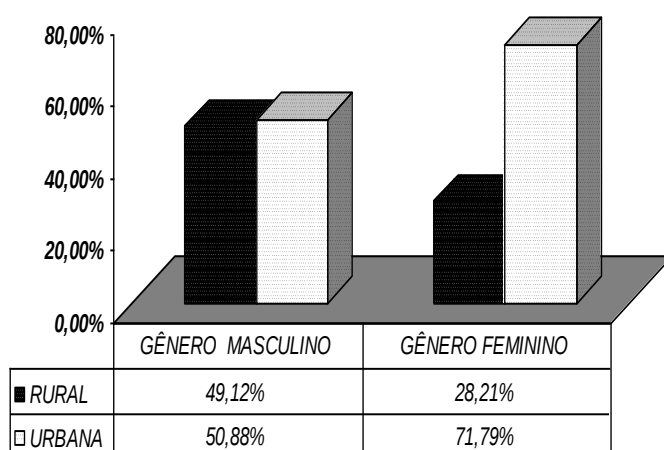


Gráfico 1: Distribuição dos idosos da zona rural e urbana por gênero - Macambira-SE/2009

No presente estudo foi constatado que, apesar da literatura relatar predominância da mulher idosa na zona rural, a frequência do gênero feminino foi bastante próxima do gênero masculino. Fato que pode significar uma mudança no perfil demográfico do idoso na zona rural ou uma particularidade na demografia da região agreste.

O maior percentual de mulheres na zona urbana pode estar relacionado com a maior longevidade do gênero feminino e com a conseqüente necessidade de migração para o ambiente urbano que oferece maiores facilidades de acesso à saúde e assistência ao idoso. A mulher idosa, por ser mais frágil, tem mais dificuldades em manter-se no ambiente rural e cuidar, sozinha, da manutenção da moradia.

Segundo Camarano (2003) a predominância feminina tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas, pois acredita que, atualmente, boa parte dessas mulheres, é viúva, sem experiência de trabalho no mercado formal, menos educada e além de experimentar piores condições de saúde, por apresentarem chances maiores do que os homens de desencadearem as doenças típicas da última fase da vida, tais como: artrite ou reumatismo, diabetes, hipertensão, doença do coração, depressão; requerem maior assistência tanto do Estado quanto das famílias.

De acordo com o Censo do IBGE (2008), a população idosa brasileira representa um contingente de quase 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. As mulheres são maioria, 8,9 milhões. 62,4% dos idosos são responsáveis pelos domicílios e têm, em média, 69 anos de idade e 3,4 anos de estudo, obtendo um papel de destaque na sociedade. Em média, as mulheres vivem oito anos a mais que os homens, possuindo uma expectativa de vida superior. Entre 1998 e 2008, houve um significativo aumento de mulheres na condição de pessoa de referência (25,9% para 34,9%) do domicílio. O que também chamou a atenção no período foi o crescimento da proporção das mulheres declaradas como pessoa de referência, apesar da presença de um cônjuge (2,4% para 9,1%).

Podemos observar no Gráfico 02 que dos 156 idosos que moram na zona urbana, 130 (83,33%) vieram da zona rural enquanto que, dos 114 que moram na zona rural, nenhum teve residência em zona urbana anteriormente, sendo esses dados altamente significativos ($p=0,00$).

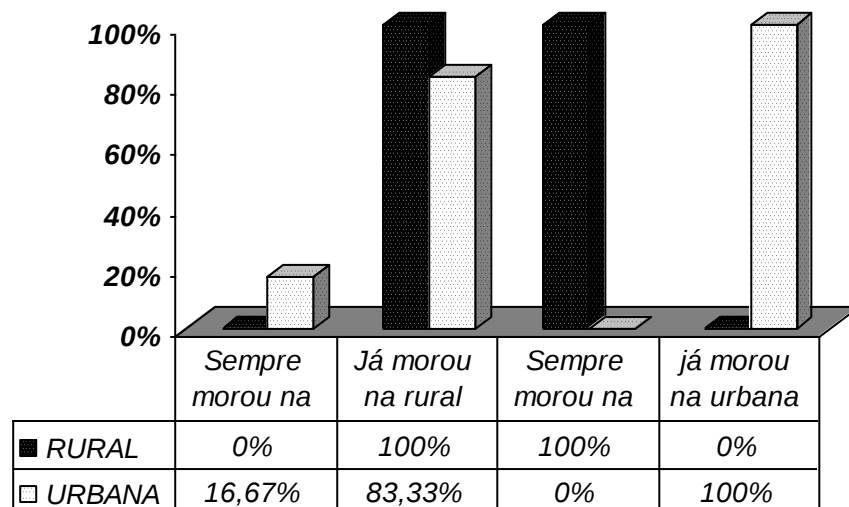


Gráfico 2: Distribuição da origem rural/urbana dos idosos – Macambira–Se/2009.

Esse dado pode ser reflexo da migração de adultos em busca de emprego e condições melhores de vida, deixando os idosos em suas lavouras, trabalhando e sustentando as esposas e filhos destes que se foram. Outro ponto a ser considerado é quanto aos idosos que, quando se encontram em idade avançada e sem condições de se manter na atividade da lavoura, migram para a zona urbana em busca de maiores facilidades de acessos aos serviços públicos e/ou a busca de segurança junto aos filhos já migrados para zona urbana. É relevante considerar que, nesta última década, o percentual de idosos que mais cresceu proporcionalmente no Brasil foi o de idosos de 80 anos ou mais, faixa etária que predispõe maior fragilidade e dificuldade de adaptação em uma moradia rural.

O total de migrantes inter-regionais, segundo IBGE em 2008, foi de 19,7 milhões de pessoas. O maior grupo nesse contingente foi o de nordestinos, com 10,5 milhões ou 53,4% do total. O Sudeste continua a ser o maior pólo de atração dos nordestinos, recebendo 66,9% destes migrantes. O segundo grupo que mais emigrou nasceu no Sudeste (20,5% do total de emigrantes) e a maioria dirigiu-se para o Centro-Oeste (35,8%).

Segundo Moreira in Wong (2003), na migração urbano-rural, os idosos geralmente são independentes financeira e funcionalmente. Apenas 3,6% dos idosos viverem no meio rural a menos de 05 (cinco) anos, enquanto a grande maioria movimentou-se dentro desse meio durante toda sua existência.

De acordo com o Gráfico 03 podemos perceber que a grande maioria dos idosos reside com a família, tanto na zona rural (87,72%) quanto na zona urbana (73,72%). O que difere a zona rural da zona urbana, é que na zona urbana (25%) apresenta um percentual maior de idosos que moram sozinhos, quando comparado com a zona rural (9,65%).

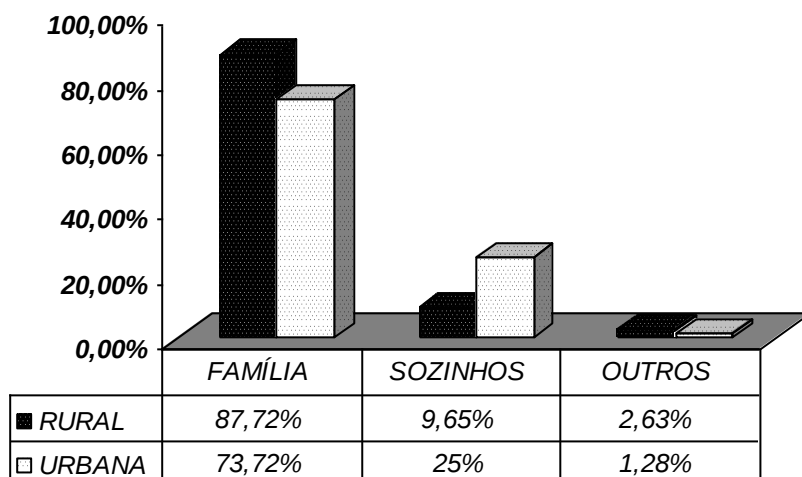


Gráfico 3: Distribuição segundo arranjos domiciliares dos idosos da zona rural e urbana – Macambira –Se/2009

Vimos que na região urbana há uma maior incidência de idosos que moram sozinhos, havendo conseqüentemente menor suporte familiar no ambiente domiciliar, sendo esses resultados estatisticamente significativos ($p=0,005$). Tal situação pode ser resultado de uma maior migração dos filhos dos idosos para centros urbanos mais desenvolvidos, facilitada e estimulada pelos meios de comunicação ou possivelmente pela maior tendência dos idosos no estado de viuvez, principalmente as mulheres, abandonarem o isolamento da vida rural e virem morar na área urbana; e por não ter grau de dependência, preferem morar sozinhas e adquirirem uma maior liberdade em suas atividades.

No Brasil, os diferentes tipos de arranjos domiciliares abrigavam idosos com características bastante distintas, os que vivem em domicílios com filhos e netos são, geralmente, viúvas, bem idosas, de origem rural, com uma renda muito baixa ou inexistente. Os idosos que vivem sozinhos, em geral, mulheres com uma origem urbana, viúvas, de nível sócio-econômico baixo, com várias doenças e um nível intermediário de dependência no dia-a-dia, já que os estados de dependência grave mostraram-se incompatíveis com a vida a sós.

Alternativamente, idosas morando sozinhas poderiam ser solteiras, com renda pessoal mais alta e condição de saúde e independência acima da média (RAMOS, 2003).

Leite et al (2008) em sua pesquisa sobre suporte familiar aos idosos residentes na área urbana, concluiu que os dados mostraram elevado percentual de idosos que possuíam rede familiar e social, a qual pode fornecer suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa, caracterizando interação social positiva. Sendo assim, estes idosos demonstraram ter bom convívio familiar e social, o que conseqüentemente, influencia na melhoria da qualidade de vida. O idoso inserido no grupo familiar e social contribui com a sociedade desenvolvendo atividades laborais ou voluntárias, sobrepondo-se às suas limitações.

A família é uma das instituições mais importantes e eficientes no tocante ao bem estar dos indivíduos e à distribuição de recursos. Ela intermedeia parte da relação entre o mercado e os indivíduos, já que distribui rendimentos entre membros, assim como faz a intermediação entre o Estado e o indivíduo, redistribuindo, direta ou indiretamente, os benefícios recebidos (CAMARANO, 2003).

Com relação ao rendimento salarial, na Tabela 01, pode-se verificar que em ambas as zonas, a maioria dos idosos tem como renda 01 salário mínimo, tendo como percentual de 75,44% na zona rural e 73,08% na zona urbana, sendo esses resultados significativos estatisticamente ($p= 0,017$).

Pode ser observado, ainda na Tabela 01, que a grande maioria dos idosos sustenta a casa, tanto na zona rural (81,58%) como na urbana (87,82%), embora haja um percentual pequeno na zona urbana em que a renda do idoso e dos filhos sustenta o domicílio (8,33%), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p= 0,036$).

Tabela 1: Rendimento salarial e principal renda que sustenta o domicílio do Idoso por área do município de Macambira-Se/ 2009

Rendimento Salarial	Área Rural		Área Urbana		p*
	n	(%)	N	(%)	
Rendimento Salarial					0,017
Sem renda fixa	07	6,14	04	2,56	
1 salário mínimo	86	75,44	114	73,08	
2 salários mínimos	21	18,42	27	17,31	
3 salários mínimos	0	0,00	11	7,05	
Total	114	100,00	156	100,00	
Renda que sustenta o domicílio					0,036
Não tem renda	05	4,39	00	0,00	
Do idoso	93	81,58	137	87,82	
Idoso e filhos	08	7,02	13	8,33	
Outra renda	08	7,02	06	3,85	
Total	114	100,00	156	100,00	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

Estes resultados demonstram o maior percentual de idosos que sustentam o domicílio no agreste sergipano em relação à média brasileira estipulada pelo IBGE, possivelmente pelas dificuldades de empregos para os jovens na região estudada. Outro motivo pode ser a migração destes adultos para uma região mais desenvolvida em busca de novas oportunidades, deixando, muitas vezes, suas esposas e filhos na dependência dos idosos.

Esses resultados, apesar de mais significativos, estão compatíveis com a tendência dos indicadores sociais do IBGE (2008), demonstrando que no Brasil 45% dos idosos viviam com seus filhos na condição de chefe do domicílio, sendo que nas Regiões Norte e Nordeste estes percentuais ficaram em 50%. A contribuição de cada membro da família no orçamento é de suma importância para seu próprio sustento e nível de bem-estar. A contribuição dos idosos, em 53% dos domicílios, representa mais da metade do total da

renda domiciliar, sendo esta situação ainda mais expressiva no Nordeste (63,5% dos domicílios).

Corroborando com esta pesquisa, Camarano (2003) relatou que, em quase todo o mundo, tem crescido o período em que os filhos passam como economicamente dependentes de seus pais, na maioria dos casos idosos. Isso se deve à instabilidade do mercado de trabalho, ao maior tempo despendido na escola e à maior fragilidade das relações afetivas. Em ambos os casos, a co-residência de pais idosos e filhos parece como uma estratégia familiar utilizada para beneficiar tanto as gerações mais novas como as mais velhas. Variações na renda dos pais e dos filhos desempenham um papel importante na co-residência.

Em relação às condições de moradia, observa-se (Tabela 02) que a maioria dos domicílios apresenta 05 (cinco) cômodos ou mais, tanto na zona rural (72,81%) quanto na urbana (80,77%). Mesmo se tratando de uma cidade com perfil sócio-econômico rural e comunidades com um rendimento salarial em torno de 01 salário mínimo, muitos idosos possuem domicílios com 05 (cinco) cômodos e com maiores condições de privacidade.

Em relação ao número de residentes que moravam com o idoso, foi observado que entre 03 a 05 pessoas a incidência foi de 44,74% na zona rural e de 37,18% na zona urbana. Constatado, ainda, que na zona urbana há um percentual significativo de idosos que moram com apenas 01 pessoa (26,92%), sendo essas diferenças significativas ($p=0,057$).

Tabela 2: Distribuição dos Idosos da zona urbana e rural por coabitação e números de cômodos no domicílio - Macambira-Se/2009

Condições de Moradia	Área Rural		Área Urbana		p*
	N	(%)	N	(%)	
Cômodos existente no domicílio					0,141
Dois cômodos	01	0,88	03	1,92	
Três cômodos	09	7,89	04	2,56	
Quatro cômodos	21	18,42	23	14,74	
Cinco ou mais cômodos	83	72,81	126	80,77	
Total	114	100,00	156	100,00	
Pessoas residentes no domicílio com o idoso					0,057
01 pessoa	15	13,15	42	26,92	
02 pessoas	38	33,33	44	28,21	
03 a 05 pessoas	51	44,74	58	37,18	
Mais de 05 pessoas	10	8,77	12	7,69	
Total	114	100,00	156	100,00	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

Os idosos residem com familiares e têm um ambiente que propicia uma maior distribuição em seus cômodos. Quanto ao percentual dos que moram com apenas uma pessoa na zona urbana, pode representar a tendência de octogenários presentes nessa área, muitas vezes provenientes da zona rural, viúvas e sem filhos, podendo apresentar dependência na realização das atividades da vida diária e necessitando de companhia.

Néri (1993), em sua pesquisa realizada no interior ao Norte de São Paulo, observou que 72% do total de idosos era do gênero feminino, sendo que 58% conviviam com seus filhos e 48,8% contribuíam com sua aposentadoria para ajudar na renda domiciliar. Na sua maioria, quando viúvos, tinham um quarto só para eles ou compartilhavam com seu cônjuge.

Banhato et al (2008) em seu estudo com as mulheres idosas, concluiu que essas preferiam morar só, o que refletiria uma escolha pessoal. Na medida em que a situação financeira, a autonomia e independência funcional permitiam, os idosos moravam sozinhos e apresentavam bom suporte social, tanto familiar quanto de amigos. Enfatizaram ainda, o percentual de idosas que relataram não possuir amigos (27,6%), bem como a limitação na diversidade de atividades de lazer, com o predomínio apenas de encontros religiosos e visitas domiciliares.

Quanto às condições do ambiente de moradia dos idosos, foi observado, conforme Tabela 03, que em relação ao abastecimento de água, 98,72% dos domicílios urbanos possuem rede geral; já na zona rural temos 46,49% desse abastecimento. 27,19% possuem além da rede geral, o abastecimento alternativo por poço e 23,68% apenas por poço ou nascente, sendo essas diferenças altamente significativas ($p=0,00$).

No que diz respeito ao destino do lixo, existem diferenças bastante significativas. Na zona rural, 65,79% têm o lixo queimado ou enterrado e somente 30,70% é coletado, enquanto na zona urbana 98,08% têm o lixo coletado.

A pavimentação na zona rural é praticamente toda de piçarra (84,21%), enquanto que na área urbana 87,82% é asfaltada ou calçada, também com diferenças altamente significativas ($p=0,00$).

Tabela 3: Distribuição dos Idosos da zona urbana e rural em relação às condições do ambiente. Macambira-Se,2009

Condições de Ambiente	Área Rural		Área Urbana		p*
	N	(%)	N	(%)	
Abastecimento de água					0,000
Rede Geral	53	46,49	154	98,72	
Poço ou Nascente	27	23,68	01	0,64	
Rede Geral + Poço	31	27,19	01	0,64	
Outros	03	2,63	00	0,00	
Total	114	100,00	156	100,00	
Destino do lixo					0,000
Coletado	35	30,70	153	98,08	
Queimado ou enterrado	75	65,79	02	1,28	
Céu aberto	04	3,51	01	0,64	
Total	114	100,00	156	100,00	
Pavimentação da rua					0,000
Asfaltadas ou calçadas	18	15,79	137	87,82	
Piçarras	96	84,21	19	12,18	
Total	114	100,00	156	100,00	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

Anderson (2006) analisou a saúde e condições de vida do idoso no Brasil e destacou as diferenças significativas entre o ambiente de moradia dos idosos residentes em área rural e urbana. Na área rural mais de 60% dos idosos não contavam com eletricidade, 75% não tinham água canalizada, 35% possuíam filtro de água, enquanto o esgotamento sanitário e a coleta de lixo eram os pontos críticos, já que beneficiava apenas 3% dos moradores. Na área urbana, os números revelaram um quadro mais favorável, apesar de 30% daqueles com 80 anos ou mais não possuírem geladeira. Aliás, na maioria das vezes, os mais idosos - 80 anos ou mais - eram os menos beneficiados com a existência desses bens e serviços, o

que pode refletir uma perda progressiva do padrão de vida. O que acontece - com frequência - na terceira idade.

Este estudo corrobora com os dados desta pesquisa, onde também foi visto uma maior dificuldade nas condições de moradia dos idosos da zona rural em relação aos idosos da zona urbana, que não tinham coleta de lixo e abastecimento de água favorável. Além disso, as ruas de piçarra prejudicam seu deslocamento, situação que, se não corrigida pelas políticas públicas, pode ser mais um motivo para a migração do idoso rural, principalmente octogenários, dificultando a política de fixação do homem no campo, considerando que estes, em sua maioria, sustentam as famílias e podem influenciar na migração de todos os dependentes.

Em relação ao meio de transporte, observa-se no gráfico 04, que na zona rural 37,72% dos idosos utilizam outros meios, como moto ou mesmo a pé (30,70%), sendo que 20,53% utilizam carro. Na zona urbana a maioria costuma se deslocar a pé (47,44%), de automóvel (23,72%) e outros (16,67%). Em relação ao deslocamento por meio de bicicleta, foi constatado que na zona urbana apenas 1,28% fazem uso, enquanto na zona rural o percentual é de 6,17%, apesar da maior precariedade da pavimentação nesta zona. Essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0,000$).

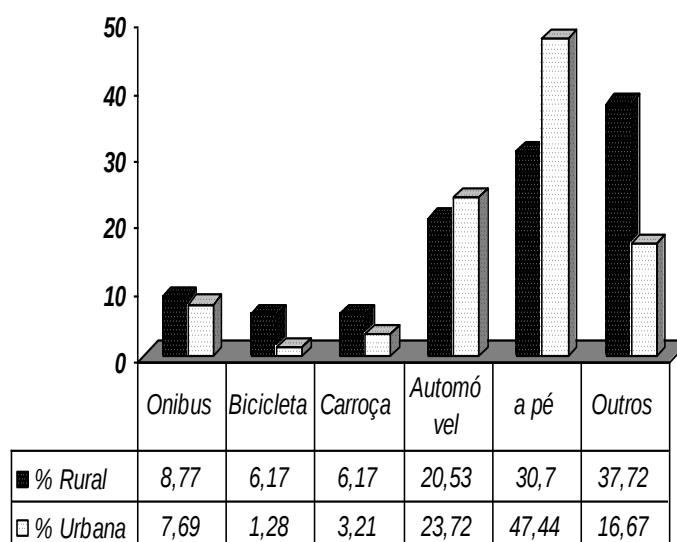


Gráfico 4: Distribuição dos idosos por meio de transporte mais utilizado da zona rural e urbana de Macambira –Se/2009

Este resultado é relevante por sinalizar a maior autonomia e independência dos idosos da zona rural, que fazem os seus deslocamentos de moto, bicicleta e ainda cultivam o hábito saudável de andar a pé, diminuindo o sedentarismo e, com isso, o risco de aparecimento de doenças crônico degenerativas mais precoces. Apesar de observarmos na tabela 03 que as condições de pavimentação das ruas na área rural dificultam o deslocamento dos idosos, só isso não os impedem de serem mais ativos e permanecerem com melhor condição física e melhor coordenação motora, facilitando assim, o seu deslocamento por vários meios de transportes.

Rozestraten in Néri (1993) constatou em estudo sobre envelhecimento e mobilidade que os idosos participam do trânsito de diversas maneiras na Europa, como pedestres, passageiros, ciclistas, motociclistas ou motoristas. Comparados com a população total da pesquisa, os idosos andam menos de carro (27,0%) e usam mais o transporte público (13,5%); as mulheres idosas andam menos de bicicleta, mas tanto os homens quanto as mulheres andam mais a pé do que o dobro do resto da população, principalmente as mulheres, que se deslocam menos de carro, de moto ou de bicicleta. Concluindo que, durante mais tempo os idosos participarão ativamente do trânsito, adiando cada vez mais a sua dependência e internações em Instituições de Longa Permanência.

Os resultados apontaram que, na comunidade pesquisada, houve uma predominância de idosos do gênero feminino, principalmente na zona urbana. Desses, a maioria era oriunda da zona rural que migraram em busca do convívio mais próximo aos familiares e de uma melhor assistência de saúde. Muitos dos domicílios na zona rural não apresentaram ambientes considerados saudáveis, devido ao destino do lixo ser inadequado e o abastecimento de água ser precário; além da pavimentação das ruas ser de piçarra, o que compromete a mobilidade do idoso e causa efeitos deletérios, próprios do envelhecimento humano.

2.6 CONCLUSÃO

O ambiente urbano do município de Macambira apresenta condições de saneamento, abastecimento e transporte mais favoráveis que o ambiente rural. Entretanto, observa-se maior condição intrínseca de mobilidade pelo idoso da zona rural, evidenciando uma tendência de maior concentração migratória de idosos na zona urbana, o que os torna vulneráveis, após uma vida ativa no campo. Na área rural, o abastecimento de água ainda é realizado majoritariamente, através de rede geral ou poços artesianos; além da destinação e acondicionamento do lixo que é enterrado ou queimado.

Foi constatada uma predominância de idosos do gênero feminino na zona urbana, o que pode ser proveniente da migração dos mais longevos em busca de uma condição melhor de vida, enquanto que na zona rural, por apresentar idosos mais jovens e ativos, houve uma proximidade entre os gêneros.

Quanto às condições do ambiente de moradia, os resultados apontaram que a maioria dos idosos reside com a família, tanto na zona rural quanto na zona urbana; sendo que na região urbana, apresentou-se uma incidência considerável de idosos que moram sozinhos, havendo um menor suporte familiar no ambiente domiciliar.

Este estudo foi importante ao pontuar as dificuldades encontradas pelos idosos e serve para nortear as políticas públicas adequadas para fixar o idoso mais longo e vulnerável, assim como a sua família, na área rural.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, M. I. P. Saúde e condições de vida do Idoso no Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.

BANHATO, E. F. C. et al. Aspectos sociais e de saúde de idosos residentes na comunidade de uma cidade brasileira. *Psicologia para América Latina*, n.14 México . 2008.

BRASIL. Congresso. Lei nº 8.842, 4 de Janeiro de 1994. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, publicada em 03 de Junho de 1996, por meio do Decreto n. 1.948, de 3.7.1996..

_____. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº19 – envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Estatuto do Idoso - Lei n.10741. Presidência da República, Brasília, outubro de 2003.

CALDAS, C. P. Introdução à Gerontologia. In: Renato Veras; Roberto Lourenço. (Org.) Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: Uma perspectiva interdisciplinar. Rio de Janeiro, RJ: Unati /UERJ, 2006,.

CAMARANO, A.A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? Estudos Avançados, São Paulo: USP/Instituto de Estudos Avançados, n. 49, 2003.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETO, M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª Ed., São Paulo: Atheneu, 2005.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*, 33 (5), 1999.

FÉLIX, J. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. Dissertação de Mestrado PUC - SP, ABRES, 2007.

FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Síntese de indicadores sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2008.

LEITE, M.T. et al. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social., Florianópolis: Texto Contexto Enferm; 17(2), 2008.

MOREIRA, M. de M. Envelhecimento da População Brasileira: aspectos gerais. Brasília: Fundaj, 2001.

NERI, A. L. Org. Qualidade de vida e idade madura. Campinas, SP. Ed. Papirus, 1993,

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3), 2003.

SOMCHINDA, A.; FERNANDES, F. C. Saúde e qualidade de vida na terceira idade: uma introspecção dos idosos institucionalizados. A.B.O. especialização em Saúde Coletiva, Brasília, 2003.

WONG, L. L. R. (ORG). O envelhecimento da População Brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Associação Brasileira de Estudos Populacionais ABEP, Copyright, 2003.

CAPÍTULO III

3. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA E INSTRUMENTAIS DOS IDOSOS

3.1 RESUMO

A capacidade funcional é caracterizada pela manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Este estudo tem como objetivo investigar os modelos de atividades da vida diária e instrumentais desempenhadas pelos idosos da área rural e urbana cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família do município de Macambira (SE). Trata-se de um levantamento quantitativo, de corte transversal, com 270 sujeitos (156 da Zona Urbana e 114 da Zona Rural). Os resultados apontaram que há uma maior frequência de idosos na faixa etária de 60 a 65 anos (35,09%) na zona rural e de 71 a 80 anos (35,26%) na urbana. Verificou-se maior percentual dos participantes do gênero feminino (33,70%) e do gênero masculino (21,11%) que freqüentaram do 1º ao 4º ano do ensino fundamental. Em relação às atividades da vida diária, a maioria dos idosos, as realizavam sozinhos, na zona rural (96,79%) e na urbana (98,25%). Observou-se que em relação às atividades instrumentais da vida diária, 37,82% dos idosos da zona urbana e 39,47% da zona rural realizavam as atividades domésticas e manuais. A maioria dos idosos ia sozinha, realizar atividades instrumentais da vida diária, como: fazer compras na zona urbana (58,33%) e na rural (71,93%) e atividades médicas e sociais zona na urbana (72,44%) e rural (80,70%). Quanto ao uso de medicamentos, apresentaram autonomia para fazê-lo, 76,92% dos idosos da zona urbana e 75,44% da rural. Os resultados apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,005$), com nível de significância de 5%, A maioria dos idosos da zona rural é ativa, autônoma e independente, o que contribui para o envelhecimento saudável. Por fim, vale ressaltar, que políticas públicas que incentivem a prática de atividades físicas e culturais entre os idosos, tanto da zona urbana quanto da zona rural, devem ser implementadas.

Palavras-chave: idoso; Atividades da vida diária e instrumental; ambiente rural e urbano.

3.2 ABSTRACT

Functional capacity is characterized by the maintenance of physical and mental abilities necessary for an independent and autonomous life. This study aims to investigate the arrangements for activities of daily living and instrumental performed by the elderly of rural and urban areas registered by the Health Strategy of the Municipality of Family Macambira (SE). This is a quantitative survey of a cross-sectional 270 subjects (156 urban and 114 of the Rural Zone). The results showed that there is a higher frequency of elderly people aged 60 to 65 years (35.09%) in rural areas and 71 to 80 years (35.26%) in urban areas. A higher percentage of female participants (33.70%) and males (21.11%) who attended the 1st to 4th grade of elementary school. In relation to activities of daily living most of the elderly held their own in rural areas (96.79%) and urban (98.25%). It was observed that in relation to instrumental activities of daily living, 37.82% of the elderly in urban areas and 39.47% in rural performed household chores and manuals. Most elderly people would alone make instrumental activities of daily living, such as shopping in the urban area (58.33%) and rural (71.93%) and medical and social activities in urban (72.44%) and rural (80.70%). The use of drugs had autonomy to make it 76.92% of the elderly in urban areas and 75.44% of the rural. The results showed statistically significant differences ($p < 0.005$) at a significance level of 5%, the majority of the rural elderly are active, autonomous and independent contribution to healthy aging, but must be implemented public policies that enhance the activity Physical Aging of the urban area.

Keywords: aged; activities of daily living and instrumental; rural and urban environment.

3.3 INTRODUÇÃO

Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas, dependentes das condições genéticas e do modo de vida, abrangendo o meio ambiente e condições nutricionais e materiais dos sujeitos. A alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controle do estresse, o apoio psicológico e uma atitude positiva perante a vida são alguns fatores que podem retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo (JORDÃO NETO, 1997; ZIMERMAN, 2000).

A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e outra parcela com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, passou-se de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem, para um quadro de enfermidades complexas típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. O número de idosos passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 17 milhões em 2006, considerando um aumento de 600% em menos de cinquenta anos (VERAS, 2007).

O processo de envelhecimento e a presença de doenças crônicas podem levar as pessoas idosas a apresentarem dificuldades funcionais. Estas perdas funcionais podem ter efeito, a longo prazo, na capacidade de desempenhar tarefas da vida diária, afetar negativamente a qualidade de vida, e pode resultar no isolamento social, dependência e até em institucionalização (DUARTE; DIOGO, 2005).

O processo de envelhecimento caracteriza-se por diminuição da reserva funcional, que somada aos anos de exposição a inúmeros fatores de risco, torna os idosos mais vulneráveis às doenças. Eles são geralmente portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes e, por isso, são importantes consumidores dos recursos orçamentários destinados à saúde (COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Na área de saúde do idoso, a capacidade funcional é o principal indicativo de qualidade de vida, por isso, é imprescindível que, na prestação dos cuidados aos idosos, as famílias estejam devidamente orientadas em relação às atividades de vida diária (AVD). As

atividades básicas de vida diária (ABVD) são caracterizadas por aquelas atividades essenciais para qualquer pessoa, ou seja, atividades de higiene pessoal, tais como: tomar banho e vestir-se. Já as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são um pouco mais complexas que as atividades básicas, como usar o telefone, fazer compras, preparar refeições e realizar tarefas domésticas (REGI; MIGUEL JÚNIOR; CASTRO, 2007).

Um fator de grande importância na epidemiologia da população idosa é a presença de incapacidades funcionais. Para se obter uma avaliação completa do estado de saúde dos idosos utilizamos a capacidade funcional como parâmetro (SANTANA, 2003).

Ramos (2003) apontou a importância da avaliação da capacidade funcional como novo paradigma da saúde pública frente ao envelhecimento, onde o conceito de saúde se modifica para a manutenção da autonomia, independente da presença de doenças crônicas controladas. O envelhecimento saudável é entendido como a interação entre saúde física, mental, independência nas atividades da vida diária (AVD), integração social e independência, suporte familiar e econômico. Vários instrumentos foram desenvolvidos para a avaliação da capacidade funcional e incluem fatores sócio-demográficos, percepção subjetiva do idoso, saúde física e mental, independência nas atividades diárias, suporte familiar e social e utilização de serviços.

As atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) estão relacionadas à participação efetiva do idoso na comunidade, onde as dificuldades apresentadas geram uma redistribuição de tarefas entre familiares (como alguém para ir fazer compras ou auxiliar nas tarefas domésticas) e menos em cuidado direto. Com o envelhecimento ocorre uma relação hierárquica de perda de habilidades funcionais e que se direciona, normalmente, das AIVDs para as atividades básicas da vida diária (ABVDs). Isso é mais acentuado entre as mulheres de ambas as faixas etárias analisadas e pioram expressivamente para ambos os sexos na velhice avançada, contribuindo para o afastamento do idoso do convívio social e conseqüente tendência ao isolamento.

Com o envelhecimento, o idoso tende a fazer parte de grupos de aposentados e desvincula-se da sociedade como um todo, torna-se necessário a criação de novos vínculos. A atividade física dá essa oportunidade porque o idoso precisa se deslocar para realizá-la, o que implica em benefícios físicos e psíquicos. O deslocamento ao local de realização

dessas atividades faz com que o idoso possa relacionar-se com outras pessoas, identificar-se com um grupo que possua as mesmas características, fazer amizades e compartilhar de vivências próximas (GEIS, 2003).

Lebrão e Laurenti (2005) observaram em um estudo com 2143 idosos que, desses 26,5% apresentavam dificuldades no desempenho das AIVDs,. Em relação ao uso e indicação de medicamentos, observaram que a grande maioria dos idosos (80,5%) referiu fazer uso da medicação, sozinhos, e apenas 19,5% tomavam medicação com ajuda. Entre os motivos implicados no não uso dos medicamentos de forma independente, foram relatados pelos idosos: déficit de memória (37,5%), imobilidade no leito (12,5%).

Este estudo foi delineado com o objetivo de investigar as modalidades de atividades da vida diária e instrumentais desempenhadas pelos idosos das áreas rural e urbana cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família do município de Macambira (SE), de modo a contribuir de forma significativa ao fornecer dados importantes de uma população específica em ambiente rural e urbano e facilitar o norteamto de políticas públicas de saúde adequadas.

3.4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de corte transversal, que foi realizada no município de Macambira-Se, localizada na região centro do estado, que possui uma população urbana e rural com perfil socioeconômico semelhantes. A população de idosos a partir de 60 anos cadastrados no Programa de Saúde da Família é de 784 indivíduos, sendo que 460 (58,6%) deles moram na Zona Urbana, e 324 (41,4%) na Zona Rural.

3.4.1 Amostra:

O plano amostral baseou-se no cadastro dos Idosos no Programa de Saúde da Família do Município, e o cálculo amostral dessa população foi realizado através da fórmula de Barbeta (1994), resultando no total de 265 sujeitos (Ss) sendo considerado um erro amostral de 0,05%, distribuídos em 155 Ss da área Urbana (GZU) o que equivale a 58,6% da amostra; e 110 Ss (41,4%) da área rural (GZR).

Foram incluídos idosos a partir de 60 anos, com renda de até 03 salários mínimos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Área Urbana e da Área Rural do Município de Macambira; e excluídos os que não possuíam capacidade cognitiva para responder o formulário, após avaliação do teste de Mini Exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN et al 1975), além dos que não quiserem participar da pesquisa.

3.4.2 Instrumentos Utilizados e Procedimentos para coleta de dados:

Para avaliar a função cognitiva básica do idoso para compreender e responder às perguntas do formulário, foi utilizado o teste do Mini Exame do Estado Mental – MEEM (1975). O formulário aplicado foi estruturado com base no Caderno de Atenção Básica à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (2006) e na escalas de Atividades da Vida Diária de Katz (1963) e na Escala Atividades Instrumentais da Vida Diária de Pfeffer (1992). O Objetivo do instrumento foi o levantamento das variáveis: faixa etária, gênero, grau de escolaridade, atividades da vida diária (AVD), atividade física e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e sua validação foi feita pelo método “Face Validity” (HOWELL, 2005).

Após a avaliação da cognição, através do MEEM, os entrevistados foram orientados sobre a relevância da pesquisa, o objetivo do estudo e confidencialidade dos dados, foram informados quanto aos mínimos riscos físicos ou morais, através do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes de acordo com as disposições da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo 240609).

3.4.3 Análise dos Dados:

Foi realizada distribuição de frequência das variáveis pesquisadas e análise bivariada com teste qui-quadrado para verificar a existência de diferenças significativas entre grupos de idosos das áreas urbana e rural no município pesquisado. Foi considerado o nível de significância de 5%.

3.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 270 idosos, sendo 114 da zona rural e 156 da urbana, após aprovação do teste de cognição Mini Exame do Estado Mental – MEEM. Foram excluídos 52 idosos da pesquisa, por não conseguirem atingir o escore mínimo preconizado pela neurogeriatria, apresentando distúrbios cognitivos.

Verifica-se no Gráfico 01 que a faixa etária de maior prevalência de idosos na zona rural foi de 60 a 65 anos (35,09%), enquanto que na urbana foi de 71 a 80 anos (35,26%). Esse dado apresentado é estatisticamente significativo ($p= 0,276$).

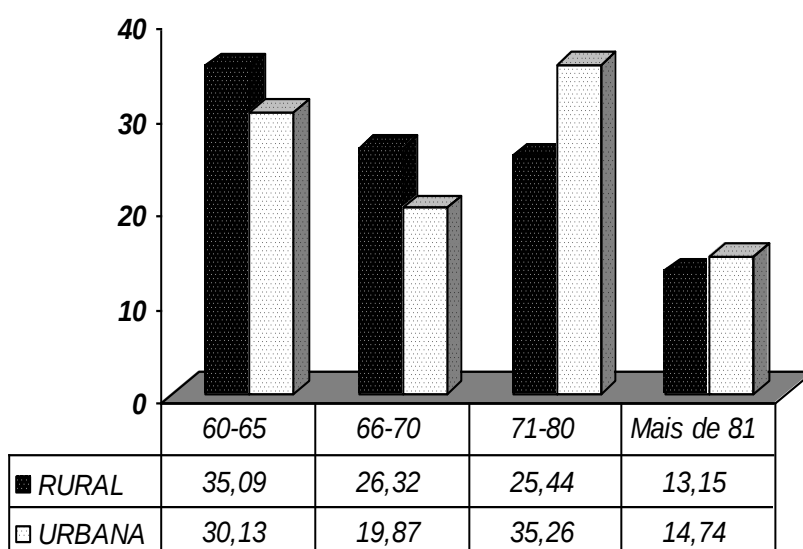


GRAFICO 1: Faixa etária dos Idosos por área no município de Macambira-SE/2009

A prevalência maior de idosos mais jovens na zona rural e mais velhos na zona urbana pode ocorrer devido à migração dos idosos que envelhecem, com a diminuição da capacidade produtiva e de adaptação à vida rural, maior incidência de limitações e patologias, o que faz com que busquem conforto e segurança no ambiente urbano.

Segundo Moreira (2001), o processo de concentração dos idosos nas áreas urbanas é mais visível em termos absolutos, pois acompanha o movimento geral de urbanização da população. Em termos relativos, a urbanização do envelhecimento é amortecida pelo fato de que as populações rurais apresentam níveis de fecundidade mais elevados do que as populações urbanas e, conseqüentemente, estruturas etárias mais jovens, que são

exportadas para as áreas urbanas por meio da migração, retendo os contingentes mais idosos, apresentando, assim, populações relativamente envelhecidas.

Em relação ao gênero, observamos no Gráfico 02 que na zona urbana tem uma prevalência maior de idosas (71,79%) e na zona rural apresentou um percentual em relação ao gênero muito próximos, idosos (49,12%) e idosas (50,88%), sendo esses dados altamente significativo ($p= 0,000$).

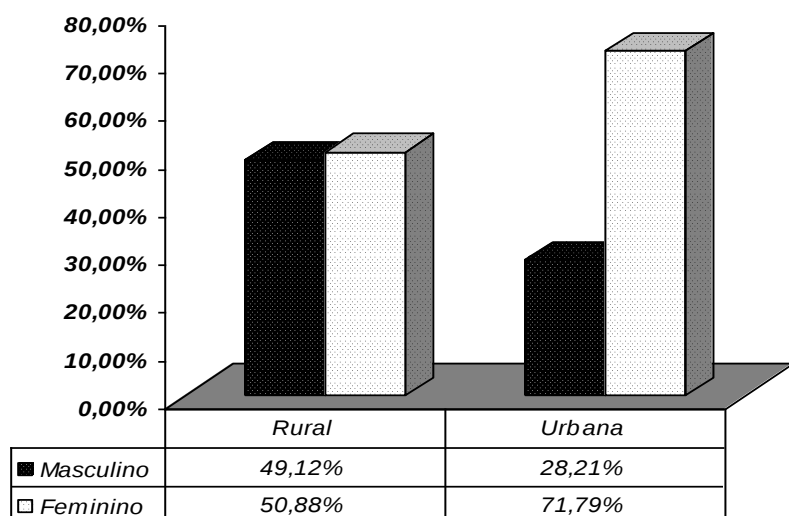


GRÁFICO 2: Gênero dos idosos por área no município de Macambira – SE / 2009

Isso vem demonstrar a prevalência de idosas de idade mais avançada residindo na zona urbana, o que pode ser devido ao deslocamento de idosas mais longevas residentes na área rural em busca de convivência e apoio de familiares; melhor adaptação, pelas dificuldades orgânica ocorridas com o processo do envelhecimento, assim como proximidades aos serviços utilitários públicos e de saúde.

Esses dados vêm confirmar o que foi mencionado pelo IBGE 2008, que as mulheres vivem no Brasil em média oito anos a mais que os homens, e que residir na cidade pode beneficiar a idosa, pela maior longevidade feminina, especialmente aquela que é viúva, por causa da proximidade com seus filhos, dos serviços especializados de saúde e de outros facilitadores do cotidiano.

Com relação o grau de escolaridade por área, conforme demonstrado no Gráfico 03, na zona rural o percentual de idosos que não freqüentaram a escola é próximo dos que freqüentaram do 1º ao 4º ano, respectivamente, 52,63% e 46,49%. Na zona urbana observamos que o quantitativo de idosos que freqüentaram da 1º ao 4º ano é bem maior (56,41%), comparado com os que não freqüentaram a escola (33,97%), sendo esses resultados altamente significativos ($p=0,009$).

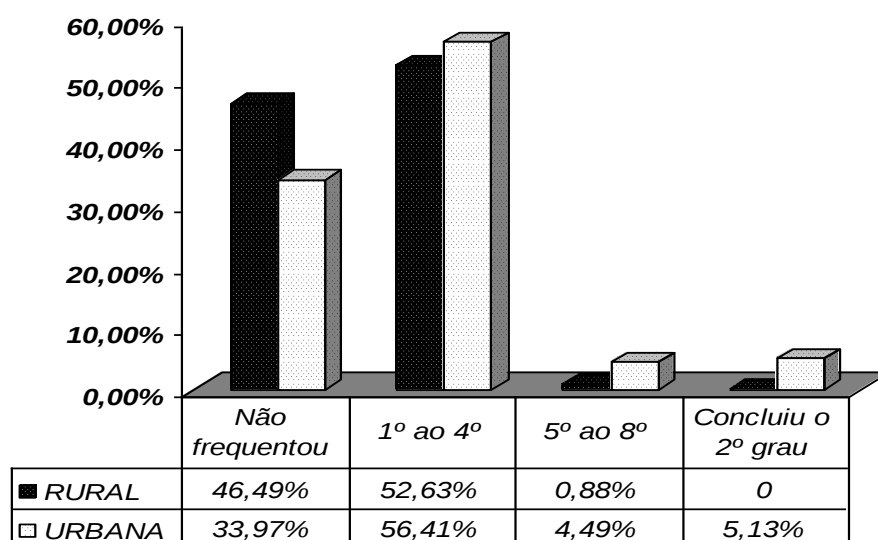


GRÁFICO 3: Grau de Escolaridade por área dos idosos no município de Macambira-SE/2009

Os idosos que moram na zona urbana têm um percentual mais elevado em relação à escolaridade, o que pode estar relacionado às dificuldades maiores de acesso à escola na zona rural, principalmente até quatro décadas atrás. Outro aspecto que pode ser considerado, na ainda pequena alfabetização dos idosos da zona urbana, é o fato de que grande parte desses idosos é proveniente da zona rural e tiveram as mesmas condições de escolaridade daqueles.

Quanto ao analfabetismo funcional, ainda segundo IBGE 2008, 59,4% dos idosos responsáveis pelo domicílio tinham, no máximo, 03 (três) anos de estudo, resultado este influenciado pela alta proporção de responsáveis de 75 anos ou mais de idade, analfabetos ou analfabetos funcionais (são os que sabem assinar seu nome e que lêem e escrevem apenas um bilhete). Enquanto 53,3% dos idosos no grupo de 60 a 64 anos tinham até 03

(três) anos de estudos, 67,4% daqueles com 75 anos ou mais de idade foram considerados analfabetos funcionais. Ainda assim, houve significativa melhora no período inter-censitário, provavelmente resultado dos programas federais de alfabetização de adultos implementados nas últimas duas décadas.

Em relação ao grau de escolaridade, quando comparado ao gênero, no Gráfico 04 pode-se observar que o percentual de idosas que freqüentaram a escola da 1º ao 4º ano do ensino fundamental, foi maior em relação aos idosos, respectivamente (58,33%) e (50%); e em relação aos que não freqüentaram a escola, obtivemos também, um percentual maior de idosas (42,31%) em relação aos idosos (35,09%), constatando que esses dados foram altamente significativos ($p=0,000$).

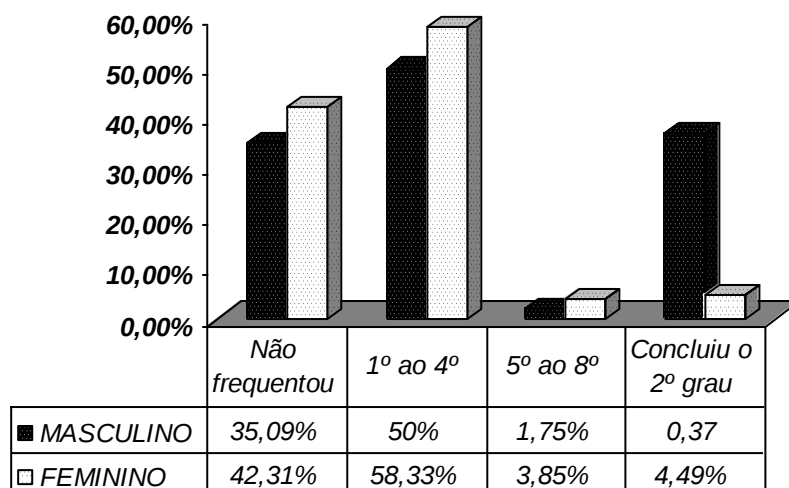


GRÁFICO 4 : Gênero e Escolaridade dos Idosos do município de Macambira-SE/2009

Quanto ao alto índice de analfabetismo dos idosos na zona rural, pode ser devido à necessidade de trabalhar cedo e/ou não terem condições de freqüentar a escola na idade ideal, e quando adquiriram as condições para voltar à escola, só conseguiram estudar até O 4º ano do ensino fundamental.

Anderson (2006) constatou taxas elevadas de analfabetismo entre os idosos do Brasil, com prevalência na região Nordeste, onde aproximadamente 65 em cada 100 eram analfabetos e de cada dez idosos, sete nunca concluíram sequer um ano de estudo. Observa-se que, na amostra estudada, estes percentuais estão bem mais elevados: a maioria absoluta 99,12% dos sujeitos freqüentou apenas até o 4º ano, e 77,4 % nunca freqüentaram a escola.

Segundo IBGE (2008), no Brasil, apesar dos avanços, ainda existe 5,1 milhões de idosos analfabetos. Em relação ao gênero, os homens continuam sendo, proporcionalmente, mais alfabetizados do que as mulheres (67,7% contra 62,6%, respectivamente), já que até os anos de 1960 tinham mais acesso à escola do que as mulheres. Em conformidade com os dados da nossa pesquisa, no nordeste, o número de analfabetos é bem superior, e o máximo de estudo concluído é até o 4º ano do ensino fundamental.

Em relação às atividades da vida diária (AVD), conforme o Gráfico 05, foi observado um percentual próximo de Idosos que realizavam suas atividades, sozinhos, tanto na zona urbana quanto na zona rural, respectivamente (96,79%) e (98,25%), apenas na zona urbana temos um percentual de dependentes (1,92%).

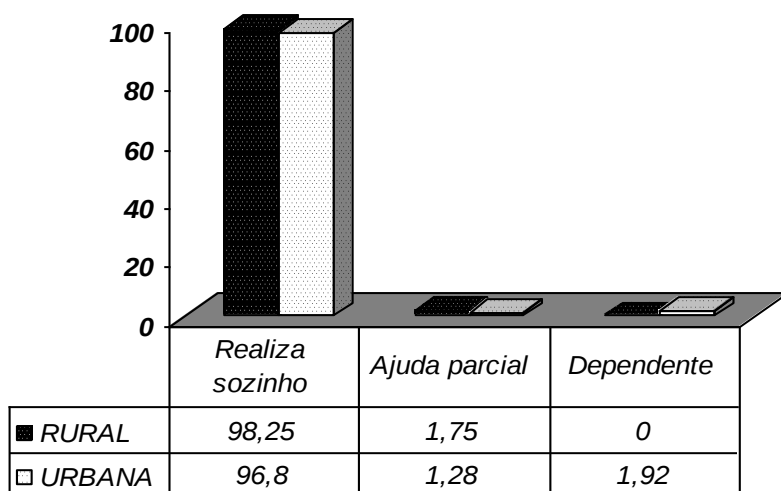


GRÁFICO 5: Realização das atividades da Vida Diária (AVD) pelos Idosos por área do município de Macambira-SE / 2009

O envelhecimento é um processo multifatorial e ocorre de forma distinta, considerando as diferentes regiões geográficas. Nesse contexto, as habilidades para realização de AVD e AIVD podem apresentar-se de forma bastante diversificada. Costa, Nakatani; Bachion,(2006) relatam em sua pesquisa sobre a capacidade dos idosos de uma comunidade desenvolverem as atividades da vida diária, concluíram que 57,9% dos idosos observados eram independentes em realizar mais de uma atividade.

Nesse estudo, as diferenças não foram significativas, talvez pelas características da homogeneidade socioeconômica, mas foram obtidos percentuais maiores que a literatura sobre idosos mais independentes. Isso pode ser devido ao estilo de vida do idoso durante a sua idade ativa, por permanecer trabalhando na roça e com isso apresentar maior autonomia e independência na realização das atividades da vida diária. Mas, à medida que vão ficando mais longevos, os idosos começam a apresentar um certo grau de dependência ou dependência total, necessitando de ajuda na realização de atividades de auto-cuidado parcial ou total.

Em relação à realização de atividades físicas pelos idosos, podemos observar no Gráfico 06, que o percentual de idosos da zona rural que não praticam atividade física alternativa (54,39%) é maior em relação à zona urbana (45,51%). Além disso, na zona urbana, temos um percentual maior dos que realizam atividades físicas não regularmente, em relação à zona rural, respectivamente (26,92%) e (19,30%).

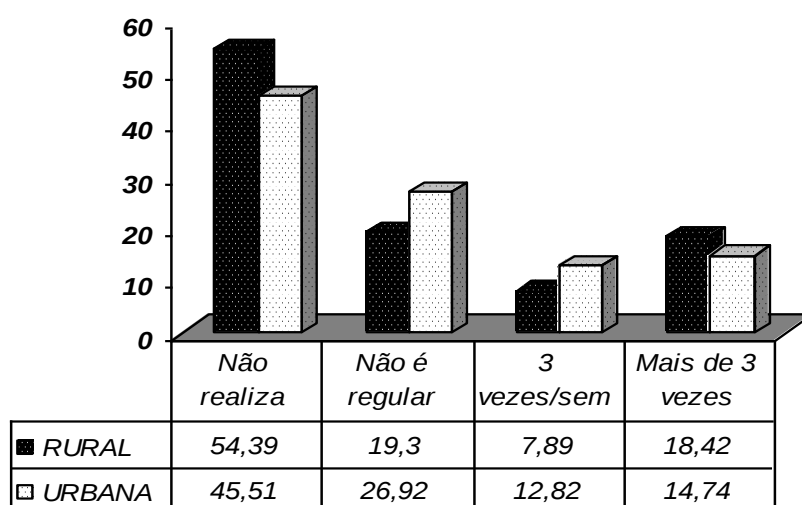


GRÁFICO 6: Realização da Atividade Física Alternativa pelos Idosos por área do município de Macambira-SE / 2009.

A prática da atividade física proporciona melhorias significativas na qualidade de vida do idoso, mas o fato da população apresentar um aspecto predominantemente rural, faz com que muitos resistam em seguir tal orientação. Atualmente, com os programas de grupos de idosos criados pela ação social, a população tem sido orientada sobre esta necessidade, principalmente após a aposentadoria, evitando assim os riscos do sedentarismo e suas

conseqüências. Isso despertou interesse em uma pequena parcela dessa população, embora alguns idosos tenham relatado que já se movimentavam fisicamente durante a realização das atividades diárias em casa ou na lavoura e não viam necessidade de realizar outras atividades, devido ao desgaste físico ao final do dia.

A mobilidade articular permite a realização de atividades comuns da vida diária e, freqüentemente, encontra-se diminuída nos idosos sedentários, levando à diminuição de flexibilidade. Neste sentido, o comprometimento das AVD, pode ser evitado ou revertido se o idoso for orientado por um profissional competente, e iniciar um programa de atividades físicas, com objetivo de melhorar a mobilidade articular e força muscular (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

É importante que o idoso incorpore, em seu modo de vida, hábitos saudáveis na preservação da saúde e manutenção da capacidade funcional e independência, através de informações e conteúdos que sejam capazes de modificar e acrescentar atitudes favoráveis para a manutenção e prevenção de sua saúde em seu significado mais abrangente (física, mental, emocional, social e espiritual). Cabe, então, aos profissionais da saúde, educadores físicos e gestores públicos se engajarem de maneira efetiva e eficaz na mobilização de recursos, na construção e viabilização de projetos, que proporcione uma população idosa cada vez mais ativa e conseqüentemente com melhor qualidade de vida (FRANCHI et al, 2005).

Na avaliação da autonomia e independência, as atividades instrumentais da vida diária pelos idosos por área, o percentual dos que realizam as atividades domésticas e manuais nas zonas rural (39,47%) e urbana (37,82%) são próximos, mas são maiores comparados as demais variáveis; sendo que em relação à realização das atividades domésticas, a zona urbana (36,54%) apresentou um percentual maior em relação à zona rural (27,19%). Esse dado apresentado é altamente significativo ($p=0,003$).

Na avaliação do deslocamento para a realização de compras, a maioria relata ir sozinho, na zona rural (71,93%) e urbana (58,33%), sendo seguido por um percentual significativo dos que relataram não irem fazer compras (33,33%) na zona urbana comparados com a rural (25,44%). Esse dado apresentado é altamente significativo ($p=0,021$).

Em relação ao deslocamento para as atividades, como atendimento de saúde e sociais, observamos que os idosos apresentam uma independência em se deslocarem sozinhos em 80,70% da zona rural e em 72,44% da urbana, ou seja, maior capacidade nos idosos rurais.

Quanto à administração de medicamentos foi observado que tanto na zona rural (75,44%) quanto na zona urbana (76,92%), os idosos apresentaram uma maior autonomia na administração dos medicamentos. Foi observado um dado relevante que diferencia a zona rural da urbana no que diz respeito à administração de medicamentos. É que, enquanto o percentual dos que tomam o medicamento com ajuda de terceiros, na zona urbana é (16,03%), por apresentarem uma dependência parcial, na zona rural 14,91% não faz uso de medicamentos por não apresentarem doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o que pode ser devido ao estilo de vida repleto de atividades diárias e uma alimentação mais saudável. Apresentando um resultado estatístico significativo ($p=0,051$).

Em relação ao acesso a bancos, supermercados e outros locais públicos, foi visto que na zona urbana (77,56%) tem esses estabelecimentos próximos a suas residências, facilitando assim o acesso, enquanto que na zona rural (85,96%) tem esses estabelecimentos mais distante de seus domicílios. Com esses resultados obtivemos um dado altamente significativo ($p=0,000$). Todos estes dados podem ser conferidos na Tabela 03.

Tabela 3: Realização das atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) pelos Idosos por área do município de Macambira/SE 2009

Atividades Instrumentais da vida diária (AIVD)	Área Rural		Área Urbana		p*
	N	(%)	N	(%)	
Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD)					0,003
Não realiza porque não quer	19	16,67	16	10,26	
Não realiza por limitação	04	3,51	18	11,54	
Realiza com ajuda	12	10,53	06	3,85	
Realiza atividades domésticas	31	27,19	57	36,54	
Realiza domésticas +manuais	45	39,47	59	37,82	
Realiza trabalhos manuais	03	2,63	00	0,00	
Total	114	100,00	156	100,00	
Faz compras					0,021
Não faz	29	25,44	52	33,33	
Sozinho	82	71,93	91	58,33	
Acompanhado	03	2,63	13	8,33	
Total	114	100,00	156	100,00	
Deslocamento para atividades de saúde e sociais					0,117
Sozinho (a)	92	80,70	113	72,44	
Com ajuda	22	19,30	43	27,56	
Total	114	100,00	156	100,00	
Administração de medicamento					0,051
Sozinho (a)	86	75,44	120	76,92	
Com ajuda	11	9,65	25	16,03	
Não toma remédio	17	14,91	11	7,05	
Total	114	100,00	156	100,00	
Acesso a banco, supermercados e outros					0,000
Sim, próximo a casa	09	7,89	121	77,56	
Sim, distante da casa	98	85,96	22	14,10	
Não tem acesso	07	6,14	13	8,33	
Total	114	100,00	156	100,00	

* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Em relação às atividades domésticas, apresentam um percentual significativo, o que é compatível e se justifica pela feminilização das idosas, principalmente na zona urbana em

relação à zona rural. Essa constatação tem relação lógica com a maior prevalência de idosos mais jovens, possivelmente mais ativos, na zona rural.

Discute-se que ser incapaz de realizar as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) faz com que o idoso prejudique o seu desempenho social, gerando um transtorno para ele e para seus familiares, por sempre precisarem de um acompanhante na realização dessas atividades, gerando um transtorno familiar, um maior gasto financeiro e de tempo.

A incapacidade na realização de uma dessas atividades instrumentais de vida diária, além de prejudicar a vida social do idoso, potencialmente implica em transtornos para ele e sua família, a qual, dependendo da atividade, terá que mobilizar maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes. Algumas incapacidades se associam à falta de escolaridade como: manusear dinheiro, tomar medicação, usar o telefone, fazer compras e utilizar meios de transporte, segundo relataram os idosos entrevistados. Tais incapacidades comprometem sobremaneira a socialização dos mesmos, diminuindo sua autonomia. É preciso tomar providências em relação a esta situação, proporcionando adaptações que favoreçam condições de acesso aos conhecimentos e recursos, que poderão torná-los autônomos e independentes (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Por ser um município de aspecto rural, não havia a visão de prática de atividade física saudável como fundamental na melhoria na qualidade de vida. Mas, por outro lado, muito dos idosos têm trabalhado em plantio e colheitas desde cedo. Como a prática dessa atividade é constante esses idosos se tornaram mais autônomos e independentes, o que pode ser observado ao se analisar o baixo número de idosos em dependência total nas atividades da vida diária (AVD). Devem ser implementadas políticas públicas de atividade física na zona urbana e rural que visem proporcionar ambientes mais saudáveis e promotores de saúde.

Em relação às atividades instrumentais da vida diária (AIVD) a maioria dos idosos da zona urbana apresentou independência em realizar os trabalhos manuais e domésticos, e também, nos deslocamentos, como ir ao banco, ao médico e fazer compras; mesmo na zona rural, onde a distância a ser percorrida é geralmente maior.

Quanto ao grau de escolaridade e gênero foi verificado que as mulheres tiveram maiores chances de estudar, embora só até o 4º ano do ensino fundamental. Isso porque após o casamento, é comum que elas abandonem a escola e passem a se dedicar exclusivamente aos filhos e ao ambiente familiar. Os homens, por outro lado, precisam, desde cedo, ajudar na lavoura, e durante a vida, têm poucas ou mesmo nenhuma oportunidade de voltar à escola. As comunidades idosas residentes na zona rural ainda estão desprovidas de assistência adequada.

É primordial que se promova o envelhecimento saudável e ativo, com a manutenção da capacidade funcional dos idosos, prevenindo, assim, morbidades passíveis de serem evitadas, de modo a garantir sua permanência de forma independente e autônoma no meio familiar e na sociedade.

Para atender a população idosa é necessário que a equipe de saúde da família conheça o perfil socioeconômico e demográfico, bem como a capacidade funcional dessa população, para que possa planejar ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos e reabilitação.

3.6 CONCLUSÃO

Na comunidade pesquisada, os resultados apontaram que há maior frequência de idosos mais jovens (60 a 65 anos) na zona rural e na urbana idosos de idade mais avançada (71 a 80 anos). Levantam-se as hipóteses de que a permanência na zona rural e o trabalho com o cultivo da terra por exigir maior vigor físico, torna-se problemática para os trabalhadores rurais idosos e suas famílias. Outra questão que merece destaque relaciona-se ao acesso aos serviços públicos e a maior proximidade de familiares que migram para a zona urbana cada vez mais intensamente.

Em relação às atividades da vida diária, os idosos, em sua maioria, referiram que as realizam sozinhos; e muitos não praticam uma atividade física formal e regular. Entretanto, observa-se que as atividades da vida diária desempenhadas, mostram-se suficientes enquanto atividade física para muitos deles, fator comprovado pela ausência de obesidade entre os sujeitos.

Quanto à realização das atividades instrumentais da vida diária, costumavam, em sua maioria, se deslocar sozinhos, para atividades médicas, sociais e para realização de compras, além de apresentarem maior autonomia no uso de seus medicamentos.

Apesar dos investimentos públicos em saúde e educação, ainda existe um grande contingente de idosos analfabetos, o que é mais acentuado na zona rural. Este fator prejudica sobremaneira o acolhimento e o atendimento nos centros de saúde e convivência. Políticas de educação para adultos e idosos devem ser implementadas na área rural do município de Macambira-Se, para facilitação dos processos relacionados à promoção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- COSTA, E. F. A.; PORTO, C. C.; SOARES, A. T. - Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Revista da UFG, v. 5, n. 2, 2003.
- COSTA, E.C. NAKATANI, A.Y.K.; BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paul Enferm 2006; v.19, n.1.
- DUARTE, Y.A. de O.; DIOGO, M.J.D.E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2005.
- FRANCHI, K.M.B. et al. Atividade Física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. Rev. Bras. Physycal Activity, 2005; v.18, n. 3.
- GEIS, P. P. Atividade Física e Saúde na Terceira Idade. Ed. Artmed, 5ª edição, 2003, n.3.
- HOWELL, Jonathan Et Al. Confiabilidade e Validade. Writing @ CSU. Colorado States University Departamento de Inglês, 2005.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo demográfico. Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2008.
- _____ (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Síntese de indicadores sociais - Uma análise das condições de vida da população brasileira PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) 2008.
- JORDÃO NETO, A.; Gerontologia Básica. São Paulo: Ed. Lemos. 1997.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo; Rev. bras. Epidemiológica. v.8 n.2 São Paulo, 2005.
- MOREIRA, M. de M. Envelhecimento da População Brasileira: aspectos gerais. Rev. de Estudos de População. Fundaj. Gov. Br, 2001.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3), 2003.
- REGI; D.P. MIGUEL JÚNIOR; A.M. CASTRO; A.C.L.C., O Idoso Demenciado e seu Impacto na Saúde Pública: estamos preparados? Metrocamp Pesquisa, v. 1, n. 1, 2007

SANTANA, J. A. A influência da migração no processo envelhecimento de Minas Gerais e suas regiões de planejamento, CEDEPLAR/UFMG X Seminário sobre a Economia Mineira, 2003.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução; Cad. Saúde Pública vol.23 no.10 Rio de Janeiro, 2007

ZIMERMAN, Guite I; Velhice: Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Ed. Artmed. 2000.

CAPÍTULO IV

4. AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS

4.1 RESUMO

Atualmente, com o crescente aumento de idosos no mundo, os profissionais de saúde e a própria população tomaram conhecimento das implicações decorrentes do envelhecimento e a sua importância. Este estudo teve como objetivo avaliar a percepção das condições de acesso à saúde na zona rural e urbana cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família do município de Macambira – SE. Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, de caráter quantitativo, com 270 idosos (156 da área urbana e 114 da rural). Os resultados apontaram que 81,58% dos idosos pesquisados da zona rural e 69,87% da urbana não têm qualquer tipo de dificuldade de acesso à Estratégia de Saúde da Família, e quanto à disponibilidade de profissionais de saúde, 94,74% dos idosos da rural e 84,62% da urbana consegue marcar consultas com Enfermeiros e Médicos. Quanto aos hábitos hídricos 92,11% dos idosos da zona rural e 93,59% da urbana bebem água filtrada e tratada, sendo que na zona rural 46,49% bebe de 03 a 05 copos e 46,49% bebe de 05 a 10 copos e na zona urbana 58,33% de 03 a 05 copos e 32,05% de 05 a 10 copos. A grande maioria não se considera portador de excesso de peso, (75,44% na zona rural e 73,08% na urbana). As Doenças não transmissíveis atingem 27,19% dos idosos da zona rural que apresentam hipertensão arterial (HA) e 21,05% não referiram doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), enquanto na zona urbana 36,54% referiram hipertensão arterial (HA), 14,74% e colesterol alto, 13,46% não referem DCNT, sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,005$). Relatam que na ausência de dentes, 73,68% da zona rural e 67,31% come o alimento que tem em seu domicílio e 20,18% da zona rural e 10,90% da zona urbana come alimentos pastosos, 17,95% da zona urbana relatam não ter ausência de dentes que dificultem na alimentação. Quanto aos vícios, foi relatado que 80,13% da urbana e 69,30% da rural não tinham vícios e 17,54% da rural e 12,82% da urbana fumavam. A percepção da qualidade de vida foi considerada boa pela grande maioria dos idosos em ambas as zonas, sendo 75,44% (rural) e 85,90% (urbana), Destaca-se a necessidade de implementação de políticas públicas que possam promover a saúde e prevenir as doenças crônicas não transmissíveis.

Palavras-chave: idoso; situação de saúde, ambiente rural e urbano.

4.2 ABSTRACT

Currently, with the increasing number of elderly in the world, health professionals and the people themselves were aware of the implications of aging and its importance. This study aimed to evaluate the perception of the conditions of access to health care in rural and urban registered by the Health Strategy of the Municipality of Family Macambira - SE. This is a cross-sectional research, quantitative character, with 270 people (156 from urban and 114 rural). The results showed that with regard to accessibility of health strategy for the Family, 81.58% in rural areas and 69.87% of urban and had no difficulty as to the availability of consultation with Nurses and Doctors, 94.74% of rural and 84.62% of the urban can score. As for eating water 92.11% of the elderly in rural areas and 93.59% of urban drinking water filtered and treated, and the quantity of glasses of water drunk per day in rural areas 46.49% drink 03 to 05 cups and 46.49% drink 05 to 10 cups in the urban and 58.33% from 03 to 05 cups and 32.05% 05 to 10 cups. Regarding the perception of elderly people with excess weight, 75.44% in rural areas and 73.08% in the urban area are not considered. As for dental conditions, report that in the absence of teeth, 73.68% in rural areas and 67.31 eats food that has at home and 20.18% of the rural and 10.90% of urban eat soft food, and 17.95% of the urban area report no lack of teeth that impede feeding. As for flaws, it was reported that 80.13% of urban and 69.30% of the country had no vices and 17.54% of the rural and 12.82% of urban smokers. Regarding the perception of quality of life for older people was considered good in both areas, 75.44% (rural) and 85.90% (urban), therefore, stands in an original way the need to implement public policies that can fix the elderly in the rural environment and health habits.

Keywords: elderly, health status, urban or rural.

4.3 INTRODUÇÃO

A visão da necessidade de atenção global à saúde da população idosa era até meados do século passado pouco relevante devido ao reduzido número de indivíduos dessa faixa etária nas sociedades. Nas últimas décadas, com o crescente aumento de idosos no mundo, houve um reconhecimento pela sociedade das implicações decorrentes do envelhecimento e a sua importância. A Organização Pan-americana da Saúde em suas atividades planejadas de promoção de saúde deverão incluir atuação no campo biológico, psicossocial, político e legal na ação integral de atenção aos idosos (CARVALHO FILHO; PAPALÉO NETO, 2005).

O processo de envelhecimento se caracteriza pela diminuição da reserva funcional, que somada a exposição a inúmeros fatores de risco por muitos anos, tem tornado os idosos mais vulneráveis às doenças. Geralmente portadores de múltiplas enfermidades crônicas e incapacitantes. Nesse sentido são atualmente consumidores dos recursos orçamentários destinados à saúde, além disso o acesso ao atendimento é difícil e os profissionais ainda não estão preparados para lidar com a complexa interação entre as doenças e com os fatores sócio-culturais, que atuam como determinantes da saúde dos idosos (COSTA et al, 2006).

Na medida em que o processo de envelhecimento da população avança, com a redução da mortalidade precoce, a prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) aumenta. A avaliação de diferentes alternativas de impacto das DCNT sobre o sistema de seguridade social deve levar em conta a estrutura demográfica e o padrão de morbidade da nossa população, o estado de organização do SUS e de sua integração com a previdência e a assistência social, e as possibilidades de acesso e limitações de financiamento do sistema, na atual conjuntura econômico-social do País (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

A velhice é uma fase da vida em que geralmente ocorrem doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. O interesse em estabelecer quais os fatores vem crescendo, com explicação sobre adoecer e pode até vir a morrer, pode ser útil do ponto de vista epidemiológico e clínico (RAMOS, 2003).

Com a exposição ao longo do tempo aos fatores de risco, que muitas vezes são perceptíveis (tabagismo, obesidade generalizada, obesidade, alcoolismo, sedentarismo, etc.) e a convivência assintomática com a doença não diagnosticada, traz ao indivíduo o aparecimento clínico das DCNT. Conseqüentemente, os diagnósticos são em fases tardias, com a doença já complicada ou num desfecho fatal, como ocorre muitas vezes com a doença coronariana aguda e com o acidente vascular encefálico. As DCNT correspondem à maior proporção das mortes nos países industrializados e nos emergentes (LESSA, 2004).

Com o aumento da expectativa de vida e o número de idosos, muitas vezes dependentes, ocorrem modificações nas demandas decorrentes no atendimento ao idoso, o que implica o crescimento da incidência de doenças crônicas degenerativas com tratamento bastante caro, com maior despesa em medicamentos, equipamentos e internamentos. Hoje em dia, com a tecnologia médica mais avançada, tem-se observado melhores condições de saúde e uma maior longevidade.

As diferenças no acesso a serviços de saúde têm vários determinantes, além das condições socioeconômicas, das desigualdades no acesso a serviços, também a configuração da Política Nacional de Saúde, que envolve os princípios que a constituem, a forma de organização dos serviços e a forma de relação que é estabelecida entre a clientela e os profissionais de saúde. Os princípios propostos no âmbito da saúde, de universalidade, integralidade e equidade que orientam a constituição do sistema de saúde brasileiro podem garantir acesso mais igualitário aos diferentes grupos sociais (BARATA, 2009).

O Programa de Saúde da Família (PSF) ou Estratégia de Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, o que evidentemente inclui a população idosa. A atuação das equipes da ESF ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família, de acordo com seus princípios básicos referentes à população idosa, aponta a abordagem das mudanças físicas consideradas normais e identificação precoce de suas alterações patológicas. Destaca, ainda, a importância de alertar a comunidade sobre os fatores de risco aos quais as pessoas idosas estão expostas. Os profissionais que atuam na atenção básica devem manter o equilíbrio físico e mental do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade (SILVESTRE; COSTA, 2003).

A prevenção e a manutenção da saúde do idoso devem ser efetivadas através do cadastramento da população idosa em base territorial, atendimento domiciliar, principalmente para aqueles que estão impossibilitados de se locomoverem, incluindo os asilados em instituições públicas ou filantrópicas conveniadas com o Poder Público, tanto nos meios urbanos como nos rurais; atendimento de referência geriátrico e gerontológico em ambulatórios, com recursos humanos especializados nas áreas de Geriatria e Gerontologia social, com o intuito de redução das seqüelas decorrentes do agravo a Saúde (REGIS et al, 2007).

Os processos de transição demográfica e epidemiológica determinam importantes desafios para o Brasil, principalmente para seus frágeis sistemas de saúde e previdenciário, entre eles: população envelhecendo rapidamente com aumento desproporcional das faixas etárias mais elevadas, predominância de mulheres (viúvas), diminuição do tamanho das famílias (número de filhos igual ao número de avós), de pessoas disponíveis para o cuidado de idosos, aumento dos domicílios sob responsabilidade de idosos, seguridade social inadequada (diminui número de pagantes e aumenta o de beneficiários), aumento da prevalência das doenças crônicas, aumento do número de indivíduos de alta dependência e maiores gastos com saúde (BRASIL, 2003).

O presente estudo tem como objetivo avaliar a auto-percepção das condições e acesso aos serviços de saúde na zona rural e urbana cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Macambira – SE.

4.4 MÉTODO

É uma pesquisa quantitativa, de corte transversal. A pesquisa foi realizada no município de Macambira-Se, localizada na região centro do estado e com população urbana e rural com perfil sócio-econômico semelhantes. A população de idosos a partir de 60 anos cadastrados no Programa de Saúde da Família é de 784 indivíduos, sendo 460 (58,6%) na Zona Urbana, e 324 (41,4%) na Zona Rural.

4.4.1 Amostra:

O plano amostral baseou-se no cadastro dos Idosos no Programa de Saúde da Família do Município; e o cálculo amostral dessa população foi realizado através da fórmula de Barbeta (1994), resultando no total de 270 sujeitos (Ss) sendo considerado um erro amostral de 0,05%, distribuídos em 156 Ss da Zona Urbana (GZU) o que equivale a 57,78% da amostra; e 114 Ss (42,22%) da zona rural (GZR).

Foram incluídos idosos a partir de 60 anos, com renda de até 03 salários mínimos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da Zona Urbana e da Zona Rural do Município de Macambira; e excluídos os que não possuíam capacidade cognitiva para responder o formulário, após avaliação do teste de mini exame do estado mental - MEEM (FOLSTEIN et al 1975), além dos que não quiserem participar da pesquisa.

4.4.2 Instrumentos Utilizados e Procedimentos para coleta de dados:

Foi utilizado o teste do Mini Exame do Estado Mental – MEEM (1975) para avaliar a capacidade cognitiva do idoso. Depois dessa avaliação, de acordo com o escore preconizado pela neurogeriatria, foi aplicado um formulário estruturado, adaptado de acordo com o Caderno de Atenção Básica à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, 2006; validado pelo método Face Validity (HOWELL, 2005). Antes de aplicar o teste, foi realizado um pré-teste com 10 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, com objetivo de avaliar o entendimento das questões do instrumento da pesquisa para fazer ajustes necessários.

As variáveis analisadas nesse instrumento foram: acessibilidade dos idosos na Estratégia de Saúde da Família, auto-percepção sobre as condições de saúde (presença de doenças crônicas degenerativas, hábitos alimentares e hídricos apresentados pelos idosos, condições odontológicas, presença de constipação, excesso de peso) e da qualidade de vida.

Os entrevistados foram orientados sobre a relevância da pesquisa, o objetivo do estudo e confidencialidade dos dados, através do Consentimento Livre e Esclarecido. Foram informados quanto aos mínimos riscos físicos ou morais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Tiradentes de acordo com as disposições da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (Protocolo 240609).

4.4.3 Análise dos Dados:

Foi realizada distribuição de frequência das variáveis pesquisadas e análise bivariada com teste qui-quadrado para verificar a existência de diferenças significativas entre grupos de idosos das áreas urbana e rural no município pesquisado. Foi considerado o nível de significância de 5%.

4.5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 270 idosos residentes no município de Macambira, sendo 114 da área rural e 156 da urbana, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, após a aprovação do teste de rastreio de distúrbio cognitivo, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Foram excluídos 52 idosos da pesquisa, por não conseguirem atingir o escore mínimo preconizado pela neurogeriatria.

Em relação à acessibilidade referida pelos idosos na Estratégia de Saúde da Família (Tabela 01) foi observado que 81,58% na zona rural não tinham dificuldade de acesso à unidade básica de saúde, enquanto na zona urbana 69,87% não tinham dificuldade e 30,13% tinham dificuldade. Esse dado apresentado é estatisticamente significativo ($p=0,020$).

Quanto à disponibilidade de consultas 94,74% na zona rural consegue marcar consultas com médicos e enfermeiros e 84,62% da zona urbana conseguem marcar consultas e 15,38% não conseguem marcar consultas, sendo essas diferenças altamente significativas ($p=0,002$).

Tabela 1: Acessibilidade referida pelos Idosos à Estratégia de Saúde da Família (ESF) pela Unidade Básica de Saúde por área do município de Macambira - SE / 2009

Estratégia de Saúde da Família (ESF)	Área Rural		Área Urbana		p*
	N	(%)	N	(%)	
Dificuldade no Acesso a ESF					0,020
Sim	21	18,42	47	30,13	
Não	93	81,58	109	69,87	
Total	114	100,00	156	100,00	
Disponibilidade de Consultas de 6 em 6 meses					0,002
Sim	108	94,74	132	84,62	
Não	06	5,26	24	15,38	
Total	114	100,00	156	100,00	

* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Em relação à acessibilidade referida pelos idosos, aparentemente paradoxal, pode ser justificada pela maior prevalência de idosos em idade mais avançadas, octogenários, na zona urbana, indicando uma maior concentração de idosos frágeis ou com menor reserva funcional nesta zona em relação à zona rural, que concentra idosos mais jovens e ativos, o que demanda menor busca em assistência pela saúde.

Foi constatado um percentual de dificuldade no acesso à unidade Básica de Saúde (UBS) maior pelos idosos residentes na zona urbana, apesar de haver uma maior disponibilidade de profissionais de saúde, incluindo os particulares. Tal constatação demonstra uma maior busca por consultas pelos idosos da zona urbana em relação à zona rural, acarretando uma sobrecarga na oferta da UBS. A referida situação se deve possivelmente a maior frequência de algumas co-morbidades e fragilidades na população idosa urbana, a exemplo da hipertensão arterial.

O estudo de Anderson (2006) relatou que os dados relativos à procura por atendimento de saúde pelos idosos foram maiores do que os adultos, e demandaram um atendimento ambulatorial de 57% da rede pública ou particular, sendo que a consulta feita por médicos particulares alcançou percentuais significativos: em torno de 28% para os idosos da zona urbana, e 18% na zona rural, o que deve estar correlacionado ao menor poder aquisitivo dessa população.

Na Tabela 02, em relação à percepção dos idosos sobre suas condições de saúde por área, pode-se observar que 27,19% dos idosos na zona rural referiram apresentar hipertensão arterial (HA) e 21,05% não reportaram possuir doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Na zona urbana 36,54% disseram apresentar hipertensão arterial, 14,74% apresentam HA e colesterol alto e 13,46% não referiram DCNT. Sendo esses resultados apresentados com diferenças altamente significativas ($p=0,005$).

Tabela 2: Condições de saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) dos Idosos do município Macambira – SE por área / 2009

Doença Crônica não Transmissíveis (DCNT)	Área Rural		Área Urbana	
	N	(%)	n	(%)
Não Refere	24	21,05	21	13,46
Hipertensão Arterial (HA)	31	27,19	57	36,54
Diabetes Mellitus (DM)	03	2,63	02	1,28
Colesterol Alto	11	9,65	19	12,18
Outras	19	16,67	13	8,33
HA+ DM	11	9,65	07	4,49
DM + Colesterol Alto	02	1,75	04	2,56
HA + Colesterol Alto	04	3,51	23	14,74
HA + DM + Colesterol	03	2,63	10	6,41
Total	114	100,00	156	100,00
Valor de p*	0,005		0,005	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

Os dados apresentados pelos idosos da zona rural podem ser reflexos do estilo de vida que levam, como de trabalho em sua própria lavoura e alimentação do que plantam e colhem. Sendo que por consumirem alimentos mais naturais e não serem sedentários, os riscos para adquirirem DCNT são mínimos. Na zona urbana foi apresentado um resultado em que apenas 13,46% não referiam DCNT, isso leva a hipótese de estarem associados ao estilo de vida; como presença de sedentarismo, hábitos alimentares inadequados; com consumo mais freqüente de alimentos industrializados, ricos em gorduras e sódios, maior exposição a fatores estressantes. Em relação às DCNT, a hipertensão referida pelos idosos pesquisados, apresentou um maior percentual nas duas áreas, confirmado pelos indicadores básicos de saúde de 2008, que mostram o aumento da freqüência da hipertensão à medida que avança a idade (39% a 59% nos idosos com mais de 60 anos).

Esses resultados corroboram com o estudo desenvolvido por Sebastião et al (2008) realizado em Rio Claro/SP, em áreas urbana e rural, com amostra de 192 idosos com objetivo de fazer um levantamento com relação ao nível de atividade física e a prevalência de doenças crônicas. As mulheres idosas apresentaram maior nível de atividade física nas atividades domésticas em relação aos seus pares masculinos, mas o nível de atividade física se mostrou ser baixo e sem diferença entre os gêneros.

Dos resultados obtidos, observa-se na Tabela 03 que em relação aos hábitos alimentares, referidos pela maioria dos idosos das zonas urbana (93,59%) e rural (92,11%) realizam as três refeições por dia e ingerem frutas e verduras durante o dia, na zona rural (78,95%) e urbana (83,33%).

Enquanto que nos hábitos hídricos 92,11% dos idosos da zona rural e 93,59% da urbana bebem água filtrada ou tratada (potável), esse dado apresentado é altamente significativo ($p=0,000$). E em relação à quantidade de copos de água bebidos por dia na zona rural 46,49% bebem 03 a 05 copos e 46,49% bebem 05 a 10 copos e na zona urbana 58,33% 03 a 05 copos e 32,05% 05 a 10 copos, sendo esses dados significativos ($p=0,054$). Em relação aos hábitos hídricos, o resultado pode estar relacionado a menor percepção de sede dos idosos mais velhos da zona urbana, bem como estar associado à vida mais ativa do idoso no ambiente rural.

Tabela 3: Hábitos alimentares e hídricos dos Idosos do município Macambira – SE por área /2009

Hábitos alimentares	Área Rural		Área Urbana		P*
	N	(%)	n	(%)	
Realiza 03 Refeições por dia					0,638
Sim	105	92,11	146	93,59	
Não	09	7,89	10	6,41	
Total	114	100,00	156	100,00	
Ingere frutas e verduras					0,359
Sim	90	78,95	130	83,33	
Não	24	21,05	26	16,67	
Total	114	100,00	156	100,00	
Bebe água filtrada ou tratada					0,000
Sim	105	92,11	146	93,59	
Não	09	7,89	10	6,41	
Total	114	100,00	156	100,00	
Copos de água por dia					0,054
03 a 05 copos	53	46,49	91	58,33	
05 a 10 copos	53	46,49	50	32,05	
Menos de 03 copos	08	7,02	15	9,62	
Total	114	100,00	156	100,00	

*Teste Qui-Quadrado de Pearson

Embora essas diferenças estatísticas não sejam significativas em relação aos hábitos alimentares, a maior ingestão de frutas e verduras pelos idosos da zona urbana pode sinalizar a indução dessa dieta como coadjuvante na terapia pela maior incidência de comorbidades. Enquanto na zona rural, apesar de pela lógica ambiental haver maior disponibilidade de vegetais, pode haver necessidade de projetos na área de educação e

saúde com foco para reorientação alimentar, diminuindo a cultura da ingestão de carne e farináceos, objetivando uma reconstrução dos hábitos alimentares na comunidade rural.

Os hábitos alimentares e hídricos são de suma importância neste período da vida, pois uma alimentação saudável e uma ingesta hídrica adequada podem auxiliar na prevenção de comorbidades e evitar muitos problemas associados ao processo de envelhecimento, quando as perdas das atividades funcionais são contínuas. Na fase do envelhecimento a percepção da sede é diminuída e a alimentação muitas vezes é prejudicada por dentição deficiente.

O idoso quando acompanhado a mesa por outras pessoas, principalmente seus familiares, com o fracionamento do consumo de alimentos, estabelecendo horários e oferecendo refeições atrativas (combinação de alimentos construtores, energéticos e reguladores) oferecendo refeições coloridas e saborosas (usar temperos naturais como alho, cebola, cebolinha, cheiro verde, salsa, orégano e outros, evitando, assim, o abuso do sal), e promover um contraste de cor entre os utensílios e o forro da mesa, melhoram o estado de ânimo do idoso, influenciando, positivamente, o seu apetite (CAMPOS; MONTEIRO, 2000).

Em um estudo em zona urbana de um Núcleo de atenção à saúde de idosos encontrou resultados semelhantes ao presente estudo. Naquele estudo a grande maioria dos idosos realizava três refeições diárias (87,72%). Quanto à ingestão de água, 62% das idosas referiram ingerir entre 01 a 04 copos por dia e 34% consumiam 08 ou mais copos (AMADO; ARRUDA; FERREIRA, 2005).

De acordo com o gráfico 01, podemos perceber que em relação à ocorrência de constipação intestinal 16,67% dos idosos da zona rural e 28,85% da zona urbana apresentam essa condição, sendo essa diferença altamente significativa ($p= 0,020$).

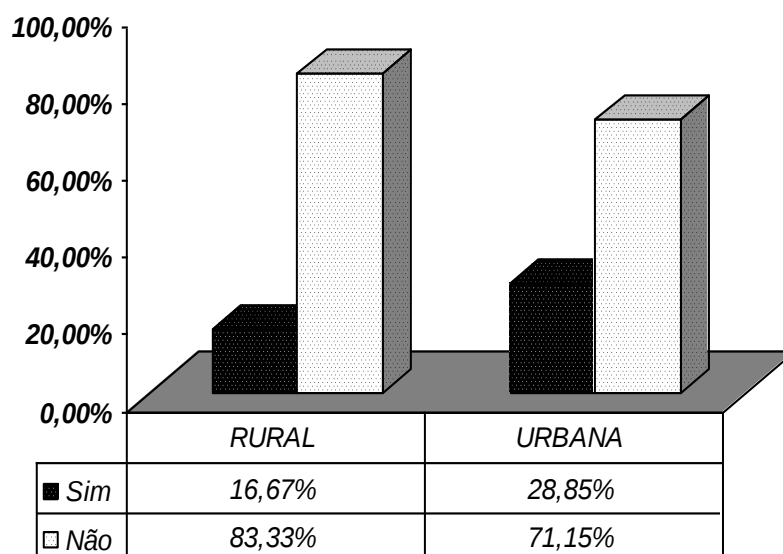


Gráfico 1: Ocorrência de constipação intestinal dos idosos por área do município de Macambira-SE / 2009

Em relação à constipação intestinal foi observado que a grande maioria não apresenta esta disfunção fisiológica, o que se pode associar a hipótese de uma alimentação mais balanceada; com presença de fibras, uma ingesta hídrica adequada; devido esses idosos plantarem as frutas e verduras para sua subsistência e trabalharem na lavoura, o que exige uma maior absorção de água. A zona urbana apresenta um percentual maior de constipação intestinal em relação à zona rural, podendo ser ocasionada pelo sedentarismo, dieta inadequada de alimentos refinados e industrializados e ingesta hídrica insuficiente.

A constipação intestinal ocorre mais freqüentemente nas pessoas acima de 40 anos, especialmente nas mulheres, principalmente nas famílias de baixa renda e com pouca escolaridade. Pode ocorrer ou ser agravada pelo consumo insuficiente de fibras e líquidos, inatividade (por estar acamado ou cadeirante), sobretudo nos idosos e desnutridos (MORAIS FILHO, 2006).

Salgueiro (2008) em seu estudo de caso, controle na programação de educação nutricional, de demanda espontânea, para idosos com constipação funcional, com baixo nível social e maioria do gênero feminino; concluiu que no grupo teste que recebeu educação nutricional, houve um aumento significativo na ingesta hídrica, redução na ingesta de lipídios e

carboidratos, do uso de laxante e de queixas intestinais que caracterizam a constipação intestinal funcional.

Em relação à percepção dos idosos quanto ao excesso de peso, foi observado no Gráfico 02 que a maioria dos idosos das zonas rural (75,44%) e urbana (73,08%) não se considera com excesso de peso. Percebe-se que essas zonas apresentam um gráfico semelhante quanto a esse aspecto, portanto não houve diferença estatística significativa entre as zonas rural e urbana quanto à percepção do excesso de peso entre os sujeitos pesquisados ($p=0,662$).

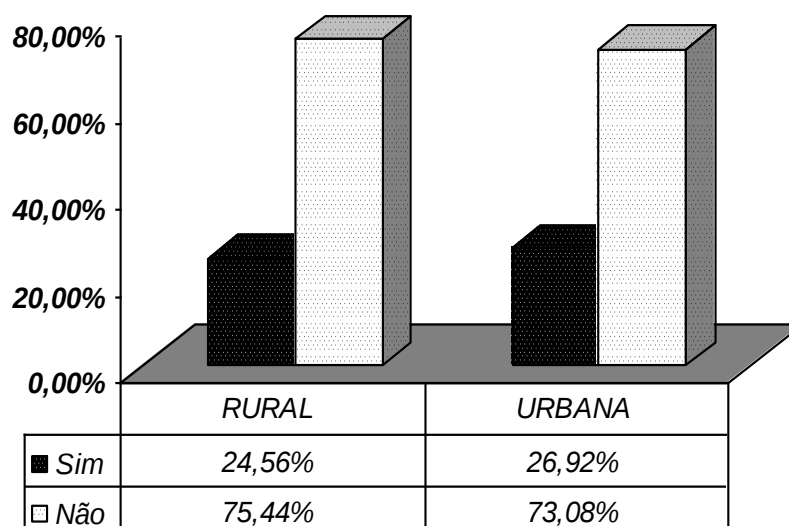


Gráfico 2: Percepção dos idosos que se consideram com excesso de peso por zona do município de Macambira-Se / 2009

Quanto aos idosos pesquisados, esses ou trabalham no plantio ou já trabalharam, independente do gênero. O exercício dessa atividade durante a vida pode estar relacionado a uma estrutura física mais rígida. O percentual que refere sobrepeso pode incluir os mais velhos e sedentários pela dependência física, havendo maior incidência nos idosos da zona urbana.

Outro ponto trabalhado no presente estudo foi a percepção do idoso sobre o excesso de peso. Autores que utilizaram achados clínicos na sua metodologia, como o de Montenegro Neto et al (2008) e Marques et al (2005), encontram prevalências significativas de

obesidade. Na pesquisa de Montenegro et al (2008) com 131 idosos hipertensos no estado da Paraíba, apontou alta frequência de sobrepeso e obesidade centralizada associada com sedentarismo nesta população e entre homens de forma estatisticamente significativa. A frequência de obesidade geral foi maior no gênero feminino e de baixo peso em mais da metade dos idosos de 80 anos e do gênero masculino.

Quanto ao modo de alimentação dos idosos, quando na ausência de dentes (edentulismo), observa-se na Tabela 04 que 73,68% da zona rural come o alimento que tem em seu domicílio e 20,18% come apenas alimentos pastosos. O que diferencia a zona urbana é que 67,31% comem os alimentos que tem no seu domicílio e 10,90% come apenas alimentos pastosos, sendo que 17,95% não têm ausência de dentes que dificultem na alimentação. Essas diferenças apresentadas são altamente significativas ($p=0,000$). Em relação à mastigação dos alimentos na área rural 64,91% e na urbana 71,79% responderam que conseguem mastigar bem, com diferenças significativas ($p= 0,302$).

Tabela 4: Alimentação dos Idosos na ausência de dentes por área do município de Macambira-SE/2009

Condições Odontológicas	Área Rural		Área Urbana		P*
	N	(%)	n	(%)	
Na ausência de dentição:					0,000
Come alimentos pastosos	23	20,18	17	10,90	
Come o que tem	84	73,68	105	67,31	
Tem os dentes	01	0,88	28	17,95	
Total	114	100,00	156	100,00	
Consegue mastigar bem os alimentos					0,302
Sim	74	64,91	112	71,79	
Não	40	35,09	44	28,21	
Total	114	100,00	156	100,00	

* Teste Qui-Quadrado de Pearson

Deve-se salientar que existe idosos, principalmente na zona rural, que possuem ausência de dentes, fato esse, que tem levado em alguns casos, à preferência por determinados alimentos. Esse fato pode ainda refletir dificuldades socioeconômicas e dificuldades no

acesso à prevenção e ao tratamento odontológico. Outro ponto a se levar em consideração é o medo, que alguns idosos possuem, de ir ao dentista e fazer o tratamento odontológico, o que pode estar ligado a questões culturais.

Os resultados do estudo de Moraes; Rodrigues; Gerhardt (2008), com idosos acima de 80 anos na zona rural de um município do Rio Grande do Sul (RS), com 154 indivíduos, apontaram que 96 deles não possuíam dentes, sendo 68 mulheres e 28 homens. A saúde oral dos idosos mais velhos é um fator preocupante, pois mais da metade informou não ter mais nenhum dente, sendo as causas principais relacionadas ao edentulismo, às cáries radiculares e Doença Peridontal.

Outro estudo com resultados semelhantes é o de Lebrão; Laurenti (2005) no município de São Paulo, que apontou em relação à saúde bucal dos idosos a questão do edentulismo, onde a grande maioria 99% era edêntula total ou parcial e 86% dos que havia perdido mais da metade dos dentes utilizavam próteses. Embora os idosos desse estudo tenham relatado não ter problemas em se olhar no espelho, ou ir a algum compromisso social. Foram referidas algumas dificuldades quanto à mastigação (22%) e para engolir bem os alimentos (3%).

Em relação aos vícios apresentados pelos idosos do presente estudo, em ambas as zonas, podemos observar que a grande maioria não tinha vícios, 80,13% da urbana e 69,30% da rural, sendo que 17,54% da rural e 12,82% da urbana fumavam ($p= 0,122$). O cigarro está relacionado à menor longevidade, podendo justificar a menor frequência de fumantes entre os idosos da zona urbana, que concentra maior parte dos octogenários.

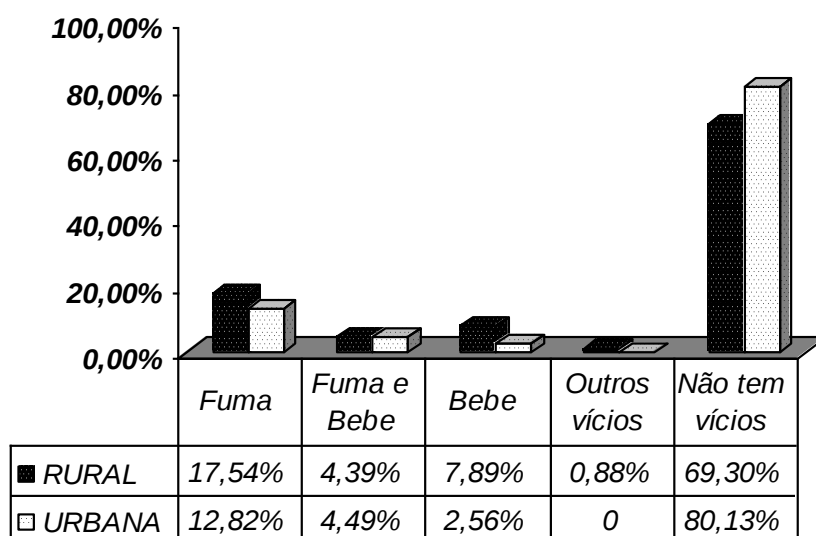


Gráfico 3: Vícios relatados pelos Idosos por zona do município Macambira – SE/2009

O fato da maioria não apresentar vícios neste estudo, é positivo, pois em associação de hábitos saudáveis e alimentação adequada, o risco de doenças crônicas não transmissíveis e co-morbidades podem ser menor (REGO et al, 1990; SAUERESSIG et al, 2007).

Estudos qualitativos quanto à percepção desses vícios também consideram essa relação, como o estudo de Vilela et al (2006) com 32 idosos do grupo de convivência da 3ª idade que apontou através de depoimentos dos sujeitos, que os vícios atrapalhavam muito à saúde e que através da mudança dos hábitos prejudiciais à saúde poderiam desfrutar de uma velhice saudável.

A percepção da qualidade de vida pelos idosos foi considerada boa em ambas as zonas, 75,44% (rural) e 85,90% (urbana), sendo esses resultados significativos estatisticamente ($p=0,029$), como pode ser observado no Gráfico 4.

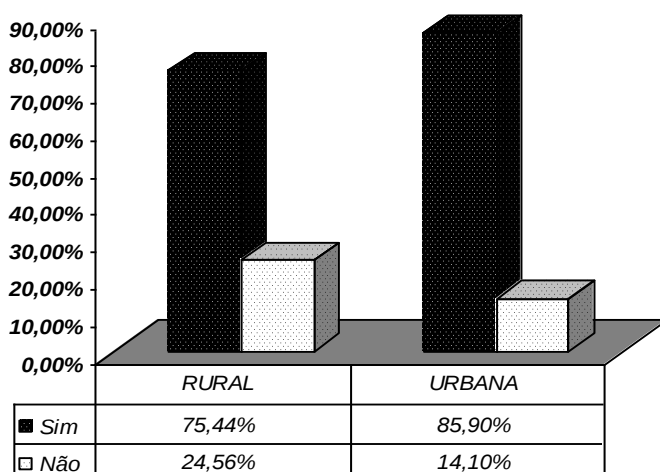


Gráfico 4: Percepção dos idosos em relação se possui uma boa qualidade de vida por zona do município de Macambira-SE / 2009

Rosa; Cupertino; Néri (2009), em pesquisa com 501 idosos apontou que 70% pontuaram alto na avaliação de saúde, 3,1% qualificaram como péssima e 26,26% como razoável. Os que pontuaram falaram mais significativamente, sobre temas ligados a ajustamento psicológico, espiritualidade e religiosidade.

Este estudo apresentou um percentual maior de idosos com percepção de boa qualidade de vida, em ambas as zonas, quando comparado com a literatura. (Rosa; Cupertino; Néri, 2009) provavelmente influenciado pelo estilo de vida e melhor acessibilidade a órgãos públicos e de saúde no município.

Na comunidade pesquisada, os resultados apontaram que os idosos da zona rural, apesar da distância, não tem dificuldade de acesso a Estratégia de saúde da Família na Unidade Básica de Saúde (UBS), enquanto que na urbana 30,13% possuía dificuldade de acesso. Vale ressaltar que o percentual de idosos com dificuldades de acesso na zona urbana foi maior (30,13%) mesmo estando a UBS mais próxima que na zona rural, provavelmente pela maior prevalência de idosos com co-morbidades na zona urbana.

Quanto à marcação de consultas e exames, 94,74% dos idosos da área rural admitem conseguir marcar consultas com médicos e enfermeiros e 84,62% da área urbana. Essa marcação é semelhante para ambas as zonas, o que pode ser um perfil de política única sem distinção na comunidade atendida, priorizando o atendimento ao idoso.

Em relação às condições de saúde por área, é importante salientar que 27,19% dos idosos da zona rural apresentam hipertensão arterial (HA) e 21,05% não referiram doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), enquanto na zona urbana 36,54% referiram hipertensão arterial (HA), 14,74%, HA e colesterol alto e 13,46% não referem DCNT, sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p=0,005$).

Os dados apresentados pelos idosos da zona rural podem ser reflexos do estilo de vida que levam, por consumirem alimentos frescos e naturais, e não serem sedentários, os riscos para adquirirem DCNT são mínimos.

Quanto aos hábitos alimentares, a maioria dos idosos das regiões urbana (93,59%) e rural (92,11%) realiza as três refeições por dia e ingerem frutas e verduras. Quanto aos hábitos hídricos 92,11% dos idosos da área rural e 93,59% da urbana bebem água filtrada e tratada e a quantidade de copos de água bebidos por dia na área rural 46,49% bebem 03 a 05 copos e 46,49% bebem 05 a 10 copos e na área urbana 58,33% 03 a 05 copos e 32,05% 05 a 10 copos.

Esses hábitos podem estar relacionados ao fato da maioria significativa dos idosos pesquisados relatarem não apresentar constipação intestinal (na área rural 83,33% na urbana 71,15%), e a maioria não referir ter excesso de peso em ambas as áreas, sendo rural (75,44%) e urbana (73,08%). Mesmo na ausência referida de dentes (edentulismo) a grande maioria (73,68%) da área rural come o alimento que tem em seu domicílio e apenas 20,18% come apenas alimentos pastosos, e ainda na área urbana é que 67,31% come os alimentos que tem no seu domicílio.

Nesse sentido, políticas públicas de saúde devem ser intensificadas para estimular uma alimentação saudável e atividades físicas freqüentes, o que auxilia no controle de doenças crônicas não transmissíveis, principalmente na zona urbana que apresentou um índice maior de hipertensão e menor percentual de livres de DCNT (13,46%) em relação à zona rural.

Outros estudos devem ser realizados no estado de Sergipe e na região nordeste sobre avaliação de desempenho dos serviços de saúde, pois existe uma sinalização dos idosos da

zona urbana pela maior busca de consultas, o que pode ser resultado de sobrecarga no sistema, como também pode ser um reflexo da ampliação da divulgação de temas, como a importância da prevenção e do cuidado na busca de um envelhecimento saudável.

4.6 CONCLUSÃO

Esse estudo mostrou, de acordo com a percepção dos idosos pesquisados, que a grande maioria se considera com boa qualidade de vida, tanto para na zona urbana (85,90%) quanto na zona rural (75,44%).

Os hábitos alimentares, referidos pela maioria dos idosos da zona urbana (93,59%) e zona rural (92,11%) parecem estar adequados ao recomendado pelos protocolos e diretrizes de nutrição mais recentes e de saúde do idoso, já que realizam as três refeições por dia e ingerem frutas e verduras durante o dia (78,95% rural e 83,33% urbana) e ainda não se vêem com excesso de peso na zona rural (75,44%) e urbana (73,08%). Entretanto, houve na zona urbana relatos de maior frequência de DCNT em relação à zona rural, principalmente em relação à hipertensão arterial.

Outro problema de saúde apontado, é que existem idosos que não possuem dentes e têm, em alguns casos, preferência por alimentos pastosos, principalmente na zona rural. Esse fato denota que existem dificuldades socioeconômicas e dificuldades no acesso à prevenção e ao tratamento odontológico. Portanto, políticas públicas de saúde bucal devem ser promovidas, com acesso ao tratamento odontológico mais efetivo e estímulo à alimentação saudável.

Essas políticas devem ser planejadas de acordo com as especificidades de cada região. Na zona rural do município pesquisado, por exemplo, há necessidade de maior atenção e promoção de saúde bucal. Na zona urbana, onde a frequência percebida de hipertensão foi maior, a necessidade de acesso às consultas médicas parece convergir para a promoção e ampliação dos serviços de saúde, com foco no controle de doenças crônicas não transmissíveis e no incentivo as atividades físicas frequentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADO, T.C.F.; ARRUDA, de I. K. G.; FERREIRA, R.A.R. Aspectos alimentares, nutricionais e de saúde de idosas atendidas no Núcleo de Atenção ao Idoso – NAI, Recife/ 2005. Archivos Latinoamericanos de Nutricion, v.57, n.4, 2007.
- ACHUTTI, A. & AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. Ciência & Saúde Coletiva, v.9 n.4, 2004.
- CAMPOS, M.T.F. de S.; MONTEIRO, J.B.R. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev. Nutr. v.13 n.3 Campinas, 2000.
- COSTA et al, Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Aprendizado de Geriatria e Gerontologia. Cad. Saúde Pública v.22 n.12, Rio de Janeiro, 2006.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev. bras. epidemiol. v.8 n.2, São Paulo, 2005
- LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. Ciênc. Saúde Coletiva v.9 n.4, Rio de Janeiro, 2004.
- MARQUES, A. P. de O. et al. Consumo alimentar em mulheres idosas com sobrepeso. unATi, Textos Envelhecimento v.8 n.2 . Rio de Janeiro 2005.
- MORAES-FILHO J.P.P; SUYAMA C.M. RODRIGUEZ T.N. Constipação intestinal funcional. Rev. Bras. Med. v. 63 n.8, 2006.
- MORAIS E.P., RODRIGUES R.A.P., GERHARDT T.E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17 n.3, 2008.
- MONTENEGRO NETO, A. N. et al. Estado nutricional alterado e sua associação com perfil lipídico e hábitos de vida em idosos hipertensos. Archivos latinoamericanos de nutrición / Sociedad Latinoamericana de Nutrición.v. 58, n. 4, Venezuela, 2008.
- RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19 n.3, 2003.
- REGIS, D. P. et al. O Idoso Demenciado e seu Impacto na Saúde Pública: estamos preparados? Metrocamp Pesquisa, v. 1, n. 1, 2007.

- REGO, R. A. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. Rev. Saúde Públ. S. Paulo, v.24, 1990.
- ROSA, F. H. M.; CUPERTINO, A. P.F. B.; NERI, A. L. Significados de velhice saudável e avaliações subjetivas de saúde e suporte social entre idosos recrutados na comunidade. Geriatria & Gerontologia, v. 3 n. 2, 2009.
- SALGUEIRO, M. M. de A. de O. Aconselhamento Nutricional em idosos com constipação funcional: efeitos de ensaios clínicos aleatorizado (Tese de Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, BVS. s. n; 157p, São Paulo, 2008.
- SAUERESSIG, S. et al. Prevalência de tabagismo em idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família em Camaquã – RS, Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v.51 n.3, 2007.
- SEBASTIÃO, E. et al. Atividade física e doenças crônicas em idosos de Rio Claro-SP. Motriz, Rio Claro, v.14 n.4, 2008.
- SILVESTRE, J. A.; COSTA Neto, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. Saúde Pública. v.19 n. 3, Rio de Janeiro, 2003.
- VILELA, A.B.A. et al. Envelhecimento bem-sucedido: representação de idosos. Rev.Saúde. Com; v.2, n.2, Bahia, 2006.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

A terceira idade é uma fase da vida onde ocorrem perdas funcionais significativas no ser humano, como o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, e dependendo da evolução dessas morbidades, pode apresentar limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio e isolamento social. O envelhecimento da população brasileira está ocorrendo de forma acelerada, e com isso uma parcela maior da população necessita de políticas públicas que visem melhorar a qualidade de vida dos idosos no ambiente familiar, como também na vida social e cultural.

Podemos observar, no contexto deste trabalho, que algumas comunidades de idosos localizadas em áreas rurais nordestinas são desprovidas de assistência adequada. Apesar de alguns órgãos começarem a investir em saúde e educação, temos um contingente muito grande de idosos analfabetos, o que prejudica seu atendimento na saúde e convivência. Mesmo tendo um perfil socioeconômico homogêneo, o ambiente rural e o ambiente urbano apresentam diferenças significativas no que diz respeito a saneamento, transporte, acessibilidade, nível educacional, perfil de saúde e longevidade.

Merece destaque a existência de um processo de migração muito forte de idosos entre a comunidade rural e comunidade urbana. Embora haja casos de idosos que, quando na faixa etária de 60 a 69 anos, ainda com vigor suficiente, terem uma melhor qualidade de vida na atividade rural, e somente após os 70 anos, terem necessidade das adequações do ambiente urbano para manterem uma relativa qualidade de vida. Essa situação contrasta com o contínuo êxodo rural do idoso mais longo, que muitas vezes migra acompanhado de sua família, enfraquecendo, assim, a economia do campo e favorecendo o crescimento desordenado do ambiente urbano. O presente trabalho, portanto, acentua de forma peremptória a necessidade premente de políticas públicas de saúde que fixem o idoso no ambiente rural.