

Universidade Federal do Pampa

DARLENI ROSA TAMBARA

**CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM
URUGUAIANA/RS: PERFIL MULTIDIMENSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso

URUGUAIANA

2010

DARLENI ROSA TAMBARA

**CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM
URUGUAIANA/RS: PERFIL MULTIDIMENSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Uruguaiiana
2010

DARLENI ROSA TAMBARA

**CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM
URUGUAIANA/RS: PERFIL MULTIDIMENSIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado e aprovado em: 19 de julho de 2010

Banca examinadora:



Prof. Mestre Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Curso de Enfermagem – Unipampa



Prof. Mestre Betina Loitzenbauer da Rocha Moreira.
Curso de Enfermagem – Unipampa



Prof. Mestre Neila Santini de Souza
Curso de Enfermagem – Unipampa

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela existência e pela oportunidade de realização deste trabalho. Obrigada por mais essa conquista.

A mãe, Lourdes Rosa Tambara, minha eterna gratidão pelo incansável apoio, incentivo, amor e segurança. Não existem palavras para expressar o quanto você foi importante para que eu conseguisse chegar até aqui.

Ao namorado Wagner Sonza Raymann, por comemorar comigo cada conquista e que direta ou indiretamente participou desta pesquisa, ao me dar apoio, atenção e carinho.

A professora orientadora Dda Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, pela orientação, compreensão, incentivo, sabedoria e principalmente por acreditar no meu potencial.

A amiga e colega, Danielli Gavião Mallmann, pelo convívio e por compartilhar comigo minhas angústias e dúvidas. Obrigada pela amizade, contribuição e incentivo nessa caminhada.

As acadêmicas de enfermagem do 3º e 5º semestre, bem como ao colega Elton Estigaraga Parraga pelo auxílio, interesse e comprometimento na coleta de dados.

Aos idosos, por aceitarem participar da pesquisa. Pelas lições de vida e experiências. Muito obrigada.

A todos que não citei aqui e que, de uma maneira ou de outra, me auxiliaram, meu muito obrigada.

RESUMO

Trata-se de pesquisa com métodos mistos, isto é, a combinação de dados quantitativos e qualitativos em um único estudo. O objetivo geral da pesquisa foi descrever o perfil multidimensional das condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiiana/RS. Realizou-se pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa, foram incluídas as publicações científicas brasileiras, indexadas nas bases de dados MEDLINE, LILACS e BDNF, o *corpus* de análise pautou-se em 15 publicações e dessas surgiram 3 categorias temáticas sendo o elas: Condições crônicas, Cuidados formais e informais e políticas. A coleta de dados foi realizada por 29 acadêmicos de enfermagem, durante o período de Vacinação contra a Gripe em Idosos nas 13 unidades de saúde da cidade de Uruguaiiana/RS. Foram entrevistados 296 idosos e a amostra foi de 225 entrevistas para análise dos dados, sendo que destas, 140 eram mulheres e 85 eram homens. Foi predominante a faixa etária entre 60 e 70 anos, a maioria 65 (46,42%) das idosas entrevistadas eram viúvas, já os idosos, a maioria 47 (55,29%) casados. Grande parte dos entrevistados vivem em casa de tijolo com saneamento básico, sendo 198 (72,26%) das idosas e 98 (61,63%) dos idosos. Foi predominante o ganho de apenas um salário mínimo em ambos os sexos, com origem da aposentadoria. Quanto ao serviço de saúde à maioria 178 (79,11%), utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). No que se refere à percepção a sua saúde, (62,66%), referiu ter boa saúde, a maioria. Com relação às horas de lazer, foi majoritário (50,66%) a preferência por assistir TV. Quanto à religião foi predominante 122 (54,22%) a religião católica. Com relação à capacidade funcional, nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e nas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) a maioria dos idosos respondeu que conseguem realizá-las, sem ajuda, com média de 87,9% e 94,77%, respectivamente. Os resultados expostos nas tabelas e gráficos, juntamente com resumo da pesquisa foram disponibilizados para domínio público no site da Universidade Federal do Pampa e na secretaria de saúde da cidade de Uruguaiiana/RS. Desse modo, com os resultados deste estudo, pôde-se conhecer a situação dos idosos residentes em Uruguaiiana/RS, e ter subsídios para a implantação e desenvolvimento de políticas sociais adequadas para essa faixa etária, visando à melhoria da condição de vida dos idosos de hoje e das gerações futuras, bem como sua inserção nos diversos setores da sociedade.

Descritores: idoso, condição de vida, saúde do idoso

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELA 1: População Residente por Faixa Etária e Sexo. Uruguaiana/RS, 2007.....	25
TABELA 2: Tamanho da amostra para a pesquisa. Uruguaiana/RS, 2007.....	28
TABELA 3: Publicações segundo filtros e critérios de exclusão, LILACS, 2000-2009..	33
TABELA 4: Artigos excluídos e utilizados, anos de publicações 2000-2009, LILACS..	34
TABELA 5: Publicações segundo filtros e critérios de exclusão, BDENF, 2000-2009....	35
TABELA 6: Artigos excluídos e utilizados, anos de publicações 2000-2009, BDENF....	35
TABELA 7: Publicações segundo filtros e critérios de exclusão, LILACS, 2000-2009....	36
TABELA 8: Descritores das publicações quanto: ao código de referencia, ao título da publicação, ao autor, a instituição de origem, a fonte de publicação, a formação do autor, ao tipo de publicação e ao tipo de estudo, 2000-2009, LILACS.....	37
TABELA 9: Distribuição de idosos de ambos os sexos, segundo faixa etária e estado civil. Uruguaiana/RS, 2010.....	48
GRÁFICO 1: Idosas quanto ao número de filhos.....	50
GRÁFICO 2: Idosas quanto ao número de filhos.....	50
TABELA 10: Distribuição dos idosos com relação a dividir moradia.....	51
TABELA 11: Distribuição dos idosos com relação ao tipo de moradia.....	52
TABELA 12: Distribuição dos idosos segundo a renda individual e familiar.....	53
TABELA 13: Distribuição dos idosos quanto à origem da renda.....	54
TABELA 14: Idosos distribuídos conforme a sua ocupação atual.....	55
TABELA 15: Distribuição dos idosos pelo serviço de saúde que utilizam.....	55
TABELA 16: Percepção dos idosos quanto o atendimento de saúde que freqüentam e a sua própria saúde.....	56
TABELA 17: Distribuição das atividades realizadas pelos idosos durante o horário de lazer e quanto a participação em associações.....	58
TABELA 18: Distribuição dos idosos quanto à fé, e em que tem fé.....	59
TABELA 19: Distribuição dos idosos quanto à religião e a pratica da mesma.....	60
TABELA 20: Distribuição dos idosos com relação à religiosidade no passar dos anos....	61
TABELA 21: Percepção dos idosos quanto ao que faz uma pessoa ter a vida longa.....	61
TABELA 22: Percepção dos idosos quanto ao que é mais importante na vida.....	62
TABELA 23: Percepção dos idosos quanto ao maior problema do país que gostariam de resolver.....	63

TABELA 24: Idosos quanto à realização das atividades instrumentais da vida diária.....	64
TABELA 25: Idosos de ambos os sexos quanto a questões referentes ao auto-cuidado, a mobilidade e questões fisiológicas.....	67

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA/ PROBLEMÁTICA.....	9
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivos Específicos.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 Considerações iniciais sobre o idoso.....	13
3.2 Condições de vida relacionadas ao envelhecimento.....	14
3.3 As condições de saúde da população idosa.....	17
4 METODOLOGIA.....	22
4.1 Metodologia para o primeiro objetivo específico: revisão integrativa.....	22
4.2 Metodologia para pesquisa de campo.....	24
4.2.1 População.....	24
4.2.2 Definição da amostra e processo de seleção.....	26
4.2.2.1 Amostragem precisão de estimativas.....	27
4.2.2.2 Classificação da amostra.....	27
4.2.3 Técnicas e instrumentos para coleta de dados para trabalho de campo.....	28
4.2.3.1 Técnicas de campo.....	28
4.2.3.2 Instrumento de coleta de dados.....	28
4.2.3.3 Processamento e análise dos dados.....	30
4.2.3.4 Apresentação dos dados.....	31
4.2.3.5 Aspectos éticos.....	31
5 RESULTADOS.....	33
5.1 Revisão Integrativa.....	33
5.1.1 Discussão dos resultados.....	37
5.1.2 Categorias temáticas.....	40
5.1.2.1 Condições crônicas.....	40
5.1.2.2 Cuidados formais e informais.....	43
5.1.2.3 Políticas.....	46
5.2 Perfil do Idoso Residente em Uruguaiana/RS.....	48
5.3 Avaliação da capacidade funcional do idoso.....	64
5.4 Banco de dados de domínio público.....	69

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A FORMULÁRIO DE REGISTRO.....	78
APÊNDICE B INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	79
APÊNDICE C BANCO DE DADOS.....	81
APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	90
APÊNDICE E TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	91
APÊNDICE F AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	92
APÊNDICE G CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	93

1 INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA/PROBLEMÁTICA

A população brasileira encontra-se em processo de mudança da expectativa de vida, segundo dados do IBGE (2009), o número de idosos aumentou de 8,8% para 11,1% entre os anos de 1998 e 2008. Esses índices evidenciam que a população está envelhecendo em processo acelerado, portanto evidencia-se a importância de se conhecer a condição de vida dos idosos. Entende-se a condição de vida como a posição única de cada indivíduo, resulta do grande número de dimensões envolvendo a situação econômica, social, ambiental, cultural e espacial, que são conseqüentes do processo interativo, o que interfere na vivência individual e ou coletiva de cada pessoa e da particularidade momentânea de cada ambiente (HAMMERSCHIMIDT, 2007).

Segundo IBGE (2009), o Rio Grande do Sul com porcentagem de idosos de 13,5% em 2008 é o estado que ocupa o segundo lugar em população idosa no Brasil, perdendo apenas para o estado do Rio de Janeiro com 14,9% nesse mesmo ano. Acredita-se que esse grande número de idosos se torna evidente pelo fato de que o Rio Grande do Sul é considerado o estado com as melhores condições sociais, econômicas, culturais e sanitárias, aumentando assim a expectativa de vida. Contudo, é cabível ressaltar que não são todas as regiões desse estado que se enquadram nessas condições, a heterogeneidade é predominante.

Com relação a condição de vida, no quesito renda é comprovado que não só para algumas regiões do Rio Grande do Sul, mas em várias outras regiões do país no ano de 2008, 11% da população possuía em média renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo¹ (IBGE, 2009). Percebe-se que a população idosa corresponde, em sua maioria, à classe social de baixo poder aquisitivo, o que dificulta o bem estar do idoso interferindo nas condições de vida.

Convém ressaltar, que a condição financeira é um aspecto relevante que colabora para o desenvolvimento das condições de vida e saúde adequadas, sendo que a baixa remuneração mensal pode interferir consideravelmente na vida da pessoa, pois a tendência do idoso com baixa renda é ter alimentação inadequada, impossibilidade de aquisição de medicamentos e várias outras necessidades que são essenciais para o viver saudável.

¹ Salário mínimo atual= \$510,00, segundo ministério da previdência social de 2010

Segundo Veras (2009), qualquer sociedade almeja o aumento da expectativa de vida, mas esse aumento pode ser considerado ganho quando vive-se mais tempo com qualidade de vida. Considera-se, dessa forma, que não é suficiente saber que as pessoas estão vivendo mais tempo e sim em que condições elas estão vivendo. É necessário investigar as condições de existência do idoso, aprofundando conhecimentos sobre as características biopsicossociais, culturais, espirituais, capacidade funcional e envelhecimento desse grupo etário, para assegurar a população que envelhece uma melhor qualidade de vida.

As mudanças advindas do processo de envelhecimento podem acarretar ao idoso modificações físicas e até incapacidade funcional. Como a incapacidade funcional pode causar impacto variante na vida cotidiana do indivíduo (ALONSO, 2007), é importante analisá-la para avaliar a condição de saúde do mesmo, a qual é definida por Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) como o perfil de morbidade da população, a presença de deficiências físicas e cognitivas e a presença de doenças crônicas. O idoso com essa fragilidade, incapacidade funcional, além das dificuldades para realizar as atividades da vida diária, pode apresentar alterações psicológicas, pois não consegue realizar as atividades cotidianas da mesma maneira que antes, podendo influenciar de forma considerável a condição de vida e saúde da pessoa.

Quando se refere à população de idosos muito idosos, isto é, pessoas com 80 anos ou mais, constatou-se que o crescimento da população dessa faixa etária, no Brasil, chegou a quase 70% nos últimos 10 anos (IBGE, 2009). Essa situação exige maior preparação dos órgãos públicos para ofertar serviços que atendam o idoso nas suas especificidades, pois com o avanço da idade o idoso torna-se fragilizado não só quanto à capacidade funcional, mas também nos aspectos biopsicossociais, o que interfere nas condições de vida.

O idoso, para ter condições de vida com qualidade, necessita que a população e os órgãos governamentais se adéquem as suas individualidades, para isso existem políticas que asseguram os direitos e protegem os idosos, uma delas é o estatuto do idoso. O estatuto preconiza o direito a alimentação, a saúde, a previdência social, a assistência social, o acesso a justiça (BRASIL, 2003). Esses direitos quando devidamente respeitados possibilitam condição de vida para o idoso que auxiliam em sua saúde.

Segundo Alonso (2007), para uma condição de vida saudável é importante manter o funcionamento das funções físicas e biológicas, para que as atividades profissionais e do próprio cotidiano não sejam comprometidas.

Nesse estudo serão abordadas questões que envolvem o idoso no seu cotidiano, no que se refere ao suprimento de suas necessidades básicas e de seu processo de envelhecimento,

para isso foi realizada pesquisa multidimensional das condições de vida destes, pois através dela se pode descobrir em que condições a maioria da população idosa de Uruguaiana vive, visto que, essa corresponde a 11452 (8,31 %) da população total segundo projeto SIS fronteira (UFRGS, 2008), bem como traçar o perfil do idoso, identificando condições socioeconômicas, biopsicossociais, culturais, espirituais e de envelhecimento.

Ao elaborar e conhecer o perfil do idoso, os profissionais da saúde têm a possibilidade de agir preventivamente nas maiores necessidades da população para que realmente obtenha-se resultados de melhora nas condições de vida e saúde.

Diante do exposto, elenca-se a pergunta de estudo, qual o perfil multidimensional das condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiana/RS?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Descrever o perfil multidimensional das condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiana/RS.

2.2 Objetivos específicos:

- a) Identificar a produção científica da Saúde Pública, Enfermagem e Gerontologia acerca das condições de vida dos idosos, no período de 2000 a 2009;
- b) Identificar perfil do idoso residente em Uruguaiana/RS, nos quesitos condições socioeconômicas, biopsicossociais, culturais, espirituais e de envelhecimento;
- c) Avaliar a capacidade funcional do idoso nas atividades de vida diária e sua participação social;
- d) Criar Banco de Dados de domínio público referente as condições de vida do idoso residente em Uruguaiana/RS.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão abordados temas relacionados ao idoso e suas condições de vida e saúde.

3.1 Considerações iniciais sobre o idoso

Com o passar dos anos a expectativa de vida dos brasileiros foi aumentando, é visível que a população está envelhecendo e o número de idosos (60 anos ou mais) (BRASIL, 2003) em nosso país está cada vez maior. A cada ano, 650 mil idosos se adicionam a população brasileira, com isso nosso país está sendo considerado um “jovem país de cabelos brancos” (VERAS, 2009). Este acontecimento é de grande importância, pois pode indicar que as condições de vida e saúde da população idosa estão melhorando, talvez devido ao avanço da tecnologia que proporciona melhoria com relação a saúde e a vida, trazendo bem estar geral para população.

Essas melhores condições de vida são mais evidentes no estado do Rio Grande do Sul, pois acredita-se ser o estado com favoráveis condições socioeconômicas, sanitárias e sociais, o que pode influenciar no aumento da expectativa de vida da população, podendo chegar a 75 anos (UFRGS, 2008). Contudo, percebe-se que esse fato não é homogêneo para todos os municípios gaúchos, pois nem todos os idosos vivem em boas condições de renda, moradia e saúde, sendo expostos muitas vezes, a uma sociedade que exclui e desrespeita. Algumas vezes, o idoso sofre discriminações e permanece sem questionar pela falta de informação e pelo fato de não conhecer seus próprios direitos, sendo exposto há vários episódios que poderiam ser evitados ou contestados com o conhecimento da lei. É preciso que os idosos conheçam seus direitos e reivindique-os para que possam viver com mais qualidade e respeito (BRASIL, 2003).

O aumento da população idosa vem acompanhado de mudanças quanto à morbidade, situação econômica e social do país (BRAGA; LAUTERT, 2004). Diante disso, percebe-se, o conseqüente aumento nos custos da saúde do país, bem como a necessidade de criação de políticas e novas formas para proporcionar o bem estar da população. Muitos países não estão

devidamente preparados para enfrentar essa mudança quanto aos índices demográficos, e a população idosa acaba ficando sem a devida atenção.

Mas o que seria diferente nessa população? O que se caracteriza como envelhecimento? Segundo Papaléo Netto (2007) o envelhecimento é caracterizado como um processo progressivo, onde ocorrem mudanças psicológicas, morfológicas, funcionais e bioquímicas. Essas alterações trazem um conseqüente aumento no surgimento de doenças que acometem principalmente pessoas dessa faixa etária. Em decorrência disso, o número de idosos que procuram o serviço de saúde cresceu e as internações hospitalares são mais frequentes (VERAS, 2009). Evidencia-se então, a necessidade de maior atenção e preparação, dos serviços de saúde para atender os idosos em suas individualidades, para que a condição de vida e saúde desses seja qualificada.

Diante do exposto, constata-se que são várias as modificações que ocorrem no país e na própria população que está envelhecendo, mediante a isso percebe-se a importância da criação de estratégias políticas para melhorar as condições de vida da população idosa. Conforme Rodrigues et al. (2007), para que as políticas voltadas aos idosos sejam efetivas, precisa-se integrar a economia, mercado de trabalho, seguridade social e educação. Seguindo essa abordagem as estratégias políticas melhorariam consideravelmente a condição de vida da população, pois atenderiam o idoso em todas as dimensões.

3.2 Condições de vida relacionadas ao envelhecimento

Ressalta-se que a condição de vida está bastante envolvida com as políticas, pois ela é influenciada por diversos fatores como a pobreza e bem estar. O fator que atinge consideravelmente a condição de vida da população é a desigualdade, essa pode afetar a saúde, o ambiente espacial onde as pessoas residem, as condições socioeconômicas e de trabalho (HAMMERSCHMIDT, 2007).

Entre a população idosa, percebe-se que há grande desigualdade nas condições de vida, tanto regionais como de gênero, também há desigualdade quanto à renda, moradia, educação e estado civil. Porém, a melhoria das condições de vida pode ser constatada com dados da Política Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) que mostra que a porcentagem de idosos com baixa renda (renda familiar de até meio salário mínimo *per capita*) reduziu, sendo que passou de 21,5%, em 1993, para 12,5% em 2003 (PARAHYBA; VERAS, 2008).

Entretanto, a renda dos idosos brasileiros não é igualmente distribuída, sendo que não é equitativa a melhoria das condições financeiras entre todos os idosos. Há desigualdades quanto às regiões rurais e urbanas, sendo que na zona rural, a renda de idosos responsáveis por domicílio é de aproximadamente R\$297,00 e na zona urbana a renda é em média R\$739,00 onde a diferença da condição financeira é aproximadamente de 40% (ALONSO, 2007). Percebe-se, diante desses dados, que a população idosa que reside na zona rural apresenta maior dificuldade financeira que a da zona urbana, acredita-se que isso se deve a cidade ofertar mais empregos, com maior remuneração e tecnologia, sendo que no campo, na maioria das vezes, o trabalho é braçal, havendo uma valorização do adulto jovem, pela força de trabalho e déficit em tecnologia o que faz a renda do idoso que vive na zona rural ser menor.

Além das desigualdades regionais existem as desigualdades quanto ao gênero, onde a renda mensal feminina é menor que a masculina. Pode-se verificar a desigualdade na condição socioeconômica em relação a homens e mulheres se voltarmos à função tradicional feminina de cuidar da família ao longo da sua vida, influenciando na dependência financeira e na impossibilidade das mulheres de acumular bens (ALONSO, 2007). Justifica-se, dessa maneira, o porquê de algumas mulheres possuírem poder aquisitivo inferior ao masculino, o que pode acarretar, em déficit na condição de vida e saúde.

Quanto às aposentadorias e pensões, geralmente são a única renda do idoso, e por isso, estes apresentam baixo poder aquisitivo. Isto incita os idosos a se manterem ativos no trabalho, na maioria das vezes, com baixa remuneração, com funções inadequadas para idade e sem garantia empregatícia. (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2007). Fato que leva o idoso a viver, em muitas situações, em más condições de vida e saúde podendo ser prejudicado pelas condições inadequadas de trabalho.

Com relação às condições de moradia, um estudo realizado no município do Rio de Janeiro revelou que na maioria dos domicílios residia apenas um idoso (76,9%) constata-se, diante disso, que a maioria dos idosos viviam sós (SOUSA; SILVER, 2008). O idoso que vive sozinho está propício a desenvolver pensamentos negativos, por não ter com quem dialogar, podendo desenvolver até mesmo a depressão, por esse motivo necessita de maior atenção e cuidado por parte dos profissionais da saúde.

Segundo Veras (2009), 33,3% dos idosos brasileiros moravam com os filhos no ano de 2008 e foi constatado que a afetividade e a sociabilidade são estimuladas quando o idoso reside com os filhos ou parentes. Existem famílias que consideram o idoso como referência, o que evidencia o importante papel deste na sociedade (IBGE, 2009). Contudo, muitas vezes o

idoso fica responsável por manter toda a família com a sua renda, o que pode levar este a apresentar sintomas de estresse, mas em controversa, em algumas situações pode se sentir útil ajudando a família, o que pode melhorar sua condição de saúde.

Referente ao nível educacional, segundo dados da PNAD 2008, 32,2% dos idosos não sabem ler e escrever e 51,7% possuem menos de quatro anos de estudo (IBGE, 2009). Conforme Alonso (2007), o baixo nível educacional nos idosos é reflexo de uma escolaridade que privilegiava a classe mais favorecida e que deixou como consequência os negativos índices educacionais em idosos. Talvez esses altos índices de pouca escolaridade seja a resposta para a baixa remuneração da terceira idade no mercado de trabalho.

Em se tratando de estado civil, uma pesquisa realizada por Ohlweiler et al (2007), mostra que 94% da população masculina mantém união estável, sendo que na população feminina o índice é de 38% e com relação as mulheres idosas viúvas o percentual é de 46,7%. Evidencia-se que as mulheres idosas vivem mais sozinhas que os homens, pelo fato da viuvez e também pelo baixo índice de relacionamentos estáveis em relação aos homens. Decorrente disso, as mulheres idosas têm mais chance de desenvolver doenças como a depressão que os homens.

Diante das condições expostas, de saúde, renda, moradia, educação, escolaridade, estado civil, evidencia-se que existe grande desigualdade nas condições de vida da população idosa, pois parte dela vive em condições adequadas de vida com acesso aos serviços e assistência social, em contrapartida a outra parcela da população vive em condições desfavoráveis a saúde e ao bem estar (ALONSO, 2007). Dessa forma, infelizmente, a condição de vida adequada não é privilégio de todos os idosos, sendo assim torna-se essencial que se crie estratégias para diminuir esse índice de heterogeneidade, para que se alcance a igualdade na condição de vida dos idosos brasileiros.

As condições ambientais e a qualidade do tempo vivido são de extrema importância, pois dessa forma, cada pessoa terá sua própria experiência de vida decorrente das transformações sofridas, os ganhos e as perdas que a vida lhe trouxe (BRAGA; LAUTERT, 2004). Portanto a condição de vida que a pessoa tem na velhice, depende da sua vivencia e das lições que teve durante toda a vida sobre como viver em boas condições, também depende da renda, do nível educacional e de todos os fatores citados acima.

Os profissionais da enfermagem têm um papel importante no que se refere as condições de vida e saúde, pois tem a responsabilidade de cuidar, e cuidar é também ensinar e proporcionar condições para que os próprios indivíduos administrem o seu cuidado, para que possam desenvolver autonomia e independência (BRAGA; LAUTERT, 2004). O profissional

enfermeiro é primordial para que o idoso tenha boa condição de saúde, pois ele é o profissional que promove educação em saúde e orienta de forma que a pessoa aprenda a se cuidar.

Ao envelhecer, o idoso precisa se preocupar em viver com qualidade, com saúde e satisfeito com a sua vida e não apenas levar em consideração a estética e o acréscimo de anos de vida (BRAGA; LAUTERT, 2004). É necessário que os anos sejam vividos em sua plenitude, desconsiderando a supervalorização da aparência física, se preocupando não só em viver mais tempo e sim em viver bem, para que os anos sejam vividos intensamente.

A condição de vida adequada é de importância fundamental para que se tenha condição de saúde adequada, pois vivendo em más condições estruturais como de moradia e renda, o idoso poderá ter um decréscimo em sua saúde.

3.3 As condições de saúde da população idosa

Para que a pessoa envelheça de forma saudável é necessária a interação entre saúde física, mental, independência na vida diária e situação econômica, convívio social e apoio familiar (PARAYBA; VERAS, 2008). Se essa interação não existir, pode acarretar o aparecimento de doenças e conseqüente incapacidade funcional.

Algumas doenças podem afetar a pessoa idosa, sendo que as que mais os atingem são as doenças crônicas, que é uma condição permanente de vida. Segundo Ohlweiler et al, (2007) a doença crônica mais comum entre os idosos brasileiros é a hipertensão que atinge 65% da população, sendo que do sexo feminino, a proporção pode chegar a 80%. Em um estudo realizado na capital gaúcha (Porto Alegre/RS) constatou-se, com os relatos dos participantes da pesquisa, que os distúrbios cardiocirculatórios, seguidos pelos osteomusculares, são os que mais acometem a população, e ainda, vários dos entrevistados mencionaram ter mais de um problema de saúde (BRAGA; LEUTERT, 2004).

Algumas doenças ocorrem com maior frequência em pessoas do sexo feminino. Conforme Alonso (2007), nas condições de saúde da população idosa existe diferença de gênero, o autor exemplifica falando que na mulher, a degeneração física e biológica é bem mais acentuada do que no homem, a justificativa é que a qualidade de vida da mulher pode ser inferior à do homem, o que pode levar a debilidade precoce. Talvez isso se deva ao fato de a mulher, na maioria das vezes, possuir renda mensal inferior a masculina ou apenas realizar

serviços domésticos sem rendimento mensal, levando a qualidade de vida e condição de saúde inferiores a masculina.

Todas as doenças crônicas podem levar o idoso a desenvolver a incapacidade funcional, dependendo do nível de dependência que a doença acarreta ao idoso. A capacidade funcional, segundo Veras (2009), é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para viver de forma independente e autônoma. Dessa forma, a pessoa com incapacidade funcional, possui alguma dependência física ou mental que a impeça de desenvolver suas atividades cotidianas com a mesma agilidade que antes, ou até mesmo a torne dependente de outra pessoa para realizá-las.

A incapacidade funcional é avaliada através da necessidade de ajuda para desenvolver tarefas básicas ou mais complexas, ou também de indicação de dificuldade da própria pessoa (PARAYBA; VERAS, 2008). O idoso com incapacidade funcional pode ter dificuldade em desenvolver tanto atividades instrumentais, como sair para fazer compras, manejar dinheiro entre outras, ou até mesmo dificuldade para realizar atividades básicas da vida diária como a própria higiene pessoal.

É muito importante que a capacidade funcional seja avaliada na pessoa idosa, pois permite que os profissionais da saúde tenham uma visão mais correta quanto ao grau de severidade da doença (DIOGO, 2000). Também é essencial que se avalie a capacidade funcional do idoso para que possa desenvolver formas de preveni-la, como com a criação de políticas que atendam as necessidades do idoso e promovam a sua autonomia. Segundo Veras (2009), o idoso que possui independência e autonomia, mesmo que seja portador de doença crônica, é considerado saudável.

Para que se tenham condições de vida e saúde adequadas é necessário ter políticas que respaldem todos os direitos do idoso. Para contemplar essa necessidade foram criadas algumas políticas voltadas para o bem estar da população com mais de 60 anos, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) e o estatuto do idoso, sendo as principais políticas que preconizam os direitos e a proteção ao idoso e conseqüente melhora nas condições de vida e saúde.

A PNSI defende a promoção do envelhecimento saudável o que significa a manutenção da capacidade funcional, da qualidade de vida e autonomia (GORDILHO et al., 2000). Seguindo essa política pode-se melhorar e muito a condição de saúde da população idosa, pois ela visa o atendimento ao idoso de forma holística e levando em consideração a individualidade do idoso que envelhece, também prioriza a capacidade funcional para que o idoso possa viver independentemente.

Além da PNSI, o estatuto do idoso também preconiza a atenção a pessoa idosa e assegura os direitos como: 1) atendimento integral pelo SUS; 2) atendimento geriátrico em ambulatórios; 3) atendimento domiciliar; 4) direito a acompanhante; 5) treinamento dos profissionais de saúde e dos cuidadores familiares; 6) direito a vida e a liberdade; 7) a alimentação; 8) a assistência social e medidas de proteção; 9) acesso à justiça (BRASIL, 2003).

Foi constatado no Brasil que a população idosa feminina é maior e vive mais que a masculina (BRAGA; LAUTERT, 2004). Acredita-se que isso se deve ao fato de que as mulheres procuram mais o serviço de saúde, desse modo é primordial que se tenha uma política voltada para atender as especificidades das mulheres com mais de 60 anos. Para atender o público feminino, existe hoje a Política Nacional de Atenção integral a saúde da mulher (PAISM), contudo, analisando os objetivos dessa política, percebe-se que a terceira idade continuou com atenção mais reprimida, com exceção das atividades de prevenção e controle do câncer do colo útero e de mama e patologias (SOUSA; SILVER, 2008).

Julga-se que as intervenções tanto do PAISM como da PSNI e do estatuto do idoso devem ser postas em prática em todos os serviços de saúde, mas principalmente na atenção primária, pois essa, na maioria das vezes, é o primeiro local onde as pessoas buscam auxílio, e cabe a esse serviço, a tarefa de criar estratégias para prevenir doenças e melhorar as condições de saúde da comunidade.

Segundo Alonso (2007), com a criação dessas políticas, nosso país já deu o primeiro passo para que as condições de vida e saúde da população sejam melhoradas, essas são bastante eficientes quanto a proteção ao idoso, contudo, ainda se está longe de efetivamente ter-se na prática garantias sócio-jurídicas. É importante destacar que as políticas existem, mas muitas vezes, não são implementadas como deveriam, talvez por falha do governo ou do próprio serviço de saúde que não estabelecem a devida importância dessas políticas serem cumpridas, e com isso os objetivos preconizados por essas nem sempre são alcançados.

É urgente a necessidade da execução das políticas em todas as esferas sociais, para que essas sejam aplicadas por profissionais que atendem a população idosa, particularmente os da área de enfermagem (RODRIGUES et al. 2007). Constata-se que os profissionais da área da saúde têm importante papel na implementação das políticas elaboradas, e o profissional enfermeiro é o que, na maioria das vezes, está mais próximo no atendimento direto ao paciente, podendo ajudar na implantação dessas políticas e colaborando para a melhora das condições de saúde da população idosa.

Frente às doenças citadas anteriormente e todas as outras não citadas que afetam a pessoa idosa, acredita-se que para a prevenção, além da criação e seguimento das políticas já

existentes, é preciso monitorar as condições de saúde da população e os fatores associados a essas condições. As estratégias devem ter como principais objetivos prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; incentivar o paciente no autocuidado; interferir favoravelmente na história natural da doença (VERAS, 2009). É necessário analisar o contexto em que a pessoa está inserida para assim poder agir e prevenir doenças com alcance positivo de resultados. Muitas vezes, apenas com a prevenção esses resultados podem ser alcançados, pois o maior problema é a falta de informação, fazendo com que as pessoas não tomem os cuidados necessários, e as doenças se alastrem.

Conforme Alonso (2007), para se ter uma condição de vida saudável é necessário que a vida seja produtiva, se não for dessa forma, a prática das atividades diárias podem ser comprometidas, por isso se torna essencial manter as funções físicas e biológicas ativas. É necessário incentivar o idoso a manter-se atuante para melhorar sua qualidade de saúde. Outro ponto relevante é que quando o idoso se mantém ativo ele pode prevenir doenças como as cardiovasculares (OHLWEILER et al., 2007). Em idosos que possuem uma vida ativa o corpo tende a funcionar melhor do que naquele idoso sedentário, com isso, se torna evidente a necessidade de viver ativamente para alcançar uma vida saudável e com a redução da ocorrência de doenças.

Inevitavelmente quando se chega à terceira idade, ocorrem várias mudanças na condição de saúde, que exigem alterações nos hábitos de vida, dessa forma o idoso precisa enfrentar essas mudanças para viver em condições de vida saudáveis. Há duas formas de enfrentamento, pela emoção ou pelo problema, na primeira a pessoa enfrenta seus problemas com a fé, com o trabalho, ajuda da família, participação de grupo de idosos, a segunda forma de enfrentamento é a busca do atendimento médico e cuidado com o corpo, para tentar minimizar os problemas (TRENTINI et al., 2005). Essas maneiras de enfrentamento auxiliam o idoso a amenizar os sintomas e o estresse de conviver com as doenças que acarretam a velhice.

Em decorrência das transformações que surgem com o envelhecer, o idoso fica mais vulnerável não só a doenças, mas a problemas psicológicos, sociais e emocionais. As pessoas na terceira idade vivem o seu dia-a-dia angustiadas com o baixo salário mensal de aposentadoria e pensão, com medo, devido ao alto índice de violência contra idosos, falta de atividades para recreação e lazer, falta de assistência na área da saúde e órgãos públicos, além do preconceito e desrespeito (VERAS, 2009).

Todas essas angústias colaboram para o decréscimo de saúde da população idosa e como cada vez mais em nosso país convive-se com esses acontecimentos é provável que não

só os órgãos de saúde, como toda a população, necessite empenhar-se mais para manter as condições de saúde em nível adequado para viver bem e saudavelmente.

4 METODOLOGIA

4.1 Metodologia para o primeiro objetivo específico: revisão integrativa

Para atender ao primeiro objetivo específico, que difere-se dos outros, foi realizada *pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa*, método que possibilita sintetizar pesquisas já concluídas e obter resultados a partir de um tema de interesse. Da mesma forma que outras metodologias, a revisão integrativa exige rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários analisados (COOPER, 1984).

Os padrões para realização deste tipo de pesquisa incluem os seguintes passos: 1) formulação e identificação do problema de pesquisa; 2) coleta de dados; 3) avaliação dos dados (variáveis); 4) análise e interpretação dos dados; 5) apresentação dos resultados (COOPER, 1984).

Para atender ao passo 1, teve-se, como problemática: quais as produções dos enfermeiros brasileiros acerca do perfil do idoso, bem como da avaliação multidimensional do idoso, no período de 2000 a 2009? Acerca do passo 2, foram incluídas as publicações científicas brasileiras, indexadas na base de dados Literatura Internacional em Ciências da Saúde (*MEDLINE*); Literatura Latino Americana do Caribe em Ciências da Saúde (*LILACS*) ou Banco de Dados de Enfermagem (*BDENF*) e que apresentavam resumo disponível *on-line*. Para *coleta de dados*, relacionada à busca das publicações utilizou-se três delimitadores: 1) descritor primário: **idoso**; 2) descritor secundário: **saúde do idoso**; 3) ano de publicação: **2000** ou **2001** ou **2002** ou **2003** ou **2004** ou **2005** ou **2006** ou **2007** ou **2008** ou **2009**.

Após realizada essa primeira coleta de dados, foi realizada outra coleta, na qual foram utilizados três delimitadores: 1) descritor primário: **condições sociais**; 2) descritor secundário: **saúde do idoso**; 3) ano de publicação: **2000** ou **2001** ou **2002** ou **2003** ou **2004** ou **2005** ou **2006** ou **2007** ou **2008** ou **2009**.

A definição dos descritores utilizados para realizar a pesquisa segundo a terminologia dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) são: *Idoso*- é conceituado como “uma pessoa de 65 a 79 anos de idade, para uma pessoa com mais de 79 anos, idoso de 80 anos ou mais está disponível”. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a pessoa é considerada idosa a partir de 60 anos de idade (BRASIL, 2003). *Saúde do idoso*- “Refere-se à saúde e bem-estar das pessoas de idade avançada e à prestação de cuidados de saúde adaptados aos

problemas especiais dessas pessoas. A saúde na terceira idade depende, sobretudo dos cuidados no passado”. *Condições sociais*- “Neste trabalho entende-se como a situação, estado ou circunstância de um indivíduo, grupo, população ou localidade, em relação a habitação, escolaridade, infra-estrutura sanitária, emprego, pobreza e outros parâmetros socioeconômicos”.

Como critérios de inclusão tiveram-se publicações: em idioma português; que apresentem no resumo pelo menos um descritor primário e descritor secundário, utilizado como delimitador para coleta de dados e um autor com formação em enfermagem.

Para a constituição da avaliação dos dados, passo 3, foram consideradas as seguintes variáveis: a) ano de publicação; b) resumo apresentando a terminologia idoso ou saúde do idoso e condições sociais ou saúde do idoso c) formação do autor com busca no curriculum lattes; d) fonte de publicação; e) tipo de publicação e f) tipo de estudo. As duas últimas variáveis foram consideradas categorias pré-definidas, sendo que a análise das publicações, na variável tipo de publicação, considerou-se três categorias: teórico/reflexa, pesquisa e relato de experiência; na variável tipo de estudo, foi considerado duas categorias pré definidas: qualitativa e quantitativa. Para tanto foi elaborado formulário de registro (APÊNDICE A) contendo: código de referencia, título da publicação, autor, instituição de origem, fonte de publicação, formação do autor, tipo de publicação e tipo de estudo.

No passo 4, análise e interpretação dos dados, foi realizada redução, visualização, comparação dos dados e categorização dos resultados. Neste foi desenvolvido instrumento para análise, composto por: código de referencia; concepção do gerenciamento do cuidado; objetivos e resultados principais. Para atender ao passo 5, apresentação dos resultados, foi utilizada estatística descritiva, linguagem descritiva e figuras gráficas. Para a realização do estudo, foram levadas em consideração as normas nacionais e internacionais sobre direitos autorais dos estudos analisados.

Ao final da coleta de dados, foram selecionados os trabalhos que se adequavam aos objetivos do estudo, compondo o *corpus de análise*. *Corpus* é uma coleção de textos selecionados a algum tema específico podendo incluir funções simbólicas (BAUER; AARTS, 2008).

4.2 Metodologia para pesquisa de campo

Trata-se de pesquisa com métodos mistos, isto é, a combinação de dados quantitativos e qualitativos em um único estudo. “Um motivo comum para mesclar métodos é expandir o âmbito da investigação ao acessar uma variedade maior de dados” (POPE, 2009, p.117).

Segundo Driessnack, Sousa, Mendes (2007), existem várias combinações que podem ser feitas com os métodos quantitativos e qualitativos, neste estudo, se usa o método quantitativo mais o qualitativo (QUANTI + QUALI), o sinal mais (+) indica que o método qualitativo está sendo implementado simultaneamente, no mesmo período da coleta de dados que o quantitativo.

Esse tipo de pesquisa proporciona maior validade favorecida, pois quando são usados os dois métodos juntos, pode-se ter maior confiança e validade dos resultados, pois os dados quantitativos e qualitativos se complementam (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Para intensificar a credibilidade do estudo empregou-se a triangulação, ou seja, o uso de referenciais múltiplos, nessa pesquisa foi utilizado dois tipos de triangulação, um deles é a triangulação da fonte de dados, pois foram entrevistados vários informantes-chave sobre o mesmo tópico. O outro tipo é a triangulação do investigador, pois foram várias pessoas que fizeram a coleta de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). “A triangulação é geralmente aceita como um meio de assegurar a abrangência de um conjunto de achados” (POPE; MAYS, 2009, p.117).

Teve-se para este estudo delineamento transversal, isto é, a coleta de dados foi realizada em um ponto do tempo, os dados foram coletados em determinada época bem delimitada (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), sendo no período de 24 de abril a 07 de maio de 2010, durante a campanha da vacina contra gripe em idosos.

4.2.1 População

A população deste estudo foram idosos, ou seja, pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, não institucionalizadas e residentes em Uruguaiana/RS, no período de 2009-2010.

Segundo o projeto SIS fronteira (UFRGS, 2008), o Município de Uruguaiana está localizado no extremo Oeste do Estado do Rio Grande do Sul, na fronteira com a Argentina, localizando-se na região hidrográfica do Rio Uruguai. Uma ponte de 2,4 Km, sobre o Rio Uruguai liga Uruguaiana (Brasil) a Paso de Los Libres (Argentina). Possui uma moderna estação aduaneira, das maiores do Brasil, próxima à ponte internacional. O trabalho aduaneiro faz com que o comércio sobre rodas do MERCOSUL passe preferencialmente por Uruguaiana, tendo seu porto seco mantido como o maior da América Latina. A rede ferroviária – operada pela América Latina Logística - possui um terminal de cargas em Uruguaiana, com capacidade para estocagem e transbordo, com conexão à Argentina, através de ferrovia pela Ponte Internacional (UFRGS, 2008).

O município de Uruguaiana, conforme estimativa do IBGE para o ano de 2007, tem uma população de 137.789 habitantes que representa 1,26% da população gaúcha. Integra a micro-região Sudoeste Rio-grandense segundo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constituindo a fronteira fluvial do Rio Grande do Sul com Paso de los Libres, Argentina e fronteira rural com Departamento de Artigas, Uruguai.

Uruguaiana tem uma área 5.716 km², representando 2,13% do território do estado 1,01% da região sul e 0,07% de todo o território brasileiro (URGS, 2008). A população idosa, segundo Censo e estimativas do IBGE (2007), “perfaz 11.452 habitantes, sendo que a projeção para 2017 é 22.046 habitantes” (UFRGS, 2008, p. 26). Estes dados demonstram o rápido crescimento da população nesta faixa etária em período curto de tempo, o que demanda preparo dos serviços municipais para atendimento destes habitantes. O município de Uruguaiana apresenta uma elevadíssima taxa de urbanização, com 94,7% da população residindo na área urbana e apenas 5,3% na área rural. A tabela 1 demonstra equilíbrio na proporção da população do sexo feminino e do sexo masculino.

TABELA 1

População Residente por Faixa Etária e Sexo. Uruguaiana/RS, 2007.

Faixa etária	Masculino	%	Feminino	%	Total
Menor de 1	1467	50,53	1436	49,47	2903
1 a 4	5755	50,37	5671	49,63	11426
5 a 9	6911	50,35	6816	49,65	13727
10 a 14	6882	51,03	6605	48,97	13487
15 a 19	6730	49,59	6841	50,41	13571
20 a 29	11458	49,96	11476	50,04	22934
30 a 39	10514	49,21	10853	50,79	21367

40 a 49	8109	49,66	8219	50,34	16328
50 a 59	5259	49,64	5335	50,36	10594
60 a 69	3061	46,46	3527	53,54	6588
70 a 79	1485	42,82	1983	57,18	3468
80 e +	492	35,24	904	64,76	1396
Total	68123	49,44	69666	50,56	137789

Fonte: UFRGS. Diagnostico de Uruguiana. Projeto Sis Fronteira. 2008

4.2.2 Definição da amostra e processo de seleção

A amostragem é a seleção de parte da população que represente toda a população (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). O processo de seleção do plano amostral foi estabelecido por critérios de ordem prática e submetido posteriormente a ordem estatística para dessa forma ser mais representativa. Os procedimentos estatísticos auxiliam o pesquisador para que a pesquisa se torne mais organizada, resumida e interpretativa para assim comunicar as informações numéricas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Nesta pesquisa foi utilizada amostra aleatória simples, essa faz com que as diferenças entre a amostra e a população sejam eventualidade. Na amostra aleatória a probabilidade de selecionar uma amostra desviada é baixa e se torna menor ainda quando o tamanho da amostra aumenta (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Foi utilizado esse critério devido ao fato de que todo indivíduo com 60 anos ou mais tem a possibilidade e liberdade de ir até os postos de vacinação públicos para tomar gratuitamente a vacina da gripe.

Conforme Polit, Beck, Hungler (2004), existem duas categorias de plano de amostragem, são elas: amostragem de probabilidade e amostragem de não- probabilidade. A primeira é especificada a probabilidade que cada elemento da população tem de ser incluída na amostra, nesse tipo de amostragem a seleção é realizada de forma aleatória na escolha da unidade amostral. Na segunda os elementos da população não são escolhidos de forma aleatória e sim de forma não aleatória. Neste estudo foi realizada para unidades de coleta, **amostragem não probabilística e para seleção dos sujeitos de estudo amostragem probabilística.**

4.2.2.1 Amostragem precisão de estimativas

Definindo como unidades de coleta as unidades de saúde de Uruguaiana/RS, tem-se como universo amostral a população de 60 anos ou mais e como unidade amostral ou elementar a população com 60 anos ou mais que frequenta as unidades de saúde no período de vacinação.

Classificando o plano de amostragem da referida pesquisa, teve-se para unidade de coleta (unidades de saúde) amostra do tipo não probabilística, caracterizando amostra intencional das unidades de saúde. O motivo para isto foi o fato de que foram selecionadas todas as unidades de saúde de Uruguaiana/RS que estivessem realizando a vacinação do idoso, o que torna a amostra mais representativa da população em estudo. Na classificação do plano amostral para as unidades elementares, teve-se procedimento de seleção probabilístico, caracterizando amostragem probabilística. Este critério garante a legitimidade da pesquisa, por dar a mesma probabilidade de ser entrevistada toda a unidade elementar.

Sendo assim após a definição da amostra, foi dividido igualmente entre as 13 unidades de saúde existentes, evitando interferências que possam prejudicar a confiabilidade da pesquisa.

4.2.2.2 Classificação da amostra

A amostra foi definida pelo plano de Amostragem Aleatória Simples. A amostra computou 225 idosos, considerando que todos esses moram em Uruguaiana e frequentam os postos de saúde para receber a vacina contra gripe, o instrumento de coleta de dados foi aplicado em 13 unidades de saúde, onde foram entrevistados, em média, 20 idosos que chegaram a cada posto a partir das 8:00 horas da manhã, com rodízio de 40 minutos de idoso para idoso, ou seja, 1º às 8:00 horas, 2º às 8:40, 3º às 9:20 e assim sucessivamente e concomitantemente em todas as unidades de saúde. Foram coletadas no total 296 entrevistas, no entanto a amostra considerada foi de 225, sendo coletadas mais entrevistas para se ter maior grau de confiança.

Considerando que estudos dessa natureza envolvem variáveis qualitativas e quantitativas, sendo que as primeiras requerem maior exigência, principalmente em relação ao

tamanho, optou-se por estabelecer os antecedentes amostrais segundo uma variável quantitativa. Com base no requisito acima, fixaram-se a variância absoluta da proporção no valor máximo 0,25, resultante de $p(1-p)$ para $p = 0,50$, o nível de confiança de 95,44% ($z=2$) e um erro aproximado de inferência da proporção, na amostra da pesquisa, não superior a 1,87%. Esses dados serão ilustrados na tabela 2.

TABELA 2
Tamanho da amostra para a pesquisa. Uruguaiana/RS, 2007.

Tamanho da amostra	11452
Amostra do estudo	225
Grau de confiança	95,00%
Erro máximo	1,87%

4.2.3 Técnicas e instrumentos para coleta de dados para trabalho de campo

4.2.3.1 Técnicas de campo

A coleta de dados foi realizada por 29 acadêmicos de enfermagem da Unipampa, dois por unidade básica de saúde, durante o 1º dia de vacinação contra a gripe em idosos e nas outras duas semanas, os acadêmicos foram distribuídos conforme sua disponibilidade. O período de vacinação procedeu de 24 de abril a 07 de maio de 2010, em 13 unidades de saúde, da cidade de Uruguaiana/RS.

4.2.3.2 Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de questionário semi-estruturado (APÊNDICE B), este era composto por questões fechadas, fixas e padronizadas de resposta e apenas duas questões abertas, para assegurar a flexibilidade da pesquisa com resposta mais detalhada.

Este tipo de instrumento possibilitou ser aplicado à grande número de pessoas ao mesmo tempo, assegurando a uniformidade entre as fases amostrais, sendo menos dispendioso e exigindo pouca habilidade para sua aplicação. O referido questionário já foi

validado em pesquisa anterior, realizada na cidade de Curitiba/PR (PAIVA, 2006), mas para a presente pesquisa realizou-se adaptação, acrescentando algumas perguntas às 14 já existentes.

Para a aplicação do instrumento precisava-se mobilizar 26 acadêmicos de enfermagem, dois por unidade básica, onde foi utilizado o endereço eletrônico para divulgação da pesquisa, informando as turmas o objetivo da mesma e convidando-as a participar, mencionando, ainda, que seria fornecido certificado equivalente a 15 horas de Atividade Complementar de Graduação (ACG). Recebeu-se respostas de alguns acadêmicos, os quais enfatizaram seu interesse em participar da pesquisa.

Como não foi obtido o número necessário de acadêmicos através das respostas por endereço eletrônico, foi pertinente convidá-los pessoalmente nas turmas, explicando melhor como seria realizada a pesquisa e qual a função dos participantes. Após explanação da realização da pesquisa, 45 alunos confirmaram a participação e forneceram o nome e endereço eletrônico pessoal para que fosse possível o contato.

Os acadêmicos foram treinados para aplicar o questionário, através de encontros onde foram fornecidas as instruções necessárias. Foi realizada simulação entre os participantes, onde um acadêmico entrevistava o outro, com o intuito de evitar imprevistos no dia da aplicação do questionário.

Os encontros realizaram-se na semana anterior ao início da coleta dos dados, sendo feitos três encontros para a participação dos 45 acadêmicos, mas somente 29 compareceram ao treinamento, sendo confirmada a presença destes como entrevistadores da pesquisa, além da autora desta.

Para assegurar o máximo de homogeneidade no preenchimento do questionário pelos pesquisadores, foram destacados os seguintes cuidados: a) repasse e discussão dos procedimentos no preenchimento do questionário, em data anterior a aplicação do mesmo para a pesquisa; b) colocação de instruções para preenchimento no verso do questionário; c) reunião com todos os acadêmicos de enfermagem, futuros aplicadores do questionário, para conhecimento sobre o mesmo.

No dia do treinamento foi mencionada, também, a diferença entre entrevista e questionário, onde segundo Pope; Mays (2009) entende-se o primeiro como a interatividade e flexibilidade com o entrevistado, e o segundo, como o instrumento para coleta dos dados desta pesquisa, composto por questões fechadas onde as alternativas são expostas e a pessoa responde uma das alternativas sem a interrupção do entrevistador, o instrumento contou com duas questões abertas, mas que foram realizadas de forma objetiva, isto é, sem interferências.

Ao término do treinamento, os entrevistadores foram divididos entre as 13 unidades básicas de saúde que forneceriam a vacina, dispondo de 10 questionários, cada um. No sábado (24/04), dia da campanha de vacinação contra gripe em idosos, a coleta foi realizada em todas as unidades básicas de saúde, sendo que cada uma destas recebeu dois entrevistadores. Já nas duas semanas seguintes de vacinação, a coleta foi realizada em uma ou duas unidades básicas de saúde por dia.

Durante a coleta dos dados houve imprevistos como o não comparecimento de alguns entrevistadores à unidade básica de saúde e o número reduzido de idosos em algumas destas, fazendo com que fosse despendido outro dia para coleta dos dados nas mesmas. Embora a ocorrência de imprevistos, estes não prejudicaram a pesquisa, pois a amostra de 225 idosos foi ultrapassada, de modo que foram realizadas 296 entrevistas, podendo alcançar grau de confiança nos resultados deste estudo. A seleção da amostra foi realizada através do programa BioEstat 5.0, onde permaneceram 225 entrevistas.

4.2.3.3 Processamento e análise dos dados

Após a etapa de campo, foram processados os dados digitando-os e tabulando as informações coletadas. Nesta fase de tabulação e interpretação, foram confeccionadas figuras gráficas (tabelas e gráficos). As tabelas possibilitaram ao pesquisador agrupar consideravelmente as informações estatísticas em um espaço compacto evitando redundância (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Os dados foram compilados e analisados por meio de estatística descritiva, para descrever e sintetizar os dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004) e também foi utilizado o programa BioEstat 5.0 para a seleção da amostra. Foi construído banco de dados (APÊNDICE C) por meio de gráficos e tabelas confeccionados no Word e posteriormente realizou-se análise estatística manualmente.

4.2.3.4 Apresentação dos dados

Os dados foram apresentados em linguagem descritiva, estatística simples e utilização de figuras gráficas. A descrição do perfil dos idosos do município abrangeu dados gerais, tais como: moradia, renda, ocupação, saúde, aspectos culturais, espirituais e capacidade funcional, entre outros já citados.

Os resultados da referida pesquisa estão disponibilizados para domínio público no site WWW.unipampa.edu.br, bem como para os segmentos que desenvolvem ações na área do idoso, como um banco de dados público.

4.2.3.5 Aspectos éticos

Foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos sujeitos (APÊNDICE D), onde os entrevistados possuem todas as informações relacionadas a pesquisa e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou negar a participação.

O termo de consentimento foi documentado com a assinatura do participante, nesse formulário de consentimento contem informações sobre a finalidade do estudo, o tempo que a pessoa será envolvida, a natureza voluntária da participação e os riscos/benefícios potenciais (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Ainda foi aplicado termo de confidencialidade, onde os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes (APÊNDICE E).

O banco de dados foi realizado não contendo os nomes nem outro possível identificador do idoso. Salienta-se que a pesquisa foi realizada em local adequado e preservado para o acompanhamento e orientações das pessoas idosas.

Não houve coleta nem guarda de material biológico e os pesquisadores foram responsáveis pela garantia da manutenção do sigilo das informações obtidas.

Salienta-se que esta pesquisa foi autorizada pela secretaria municipal de saúde de Uruguaiana/RS (APÊNDICE F), bem como foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA, com número de registro Unipampa/CEP 006.2010 (APÊNDICE G).

Os materiais necessários para o desenvolvimento da pesquisa foram fornecidos pela própria pesquisadora, pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) e pelos envolvidos na pesquisa.

5 RESULTADOS

5.1 Revisão integrativa

Conforme o previsto para o alcance do primeiro objetivo deste trabalho, realizou-se revisão integrativa cujos resultados serão expostos a seguir:

Com a coleta de dados verificou-se inicialmente na base de dados MEDLINE, com o descritor primário **idoso** 13.836.15 publicações; ao filtrar inserindo o descritor secundário **saúde do idoso** não surgiu nenhuma produção. Consultando a base de dados LILACS, emergiram 38.208 publicações com o primeiro descritor **idoso**; ao filtrar acrescentando o descritor secundário **saúde do idoso**, evidenciou-se 758 trabalhos; e ao inserir o **ano de publicação** de 2000-2009 apareceram 494 trabalhos, dos quais foram selecionados 15 publicações. Na seqüência apresenta-se a tabela 3 (três) com as publicações encontradas, segundo descritores na base de dados LILACS; exclusão de artigos segundo critérios de exclusão.

TABELA 3

Publicações segundo filtros e critérios de exclusão, LILACS, 2000-2009.

Publicações encontradas, segundo descritores, na base de dados LILACS	Nº total de publicações
Idoso	38.208
Idoso e saúde do idoso	758
Idoso e saúde do idoso no ano de 2000-2009	494
Exclusão de artigos segundo critérios de exclusão	
Não estão em português	97
Trabalhos sem resumo	29
Trabalhos com resumo incompleto	88
Resumo sem os descritores idoso e saúde do idoso	224
Sem trabalho na íntegra	14
Não foi encontrada a formação	8
Não tem enfermeiro como autor	18
Total de publicações a serem utilizados no estudo (<i>cópus de análise</i>)	15

Entre os motivos de exclusão, conforme pode ser verificado na tabela 4 (quatro), destacaram-se: as publicações excluídas por não constar o descritor saúde do idoso, com 196 exclusões, sendo sua maior concentração no ano de 2006 com 34 (17,34%) publicações descartadas; as excluídas por não estarem redigidas em português, totalizaram 97 exclusões, majoritariamente no ano de 2001, com 21 (21,64%) descartadas; publicações excluídas por

estarem com resumo incompleto na base de dados, sendo 88 exclusões, com maior concentração no ano de 2004, 15 publicações excluídas (17,04%).

TABELA 4

Artigos excluídos e utilizados, anos de publicações 2000-2009, LILACS.

Artigo \ Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Publicações realizadas no ano	45	55	56	45	64	48	75	65	39	2	494
Não estão em português	20	21	4	10	14	7	9	8	4	–	97
Publicações sem resumo	3	2	5	3	2	1	8	5	–	–	29
Publicações com resumo incompleto	6	7	7	8	15	12	14	10	9	–	88
Publicações Excluídas por não constar o descritor idoso	–	1	1	–	1	–	2	–	–	–	5
Excluídas por não constar o descritor saúde do idoso	13	17	29	17	23	17	34	29	15	2	196
Excluídas por não constar os descritores idoso e saúde do idoso no resumo	1	4	3	2	1	4	–	6	3	–	24
Sem trabalho na íntegra	2	2	3	2	1	–	–	3	1	–	14
Não foi encontrada a formação do autor (lattes)	–	–	2	1	1	2	–	1	1	–	8
Artigo excluído por não possuir enfermeiro como autor	–	1	2	1	3	2	6	2	1	–	18
Quantidade de publicações que compôs o <i>cópus</i> de análise	–	–	–	1	3	3	2	1	5	–	15

Na base de dados BDENF foram encontradas 1.216 publicações com o primeiro descritor **idoso**; ao filtrar acrescentando o descritor secundário **saúde do idoso**, emergiram 140 trabalhos; e ao inserir o **ano de publicação**, de 2000-2009 apareceram 103 trabalhos, dos quais forneceu 10 (dez) publicações, que se enquadraram nos critérios de inclusão, porém estavam repetidas em relação a base de dados LILACS, sendo então desconsiderada, pois já compunha o *cópus* de análise. Na seqüência apresenta-se a tabela 5 (cinco) com as publicações encontradas, segundo descritores na base de dados BDENF; exclusão de artigos segundo critérios de exclusão.

TABELA 5

Publicações segundo filtros e critérios de exclusão, BDENF, 2000-2009.

Publicações encontradas, segundo descritores, na base de dados BDENF	Nº total de publicações
Idoso	1216
Idoso e saúde do idoso	140
Idoso e saúde do idoso no ano de 2000-2009	103
Exclusão de artigos segundo critérios de exclusão	
Não estão em português	5
Trabalhos com resumo incompleto	38
Resumo sem os descritores idoso saúde do idoso	49
Sem trabalho na íntegra	1
Publicações excluídas por estarem repetidas a base de dados LILACS	10

Entre os motivos de exclusão, conforme pode ser verificado na tabela 6 (seis) destacaram-se: as publicações excluídas por não constar o descritor saúde do idoso, com 45 exclusões, sendo sua maior concentração no ano de 2006 com 10 (dez) (22,22 %) publicações descartadas; as excluídas por estarem com resumo incompleto na base de dados, totalizaram 38 exclusões, majoritariamente no ano de 2001 com 8 (oito) (21,05 %) descartadas; publicações excluídas por estarem repetidas da base de dados LILACS sendo 10 (dez) exclusões, com maior concentração nos anos de 2004 e 2008, 3 (três) publicações excluídas em cada ano.

TABELA 6

Artigos excluídos e utilizados, anos de publicações 2000-2009, BDENF.

Artigo \ Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
Publicações realizadas no ano	7	13	10	7	9	13	18	13	11	2	103
Não estão em português	—	2	—	—	1	—	1	1	—	—	5
Publicações com resumo incompleto	4	8	2	2	4	6	6	4	2	—	38
Publicações Excluídas por não constar o descritor idoso	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Excluídas por não constar o descritor saúde do idoso	3	1	8	4	—	5	10	7	5	2	45
Excluídas por não constar os descritores idoso e saúde do idoso no resumo	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	3
Sem trabalho na íntegra	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Publicações excluídas por estarem repetidas a base de dados LILACS	—	—	—	1	3	2	1	—	3	—	10

Ao final da coleta de dados com estes descritores, verificou-se que algumas publicações não eram pertencentes aos anos pactuados deste estudo. Percebeu-se a necessidade de complementar os dados desta pesquisa realizando nova coleta de dados para identificar quais eram os anos das publicações que não se encaixaram no período de 2000 a 2009, com a pesquisa evidenciou-se que ao longo dos anos foi aumentando o número de publicações que não se ajustaram, sendo que no ano de 1999 apareceram 51 publicações, no ano de 1990, 5 (cinco) trabalhos não se enquadraram, já no ano de 1982 apenas 1 (uma) publicação não se encaixou nos critérios de inclusão.

Realizou-se também, pesquisa na base de dados MEDLINE, com o descritor primário **condição social** onde surgiram 2.056 publicações; ao filtrar inserindo o descritor secundário **saúde do idoso** não apareceu nenhuma publicação;

Ao consultar a base de dados LILACS, surgiram 1.377 publicações com o primeiro descritor **condições sociais**; ao filtrar acrescentando o descritor secundário **saúde do idoso**, emergiram 17 trabalhos; e ao inserir o **ano de publicação**, de 2000-2009 emergiram 10 (dez) publicações. Na seqüência apresenta-se a tabela 7 (sete) com as publicações encontradas, segundo descritores na base de dados LILACS; exclusão de artigos segundo critérios de exclusão.

TABELA 7

Publicações segundo filtros e critérios de exclusão, LILACS, 2000-2009.

Publicações encontradas, segundo descritores, na base de dados LILACS	Nº total de publicações
Condições sociais	1377
Condições sociais e saúde do idoso	17
Condições sociais e saúde do idoso no ano de 2000-2009	10
Exclusão de artigos segundo critérios de exclusão	
Não estão em português	4
Trabalhos sem resumo	1
Trabalhos com resumo incompleto	1
Resumo sem os descritores condição social e saúde do idoso	3
Publicação excluída por estar repetida a base de dados LILACS com os descritores idoso e saúde do idoso	1

Entre os motivos de exclusão, destacaram-se: as publicações excluídas por não estarem redigidas em português, com 4 (quatro) exclusões. (40%).

Na base de dados BDENF foram encontradas 56 publicações com o primeiro descritor **condições sociais**; ao filtrar acrescentando o descritor secundário **saúde do idoso**, emergiu 1 (um) trabalho no ano de 2008 que se enquadrava no critérios de inclusão mas foi excluído por

estar repetido a base de dados LILACS sendo então desconsiderada, pois já compunha o *corp*us de análise.

Desta forma o corpus de análise desta revisão integrativa pautou-se de 15 publicações, 1 (uma) do ano de 2003, 3 (três) do ano de 2004, 3 (três) de 2005, 2 (duas) de 2006, 1 (uma) de 2007 e 5 (cinco) no ano de 2008. Todos esses eram trabalhos da base de dados LILACS, pois na MEDLINE não apareceu nenhum trabalho e na BDNF emergiram publicações que se enquadraram nos critérios de inclusão, porém já compunham o corpus de análise, tanto com os descritores idoso e saúde do idoso como com os descritores condições sociais e saúde do idoso.

5.1.1 Discussão dos resultados:

Foram selecionadas 15 publicações para este estudo, sendo que todas elas são artigos publicados. Na seqüência apresenta-se a tabela 8 (oito) com a descrição das publicações quanto: ao código de referencia, ao título da publicação, ao autor, a instituição de origem, a fonte de publicação, a formação do autor, ao tipo de publicação e ao tipo de estudo.

TABELA 8

Descritores das publicações quanto: ao código de referencia, ao título da publicação, ao autor, instituição de origem, a fonte de publicação, a formação do autor, ao tipo de publicação e ao tipo de estudo, 2000-2009, LILACS.

Cod./Título da publicação	Autor	IES	Fonte de publicação	Formação do autor	Tipo de publicação	Tipo de estudo
1-O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal	Oliveira, D.R.de; Lenardt, M.H; Tuoto,F.S;	UFPR	Acta paul. enferm;	-Enfermeira -Enfermeira -AC. enferm	Pesquisa	Qualitativo
2-A religiosidade dos idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde	Valente, N.M.L.M; Bachion, M.M; Munari, D.B;	Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás.	Rev. Enferm. UERJ;	-Currículo não encontrado -Enfermeira -enfermeira	Pesquisa	Qualitativo
3-Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde	Kusumota, L; Rodrigues,R.A.P; Marques, S	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo	Rev. latinoam. enfer;	-Enfermeira -Enfermeira -enfermeira	Pesquisa	Qualitativa
4-Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características	Davim, R.M.B; Torres, G.V; Dantas, S.M.M;	Universidade Federal da Paraíba. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da	Rev. latinoam. enferm;	-Enfermeira -Enfermeiro -Enfermeira enfermeira	Pesquisa	Quantitativo

socioeconômicas e de saúde	Lima, V.M.	Universidade de São Paulo Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Norte				
5-Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência	Diogo, M.J.D; Ceolim, M.F; Cintra, F.A;	Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas – FCM/UNICAMP.	Rev. Esc. Enferm. USP;	-Enfermeira -Enfermeira	Relato de experiência	Qualitativo
6-Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional	Miyata, D.F; Vagetti, G.C; Fanhani, H.R; Pereira, J.G; Andrade, O.G.	Universidade Estadual de Maringá.	Arq. ciências saúde UNIPAR;	-Farmaceuticae bioquímica -Educação física -Farmácia -Farmácia -enfermeiro	Reflexão	Quantitativo
7-Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde	Trentini, M; Silva, S.H; Valle, M.L; Hammerschmidt, K.S.A;	Pontifícia Universidade Católica do Paraná	Rev. latinoam. enferm;	-Enfermeira -enfermeira -enfermeira -AC. de enfermagem	Pesquisa	qualitativo
8-Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan	Galisteu, K.J; Facundim, S.D; Ribeiro, R.C.H; Soler, Z.A.S.G;	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP	Arq. ciênc. saúde;	-Enfermeira -enfermeira -enfermeira -enfermeira	Pesquisa	Quantitativo
9-A saúde de idosos que cuidam de idosos	Rodrigues, S.L.A; Watanabe, H.A.W; Derntl, A.M;	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP).	Rev. Esc. Enferm. USP	-AC. enf -Enfermeira -enfermeira	Pesquisa	Qualitativo
10-Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem	Rodrigues, R.A.P; Kusumota, L; Marques, S; Fabrício, S.C.C; Rosset-Cruz, I; Lange, C;	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Universidade Federal de Pelotas.	Texto & contexto enferm;	-Enfermeira -Enfermeira -Enfermeira -Enfermeira -Enfermeira	Reflexão	Quantitativo
11-Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda	Sousa, A.I; Silver, L.D;	Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília,	Esc. Anna Nery Rev. Enferm;	-Enfermeira -Graduada em Ciências biológica	Pesquisa	Quantitativo
12-Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família	Pavarini, S.C.L; Luchesi, B.M; Fernandes, H.C.L; Mendiondo, M.S.Z; Filizola, C.L.A; Barham, E.J; Oishi, J;	Universidade federal de são carlo (UFSCar)	Rev. eletrônica enferm;	-Enfermeira -AC. em enfermagem -AC. em enfermagem -Assistente social -Enfermeira -Psicóloga -estatístico	Pesquisa	Quantitativo
13-A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais	Marin, M.J.S; Martins, A.P; Marques, F; Feres, B.O.M; Saraiva, A.K.H; Druzian, S;	Faculdade de Medicina de Marília FAPESP	Rev. bras. geriatr. gerontol	-Doutora em Enfermagem -Estudante de medicina AC. enf AC. enf enfermeira enfermeira	Pesquisa	qualitativo
14-Diagnóstico de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (PSF)	Marin, M.J.S; Cecílio, L.C.O; Rodrigues, L.C.R; Ricci, F.A; Druzian, S;	Faculdade de Medicina de Marília. Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo Universidade Estadual de São Paulo FAPESP.	Esc. Anna Nery Rev. Enferm	-Doutora em enfermagem -Medico -Enfermeira -Enfermeira -enfermeira	Pesquisa	Quantitativa
15-Atividade física e estado de saúde mental de	Benedetti, T. R.B; Borges, L.J;	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Rev. saúde publica = J.	-Educação física -Educação física	Pesquisa	Quantitativo

idosos	Petroski, E.L; Gonçalves, L.H.T;		public health;	-Educação física -enfermeira		
--------	--	--	-------------------	---------------------------------	--	--

Verifica-se na tabela 8 (oito), que as publicações que compõe o *corpus* de análise são do tipo pesquisa com 12 trabalhos, 2 (dois) são reflexão e 1 (um) relato de experiência. Quanto ao tipo de estudo 8 (oito) eram quantitativos e 7 (sete) qualitativo. No ano 2000, 2001 e 2002 não foi encontrado nenhum trabalho que se enquadrou nos critérios de inclusão e apenas 1 (um) foi publicado no ano 2003, sendo que a maior concentração de publicações ocorreu no ano de 2008.

A Revista Latino Americana de Enfermagem foi a que mais publicou artigos referentes ao tema, sendo 2 (dois) no ano de 2004 e 1 (um) no ano de 2005. A Universidade de São Paulo foi a instituição que mais publicou sobre a temática, apresentando 5 (cinco) produções sobre o tema, com 2 (dois) trabalhos publicados na Revista Latino Americana de Enfermagem, 1 (um) na Revista Escola de Enfermagem da USP, 1(uma) na Revista Texto e Contexto de enfermagem e 1 (um) trabalho da Escola Anna Nery publicado na Revista de Enfermagem.

Todos os artigos, conforme um dos critérios de inclusão, tinham como autores pelo menos 1 (um) enfermeiro, todos eles possuíam um enfermeiro que atuava com professor, sendo que dos 15 artigos que compõe o corpus de analise, 13 deles possuía pelo menos 1 (um) enfermeiro doutor.

As pesquisas foram realizadas por diversos profissionais da área da saúde, correspondendo 65% enfermeiros, 11,4% acadêmicos em enfermagem, 6,5% educadores físicos, 5% farmacêuticos 1,6% biólogos, 1,6% estudantes de medicina, 1,6% médicos, 1,6 % assistentes sociais, 1,6 % psicólogos e 1,6 % estatísticos, sendo que 1,6% dos currículos não foram encontrados. Diante disso percebe-se que está ocorrendo grande interesse por parte do profissional enfermeiro enfatizando-se a saúde do idoso e as condições de vida dessa população que cresce quantitativamente a cada dia, necessitando de abordagem multiprofissional. Na seqüência será apresentada a discussão do resultado mediante análise da produção segundo área profissional.

Os dados analisados foram divididos por produções segundo áreas profissionais sendo elas: Enfermagem, Saúde Pública e Gerontologia. A primeira foi composta por 10 (dez) publicações; a segunda por 4 (quatro) publicações e a última por 1 (uma) publicação apenas.

Enfermagem: das 10 (dez) publicações, 8 (oito) não possuíam a palavra enfermagem no título, mas estavam relacionados com os profissionais da enfermagem ou citavam os

mesmos, com exceção de 1 (uma) publicação que apresentava relação direta com o idoso, sem mencionar o profissional enfermeiro.

As publicações que apresentavam a palavra enfermagem no título, além de autores enfermeiros, possuíam também 1 (um) autor de formação em medicina.

Gerontologia: 4 publicações estão referentes a esse tema. Entre os autores, 7 (sete) se intitularam enfermeiros, 3 (três) farmacêuticos, 4 (quatro) educadores físicos, 1 (uma) assistente social, 1 (uma) psicóloga e 1 (um) estatístico e 1 (uma) possuía formação em ciências biológicas.

Dentre as publicações convém salientar que 2 (duas) delas eram referentes ao perfil do idoso, sendo que em 1 (uma) o estudo era referente ao perfil sociodemográfico e estado auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda, e a outra se titulava, Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. Das 2 (duas) publicações restantes, 1 (uma) era referente a atividade física relacionada a saúde mental do idoso e a outra estava relacionada com as políticas direcionadas ao idoso.

Saúde Pública: Apenas 1 (uma) publicação que versava a Atenção a saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. Entre os autores, estavam 4 (quatro) enfermeiros e 1 (um) estudante de medicina.

5.1.2 Categorias temáticas da revisão integrativa

Ao analisar os dados, fez-se análise temática, por meio de categorização. As temáticas emergentes foram: 1) Condições Crônicas, 2) Cuidados formais e informais, e 3) Políticas, Estas serão discutidas na seqüência.

5.1.2.1 Condições crônicas

Esta temática foi composta por 6 (seis) artigos e apresenta os autores: OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003. MARIM et al., 2008a. KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004. BENEDETTI et al., 2008. TRENTINI et al., 2005 e DAVIM et al., 2004 . Esses artigos serão discutidos a seguir.

No decorrer dos anos, os indivíduos vêm convivendo com o aumento das doenças crônico-degenerativas, que afetam suas condições e modo de viver. Essas mudanças que ocorrem na vida da pessoa em face da doença crônica se justificam pelo fato de que é uma condição permanente de vida que possui períodos de exacerbações e remissões, necessitando de vigilância constante para que ela seja controlada e para se adaptar a suas limitações (OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003).

Verificou-se que as mulheres são mais atentas aos sinais e sintomas e procuram assistência com mais frequências. As doenças crônicas não-fatais atingem mais as mulheres, isso explica a população idosa ser composta em sua maioria por mulheres, pois o aumento da mortalidade pela violência, acidentes de trânsito e doenças crônicas atingem mais os homens (MARIM et al., 2008a).

A doença crônica é: mais do que a soma de vários eventos específicos que ocorrem no curso de uma doença; ela é um relacionamento entre momentos específicos e esse curso crônico. É assimilada na vida da pessoa, construindo assim o desenvolvimento de uma vida onde a doença se torna inseparável de sua história de vida (OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003, p. 51).

Alguns dos fatores que suscetibilizam as doenças crônicas são as situações de estresse gerado pelo estilo de vida (OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003). Atualmente a população brasileira enfrenta dificuldades financeiras e as exigências do mercado de trabalho, hoje competitivo. Diante disso, com o cotidiano turbulento em que a maioria das pessoas vivem o cuidado com a saúde fica em segundo plano, o que justifica a maior probabilidade de adquirir doenças. Existem outros fatores que também influenciam no surgimento de doenças crônicas como o sedentarismo, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas (KUSUMOTA; RODRIGUES; MARQUES, 2004).

O próprio processo de envelhecimento aumenta a susceptibilidade dos idosos de desenvolver doenças, principalmente se esses apresentam dificuldades financeiras, tendo como consequência alimentação inadequada e a falta de aquisição de medicamentos. A baixa renda das aposentadorias faz com que os idosos procurem meios muitas vezes inadequados de cuidar de sua saúde, o que geralmente agrava sua condição e os leva à cronicidade (OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003).

Um exemplo de doença crônica é a demência que é conceituada como desordem mental (BENEDETTI et al., 2008). Essa doença pode comprometer principalmente a pessoa idosa, pois com o aumento da idade, há um aumento na deterioração cognitiva (BENEDETTI et al., 2008). A demência pode trazer consigo não só um transtorno mental, mas também

problemas sociais, pois pode prejudicar a convivência com outras pessoas e isso acarretando em uma possível depressão.

Além da demência existem outras doenças crônicas como, por exemplo, a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial, as quais são consideradas doenças silenciosas e, às vezes, o enfermo desconhece que as possui ou julga desnecessário o tratamento já que não possui sintomas importantes, não considerando que a ausência de tratamento, ao longo do tempo, desenvolverá lesões progressivas nos órgãos como, por exemplo, no rim, podendo levar a insuficiência renal crônica (IRC). A IRC reduz os mecanismos de homeostase dos rins, sendo caracterizada por deterioração progressiva e irreversível da função renal (OLIVEIRA; LENARDT; TUOTO, 2003).

Com o aparecimento das doenças crônicas os indivíduos se tornam mais sensíveis pelo fato de que é uma situação que se estenderá ao longo de sua vida e dessa forma buscam várias maneiras de enfrentamento para conseguir se adaptar as novas condições que a vida lhe oferece, mantendo a auto-estima. A emoção é um meio de enfrentar a doença e se caracteriza por sentimento de fé, pela busca de ajuda da família, pela participação em grupo de idosos e pela rejeição a doença, outra maneira é o enfrentamento focalizado no problema com a busca do atendimento médico e cuidado do corpo, numa tentativa de minimizar os problemas (TRENTINI et al., 2005).

E necessário que haja interação entre pacientes e familiares, equipes de assistência à saúde e instituições de apoio da comunidade, essa é uma maneira de o paciente participar ativamente no tratamento e prevenção das condições crônicas e seus sintomas. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

As condições crônicas de saúde interferem na vida da pessoa em vários aspectos, comprometendo muitas vezes, as condições físicas, psicológicas, sociais e econômicas do paciente, dessa forma exige um cuidado integralizado por parte dos profissionais para que se tenha um tratamento efetivo. Diante disso, necessita-se de trabalho interdisciplinar, pois a saúde tem íntima relação com os acontecimentos da vida cotidiana (TRENTINI et al., 2005).

A temática é abrangente e além de condições crônicas de saúde existem condições crônicas de vida, onde as pessoas vivem com salários miseráveis, sem conviver socialmente com outras pessoas e sem assistência adequada à saúde. Essas condições atingem principalmente os idosos, pois muitas vezes são considerados como pessoas que não podem mais produzir, contudo, não tendo o apoio da família, acabam sendo abandonados em instituições. As instituições asilares possuem características socioeconômicas e de saúde relacionadas ao baixo poder econômico, condições de saúde precárias, restrito atendimento

médico e de enfermagem, com a ausência de planos privados de saúde e atividades de lazer limitadas e/ou ausentes (DAVIM et al., 2004).

Desse modo, a temática condições crônicas abrange problemas de saúde, dificuldades financeiras, isolamento social, falta de atendimento médico e vários outros fatores que por não serem solucionados se agravam e se cronificam.

5.1.2.2 Cuidados formais e informais

Esta temática foi composta por 4 (quatro) artigos e apresenta os autores: DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005. RODRIGUES; WATANABE; DERNTL, 2006. VALENTE; BACHION; MUNARI, 2004 e MARIN et al., 2008b. Esses artigos serão discutidos a seguir.

O número de idosos está cada vez maior no Brasil, em decorrência do aumento da expectativa de vida, sabe-se que o envelhecimento da população traz várias modificações biopsicossociais para essas pessoas o que as torna, muitas vezes dependentes, necessitando de um cuidador como, por exemplo, familiares ou profissionais.

Com relação ao cuidador informal, não existem regras para sua escolha, porém na maioria das vezes, é composto por um familiar, geralmente o cônjuge predominantemente do gênero feminino, onde a questão cultural e social explica o predomínio das mulheres como cuidadoras, por ser considerada a pessoa que cuida dos filhos e do marido (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005)

Para apoiar o desenvolvimento de cuidadores informais é necessário que haja interação entre os profissionais da saúde e as pessoas responsáveis pelo cuidado direto ao idoso dependente, para apoiar o desenvolvimento de cuidadores informais (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005). Os profissionais da saúde podem auxiliar de forma significativa no cuidado ao idoso dependente, fornecendo orientações cabíveis e individualizadas de acordo com a debilidade e necessidade de cada dependente, facilitando o trabalho do cuidador informal.

A responsabilidade da função de cuidador na família, na maioria das vezes é de uma única pessoa, chamada “cuidador principal” (WANDERLEY, 1998). Como já mencionado, a mulher é predominante no exercício de cuidadora informal, porém, vem ocorrendo mudanças na estrutura familiar onde aumenta a população feminina inserida no mercado de trabalho e com isso, dependendo do grau de incapacidade do idoso, é necessária a colaboração de outro

membro da família no cuidado, o “cuidador secundário” que ajuda ocasionalmente, sem responsabilidade formal pelo cuidado (DIOGO; CEOLIM; CINTRA 2005).

Outro fato relevante a ser mencionado é que as cuidadoras principais dos idosos são na maioria das vezes a esposa e essas também estão na faixa etária maior de 65 anos (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005). Diante do mencionado convém ressaltar que além dessas cuidadoras realizarem o cuidado contínuo com seu cônjuge elas precisam conviver com as mudanças provocadas pelo seu próprio processo de envelhecimento (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Algumas idosas cuidadoras foram questionadas no estudo de Rodrigues; Watanabe; Derntl, (2006), sobre o cuidado que tinham com a sua própria saúde, algumas mencionaram que o tempo disponibilizado para cuidar de seu cônjuge é maior do que o disponibilizado para cuidar de si. Percebe-se que essa condição acarreta o aparecimento de problemas de saúde pelo fato de as cuidadoras prioritariamente atenderem as necessidades do dependente deixando os cuidados consigo em segundo plano. Essa situação também pode acarretar problemas psicológicos, sociais e econômicos, pelo aumento dos gastos com medicações e pela conseqüente diminuição das atividades de lazer.

É constatado que o trabalho do cuidador informal desencadeia, muitas vezes, fatores estressantes que podem afetar a condição de vida da pessoa acarretando em problemas multidimensionais. Alguns desses fatores estressantes são a falta de conhecimento suficiente para atender as necessidades do paciente, o cuidado direto e contínuo, a sobrecarga de trabalho para uma única pessoa, o abandono das atividades de lazer (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005). Em contrapartida, a vida cotidiana de um cuidador não é composta apenas de fatores estressantes, existem também aspectos positivos que podem trazer muitas contribuições para a vida do cuidador informal. O crescimento pessoal, a melhora no relacionamento interpessoal com o próprio idoso e com outras pessoas, prazer, satisfação, aumento do significado da vida, esses são alguns dos fatores positivos elencados pelos próprios cuidadores, segundo alguns estudos (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005).

Em alguns casos o trabalho do cuidador informal não é suficiente, devido ao nível de dependência e debilidade que o idoso possui ou também em decorrência dos fatores estressantes que sobrecarrega o cuidador informal. Torna-se, dessa forma, necessário que os cuidados sejam realizados por cuidadores formais especializados, que dispõe de mais conhecimento para realizar os cuidados ao idoso dependente.

Os cuidadores formais necessitam de capacitação para atuar em atividades de recuperação e prevenção de perdas com relação à saúde e também para manter a capacidade

funcional do idoso e controlar os fatores que interferem na saúde dessa população. Para que essa capacitação seja efetiva é preciso que haja interação entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (DIOGO; CEOLIM; CINTRA, 2005). Com essa parceria a capacitação dos recursos humanos se torna mais produtiva de modo que a teoria concebida no ensino profissional pode ser complementada com a prática dos serviços de saúde o que aprimora de forma mais eficaz os conhecimentos dos profissionais.

Necessita-se investir continuamente na capacitação dos profissionais, voltando-se para a abordagem multidimensional e interdisciplinar da pessoa idosa (MARIN et al., 2008b). O cuidado prestado ao idoso deve ser integral, levando em consideração o ambiente em que este está inserido, dessa forma necessita-se de várias áreas de atuação para que o cuidado beneficie o idoso em todas as dimensões. E ainda há uma concepção onde é enfatizado que o profissional precisa utilizar a fé e a religião, para dessa forma ajudar o indivíduo a iniciar as mudanças necessárias para enfrentar o processo de adoecimento (VALENTE; BACHION; MUNARI, 2004). Essa também é uma forma de capacitar o funcionário para que o mesmo seja provido de instrumentos como a religião, que possam melhorar a condição de saúde do paciente, proporcionando bem estar espiritual ao mesmo.

Marin et al., (2008b), realizou estudo com profissionais atuantes em uma estratégia de saúde da família (ESF) foi constatado que deve-se desenvolver ações voltadas as famílias e ao ambiente em que vivem, priorizando aspectos preventivos, curativos e de reabilitação. Para que essas ações sejam realizadas com sucesso é necessária a criação de vínculos e laços de compromisso entre os profissionais e a comunidade. Com relação ao idoso, os profissionais reconhecem que para o idoso e a melhoria de suas condições de vida é necessário desenvolver ações de participação, interação, lazer e acesso as tecnologias.

Contudo verifica-se que os profissionais do ESF atuam isoladamente, apesar de fazer parte de uma equipe, não incluindo a participação dos usuários e não compartilhando saberes isso foi comprovado quando mencionado pelos usuários que não há interação entre os saberes da equipe e dos usuários (MARIN et al., 2008b). O profissional deve interagir com o usuário, fornecendo orientações aos mesmos, de forma que sejam esclarecidas todas as suas dúvidas para maior satisfação do paciente e prevenção de agravos. O atendimento deve ser realizado com responsabilidade por parte do profissional respeitando todos os princípios éticos para prestação desse procedimento.

Nesta categoria verificou-se, que a diferença entre os dois profissionais é que o cuidador formal tem especialização profissional para praticar o cuidado, enquanto que o cuidador informal é, geralmente, a pessoa mais próxima do idoso dependente. Sendo relevante

mencionar que tanto o cuidador formal como o informal, precisam de apoio para se desenvolver e capacitação para desempenhar o cuidado de maneira mais satisfatória.

5.1.2.3 Políticas

Esta temática foi composta por 5 (cinco) artigos e apresenta os autores: MIYATA et al., 2005. GALISTEU et al., 2006. RODRIGUES et al., 2007. SOUSA; SILVER, 2008 e PAVARINI et al., 2008. Esses artigos serão discutidos a seguir.

Uma população que está envelhecendo necessita de políticas adequadas, pois tem crescente necessidade de assistência. As políticas voltadas para idosos lhes propiciam a saúde durante toda a vida, prevenção de doenças, tecnologia de assistência e vários outros benefícios. Com a efetivação dessas políticas, pode-se reduzir os níveis de incapacidade associados à velhice e permitir a diminuição dos custos orçamentários (MIYATA et al., 2005).

Tem-se como política criada para atender as necessidades do idoso a Política Nacional de Saúde do Idoso (PSNI) a qual possui algumas diretrizes que visam a promoção do envelhecimento saudável para a manutenção da capacidade funcional e autonomia (GORDILHO et al., 2000). A PSNI é de fundamental importância para que se tenha qualidade no atendimento prestado ao idoso de acordo com as suas individualidades, essa política visa atender o idoso de forma integral proporcionando dessa forma um envelhecimento saudável com autonomia e independência.

O idoso é amparado hoje, não só pela PSNI, mas também pelo estatuto do idoso, que assegura os direitos da pessoa idosa. Alguns dos direitos preconizados pelo estatuto são: 1) atendimento integral pelo SUS; 2) atendimento geriátrico em ambulatórios; 3) atendimento domiciliar; 4) fornecimento de medicamentos, próteses e órteses; 5) direito a acompanhante; 6) treinamento dos profissionais de saúde, dos cuidadores familiares e dos grupos de auto-ajuda (BRASIL 2003). O estatuto, além dos direitos referentes a saúde, menciona sobre aspectos como direito a vida e a liberdade, o alimento, a assistência social e medidas de proteção e acesso à justiça contra crimes (RODRIGUES et al., 2007).

A maioria dos idosos desconhece seus direitos, em decorrência disso, passa por situações que poderiam ser evitadas com o conhecimento das normas do estatuto como, por exemplo, o direito de ter profissionais bem treinados e especializados de acordo com as suas especificidades. Esse é um dos direitos que, muitas vezes, não é cumprido pelas instituições

de saúde, adaptando um profissional que não tem competência para atuar com idosos, prejudicando a saúde da população. Com isso se torna essencial o conhecimento de todos os direitos que compõe o estatuto do idoso, pois assim pode-se evitar vários transtornos e constrangimentos.

Todas essas ações que compreendem a PSNI e o Estatuto do Idoso estão aquém do esperado, pois as iniciativas do governo para implantar as políticas estão retraídas, sendo que na maioria das vezes, as iniciativas para desenvolver as ações partem da sociedade civil organizada e não do governo (MIYATA et al., 2005). Acredita-se que as políticas não são seguidas como deveriam pelo fato de que o governo não estabelece a devida importância para que essas sejam cumpridas de modo que os objetivos das ações preconizadas pelas políticas não são alcançados.

Além das políticas mencionadas anteriormente, existe a Política Nacional de Atenção Básica, essa preconiza atender os usuários incluindo os idosos, com o objetivo de detectar agravos mais precoces, realizar buscas ativas e educação à saúde para resolver os problemas de saúde, porém, com tecnologias simples (BRASIL, 2006). Essa política tem significativa importância, pois se seguida corretamente, pode reduzir significativamente o número de internações hospitalares, de maneira que tenta detectar o problema antes que o mesmo se agrave, prevenindo o aumento de doenças através da educação em saúde.

Sousa; Silver, (2008) enfatizam um programa que é direcionado para a população feminina, este se denomina Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Com o aumento significativo de mulheres no Brasil, devido a esse público procurar consideravelmente a atenção do profissional se preocupando mais com a saúde, é primordial seguir a proposta deste programa.

O PAISM baseia-se na proposta de assistência primária e integral à saúde da população, isso é o que diferencia o PAISM das propostas anteriores, onde a assistência era voltada apenas para a saúde reprodutiva da mulher. Contudo as pessoas idosas continuaram sendo consideradas apenas atividades de prevenção e controle do câncer do colo útero e de mama, e a identificação e controle de outras patologias que são mais suscetíveis a este grupo (SOUSA; SILVER, 2008). As ações referentes à saúde da mulher estão sendo eficazes na prevenção e detecção precoce de doenças, atendendo a mulher em sua integralidade considerando o ambiente que ela vive, o qual é essencial para melhorar a saúde dessa população podendo acarretar em menores índices de mortalidade feminina.

Em 2006 foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPI), na qual discorre que a atenção a saúde do idoso tem como porta de entrada o programa de saúde da

família (PSF), isto é, promover e recuperar a saúde da população com a integralização da família (PAVARINI et al., 2008). O PSF é um programa com propostas que pode melhorar consideravelmente a saúde da população, pois tem a oportunidade de avaliar o foco do problema, devido às ações desse programa serem vinculadas a família, com a criação de vínculos com a população, proporcionando aos usuários maior liberdade para expor seus problemas, facilitando o trabalho da equipe na prevenção de doenças, evitando conseqüentes hospitalizações.

A intervenção em programas de saúde, políticos e sociais é proporcionada pela avaliação das condições de vida do idoso que tem importância tanto social como científica (GALISTEU et al., 2006). Para a criação de políticas que realmente beneficiem a população é necessário avaliar as condições em que a população vive para atender suas maiores necessidades. Existem muitas políticas que visam o bem-estar dos idosos e da população em geral, porém muitas vezes elas não são seguidas devidamente, acarretando dificuldades que poderiam ser evitadas com o devido cumprimento das diretrizes.

5.2 Perfil do idoso residente em Uruguaiana/RS

Para que o perfil do idoso fosse traçado foram entrevistados 296 idosos, logo após foi utilizado o programa BioEstat 5.0 para fazer a seleção da amostra, que se deu de forma aleatória, permanecendo 225 entrevistas para análise dos dados, sendo que destas, 140 (62,22%) eram mulheres idosas e 85 (37,78%) eram homens idosos.

O instrumento para coleta de dados iniciou com as características: sexo, faixa etária e estado civil, esses dados estão expostos na tabela 9 (nove) a seguir:

TABELA 9

Distribuição de idosos de ambos os sexos, segundo faixa etária e estado civil. Uruguaiana/RS, 2010.

Sexo	Números	Faixa etária			Estado civil				
		60 a 70	71 a 80	Mais de 81	Casado	Solteiro	Viúvo	Separado	Outros
F	140 idosas	89	40	11	44	15	65	13	3
M	85 idosos	57	20	8	47	13	16	4	5

Percebeu-se, conforme os dados expostos, que o número de idosas entrevistadas foi consideravelmente maior (62,22%) que o número de idosos (37,78%), apresentando diferença de (24,44%) a mais em mulheres. Com isso torna-se claro que a mulher idosa freqüenta mais o serviço de saúde, cuidando e preocupando-se mais com ela, fato que pode ser confirmado com o estudo de Gomes; Nascimento; Araújo (2007) o qual menciona que todos os homens entrevistados em sua pesquisa concordam que procuram menos o serviço de saúde que as mulheres, esses autores concluem que esse fato se deve as mulheres serem mais ligadas à prevenção de doenças que os homens.

Referente à faixa etária, os dados evidenciam que 89 (63,57%) das idosas entrevistadas, apresentaram idade entre 60 e 70 anos, 40 (28, 57%) entre 71 e 80 anos e apenas 11 (7,86%) eram maiores de 81 anos. Com relação aos homens idosos, 57 (67,06%) tinham entre 60 e 70 anos, 20 (23, 53%) entre 71 e 80 anos e apenas 8 (oito) (9,41%) eram maiores de 81 anos.

Foi predominante a faixa etária entre 60 e 70 anos em idosos de ambos os sexos, com isso, pôde ser comprovada a estatística de que a expectativa de vida dos gaúchos pode chegar a aproximadamente 75 anos, acredita-se que estes dados estejam associados às melhores condições sanitárias, socioeconômicas e sociais do estado do Rio Grande do Sul (UFRGS, 2008).

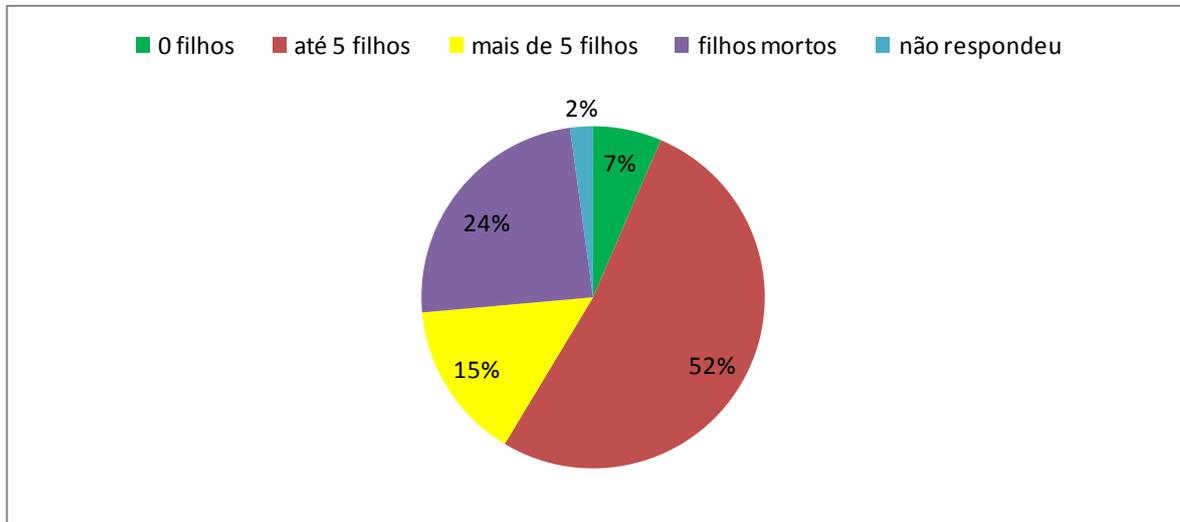
Verificou-se também, que a porcentagem de idosos homens maiores de 81 anos é 1,55% maior que a nas mulheres, sugerindo que o homem vive mais. Dado que contradiz vários estudos, como o de Braga e Lautert (2004), Marin et al. (2008a) e Sousa e Silver (2008) que colocam que as mulheres têm maior longevidade.

Com relação ao estado civil, os dados mais relevantes foram que a maioria 65 (46,42%) da população idosa feminina entrevistada era viúva, já os idosos do sexo masculino, grande parte 47 (55,29%) relatou ser casado. Segundo Leal et al. (2009), isso pode ser explicado pelo fato de que a mulher possui maior dificuldade de se casar novamente após a viuvez, ao contrário dos homens idosos, essa mesma autora menciona também que em nossa sociedade existem normas sociais e culturais que favorecem o homem, lhes possibilitando novos casamentos até mesmo com mulheres mais novas.

A seguir, no gráfico 1 serão expostos dados relacionados ao número de filhos em idosas.

GRÁFICO 1

Idosas quanto ao número de filhos. Uruguaiana/RS, 2010.

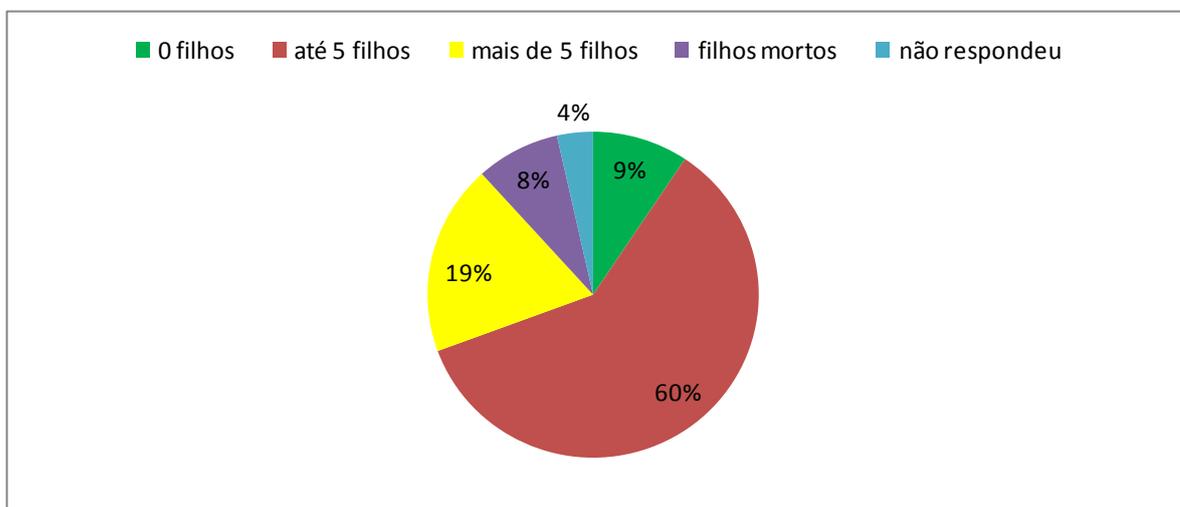


Analisando o gráfico, verificou-se que 73 (52%) das 140 idosas entrevistadas possuem até 5 (cinco) filhos, 21 (15%) possui mais de 5 (cinco) filhos, 34 (24%) referiram ter perdido filhos e apenas 9 (nove) (7%) das idosas mencionou não ter tido filhos.

Quanto ao sexo masculino (GRÁFICO 2) a maioria 51 (60%) dos 85 idosos que participaram da pesquisa, mencionaram ter até 5 (cinco) filhos, 16 (19%) mais de 5 (cinco) filhos, 7 (sete) (8%) dos idosos ressaltaram ter perdido filhos e 8 (oito) (9%) relataram não ter tido filhos.

GRÁFICO 2

Idosos quanto ao número de filhos. Uruguaiana/RS, 2010.



Observado os dados mencionados anteriormente percebeu-se que a maioria (56,07%) dos idosos de ambos os sexos possuem até 5 (cinco) filhos, isso mostra a diminuição do tamanho das famílias com o passar dos anos, de modo que antigamente o número de filhos era consideravelmente maior. Como pode ser comprovado em estudo realizado há 13 anos na cidade de Porto Alegre/RS, onde a incidência era de 6 (seis) filhos ou mais em 35, 02% dos entrevistados (CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO 1997).

Baseado em dados do IBGE (2009) nos últimos 40 anos o tamanho das famílias reduziu significativamente pela queda na fecundidade, com isso o terceiro milênio começa com grandes mudanças nas famílias brasileiras.

Os idosos entrevistados responderam também sobre questões de moradia, com relação a residir sozinhos ou acompanhados, os dados foram apresentados na tabela 10 (dez) que se encontra na sequência.

TABELA 10

Distribuição dos idosos com relação a dividir moradia. Uruguaiana/RS, 2010.

Atualmente o senhor (a) mora?	Sexo feminino	Sexo masculino
Sozinho	30	15
Com companheiro	43	58
Com filhos	62	29
Com amigos	2	0
Com parentes	23	11
Em instituição	0	0
TOTAL	160	113

Constatou-se, observando os dados na tabela 10 (dez), que a maioria 62 (38,75%) das idosas entrevistadas reside com os filhos, 43 (26,87%) reside com o companheiro, 30 (18,75%) moram sozinhos, 23 (14,37%) com parentes e 2 (1,25%) com amigos. Com relação aos idosos do sexo masculino 58 (51,32%) dos entrevistados vivem com a companheira, 29 (25,66%) vivem com os filhos, 15 (13,27%) vivem sozinhos e 11 (9,73%) com parentes.

Com estes dados percebeu-se, que é predominante o número de idosas que residem com os filhos (38,75%) e quanto aos homens idosos, à grande maioria (51,32%) residem com a companheira. Com relação ao alto índice de idosas viverem com os filhos, estudiosos da terceira idade consideram isso fundamental, pois estimula a afetividade e sociabilidade (IBGE 2009).

Convém ressaltar, que estas porcentagens confirmam o que foi mencionado anteriormente por Leal et al. (2009), que o homem como tem maior índice de novos

casamentos, vivem em sua maioria com a companheira, explicação que se enquadra na alta porcentagem (18,75%) de mulheres que vivem sozinhas a qual é maior que a do homem (13,27%). Acredita-se também que o fato de existir mais mulheres idosas sozinhas pode ser um fator do alto índice de depressão em mulheres, pois conforme Silva; Cunha (2008) a mulher tem maior risco de depressão por fatores desencadeantes nessa faixa etária como a perda do companheiro.

O total de respostas entre ambos os sexos foi maior que o número de idosos entrevistados, pois alguns idosos responderam mais de uma alternativa, como por exemplo, que residem com os filhos e mais o companheiro.

Ainda com relação à moradia, os idosos foram questionados sobre as condições em que moram e os dados estão expostos na tabela 11 que precede essa discussão.

TABELA 11

Distribuição dos idosos com relação ao tipo de moradia. Uruguaiana/RS, 2010.

Tipo de moradia	Sexo feminino	Sexo masculino
Casa de madeira	48	32
Com saneamento básico	102	47
Casa de tijolo	96	51
Sem saneamento básico	28	29
TOTAL	274	159

Os entrevistados foram distribuídos conforme o tipo de moradia, e fica evidente que os idosos de ambos os sexos, em sua grande maioria vivem em casa de tijolo com saneamento básico, sendo 198 (72,26%) das idosas e 98 (61,63%) dos idosos. Com relação aos idosos que residem em casa de madeira e sem saneamento básico foram 76 (27,73%) idosas e 61 (38,36%) idosos. Esses dados comprovam mais uma vez as melhores condições socioeconômicas e sanitárias do estado do RS, mencionadas no Diagnóstico Local de Saúde do município de Uruguaiana realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul no ano de 2008 (URGS, 2008).

Este dado é bastante favorável para o município, já que a pesquisa realizada por Alonso no ano de 2007, em outra cidade gaúcha, mostrou que 40% dos idosos brasileiros não possuem saneamento básico em sua residência ou possuem de forma deficiente, o que compromete a condição de vida da população (ALONSO, 2007).

Com a exposição desses dados evidenciou-se que os idosos do município vivem em boas condições de moradia, esses também foram instigados com relação ao valor da renda, a

tabela 12, a seguir, mostra informações sobre o valor individual da renda e também o valor familiar (renda total das pessoas que residem na mesma casa).

TABELA 12

Distribuição dos idosos segundo a renda individual e familiar. Uruguaiana/RS, 2010.

	Qual o valor de sua renda		Renda familiar	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Até 1 salário mínimo	85	40	54	22
Entre 1 e 2 salários	19	25	36	25
Entre 2 e 3 salários	7	8	17	11
Mais de 3 salários	8	8	14	12
Não possui	18	0	1	0
Não respondeu	3	4	9	14
Não sabe	0	0	9	1
TOTAL	140	85	140	85

A renda mensal dos entrevistados foi agrupada em frações do salário mínimo vigente em 2010, que é de R\$ 510,00, segundo ministério da previdência (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL).

Foi predominante o ganho de apenas um salário mínimo em ambos os sexos, tanto na renda individual como familiar, sendo que com relação à renda individual 85 (60,71%) das mulheres idosas e 40 (47,05%) dos idosos vivem com apenas um salário mínimo. Dados estes que corroboram com a pesquisa de Alonso (2007) que menciona, que a maioria da população idosa recebe apenas um salário mínimo, sugerindo a inferioridade da condição financeira dos idosos no país.

Com relação aos idosos que recebem mais de um salário mínimo mensal, 19 (13,57%) das idosas possuem rendimento entre um a dois salários mínimos, 8 (oito) (5,71%) três salários mínimos e 18 (12,85%) não possuem renda. Quanto aos idosos 25 (29,41%) apresentam renda entre um a dois salários, 8 (oito) (9,41%) com mais de três salários mínimos e nenhum dos idosos homens entrevistados relatou não possuir renda.

Analisando os dados entre os sexos, constatou-se que a porcentagem de homens idosos que vivem com apenas um salário mínimo é menor em 13,66% com relação às mulheres idosas e que o percentual de idosos que recebem de um a dois salários é 15,84% maior que nas idosas. Outro dado importante é que não existiram, na pesquisa, homens idosos sem nenhum tipo de renda ao contrário das mulheres. Esses achados incitam reflexão sobre o trabalho desenvolvido pelos homens em maior proporção do que as mulheres, uma vez que a renda é predominante de aposentadoria. Talvez isso se deva ao fato de que as mulheres, de um

modo geral, ocupam baixas posições na hierarquia de trabalho e conseqüentemente obtém menor rendimento (IBGE, 2009).

Quanto a renda familiar, 54 (38,57%) das 140 idosas entrevistadas vivem com salário familiar de um salário mínimo, 14 (10%) com mais de três salários e 1 (um) (0,71%) não possui renda familiar. Quanto ao sexo masculino, dos 85 entrevistados 22 (25,88%) vivem com salário familiar de um salário mínimo, 12 (14,11%) com mais de três salários e nenhum relatou não possuir renda familiar. Evidenciou-se, dessa forma, que na renda familiar o salário mínimo também é predominante e que existe uma porcentagem pequena de idosos que não possui renda familiar.

Ainda com relação à renda, para os idosos que declararam possuir esta, perguntou-se sobre a sua origem e deu-se várias opções que estão expostas na tabela 13 apresentada na seqüência.

TABELA 13

Distribuição dos idosos quanto à origem da renda. Uruguaiana/RS, 2010.

Qual a origem de sua renda		
	Feminino	Masculino
Aposentadoria	74	69
Auxílio doença	3	3
Pensão	38	1
Benefício de prestação continuada	4	0
Serviço eventual	5	4
Poupança	0	0
Aluguel	3	1
Salário	7	4
Não sabe	1	0
Outros	11	8
Não respondeu	3	2
Não possui	10	0
TOTAL	159	92

As idosas têm como principal fonte de renda as pensões ou aposentadorias, correspondendo a 112 (70,44%) das entrevistadas, enquanto que para os idosos a maioria 69 (75%) relatou ter a origem da renda vinda apenas da aposentadoria. Tal resultado evidencia a importância desses dois benefícios previdenciários para a sobrevivência dos idosos. Porém, segundo Ohlweiler (2007) essa situação pode gerar conseqüências na estrutura da sociedade e uma delas é o aumento no número de idosos que são o principal sustento da família, tendo filhos, netos e outros familiares como dependentes.

Após serem realizados os questionamentos sobre renda, os entrevistados foram investigados quanto à ocupação e esses dados podem ser vistos na tabela 14 a seguir.

TABELA 14

Idosos distribuídos conforme a sua ocupação atual. Uruguaiana/RS, 2010.

O que o senhor (a) faz atualmente?		
	Feminino	Masculino
Trabalho doméstico	80	17
Trabalho eventual remunerado	9	16
Trabalho fixo remunerado	7	6
Trabalho voluntário	2	5
Serviço permanente	1	1
Nenhuma	28	30
Outra	16	9
Não respondeu	0	1
TOTAL	143	85

Com relação à ocupação atual, 80 (55,94%) das idosas entrevistadas, referiram realizar, atualmente, o trabalho doméstico (do lar). Quanto aos idosos do sexo masculino, a maioria 30 (35,29%) referiu não apresentar nenhuma ocupação. Dado que contradiz o estudo de Benedetti et al. (2008) que menciona que a mulher idosa é mais sedentária.

O total de mulheres que responderam essa pergunta foi maior que o número total de entrevistadas (140), pois algumas delas responderam que realizavam o trabalho doméstico e tem outro tipo de ocupação.

Para definir o perfil do idoso do município de Uruguaiana também foi necessário investigar questões que se referissem à saúde destas pessoas e a primeira pergunta foi para descobrir qual o tipo de serviço de saúde mais utilizado por essa população, os dados serão expostos na sequência com a tabela 15.

TABELA 15

Distribuição dos idosos pelo serviço de saúde que utilizam. Uruguaiana/RS, 2010.

Qual o serviço de saúde que o senhor ou a senhora utiliza?		
	Feminino	Masculino
SUS	108	70
Plano de saúde	23	11
Particular	9	6
Não sabe	0	1
Outros	0	0
TOTAL	140	88

Com estes números constatou-se que a grande maioria 178 (79,11%) dos idosos, de ambos os sexos, responderam que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). Com relação aos idosos que possuem plano de saúde, 23 (16,42%) eram mulheres idosas e 11 (12,5%) eram homens, com relação às consultas particulares foram 9 (nove) (6,42%) mulheres idosas para 6 (seis) (6,81%) homens.

É evidente que ao analisar os dados acima, o número de idosos que realizam consultas particulares possui porcentagem menor que os que utilizam o SUS ou possuem plano de saúde, isso mostra que o poder aquisitivo dos idosos que residem em Uruguaiiana é baixo interferindo bastante na condição de vida e conseqüentemente de saúde. Dados estes que corroboram com a pesquisa de Silva (2003), o qual menciona que a maioria (58%) da população utiliza o SUS e quanto maior a renda da pessoa menor o grau de utilização intensiva do SUS.

O total de homens idosos que responderam essa questão foi maior que o número total de entrevistados, pois alguns responderam que utilizam o SUS, mas possuem plano de saúde ou quando o atendimento é urgente, realizam a consulta particular.

Persistindo nos questionamentos com relação a saúde, perguntou-se a percepção dos idosos entrevistados com relação ao atendimento de saúde que freqüentam e também com relação a sua saúde, a seguir serão mostrados os dados na tabela 16.

TABELA 16
Percepção dos idosos quanto o atendimento de saúde que freqüentam e a sua própria saúde.
Uruguaiiana/RS, 2010.

	O que o senhor (a) acha deste atendimento de saúde que freqüenta?		Na sua opinião, em geral como está a sua saúde?	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Muito bom	35	20	13	18
Bom	89	44	84	57
Precário	5	8	23	7
Ruim	4	3	16	1
Muito ruim	4	5	1	0
Regular*		1	2	1
Não respondeu	3	4	0	1
Estável*			1	
TOTAL	140	85	140	85

* as opções regular e estável, não faziam parte do formulário de questões, elas surgiram a medida que o mesmo foi sendo aplicado.

Quanto ao atendimento de saúde que freqüentam, a maioria dos idosos relatou julgar o atendimento de saúde bom, sendo 89 (63,57%) idosas das 140 entrevistadas e 44 (51,76%) idosos dos 85 entrevistados. Existiu também, 35 (25%) mulheres que julgaram o atendimento muito bom, 5 (cinco) (3,57%) que acham o atendimento precário e 4 (quatro) (2,85%) mencionaram que acham o atendimento muito ruim. Quanto aos homens idosos 20 (23,52%) julgaram o atendimento muito bom, 8 (oito) (9,41%) acham o atendimento precário e 4 (quatro) (4,70%) mencionaram que acham o atendimento muito ruim.

Com esses dados percebeu-se que o número de idosos que julgam o serviço de saúde muito ruim é baixo em relação aos que acham o atendimento bom e muito bom, com isso podemos constatar que os idosos do município estão satisfeitos com o atendimento de saúde que freqüentam. Fato esse, que contradiz o estudo realizado na cidade de Santa Cruz do Sul/RS no ano de 2007, onde constatou-se que há falta de recursos para o bom atendimento das pessoas maiores de 60 anos (OHLWEILER et al., 2007).

No que se refere à percepção a sua saúde, a maioria 141 (62,66%) dos idosos, sendo 84 (60%) idosas e 57 (67%) idosos, referiram ter boa saúde. Dados que corroboram com a pesquisa de Braga e Lautert, (2004) onde a percepção de saúde de idosos entrevistados na cidade de Porto Alegre/RS foi predominantemente boa. Esses dados podem ser explicados por se tratar de idosos onde a maioria dos entrevistados dispõe de saneamento básico, infraestrutura e que tem acesso ao serviço de saúde (BRAGA; LAUTERT, 2004).

Relacionado às participantes femininas, o percentual de idosas que avaliam sua saúde como precária é de 23 (16,42%) e as idosas que referem ter saúde ruim é 16 (11,42%), quanto aos homens idosos entrevistados, apenas 7 (sete) (8,23%) avaliam sua saúde como precária e 1 (um) (1,17%) como ruim. Os dados mostram que o número de idosas que referem ter a saúde ruim ou precária é 18,44% maior em relação aos idosos. Com esses dados é pertinente mencionar que existe a diferença de gênero no que se refere a saúde, pois o índice de degeneração física e biológica é mais acentuado em mulheres (ALONSO, 2007).

Na sequência foram realizadas perguntas relacionadas a aspectos culturais, como por exemplo, o que gostam de fazer nas horas de lazer, também foi realizado questionamento quanto a participação em associações, a exposição dos resultados se deu através da tabela 17 apresentada a seguir.

TABELA 17

Distribuição das atividades realizadas pelos idosos durante o horário de lazer e quanto a participação em associações. Uruguaiana/RS, 2010.

O que o senhor (a) faz nas horas de lazer?		
	Feminino	Masculino
TV	73	41
Radio	41	26
Leitura	25	12
Praça	0	1
Igreja	67	22
Ginástica	13	1
Grupo de idoso	3	0
Viagem	7	0
Caminhada	22	17
Conversar com amigos	23	15
Outros	25	12
TOTAL	229	147
Participa de alguma associação? (caso participe)		
	Feminino	Masculino
Cultural	0	2
Esportiva	1	2
Recreativa	1	0
Religiosa	36	12
Assistencial	0	0
Comunitária	3	3
Sindical	0	1
Política	0	2
Grupo de idosos	5	2
Nenhuma	92	59
Outros	5	2
Não respondeu	0	1
TOTAL	143	86

Com relação às horas de lazer, os idosos de ambos os sexos mencionaram mais de uma opção de resposta, sendo que a maioria 114 (50,66%) referiu que assiste TV. Referente às idosas entrevistadas, 35 (15,28%) realizam ginástica e caminhada para 18 (12,24%) homens idosos.

Esses dados tornam-se preocupantes com relação ao número reduzido de idosos que praticam atividades físicas em relação aos que preferem assistir TV, pois o hábito de se exercitar, dentro de certos limites, é um fator importante para a estimulação de vários órgãos, reduzindo a morbidade ao longo da vida e trazendo vários outros benefícios como a maior flexibilidade, além de tornar os idosos mais resistentes as alterações que chegam com a velhice (PASSOS et al., 2008).

Segundo Gobbi e Menezes (2010), é importante a mudança de hábito como método de prevenção, para melhorar a qualidade de vida e reduzir agravos na saúde, como a obesidade e

doenças cardiovasculares, a enfermagem tem importante papel no que se refere à atuação na promoção e prevenção a saúde em geral, atuando principalmente na atenção primária.

Outra informação importante é que a maioria 151 (65,93%) dos idosos, de ambos os sexos, referiu não participar de nenhuma associação e 48 (20,96%) referiram participar de associações religiosas. Esses dados contradizem aos dados do estudo de Ohlweiler et al., (2007), realizado no Rio Grande do Sul, onde 72,8% dos idosos frequentavam algum tipo de associação voltada para o lazer e convivência.

Após a realização dos questionamentos culturais, foram realizadas perguntas relacionadas a espiritualidade, e as primeiras perguntas foram para saber se os idosos do município possuem fé, e se a resposta fosse sim, perguntou-se fé em que. Os dados referentes a essas perguntas virão na sequência com a tabela 18.

TABELA 18
Distribuição dos idosos quanto à fé, e em que tem fé. Uruguaiana/RS, 2010.

Tem fé em alguma coisa?		
	Feminino	Masculino
Sim	140	80
Não	0	4
Não respondeu	0	1
TOTAL	140	85
Se Sim, em que?		
	Feminino	Masculino
Deus	126	72
Igreja	17	10
Pastor	6	1
Templo	0	0
Buda	0	0
Santos	5	1
Espíritos	3	2
Animais sagrados	0	0
Outros	0	1
Não respondeu	0	4
TOTAL	157	91

Todas as idosas entrevistadas 140 (100%) mencionaram ter fé e 80 (94,11%) dos 85 idosos homens entrevistados, sendo que apenas 4 (quatro) (4,7%) mencionaram não ter fé. Percebeu-se que praticamente uma unanimidade da população entrevistada possui fé em alguma coisa, achados que concordam com o estudo de Valente; Bachion; Munari (2004) que relatam que na terceira idade a religiosidade geralmente é mais acentuada.

A grande maioria respondeu que crê em Deus, embora existissem religiões diferentes. Nessa pergunta os entrevistados responderam mais de uma opção, pois existiram idosos que mencionaram acreditar em Deus e também na igreja.

Aos idosos que mencionaram ter fé, perguntou-se fé em que, os idosos também foram instigados sobre a prática da religião, onde foram fornecidas várias opções de resposta que são expostas na tabela 19 apresentada na sequência.

TABELA 19

Distribuição dos idosos quanto à religião e a pratica da mesma. Uruguaiana/RS, 2010.

Qual sua religião?		
	Feminino	Masculino
Católica	76	46
Espírita	10	6
Judaica	0	0
Evangélica	43	26
Afro-brasileira	3	1
Nenhuma	0	3
Não sabe	0	0
Não respondeu	0	0
Outra	8	3
TOTAL	140	85
É praticante de sua religião?		
	Feminino	Masculino
Sim	120	63
Não	14	19
Não respondeu	6	3
TOTAL	140	85

A maioria 122 (54,22%) dos idosos entrevistados, tanto do sexo feminino quanto do sexo masculino, era da religião católica, também houve achado significativo de 69 (30,66%) idosos que responderam ser da religião evangélica. Esses dados coincidem com o estudo realizado no município de São Paulo por Duarte et al. (2008), no qual a maioria dos idosos (71,1%) eram católicos e em segundo lugar (19,2%) eram evangélicos.

Quanto à prática da religião, a maioria das idosas e idosos, respondeu ser praticante, sendo respectivamente 120 (85,71%) e 63 (74,11%), a porcentagem de idosos que não praticam a religião foi baixa, sendo de 14 (10%) nas idosas e 19 (22,35%) nos idosos. Analisando os dados percebeu-se que a mulher idosa refere ser mais assídua na prática da religião que o homem o que corrobora com o estudo de Duarte et al. (2008), onde a mulher idosa se diz ser mais religiosa e praticante, e em suas estatísticas o número de idosos homens que referiram não ter religião é três vezes maior que o número de idosas.

Ainda no assunto religião, perguntou-se sobre a intensidade da religiosidade conforme a idade, se com o passar do tempo modificou seu pensamento com relação à religião (TABELA 20).

TABELA 20

Distribuição dos idosos com relação à religiosidade no passar dos anos. Uruguaiana/RS, 2010.

Acredita que, com o passar dos anos, o(a) senhor(a):		
	Feminino	Masculino
Ficou mais religioso	75	49
Ficou menos religioso	10	5
Não mudou em relação à religiosidade	52	29
Não sabe	0	1
Não respondeu	1	1
Outro	2	0
TOTAL	140	85

A maioria 124 (55,11%) dos idosos de ambos os sexos respondeu ter ficado mais religioso à medida que foram envelhecendo e apenas 15 (6,6%) mencionaram que ficaram menos religiosos.

Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que segundo Ohlweiler et al., (2007) o envelhecimento acarreta em mudanças biológicas, doenças e alterações no estado emocional e ainda, segundo estudo realizado por Trentini et al. (2005) o idoso se volta mais para a religiosidade como forma de enfrentamento da situação de vida, muitas vezes acompanhada de patologias. Essas mesmas autoras mencionam que a enfermagem pode contribuir para aceitação da condição de vida, incentivando e organizando grupos de convivência para desenvolver a espiritualidade, sociabilidade, troca de experiências e aprendizado.

Nesta pesquisa de campo, os idosos também responderam questionamentos pessoais ligados ao envelhecimento, um desses, foi com relação à longevidade, as opções foram expostas na tabela 21 apresentada na sequência.

TABELA 21

Percepção dos idosos quanto ao que faz uma pessoa ter a vida longa. Uruguaiana/RS, 2010.

Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter vida longa é?		
	Feminino	Masculino
A alimentação adequada	82	39
O destino	5	7
A vida organizada	26	15
O trabalho	19	13
A ocupação	17	9

Os hábitos saudáveis	52	31
Gostar de viver	38	20
Não sabe	3	3
Não respondeu	2	5
Outros	22	14
TOTAL	266	156

As alternativas mais escolhidas pelos idosos, de ambos os sexos, foram a alimentação adequada com 128 respostas (30,33%) e hábitos saudáveis com 83 (19,66%). A alternativa menos escolhida foi o destino com apenas 12 (2,84%) respostas.

Esses dados concordam com os dados mencionados no estudo de Braga e Lautert (2004), já que 92,27% dos idosos entrevistados em seu estudo consomem com frequência vegetais, verduras, frutas, leite e carne branca, tendo assim uma alimentação adequada. Estes mesmos autores comentam sobre os hábitos saudáveis de vida, relatam que em seu estudo, quanto ao hábito de fumar, a maioria 83,64% mencionou não ter esse hábito, constatou-se que os idosos de seu estudo priorizam os hábitos saudáveis de vida.

Outro questionamento a respeito do envelhecimento foi quanto à percepção dos idosos sobre o quesito mais importante na vida, os dados alcançados compõem a tabela 22.

TABELA 22

Percepção dos idosos quanto ao que é mais importante na vida. Uruguaiana/RS, 2010.

Para o senhor (a) o que é mais importante na vida?		
	Feminino	Masculino
Dinheiro	10	15
Educação	19	19
Família	98	46
Trabalho	11	11
Religião	26	13
Lazer	8	5
Respeito	16	11
Segurança	10	7
Valorização	3	4
Amor	26	15
Saúde	58	34
Não sabe	0	0
Não respondeu	1	1
Outros	7	5
TOTAL	293	186

A grande maioria dos idosos, tanto do sexo masculino como feminino, mencionam que o mais importante é a família 144 (30,06%) e a saúde 92 (19,20%). As opções menos escolhidas foram o dinheiro 25 (5,21%), o lazer 13 (2,71%) e a valorização 7 (sete) (1,46%).

Esses dados corroboram com o estudo de Martins et al., (2007) em estudo realizado na cidade de São Paulo, pois os idosos entrevistados declararam que a família é extremamente importante, pelo contato afetivo, pelo cuidado e também pelas relações familiares em si. Com relação aos idosos responderem que a saúde é mais importante na vida, em estudo sobre as condições de vida dos idosos da cidade de Porto Alegre/ RS é mencionado que essa é a preocupação que mais atinge os idosos pelas alterações do próprio processo de envelhecimento (CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO, 1997).

Outro dado a ser comentado é que uma das opções menos consideradas como mais importante na vida para os idosos foi o dinheiro, este achado é bastante considerável e positivo, pois embora 60,71% das idosas e 47,05% dos idosos entrevistados se manterem apenas com um salário mínimo, eles não priorizam o dinheiro e sim a família e a saúde.

Ainda relacionado ao envelhecimento os idosos que participaram da pesquisa também opinaram sobre o principal problema que gostariam de resolver urgentemente em nosso país (TABELA 23).

TABELA 23

Percepção dos idosos quanto ao maior problema do país que gostariam de resolver.
Uruguaiana/RS, 2010.

Escolha o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência no nosso país:		
	Feminino	Masculino
Corrupção dos políticos	28	25
Falta de assistência à saúde	27	20
Crianças marginalizadas	33	23
Crise dos valores religiosos	5	4
Crise dos valores éticos	2	3
Crise de família	7	5
Desemprego	24	9
Alcoolismo e droga	71	33
Concentração de renda	1	3
Destruição dos recursos e do ambiente natural	4	4
Criminalidade, violência e corrupção	44	18
Política educacional inadequada	4	7
Inflação	1	1
Incompetência do Governo	7	5
Não sabe	2	3
Não respondeu	2	2
Outros	6	3
TOTAL	268	168

Segundo as mulheres idosas os principais problemas a serem resolvidos no país são o alcoolismo e as drogas com 71 (26,49%) e também a criminalidade, violência e corrupção

com 44 (16,41%). Quanto aos homens idosos entrevistados 33 (19,64%) também acham que o alcoolismo e as drogas são o maior problema que gostariam de resolver e outra questão que mencionaram é a corrupção dos políticos com 25 (14,88%) respostas.

Verificou-se com estas respostas, a importância de projetos e campanhas que tentem amenizar esses problemas para melhor conforto e segurança não só para os idosos como para toda população brasileira.

5.3 Avaliação da capacidade funcional do idoso

Para avaliar a capacidade funcional do idoso nas atividades da vida diária e sua participação social, atendendo ao terceiro objetivo específico deste trabalho, foram realizados vários questionamentos relacionados às atividades do cotidiano do idoso. Os questionamentos iniciais foram referentes às atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), que são atividades mais complexas que exigem maior grau de independência, ou seja, capacidade de cuidar de sua vida (MORAES et al., 2008).

Todas as AIVD, juntamente com os dados obtidos com essas questões, estão dispostas na tabela 24 apresentada a seguir, convém ressaltar que muitos idosos não responderam essas questões, dessa forma para realizar as porcentagens, foram excluídos os idosos que não responderam.

Tendo em vista que os fatores associados à incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais foram semelhantes entre os sexos, optou-se por apresentar a discussão da amostra total e apenas em dados onde a diferença entre os sexos existiu, a análise foi realizada de forma separada.

TABELA 24

Idosos quanto à realização das atividades instrumentais da vida diária. Uruguiana/RS, 2010.

	Sem ajuda		Com ajuda parcial		Incapaz		TOTAL de pessoas que responderam	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Você é capaz de preparar as suas refeições?	127	73	9	7	2	2	138	82
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?	123	72	8	7	3	1	134	80
Você é capaz de fazer compras?	112	72	19	5	3	3	134	80

Você é capaz de controlar seu dinheiro ou finanças?	122	72	6	5	4	1	132	78
Você é capaz de usar o telefone?	109	61	16	3	6	9	131	73
Você é capaz arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?	119	70	14	7	4	4	137	81
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?	123	64	7	6	7	7	137	77
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	113	75	20	6	4	1	137	82

Com relação às AIVD todos os idosos que aceitaram responder essas questões, em sua maioria, responderam que conseguem realizá-las sem ajuda com média de 87,9%, sendo 87,65% das idosas que participaram da pesquisa e 88,22% dos idosos.

Porém, com relação à capacidade de fazer compras e de sair de casa sozinha para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais, existiu diferença significativa nas porcentagens entre homens idosos e mulheres idosas.

Com relação à capacidade de fazer compras 112 (83,58%) das idosas mencionaram realizar essa tarefa sem ajuda, 19 (14,17%) necessitam de ajuda parcial e apenas 3 (três) (2,23%) são incapazes. No que diz respeito aos idosos do sexo masculino 72 (90%) fazem compras sem ajuda, 5 (cinco) (6,25%) necessitam de ajuda parcial e apenas 3 (três) (3,75%) são incapazes.

Direcionado a capacidade de sair de casa sozinha para lugares mais distantes, usando algum transporte, 113 (82,48%) das idosas mencionaram realizar essa tarefa sem ajuda, 20 (14,59%) necessitam de ajuda parcial e apenas 3 (três) (2,18%) são incapazes. Quanto aos homens idosos, 75 (91,46%) realizam essa atividade sem ajuda, 6 (seis) (7,31%) necessitam de ajuda parcial e apenas 3 (três) (3,65%) são incapazes.

Com esses dados, percebeu-se que embora a maioria (86,88%) dos idosos de ambos os sexos realizarem essas atividades sem ajuda, os dados mostram que a mulher idosa apresenta maior dificuldade (28,76%) necessitando mais de ajuda parcial que o homem idoso (13,56%), talvez esse fato esteja ligado à capacidade de mobilidade e nível de dependência. A mobilidade é essencial para a execução das atividades da vida diária, tanto básicas como instrumentais (MORAES; MAGALE, 2008). Segundo Moraes et al. (2008), outro aspecto que interfere nesse item é que a mulher idosa ao envelhecer é mais dependente e frágil fisicamente que o homem.

Um comparativo importante a ser realizado é com relação ao estudo de Duca; Silva; Hallal (2009), realizado na cidade de Pelotas/RS, onde a maioria dos idosos entrevistados

apresentava essas mesmas dependências como mais freqüentes, isto é, para realizar deslocamentos utilizando algum meio de transporte (82,4%), em fazer compras (83,9%).

Outro ponto a ser comentado, onde as porcentagens diferenciaram-se é com relação ao uso do telefone, novamente a maioria respondeu que usa o aparelho de telefone sem necessitar de ajuda, sendo 109 (83,20%) das 131 idosas que responderam a questão e 61 (83,56%) dos 73 idosos. Para opção de usar o telefone com ajuda parcial foram 16 (12,21%) mulheres idosas para apenas 3 (três) (4,10%) idosos e quanto a incapacidade de utilizar o aparelho foram 6 (seis) (4,58%) idosas para 9 (nove) (12,32%) idosos.

Observando os dados acima, percebeu-se que embora a maioria dos idosos não necessite de ajuda para realizar essa atividade, a mulher idosa precisa mais de ajuda parcial que o homem, contudo o homem é mais incapaz que a mulher. Este achado sugere que a maioria (12,32%) dos homens idosos não utiliza o telefone, nem com ajuda parcial, isto é, são incapazes.

Por fim, outro questionamento onde emergiram dados mais desparelhos foi com relação à capacidade de lavar e passar suas roupas, de modo que 123 (89,78%) das idosas realizam essa atividade sem ajuda, 7 (sete) (5,1%) necessitam de ajuda parcial e 7 (sete) (5,1%) são incapazes. Quanto aos homens idosos, 64 (83,1%) mencionaram lavar e passar suas roupas sem ajuda, 6 (seis) (7,79%) necessitam de ajuda parcial e 7 (sete) (9,09%) são incapazes.

Esses dados mostram que o percentual de idosas que realizam essa atividade sem ajuda é 6,68% maior que nos homens idosos e com relação à incapacidade de realizar essa tarefa o homem idoso é 4% mais incapaz que a mulher idosa. Fato que pode estar ligados a questões culturais ainda fortes no RS, isto é, as mulheres são educadas para os afazeres domésticos e aos homens para o sustento da família, com o envelhecimento vem a aposentadoria e o tempo livre aumenta, mas na maioria das vezes, os homens idosos ficam descompromissados com os afazeres domésticos (BENEDETTI et al., 2008).

Ainda para avaliar a capacidade funcional, foram realizadas perguntas relacionadas às atividades básicas da vida diária (ABVDs) que, segundo Moraes et al. (2008), é a realização de tarefas mais simples, pessoais e diárias. Nessas ABVDs estão incluídas questões de autocuidado, como por exemplo, tomar banho, vestir-se, alimentar-se, quanto à mobilidade como ir ao banheiro, ir da cama para a cadeira e questões fisiológicas como controlar as fezes e a urina.

Cabe ressaltar que neste caso não foi necessário excluir os idosos que não responderam essas questões pelo fato de que o número de idosos, tanto do sexo feminino

quanto do sexo masculino, que não responderam foi praticamente o mesmo, não interferindo nas porcentagens. As questões referentes às ABVDs e os resultados obtidos com as mesmas, estão expostas na sequência com a tabela 25.

TABELA 25

Idosos de **ambos os sexos** quanto a questões referentes ao auto-cuidado, a mobilidade e questões fisiológicas. Uruguaiana/RS, 2010.

	Sem ajuda ou totalmente		Com ajuda parcial ou parcialmente		Incapaz		Não respondeu		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Você consegue tomar banho?	133	78	0	1	0	0	7	6	140	85
Você consegue vestir-se?	135	81	0	1	1	0	4	3	140	85
Você consegue ir ao banheiro?	136	81	0	1	1	0	3	3	140	85
Você consegue ir da cama para a cadeira?	134	80	2	1	0	0	4	4	140	85
Você consegue controlar as fezes e a urina?	125	79	12	3	0	0	3	3	140	85
Você consegue alimentar-se?	137	82	0	0	0	0	3	3	140	85

Com relação às ABVD, todos os idosos entrevistados, 140 mulheres e 85 homens, em sua maioria responderam em todos esses questionamentos que conseguem realizar todas as ABVD mencionadas, sem ajuda, com média de 94,77%, sendo 95,23% das idosas que participaram da pesquisa e 94,31% dos idosos.

Esses dados concordam com o estudo de Ohlweiler et al. (2007), onde as questões relativas a caminhar, levantar da cadeira, deitar e levantar da cama, tomar banho, comer, vestir-se são classificadas pelos idosos que participaram de seu estudo como fáceis.

Porém, um dado importante a ser mencionado é quanto a capacidade de controlar as fezes e a urina, pois embora a maioria dos idosos tenha referido conseguir controlar em 125 (89,28%) das idosas e 79 (92,94%) dos idosos, existiu uma porcentagem considerável de idosos que controla parcialmente a urina e as fezes, sendo 12 (8,57%) idosas e 3 (três) (3,52%) idosos. Tal resultado mostra as mulheres idosas possuem maior dificuldade em controlar a urina e as fezes que os homens idosos.

Concernente a isso, Moraes; Santos; Silva (2008), afirmam que fisiologicamente não há diferença significativa quanto a problemas geniturinários e gastrointestinais entre homens e mulheres, dizem ainda que a prevalência do aumento miccional e incontinência urinária aumentam com a idade. O mesmo autor ainda menciona que as funções do intestino são pouco afetadas no envelhecimento devido à grande reserva funcional, porém em idosos mais

frágeis existem problemas como a impactação e a incontinência fecal de natureza multifatorial.

O instrumento utilizado na coleta dos dados também era composto por duas questões subjetivas, a primeira questão era a seguinte: Descreva-me como foi o seu dia hoje? E ontem o que fez? As respostas foram categorizadas e surgiram três categorias, são elas: atividades do cotidiano, lazer e auto-cuidado, essas categorias são tanto para os idosos como para as idosas.

Com relação as atividades do cotidiano, referente aos idosos do sexo masculino, as respostas mais freqüentes foram a realização de atividades braçais como IDM₁² “*arrumei a janela que quebrou o vidro*”, IDM₂ “*trabalhei na horta*”, IDM₃ “*fiquei em casa limpando o pátio e tirando a sujeira*”. No cotidiano das idosas foram referidas atividades domésticas, de dentro de casa como IDF₁ “*limpei a casa, varri a área, lavei roupa e cozinhei*”.

Estes dados condizem com a citação de Benedetti et al. (2008) quando diz que isso está ligado a questões culturais, isto é, a mulher cuida dos afazeres de dentro de casa e os homens fazem o trabalho mais pesado.

Quanto ao lazer a maioria dos idosos, do sexo masculino, responderam atividades como, IDM₁ “*fiquei deitado olhando televisão*”, IDM₂ “*escutei meu programa de radio*”, e as idosas responderam em sua maioria IDF₁ “*li e olhei televisão*”, IDF₂ “*fui na igreja*”, IDF₃ “*fui passear na casa da amiga*”. Essas falas estão coerentes com as porcentagens mencionadas acima com a questão, o que você faz nas horas de lazer? sendo as opções mais escolhidas a TV, o radio e a igreja.

Também foram mencionadas, em idosos de ambos os sexos, questões do auto-cuidado como “*levantei, fiz a higiene e vim tomar a vacina*”, “*tomei banho e fiz a barba*”, “*levantei, me escovei e tomei meus remédios*”.

Ao longo dessas falas pode-se concluir que as idosas estão mais envolvidas com o convívio social e atividades domésticas, já os homens com o trabalho pesado do cotidiano. Segundo Ribeiro e Schultz, (2007), a presença de interação social contribui para melhor enfrentamento de situações do cotidiano, colaborando também na manutenção a saúde. Fato esse que pode sugerir melhor qualidade de vida.

A segunda pergunta descritiva era: Sente dificuldade em realizar alguma atividade específica? Qual?

As respostas mais freqüentes de acordo com dificuldades diárias dos idosos do sexo masculino estavam relacionadas a atividades que exigiam força como IDM₁ “*tenho*

² ID- idoso M- masculino F- feminino

dificuldade em fazer força e carregar peso”, IDM2 “tenho dificuldade de caminhar ligeiro”, IDM3 “não posso virar canteiro, pelo problema na coluna” IDM4 “Sinto dificuldade em fazer sexo”. As maiores dificuldades referidas pelas idosas foram IDF1 “tenho dificuldade para caminhar sozinha e andar de ônibus, pois meus joelhos doem”, IDF2 “sim, varrer, lavar roupa”, IDF3 “me abaixar e me levantar, pela coluna”.

Esses dados comprovam o que foi mencionado no estudo de Ohlweiler et al. (2007), onde os idosos entrevistados mencionaram ter maior dificuldade em realizar atividades como “correr”, “carregar peso” e “abaixar/ ajoelhar”.

Convém mencionar também, que o número de idosos que referiram não ter dificuldade alguma na realização das atividades foi bastante considerável, sendo 48 (56,47%) dos 85 idosos entrevistados e 68 (48,57%) das 140 idosas entrevistadas. Concluiu-se com esses dados, que praticamente metade da população idosa entrevistada não apresenta dificuldades na realização das atividades, a população é bastante ativa, e essa é uma característica importante para se ter boa condição de vida e saúde. Contudo, deve-se levar em consideração que só participaram da pesquisa idosos que tinham a capacidade de ir ao posto se vacinar e, talvez por isso, a maioria dos idosos fosse mais ativo.

5.4 Banco de Dados de domínio público

Para atender ao quarto e último objetivo específico, foi construído um Banco de Dados de domínio público referente às condições de vida do idoso residente em Uruguaiana/RS. A tabulação dos dados foi realizada na forma de gráficos e tabelas confeccionados no Word, onde foram expostos todos os resultados da pesquisa.

Todos os resultados expostos nas tabelas e gráficos, juntamente com resumo da pesquisa foram disponibilizados para domínio público no site da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) (www.unipampa.edu.br). O banco de dados também foi entregue na secretaria de saúde da cidade de Uruguaiana/RS, para que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento das condições em que vivem os idosos do município e para poderem utilizar estes dados para desenvolver ações que contribuam para a melhoria das condições de vida das pessoas maiores de 60 anos. Este fato reafirma a responsabilidade das pesquisas e da divulgação dos seus resultados, bem como o compromisso com a sociedade como um todo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a revisão integrativa verificou-se o grande número de profissionais enfermeiros que discorrem sobre a condição de vida do idoso, que se sobressai em comparação aos profissionais de outras áreas. Outro fator relevante foi a predominância de trabalhos publicados no ano de 2008, com aumento contínuo e gradativo, o que leva a concluir que é preliminar e crescente o interesse dos autores com relação às condições de vida do idoso, talvez pela atual preocupação com o aumento quantitativo da população idosa.

A revisão integrativa trouxe a concepção de quão importante são as pesquisas referentes à condição em que o idoso vive, de modo que propicia e facilita a criação de estratégias e políticas para melhorar as condições de vida da população em um âmbito geral, com relação à saúde, considerando o ambiente e as condições em que o indivíduo está inserido.

Com a pesquisa de campo, pôde-se perceber que os idosos residentes no município de Uruguaiana/RS apresentam perfil que comprovam vários dados obtidos com a revisão de literatura, um exemplo disso é o poder aquisitivo do idoso, onde a maioria dos entrevistados vive com apenas um salário mínimo, com origem da aposentadoria. Agregado a este dado pode-se tecer relação entre a utilização do SUS com majoridade pelos idosos e a renda destes.

Outro achado relevante foi que, mesmo sendo predominante o número de idosos com baixo rendimento mensal, grande parte respondeu viver em casa de tijolo com saneamento básico, o que sugere boas condições de moradia. Cabe ressaltar também que, entre os idosos entrevistados, prevaleceu idade entre 60 e 70 anos, ressaltando que existiram mais homens idosos maiores de 80 anos. Os dados comprovam mais uma vez as boas condições em que vivem os idosos do município, a medida que estes alcançam a expectativa de vida de aproximadamente 75 anos, mencionada no Diagnóstico de Uruguaiana/Projeto Sis Fronteira (UFRGS, 2008).

Quanto às condições de saúde, percebeu-se que os idosos julgam a sua saúde e o atendimento à saúde bom, o que evidencia que apesar das dificuldades encontradas nos setores de saúde do estado gaúcho, o idoso do município de Uruguaiana/RS é satisfeito com o atendimento, o que reflete na boa condição de saúde.

Percebeu-se que, referente à capacidade funcional, o idoso do município é bastante ativo quanto aos afazeres do cotidiano, não necessitando da ajuda de outras pessoas, fato bastante importante para que a pessoa viva independentemente, podendo realizar atividades

da vida diária sem restrições. Essa característica é importantíssima para se ter boa e estável condição de vida e também de saúde.

Salienta-se, ainda, que a criação do banco de dados é essencial quando se faz pesquisa com pessoas, para que os dados coletados tornem-se públicos para embasamento na realização de novas pesquisas e para aprimoramento no atendimento de saúde, priorizando as maiores carências da população.

Desse modo, com os resultados deste estudo, pôde-se conhecer a situação dos idosos residentes em Uruguaiana/RS e ter subsídios para a implantação e desenvolvimento de políticas sociais adequadas para essa faixa etária, visando à melhoria da condição de vida dos idosos de hoje e das gerações futuras, bem como sua inserção nos diversos setores da sociedade.

REFERÊNCIAS

ALONSO, F.R.B. Um olhar além dos números: uma interpretação qualitativa dos indicadores sociais e demográficos da população idosa no Brasil. **Revista Kairós**, São Paulo, v.10, n.1, p. 121-141, jun., 2007.

BRAGA, C. LAUTERT, L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre, Brasil. **Revista Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v. 25, n.1, p.44-55, abr, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso**. Ministério da Saúde. 1. ed., 2.^a reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/suas/arquivos/estatuto_idoso.pdf>. Acesso: 05/06/2009, às 14:30.

BAUER, M.W. AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para coleta de dados qualitativos. In: BAUGR, M.W. GASKEU, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 7^a edição Petrópolis, Rio de Janeiro, editora Vozes, 2008.

BENEDETTI, T.R.B. BORGES, L.J. PETROSKI, E.L. GONÇALVES, L.H.T. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n.2, p. 302-7 abr., 2008.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO. RIO GRANDE DO SUL. **Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa / Conselho Estadual do Idoso**. - Porto Alegre: CEI, 1997, 124p. : il.

COOPER, H. **The integrative research review: a systematic approach**. NY: sage Pub, 1984.

DAVIM, R.M.B. TORRES, G.V. DANTAS, S.M.M. LIMA, V.M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 518-24, maio-junho, 2004.

DIOGO, M.J.D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev.latin-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan, 2000.

DIOGO, M.J.D. CEOLIM, M.F. CINTRA, F.A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 97-102. Mar., 2005.

DRIESSNACK, M. SOUSA, V.D. MENDES, I.A.C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 3: métodos mistos e múltiplos, **Revista Latino americana de enfermagem**, set- out, v. 15, n. 5, 2007. Online. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a24.pdf>. Acesso: 26/11/09.

DUARTE, Y.A.O. LEBRÃO, M.L. TUONO, V.L. LAURENTI, R. Religiosidade e envelhecimento: Uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**. Editorial Bolina, São Paulo, n. 024, v. 5, p. 173-177, 2008.

DUCA, G.F.D. SILVA, M.C. HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**; n. 43, v. 5, p. 796-805, 2009.

GALISTEU, K.J. FACUNDIM, S.D. RIBEIRO, R.C.H. SOLER, Z.A.S.G. Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. **Arq Ciênc Saúde**, v. 13, n. 4, p. 209-214, out./dez., 2006.

GOMES, R. NASCIMENTO, E.F. ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n 3, p. 565-574, mar, 2007.

GORDILHO, A. et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso. **UnATI**, Universidade Aberta da terceira idade, Rio de Janeiro, p. 7-10, 2000.

HAMMERSCHMIDT, K.S.A. **Políticas públicas locais de saúde**: desdobramentos na condição de vida da população de Curitiba, PR. 174 p. Dissertação de Mestrado - Centro Universitário Franciscano do Paraná – Unifae, Curitiba, jun, 2007.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

KUSUMOTA, L. RODRIGUES, R.A.P. MARQUES, S. Idosos com insuficiência renal crônica: alterações do estado de saúde. **Rev Latinoam Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 525-32, maio-junho, 2004.

LEAL, M.C.C; *et al.* **Perfil de pacientes idosos e tempo de permanência em ambulatório geronto-geriátrico.** *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, v. 12, n 1, p.77-86, 2009.

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

MARIN, M.J.S. *et al.* Diagnósticos de enfermagem de idosas carentes de um programa de saúde da família (PSF). **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 278 – 84, jun., 2008a.

MARIN, M.J.S. *et al.* A atenção à saúde do idoso: ações e perspectivas dos profissionais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 11, n. 2, p. 245-258, maio-agosto, Rio de Janeiro, 2008b.

MARTINS, E. MACHADO, F. F. FONSECA, Y. X. F. SAMPAIO, A. E. de M. O significado de família e saúde para idosos: um estudo em instituição de longa permanência da cidade de São Paulo. **X Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde – Com Saúde**, p. 17, 2007.

MENEZES, A.G.M.P. GOBBI, D. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-102, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Portaria No 648/GM de 28 de março de 2006**: aprova a Política Nacional de atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2006. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html>. Acesso em: 20 jan 2010.

MINISTÉRIO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Previdência social proteção para o trabalhador e a sua família.** Disponível em: <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=313>>. Acesso em: 14 jun 2010.

MIYATA, D.F. *et al.* Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 9, n. 2, p. 135-140, mai./ago., 2005.

MORAES E N, *et al.* Avaliação clínico funcional do idoso. In MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**, Belo Horizonte: Coopmed, p. 63-84, 2008.

MORAES, E.N. MEGALE, R.Z. Avaliação da mobilidade. In MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**, Belo Horizonte: Coopmed, p. 105-123, 2008.

MORAES, E.N. SANTOS, R.R. SILVA, A.L.A. Fisiologia do envelhecimento aplicada à prática clínica. In MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**, Belo Horizonte: Coopmed, p 37-59, 2008.

OHLWEILER, Z.N.C. et al. Estudo multidimensional das condições de vida do idoso que frequenta os serviços da Unisc campus Santa Cruz do Sul, RS. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 10, n.1, p. 175 -187, jun, 2007.

OLIVEIRA, D.R. LENARDT, M.H. TUOTO, F.S. O idoso e o sistema de cuidado à saúde na doença renal. **Acta paulista de enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 49-58, out.-dez., São Paulo, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação relatório mundial 2003. Brasília (DF): MS; 2003. Disponível em <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccc_exec_summary_port.pdf> Acesso em 20/01 às 23:30.

PAIVA, M. F. Idosos em Curitiba: **avaliação das condições de vida**. Relatório de pesquisa. Curitiba: IPPUC, 2006.

PAPALÉO NETTO, M. Ciência do envelhecimento: Abrangência e termos básicos e objetivos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**, 2ª edição, rev. e ampliada, São Paulo, Editora Atheneu, p. 29-38, 2007.

PARAHYBA, M.I. VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Revista Ciência e saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.004, p.1257-1264, jul-ag, 2008.

PASCHOAL, SMP. FRANCO, RP. SALLES, RFN. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Tratado de gerontologia**, 2ª edição, rev. e ampliada, São Paulo, Editora Atheneu, p. 39-56, 2007.

PASSOS, V.M.A. MARINO, M.C.A. MAIA, M.A.M. BRITTO, R.R. MORAES, E.N. Exercício físico no idoso. In MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**, Belo Horizonte: Coopmed, p. 221- 229, 2008.

- PAVARINI, S.C.I. LUCHESI, B.M. FERNANDES, H.C.L. MENDIONDO, M.S.Z. FILIZOLA, C.L.A. BARHAM, E.J. OISHI, J. Genograma: avaliando a estrutura familiar de idosos de uma unidade de saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 39-50, 2008.
- POLIT, D.F. BECK, C.T. HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, Métodos, avaliação e utilização**, 5ª edição, artmed, Porto Alegre, 2004, 487 p.
- POPE C. MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**, 3ª edição, artmed, Porto Alegre, 2009, 172 p.
- RIBEIRO, A.P. SCHUTZ, G.E. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.10 n.2, Rio de Janeiro, 2007.
- RODRIGUES, S.L.A. WATANABE, H.A.W. DERNTL, A.M. A saúde de idosos que cuidam de idosos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 493-500, dez., 2006.
- RODRIGUES, R.A.P. et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v. 16, n. 3, p. 536-45, Jul-Set, 2007.
- SOUSA A.I. SILVER L.D. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n. 4, p. 706-16, dez, 2008.
- SILVA, P.L.B. Serviços da saúde: o dilema do SUS na nova década. São Paulo em perspectiva, v.17, n. 1, p.69-85, 2003.
- SILVA, S.A. CUNHA, U.G.V. Depressão: Diagnóstico e tratamento. In MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**, Belo Horizonte: Coopmed, p 343-350, 2008.
- TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.1, p. 38-45, jan-fev, 2005.
- UFRGS. **Diagnostico de Uruguaiana**. Projeto Sis Fronteira. 2008, 112 p.
- WANDERLEY MB. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo: IEE/PUC; 1998. (Série Programas e Serviços de Assistência Social).

VALENTE, N.M.L.M. BACHION, M.M. MUNARI, D.B. A religiosidade dos idosos: significados, relevância e operacionalização na percepção dos profissionais de saúde. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 12, n. 1, p. 11-17, abr., 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.3, p.548-54, 2009.

APÊNDICE B FORMULÁRIO ESTRUTURADO PARA COLETA DE DADOS DA PESQUISA

LEVANTAMENTO DE DADOS SOBRE OS IDOSOS DE URUGUAIANA/RS (2010)

A) Dados gerais

A1 – Data_____/_____/2010

A2 – Bairro/ vila:_____

A3 – Sexo: F () M ()

A4 – Idade:_____

A5 – Estado civil: ()Casado ()Solteiro ()Viúvo ()Separado

()Outros:_____

A6 – Nº de filho (s) nascido (s):_____

A7 - Número de filho (s) vivo (s):_____

B) Moradia

B1 – Atualmente o(a) Sr (a) mora?

() sozinho () com companheiro () com filho (s)

() com amigos

() com parentes:_____ () em instituição, que tipo:_____

B2) Tipo de moradia

() Casa de madeira () Com saneamento básico

() casa de tijolo () Sem saneamento básico

C) Renda (se possuir)

C1 –Qual o valor da sua renda R\$:_____ Renda familiar R\$:_____

C2 – Qual a origem de sua renda ?

() aposentadoria () auxilio doença () pensão () beneficio de prestação continuada

()serviço eventual ()poupança () aluguel () salario () não sabe () outros:_____

D) Ocupação

D1 – O que o(a) Sr (a) faz atualmente?

() trabalho domestico () trabalho eventual remunerado ()trabalho fixo remunerado

()trabalho voluntario () serviço permanente () nenhuma

() outra:_____

E) Saúde

E1 – Qual o serviço de saúde que o Sr (a) utiliza?

() SUS () Plano de saúde () Particular () não sabe

() outros:_____

E2 – O que o Sr (a) acha deste atendimento de saúde que frequenta?

() muito bom () bom () precário () ruim () muito ruim

E3 – Na sua opinião em geral como está sua saúde?

() muito bom () bom () precário () ruim () muito ruim

F) Aspectos socioculturais

F1 – O que o (a) Sr (a) faz nas horas de lazer?

() TV () radio () leitura () praça () igreja () ginastica () grupo de idoso

() viagem () caminhada () conversar com amigos

() outros:_____

F2 – Participa de alguma associação? (caso participe)

() cultural () esportiva () recreativa () religiosa () assistencial () comunitária

() sindical () política () grupo de idosos () nenhuma

() outros:_____

G) Aspectos espirituais

G1- Tem fé em alguma coisa? () Sim () Não

Justifique:_____

() Deus () Igreja () Pastor () Templo () Buda () Santos () Espíritos

() Animais sagrados

() Outros:_____

G2 - Qual sua religião?

() católica (romana, ortodoxa e brasileira) () espírita (kardecista)

() judaica (israelita)

() evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pentecostal, adventista, testemunha de Jeová) () afro-brasileira (umbanda, candomblé) () nenhuma () não sabe
 () não respondeu () outra: _____

G3 - É praticante de sua religião? () Sim () Não

G4 - Acredita que, com o passar dos anos, o(a) senhor(a):

() ficou mais religioso () ficou menos religioso () não mudou em relação à religiosidade

() não sabe () não respondeu

() outro: _____

I) Envelhecimento

I1 - Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter vida longa é?

() a alimentação adequada () o destino () a vida organizada () o trabalho () a ocupação () os hábitos saudáveis () gostar de viver () não sabe () não respondeu () outros: _____

I2 - Para o(a) senhor(a), o que é mais importante na vida?

() dinheiro () educação () família () trabalho () religião () lazer () respeito

() segurança () valorização () amor () saúde () não sabe

() não respondeu () outros: _____

I3 - Escolha o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência no nosso país:

() corrupção dos políticos () falta de assistência à saúde () crianças marginalizadas

() crise dos valores religiosos () crise dos valores éticos () crise de família () desemprego

() alcoolismo e droga () concentração de renda () destruição dos recursos e do ambiente natural

() criminalidade, violência e corrupção () política educacional inadequada () inflação

() incompetência do Governo () não sabe () não respondeu

() outros: _____

H) Capacidade funcional

H1 - Você é capaz de preparar as suas refeições? () sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H2 - Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?

() sem ajuda () com ajuda parcial () incapaz

H3 - Você é capaz de fazer compras? () sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H4 - Você é capaz de controlar seu dinheiro ou finanças? () sem ajuda () com ajuda parcial () incapaz

H5 - Você é capaz de usar o telefone? () sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H6 - Você é capaz de arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?

() sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H7 - Você é capaz de lavar e passar a sua roupa? () sem ajuda () com ajuda parcial () incapaz

H8 - Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especiais? () sem ajuda () com ajuda parcial () incapaz

H9 - Você consegue tomar banho? () sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H10 - Você consegue vestir-se? () sem ajuda () com ajuda parcial () incapaz

H11 - Você consegue ir ao banheiro? () sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H12 - Você consegue ir da cama para a cadeira? () sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H13 - Você consegue controlar as fezes e a urina? () totalmente () parcialmente

() incapaz

H14 - Você consegue alimentar-se? () sem ajuda () com ajuda parcial

() incapaz

H15 - Descreva-me como foi o seu dia hoje? e ontem o que fez?

H16 - Sente dificuldade em realizar alguma atividade específica? Qual?

APÊNDICE C BANCO DE DADOS

BANCO DE DADOS

**CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM URUGUAIANA/RS:
PERFIL MULTIDIMENSIONAL**

Acadêmica de enfermagem Darleni Tambara
Prof. Orientadora Karina Hammerschmidt

Este Banco de dados é composto pelos achados da pesquisa intitulada “Condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiana/RS: Perfil multidimensional”, a qual faz parte do trabalho de conclusão de curso, apresentado como requisito para obtenção de nota parcial da disciplina de Trabalho de conclusão de Curso II, do Curso de Enfermagem, sob orientação da professora doutoranda Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt.

O objetivo geral da pesquisa foi descrever o perfil multidimensional das condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiana/RS. A coleta de dados foi realizada nos 13 postos de saúde deste município que distribuíram a Vacina contra a Gripe em Idosos que ocorreu no período de 24/04 a 07/05. A pesquisa foi realizada por 29 acadêmicos de enfermagem da UNIPAMPA, dois alunos por unidade básica durante o 1º dia de vacinação e nas outras duas semanas os acadêmicos foram distribuídos conforme sua disponibilidade.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, por meio de questões estruturadas. Foram entrevistados 296 idosos, logo após foi utilizado o programa BioEstat 5.0 para fazer a seleção da amostra, que se deu de forma aleatória, permanecendo 225 entrevistas para análise dos dados, sendo que destas, 140 eram do sexo feminino e 85 eram do sexo masculino.

Os dados serão apresentados na sequência através de figuras gráficas:

A) Dados gerais:

TABELA 1

Distribuição de idosos de ambos os sexos, segundo faixa etária e estado civil. Uruguaiana/RS, 2010.

Sexo	Números	Faixa etária	Estado civil
------	---------	--------------	--------------

		60 a 70	71 a 80	Mais de 81	Casado	Solteiro	Viúvo	Separado	Outros
F	140 idosas	89	40	11	44	15	65	13	3
M	85 idosos	57	20	8	47	13	16	4	5

GRÁFICO 1

Idosas quanto ao número de filhos. Uruguaiana/RS, 2010.

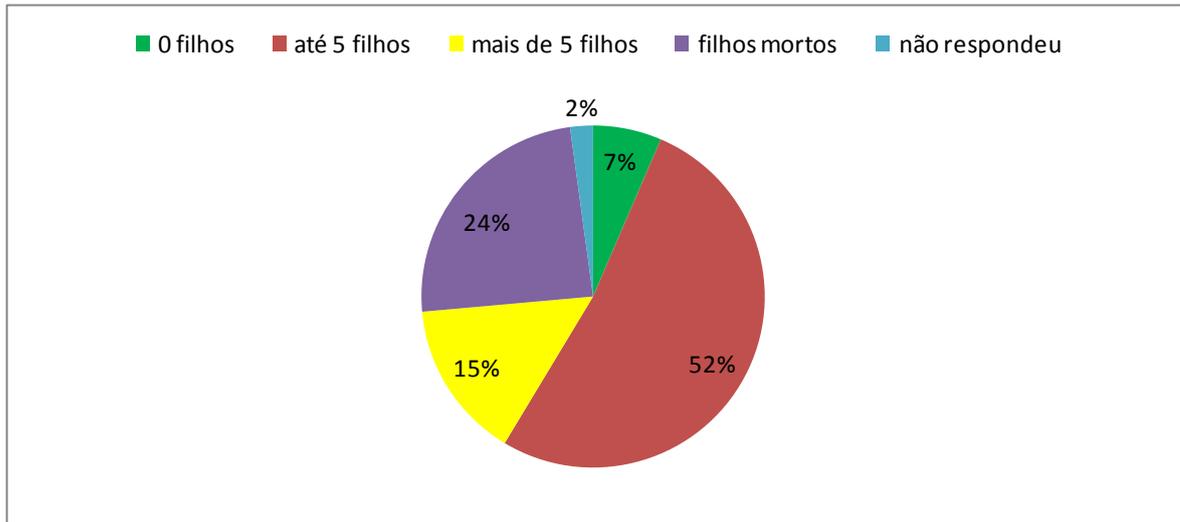
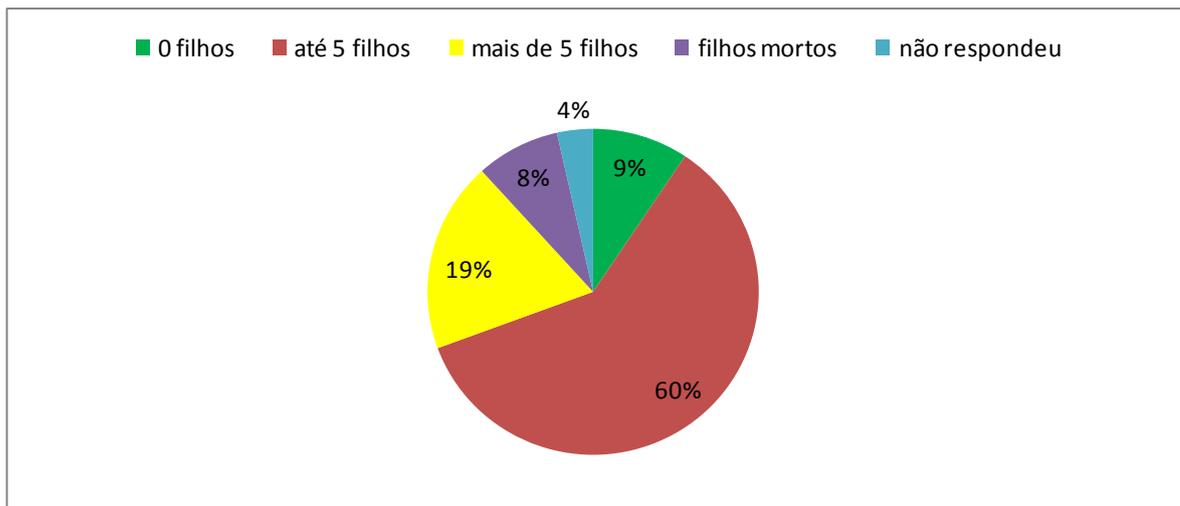


GRÁFICO 2

Idosos quanto ao número de filhos. Uruguaiana/RS, 2010.



B) Moradia:

TABELA 2

Distribuição dos idosos com relação a dividir moradia. Uruguaiana/RS, 2010.

Atualmente o senhor (a) mora?	Sexo feminino	Sexo masculino
Sozinho	30	15
Com companheiro	43	58
Com filhos	62	29
Com amigos	2	0
Com parentes	23	11
Em instituição	0	0
TOTAL	160	113

TABELA 3

Distribuição dos idosos com relação ao tipo de moradia. Uruguaiana/RS, 2010.

Tipo de moradia	Sexo feminino	Sexo masculino
Casa de madeira	48	32
Com saneamento básico	102	47
Casa de tijolo	96	51
Sem saneamento básico	28	29
TOTAL	274	159

C) Renda:

TABELA 4

Distribuição dos idosos segundo a renda individual e familiar. Uruguaiana/RS, 2010.

	Qual o valor de sua renda		Renda familiar	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Até 1 salário mínimo	85	40	54	22
Entre 1 e 2 salários	19	25	36	25
Entre 2 e 3 salários	7	8	17	11
Mais de 3 salários	8	8	14	12
Não possui	18	0	1	0
Não respondeu	3	4	9	14
Não sabe	0	0	9	1
TOTAL	140	85	140	85

TABELA 5

Distribuição dos idosos quanto à origem da renda. Uruguaiana/RS, 2010.

Qual a origem de sua renda		
	Feminino	Masculino
Aposentadoria	74	69
Auxílio doença	3	3
Pensão	38	1
Benefício de prestação continuada	4	0
Serviço eventual	5	4
Poupança	0	0
Aluguel	3	1
Salário	7	4
Não sabe	1	0
Outros	11	8
Não respondeu	3	2
Não possui	10	0
TOTAL	159	92

D) Ocupação:

TABELA 6

Idosos distribuídos conforme a sua ocupação atual. Uruguaiana/RS, 2010.

O que o senhor(a) faz atualmente?		
	Feminino	Masculino
Trabalho doméstico	80	17
Trabalho eventual remunerado	9	16
Trabalho fixo remunerado	7	6
Trabalho voluntário	2	5
Serviço permanente	1	1
Nenhuma	28	30
Outra	16	9
Não respondeu	0	1
TOTAL	143	85

E) Saúde:

TABELA 7

Distribuição dos idosos pelo serviço de saúde que utilizam. Uruguaiana/RS, 2010.

Qual o serviço de saúde que o senhor ou a senhora utiliza?		
	Feminino	Masculino
SUS	108	70
Plano de saúde	23	11
Particular	9	6

Não sabe	0	1
Outros	0	0
TOTAL	140	88

TABELA 8

Percepção dos idosos quanto o atendimento de saúde que freqüentam e a sua própria saúde.
Uruguaiana/RS, 2010.

	O que o senhor(a) acha deste atendimento de saúde que freqüenta?		Na sua opinião em geral como está a sua saúde?	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
Muito bom	35	20	13	18
Bom	89	44	84	57
Precário	5	8	23	7
Ruim	4	3	16	1
Muito ruim	4	5	1	0
Regular*		1	2	1
Não respondeu	3	4	0	1
Estável*			1	
TOTAL	140	85	140	85

* as opções regular e estável, não faziam parte do formulário de questões, elas surgiram a medida que o mesmo foi sendo aplicado.

F) Aspectos socioculturais:

TABELA 9:

Distribuição das atividades realizadas pelos idosos durante o horário de lazer e quanto a participação em associações. Uruguaiana/RS, 2010.

O que o senhor (a) faz nas horas de lazer?		
	Feminino	Masculino
TV	73	41
Radio	41	26
Leitura	25	12
Praça	0	1
Igreja	67	22
Ginástica	13	1
Grupo de idoso	3	0
Viagem	7	0
Caminhada	22	17
Conversar com amigos	23	15
Outros	25	12
TOTAL	229	147
Participa de alguma associação? (caso participe)		
	Feminino	Masculino
Cultural	0	2
Esportiva	1	2
Recreativa	1	0

Religiosa	36	12
Assistencial	0	0
Comunitária	3	3
Sindical	0	1
Política	0	2
Grupo de idosos	5	2
Nenhuma	92	59
Outros	5	2
Não respondeu	0	1
TOTAL	143	86

G) Aspectos espirituais:

TABELA 10

Distribuição dos idosos quanto à fé, e em que tem fé. Uruguaiana/RS, 2010.

Tem fé em alguma coisa?		
	Feminino	Masculino
Sim	140	80
Não	0	4
Não respondeu	0	1
TOTAL	140	85
Se Sim, em que?		
	Feminino	Masculino
Deus	126	72
Igreja	17	10
Pastor	6	1
Templo	0	0
Buda	0	0
Santos	5	1
Espíritos	3	2
Animais sagrados	0	0
Outros	0	1
Não respondeu	0	4
TOTAL	157	91

TABELA 11

Distribuição dos idosos quanto à religião e a prática da mesma. Uruguaiana/RS, 2010.

Qual sua religião?		
	Feminino	Masculino
Católica	76	46
Espírita	10	6
Judaica	0	0
Evangélica	43	26
Afro-brasileira	3	1
Nenhuma	0	3
Não sabe	0	0
Não respondeu	0	0
Outra	8	3

TOTAL	140	85
É praticante de sua religião?		
	Feminino	Masculino
Sim	120	63
Não	14	19
Não respondeu	6	3
TOTAL	140	85

TABELA 12

Distribuição dos idosos com relação à religiosidade no passar dos anos. Uruguaiana/RS, 2010.

Acredita que, com o passar dos anos, o(a) senhor(a):		
	Feminino	Masculino
Ficou mais religioso	75	49
Ficou menos religioso	10	5
Não mudou em relação à religiosidade	52	29
Não sabe	0	1
Não respondeu	1	1
Outro	2	0
TOTAL	140	85

H) Envelhecimento:

TABELA 13

Percepção dos idosos quanto ao que faz uma pessoa ter a vida longa. Uruguaiana/RS, 2010.

Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter vida longa é?		
	Feminino	Masculino
A alimentação adequada	82	39
O destino	5	7
A vida organizada	26	15
O trabalho	19	13
A ocupação	17	9
Os hábitos saudáveis	52	31
Gostar de viver	38	20
Não sabe	3	3
Não respondeu	2	5
Outros	22	14
TOTAL	266	156

TABELA 14

Percepção dos idosos quanto ao que é mais importante na vida. Uruguaiana/RS, 2010.

Para o senhor (a) o que é mais importante na vida?		
	Feminino	Masculino
Dinheiro	10	15
Educação	19	19
Família	98	46
Trabalho	11	11
Religião	26	13
Lazer	8	5
Respeito	16	11
Segurança	10	7
Valorização	3	4
Amor	26	15
Saúde	58	34
Não sabe	0	0
Não respondeu	1	1
Outros	7	5
TOTAL	293	186

TABELA 15

Percepção dos idosos quanto ao maior problema do país que gostariam de resolver.

Uruguaiana/RS, 2010.

Escolha o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência no nosso país:		
	Feminino	Masculino
Corrupção dos políticos	28	25
Falta de assistência à saúde	27	20
Crianças marginalizadas	33	23
Crise dos valores religiosos	5	4
Crise dos valores éticos	2	3
Crise de família	7	5
Desemprego	24	9
Alcoolismo e droga	71	33
Concentração de renda	1	3
Destruição dos recursos e do ambiente natural	4	4
Criminalidade, violência e corrupção	44	18
Política educacional inadequada	4	7
Inflação	1	1
Incompetência do Governo	7	5
Não sabe	2	3
Não respondeu	2	2
Outros	6	3
TOTAL	268	168

I) Capacidade funcional:

TABELA 16

Idosos quanto à realização das atividades instrumentais da vida diária. Uruguaiana/RS, 2010.

	Sem ajuda		Com ajuda parcial		Incapaz		TOTAL de pessoas que responderam	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Você é capaz de preparar as suas refeições?	127	73	9	7	2	2	138	82
Você é capaz de tomar os seus remédios na dose certa e horário correto?	123	72	8	7	3	1	134	80
Você é capaz de fazer compras?	112	72	19	5	3	3	134	80
Você é capaz de controlar seu dinheiro ou finanças?	122	72	6	5	4	1	132	78
Você é capaz de usar o telefone?	109	61	16	3	6	9	131	73
Você é capaz arrumar a sua casa ou fazer pequenos trabalhos domésticos?	119	70	14	7	4	4	137	81
Você é capaz de lavar e passar a sua roupa?	123	64	7	6	7	7	137	77
Você é capaz de sair de casa sozinho para lugares mais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	113	75	20	6	4	1	137	82

TABELA 17

Idosos de **ambos os sexos** quanto a questões referentes ao auto-cuidado, a mobilidade e questões fisiológicas. Uruguaiana/RS, 2010.

	Sem ajuda ou totalmente		Com ajuda parcial ou parcialmente		Incapaz		Não respondeu		TOTAL	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
Você consegue tomar banho?	133	78	0	1	0	0	7	6	140	85
Você consegue vestir-se?	135	81	0	1	1	0	4	3	140	85
Você consegue ir ao banheiro?	136	81	0	1	1	0	3	3	140	85
Você consegue ir da cama para a cadeira?	134	80	2	1	0	0	4	4	140	85
Você consegue controlar as fezes e a urina?	125	79	12	3	0	0	3	3	140	85
Você consegue alimentar-se?	137	82	0	0	0	0	3	3	140	85

APÊNDICE D TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador responsável: Darleni Rosa Tambara

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Pampa

Telefone para contato: 05591151013

Você está sendo convidado a participar de um estudo descritivo intitulado “**CONDIÇÕES DE VIDA IDOSOS RESIDENTES EM URUGUAIANA/RS: PERFIL MULTIDIMENSIONAL**”. O objetivo desta pesquisa é: Realizar pesquisa sobre o perfil multidimensional das condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiana/RS. A pesquisa se justifica pelo crescente aumento do número de idosos no Brasil, com isso, torna-se importante saber em que condições esses idosos estão vivendo. Para desenvolver o estudo serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, durante a campanha de vacinação contra gripe em idosos, nos meses de abril e maio de 2010. Caso você aceite participar da pesquisa seu nome será mantido em anonimato, e as informações obtidas com esta entrevista serão divulgadas em meios científicos.

A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou desistir a qualquer momento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro e/ou não terá seu atendimento de saúde prejudicado, de nenhuma maneira.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar.

Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar do estudo.

_____	_____	_____
Nome do entrevistado	Assinatura	Data

_____	_____	_____
Nome do entrevistador	Assinatura	Data

Endereço completo do CEP da instituição: _____

APENDICE E TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiana/RS: Perfil multidimensional.

Pesquisador responsável: Darleni Rosa Tambara

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Pampa

Telefone para contato: 05591151013

Local da coleta de dados: Unidades Básicas de Saúde da cidade de Uruguaiana/RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados através de entrevista semi- estruturada com idosos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Uruguaiana/RS. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas arquivadas junto do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Darleni Rosa Tambara. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA em 31/03/2010, com o número 0032010.

Uruguaiana, 31 de março de 2010.

.....

APÊNDICE F AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Prefeitura Municipal de Uruguaiana

Secretaria de Saúde e Meio Ambiente



Ao excelentíssimo:

Luiz Augusto Fuhrmann Schneider

Secretario Municipal de Saúde e Meio Ambiente

Uruguaiana, 17 de março de 2010

Autorização para realização da Pesquisa

Venho por meio deste, solicitar autorização para realização do Projeto de Pesquisa intitulado: “CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM URUGUAIANA/RS: PERFIL MULTIDIMENSIONAL”, com o objetivo de: Realizar pesquisa sobre o perfil multidimensional das condições de vida dos idosos residentes em Uruguaiana/RS (o projeto encontra-se em anexo).

Trata-se de pesquisa populacional de corte transversal, têm como sujeitos de investigação pessoas idosas, de ambos os sexos residentes em Uruguaiana. A coleta de dados ocorrerá na campanha de vacinação do idoso em todos os postos de saúde do município de Uruguaiana, no período da campanha.

Este projeto está vinculado ao Trabalho de Conclusão de Curso dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), *campus* Uruguaiana, sob a supervisão da Professora Dda. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, apresentando ciência e consentimento do diretor do *campus*.

Salientamos que estão sendo respeitados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 196/96, sendo que este projeto está vinculado ao comitê de ética da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA).

Contamos com a sua colaboração para auxiliar na promoção de melhorias nos serviços de saúde públicos da cidade de Uruguaiana e fortalecer vínculos entre estes e a academia, ora sendo UNIPAMPA.

Sem mais para o momento, coloco-me a disposição para esclarecimentos, que se façam necessários.

Atenciosamente

Enf. Karina S. A. Hammerschmidt
COREN 124214

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Luiz Augusto Fuhrmann Schneider
Secretário Municipal de Saúde

APÊNDICE G CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA
Comitê de Ética em Pesquisa
Unipampa/CEP - Portaria nº 728/09/GR/Unipampa
Registrado na CONEP – Ofício nº 3210/CNS/GM/MS
Endereço eletrônico: cep@unipampa.edu.br



São Borja, 31 de março de 2010.

CARTA DE APROVAÇÃO Nº 003 2010

Prezada Pesquisadora Responsável

Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

Comunicamos que o protocolo de pesquisa intitulado CONDIÇÕES DE VIDA DOS IDOSOS RESIDENTES EM URUGUAIANA/RS: PERFIL MULTIDIMENSIONAL, registro ProPesq 10.045.10, registro Unipampa/CEP 006 2010, foi avaliado por este CEP e está **aprovado** para execução a partir da presente data.

Lembramos que qualquer alteração no protocolo de pesquisa submetido a avaliação deverá ser comunicada ao Unipampa/CEP imediatamente, bem como eventos adversos, e que o relatório final deverá ser entregue em **agosto de 2010**.

Atenciosamente,

Rosana Soibelman Glock
Coordenadora CEP