

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

Kátia Magdala Lima Barreto

**ENVELHECIMENTO, MOBILIDADE URBANA E SAÚDE: UM ESTUDO DA
POPULAÇÃO IDOSA**

RECIFE

2012

Kátia Magdala Lima Barreto

Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde: um estudo da população idosa

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

Recife

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

- B732e Barreto, Kátia Magdala Lima.
Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde: um estudo da população idosa / Kátia Magdala Lima Barreto. - Recife: K. M. L. Barreto, 2012.
177 p. : ilus., tab., 30 cm.
- Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz
Orientadores: Eduardo Maia Freese de Carvalho.
1. Urbanização. 2. Idoso. 3. Transportes. 4. Acesso aos Serviços de Saúde. 5. Condições de saúde. 6. Características da população. I. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Título.

CDU 616.98

Kátia Magdala Lima Barreto

Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde: um estudo da população idosa

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de doutor em Ciências.

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Eduardo Maia Freese de Carvalho
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz

Professora Doutora Eduarda Ângela Cesse
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz

Professora Doutora Annick Fontbonne
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz

Professora Doutora Silvia Regina Mendes Pereira
Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Professora Doutora Maria Cristina Hennes Sampaio
Universidade Federal de Pernambuco

- **À minha família** – meu porto seguro: meus pais (João e Maria), meus irmãos (Xando e Cassinha), meus cunhados (Andréa e Lenarte) e minhas sobrinhas (Beatriz - Bia, Gabriela - Gabi e Manoela - Manu). Espero estar contribuindo para que elas tenham uma velhice tão bela quanto hoje é a sua juventude!
- **Aos meus avós** (*in memoriam*) – (João e Alaíde / Gerson e Cecília): minhas primeiras referências de afeto com o envelhecimento e com a velhice!

AGRADECIMENTOS

*Dar e receber é uma necessidade e um êxtase.
O que aqui nos foi dado, nós o conservaremos.*
(Gibran)

A Deus!

Ao meu orientador – de sempre – meu amigo, Eduardo Freese! A escassez de tempo nos permitiu criar um código eficiente de comunicação e afeto.

À minha parceira nessa aposta – minha amiga Valéria Leite! Valeu a pena!

A todos os pesquisadores de campo – que, sem medir esforços, desbravaram e (re)conheceram conosco essa cidade!

A Emídio Cavalcanti – estatístico no início, mas hoje tenho certeza que tenho mais um amigo! Obrigada pela disponibilidade e paciência.

Aos idosos do Recife, cujo espírito de colaboração tornou possível a concretização desta ideia.

A todos que fazem a UFPE, crendo que, enquanto instituição pública, continue cumprindo seu papel social e reafirmando sua credibilidade acadêmica.

À Pró-Reitoria de Pesquisa da UFPE, na pessoa do Professor Anísio Brasileiro, que acreditou, investiu e tornou viável este estudo.

À Diretoria do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, na pessoa do Professor Tadeu Pinheiro, que fez o que estava ao seu alcance para viabilizar este estudo.

Ao Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE – a todos os amigos que lá estão!

Aos que fazem o setor de Base Territorial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Recife - em especial a Éricka – que foram sempre disponíveis com a ajuda na identificação dos setores censitários.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM-Fiocruz) – esperando ter feito a minha parte nessa parceria.

Ainda ao CPqAM – agradeço a atenção e o cuidado na construção desse projeto a Eduarda Cesse, além da atenção no cotidiano da pós-graduação, o carinho da amiga!

Ainda ao CPqAM – agradeço a contribuição ímpar do Professor Wayner Souza, em especial no sorteio dos setores censitários, sempre prático e direto.

Ainda ao CPqAM – agradeço a atenção que recebi de todos da Secretaria Acadêmica e da Biblioteca.

À minha turma de doutorado (2008/2012) – os tempos de cada um não nos permitiram seguir com a prazerosa convivência do primeiro ano, mas nos veremos pela vida afora!

Às componentes da Banca Examinadora desta Tese – Eduarda Cesse, Annick Fontbonne, Rejane Ferreira, Silvia Pereira, Cristina Sampaio e Fátima Santos, eleitas com cuidado e carinho!

À Secretaria de Saúde do Recife (Gestão 2009/2011) – por tudo que aprendi, pelos amigos que “ganhei” e que viabilizaram e apostaram nesse estudo!

A todos do Distrito Sanitário IV – pela acolhida, confiança e compreensão!

Aos profissionais das equipes de Saúde da Família do Recife – que espontaneamente colaboraram no trabalho de campo.

À minha “grande família”, e todos que se sentem parte dela!

A todos os meus amigos – sempre na torcida!

Por fim, correndo o risco de ser injusta com os que não foram citados, preciso nominar mais algumas pessoas muito queridas que fazem parte dessa trajetória. Vocês todos, cada um na sua singularidade, foram decisivos nesse projeto. **Muito obrigada:** Bernadete Perez, Marcelo Valença, Vanessa Lima, Aneide Rabelo, Lúcia Barbosa e Alessandro Araújo.

"Não sabendo que era impossível foi lá e fez"

(Jean Cocteau)

BARRETO, Kátia Magdala Lima. Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde: um estudo da população idosa. 2012. 197p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

As cidades são objeto de investigação de diversas áreas do conhecimento científico. Urbanização crescente e envelhecimento populacional cursam de modo intenso, acelerado e com forte interface e colocam para os gestores públicos o desafio de pensar o futuro das grandes cidades com seu contingente de idosos que, de tão numerosos, poderão influenciar e até determinar, em algumas delas, suas políticas públicas de atenção social e de saúde. Pensar o futuro das grandes cidades é falar de mobilidade urbana para quem é idoso e para quem envelhece, ou seja, para todos. Este estudo teve como objetivo estudar a relação entre envelhecimento, mobilidade urbana e condições de saúde em uma população idosa. Foram analisados: o perfil sociodemográfico e epidemiológico, a capacidade funcional através da autonomia e independência para o desempenho das Atividades de Vida Diária, a mobilidade dos idosos na cidade (acesso aos lugares e modos de deslocamento utilizados) e o acesso e a utilização dos serviços e ações de saúde pelos idosos no município. É um estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, de base populacional, com 1200 moradores idosos (≥ 65 anos) do Recife/PE. A coleta de dados foi feita com um questionário multidimensional. Encontrou-se uma população essencialmente feminina, pouco escolarizada, com maior percentual de viuvez. Os idosos residem em domicílios multigeracionais e possuem renda (aposentadoria e/ou pensão). Têm uma percepção positiva do seu estado de saúde e boa capacidade funcional, embora refiram sofrer de algumas doenças. Hipertensão arterial foi a mais referida. A maioria é assistida pelo Sistema Único de Saúde. Saem de casa quando desejam, sem precisar de ajuda, deslocando-se a pé ou de ônibus. Consideram a cidade pouco acessível e insegura. Garantir, através de políticas públicas intersetoriais, a mobilidade das pessoas no espaço urbano é promover a capacidade funcional e a saúde e favorecer a participação cidadã dos idosos no cotidiano da cidade.

Descritores: Mobilidade urbana. Idoso. Acesso à saúde

BARRETO, Kátia Magdala Lima. Ageing, urban mobility and health: study addressing the elderly population. 2012. 197p. Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

Cities are the object of investigation in different fields of scientific knowledge. Both the growing urbanization and ageing of the population occur concomitantly at an accelerated pace. The large contingent of elderly individuals in future cities will affect and even determine public policies regarding social issues and health care. Urban mobility is a particular concern for the elderly as well the population as a whole. The aim of the present study was to examine the relationship between ageing, urban mobility and health status in an elderly population. For such, a descriptive, population-based, cross-sectional study was carried out with 1200 elderly residents (≥ 65 years) of the city of Recife (Brazil). The following aspects were analyzed: socio-demographic and epidemiological profile; functional capacity based on autonomy and independence regarding activities of daily living; mobility of elderly individuals in the city (access to places and modes of transportation used); and access to health services. Data collection was performed with the use of a multidimensional questionnaire. The population studied was predominantly female, with a low level of schooling and a large percentage of widows. Most participants resided in multigenerational homes, had an income (retirement and/or pension) and had a positive perception of their health status and good functional capacity, despite reporting a number of diseases, the most frequent of which was arterial hypertension. The majority was users of the Brazilian public healthcare system. The participants went out when they wanted without requiring assistance, traveling on foot or by bus and considered the city relatively inaccessible and unsafe. Ensuring the mobility of individuals in the urban setting through public policies promotes functional capacity and health and favors the participation of individuals in the daily life of the city.

Descriptors: Urban mobility; Elderly; Access to health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa do Recife, segundo distrito sanitário (DS)	32
Quadro 1 – Distribuição da população idosa (≥ 65 anos) residente em Recife, segundo distritos sanitários e amostra estratificada da população idosa (≥ 65 anos) por distrito sanitário	33
Quadro 2 – Amostra estratificada da população idosa (≥ 65 anos) por faixas etárias e setores censitários (SC) para cada distrito sanitário (DS) de Recife	33
Figura 2 – Mapa com a distribuição dos setores censitários de Recife, sorteados para coleta de dados. Recife, 2010/11	34
Quadro 3 – Distribuição dos bairros do Recife de acordo com os Distritos Sanitários, contemplados no estudo. Recife, 2010/11	34
Gráfico 1– Distribuição dos idosos que tiveram filhos(as). Recife, 2010/2011	41
Gráfico 2 – Distribuição dos idosos que moram só e acompanhados. Recife, 2010/2011	42
Gráfico 3 – Distribuição dos idosos segundo a proporção de pessoas por domicílio. Recife, 2010/2011	43
Gráfico 4 – Distribuição dos idosos segundo os problemas de saúde (doenças/agravos) referidos. Recife, 2010/2011	52
Gráfico 5 – Distribuição dos homens idosos segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011	53
Gráfico 6 – Distribuição das mulheres idosas segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011	53
Gráfico 7 – Distribuição dos idosos entre 65 e 69 anos, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011	54
Gráfico 8 – Distribuição dos idosos entre 70 e 74 anos, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011	54
Gráfico 9 – Distribuição dos idosos entre 75 e 79 anos, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011	54
Gráfico 10 – Distribuição dos idosos com 80 anos ou mais, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011	54
Gráfico 11 – Distribuição dos idosos segundo o tempo (anos) em que reside no bairro. Recife, 2010/2011	61

Gráfico 12 – Distribuição dos idosos segundo os lugares frequentados na saída do domicílio. Recife, 2010/2011	67
Gráfico 13 – Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre se problemas de acessibilidade e segurança atrapalham sua saída do domicílio. Recife, 2010/2011	74
Gráfico 14 – Distribuição dos idosos segundo o uso de táxi. Recife, 2010/2011	75
Gráfico 15 – Distribuição dos idosos, segundo o tipo de acesso a serviços de saúde. Recife, 2010/2011	77
Gráfico 16 – Distribuição dos idosos segundo a forma de realização do último atendimento/consulta de saúde (exceto internação). Recife, 2010/2011	79
Gráfico 17 – Distribuição dos idosos segundo a cobertura dos planos de saúde. Recife, 2010/2011	81
Gráfico 18 – Distribuição dos idosos segundo a forma de realização do internamento. Recife, 2010/2011	85
Gráfico 19 – Distribuição dos idosos segundo o profissional procurado no último atendimento/consulta de saúde (exceto internação). Recife, 2010/2011	89
Gráfico 20 – Distribuição dos idosos segundo a forma de realização do último atendimento/consulta de saúde (exceto internação). Recife, 2010/2011	91
Gráfico 21 – Distribuição dos idosos segundo uso regular de medicamento. Recife, 2010/2011	92
Gráfico 22 – Distribuição dos idosos segundo a pessoa com quem podem contar em caso de doença e/ou incapacidade. Recife, 2010/2011	99
Gráfico 23 – Distribuição dos idosos segundo a atitude de reclamar quando estão insatisfeitos com a atenção de saúde recebida. Recife, 2010/2011	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo o sexo, a escolaridade e o estado conjugal. Recife, 2010/2011	39
Tabela 2 - Distribuição dos idosos por sexo, segundo a faixa etária, a escolaridade e o estado conjugal. Recife, 2010/2011	40
Tabela 3 - Distribuição dos idosos por faixa etária (anos), segundo a escolaridade e o estado conjugal. Recife, 2010/2011	41
Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo o número de filhos(as). Recife, 2010/2011	41
Tabela 5 - Distribuição dos idosos que moram só por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	42
Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo as pessoas com quem residem. Recife, 2010/2011	43
Tabela 7 - Distribuição dos idosos aposentados por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	43
Tabela 8 - Distribuição dos idosos segundo a fonte de renda. Recife, 2010/2011	44
Tabela 9 - Distribuição dos idosos segundo possuir renda pessoal, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	45
Tabela 10 - Distribuição dos idosos segundo a renda pessoal mensal, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	46
Tabela 11 - Distribuição dos idosos segundo a renda familiar mensal, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	47
Tabela 12 - Distribuição da renda familiar mensal do idoso que é provedor exclusivo. Recife, 2010/2011	47
Tabela 13 - Distribuição dos idosos segundo o acesso a bens e serviços. Recife, 2010/2011	48
Tabela 14 - Distribuição dos idosos segundo a situação do imóvel no qual residem, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	49
Tabela 15 - Distribuição dos idosos segundo as necessidades básicas supridas financeiramente, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	49
Tabela 16 - Distribuição dos idosos segundo a percepção sobre a saúde, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	50

Tabela 17 - Distribuição dos idosos segundo o relato de, pelo menos, um problema de saúde (doença/agravo), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	51
Tabela 18 - Distribuição dos idosos que sofrem de cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	51
Tabela 19 - Distribuição dos idosos segundo a capacidade de realizarem sozinhos e sem ajuda as atividades da vida diária (AVDs), por sexo. Recife, 2010/2011	55
Tabela 20 - Distribuição dos idosos segundo a capacidade para realizar sozinho e sem ajuda as atividades da vida diária (AVDs) listadas, por faixa etária (anos). Recife, 2010/2011	56
Tabela 21 - Distribuição dos idosos com necessidade de ajuda para realizar pelo menos uma atividade da vida diária (AVDs), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	57
Tabela 22 - Distribuição dos idosos com necessidade de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	58
Tabela 23 - Distribuição dos idosos segundo as atividades realizadas no tempo livre, por sexo. Recife, 2010/2011	59
Tabela 24 - Distribuição dos idosos segundo as atividades realizadas no tempo livre, por faixa etária (anos). Recife, 2010/2011	60
Tabela 25 - Distribuição dos idosos segundo a frequência de saída do domicílio por sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011	62
Tabela 26 - Distribuição dos idosos segundo a frequência de saída do domicílio de acordo com morar sozinho, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde e a percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011	63
Tabela 27 - Distribuição dos idosos segundo o horário preferencial para saída do domicílio, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	64
Tabela 28 - Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda para sair do domicílio, por sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011	65
Tabela 29 - Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda para sair do domicílio, de acordo com morar sozinho, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011	66

Tabela 30 - Distribuição dos idosos segundo a caracterização da ajuda para sair do domicílio. Recife, 2010/2011	67
Tabela 31 - Distribuição dos idosos segundo a saída do domicílio para ir aos serviços de saúde, por sexo, faixa etária, relato de cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e ser provedor exclusivo da família. Recife, 2010/2011	68
Tabela 32 - Distribuição dos idosos segundo os modos utilizados de deslocamento para os serviços de saúde. Recife, 2010/2011	69
Tabela 33 - Distribuição dos idosos segundo os modos utilizados de deslocamento para os serviços de saúde, por sexo, faixa etária e estado conjugal. Recife, 2010/2011	70
Tabela 34 - Distribuição dos idosos segundo os modos utilizados de deslocamento para os serviços de saúde, de acordo com a escolaridade, a renda pessoal e a renda familiar. Recife, 2010/2011	71
Tabela 35 - Distribuição dos idosos segundo o modo mais utilizado de deslocamento para os serviços de saúde, de acordo com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011	72
Tabela 36 - Distribuição dos idosos segundo os lugares para onde se deslocam de ônibus. Recife, 2010/2011	73
Tabela 37 - Distribuição dos idosos segundo os lugares para onde se deslocam a pé. Recife, 2010/2011	73
Tabela 38 - Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre o uso de ônibus. Recife, 2010/2011	73
Tabela 39 - Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre aspectos de acessibilidade e segurança na cidade. Recife, 2010/2011	74
Tabela 40 - Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre uso de taxi. Recife, 2010/2011	75
Tabela 41 - Distribuição dos idosos segundo o uso de táxi como modo de deslocamento, por sexo, faixa etária, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011	75
Tabela 42 - Distribuição dos idosos segundo ser condutor de automóvel, por sexo, faixa etária, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011	76
Tabela 43 - Distribuição dos idosos com acesso a plano de saúde, segundo o tipo. Recife, 2010/2011	77

Tabela 44 - Distribuição dos idosos segundo o tipo de acesso à assistência de saúde, por sexo, faixa etária, escolaridade, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011	78
Tabela 45 - Distribuição dos idosos segundo a pessoa que paga o plano de saúde, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	80
Tabela 46 - Distribuição dos idosos segundo a pessoa que paga o plano de saúde de acordo com a renda pessoal, a renda familiar e ser provedor exclusivo da família. Recife, 2010/2011	81
Tabela 47 - Distribuição dos idosos segundo a dificuldade de acesso e/ou uso dos serviços de saúde. Recife, 2010/2011	82
Tabela 48 - Distribuição dos idosos segundo o internamento nos últimos 12 meses antes da entrevista, por sexo, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011	83
Tabela 49 - Distribuição dos idosos segundo o internamento nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011	84
Tabela 50 - Distribuição dos idosos segundo as características dos internamentos nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com o tempo de deslocamento do domicílio até o local do internamento, o modo de deslocamento, o tempo de espera para ser atendido e a opinião sobre a atenção recebida. Recife, 2010/2011	86
Tabela 51 - Distribuição dos idosos segundo o atendimento de saúde/consulta (exceto internação) nos últimos 12 meses antes da entrevista, por sexo, faixa etária e estado conjugal. Recife, 2010/2011	87
Tabela 52 - Distribuição dos idosos segundo o atendimento de saúde/consulta (exceto internação) nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com morar sozinho, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011	88
Tabela 53 - Distribuição dos idosos segundo o local de atendimento de saúde/consulta (exceto internação). Recife, 2010/2011	88
Tabela 54 - Distribuição dos idosos segundo as características do atendimento/consulta de saúde nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com o tempo de deslocamento do domicílio até o serviço de saúde, o modo de deslocamento, o tempo de espera para ser atendido e a opinião sobre a atenção recebida. Recife, 2010/2011	90

Tabela 55 - Distribuição dos idosos segundo as características de solicitação e realização de exames, no último atendimento de saúde/consulta (exceto internação), nos últimos 12 meses antes da entrevista. Recife, 2010/2011	91
Tabela 56 - Distribuição dos idosos segundo o uso regular de, pelo menos, um medicamento, por sexo, faixa etária, escolaridade e renda pessoal. Recife, 2010/2011	93
Tabela 57 - Distribuição dos idosos segundo o uso regular de, pelo menos, um medicamento, de acordo com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo), acesso a plano de saúde e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011	94
Tabela 58 - Distribuição dos idosos segundo o uso regular de cinco ou mais medicamentos de acordo com o sexo, a faixa etária, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades de vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo), acesso a plano de saúde e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011	95
Tabela 59 - Distribuição dos idosos segundo a forma de obtenção do medicamento de uso regular, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011	96
Tabela 60 - Distribuição dos idosos segundo a forma de obtenção do medicamento de uso regular, de acordo com renda pessoal, renda familiar, ser provedor exclusivo da família e acesso a plano de saúde. Recife, 2010/2011	97
Tabela 61 - Distribuição dos idosos segundo a identificação de serviços de saúde/equipamentos próximos à residência. Recife, 2010/2011	98
Tabela 62 - Distribuição dos idosos segundo a opinião sobre os serviços de saúde existentes para atendê-los. Recife, 2010/2011	98
Tabela 63 - Distribuição dos idosos segundo o uso de equipamento de autoajuda/tecnologia assistiva. Recife, 2010/2011	99

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Mobilidade urbana e capacidade funcional em uma população que envelhece	23
1.2 Modos de deslocamento humano / meios de transporte	25
1.3 Breves considerações sobre o acesso da população idosa aos serviços e ações em saúde	27
2 OBJETIVOS	30
2.1 Objetivo geral	30
2.2 Objetivos específicos	30
3 MATERIAIS E MÉTODO	31
3.1 Tipo de estudo	31
3.2 População alvo e área do estudo	31
3.2.1 <i>População-alvo</i>	31
3.2.2 <i>Área do estudo</i>	31
3.3 Amostra (estratégia de amostragem e tamanho da amostra)	32
3.4 Procedimentos para coleta de dados e instrumento utilizado	35
3.4.1 <i>Procedimentos para coleta de dados</i>	35
3.4.2 <i>Instrumento utilizado</i>	35
3.5 Procedimentos para análise dos dados	36
3.6 Considerações éticas	37
4 RESULTADOS	38
4.1 Condições sociais e demográficas	38
4.2 Condições de saúde	50
4.3 Condições de realização das atividades da vida diária (AVDs)	55
4.4 Condições de mobilidade urbana	60
4.5 Condições de acesso e uso de serviços de saúde	77

5 DISCUSSÃO	101
5.1 Condições sociais e demográficas	101
5.2 Condições de saúde	109
5.3 Condições de realização das atividades da vida diária (AVDs)	114
5.4 Condições de mobilidade urbana	120
5.5 Condições de acesso e uso de serviços de saúde	129
6 CONCLUSÕES	139
7 RECOMENDAÇÕES	144
REFERÊNCIAS	146
Apêndice A – Instrumento do estudo	158
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	173
Apêndice C – Mapa com a distribuição das unidades de atenção básica de Recife	174
Apêndice D – Mapa com a distribuição dos polos do Programa Academia da Cidade de Recife	175
Apêndice E – Mapa com a distribuição das unidades de atenção especializada de Recife	176
Anexo A – Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE	177

1 INTRODUÇÃO

As cidades são objeto de investigação de diversas áreas do conhecimento científico, tais como: sociologia, geografia, história, ecologia urbana, epidemiologia, arquitetura, urbanismo, dentre outras, dado o contexto heterogêneo que comportam. Atualmente se constituem como cenário para a expressão das desigualdades sociais, quando se analisa sua constituição do ponto de vista sócio-histórico. Trata-se de uma situação paradoxal pois, por um lado, devido ao crescimento desordenado, a maioria das cidades, sem uma adequada infraestrutura e inadequação de políticas públicas, tornam-se excludentes; por outro, oferecem uma variedade de bens e serviços que não se encontram em áreas rurais, embora evidentemente não exista garantia de acesso a estes (RODWIN; GUSMANO; BUTLER, 2006).

A diversidade típica das áreas urbanas não seria um problema se não fossem as injustiças nelas presentes. A desigualdade “é considerada como sinônimo de injustiça, iniquidade, relações onde os direitos fundamentais são desrespeitados e a dignidade ferida” (VIANA et al., 2001, p.11). Talvez esse fato constitua um dos grandes desafios na administração das cidades, equacionar as diferenças sem promover injustiça social.

A urbanização crescente é observada em todo o mundo. Cerca de 50% da população do planeta mora em cidades e, no futuro próximo, em 2030, esse percentual poderá ultrapassar os 60% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007). No Brasil, mais de 80% das pessoas vivem em áreas consideradas urbanas pelos critérios do IBGE (IBGE, 2011).

Além da urbanização crescente da população mundial, outra tendência a se considerar contemporaneamente é o novo arranjo demográfico das cidades em todo o mundo. O crescimento da população de idosos é um fenômeno nunca antes observado. Esta população, composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está em torno de 600 milhões e deverá chegar, em 2025, a 1,2 bilhões, ou seja, o dobro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007). No Brasil, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais em 1991 era de 4,87%, em 2000 atingiu o percentual de 5,9% e em 2010 chegou a 7,4% (IBGE, 2011).

Apesar das duas tendências citadas – urbanização e envelhecimento – se verificarem de modo intenso e acelerado e com forte interface, ainda são insuficientes as referências, na literatura científica, sobre o futuro das grandes cidades, considerando o crescente contingente de idosos que estas terão e a necessidade de respostas às demandas próprias desse grupo etário (RODWIN; GUSMANO; BUTLER, 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007). Este segmento populacional, de tão numeroso, poderá influenciar ou até determinar, em algumas cidades, suas políticas públicas de atenção social e de saúde (MERCADO et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), através do Projeto de Política de Saúde denominado Envelhecimento Ativo, definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, p. 13, 2007) e se aplica a indivíduos e a grupos populacionais, apresenta informações que representam bem essa interface, entre as quais destacamos: os custos do setor saúde aumentam à medida que aumenta a faixa etária; os idosos representam um recurso para suas famílias, comunidade e para a economia; nas situações de emergência (maremotos, atentados, guerras, ondas de calor, dentre outros) os idosos estão entre os mais vulneráveis; questões de acessibilidade urbana e arquitetônica são relevantes tanto para a vida saudável e com qualidade quanto para os gastos públicos que podem chegar a valores elevados nos sistemas de saúde como, por exemplo, por traumatismos relacionados a quedas em idosos; a violência entre idosos aumenta à medida que a população envelhece e muda a dinâmica social.

Diversas desigualdades são observadas em relação à população idosa brasileira, como, por exemplo, ser idoso e pobre implica em ter piores condições de saúde, maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e menor mobilidade física (LIMA-COSTA et al., 2003; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999). Neste contexto, Freese e Fontbonne (2006) se referem ao atual perfil de saúde brasileiro, característico da histórica iniquidade social experimentada em nosso país, denominado perfil de desigualdades, no qual se unem a alguns velhos problemas de saúde, novas doenças e situações de risco à saúde, tudo isso reflexo de uma longa história de contradições econômicas e sociais. Referem ainda que, a partir das últimas décadas do século passado, o país vem experimentando processos dinâmicos e sistemáticos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional.

O envelhecimento da população repercute na dinâmica econômica, social e política. O desafio imposto por essa nova realidade demográfica exige ações governamentais de ordem econômica, política e cultural para garantir aos idosos uma vida ativa e produtiva (IBGE, 2002; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005). Destaca-se que os problemas das grandes cidades, tais como: violência urbana, polarização social, poluição, problemas habitacionais e de transportes, dentre outros, influenciam o modo de viver dos idosos residentes nessas cidades, exigindo dos formuladores de políticas públicas modelos de organização que atendam essas necessidades (RODWIN, GUSMANO; BUTLER, 2006, p. 6).

Neste sentido, o Brasil dispõe de um marco legal importante destinado ao segmento idoso que, segundo Minayo (2003), carece ser implantado. A seguir, estão relacionados alguns exemplos: Lei nº 8.842/1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994); Decreto Lei nº 1.948/1996, regulamenta a Lei nº 8.842 (BRASIL, 1996); Lei nº 10.741/2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003b); Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária Nº 283, aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2005); Portaria nº 2.528/2006, dispõe sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a); Portaria nº 399/GM/2006, divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, e aprova suas Diretrizes Operacionais (BRASIL, 2006b).

Também quanto ao desenvolvimento das cidades, vale ressaltar, no Brasil: Lei nº 10.257/2001, cria o Estatuto da Cidade (BRASIL, 2001); Lei nº 10.683/2003, cria o Ministério das Cidades (BRASIL, 2003a); Decreto nº 5.031/2004, institui o Conselho das Cidades – ConCidades (BRASIL, 2004a); Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável (BRASIL, 2004b).

Em relação à sua distribuição nas cidades, a população idosa segue a tendência de outros grupos minoritários e se concentra em áreas mais antigas e centrais, que perdem as características residenciais, tornando-se barulhentas, poluídas e violentas, nas quais a população residual idosa mora (ALVES, 2006).

Estudos que apontem como as cidades lidam com as suas populações idosas ajudam na troca de experiências e subsidiam formuladores de políticas públicas a encontrar soluções.

Rodwin, Gusmano e Butler (2006), em um estudo sobre as cidades de Nova York, Tóquio, Paris e Londres, discutem exatamente os aspectos relacionados às duas tendências aqui tratadas, quais sejam: a urbanização e o envelhecimento das populações. Apontam semelhanças e diferenças entre as quatro grandes cidades de quatro grandes países em relação aos cuidados de longa duração que oferecem aos seus idosos, destacando a vulnerabilidade à qual estes estão submetidos nos grandes centros urbanos. Citam, como exemplos, o ataque de 11 de setembro ao *World Trade Center*, em Nova York, e a onda de calor no verão de Paris, em 2005, situações conhecidas internacionalmente e que tiveram consequências diretas na população idosa mais frágil. No caso da onda de calor em parisiense, o grande número de mortes entre os idosos; no caso de Nova York, os idosos que ficaram sem assistência nas áreas interditadas em consequência do ataque, inclusive em instituições que abrigavam idosos, situadas em quadras vizinhas. Outro aspecto da vulnerabilidade nas grandes cidades, que atinge as pessoas idosas, é a poluição atmosférica, havendo no Brasil, referências do seu impacto na morbimortalidade entre idosos (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2008).

Na perspectiva do Envelhecimento Ativo, a OMS, considerando a urbanização e o envelhecimento populacional como duas grandes forças trazidas do século XX e que são um desafio para o século em curso, desenvolveu o Projeto Cidade Amiga do Idoso, lançado em 2005 no Rio de Janeiro, durante o XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria, que originou o Guia Global da Cidade Amiga do Idoso, lançado, mundialmente, em 1º de outubro de 2007, em comemoração ao Dia Internacional do Idoso. O objetivo do referido Projeto foi verificar quais características uma cidade deve ter para ser amigável aos seus moradores mais velhos.

O estudo foi realizado em 33 cidades de 22 países; no Brasil, apenas a cidade do Rio de Janeiro foi incluída. Participaram 1.485 idosos, que foram solicitados, através de grupos focais, a apontar aspectos positivos e obstáculos que encontram em suas cidades em relação a oito dimensões, a saber: (1) prédios públicos e espaços abertos; (2) transporte; (3) moradia; (4) participação social; (5) respeito e inclusão social; (6) participação cívica e emprego; (7) comunicação e informação; (8) apoio comunitário e serviços de saúde. Os resultados geraram uma lista de verificação para cada uma das dimensões estudadas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007).

Uma cidade amiga do idoso é aquela que incentiva o envelhecimento ativo, ou seja, otimiza as oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de destacar a qualidade de vida no processo de envelhecimento das populações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007), desta forma “adapta suas estruturas e serviços para serem acessíveis e inclusivas para os mais velhos de acordo com suas necessidades e capacidades” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2007, p. 1).

Para a OMS (2005) o Envelhecimento Ativo é composto por três pilares: saúde, participação e segurança, e por seis determinantes: (1) serviços sociais e de saúde; (2) determinantes comportamentais; (3) determinantes pessoais; (4) determinantes sociais; (5) determinantes econômicos; (6) ambiente físico.

Sendo assim, uma cidade que considera estes aspectos é capaz de oferecer à sua população a possibilidade de envelhecer bem, e aos seus idosos condições para uma vida digna e com qualidade. Essa abordagem se baseia no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, 2007).

Quando as políticas públicas de uma cidade, destinadas à sua população idosa, forem norteadas pelos princípios do Envelhecimento Ativo, observar-se-á:

Menos mortes prematuras (vida produtiva); menos incapacidades associadas entre idosos; mais pessoas envelhecendo com qualidade de vida; mais pessoas participando ativamente da vida social, política, cultural e econômica, em atividades remuneradas ou não, e na vida doméstica, familiar e comunitária; menos gastos com tratamentos de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005, p. 17-18).

Por tudo que foi descrito, há uma desigualdade considerável no acesso dos idosos aos bens e serviços disponíveis nas grandes cidades e essa desigualdade compromete sobremaneira o seu desenvolvimento e comprometerá ainda mais, caso se insista em negar a presença maciça desse grupo populacional. Conhecer a relação entre os idosos e as cidades e como estas respondem às necessidades de atenção integral aos seus idosos se constitui na questão a ser aqui tratada.

Este tema desperta o interesse de organismos internacionais como a OMS e a ONU, como também de órgãos governamentais, de organizações acadêmicas, do setor privado e da sociedade em geral, pelo seu poder de repercussão no cotidiano das populações.

Entre as vertentes que se podem abordar quando se fala do futuro das grandes cidades em relação à sua população idosa, um tema chama a atenção e será aqui destacado: a mobilidade das pessoas idosas, em particular fora de suas casas.

1.1 Mobilidade urbana e capacidade funcional em uma população que envelhece

Falar da mobilidade da pessoa idosa é referir-se à sua capacidade física para se movimentar e realizar suas atividades fora do ambiente domiciliar, ou seja, atividades externas à sua casa. Esse deslocamento pode acontecer por motivos diversos, como uma visita a um amigo ou uma consulta médica, e ocorrer de vários modos, como a pé, de bicicleta ou de automóvel, por exemplo (MERCADO et al., 2007; MOLLENKOPF et al, 2006). Suen e Sen (2004) acrescentam o desejo e a autonomia ao conceito de mobilidade, ou seja, é a pessoa poder deslocar-se quando e para onde quiser, estar bem informada sobre as opções e meios para deslocar-se, saber utilizá-los e poder provê-los.

Já a mobilidade urbana, de acordo com Rosenbloom (2004) e Nunes (2009), refere-se a um atributo das cidades, relativo à facilidade de deslocamento de pessoas e bens no espaço urbano, que acontece através de veículos, vias e toda a infraestrutura visando o ir e vir cotidiano.

Assim, é importante compreender que tanto as características pessoais quanto os atributos das cidades são dinâmicos e variam de acordo com o contexto de cada um e da sua interação. A mobilidade é uma característica fundamental das sociedades modernas e extrapola a compreensão de ser somente uma necessidade humana de movimentos físicos. Nos ambientes urbanos, nos quais os espaços construídos foram funcional e espacialmente separados para ofertar bens e serviços e áreas de moradia, a mobilidade passou a ser pré-requisito à participação social (MERCADO et al., 2007; MOLLENKOPF et al, 2004, 2006).

Assim, para efeito desse estudo, sempre que for usado o termo mobilidade de idosos, este se referirá ao deslocamento das pessoas idosas na malha urbana, considerando sua

capacidade funcional e os atributos dessa malha, uma vez que, segundo Metz (2000), o conceito de mobilidade não está bem definido.

Não há dúvidas que a mobilidade, para as pessoas mais velhas, é uma condição para a manutenção de sua capacidade funcional (autonomia e independência), retarda a instalação de incapacidades e fragilidade, permite à pessoa idosa levar uma vida participativa com bem estar e qualidade, uma vez que favorece sua interação social. Conhecer essa dinâmica, seu potencial e limitação, é importante para uma vida com qualidade, tanto dos idosos quanto da população que está envelhecendo (FOREMAN et. al., 2003; METZ, 2000; MOLLENKOPF et al, 2004, 2006; TRILLING; EBERHARD, 2004; WASFI; LEVINSON, 2007).

A necessidade de mobilidade muda de acordo com as mudanças que também ocorrem com o avanço da idade, adquirindo maior importância à medida que o tempo passa (SUEN, SEN, 2004). Cobb e Coughlin (2004) destacam que a mobilidade é referida por idosos como requisito importante para sua saúde física e mental.

Observa-se limitação da mobilidade quando uma pessoa não pode se locomover para o destino desejado, o que pode ocorrer por fatores pessoais ou ambientais e afeta as dimensões física, social e psicológica (WASFI; LEVINSON, 2007). As condições físicas, econômicas e sociais, assim como a infraestrutura da área em que se vive, são decisivas para a mobilidade. Algumas características, como ser mulher e idosa, viver só, estar enfermo, ser pobre e morar em área rural, aumentam a chance de perda da mobilidade, ou seja, de se deslocar fora de casa, no lugar onde se vive. Daí a importância de políticas públicas de mobilidade urbana para garantir ao segmento idoso, independentemente de sua condição social, o direito à mobilidade (MOLLENKOPF et al., 2004; NUNES, 2009).

Este tema tem sido abordado em vários campos do saber, em especial entre os estudiosos dos sistemas de transporte, tanto no Brasil quanto no exterior, e também por gestores públicos. Sendo assim, os meios de transporte, e sua relação com a mobilidade de pessoas idosas serão também abordados.

1.2 Modos de deslocamento humano / meios de transporte

É através dos meios de transporte que as pessoas se movimentam nas cidades, e em se tratando de grandes centros urbanos, há, praticamente, uma dependência direta dos meios de transportes motorizados para se acessar bens e serviços.

Na cadeia de transporte o primeiro modo identificado é o modal a pé, quer dizer, o deslocamento do pedestre, quando as pessoas se deslocam a pé pela cidade para ter acesso àquilo que necessitam e/ou desejam. Tem-se também o transporte em veículo automotor, embarcações, aeronaves, trens ou até por tração animal. Os transportes podem ser públicos ou particulares, no entanto, o modal a pé constitui, na maioria das vezes, o primeiro elo da cadeia de transporte, por exemplo, o deslocamento a pé até a parada de ônibus.

Quanto maior e mais complexa a cidade, maior a necessidade de meios de transporte eficientes, em especial quando o crescimento e a localização dos bens e serviços são dispostos de forma desordenada, como aconteceu com o crescimento da maioria das capitais brasileiras; no Recife não é diferente (BRASIL, 2004b).

Já foi referido que as cidades guardam muitas desigualdades. Para Rocha (2003) e Nunes (2009), o sistema viário é um espaço de disputas constantes entre atores diversos (pedestres, condutores de automóvel, motociclistas, ciclistas, dentre outros). Nunes (2009) destaca que as condições de mobilidade de uma cidade estão diretamente relacionadas ao seu desenvolvimento urbano.

Apesar do Ministério das Cidades, através da Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana, ter proposto o Programa Brasileiro de Acessibilidade Urbana – Brasil Acessível, para garantir a acessibilidade para todos aos sistemas de transportes, não há, na prática, no país, uma política de mobilidade urbana que priorize o indivíduo, mas sim o veículo automotor, em especial, o carro de uso particular e individual, em detrimento do transporte público e coletivo de qualidade, o que contribui sobremaneira para os grandes engarrafamentos que aumentam a demora e dificuldade no acesso e também o desconforto de todos no trânsito, que sofrem com barulho e poluição – cenário familiar a todos que vivem em grandes cidades (NUNES, 2009; ROCHA, 2003).

É neste cenário desordenado e adverso que as pessoas idosas vivem e precisam se deslocar para dar seguimento às suas atividades cotidianas.

Vários estudos nacionais sobre o deslocamento das pessoas nas cidades abordam temas como: iniquidades na ocupação do solo urbano; satisfação do usuário de transporte público; deslocamento a pé; deslocamento com veículos motorizados; meios não motorizados, como, por exemplo, a bicicleta (atualmente relacionada às questões ecológicas); acessibilidade (do trajeto e dos veículos); segurança; tempo e distância de deslocamento; pesquisas de origem e destino; uso dos espaços públicos como parques e praças. A maior parte está vinculada às engenharias civil e de transporte ou à arquitetura e ao urbanismo. As questões relativas às políticas públicas de transporte e mobilidade urbanas estão em descompasso com a produção do conhecimento e sua efetiva implantação (HILDEBRAND; GRAÇA; MILANO, 2001; ROCHA, 2003).

Alguns desses estudos são direcionados especificamente ao segmento idoso, outros abordam questões de acessibilidade e cidadania e citam essa população em conjunto com as pessoas com deficiência, as gestantes e outros grupos com mobilidade reduzida (DANTAS, 2005; FERNANDES, 2000; PEREIRA, 2007).

No setor saúde, ainda é pequena a produção nacional de estudos que abordem o tema do ponto de vista aqui tratado. Em geral, as publicações abordam o tema da mobilidade em relação à capacidade física do idoso para realizar suas atividades diárias; ou abordam o tema da acessibilidade também enfocando as limitações pessoais e ambientais e como estas se relacionam.

Diferentemente, nos países desenvolvidos observa-se uma preocupação com a mobilidade de sua população que está envelhecendo. Essa preocupação se expressa nas pesquisas que envolvem diretamente as políticas de mobilidade e/ou de transporte destinadas à população que envelhece ou aos já idosos. Parte desses estudos compara as políticas públicas de mobilidade urbana destinada aos idosos em várias cidades e países do mundo; outros tratam dos meios de deslocamento e transportes alternativos para essa população; outros ainda abordam o idoso condutor, sua segurança no trânsito, e discutem a hora de cessar essa atividade. Em todos esses trabalhos nota-se a preocupação com o futuro, já que o número de idosos só cresce nas cidades, estes estão mais ativos que no passado e são, em grande

parte, condutores de seus próprios veículos (COBB; COUGHLIN, 2004; FOREMAN, et al, 2003; MERCADO et al., 2007; METZ, 2000; MOLLENKOPF et al., 2004, 2006; ROSENBLOOM, 2004; SUEN; SEN, 2004; TRILLING; EBERHARD, 2004; WASFI; LEVINSON, 2007).

As condições de mobilidade urbana e de transporte são determinantes no acesso e utilização de bens e serviços nas grandes cidades, dentre eles os serviços de saúde.

1.3 Breves considerações sobre o acesso da população idosa aos serviços e ações em saúde

Dentre os motivos que levam as pessoas idosas a sair de suas casas e circular pela cidade está a utilização dos serviços de saúde (DANTAS, 2005). Para chegar até eles um requisito, dentre outros, é a condição de mobilidade urbana. Portanto, deslocar-se até esses serviços quando se deseja ou necessita significa poder usufruir dos bens e serviços de uma cidade.

Falar em utilização de serviços de saúde significa referir-se também ao acesso a estes serviços. Conceituar acesso em saúde não é simples, varia desde a utilização do termo. Alguns autores utilizam o termo acessibilidade e atribuem diferenciais para cada um, em seus modelos explicativos. Essa dificuldade é referida por Sawyer, Leite e Alexandrino (2002) e também por Travassos e Martins (2004, p. 191): “Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde [...] que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto”. Os autores referem ainda que, nos modelos explicativos, os termos *acesso* e *acessibilidade* são tratados diferentemente da expressão *utilização de serviços de saúde*, já que esta compreende, em seu conceito, o contato com os serviços de saúde, seja direto (consultas médicas, hospitalizações etc.) ou indireto (realização de exames, etc.).

Apesar das imprecisões dos conceitos, em um artigo de revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde Travassos e Martins (2004) apontam aspectos consonantes entre esses vários modelos explicativos, a saber: acesso relaciona-se à oferta de serviços; uso de serviços é uma expressão do acesso; tanto o acesso quanto o uso são influenciados por fatores individuais e contextuais; ambos os termos indicam o grau de

facilidade para se obter cuidados de saúde; tendência em deslocar o eixo da entrada nos serviços para os resultados obtidos.

Este estudo trata da mobilidade urbana e por isso aborda também os atributos da cidade, ou seja, as características urbanas das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação sensorial adequados, de modo a permitir que qualquer pessoa, independente de sua condição, os utilize. Características essas denominadas, por Ubierna (1997), de acessibilidade, e que têm um papel diferencial na mobilidade urbana das pessoas idosas. Assim, neste estudo o termo acessibilidade terá a conotação acima referida; já o termo acesso se referirá aos serviços de saúde e seus atributos, como: oferta, resolutividade, entre outros, que serão explicitados sempre que necessário.

Travassos e Martins (2004), referindo-se a Donabedian, afirmam que o termo acessibilidade (aqui denominado acesso) vai além da disponibilidade de recursos, inclui “as características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários” (p. 191). Assim, propõem explicar as variações no uso de serviços de saúde de grupos populacionais, sendo relevante para estudar a equidade nos sistemas de saúde. Segundo Veras (2007), a equidade no acesso aos cuidados de saúde é preconizada pela OMS, como base para um envelhecimento saudável.

O alto contingente de idosos nas cidades faz pensar sobre os ajustes necessários dos modelos de gestão em saúde para atender adequadamente a demanda desse contingente, em especial para definição de prioridades. Para Veras (2003), essa é uma população com maior número de agravos e, por conseguinte, maior necessidade de uso de serviços de saúde, que implicam em maiores custos. Desta forma, as políticas públicas de mobilidade urbana, de assistência social, de acesso e uso aos serviços de saúde, destinadas à população que envelhece e às pessoas idosas, devem constituir prioridade na pauta do gestor municipal.

Por tudo que foi apresentado, acredita-se que a proposta deste estudo é atual, por tratar essencialmente de dois grandes temas sociais contemporâneos, quais sejam: o futuro das grandes cidades e o envelhecimento de suas populações; é relevante, pois apresenta e discute informações originais sobre o tema; é inédito, uma vez que há uma lacuna de estudos, no Brasil, sobre o envelhecimento nas grandes cidades e a mobilidade da população que

envelhece e que analise sua relação com a capacidade funcional dos idosos e seu acesso aos serviços e ações de saúde.

Espera-se, ao final, agregar conhecimentos originais que possam ser utilizados por outros estudiosos do tema, na troca de experiências, além de subsidiar os formuladores de políticas públicas.

Tem-se como questão central deste estudo: considerando as condições sociais e de saúde dos idosos residentes no Recife, como se comporta sua mobilidade na cidade?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Estudar a relação entre envelhecimento, mobilidade urbana e condições de saúde da população idosa residente no Recife.

2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar o perfil sociodemográfico e epidemiológico da população idosa com 65 anos ou mais;
- b) Verificar a capacidade funcional dos idosos através da autonomia e independência para o desempenho das Atividades de Vida Diária;
- c) Descrever a mobilidade dos idosos na cidade, considerando: o acesso aos lugares e os modos de deslocamento utilizados;
- d) Descrever o acesso e a utilização dos serviços e ações de saúde pelos idosos no município.

3 MATERIAIS E MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, de base populacional.

3.2 População-alvo e área do estudo

3.2.1 População-alvo

A população-alvo é composta pelos idosos moradores do Recife/PE. Para os propósitos deste estudo são consideradas idosas todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos. Este critério cronológico permite uma melhor comparação com estudos internacionais, além de se tratar do segmento que melhor expressa as variáveis de interesse do estudo proposto.

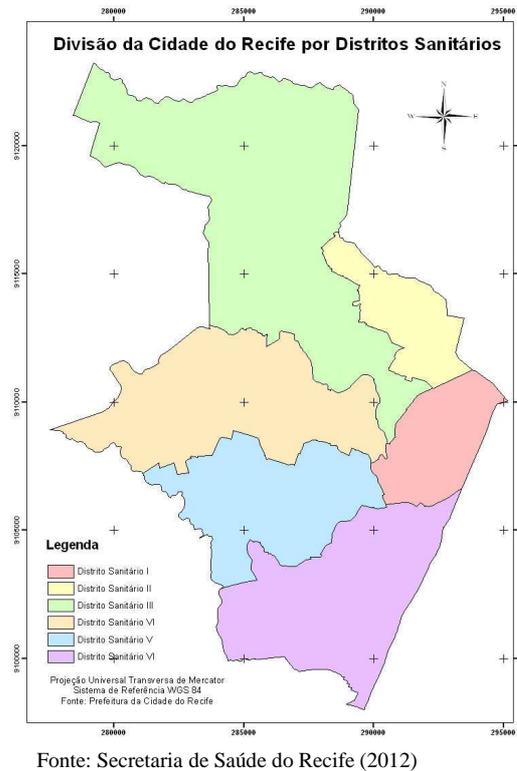
3.2.2 Área do estudo

Recife, capital do Estado de Pernambuco, é uma importante cidade da Região Nordeste do Brasil. Banhada pelos rios Beberibe, Capibaribe, Tejipió, Jaboatão e Pirapama guarda características e beleza singular. Sua área é de 219,493 Km². Limita-se ao norte com Olinda e Paulista; ao sul, com Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico (RECIFE, 2012).

A capital pernambucana conta com uma população de 1.537.704 habitantes, dos quais 8,1% (125.153) têm idade igual ou superior a 65 anos (IBGE, 2011).

A cidade possui 94 bairros, distribuídos em seis Regiões Político-Administrativas – RPAs. O setor saúde adota em sua organização a mesma divisão político-administrativa, com seis distritos sanitários (DSs), que correspondem às áreas das RPAs (Figura 1).

Figura 1 – Mapa do Recife, segundo os distritos sanitários (DSs).



3.3 Amostra (estratégia de amostragem e tamanho da amostra)

Para definir a amostra, foram utilizados os dados disponíveis, para o Recife, do censo demográfico de 2000, sobre população e setores censitários (IBGE, 2001). No início deste estudo ainda não estavam disponíveis os dados oficiais do censo de 2010 por distrito sanitário, segundo informado em consulta à Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

O tamanho da amostra foi calculado considerando a população do Recife, estimada em 1.422.905 habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2000 (IBGE, 2001), baseado numa estimativa de prevalência de incapacidade funcional em idosos na comunidade de 20% (VERAS, 1994), com um erro máximo de 4,0% e uma confiabilidade de 95%. A partir dessa definição foi utilizado o Programa Epi-Info 6.04d, chegando-se a uma amostra de 384 indivíduos. Utilizou-se também um fator de correção de 2,5 (efeito do desenho), considerando não se tratar de uma amostra aleatória simples, mas por conglomerado, e acrescentou-se 25%

para compensar possíveis perdas futuras (DINIZ, 1997; LOCH, 2007; LOPES, 2006; OLIVEIRA, 2002). Chegando-se à amostra final de 1.200 idosos.

A amostra foi estratificada com partilha proporcional, considerando a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos de cada um dos seis DSs do Recife (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da população idosa (≥ 65 anos) residente no Recife, segundo os distritos sanitários e amostra estratificada da população idosa (≥ 65 anos) por distrito sanitário (DS).

Distritos Sanitários	População residente em Recife			Amostra (n = 1200)
	Total (1.422.905)	≥ 65 anos (92.626)	Proporção ≥ 65 anos	
DS I	78.098	6.241	6,7	81
DS II	205.986	13.841	14,9	179
DS III	283.525	18.916	20,4	245
DS IV	253.015	14.936	16,1	194
DS V	248.483	15.922	17,2	206
DS VI	353.798	22.770	24,6	295

Fonte: IBGE (2001)

Além da estratificação acima descrita, adotou-se também partilha proporcional, considerando as faixas etárias: 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 anos ou mais, para cada um dos seis DSs do Recife. Em seguida, realizou-se um sorteio aleatório dos setores censitários (SCs), por distrito sanitário (DS), para a coleta dos dados, considerando-se entrevistar dez idosos por setor censitário (Quadro 2). Também se acrescentou a esse sorteio 20% de setores, caso houvesse necessidade de substituição.

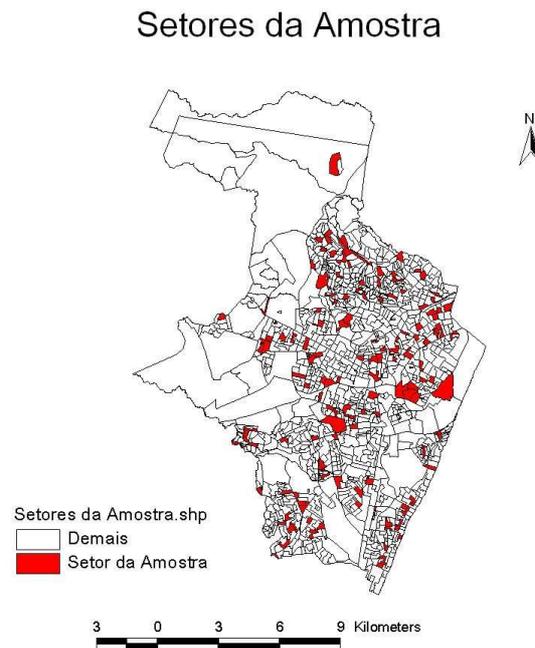
Quadro 2 - Amostra estratificada da população idosa (≥ 65 anos) por faixas etárias e setores censitários (SCs) para cada distrito sanitário (DS) do Recife.

DS	Faixas etárias				Total da Amostra	Nº de SC
	65-69	70-74	75-79	80 ou +		
DS I	28	24	14	15	81	9
DS II	61	50	34	34	179	18
DS III	84	69	46	46	245	25
DS IV	67	55	34	38	194	20
DS V	65	60	41	40	206	21
DS VI	102	82	54	57	295	30

Fonte: IBGE (2001)

Como já referido, neste estudo foram considerados os SCs da cidade para a coleta dos dados (Figura 2), no entanto também foram apresentados os bairros contemplados, em cada um dos DSs para que se tenha a dimensão percorrida na cidade Quadro 3. Dos 94 bairros da cidade, 56 foram contemplados.

Figura 2 – Mapa com a distribuição dos setores censitários do Recife, sorteados para coleta de dados. Recife, 2010/2011.



Fonte IBGE (2001)

Quadro 3 – Distribuição dos bairros do Recife de acordo com os distritos sanitários (DSs), contemplados no estudo. Recife, 2010/2011.

Recife (94 bairros)	Bairros contemplados	Nº de bairros contemplados (61)
DS I (11 bairros)	Boa Vista, Coelhos, Ilha do Leite, Paissandu, Santo Amaro, Santo Antônio, Soledade	7
DS II (18 bairros)	Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Beberibe	8
DS III (29 bairros)	Aflitos, Alto do Mandu, Espinheiro, Graças, Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Morro da Conceição, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Casa Amarela, Casa Forte	16
DS IV (12 bairros)	Cordeiro, Iputinga, Madalena, Torre, Engenho do Meio, Torrões, Caxangá, Várzea	8
DS V (16 bairros)	Afogados, Areias, Caçote, Coqueiral, Curado, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, San Martin, Tejipió	16
DS VI (8 bairros)	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Cohab, Ibura, Imbiribeira, Ipsep	6

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife (2012)

Partindo-se do ponto mais ao norte da cidade do croqui do setor censitário, foi iniciada a coleta de dados, sequencialmente, a cada três domicílios, até que foram obtidas as cotas de entrevistas pretendidas para aquele setor.

3.4 Procedimentos para coleta de dados e instrumento utilizado

3.4.1 Procedimentos para coleta de dados

Os dados foram coletados através de inquérito domiciliar com duração de dez meses (novembro/2010 a agosto/2011). O tempo médio para aplicação do questionário foi de 40 minutos. Havia três possibilidades para o respondente do questionário. Uma era o questionário ser respondido pelo próprio idoso, sem ajuda. A outra possibilidade era ser respondido pelo idoso, com alguma ajuda de outra pessoa. A terceira possibilidade era ser respondido totalmente por outra pessoa do domicílio, sem a participação do idoso (respondente substituto).

Considerou-se critério de exclusão a situação do idoso que morava só, com comprometimento cognitivo grave e que não possuía responsável e/ou cuidador que pudesse responder aos questionários.

Foram selecionados cinco entrevistadores. Estes foram devidamente treinados para a tarefa, sendo explicitados os objetivos do estudo e discutido cada item do questionário a ser utilizado. Foi realizado um pré-teste, incluindo alguns idosos que sabidamente não tinham chance de serem entrevistados durante a coleta real (residentes em um setor censitário não contemplado no sorteio); em seguida foram discutidos e uniformizados os procedimentos. Também foi esclarecido aos entrevistadores sobre a responsabilidade e o rigor dos procedimentos durante a coleta, para garantir a fidedignidade dos dados.

3.4.2 Instrumento utilizado

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado (Apêndice A) com as perguntas distribuídas em VI seções: I. Informações gerais, II. Saúde física, III. Atividades da vida diária (AVDs), IV. Recursos econômicos, V. Mobilidade urbana, e VI. Uso e acesso a serviços de saúde.

As seções I, II, III e IV, com pequenas adaptações, foram transcritas do questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), um instrumento multidimensional para estudar população idosa, validado no Brasil (VERAS, 1994). As seções aqui utilizadas permitem investigar a situação social e familiar, o desempenho nas atividades de vida diária, a ocupação do tempo livre, os recursos econômicos e sociais e a saúde física.

A seção V, mobilidade urbana, foi elaborada pelos autores desta pesquisa, de acordo com os objetivos pretendidos, a fim de obter informações sobre a mobilidade urbana da cidade vivenciada pelos idosos. As perguntas permitem caracterizar os lugares frequentados pelos idosos e o modo pelo qual eles se deslocam para esses lugares, bem como as atividades que pretendem realizar.

Na seção VI, uso e acesso a serviços de saúde, com pequenas adaptações foi utilizada a seção F do Questionário Multidimensional do Estudo SABE (Saúde, bem-estar e envelhecimento), fruto de uma grande parceria com a colaboração de diversas instituições, entre elas a Universidade de São Paulo e o Ministério da Saúde (LEBRÃO, 2003). Nesta seção é possível obter informações sobre o tipo de cobertura de saúde, se pública ou privada, as características dos serviços utilizados em diferentes circunstâncias e o consumo de medicamentos. No questionário consta uma página de rosto com os dados de identificação necessários.

3.5 Procedimento para análise dos dados

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

O tratamento estatístico foi realizado através de análise bivariada, para verificar a existência de associação (Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher). Todos os testes foram aplicados com 95% de confiança. As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão.

Os resultados estão apresentados em forma de gráficos e/ou tabelas com suas respectivas frequências absoluta e relativa.

3.6 Considerações éticas

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, cuja coleta dos dados foi aprovada (Anexo A).

Os idosos que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B).

4 RESULTADOS

Antes de serem apresentados os resultados propriamente ditos, será descrita, a seguir, a distribuição dos respondentes do questionário aplicados neste estudo. Dos 1200 questionários, 83,6% (1003) foram respondidos pelos próprios idosos, sem ajuda de terceiros, e 11,0% (132), pelos idosos com alguma ajuda, ou seja, em 94,6% (1135) é o idoso o respondente principal. Foram respondidos completamente por outra pessoa (respondente substituto) 4,3% (51) dos questionários, devido à impossibilidade do idoso para fazê-lo sozinho e com fidedignidade e, para 1,2% (14), não há informação sobre o respondente.

Retomam-se também as faixas etárias dos entrevistados que estavam dadas *a priori*, quando da estratificação prévia da amostra, sendo: 33,9% (407) de pessoas na faixa entre 65 e 69 anos; 28,3% (340) entre 70 e 74 anos; 18,6% (223) entre 75 e 79 anos e 19,2% (230) com 80 anos ou mais, baseadas na proporção de idosos do Recife, segundo o IBGE (2001). O número de entrevistados, por faixa etária, ocorreu dentro da estimativa calculada.

Os resultados estão apresentados de acordo com a organização das seções do questionário e também com as relações entre as variáveis definidas.

4.1 Condições sociais e demográficas

Na Tabela 1 observa-se que, dentre os 1200 idosos entrevistados, a maioria é de mulheres, representando 75,7% (908). Do total de idosos, 32,2% (386) referem não ter tido nenhuma instrução escolar. Em relação ao estado conjugal, 40,7% (488) são viúvos(as).

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo o sexo, a escolaridade e o estado conjugal. Recife, 2010/2011.

Características sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	292	24,3
Feminino	908	75,7
Anos completos de escolaridade		
Nenhum	386	32,2
Primário	355	29,6
Ginásio (1o. Grau)	133	11,1
Científico/Técnico (2o. Grau)	168	14,0
Superior	127	10,6
Pós-Graduação	12	1,0
Estado conjugal		
Casado(a)/morando junto	446	37,2
Viúvo(a)	488	40,7
Divorciado(a)/separado(a)	102	8,5
Solteiro(a)/nunca casou	157	13,1

Fonte: Elaborado pela autora

A distribuição por sexo, faixa etária, escolaridade e estado conjugal está demonstrada na Tabela 2. Quanto à faixa etária, os maiores percentuais, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, estão na faixa compreendida entre 65 e 69 anos. Em relação ao grau de instrução escolar, entre as mulheres 33,5% (304) referem não ter nenhuma escolaridade; enquanto, para os homens, esse percentual é de 28,1% (82). O estado conjugal revela que 48,7% (442) das mulheres são viúvas; já entre os homens, o maior percentual, 71,3% (208), é de casados. Existe associação estatisticamente significativa para a relação do sexo com o estado conjugal. Não se observa associação do sexo com a faixa etária e com a escolaridade.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos por sexo, segundo a faixa etária, a escolaridade e o estado conjugal. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Sexo				p-Valor*
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Faixa etária (anos)					0,072
65 - 69	96	32,9	311	34,2	
70 - 74	84	28,8	256	28,2	
75 - 79	60	20,5	163	18,0	
≥ 80	52	17,8	178	19,6	
Anos completos de escolaridade					0,196
Nenhum	82	28,1	304	33,5	
Primário	85	29,1	270	29,8	
Ginásio (1º Grau)	31	10,7	102	11,3	
Científico/Técnico (2º Grau)	47	16,1	121	13,4	
Superior	40	13,7	87	9,5	
Pós-Graduação	4	1,3	8	0,8	
Estado conjugal					< 0,001
Casado(a)/morando junto	208	71,3	238	26,3	
Viúvo(a)	46	15,8	442	48,7	
Divorciado(a)/separado(a)	18	6,1	84	9,2	
Solteiro(a)/nunca casou	18	6,1	139	15,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

De acordo com a Tabela 3, entre os idosos mais velhos (≥ 80 anos), 37,0% (85) referem não ter nenhuma escolaridade. Sobre o estado conjugal os achados apontam que, nos idosos mais velhos (80 anos ou mais), o número de viúvos chega a 64,8% (149); já entre os mais jovens (65 a 69 anos), o maior percentual, 45,0% (183), é de casados. Encontrou-se associação estatisticamente significativa para a relação da faixa etária com o estado conjugal. Não se observou associação com a escolaridade.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos por faixa etária (anos), segundo a escolaridade e o estado conjugal. Recife, 2010/2011

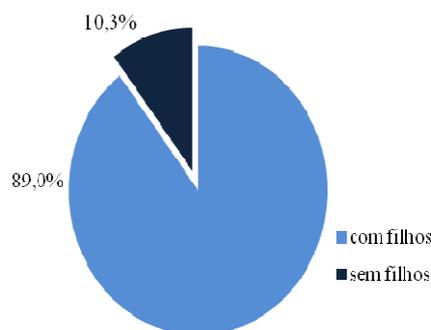
Características sociodemográficas	Faixas etárias								p-Valor*
	65-69		70-74		75-79		≥ 80		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Anos completos de escolaridade									0,485
Nenhum	118	29,0	104	30,6	79	35,5	85	37,0	
Primário	124	30,5	105	30,9	65	29,2	61	26,6	
Ginásio (1º Grau)	46	11,3	33	9,7	24	10,7	30	13,0	
Científico/Técnico (2º Grau)	62	15,3	53	15,6	27	12,2	26	11,4	
Superior	45	11,0	38	11,2	22	9,8	22	9,5	
Pós-Graduação	7	1,7	1	0,3	3	1,3	1	0,4	
Estado Conjugal									< 0,001
Casado(a)/morando junto	183	45,0	139	40,9	83	37,3	41	17,9	
Viúvo(a)	117	28,8	122	35,9	100	44,9	149	64,8	
Divorciado(a)/separado(a)	41	10,0	35	10,3	14	6,2	12	5,2	
Solteiro(a)/nunca casou	66	16,2	39	11,5	24	10,8	28	12,1	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Sobre o número de filhos(as), do total de idosos deste estudo observa-se que 89,0% (1068) referem ter tido pelo menos um(a) filho(a) (Gráfico 1); entre estes, 44,0% (469) tiveram de 2 a 4 filhos(as) e é de 7,4% (79) o percentual de idosos com filho(a) único(a) (Tabela 4).

Gráfico 1: Distribuição dos idosos que tiveram filhos(as). Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

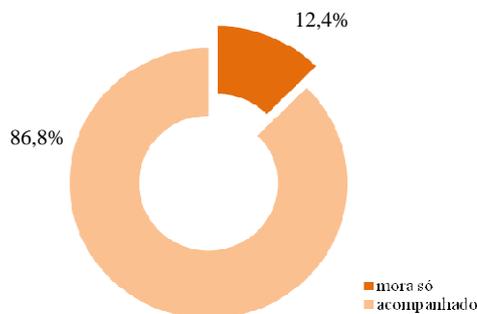
Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo o número de filhos(as). Recife, 2010/2011

Número de Filhos	n	%
01	79	7,4
2 a 4	469	44,0
5 a 9	399	37,3
≥ 10	121	11,3

Fonte: Elaborado pela autora

O arranjo domiciliar em que vivem os idosos demonstra que 86,8% (1042) moram acompanhados e 12,4% (149) moram só (Gráfico 2). Como se observa na Tabela 5, o maior percentual dos idosos que moram só está na faixa etária entre 70 e 74 anos, representando 15,2% (52) e, entre as mulheres, 14,0% (127) referem morar só, enquanto, entre os homens, esse percentual é de 7,5% (22). Existe associação estatisticamente significativa entre a relação morar só e o sexo. Não se observou associação com a faixa etária.

Gráfico 2: Distribuição dos idosos que moram só e acompanhados. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 5 - Distribuição dos idosos que moram só por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

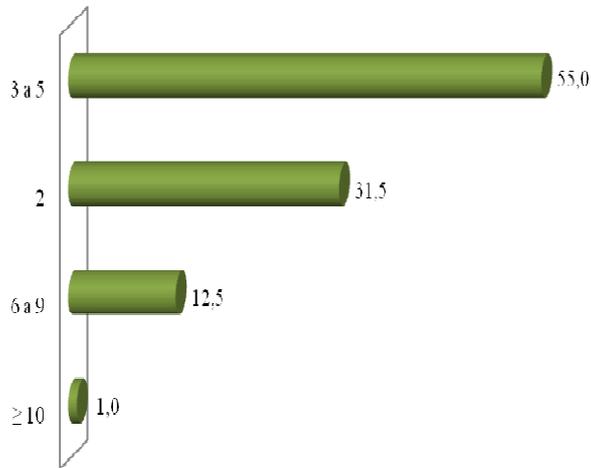
Características sociodemográficas			p-Valor*
	n	%	
Sexo			0,006
Masculino	22	7,5	
Feminino	127	14,0	
Faixa etária (anos)			0,174
65 - 69	41	10,0	
70 - 74	52	15,2	
75 - 79	29	13,0	
≥ 80	27	11,7	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre os 1042 idosos que moram acompanhados, observa-se, no Gráfico 3, que a maioria dos domicílios, 55,0% (573), têm de 3 a 5 moradores, incluindo o idoso. O número de residentes por domicílio teve a mediana de 3,00 [2,00; 5,00]. Ao considerar esse arranjo domiciliar em relação a quem são as pessoas com as quais os idosos residem, a maioria, 77,6% (809), informa residir na companhia de filhos(as) (Tabela 6).

Gráfico 3: Distribuição dos idosos segundo a proporção de pessoas por domicílio. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo as pessoas com quem residem. Recife, 2010/2011

Pessoas com quem residem	Pessoas com quem residem	
	n	%
Cônjuge	444	42,6
Pais	21	2,0
Filhos(as)	809	77,6
Irmãos(ãs)	60	5,7
Netos(as)	445	42,7
Outros parentes	245	23,5
Amigos(as)	15	1,4
Empregados(as)	43	4,1

Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os idosos entrevistados, 71,4% (857) informam ser aposentados; destes 93,8% (274) são homens; entre as faixas etárias, o maior percentual está entre 75 e 79 anos, 75,8% (169). Há associação estatisticamente significativa para a relação ser aposentado com o sexo e a faixa etária (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos idosos aposentados por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características Sociodemográficas	Características Sociodemográficas		p-Valor*
	n	%	
Sexo			< 0,001
Masculino	274	93,8	
Feminino	583	64,3	
Faixa etária (anos)			0,027
65 - 69	269	66,3	
70 - 74	254	74,7	
75 - 79	169	75,8	
≥ 80	165	71,7	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Na Tabela 8 observa-se que a maioria dos idosos, 72,6% (871), refere que sua fonte de renda provém de aposentadoria e 40,0% (480) informam como fonte de renda a pensão do cônjuge (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos idosos segundo a fonte de renda. Recife, 2010/2011

Fonte de renda	n	%
Trabalho	96	8,0
Aposentadoria	871	72,6
Pensão/cônjuge	480	40,0
Ajuda parentes/amigos	252	21,0
Aluguéis/investimentos	76	6,3
Outras fontes	84	7,0

Fonte: Elaborado pela autora

Quando perguntados sobre a renda pessoal, 88,0% (1056) referem possuir renda; 8,3% (99) não sabem dizer quanto ganham ou preferem não informar e 3,7% (45) não possuem renda. Vale salientar que as pessoas idosas sem renda são todas mulheres (Tabela 9). Na mesma tabela, ao analisar a distribuição da renda pessoal segundo as faixas etárias, observa-se que mais de 85,0% dos idosos, em todas as faixas, referem possuir renda, chegando a 91,0% (203) entre aqueles com idade entre 75 e 79 anos. Observa-se associação estatisticamente significativa para a relação possuir renda com o sexo. Não se observa associação com a faixa etária.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos segundo possuir renda pessoal, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Renda pessoal				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					< 0,001
Masculino	269	92,1	0	0,0	
Feminino	787	86,7	45	5,0	
Faixa etária (anos)					0,231
65 - 69	353	86,8	18	4,4	
70 - 74	303	89,1	15	4,5	
75 - 79	203	91,0	9	4,0	
≥ 80	197	85,6	3	1,4	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre os 1056 idosos que informaram renda pessoal, 51,8% (547) recebem um salário mínimo e 12,3% (130) mais de cinco salários mínimos (Tabela 10). A renda (R\$) pessoal teve a mediana de 545,00 [540,00; 1.200,00]. Na mesma tabela, observa-se que os maiores percentuais, entre os homens e as mulheres, é para os que recebem um salário mínimo; porém, quando os valores da renda pessoal aumentam, os maiores percentuais são observados entre os homens. A Tabela 10 apresenta também a distribuição dos valores da renda pessoal por faixa etária, o salário mínimo também é o valor mais referido em todas elas. Existe associação estatisticamente significativa para a relação valor da renda pessoal com o sexo e a faixa etária.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos segundo a renda pessoal mensal, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Renda pessoal (salário-mínimo)*										p-Valor**
	< 1		01		> 1 até 2		> 2 até 5		> 5		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo											< 0,001
Masculino	3	1,1	99	36,8	65	24,2	52	19,3	50	18,6	
Feminino	14	1,8	448	56,9	127	16,1	118	15,0	80	10,2	
Faixa etária (anos)											0,053
65 - 69	10	2,8	170	48,2	73	20,7	63	17,8	37	10,5	
70 - 74	1	0,3	174	57,4	56	18,5	40	13,2	32	10,6	
75 - 79	3	1,5	108	53,2	33	16,3	29	14,3	30	14,8	
≥ 80	3	1,5	95	48,2	30	15,2	38	19,3	31	15,7	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Valor do salário mínimo/2010: R\$ 510,00 / Valor do salário mínimo/2011: R\$ 545,00

**Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Dos 1200 idosos estudados, 69,9% (839) informaram a renda familiar. Destes, 23,2% (195) recebem um salário mínimo e 20,8% (175) mais de cinco salários mínimos (Tabela 11). A renda (R\$) familiar teve a mediana 1.090,00 [600,00; 2.280,00]. Na mesma tabela está demonstrada a distribuição da renda familiar por faixa etária e por sexo, na qual os homens detêm os maiores percentuais para os valores mais altos da renda familiar. Observa-se associação estatisticamente significativa para a relação valor da renda familiar com o sexo. Não se observa associação com a faixa etária.

Tabela 11 - Distribuição dos idosos segundo a renda familiar mensal, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Renda familiar (salário-mínimo)*										p-Valor**
	< 1		01		> 1 até 2		> 2 até 5		> 5		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo											< 0,001
Masculino	2	0,9	27	12,4	54	24,9	78	35,9	56	25,8	
Feminino	5	0,8	168	27,0	182	29,3	148	23,8	119	19,1	
Faixa etária (anos)											0,113
65 - 69	6	2,2	56	20,2	82	29,6	80	28,9	53	19,1	
70 - 74	0	0,0	61	23,8	80	31,3	68	26,6	47	18,4	
75 - 79	0	0,0	39	25,7	40	26,3	34	22,4	39	25,7	
≥ 80	1	0,6	39	25,3	34	22,1	44	28,6	36	23,4	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Valor do salário mínimo/2010: R\$ 510,00 / Valor do salário mínimo/2011: R\$ 545,00

**Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre as 839 rendas familiares informadas, a maioria, 50,6% (425), se refere exclusivamente à renda do idoso, ou seja, é ele o único provedor da família. Ao se caracterizar a renda familiar exclusiva do idoso, tem-se que 45% (191) é de um salário mínimo e 15,7% (67) é de mais de cinco salários mínimos (Tabela 12). A renda (R\$) familiar exclusiva do idoso teve a mediana de 700,00 [545,00; 1.800,00].

Tabela 12 - Distribuição da renda familiar mensal do idoso que é provedor exclusivo. Recife, 2010/2011

Valores (salário-mínimo)*	n	%
< 01	4	0,9
01	191	45
Mais de 01 até 2	78	18,4
Mais de 2 até 5	85	20,0
Mais de 5	67	15,7

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Valor do salário mínimo/2010: R\$ 510,00

*Valor do salário mínimo/2011: R\$ 545,00

As características de acesso a bens e serviços estão demonstradas na Tabela 13; observa-se que a quase totalidade dos idosos tem acesso a energia elétrica e água encanada. Quando perguntados sobre os bens que possuem em casa e estão em funcionamento, a quase totalidade refere possuir geladeira e televisão.

Tabela 13 - Distribuição dos idosos segundo o acesso a bens e serviços. Recife, 2010/2011

Bens e serviços	n	%
Água encanada	1181	98,4
Eletricidade	1199	99,9
Rede de esgoto	850	70,8
Geladeira	1184	98,7
Rádio	1100	91,7
Televisão	1183	98,6
DVD	873	72,8
Computador	456	38,0
Telefone	1073	89,4
Automóvel	347	28,9

Fonte: Elaborado pela autora

Perguntados sobre a situação do imóvel no qual residem, 71,9% (863) dos idosos declaram-se proprietários do mesmo. Na distribuição por sexo, entre os homens, 80,1% (233) são proprietários, sendo que o menor percentual de proprietários dos imóveis está entre os mais velhos (80 anos ou mais) (Tabela 14). Existe associação estatisticamente significativa para a relação ser proprietário do imóvel no qual reside com o sexo e a faixa etária.

Tabela 14 - Distribuição dos idosos segundo a situação do imóvel no qual residem, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Reside em imóvel				p-Valor*
	Próprio		Outro		
	n	%	n	%	
Sexo					< 0,001
Masculino	233	80,1	58	19,9	
Feminino	630	69,7	274	30,3	
Faixa etária (anos)					< 0,001
65 - 69	303	74,8	102	25,2	
70 - 74	267	78,5	73	21,5	
75 - 79	151	68,3	70	31,7	
≥ 80	142	62,0	87	38,0	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre os 1200 idosos estudados, 54,9% (659) referem que sua renda não é suficiente para prover as necessidades básicas (Tabela 15). Existe associação estatisticamente significativa para a relação renda suficiente para suprir as necessidades básicas com a faixa etária. Não se observa associação com o sexo.

Tabela 15 - Distribuição dos idosos segundo as necessidades básicas supridas financeiramente, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Renda suficiente				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					1,000
Masculino	128	44,0	163	56,0	
Feminino	387	43,8	496	56,2	
Faixa etária (anos)					0,002
65 - 69	153	38,3	247	61,8	
70 - 74	146	43,5	190	56,5	
75 - 79	96	44,2	121	55,8	
≥ 80	120	54,3	101	45,7	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

4.2 Condições de saúde

Quanto à percepção sobre a própria saúde, observa-se, na Tabela 16, para o total dos 1200 idosos estudados, que 47,1% (565) consideram sua saúde boa; quando se classifica a percepção como positiva (ótima e boa) encontra-se 58,8% (705); a maioria dos homens idosos, 53% (155), considera que tem boa saúde; o mesmo se observa entre as mulheres, 45,2% (410); também para todas as faixas etárias a saúde considerada boa apresenta os maiores percentuais, chegando a 53,5% (123) para aqueles com 80 anos ou mais. Observa-se associação estatisticamente significativa para a relação percepção sobre a saúde com o sexo. Não se observa associação com a faixa etária.

Tabela 16 - Distribuição dos idosos segundo a percepção sobre a saúde, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Percepção sobre a saúde								p-Valor*
	Ótima		Boa		Ruim		Péssima		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									0,047
Masculino	29	10,0	155	53,0	72	24,6	26	9,0	
Feminino	111	12,2	410	45,2	237	26,2	123	13,5	
Faixa etária (anos)									0,252
65 - 69	50	12,3	179	44,0	112	27,5	55	13,5	
70 - 74	44	13,0	158	46,4	83	24,4	43	12,7	
75 - 79	29	13,0	105	47,0	52	23,4	30	13,5	
≥ 80	17	7,4	123	53,5	62	27,0	21	9,1	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Sobre seus problemas de saúde (doenças/agravos), 97,3% (1167) do total dos idosos informam pelo menos um problema de saúde. Esse percentual tão expressivo também se observa em relação ao sexo e às faixas etárias (Tabela 17). Existe associação estatisticamente significativa para a relação ter referido pelo menos um problema de saúde com o sexo. Não se observa associação com a faixa etária.

Tabela 17 - Distribuição dos idosos segundo o relato de, pelo menos, um problema de saúde (doença/agravo), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Pelo menos um problema de saúde (doença/agravo)				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,024
Masculino	278	95,2	14	4,8	
Feminino	889	97,9	19	2,1	
Faixa etária (anos)					0,129
65 - 69	390	95,8	17	4,2	
70 - 74	331	97,4	9	2,6	
75 - 79	219	98,2	4	1,8	
≥ 80	227	98,7	3	1,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre os 1167 idosos que referem algum problema de saúde, 47,6% (556) informam cinco ou mais problemas (Tabela 18). Existe associação estatisticamente significativa para a relação ter referido cinco ou mais problemas de saúde com o sexo e a faixa etária.

Tabela 18 - Distribuição dos idosos que sofrem de cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Cinco ou + problemas de saúde				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,006
Masculino	112	40,3	166	59,7	
Feminino	444	49,9	445	50,1	
Faixa etária (anos)					0,030
65 - 69	172	44,1	218	55,9	
70 - 74	148	44,7	183	55,3	
75 - 79	111	50,7	108	49,3	
≥ 80	125	55,1	102	44,9	

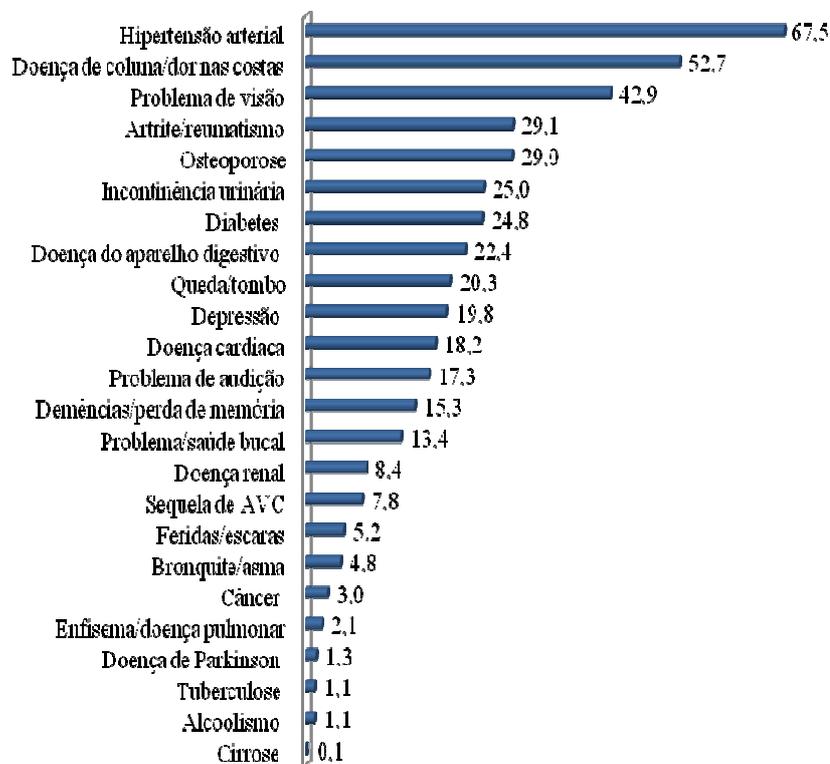
Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Para 57,2% (671) dos idosos com algum problema de saúde, estes não atrapalham na realização das atividades que necessitam ou querem fazer, mas para 42,8% (502) os problemas de saúde atrapalham, sim, a realização das atividades cotidianas.

Os principais problemas de saúde (doenças/agravos) referidos pelos 1200 idosos são: hipertensão arterial, 67,5% (810); doença na coluna ou dor nas costas, 52,7% (632); problemas de visão (catarata/glaucoma/retinopatia diabética), 42,9% (515) (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribuição dos idosos segundo os problemas de saúde (doenças/agravos) referidos. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Ao se observar a distribuição dos problemas de saúde referidos pelos idosos em relação ao sexo (Gráficos 5 e 6) observa-se que os três principais problemas se repetem entre os homens e as mulheres, com magnitudes diferentes em cada segmento. Entre as mulheres, a osteoporose constitui o quarto principal problema referido (35,1% : 319); entre os homens, o quarto principal problema informado é a incontinência urinária (27,2% : 80). Há associação estatisticamente significativa para a relação doença na coluna ou dor nas costas, osteoporose,

artrite ou reumatismo, hipertensão arterial, depressão, problemas de visão, queda/tombo, enfisema/doença pulmonar, doença renal, problemas de audição e alcoolismo com o sexo.

Gráfico 5: Distribuição dos homens idosos segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011

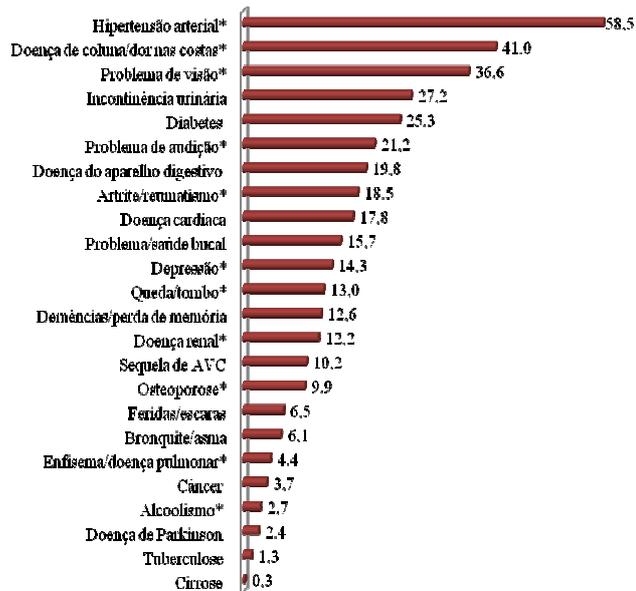
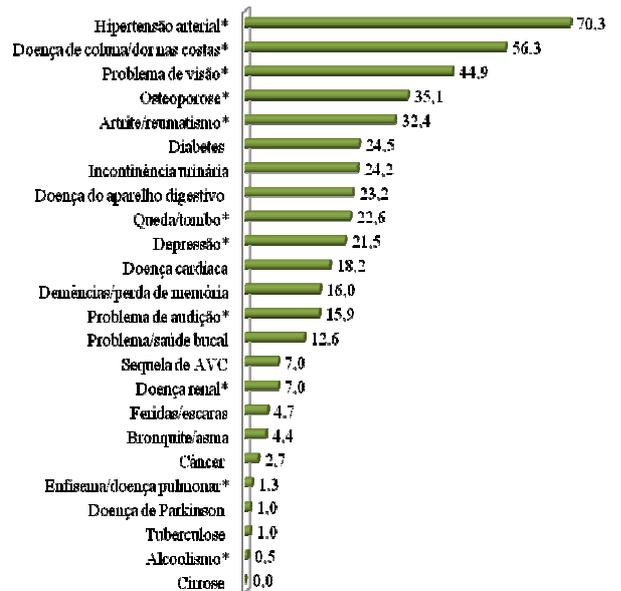


Gráfico 6: Distribuição das mulheres idosas segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011

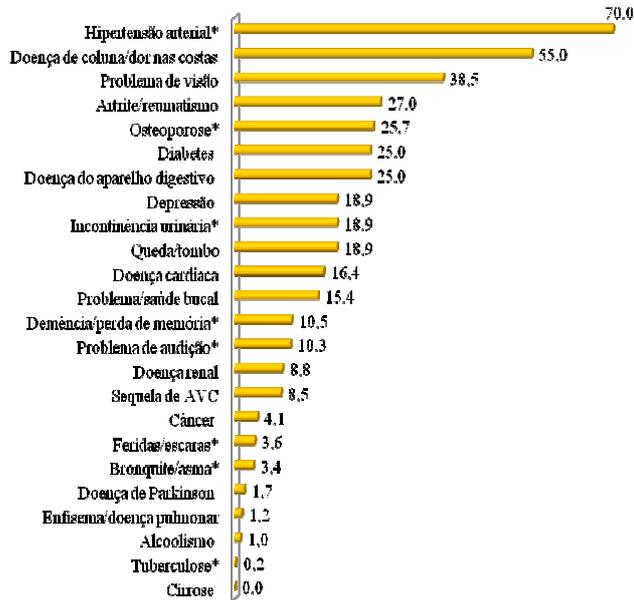


Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Assim como observado na distribuição dos problemas de saúde por sexo, também na distribuição por faixa etária (Gráficos 7, 8, 9 e 10) se repetem os três principais problemas de saúde referidos pelo total de 1200 idosos, com magnitudes diferentes. Verificou-se associação estatisticamente significativa para a relação osteoporose, bronquite ou asma, tuberculose, hipertensão arterial, demência/perda de memória, feridas, problema de audição, incontinência urinária com a faixa etária.

Gráfico 7: Distribuição dos idosos entre 65 e 69 anos, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *p ≤ 0,05 (Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher)

Gráfico 8: Distribuição dos idosos entre 70 e 74 anos, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011

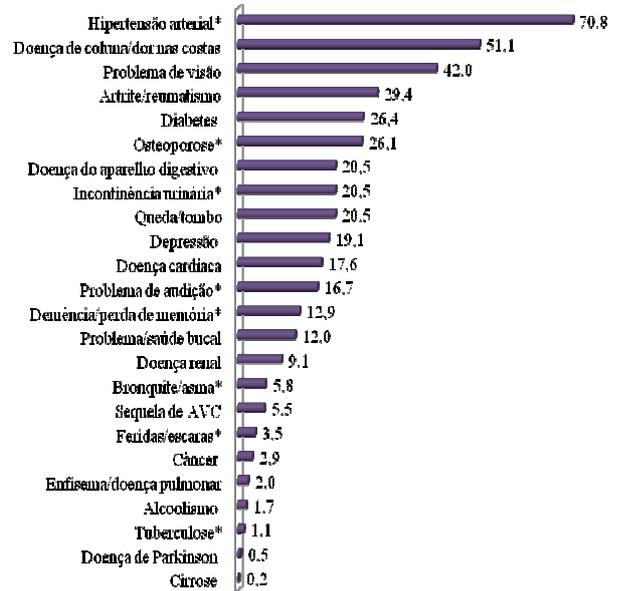
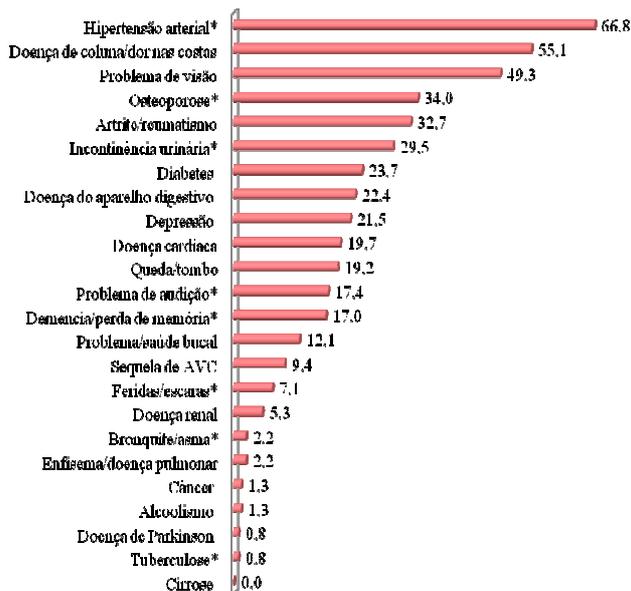


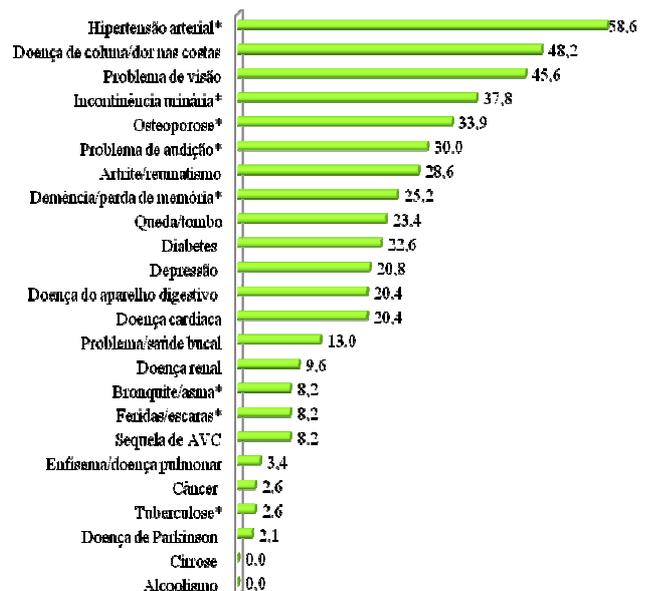
Gráfico 9: Distribuição dos idosos entre 75 e 79 anos, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *p ≤ 0,05 (Teste Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher)

Gráfico 10: Distribuição dos idosos com 80 anos ou mais, segundo os problemas de saúde referidos. Recife, 2010/2011



4.3 Condições de realização das atividades da vida diária (AVDs)

Os idosos deste estudo são autônomos e independentes para realizar a maioria das AVDs. Na análise por sexo, constata-se que os homens têm melhor desempenho, em relação às mulheres, em atividades mais relacionadas à mobilidade fora do domicílio, como, por exemplo, sair de casa dirigindo seu próprio carro, que 29,1% (85) dos homens declaram-se capazes de fazer sozinho e sem ajuda; enquanto, entre as mulheres, apenas 5,3% (49) o fazem (Tabela 19). Há associação estatisticamente significativa entre sair de casa utilizando transporte, sair de casa dirigindo o próprio carro, preparar sua refeição, arrumar a casa e a cama, subir e descer escadas, cortar as unhas dos pés e o sexo.

Tabela 19 - Distribuição dos idosos segundo a capacidade de realizarem sozinhos e sem ajuda as atividades da vida diária (AVDs), por sexo. Recife, 2010/2011

AVDs realizadas sem ajuda	Sexo				p-Valor*
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Sair de casa utilizando transporte	221	75,6	559	61,5	< 0,001
Sair de casa dirigindo o próprio carro	85	29,1	49	5,3	< 0,001
Sair de casa/curtas distâncias/vizinhança	222	76,0	656	72,2	0,233
Preparar sua refeição	187	64,0	752	82,8	< 0,001
Comer a sua refeição	278	95,2	868	95,5	0,907
Arrumar a casa/cama	214	73,2	755	83,1	< 0,001
Tomar seus remédios	230	78,7	750	82,5	0,507
Vestir-se	268	91,7	841	92,6	0,730
Pentear seus cabelos	273	93,4	851	93,7	0,999
Caminhar/superfície plana	268	91,7	853	93,9	0,246
Subir/descer escadas	242	82,8	676	74,4	0,004
Deitar/levantar da cama	269	92,1	856	94,2	0,238
Tomar banho	268	91,7	831	91,5	0,985
Cortar as unhas dos pés	202	69,1	570	62,7	0,055
Ir ao banheiro em tempo	245	83,9	754	83,0	0,799

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Na análise por faixa etária observa-se, sem exceção, que os idosos mais velhos (80 anos ou mais) apresentam menores percentuais de independência para a realização de todas as AVDs (Tabela 20). Existe associação estatisticamente significativa para relação capacidade para realizar sozinho e sem ajuda todas as AVDs com a faixa etária e com ter relatado cinco ou mais problemas de saúde. Observa-se ainda associação significativa entre dez atividades estudadas e a escolaridade.

Tabela 20 - Distribuição dos idosos segundo a capacidade para realizar sozinho e sem ajuda as atividades da vida diária (AVDs) listadas, por faixa etária (anos). Recife, 2010/2011

AVDs realizadas sem ajuda	Faixas Etárias							
	65-69		70-74		75-79		≥ 80	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sair de casa utilizando transporte ^(*) (■)	314	77,1	245	72,0	130	58,2	91	39,5
Sair de casa dirigindo o próprio carro ^(*) (■)	60	14,7	42	12,3	23	10,3	9	3,9
Sair de casa/curtas distâncias/vizinhança ^(*) (■)	335	82,3	274	80,5	160	71,7	109	47,3
Preparar sua refeição ^(*) (■)	349	85,7	290	85,2	169	75,7	131	56,9
Comer a sua refeição ^(*)	392	96,3	333	97,9	213	95,5	208	90,4
Arrumar a casa/cama ^(*) (■)	354	86,9	292	85,8	177	79,3	146	63,4
Tomar seus remédios ^(*) (■)	353	86,7	297	87,3	183	82,0	147	63,9
Vestir-se ^(*)	383	94,1	325	95,5	208	93,2	193	83,9
Pentear seus cabelos ^(*) (■)	388	95,3	326	95,8	208	93,2	202	87,8
Caminhar/superfície plana ^(*)	389	95,5	327	96,1	207	92,8	198	86,0
Subir/descer escadas ^(*) (■)	343	84,2	279	82,0	167	74,8	129	56,0
Deitar/levantar da cama ^(*)	397	97,5	328	96,4	211	94,6	189	82,1
Tomar banho ^(*)	384	94,3	327	96,1	206	92,3	182	79,1
Cortar as unhas dos pés ^(*) (■)	291	71,4	243	71,4	139	62,3	99	43,0
Ir ao banheiro em tempo ^(*) (■)	360	88,4	301	88,5	183	82,0	155	67,3

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: ^(*)Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$) (associação com faixa etária e com ter relatado cinco ou mais problemas de saúde)

(■)Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$) (associação com a escolaridade)

Dentre os 1200 idosos estudados, 67,5% (810) referem ter necessidade de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades pesquisadas; já 32,5% (390) declaram-se totalmente independentes e autônomos para realizá-las (Tabela 21). Observa-se associação estatisticamente significativa para a relação necessitar de ajuda para realizar pelo menos uma AVDs com a faixa etária, a escolaridade e ter referido cinco ou mais problemas de saúde. Não se observou associação com o sexo.

Tabela 21 - Distribuição dos idosos com necessidade de ajuda para realizar pelo menos uma atividade da vida diária (AVDs), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Variáveis	Necessita ajuda (pelo menos uma AVDs)				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,275
Masculino	189	64,7	103	35,3	
Feminino	621	68,4	287	31,6	
Faixa etária (anos)					< 0,001
65 - 69	237	58,2	170	41,8	
70 - 74	214	62,9	126	37,1	
75 - 79	164	73,5	59	26,5	
≥ 80	195	84,8	35	15,2	
Anos completos de escolaridade					< 0,001
Nenhum	290	75,1	96	24,9	
Primário	244	68,7	111	31,3	
Ginásio (1o. Grau)	87	65,4	46	34,6	
Científico/Técnico (2o. Grau)	89	53,0	79	47,0	
Superior/Pós-Graduação	82	59,0	57	41,0	
Relato (5 ou + problemas de saúde)					< 0,001
Sim	451	81,1	105	18,9	
Não	348	57,0	263	43,0	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre os 810 idosos que referiram necessidade de ajuda para realizar pelo menos uma das AVDs, 36,0% (292) têm necessidade de ajuda para realizar quatro ou mais atividades (Tabela 22). Há associação estatisticamente significativa para a relação necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs com a faixa etária, ter referido cinco ou mais problemas de saúde e com a percepção sobre a saúde. Não se observou associação com o sexo.

Tabela 22 - Distribuição dos idosos com necessidade de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Variáveis	Necessita ajuda (4 ou + AVDs)				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,813
Masculino	70	37,0	119	63,0	
Feminino	222	35,7	399	64,3	
Faixa etária (anos)					< 0,001
65 - 69	59	24,9	178	75,1	
70 - 74	61	28,5	153	71,5	
75 - 79	62	37,8	102	62,2	
≥ 80	110	56,4	85	43,6	
Relato (5 ou + problemas de saúde)					< 0,001
Sim	196	43,5	255	56,5	
Não	96	27,6	252	72,4	
Percepção sobre a saúde					< 0,001
Ótima	15	5,6	63	12,3	
Boa	92	34,2	240	46,9	
Ruim	103	38,3	144	28,1	
Péssima	59	21,9	65	12,7	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Quanto às atividades que costumam realizar no seu tempo livre, assistir televisão é a referida pela maioria dos 1200 idosos, representando 93,1% (1117) e também entre os homens e as mulheres idosas, quando se analisa o comportamento por sexo (Tabela 23). Há associação estatisticamente significativa para a relação ouvir rádio, ir a serviços religiosos, ir a jogos esportivos e realizar trabalhos manuais com o sexo.

Tabela 23 - Distribuição dos idosos segundo as atividades realizadas no tempo livre, por sexo. Recife, 2010/2011

Atividades realizadas no tempo livre	Sexo				p-Valor*
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
Ouve rádio	220	75,3	661	72,7	0,012
Assiste TV	275	94,1	842	92,7	0,475
Lê jornal	133	45,5	361	39,7	0,093
Lê revistas/livros	119	40,7	426	46,9	0,076
Recebe visitas	236	80,8	757	83,3	0,361
Cinema/teatro	40	13,6	150	16,5	0,291
Anda pelo bairro	213	72,9	611	67,2	0,082
Espaço religioso	142	48,6	634	69,8	< 0,001
Jogos esportivos	25	8,5	39	4,2	0,008
Atividade física	75	25,6	196	21,5	0,169
Compras	203	69,5	634	69,8	0,980
Visita amigos	169	57,8	500	55,0	0,439
Visita parentes	199	68,1	604	66,5	0,657
Passeios longos/excursões	108	36,9	318	35,0	0,589
Encontro social	66	22,6	221	24,3	0,599
Trabalho manual	48	16,4	323	35,5	< 0,001
Cartas/xadrez/dominó	77	26,3	208	22,9	0,258
Outras	23	7,8	69	7,5	0,977

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Quando se analisa a distribuição das atividades realizadas pelos idosos no seu tempo livre por faixa etária, permanece assistir televisão com os maiores percentuais em todas elas (Tabela 24). Na mesma tabela verifica-se ainda que as atividades relacionadas à mobilidade fora do domicílio apresentam percentuais mais baixos entre os idosos mais velhos (80 anos ou mais). Observa-se associação estatisticamente significativa para a relação andar pelo bairro, fazer compras, visitar amigos, visitar parentes, ir a passeios longos/excursões e ir a encontro social com a faixa etária.

Tabela 24 - Distribuição dos idosos segundo as atividades realizadas no tempo livre, por faixa etária (anos). Recife, 2010/2011

Atividades realizadas no tempo livre	Faixas etárias								p-Valor*
	65-69		70-74		75-79		≥ 80		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ouve rádio	278	68,3	239	70,2	162	72,6	152	66,0	0,452
Assiste TV	378	92,8	319	93,8	208	93,2	212	92,1	0,891
Lê jornal	160	39,3	152	44,7	87	39,0	95	41,3	0,429
Lê revistas/livros	181	44,4	157	46,1	97	43,4	110	47,8	0,778
Recebe visitas	344	84,5	279	82,0	183	82,0	187	81,3	0,701
Cinema/teatro	78	19,1	48	14,1	31	13,9	33	14,3	0,161
Anda pelo bairro	310	76,1	254	74,7	145	65,0	115	50,0	< 0,001
Espaço religioso	279	68,5	232	68,2	152	68,1	113	49,1	< 0,001
Jogos esportivos	28	6,8	17	5,0	14	6,2	5	2,1	0,074
Atividade física	99	24,3	84	24,7	48	21,5	40	17,3	0,153
Compras	321	78,8	252	74,1	148	66,3	116	50,4	< 0,001
Visita amigos	254	62,4	200	58,8	124	55,6	91	39,5	< 0,001
Visita parentes	303	74,4	236	69,4	147	65,9	117	50,8	< 0,001
Passeios longos/excursões	167	41,0	121	35,5	74	33,1	64	27,8	0,008
Encontro social	99	24,3	95	27,9	53	23,7	40	17,3	0,038
Trabalho manual	130	31,9	99	29,1	77	34,5	65	28,2	0,417
Cartas/xadrez/dominó	101	24,8	77	22,6	54	24,2	53	23,0	0,902
Outras	38	9,3	16	4,7	16	7,1	22	9,5	0,070

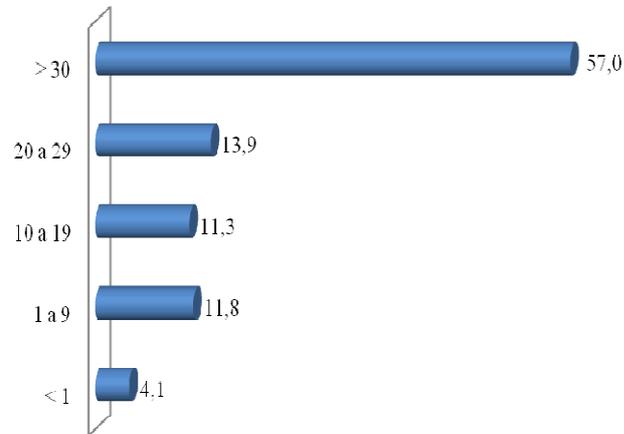
Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

4.4 Condições de mobilidade urbana

A maioria dos idosos estudados, 58,1% (684), reside no bairro há 30 anos ou mais; apenas 4,2% (49) moram há menos de um ano (Gráfico 11).

Gráfico 11: Distribuição dos idosos segundo o tempo (anos) em que reside no bairro. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Sobre a frequência de saída do domicílio, 31,5% (379) dos idosos referem sair todos os dias e 30,3% (364) eventualmente (frequência \geq a 15 dias) saem de casa. Entre os homens e os mais jovens (65 a 69 anos), os maiores percentuais são para aqueles que informam sair diariamente. Entre as mulheres, o maior percentual é das que saem de casa semanalmente. Os idosos mais velhos (80 anos ou mais) saem de casa eventualmente (Tabela 25). Existe associação estatisticamente significativa para a relação frequência de saída do domicílio com o sexo, a faixa etária, o estado conjugal, a escolaridade, a renda pessoal e a renda familiar.

Observou-se ainda associação estatisticamente significativa para a relação frequência de saída do domicílio com morar sozinho, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde e a percepção sobre a saúde (Tabela 26).

Tabela 25 - Distribuição dos idosos segundo a frequência de saída do domicílio por sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Frequência de saída do domicílio						p-Valor*
	Diária		Semanal		Eventualmente		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							< 0,001
Masculino	130	44,7	91	31,3	70	24,1	
Feminino	249	27,5	363	40,1	294	32,5	
Faixa etária (anos)							
65 – 69	161	39,7	153	37,7	92	22,7	< 0,001
70 – 74	106	31,2	140	41,2	94	27,6	
75 – 79	73	32,9	78	35,1	71	32,0	
≥ 80	39	17,0	83	36,2	107	46,7	
Estado conjugal							0,009
Casado(a)/morando junto	163	36,7	168	37,8	113	25,5	
Viúvo(a)	131	26,9	180	37,0	176	36,1	
Divorciado(a)/separado(a)	35	34,3	40	39,2	27	26,5	
Solteiro(a)/nunca casou	49	31,2	63	40,1	45	28,7	
Anos completos de escolaridade							< 0,001
Nenhum	89	23,1	140	36,3	157	40,7	
Primário	101	28,6	138	39,1	114	32,3	
Ginásio (1o. Grau)	48	36,1	51	38,3	34	25,6	
Científico/Técnico (2o. Grau)	68	40,5	74	44,0	26	15,5	
Superior/Pós-Graduação	68	49,3	50	36,2	20	14,5	
Renda Pessoal (salário mínimo)							< 0,001
< 1	5	29,4	8	47,1	1	23,5	
01	135	24,8	200	36,7	210	38,5	
> 1 até 2	71	37,2	75	39,3	45	23,6	
> 2 até 5	62	36,5	73	42,9	35	20,6	
> 5	67	51,5	48	36,9	15	11,5	
Renda Familiar (salário mínimo)							< 0,001
< 1	1	14,3	4	57,1	2	28,6	
01	52	26,7	72	36,9	71	36,4	
> 1 até 2	56	23,8	93	39,6	86	36,6	
> 2 até 5	76	33,6	85	37,6	65	28,8	
> 5	84	48,3	68	39,1	22	12,6	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Tabela 26 - Distribuição dos idosos segundo a frequência de saída do domicílio de acordo com morar sozinho, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde e a percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011

Variáveis	Frequência de saída do domicílio						p-Valor*
	Diária		Semanal		Eventualmente		
	n	%	n	%	n	%	
Morar sozinho							0,002
Sim	60	40,3	62	41,6	27	18,1	
Não	319	30,7	386	37,2	334	32,1	
Necessita ajuda para 4 ou + AVDs							< 0,001
Sim	22	7,6	72	24,8	196	67,6	
Não	174	33,6	211	40,7	133	25,7	
Relato (5 ou + problemas de saúde)							< 0,001
Sim	115	20,7	211	38,0	229	41,3	
Não	244	40,1	233	38,3	132	21,7	
Percepção sobre a saúde							< 0,001
Ótima	68	48,6	47	33,6	25	17,9	
Boa	224	39,7	229	40,6	111	19,7	
Ruim	63	20,5	111	36,2	133	43,3	
Péssima	20	13,4	54	36,2	75	50,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

O horário preferido pelos idosos para a saída do domicílio, informado por 53,0% (636), é pela manhã; apenas 3,9% (46) preferem sair de casa à noite. Essa mesma preferência pelo horário da manhã permanece quando se analisa por faixa etária e por sexo (Tabela 27). Existe associação estatisticamente significativa para a relação horário preferido para saída do domicílio com o sexo. Não se observou associação com a faixa etária.

Tabela 27 - Distribuição dos idosos segundo o horário preferencial para saída do domicílio, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Horários preferidos para sair do domicílio								p-Valor**
	Manhã		Tarde		Noite		Outro*		
	n	%	n	%	n	%	%	%	
Sexo									0,012
Masculino	152	52,0	30	10,3	12	4,1	89	30,5	
Feminino	484	53,3	157	17,3	34	3,7	217	23,9	
Faixa etária (anos)									0,178
65 - 69	224	55,0	62	15,2	21	5,2	93	22,9	
70 - 74	190	55,9	50	14,7	12	3,5	87	25,6	
75 - 79	109	48,9	45	20,2	6	2,7	56	25,1	
≥ 80	113	49,1	30	13,0	7	3,0	70	30,5	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Sem preferência de horário, sai no horário que for necessário.

**Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Pode-se verificar, na Tabela 28, que a maioria dos idosos, 61,3% (736), informam não precisar de ajuda para sair de casa, comportamento esse também observado ao se analisar essa necessidade entre os homens e as mulheres. Já em relação à faixa etária, é entre os idosos com 80 anos ou mais que se observa o maior percentual de necessidade de ajuda para sair do domicílio. Apesar da maioria dos idosos declarar-se independente e autônomo para realizar essa atividade, quando se somam os 432 que afirmam necessitar sempre de ajuda, aos 32 que informam necessidade de ajuda algumas vezes, tem-se 38,6% (464) de idosos que, em algum momento, necessitam de ajuda para se deslocar de seu domicílio. Há associação estatisticamente significativa para a relação precisar de ajuda para se deslocar do domicílio e ir aos lugares que quer ou precisa com o sexo, a faixa etária, o estado conjugal, a escolaridade, a renda pessoal e a renda familiar.

Tabela 28 - Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda para sair do domicílio, por sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Necessidade de ajuda para sair do domicílio						p-Valor*
	Sim		Não		Às vezes		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							< 0,001
Masculino	72	24,7	217	74,3	3	1,0	
Feminino	360	39,7	519	57,1	29	3,2	
Faixa etária							< 0,001
65 - 69	102	25,0	299	73,5	6	1,5	
70 - 74	96	28,2	234	68,8	10	3,0	
75 - 79	96	43,0	121	54,3	6	2,7	
≥ 80	138	60,0	82	35,7	10	4,3	
Estado conjugal							< 0,001
Casado(a)/morando junto	117	26,2	323	72,4	6	1,3	
Viúvo(a)	230	47,2	244	50,1	13	2,7	
Divorciado(a)/separado(a)	30	29,4	69	67,6	3	2,9	
Solteiro(a)/nunca casou	49	31,2	100	63,7	8	5,1	
Anos completos de escolaridade							< 0,001
Nenhum	176	45,6	194	50,3	16	4,1	
Primário	128	36,2	219	61,9	7	2,0	
Ginásio (1o. Grau)	40	30,1	88	66,2	5	3,8	
Científico/Técnico (2o. Grau)	36	21,4	130	77,4	2	1,2	
Superior/Pós-Graduação	36	25,9	101	72,7	2	1,4	
Renda Pessoal (salário mínimo)							< 0,001
< 1	7	41,2	10	58,8	0	0,0	
01	223	40,8	303	55,5	20	3,7	
> 1 até 2	64	33,3	124	64,6	4	2,1	
> 2 até 5	44	25,9	122	71,8	4	2,4	
> 5	32	24,6	97	74,6	1	0,8	
Renda Familiar (salário mínimo)							0,011
< 1	3	42,9	4	57,1	0	0,0	
01	73	37,4	113	57,9	9	4,6	
> 1 até 2	92	39,0	134	56,8	10	4,2	
> 2 até 5	68	30,1	153	67,7	5	2,2	
> 5	43	24,7	129	74,1	2	1,1	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Observa-se ainda associação estatisticamente significativa para a relação precisar ajuda para se deslocar do domicílio e ir aos lugares que quer ou precisa com morar sozinho, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter referido cinco ou mais problemas de saúde e da percepção sobre a saúde (Tabela 29).

Tabela 29 - Distribuição dos idosos segundo a necessidade de ajuda para sair do domicílio, de acordo com morar sozinho, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011

Variáveis	Necessidade de ajuda para sair do domicílio						p-Valor
	Sim		Não		Às vezes		
	n	%	n	%	n	%	
Morar sozinho*							0,003
Sim	35	23,5	108	72,5	6	4,0	
Não	390	37,5	626	60,1	25	2,4	
Necessita ajuda para 4 ou + AVDs**							< 0,001
Sim	257	88,3	30	10,3	4	1,4	
Não	147	28,4	348	67,2	23	4,4	
Relato (5 ou + problemas de saúde)*							< 0,001
Sim	279	50,2	258	46,4	19	3,4	
Não	149	24,4	449	73,6	12	2,0	
Percepção sobre a saúde*							< 0,001
Ótima	24	17,1	115	82,1	1	0,7	
Boa	157	27,8	388	68,8	19	3,4	
Ruim	146	47,2	155	50,2	8	2,6	
Péssima	81	54,4	64	43,0	4	2,7	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

**Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Ao se caracterizar o tipo de ajuda que 464 idosos (432 com necessidade de ajuda, somados aos 32 com necessidade de ajuda algumas vezes) necessitam para sair de suas casas, verifica-se na Tabela 30, que a maioria, 89,6% (416), têm necessidade de companhia, por não ter autonomia para sair sozinho; e, segundo 63,1% (293), a pessoa mais referida para prestar a ajuda necessária é a filha.

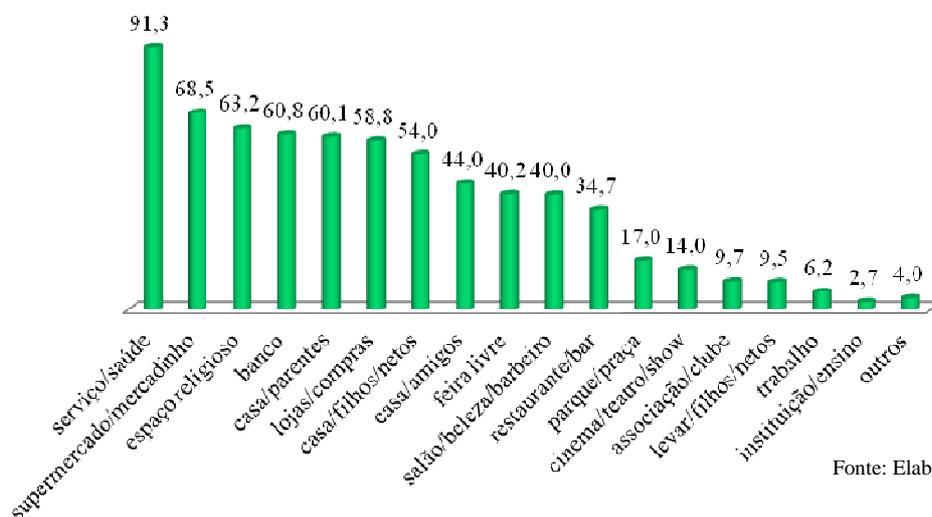
Tabela 30 - Distribuição dos idosos segundo a caracterização da ajuda para sair do domicílio. Recife, 2010/2011

Características da ajuda	Necessidade de ajuda para sair do domicílio	
	n	%
Tipo de ajuda		
Locomoção	272	58,6
Financeira	61	13,1
Companhia	416	89,6
Quem ajuda		
Cônjuge	69	14,8
Filhos	138	29,7
Filhas	293	63,1
Irmãos	19	4,0
Netos	115	24,7
Outros parentes	83	17,8
Empregado	50	10,7
Amigo	30	6,4
Vizinho	24	5,1
Outros	10	2,1

Fonte: Elaborado pela autora

O principal motivo de saída do domicílio, entre os idosos, é a ida aos serviços de saúde, referida por 91,3% (1096) (Gráfico 12).

Gráfico 12: Distribuição dos idosos segundo os lugares frequentados na saída do domicílio. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Cerca de 90,0% dos idosos de todas as faixas etárias referem sair de casa para ir aos serviços de saúde. Entre os homens, 87,0% (254) e entre as mulheres 92,7% (842) saem de casa para esse fim (Tabela 31). Há associação estatisticamente significativa para a relação sair do domicílio para serviços de saúde com o sexo, ter referido cinco ou mais problemas de saúde e ser provedor exclusivo da família. Não se observou associação com a faixa etária.

Tabela 31 - Distribuição dos idosos segundo a saída do domicílio para ir aos serviços de saúde, por sexo, faixa etária, relato de cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e ser provedor exclusivo da família. Recife, 2010/2011

Variáveis	Sair de casa para serviços de saúde				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,004
Masculino	254	87,0	38	13,0	
Feminino	842	92,7	66	7,3	
Faixa etária (anos)					0,754
65 - 69	375	92,1	32	7,9	
70 - 74	306	90,0	34	10,0	
75 - 79	205	92,0	18	8,0	
≥ 80	210	91,3	20	8,7	
Relato (5 ou + problemas de saúde)					< 0,001
Sim	529	95,1	27	4,9	
Não	543	88,9	68	11,1	
Provedor exclusivo					0,050
Sim	395	93,2	29	6,8	
Não	367	89,1	45	10,9	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado

O modo mais utilizado de deslocamento dos idosos para os serviços de saúde, referido por 37% (406), é o ônibus. Apenas 6,1% (67) vão aos serviços de saúde dirigindo automóvel (Tabela 32).

Tabela 32 - Distribuição dos idosos segundo os modos utilizados de deslocamento para os serviços de saúde. Recife, 2010/2011

Modos de deslocamento para os serviços de saúde	n	%
A pé	203	18,5
Carro/conductor	67	6,1
Carro/carona	257	23,4
Lotação	6	0,6
Táxi	145	13,2
Ônibus	406	37,0
Moto	1	0,1
Bicicleta	4	0,4
Outro	7	0,7

Fonte: Elaborado pela autora

Verificou-se associação estatisticamente significativa para a relação modo mais utilizado de deslocamento para os serviços de saúde com o sexo, a faixa etária e o estado conjugal (Tabela 33).

Constatou-se associação estatisticamente significativa para a relação modo mais utilizado de deslocamento para os serviços de saúde com a escolaridade, a renda pessoal e a renda familiar (Tabela 34).

Observa-se ainda associação estatisticamente significativa para a relação modo mais utilizado de deslocamento para os serviços de saúde com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter referido cinco ou mais problemas de saúde e a percepção sobre a saúde (Tabela 35).

Tabela 33 - Distribuição dos idosos segundo os modos utilizados de deslocamento para os serviços de saúde, por sexo, faixa etária e estado conjugal. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Modos de deslocamento para os serviços de saúde												p-Valor*
	A pé		Carro (condutor)		Carro (carona)		Táxi		Ônibus		Outro		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo													< 0,001
Masculino	48	18,9	42	16,5	51	20,1	16	11,0	90	35,4	7	2,8	
Feminino	155	18,4	26	3,1	206	24,4	129	15,3	316	37,5	11	1,3	
Faixa etária (anos)													< 0,001
65 - 69	85	22,6	27	7,2	46	12,2	33	8,8	176	46,8	9	2,4	
70 - 74	63	20,6	21	6,9	55	18,0	31	10,1	131	42,8	5	1,6	
75 - 79	31	15,1	12	5,9	64	31,2	30	14,6	66	32,2	2	1,0	
≥ 80	24	11,4	8	3,8	92	43,8	51	24,3	33	15,7	2	1,0	
Estado conjugal													< 0,001
Casado(a)/morando junto	72	17,7	49	12,1	92	22,7	37	9,1	151	37,2	5	1,2	
Viúvo(a)	80	17,7	9	2,0	132	29,2	73	16,2	148	32,7	10	2,2	
Divorciado(a)/separado(a)	16	17,2	3	3,2	15	16,1	8	8,6	48	51,6	3	3,2	
Solteiro(a)/nunca casou	34	23,9	7	4,9	17	12,0	26	18,3	58	40,8	0	0,0	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Tabela 34 - Distribuição dos idosos segundo os modos utilizados de deslocamento para os serviços de saúde, de acordo com a escolaridade, a renda pessoal e a renda familiar. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Modos de deslocamento para os serviços de saúde												p-Valor
	A pé		Carro (condutor)		Carro (carona)		Táxi		Ônibus		Outro		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Anos completos de escolaridade*													< 0,001
Nenhum	98	98	1	0,3	59	17,0	55	15,8	127	36,5	8	2,3	
Primário	65	65	3	0,9	79	24,3	35	10,8	137	42,2	6	1,8	
Ginásio (1o. Grau)	17	17	7	5,6	34	27,0	16	12,7	51	40,5	1	0,8	
Científico/Técnico (2o. Grau)	13	13	22	14,7	40	26,7	18	12,0	56	37,3	1	0,7	
Superior/Pós-Graduação	5	5	35	26,7	39	29,8	18	13,7	33	25,2	1	0,8	
Renda pessoal (salário mínimo)**													< 0,001
< 1	4	25,0	0	0,0	5	31,3	2	12,5	5	31,3	0	0,0	
01	124	25,3	0	0,0	86	17,5	68	13,8	205	41,8	8	1,6	
> 1 até 2	34	19,5	7	4,0	35	20,1	18	10,3	75	43,1	5	2,9	
> 2 até 5	13	8,2	19	11,9	47	29,6	24	15,1	55	34,6	1	0,6	
> 5	5	4,2	32	26,9	38	31,9	16	13,4	28	23,5	0	0,0	
Renda familiar (salário mínimo)**													< 0,001
< 1	1	16,7	0	0,0	0	0,0	2	33,3	3	50,0	0	0,0	
01	57	31,8	0	0,0	21	11,7	22	12,3	78	43,6	1	0,6	
> 1 até 2	54	25,4	1	0,5	33	15,5	29	13,6	92	43,2	4	1,9	
> 2 até 5	33	16,1	11	5,4	49	23,9	32	15,6	79	38,5	1	0,5	
> 5	7	4,3	39	24,2	52	32,3	21	13,0	42	26,1	0	0,0	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

**Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Tabela 35 - Distribuição dos idosos segundo o modo mais utilizado de deslocamento para os serviços de saúde, de acordo com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011

Variáveis	Modos de deslocamento para os serviços de saúde												p-Valor*
	A pé		Carro (condutor)		Carro (carona)		Táxi		Ônibus		Outro		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Necessita ajuda para 4 ou + AVDs													< 0,001
Sim	19	7,1	2	0,7	125	46,6	85	31,7	32	11,9	5	1,9	
Não	108	22,6	21	4,4	92	19,2	41	8,6	214	44,8	2	0,4	
Relato (5 ou + problemas de saúde)													< 0,001
Sim	91	17,2	15	2,8	140	26,5	87	16,4	190	35,9	6	1,1	
Não	106	19,5	48	8,8	114	21,0	58	10,7	205	37,8	12	2,2	
Percepção sobre a saúde													< 0,001
Ótima	21	17,1	15	12,2	30	24,4	8	6,5	45	36,6	4	3,4	
Boa	96	18,9	44	8,6	113	22,2	55	10,8	190	37,3	10	2,0	
Ruim	55	19,1	8	2,8	67	23,3	47	16,3	109	37,8	1	0,4	
Péssima	26	18,4	0	0,0	36	25,5	26	18,4	52	36,9	1	0,8	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

O ônibus é um importante modo de deslocamento dos idosos na cidade. Eles informam usá-lo principalmente para se deslocar a seis dos 18 lugares pesquisados (Tabela 36). Deslocar-se a pé também se mostra como opção importante. Essa modalidade é a mais utilizada quando os idosos se deslocam para nove entre os 18 lugares investigados (Tabela 37).

Tabela 36 - Distribuição dos idosos segundo os lugares para onde se deslocam de ônibus. Recife, 2010/2011

Lugares para onde se deslocam de ônibus		
	n	%
Serviços de saúde	406	33,8
Banco	392	32,6
Lojas/centros de compras	356	29,6
Casa/parentes	297	24,7
Associações/clubes	38	3,1
Local de trabalho	27	2,2

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 37 - Distribuição dos idosos segundo os lugares para onde se deslocam a pé. Recife, 2010/2011

Lugares para onde se deslocam a pé		
	n	%
Espaços religiosos	464	38,7
Supermercado/ mercadinho	438	36,5
Salão de beleza/barbeiro	337	28,1
Feira livre	186	15,5
Casa/amigos	172	14,3
Parques/praças	112	9,3
Levar filhos/netos à escola/ outro local	65	5,4
Centros de convivência/grupos	63	5,3
Instituição de ensino	17	1,4

Fonte: Elaborado pela autora

Sobre os aspectos do uso de ônibus, a opinião dos 860 idosos usuários está demonstrada na Tabela 38. Dentre estes, 83,0% (714) consideram como aspecto positivo haver pontos de parada próximos à residência; já a ausência de bancos de descanso nos pontos de parada, é considerado negativo por 63,6% (547).

Tabela 38 - Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre o uso de ônibus. Recife, 2010/2011

Aspectos pesquisados	Opinião			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Há ônibus para todos os lugares do Recife	580	67,4	195	22,7
Preço/passagens justo/barato	251	29,1	471	54,9
Quantidade/frequência e horário respeitados	297	34,5	480	55,9
Há ônibus para as cidades vizinhas	580	67,5	181	21,0
Bom sistema/integração ônibus/metrô	457	53,1	155	18,0
Ônibus acessíveis (piso, degraus, assentos)	326	38,0	497	57,7
Prioridade/assentos/idosos é respeitada	327	38,0	505	58,7
Pontos de parada próximos à residência	714	83,0	124	14,5
Bancos/descanso nos pontos de parada	275	32,0	547	63,6

Fonte: Elaborado pela autora

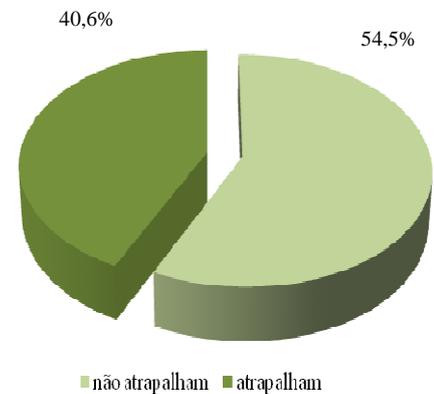
Quando perguntados sobre a acessibilidade e a segurança no Recife, todos os dez aspectos pesquisados foram avaliados como negativos (Tabela 39). Apesar de reconhecerem que há dificuldades quanto aos aspectos pesquisados, 54,5% (654) dos idosos consideram que estas não atrapalham sua saída do domicílio; já 40,6% (487) sentem que as dificuldades atrapalham, sim, sua saída do domicílio (Gráfico 13).

Tabela 39 - Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre aspectos de acessibilidade e segurança na cidade. Recife, 2010/2011

Aspectos pesquisados	Sim	
	n	%
Difícil andar nas calçadas/ruas (obstáculos)	994	82,9
Difícil usar cadeira de rodas/outros (calçadas/ruas)	1043	87,0
Ruas escuras/iluminação deficiente	677	56,5
Cidade violenta/insegura	1052	87,6
Bueiros abertos podem causar acidentes	912	76,0
Faltam áreas/bancos de descanso nos caminhos/ruas	925	77,0
Faltam banheiros públicos	940	78,4
Tempo sinal/trânsito rápido/perigo na travessia	822	68,5
Falta respeito à faixa de pedestres	890	74,1
Difícil funcionamento/ transportes públicos	778	64,9

Fonte: Elaborado pela autora

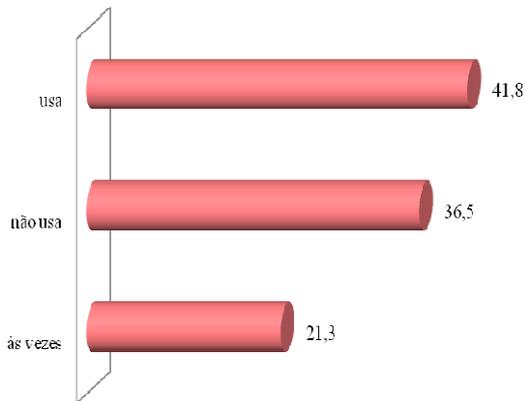
Gráfico 13: Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre se problemas de acessibilidade e segurança atrapalham sua saída do domicílio. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

O uso do táxi como modo de deslocamento na cidade foi referido por 63,0% (756) dos entrevistados, seja uso frequente ou eventual (Gráfico 14). Destes, 48,1% (364) consideram que o preço do táxi é justo e o idoso pode pagar e 53,1% (402) consideram os táxis confortáveis e acessíveis (Tabela 40). Existe associação estatisticamente significativa para a relação uso de táxi com o sexo, a faixa etária, a renda pessoal e a renda familiar (Tabela 41).

Gráfico 14: Distribuição dos idosos segundo o uso de táxi. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 40 - Distribuição dos idosos segundo sua opinião sobre uso de taxi. Recife, 2010/2011

Aspectos pesquisados	Sim	
	n	%
Preço/justo	364	48,1
Há descontos p/ idosos	42	5,5
Confortáveis/ acessíveis	402	53,1

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 41 - Distribuição dos idosos segundo o uso de táxi como modo de deslocamento, por sexo, faixa etária, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Uso de Táxi						p-Valor*
	Sim		Não		Às vezes		
	n	%	n	%	n	n	
Sexo							< 0,001
Masculino	91	31,4	133	45,9	66	22,8	
Feminino	410	45,3	306	33,8	189	20,9	
Faixa etária							0,046
65 - 69	157	38,6	159	39,1	91	22,4	
70 - 74	137	40,3	136	40,0	67	19,7	
75 - 79	93	41,9	82	36,9	47	21,2	
≥ 80	114	50,4	62	27,4	50	22,1	
Renda pessoal (salário mínimo)							0,016
< 1	8	47,1	8	47,1	1	5,9	
01	199	36,6	224	41,2	121	22,2	
> 1 até 2	76	39,8	75	39,3	40	20,9	
> 2 até 5	82	48,2	54	31,8	34	20,0	
> 5	69	53,1	39	30,0	22	16,9	
Renda familiar (salário mínimo)							0,001
< 1	4	66,7	2	33,3	0	0,0	
01	61	31,3	90	46,2	44	22,6	
> 1 até 2	92	39,1	99	42,1	44	18,7	
> 2 até 5	103	45,6	70	31,0	53	23,5	
> 5	90	51,7	51	29,3	33	19,0	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre os 1200 idosos estudados, 10,7% (128) declaram-se condutores de automóvel. Entre os homens, 28,8% (84) informam dirigir e, entre as mulheres, 4,8% (44). O maior percentual, 15,0% (61), de idosos condutores está entre os mais jovens (65 a 69 anos); entre os mais velhos (80 anos ou mais), apenas 3,5% (8) informam dirigir (Tabela 42). Há associação estatisticamente significativa para a relação atividade de dirigir com o sexo, a faixa etária, a renda pessoal e a renda familiar.

Tabela 42 - Distribuição dos idosos segundo ser condutor de automóvel, por sexo, faixa etária, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Condutor de automóvel				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					< 0,001
Masculino	84	28,8	208	71,2	
Feminino	44	4,8	861	94,9	
Faixa etária (anos)					< 0,001
65 - 69	61	15,0	345	84,8	
70 - 74	39	11,5	301	88,5	
75 - 79	20	9,0	202	90,6	
≥ 80	8	3,5	221	96,0	
Renda Pessoal (salário mínimo)					< 0,001
< 1	2	11,8	15	88,2	
01	8	1,5	536	98,5	
> 1 até 2	18	94	174	90,6	
> 2 até 5	36	21,2	134	78,8	
> 5	44	33,8	86	66,2	
Renda Familiar (salário mínimo)					< 0,001
< 1	1	14,3	6	85,7	
01	3	1,5	192	98,5	
> 1 até 2	6	2,5	230	97,5	
> 2 até 5	29	12,9	196	87,1	
> 5	55	31,6	119	68,4	

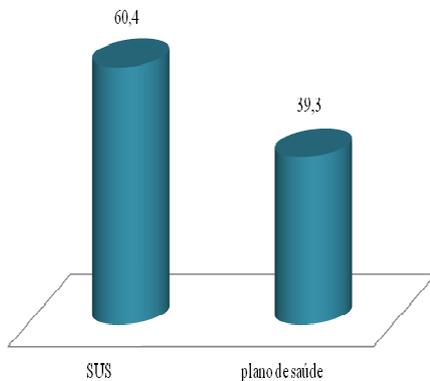
Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

4.5 Condições de acesso e uso de serviços de saúde

No que concerne a plano e/ou seguro de saúde, 60,4% (725) dos idosos estudados não possuem, dependendo, portanto, da assistência à saúde prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Gráfico 15). Entre os 39,3% (471) de idosos com acesso a plano de saúde, 48,0% (226) é do tipo particular (Tabela 43).

Gráfico 15: Distribuição dos idosos, segundo o tipo de acesso a serviços de saúde. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 43 - Distribuição dos idosos com acesso a plano de saúde, segundo o tipo. Recife, 2010/2011

Tipo de plano de saúde	n	%
Assistência ao servidor público	191	40,6
Particular	226	48
Convênio/empresa	48	10,2
Outro	6	1,2

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao acesso a serviços de saúde, públicos (SUS) ou privados (plano/seguro saúde), em ambos os sexos, os maiores percentuais correspondem aos idosos que não possuem plano de saúde. Em relação à faixa etária, com exceção dos mais velhos (80 anos ou mais), os maiores percentuais também são dos que não possuem plano de saúde (Tabela 44). Existe associação estatisticamente significativa para a relação acesso a plano de saúde com a faixa etária, a escolaridade, a renda pessoal, a renda familiar, a frequência de saída do domicílio, sair do domicílio para serviços de saúde, o modo mais utilizado de deslocamento para os serviços de saúde. Não se observou associação com sexo.

Tabela 44 - Distribuição dos idosos segundo o tipo de acesso à assistência de saúde, por sexo, faixa etária, escolaridade, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011

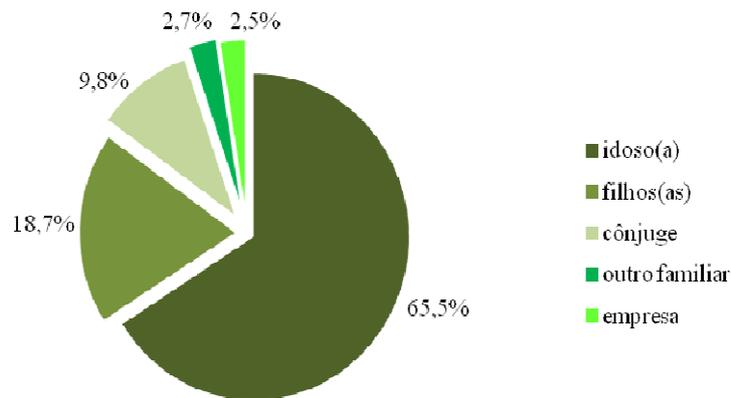
Características sociodemográficas	Tipo de acesso a serviços de saúde				p-Valor*
	Plano de Saúde		SUS		
	n	%	n	%	
Sexo					0,164
Masculino	104	35,7	187	64,0	
Feminino	367	40,5	538	59,2	
Faixa etária (anos)					0,002
65 - 69	140	34,4	266	65,4	
70 - 74	126	37,0	213	62,7	
75 - 79	91	40,9	131	58,7	
≥ 80	114	49,6	115	50,0	
Anos completos de escolaridade					< 0,001
Nenhum	44	11,5	340	88,5	
Primário	114	32,2	240	67,8	
Ginásio (1o. Grau)	67	50,4	66	49,6	
Científico/ Técnico (2o. Grau)	110	65,5	58	34,5	
Superior/ Pós-Graduação	129	92,8	10	7,2	
Renda pessoal (salário mínimo)					< 0,001
< 1	5	29,4	12	70,6	
01	70	12,8	475	87,2	
> 1 até 2	72	37,5	120	62,5	
> 2 até 5	116	68,6	53	31,4	
> 5	121	93,1	9	6,9	
Renda familiar (salário mínimo)					< 0,001
< 1	0	0,0	7	100,0	
01	18	9,3	176	90,7	
> 1 até 2	35	14,8	201	85,2	
> 2 até 5	97	43,1	128	56,9	
> 5	157	89,7	18	10,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Ainda em relação aos planos de saúde, estes são pagos, em sua maioria, pelos próprios idosos, 65,4% (308) (Gráfico 16). O gasto mensal (R\$) com plano de saúde entre 293 idosos que informaram os valores pagos, teve a mediana de 400,00 [150,00; 628,00].

Gráfico 16: Distribuição dos idosos segundo a forma de realização do último atendimento/consulta de saúde (exceto internação). Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

A análise por sexo e faixa etária demonstra que a maioria, entre os homens e as mulheres, são daqueles que pagam seus planos de saúde; no entanto, quando estes são pagos pelos filhos ou pelo cônjuge, os maiores percentuais são observados entre as mulheres, chegando a 21,7% (79) para aquelas cujos planos são pagos pelos filhos, e a 11,5% (42) para as que têm os planos pagos pelo cônjuge (Tabela 45). Existe associação estatisticamente significativa para a relação quem paga o plano de saúde com o sexo e a faixa etária.

Tabela 45 - Distribuição dos idosos segundo a pessoa que paga o plano de saúde, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Pessoa que paga o plano de saúde										p-Valor
	Idoso		Filhos(as)		Cônjuge		Outro familiar		Empresa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo*											< 0,001
Masculino	82	79,6	9	8,7	4	3,9	2	1,9	6	5,8	
Feminino	226	62,1	79	21,7	42	11,5	11	3,0	6	1,6	
Faixa etária**											< 0,001
65 - 69	98	70,5	13	9,4	19	13,7	2	1,4	7	5,0	
70 - 74	89	70,6	16	12,7	15	11,9	2	1,6	4	3,2	
75 - 79	55	61,1	22	24,4	9	10,	4	4,4	0	0,0	
≥ 80	66	58,9	37	33,0	3	2,7	5	4,5	1	0,9	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

**Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Observou-se ainda associação estatisticamente significativa para a relação quem paga o plano de saúde com a renda pessoal, a renda familiar e ser provedor exclusivo da família (Tabela 46).

Tabela 46 - Distribuição dos idosos segundo a pessoa que paga o plano de saúde de acordo com a renda pessoal, a renda familiar e ser provedor exclusivo da família. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Pessoa que paga o plano de saúde										p-Valor
	Idoso		Filhos(as)		Cônjuge		Outro familiar		Empresa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Renda pessoal (salário mínimo)*											
> 1	2	50,0	0	0,0	2	50,0	0	0,0	0	0,0	< 0,001
01	22	31,9	36	52,2	9	13,0	2	2,9	0	0,0	
> 1 até 2	46	64,8	19	26,8	2	2,8	2	2,8	2	2,8	
> 2 até 5	88	75,9	16	13,8	6	5,2	4	3,4	2	1,7	
> 5	105	86,8	4	3,3	4	3,3	3	2,5	5	4,1	
Renda familiar (salário mínimo)*											
< 1	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	< 0,001
01	5	27,8	11	61,1	0	0,0	2	11,1	0	0,0	
> 1 até 2	16	45,7	14	40,0	2	5,7	2	5,7	1	2,9	
> 2 até 5	72	75,0	13	13,5	6	6,3	2	2,1	3	3,1	
> 5	119	76,3	8	5,1	17	10,9	6	3,8	6	3,8	
Provedor exclusivo**											
Sim	116	75,8	24	15,7	2	1,3	7	4,6	4	2,6	< 0,001
Não	96	64,0	22	14,7	21	14,0	5	3,3	6	4,0	

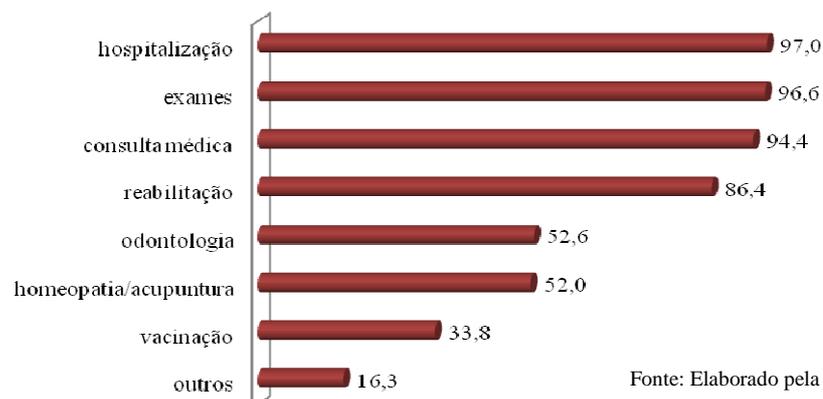
Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

**Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

A cobertura ofertada pelos planos de saúde está demonstrada no Gráfico 17.

Gráfico 17: Distribuição dos idosos segundo a cobertura dos planos de saúde. Recife, 2010/2011



Quanto às dificuldades de acesso e/ou uso dos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados (Tabela 47), as principais dificuldades são: a demora para marcar um atendimento, a demora para ser atendido, o horário inconveniente para marcar um atendimento, a falta de vagas e as filas grandes. Para os idosos com plano de saúde, a distância geográfica dos serviços de saúde em relação à residência também foi referida como uma dificuldade; para os idosos assistidos pelo SUS, foi apontada ainda, como dificuldade de acesso, a ausência de profissionais nos serviços de saúde.

Tabela 47 - Distribuição dos idosos segundo a dificuldade de acesso e/ou uso dos serviços de saúde. Recife, 2010/2011

Dificuldades	Tipo de acesso a serviços de saúde			
	SUS		Plano de Saúde	
	n	%	n	%
Financeira	246	33,9	33	7,0
Transporte	151	20,8	27	5,7
Companhia	150	20,6	33	7,0
Locomoção nos prédios dos serviços de saúde (pouca acessibilidade)	132	18,2	24	5,0
Serviços de saúde distantes	210	28,9	63	13,3
Horário inconveniente para marcar atendimento	321	44,2	71	15,0
Demora para marcar atendimento	400	55,1	155	32,9
Demora para ser atendido	371	51,1	120	25,4
Serviços de saúde não resolvem suas necessidades	232	32,0	38	8,0
Greves	223	30,7	28	5,9
Ausência/faltam profissionais	330	45,5	58	12,3
Faltam vagas	340	46,8	78	16,5
Equipamentos quebrados	259	35,7	35	7,4
Serviços fechados	181	24,9	17	3,6
Filas grandes	362	49,9	62	13,1
Outros	43	5,9	15	3,1

Fonte: Elaborado pela autora

Nos 12 meses que antecederam a entrevista 14,2% (171) dos idosos estiveram internados por, pelo menos, uma noite (Tabela 48). O número de noites de internamento teve a mediana de 3,00 [1,00; 10,00]. Os maiores percentuais de internamento são dos homens: 17,8% (52) e dos mais velhos (80 anos ou mais): 16,5% (38). Existe associação

estatisticamente significativa para a relação ter sido internado nos 12 meses antes da entrevista com o sexo, a renda pessoal e a renda familiar. Não se observou associação com a faixa etária.

Tabela 48 - Distribuição dos idosos segundo o internamento nos últimos 12 meses antes da entrevista, por sexo, renda pessoal e renda familiar. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Internamento (12 meses antes da entrevista)				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,059
Masculino	52	17,8	240	82,2	
Feminino	119	13,1	787	86,7	
Faixa etária (anos)					0,339
65 - 69	58	14,2	348	85,5	
70 - 74	51	15,0	288	84,7	
75 - 79	24	10,8	199	89,2	
≥ 80	38	16,5	192	83,5	
Renda pessoal (salário mínimo)					0,001
< 1	1	5,9	16	94,1	
01	71	13,0	476	87,0	
> 1 até 2	25	13,0	167	87,0	
> 2 até 5	40	23,5	130	76,5	
> 5	10	7,7	120	92,3	
Renda familiar (salário mínimo)					0,025
< 1	2	28,6	5	71,4	
01	23	11,8	172	88,2	
> 1 até 2	26	11,0	210	89,0	
> 2 até 5	46	20,4	180	7,6	
> 5	23	13,1	152	86,9	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Há uma associação estatisticamente significativa para a relação ter sido internado nos 12 meses antes da entrevista com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde e a percepção sobre a saúde (Tabela 49).

Tabela 49 - Distribuição dos idosos segundo o internamento nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011

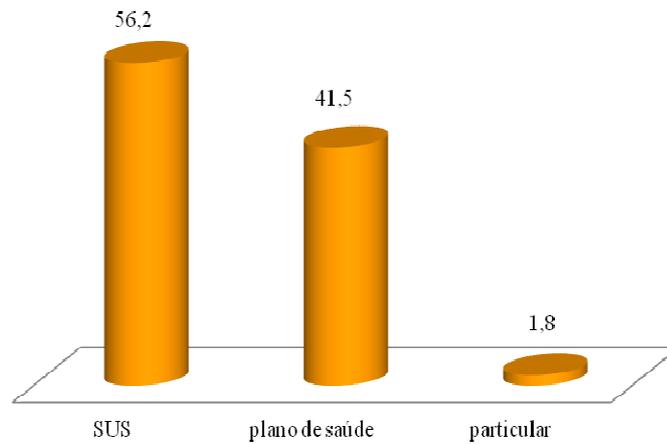
Variáveis	Internamento (12 meses antes da entrevista)				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Necessidade de ajuda para 4 ou + AVDs					< 0,001
Sim	65	22,3	226	77,7	
Não	63	12,2	455	87,8	
Relato (5 ou + problemas de saúde)					< 0,001
Sim	112	20,1	444	79,9	
Não	58	9,5	551	90,5	
Percepção sobre a saúde					0,005
Ótima	10	7,2	129	92,8	
Boa	73	12,9	492	87,1	
Ruim	59	19,1	250	80,9	
Péssima	23	15,5	125	84,5	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Entre os 171 internamentos, 56,2% (96) foram realizados pelo SUS e apenas 1,8% (3) de forma particular (Gráfico 18). Dentre as 52 instituições de saúde citadas, os quatro hospitais públicos mais referidos foram: Hospital Getúlio Vargas, 20,9% (14); Pronto Socorro Cardiológico de Pernambuco/Procape, 16,4% (11); Hospital da Restauração, 14,9% (10) e Hospital Geral de Areias, 11,9% (8). Tratando-se de um estudo realizado em uma capital, no caso o Recife, tem-se que 94,8% (162) dos internamentos ocorreram na própria cidade.

Gráfico 18: Distribuição dos idosos segundo a forma de realização do internamento. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Ao se categorizar os motivos que levaram os 171 idosos ao internamento, os cinco mais citados foram: cirurgia, 22,8% (39); acidente vascular encefálico e problemas cardiológicos, cada um com 9,9% (17); problemas respiratórios, 8,1% (14) e hipertensão arterial, 5,8% (10).

As características do internamento, como: tempo de deslocamento da residência ao local do internamento, modo de deslocamento, tempo de espera para ser atendido e opinião sobre o atendimento recebido estão demonstradas na Tabela 50. Os tempos de deslocamento, 73,1% (125), e espera, 74,3% (127), foram de até 30 minutos para a maioria dos idosos internados. O principal modo de deslocamento foi de carro, na condição de passageiro, informado por 46,8% (80). A maioria dos idosos, 81,9% (140), tem opinião positiva sobre o atendimento recebido, considerado como muito bom e bom.

Tabela 50 - Distribuição dos idosos segundo as características dos internamentos nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com o tempo de deslocamento do domicílio até o local do internamento, o modo de deslocamento, o tempo de espera para ser atendido e a opinião sobre a atenção recebida. Recife, 2010/2011

Características do internamento	n	%
Tempo de deslocamento		
≤ 30 min	125	73,1
31 a 60 min	27	15,8
1h a 1h59min	8	4,7
2h a 3h	1	0,5
Modo de deslocamento		
A pé	3	1,7
Ambulância	13	7,7
Bombeiro	2	1,1
Carro/carona	80	46,8
Carro/conductor	9	5,3
Ônibus	16	9,4
Samu	6	3,5
Táxi	39	22,9
Van	2	1,1
Tempo de espera para ser atendido		
≤ 30 min	127	74,4
31 a 60 min	24	14,0
1h a 1h59min	4	2,3
2h a 3h	1	0,5
≥ 3h	10	5,9
Opinião sobre a atenção recebida		
Muito bom	64	37,4
Bom	76	44,5
Regular	19	11,1
Ruim	6	3,5
Muito ruim	5	3,0

Fonte: Elaborado pela autora

Um quantitativo expressivo de idosos, 88,5% (1062), refere ter procurado atendimento/consulta de saúde de vários tipos, exceto internação hospitalar, nos 12 meses que antecederam a entrevista. A maioria, entre os homens e as mulheres e entre todas as faixas etárias, procurou algum tipo de atendimento (Tabela 51). Observa-se associação

estatisticamente significativa para a relação ter procurado atendimento/consulta de saúde nos 12 meses antes da entrevista com o sexo e o estado conjugal. Não se observa associação com a faixa etária.

Tabela 51 - Distribuição dos idosos segundo o atendimento de saúde/consulta (exceto internação) nos últimos 12 meses antes da entrevista, por sexo, faixa etária e estado conjugal. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Atendimento de saúde/consulta (12 meses antes da entrevista)				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					< 0,001
Masculino	241	82,5	50	17,2	
Feminino	821	90,5	82	9,0	
Faixa etária (anos)					0,523
65 - 69	361	88,7	46	11,3	
70 - 74	298	87,6	41	12,0	
75 - 79	194	87,0	26	11,7	
≥ 80	209	90,8	19	8,3	
Estado conjugal					0,008
Casado(a)/morando junto	382	85,8	63	14,2	
Viúvo(a)	440	90,9	44	9,1	
Divorciado(a)/separado(a)	98	96,1	4	3,9	
Solteiro(a)/nunca casou	137	87,8	19	12,2	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Observa-se ainda associação estatisticamente significativa para a relação ter procurado atendimento/consulta de saúde nos 12 meses antes da entrevista com morar sozinho, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde e acesso a plano de saúde (Tabela 52).

Tabela 52 - Distribuição dos idosos segundo o atendimento de saúde/consulta (exceto internação) nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com morar sozinho, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo) e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011

Variáveis	Atendimento de saúde/consulta (12 meses antes da entrevista)				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Morar sozinho					0,013
Sim	142	95,3	7	4,7	
Não	913	88,1	123	11,9	
Relato (5 ou + problemas de saúde)					< 0,001
Sim	520	93,9	34	6,1	
Não	518	85,3	89	14,7	
Acesso a plano de saúde					< 0,001
Sim	440	93,8	29	6,2	
Não	619	85,7	103	14,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

O local mais procurado pelos idosos para o atendimento de saúde foi o hospital, referido por 38,8% (412), como demonstrado na Tabela 53.

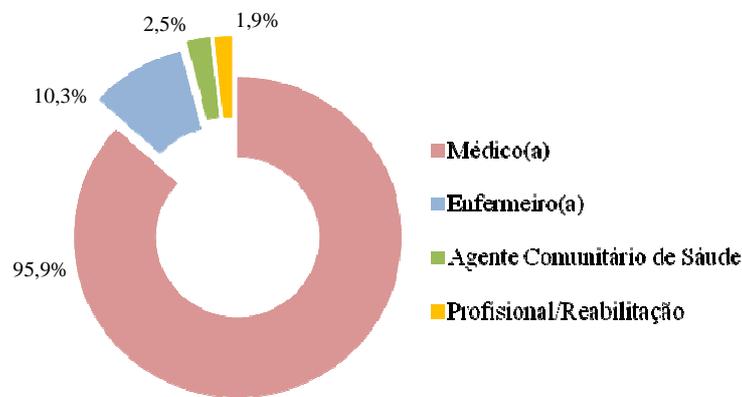
Tabela 53 - Distribuição dos idosos segundo o local de atendimento de saúde/consulta (exceto internação). Recife, 2010/2011

Locais de Atendimento de saúde/consulta	Sim	
	n	%
Hospital	412	38,8
Ambulatório/ especialidades	213	20,0
Consultório particular	233	22,0
Consultório dentário	70	6,6
Centro/Posto de Saúde/ Policlínica	344	32,5
Programa de Saúde da Família	115	10,9
Serviço/Reabilitação	42	4,0
Serviço/emergência	113	10,7
Laboratório	169	16,0
Outro	70	6,6

Fonte: Elaborado pela autora

Em relação ao último atendimento de saúde ou consulta realizada pelos 1062 idosos, o profissional de saúde mais procurado foi o médico, representando 95,9% (1018) (Gráfico 19). Entre os 979 idosos que referiram a cidade na qual se deu o último atendimento de saúde, 97% (949) indicaram o Recife, por se tratar de um estudo realizado em uma capital, como já dito anteriormente.

Gráfico 19: Distribuição dos idosos segundo o profissional procurado no último atendimento/consulta de saúde (exceto internação). Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Entre os motivos citados como causa do último atendimento de saúde, os cinco principais foram: consulta de cuidado continuado, 31,2% (332); alguma dor 8% (86); consulta ao oftalmologista 6,8% (72); hipertensão arterial 6,5% (69); consulta ao cardiologista 5,6% (60).

Semelhante ao observado em relação aos internamentos, as características da procura por atendimento/consulta de saúde quanto ao tempo de deslocamento da residência ao local do atendimento, o modo de deslocamento, o tempo de espera para ser atendido e a opinião sobre o atendimento recebido estão demonstradas na Tabela 54. Os tempos de deslocamento, 73,5% (780) e espera, 57,6% (566), foram de até 30 minutos para a maioria dos idosos. O principal modo de deslocamento foi o ônibus, informado por 28,3% (300). A maioria dos idosos, 83,3% (883), tem opinião positiva sobre o atendimento recebido, classificando-o como muito bom e bom.

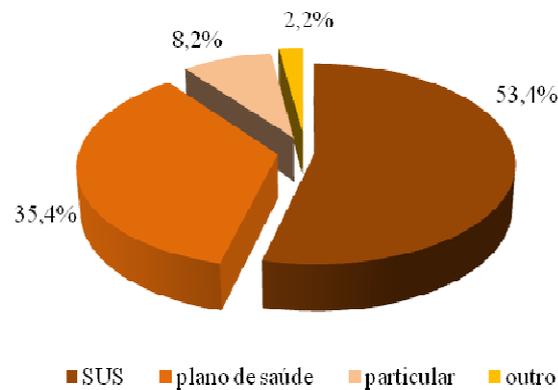
Tabela 54 - Distribuição dos idosos segundo as características do atendimento/consulta de saúde nos últimos 12 meses antes da entrevista, de acordo com o tempo de deslocamento do domicílio até o serviço de saúde, o modo de deslocamento, o tempo de espera para ser atendido e a opinião sobre a atenção recebida. Recife, 2010/2011

Características do atendimento de saúde/consulta	n	%
Tempo de deslocamento		
≤ 30 min	780	73,5
31 a 60 min	151	14,3
1h a 1h59min	41	3,8
2h a 3h	5	0,4
Modo de deslocamento		
A pé	246	23,1
Carro/carona	245	23,0
Carro/conductor	52	4,9
Ônibus	300	28,3
Táxi	140	13,2
Outros	19	1,8
Tempo de espera para ser atendido		
≤ 30 min	566	53,3
31 a 60 min	160	15,1
1h a 1h59min	112	10,6
2h a 3h	99	9,3
≥ 3h	46	4,3
Opinião sobre a atenção recebida		
Muito bom	302	28,5
Bom	581	54,8
Regular	111	10,5
Ruim	23	2,1
Muito ruim	22	2,0

Fonte: Elaborado pelo autora

O último atendimento de saúde, para 53,6% (568) dos idosos, foi realizado pelo SUS e, para 35,3% (375), pelos planos de saúde (Gráfico 20).

Gráfico 20: Distribuição dos idosos segundo a forma de realização do último atendimento/consulta de saúde (exceto internação). Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os 1062 idosos que procuraram atendimento de saúde, 56,5% (600) referem que, no último atendimento lhes foram solicitados exames (radiografias, exames de sangue, entre outros); destes, 74,2% (445) informaram ter realizado todos os exames solicitados e 44,2% (197) informaram ter realizado os exames pelo SUS (Tabela 55). O motivo alegado pelos que não realizaram os exames foi o fato de ter sido marcado para uma data muito distante.

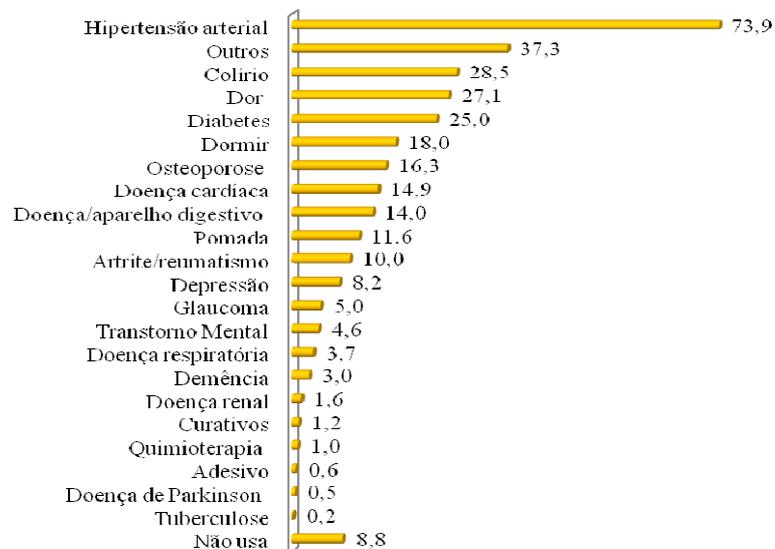
Tabela 55 - Distribuição dos idosos segundo as características de solicitação e realização de exames, no último atendimento de saúde/consulta (exceto internação), nos últimos 12 meses antes da entrevista. Recife, 2010/2011

Variáveis	Sim	
	n	%
Solicitação de exames	600	56,5
Realizou os exames	445	74,2
Exames realizados pelo SUS	197	44,2

Fonte: Elaborado pelo autora

No que concerne ao uso de medicamentos, 91,2% (1095) dos idosos referem uso regular de, pelo menos, um medicamento. A maioria, 73,9% (809), informou uso regular de medicamento para controle da pressão arterial (Gráfico 21).

Gráfico 21: Distribuição dos idosos segundo uso regular de medicamento. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

O uso regular de, pelo menos, um medicamento, por sexo e faixa etária, é feito principalmente pelas mulheres, 93,4% (848), e os idosos na faixa etária de 75 a 79 anos, 93,3% (208) (Tabela 56). Constatou-se associação estatisticamente significativa para a relação uso regular de, pelo menos, um medicamento, com o sexo, a escolaridade e a renda pessoal. Não há associação com a faixa etária.

Tabela 56 - Distribuição dos idosos segundo o uso regular de, pelo menos, um medicamento, por sexo, faixa etária, escolaridade e renda pessoal. Recife, 2010/2011

Características sociodemográficas	Uso regular de, pelo menos, um medicamento				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					< 0,001
Masculino	247	84,6	45	15,4	
Feminino	848	93,4	60	6,6	
Faixa etária (anos)					0,546
65 - 69	368	90,4	39	9,6	
70 - 74	307	90,3	33	9,7	
75 - 79	208	93,3	15	6,7	
≥ 80	212	92,2	18	7,8	
Escolaridade (anos completos)					0,042
Nenhum	346	89,6	40	10,4	
Primário	316	89,0	39	11,0	
Ginásio (1o. Grau)	127	95,5	6	4,5	
Científico/ Técnico (2º. Grau)	157	93,5	11	6,5	
Superior/Pós-Graduação	132	95,0	7	5,0	
Renda pessoal (salário mínimo)					0,030
> 1	14	82,4	3	17,6	
01	497	90,9	50	9,1	
> 1 até 2	178	92,7	14	7,3	
> 2 até 5	147	86,5	23	13,5	
> 5	125	96,2	5	3,8	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Observou-se ainda associação estatisticamente significativa para a relação do uso regular de, pelo menos, um medicamento, com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde, acesso a plano de saúde e percepção sobre a saúde (Tabela 57).

Tabela 57 - Distribuição dos idosos segundo o uso regular de, pelo menos, um medicamento, de acordo com necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo), acesso a plano de saúde e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011

Variáveis	Uso regular de, pelo menos, um medicamento				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Necessidade de ajuda para 4 ou + AVDs					0,021
Sim	208	95,9	12	4,1	
Não	473	91,3	45	8,7	
Relato (5 ou + problemas de saúde)					< 0,001
Sim	542	97,5	14	2,5	
Não	539	88,2	72	11,8	
Acesso a plano de saúde					0,001
Sim	447	94,9	24	5,1	
Não	645	89,0	80	11,0	
Percepção sobre a saúde					< 0,001
Ótima	114	81,4	26	18,6	
Boa	509	90,1	56	9,9	
Ruim	292	94,5	17	5,5	
Péssima	144	96,6	5	3,4	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Vale referir que, dentre os 1095 idosos que utilizam pelo, menos um, medicamento, 20,7% (227) fazem uso de cinco ou mais medicações (Tabela 58). Existe associação estatisticamente significativa para a relação uso regular de cinco ou mais medicamentos com o sexo, a faixa etária, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde, acesso a plano de saúde e percepção sobre a saúde.

Tabela 58 - Distribuição dos idosos segundo o uso regular de cinco ou mais medicamentos de acordo com o sexo, a faixa etária, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais atividades de vida diária (AVDs), ter relatado cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo), acesso a plano de saúde e percepção sobre a saúde. Recife, 2010/2011

Variáveis	Uso regular de 5 ou + medicamentos				p-Valor*
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,005
Masculino	35	14,2	212	85,8	
Feminino	192	22,6	656	77,4	
Faixa etária (anos)					0,007
65 - 69	57	15,5	311	84,5	
70 - 74	64	10,8	243	79,2	
75 - 79	49	23,6	159	76,4	
≥ 80	57	26,9	155	73,1	
Necessidade de ajuda para 4 ou + AVDs					< 0,001
Sim	92	32,9	188	67,1	
Não	90	19,0	383	81,0	
Relato (5 ou + problemas de saúde)					< 0,001
Sim	199	36,7	343	63,3	
Não	28	5,2	511	94,8	
Acesso a plano de saúde					0,003
Sim	113	25,3	334	74,7	
Não	114	17,7	531	82,3	
Percepção sobre a saúde					< 0,001
Ótima	14	12,3	100	87,7	
Boa	70	13,8	439	86,2	
Ruim	84	28,8	208	71,2	
Péssima	48	33,3	96	66,7	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Sobre a forma de obter o medicamento de uso regular, 54,0% (591) o fazem por compra (Tabela 59). O gasto mensal (R\$) com medicamentos de 673 idosos que informaram os valores, teve a mediana de 100,00 [40,00; 200,00]. Ainda na Tabela 61 é possível observar que a maioria, entre os homens e as mulheres, compram seus medicamentos. Existe associação significativa para a relação forma de obtenção do medicamento de uso regular com a faixa etária. Não se observa associação com o sexo.

Tabela 59 - Distribuição dos idosos segundo a forma de obtenção do medicamento de uso regular, por sexo e faixa etária. Recife, 2010/2011

Variáveis	Forma de obtenção do medicamento de uso regular						p-Valor*
	Compra		SUS		Mista (SUS + Compra)		
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,121
Masculino	142	59,2	61	25,4	37	15,4	
Feminino	449	56,9	173	21,9	167	21,2	
Faixa etária (anos)							< 0,001
65 - 69	178	50,9	105	30,0	67	19,1	
70 - 74	155	52,5	62	21,0	78	26,4	
75 - 79	114	60,3	43	22,8	32	16,9	
≥ 80	144	73,8	24	12,3	27	13,8	

Fonte: Elaborado pela autora

Nota: *Teste Qui-quadrado ($p \leq 0,05$)

Observa-se associação estatisticamente significativa para a relação forma de obtenção do medicamento de uso regular com a renda pessoal, a renda familiar, ser provedor exclusivo da família e o acesso ou não a plano de saúde (Tabela 60).

Tabela 60 - Distribuição dos idosos segundo a forma de obtenção do medicamento de uso regular, de acordo com renda pessoal, renda familiar, ser provedor exclusivo da família e acesso a plano de saúde. Recife, 2010/2011

Variáveis	Forma de obtenção do medicamento de uso regular						p-Valor*
	Compra		SUS		Mista (SUS + Compra)		
	n	%	n	%	n	%	
Renda Pessoal (salário mínimo)							< 0,001
> 1	8	57,1	5	35,7	1	7,1	
01	167	36,3	155	33,7	138	30,0	
> 1 até 2	88	51,5	47	27,5	36	21,1	
> 2 até 5	118	83,7	12	8,5	11	7,8	
> 5	113	95,0	2	1,7	4	3,4	
Renda familiar (salário mínimo)							< 0,001
< 1	1	16,7	3	50,0	2	33,3	
01	47	28,8	66	40,5	50	30,7	
> 1 até 2	84	43,1	64	32,8	47	24,1	
> 2 até 5	114	60,0	33	17,4	43	22,6	
> 5	151	95,6	3	1,9	4	2,5	
Provedor exclusivo							0,031
Sim	193	53,8	100	27,9	66	18,4	
Não	202	57,7	69	19,7	79	22,6	
Acesso a plano de saúde							< 0,001
Sim	384	90,4	13	3,1	28	6,6	
Não	205	34,1	220	36,6	176	29,3	

Fonte: Elaborado pela autora

Dentre os 1095 idosos que usam medicamentos regularmente, a maioria, 73,2% (802), refere não ter dificuldade de acesso para sua obtenção. Para os 26,8% (293) que referem alguma dificuldade, as principais são: a dificuldade financeira (os remédios costumam caro) e encontrar o remédio na farmácia do SUS.

A maioria dos entrevistados, 68,5% (816), informa ter recebido, na última campanha de vacinação de idosos que antecedeu a entrevista, a vacina contra influenza (gripe comum) e 46,6% (548) referem ter sido vacinados contra a gripe H1N1 (gripe A).

Os serviços de saúde ou equipamentos, que os idosos identificam próximos à sua residência estão demonstrados na Tabela 61.

Tabela 61 - Distribuição dos idosos segundo a identificação de serviços de saúde/equipamentos próximos à residência. Recife, 2010/2011

Serviços de saúde/ equipamentos relacionados próximos à residência	Sim	
	n	%
Hospital	614	51,2
PSF	515	42,9
Policlínica	448	37,3
Consultórios	686	57,2
Laboratórios	682	56,8
Farmácia	1083	90,3
Centro/Posto de Saúde	861	71,8
UPA	346	28,8
Outro	4	0,3

Fonte: Elaborado pela autora

Sobre os serviços de saúde existentes na cidade e sua relação no atendimento à pessoa idosa, a maioria dos entrevistados, 56,9% (683), afirma que os funcionários administrativos tratam os idosos com respeito; 55,3% (663) referem não se sentir bem informados sobre os serviços existentes para atendê-los (Tabela 62).

Tabela 62 - Distribuição dos idosos segundo a opinião sobre os serviços de saúde existentes para atendê-los. Recife, 2010/2011

Aspectos pesquisados	Opinião			
	Sim		Não	
	n	%	n	%
Bem informados sobre os serviços de saúde existentes para atendê-los	386	32,2	663	55,3
Funcionários administrativos são respeitosos	683	56,9	427	35,6
Serviços de saúde de acordo com as necessidades dos idosos	500	41,7	581	48,4
Profissionais de saúde com formação adequada para atender bem os idosos	644	53,7	435	36,3

Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao uso de equipamento de autoajuda/tecnologia assistiva, a maioria dos idosos, 74,0% (888), refere usar óculos ou lente de contato e 69,6% (835) usam dente postiço, dentadura ou ponte (Tabela 63).

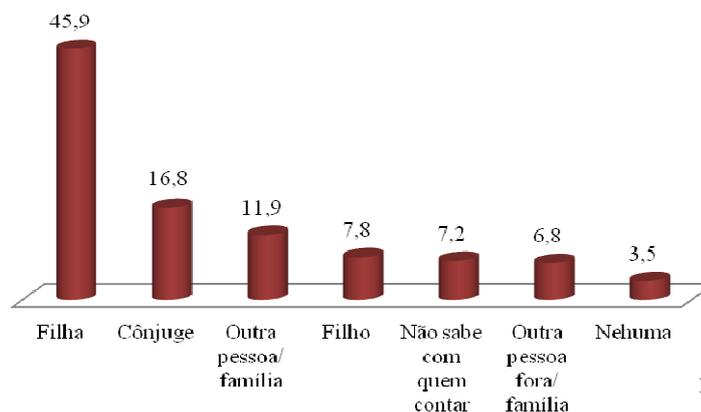
Tabela 63 - Distribuição dos idosos segundo o uso de equipamento de autoajuda/tecnologia assistiva. Recife, 2010/2011

Equipamentos de autoajuda/tecnologia assistiva	Sim	
	n	%
Dente postiço, dentadura, ponte	835	69,6
Óculos, lente de contato	888	74,0
Aparelho auditivo	29	2,4
Bengala	71	5,9
Muleta	13	1,1
Andador	13	1,1
Cadeira de rodas	40	3,3
Outros	7	0,6

Fonte: Elaborado pela autora

Para 45,9% (551) dos 1200 idosos estudados, a pessoa que pode cuidar deles, caso fiquem doentes e/ou incapacitados, é a filha. Observa-se ainda que 7,2% (86) não sabem referir com quem poderiam contar nessa situação e 3,5% (42) afirmam que não podem contar com ninguém, o que dá um total de 10,7% (128) idosos sem perspectiva de poder contar com ajuda de alguém em caso de doença e/ou incapacidade (Gráfico 22).

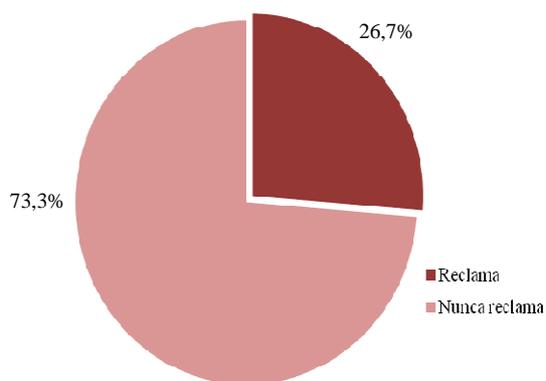
Gráfico 22: Distribuição dos idosos segundo a pessoa com quem podem contar em caso de doença e/ou incapacidade. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

Por fim, ao perguntar aos 1200 idosos estudados onde fazem suas reclamações sobre os serviços e atendimentos de saúde, quando estão insatisfeitos, 73,3% (879) responderam que nunca reclamam, mesmo quando estão insatisfeitos (Gráfico 23).

Gráfico 23: Distribuição dos idosos segundo a atitude de reclamar quando estão insatisfeitos com a atenção de saúde recebida. Recife, 2010/2011



Fonte: Elaborado pela autora

5 DISCUSSÃO

5.1 Condições sociais e demográficas

Cerca de trinta anos se passaram desde os primeiros estudos multidimensionais sobre a população idosa no país e tantos outros que se seguiram em diferentes regiões, estados e municípios. Não obstante, ainda é necessário e pertinente a busca por informações em estudos de base populacional sobre quem são e como vivem os idosos brasileiros. O tamanho do território, a diversidade cultural e as iniquidades sociais e de saúde, além das características do processo de envelhecimento populacional no país, por si justificam tal necessidade. Esses estudos servem de referência para comparações com os achados aqui apresentados, guardadas as diferenças metodológicas de cada um.

O número expressivo de mulheres entre os moradores mais velhos do Recife reafirma a feminização do envelhecimento observada não apenas em diversas regiões brasileiras, bem como em outras regiões pelo mundo (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; NOGUEIRA et al., 2008). Segundo o IBGE (2011), quase 70% das pessoas idosas no Recife são mulheres. Camarano (2004) destaca que essa predominância feminina entre os mais velhos ocorre principalmente em áreas urbanas. Outros autores também encontraram comportamento semelhante em estudos realizados em diferentes cidades brasileiras e em determinados momentos desse processo, como Ramos et al. (1993), em São Paulo, Veras (1994), no Rio de Janeiro, Lima-Costa et al. (2003), em Bambuí-MG, Lebrão e Duarte (2003), também em São Paulo, Silva (2005), em Goiânia, Sampaio (2006), em Sairé-PE, Ribeiro et al. (2008), em Manaus, Campos et al. (2009) em Botucatu, Braga (2010), em Belo Horizonte.

É fato que há, no Brasil, uma mortalidade diferencial por sexo, em todas as faixas etárias. Segundo dados referentes ao ano de 2008, a expectativa de vida ao nascer, para as mulheres brasileiras, é 7,6 anos maior que a dos homens (BANCO MUNDIAL, 2011). Esse cenário deve influenciar o desenho de políticas públicas para o segmento populacional que envelhece, nas quais se enfatize a grande importância do contingente feminino (CAMARANO, 2004; LEBRÃO, 2003; VERAS, 1994).

Nesse sentido, no protocolo de saúde da mulher da Secretaria de Saúde do Recife, por ocasião de sua revisão em 2011, além das orientações sobre promoção da saúde, foram

incluídos aspectos que contemplam a saúde da mulher em processo de envelhecimento e da mulher idosa, como, por exemplo, a atenção ao climatério e à osteoporose. Outro aspecto contemplado foi a adequação e acessibilidade dos espaços de atendimento à mulher na rede municipal de saúde, sendo incluída, em todos os distritos sanitários, a mesa ginecológica elevatória, que é mais ampla e garante o acesso a esse exame com mais conforto e segurança para mulheres com mobilidade reduzida.

A relação entre o envelhecimento populacional e a presença das mulheres neste processo é tratada sob várias dimensões. Há, como já citado, uma dimensão quantitativa, as mulheres idosas, na maior parte dos países, são proporcionalmente mais numerosas, implicando em perfis e associações diretamente ligados a esse fato, como, por exemplo, maior chance de viuvez, maior frequência de adoecimento e de consumo de medicamentos, maior necessidade de cuidado, pior percepção do seu estado de saúde (BANCO MUNDIAL, 2011; CAMARANO, 2004). Estas associações são tratadas ao longo do texto, devido à grande proporção de mulheres presentes neste estudo. As discussões aqui apresentadas estarão, muitas vezes, perpassadas pela característica de gênero, entendido, por Silva (1998), “como uma relação entre sujeitos historicamente determinados, e não apenas como conceito descritivo que designa o masculino e o feminino” (p.148).

Apesar do cenário descrito, é também fato que as mulheres idosas têm maior presença em ações e programas direcionados aos mais velhos, sejam de promoção da saúde, de lazer e de inserção social e até de geração de renda, assumindo papel decisivo e diferencial na família e na sociedade (CAMARANO, 2003; FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004; NERI, 2001).

Outra dimensão, que se pode chamar de qualitativa, está relacionada a construções sociais e históricas, nas quais as sociedades se fundaram em papéis bem distintos de socialização dos seus representantes masculinos e femininos, que, mesmo em pleno século XXI, em especial entre as populações mais velhas, ainda apresentam muitos desses comportamentos que foram sendo reproduzidos ao longo de décadas, tais como: os homens são provedores financeiros e estão fora do ambiente doméstico, observa-se que estes têm dificuldade de adaptação após a aposentadoria (CAMARANO, 2004); as mulheres, no ambiente doméstico, provêm o cuidado da casa e de seus entes. Nessa perspectiva, a “grande cuidadora” de idosos em nosso meio é a mulher (KARSH, 2003, p. 862).

Diferentemente deste estudo, em municípios de pequeno porte, tanto Paiva (2004), em Fernando de Noronha-PE, quanto Cesar et al. (2008), nas cidades de Caracol-PI e Garrafão do Norte-PA, identificaram maioria de homens idosos.

Os índices de analfabetismo e de baixa escolaridade ainda são altos no Nordeste brasileiro. Entre os idosos estudados, mais de um terço é analfabeto. Essa condição de envelhecer com poucos recursos de instrução escolar para fazer frente às demandas do envelhecimento e de um mundo veloz e globalizado e, em particular, em grandes centros urbanos, é preocupante. Feliciano, Moraes e Freitas (2004) apontam este aspecto como resultado de um processo histórico de iniquidades sociais no Brasil e afirmam que o pouco acesso à escolaridade pode, por si, limitar e comprometer a sobrevivência e a qualidade de vida.

Os achados deste trabalho são semelhantes aos de Ribeiro (2008), com 34,1% de analfabetos em Manaus-AM, mas são superiores aos encontrados por Lebrão et al. (2003) para a cidade de São Paulo, 21% de analfabetos, aos de Silva (2005), que encontrou em Goiânia 21,4% de idosos que não sabem ler nem escrever, aos de Campos (2009), com um achado de 20% de idosos sem escolaridade em Botucatu-SP, e aos de Paiva (2004), referindo 29,4% de idosos sem nenhuma escolaridade em Fernando de Noronha-PE; já Cesar (2008), encontrou um número bem superior de idosos analfabetos, 65,4%, em Caracol-PI, e 73,6% em Garrafão do Norte-PA, e Feliciano, Moraes e Freitas (2004), com um achado de 50% de analfabetos entre os idosos estudados em São Carlos-SP.

Neste estudo, a instrução escolar entre as mulheres foi inferior à dos homens, conforme o encontrado por Lebrão e Duarte (2003) e Camarano (2004). As mulheres, no Recife, vivem mais anos que os homens, e são de um tempo no qual a escola não era tão acessível às mulheres, em especial na Região Nordeste do Brasil; a maioria foi educada para as atividades do lar, ligadas aos cuidados da casa, do marido e dos filhos e, desta forma, hoje estão menos instrumentalizadas para a resolução de problemas cotidianos.

Esse diferencial da escolaridade entre homens e mulheres idosas reflete a organização social no início do século XX, com pouco acesso à educação para os mais pobres e para as mulheres (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004). Houve um aumento importante da escolaridade média no Brasil durante o século XX, mas as iniquidades ainda

estão presentes entre homens e mulheres, só que agora são as mulheres que apresentam melhores níveis educacionais, uma superação que teve início por volta de 1950 e continua aumentando (MARTELETO; MIRANDA, 2004). Tem-se agora outro problema, a dificuldade de acesso dos homens à educação formal, que merece tanta atenção quanto a situação anterior relativa às mulheres, de modo a superar as iniquidades.

O estado conjugal, nesta pesquisa, se caracterizou por uma distribuição equilibrada entre viúvos(as) e casados(as). São achados diferentes dos estudos de Ribeiro et al. (2008), Lebrão (2003), Cesar et al. (2008) e Paiva (2004), que encontraram maioria de casados; Coelho Filho e Ramos (1999) referem maioria de idosos separados em seu estudo.

A predominância de viúvos entre os mais velhos (80 anos ou mais) e de casados entre os mais jovens (65 a 69 anos) entre os idosos do Recife está de acordo com o observado por Lebrão (2003), para a cidade de São Paulo. No Recife, os homens idosos, em sua maioria estão casados; enquanto parte importante das mulheres está viúva. Esses achados estão em consonância com Lebrão (2003), Camarano (2004) e Coelho Filho e Ramos (1999). Verifica-se que, além de maior longevidade, a chance das mulheres ficarem viúvas aumenta na mesma proporção em que avança a idade e diminui a chance de outro casamento; entre os homens acontece diferente: mesmo em idades mais avançadas, estes têm mais chances de casar novamente (CAMARANO, 2004; LEBRÃO, 2003; VERAS, 1994).

Os idosos deste estudo tiveram filhos(as), inclusive, há referência a dez ou mais filhos, caracterizando famílias extensas. A exemplo do aqui encontrado, Louvison (2006) e também Paiva (2004) trazem dados semelhantes. Essa composição familiar se reflete nas condições de arranjo domiciliar aqui observados. São residências com até cinco moradores, com característica multigeracional. Observações semelhantes também foram feitas por Lebrão e Laurenti (2005), e por Cesar et al. (2008). Entretanto, verifica-se que mais de 10% dos idosos do Recife moram só, principalmente entre as mulheres. Resultados semelhantes foram encontrados por Ramos e Lima (2003), Feliciano, Moraes e Freitas (2004) e Silva (2005).

O padrão de famílias extensas é cada dia menos frequente, sendo mais observado o arranjo com famílias pequenas, ditas nucleares, compostas por pais com poucos filhos, em especial em áreas urbanas. A associação de fatores diversos (urbanização, industrialização, acesso a métodos contraceptivos, entrada da mulher na força de trabalho, entre outros)

contribuiu para essa mudança, entre eles a queda da fecundidade, que no Brasil se dá de modo acentuado: enquanto em 1960 a mulher brasileira média tinha mais de seis filhos, hoje esse número caiu para menos de dois (BANCO MUNDIAL, 2011; KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

O tamanho das famílias influi na atenção e cuidado oferecidos aos seus membros mais velhos. Nas famílias extensas existe uma maior possibilidade de rede de ajuda em relação ao apoio que pode ser ofertado pelas famílias nucleares, que nem sempre conseguem destinar maior atenção aos idosos, ocorrendo o que se denomina síndrome de insuficiência familiar (LEME; SILVA, 1996; VERAS; RAMOS; KALACHE, 1987). Nesse sentido, Saad (2004) discute os padrões de transferência de apoio intergeracional, de trocas e ajuda mútua entre pais e filhos, que garante a sobrevivência dos seus membros mais velhos, principalmente em países menos desenvolvidos, nos quais há pouco investimento do Estado nesse tipo de apoio, ficando essa responsabilidade a cargo das famílias, particularmente dos filhos adultos.

O formato de arranjo domiciliar da coresidência entre gerações é bastante observado na Região Nordeste do Brasil, curiosamente mais associada não à necessidade dos pais idosos, porém, mais frequentemente, às necessidades dos filhos adultos, relativizando o sistema de fluxo de apoio, no caso descendente, dos pais para os filhos (SAAD, 2004).

Sobre a questão de idosos morando sozinhos, vale algumas reflexões sobre mitos a esse respeito. Há que se considerar o contexto cultural e socioeconômico no qual vivem esses idosos. Em países com maior desenvolvimento econômico observa-se um maior número de idosos vivendo sozinhos; já em países mais pobres há mais idosos em arranjo de coresidência, em especial na companhia de filhos (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007). Ainda assim, o estereótipo de que o idoso vivendo só é sinônimo de abandono merece ser relativizado; mesmo que ainda insuficientes, houve um aumento das políticas públicas voltadas para o segmento idoso e mais acesso a bens e serviços, facilitados pelos avanços tecnológicos e pela universalização da seguridade social. Em algumas regiões, estes fatos podem apontar que o idoso morar só seja uma alternativa relacionada ao envelhecimento autônomo e independente.

Vale considerar também que, no Brasil, esse caminho ainda está em construção, sendo a forma de viver acompanhado a mais observada entre os idosos. Há estudos que

relacionam a condição de morar só entre idosos como fator que pode agravar morbidades e indicar aumento da mortalidade (CALDAS, 2003). Desta forma, é necessário intensificar os cuidados para com os idosos que vivem sozinhos, de modo a ofertar-lhes políticas públicas que evitem o isolamento social e produzam saúde (CESAR et al., 2008).

Ainda sobre arranjo domiciliar, como já referido, além de residir com filhos(as), também se observam arranjos que incluem netos(as), caracterizando ainda mais o aspecto multigeracional. Ramos e Lima (2003) encontraram composições domiciliares semelhantes. O autor destaca que o comportamento de coabitar, observado entre os idosos e seus familiares, tem relação com outro fator, além dos já apresentados: o fator econômico. Em seu estudo observou associação significativa entre nível socioeconômico baixo e esse arranjo domiciliar.

Não há dúvida sobre a importância da família para o idoso. Em seu estudo, Barreto (1999) demonstra que o bem-estar e a segurança dos membros da família constituem a maior preocupação dos idosos. O inverso também ocorre, ou seja, é com os membros de sua família que a maioria dos idosos espera contar em caso de alguma necessidade, não havendo, porém, nenhuma garantia de que esse suporte ocorra (CALDAS, 2003). Neste estudo, a maior parte dos idosos também espera contar com pessoas da família em caso de doença e/ou incapacidade, sendo a filha a pessoa mais referida. O cônjuge também é citado. Os achados são semelhantes aos de Paiva (2004).

No Brasil, ainda está a cargo da família prover os cuidados aos seus membros mais velhos. As mulheres solteiras e os(as) filhos(as) únicos tendem a assumir esse lugar (CAMARANO, 2003; DUARTE, 2003). É preciso mais ofertas de alternativas assistenciais que minimizem a sobrecarga da família no cuidado ao idoso com algum grau de dependência, minimizem também a institucionalização, que muitas vezes ocorre devido a essa sobrecarga, quando as famílias já não têm condições para manter o idoso em casa. Há que se considerar também, nesse contexto, a saúde desse(a) cuidador(a). Os estudos de Salgueiro e Lopes (2010) e Arango et al. (2011) tratam do estresse e/ou da sobrecarga a que estão sujeitas as pessoas que cuidam de idosos. Pinto et al. (2009), em estudo com cuidadores de idosos, referem que, quanto mais comprometida a capacidade funcional do idoso, pior a qualidade de vida do cuidador. Sugerem que, nos programas de cuidados a idosos com dependência, seja incluída a atenção à saúde do cuidador.

Políticas públicas que ofereçam apoio e retaguarda a famílias com idosos com alguma dependência são indispensáveis. No Recife, a Secretária de Saúde oferece o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD Recife), que dá esse apoio às famílias, ao assistir idosos que necessitam de cuidados intensivos, mas têm dificuldade para deslocar-se aos serviços de saúde, e assim previne internações e favorece a permanência da pessoa idosa em sua casa, sem prescindir dos cuidados necessários à sua saúde (RECIFE, 20011).

Nesse sentido, a Secretária de Saúde do Recife, através da busca ativa de idosos acamados no município, com avaliação funcional e da sobrecarga do cuidador, construção e discussão do caso clínico, tem conseguido encaminhar, de forma resolutiva, a maioria das situações lançando mão das equipes, da rede e dos dispositivos existentes.

O fato dos idosos aqui estudados possuírem renda própria é positivo, por um lado; por outro, é preocupante, uma vez que os valores dessa renda são tão baixos, mais da metade recebe até dois salários mínimos, semelhante aos achados de Bós e Bós (2004) e diferente do encontrado por Paiva (2004), em cujo estudo a maioria dos idosos tinha renda pessoal de até cinco salários mínimos.

Embora pequeno, o percentual de idosos que não possui renda, nesse estudo, refere-se a mulheres idosas. E, mesmo entre aquelas que referem renda, os valores são inferiores, quando comparados aos dos homens. Campino e Cyrillo (2003) encontraram resultados semelhantes. De acordo com Abram (2006), são históricas as iniquidades de gênero no mercado de trabalho brasileiro, repercutindo na remuneração diferenciada entre homens e mulheres. O autor enfatiza que a renda da mulher é sempre inferior à do homem, mesmo quando estes têm o mesmo nível de instrução escolar, recebendo, em média, 21% a menos. De acordo com o observado neste trabalho, ao que parece esta iniquidade permanece ao longo do ciclo de vida.

Já em relação à faixa etária, para os idosos do Recife os maiores valores da renda pessoal foram encontrados entre os mais velhos (80 anos ou mais). São resultados diferentes dos encontrados por Campino e Cyrillo (2003), que apontam para a diminuição do valor da renda de acordo com o aumento da idade.

Areosa e Areosa (2008) acrescentam que a renda do idoso, seja oriunda da aposentadoria ou de outros benefícios, de acordo com o modelo previdenciário vigente no Brasil, em muitos casos é um diferencial no sustento de suas famílias; os autores afirmam que a renda das pessoas com 60 anos ou mais é superior à dos mais jovens (menos de 30 anos); nesse caso, o idoso sai da condição de assistido para provedor. Essa afirmação reforça os resultados aqui encontrados, nos quais mais da metade das rendas familiares são de idosos provedores exclusivos de suas famílias. Este importante achado encontra respaldo nos estudos de Saad (2004) sobre transferências de apoio intergeracional, ao considerar o fator renda. Afirma que no Nordeste brasileiro, mesmo sendo os valores modestos, a renda dos idosos (aposentadoria ou pensão) é ao que parece, uma das principais fontes de sustento de muitas famílias. Seguindo o entendimento da universalização dos direitos sociais e previdenciários, as principais fontes de renda citadas pelos idosos neste estudo são aposentadoria e/ou pensão do cônjuge, semelhantes aos achados de Cesar et al. (2008), Campos et al. (2009) e Silva (2005).

O discurso atual vem se construindo no sentido da valorização do envelhecimento e das pessoas idosas, de sua participação ativa na sociedade; no entanto, o cenário descrito de idosos provedores financeiros de suas famílias não necessariamente indica isso, podendo ser reflexo de situações adversas, quais sejam, fluxos informais de ajuda de familiares aos membros mais velhos da população, devido às poucas ações de políticas formais de apoio, e o fluxo inverso, em especial financeiro, no qual os idosos, devido a uma conjuntura econômica perversa e de poucas oportunidades, são obrigados a usar seus recursos, não para o seu bem-estar e saúde, mas para o sustento de seus descendentes.

Outro aspecto importante dessa condição de provedor dos idosos do Recife refere-se ao fato de estes serem proprietários do imóvel no qual residem, o que lhes permite abrigar com mais facilidade filhos e netos. Autores que encontraram resultados semelhantes, como Louvison (2006) e Peixoto (1997), discutem sobre a oportunidade que essa geração teve de construir um patrimônio que resultou na construção ou aquisição da casa própria, o acesso ao sistema financeiro de habitação e ainda que a propriedade do imóvel seja resultado de um investimento familiar e não apenas dos recursos do idoso, o que também favorece a coresidência. Os chamados “puxadinhos”, com a construção de mais um quarto, por exemplo, são comuns nas grandes cidades e regiões metropolitanas do país.

Neste estudo, verifica-se que mais da metade dos idosos refere que sua renda não é suficiente para manter suas necessidades básicas, achado corroborado por Louvison (2006), que reforça o fato de o arranjo multigeracional no qual residem os idosos em regiões mais pobres, seja, sim, fortemente influenciada por fatores econômicos. O fato é que os idosos contribuem efetivamente com a sociedade, sejam como voluntários, como trabalhadores remunerados ou não, zelando e contribuindo com seus familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

5.2 Condições de saúde

A literatura especializada aponta a importância da percepção subjetiva da pessoa idosa sobre seu estado geral e, conseqüentemente, seu estado de saúde, uma vez que esta percepção diz respeito à qualidade de vida percebida, mesmo quando obtida por critérios objetivos. É considerada um importante indicador de necessidade de saúde e, em geral, mensurada mais comumente através da saúde percebida, dos problemas de saúde referidos e do consumo de medicação (NERI, 2001; NERI; SOARES, 2002). Por se tratar de medida subjetiva, a percepção sobre a saúde não pode ser informada por outra pessoa que não o próprio indivíduo (LIMA-COSTA et al., 2003).

Neste estudo, mais da metade dos idosos tem uma percepção positiva sobre sua saúde. No entanto, entre as mulheres, a percepção negativa da saúde está mais presente. São achados semelhantes aos de Silva (2005), que encontrou 75% de idosos com percepção positiva da saúde. Piccini et al. (2006) encontraram um terço de idosos com percepção positiva do estado de saúde, número inferior ao deste estudo. Lebrão e Laurenti (2005) também encontraram resultados diferentes dos aqui apresentados, nos quais mais da metade dos idosos referiu sua saúde como regular ou má. Em relação ao sexo, os resultados foram semelhantes, ou seja, as mulheres apresentaram pior avaliação de sua saúde. Ponderam ainda que a mortalidade entre as mulheres é menor em relação aos homens, então parece incoerente que elas avaliem pior sua saúde; no entanto, talvez por viverem mais anos, experimentem mais limitações que comprometem sua qualidade de vida.

Benyamini, Leventhal e Leventhal (2000) referem diferenças entre homens e mulheres quanto à percepção do estado de saúde e sua influência na condição de saúde futura. Encontraram, após um estudo de cinco anos, entre os homens que avaliaram a saúde

negativamente, uma chance 4,8 vezes maior de morrer do que naqueles que referiram a saúde como positiva; entre as mulheres, a chance de morrer para as que avaliaram negativamente a saúde foi 2,2 vezes maior. A explicação dos autores é que as doenças mais leves, não relacionadas à mortalidade, bem como situações perturbadoras da vida cotidiana, afetam mais as mulheres que os homens, o que pode levar a essa percepção mais negativa do seu estado geral e de sua saúde.

A percepção positiva da saúde, mesmo na presença de doenças e/ou agravos, reforça o paradigma da capacidade funcional como referência de saúde na idade avançada (RAMOS; LIMA, 2003), ou seja, mesmo referindo pelo menos um problema de saúde (doença/agravo), em particular as mulheres, a maioria dos idosos estudados afirma que estes problemas não atrapalham a realização das atividades cotidianas e mantêm-se autônomos e independentes. Lima-Costa et al. (2003) também encontraram relatos de, pelo menos uma, doença com maior percentual entre as mulheres idosas e também pouca referência a dificuldades cotidianas atribuídas às doenças relatadas.

Sobre as informações de morbidade referidas, sabe-se que estas podem não revelar as doenças desconhecidas pelo entrevistado, subestimando assim o resultado real; no entanto, essas informações são amplamente utilizadas e consideradas importantes para caracterizar as condições de saúde das populações estudadas (LIMA-COSTA et al, 2003; ZAITUNE et al., 2006), inclusive pela percepção sobre o próprio estado de saúde, já descrita. Costa et al. (2003) referem que os relatos sobre doenças, no presente, são importantes preditores de condições futuras de saúde, inclusive incapacidade física e mortalidade, considerando que a própria pessoa tem capacidade de perceber e relatar, com um bom grau de fidedignidade, as doenças das quais sofre e seu estado geral de saúde.

Considerando as recomendações do Ministério da Saúde sobre a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2008), em cujo Manual de Preenchimento informa que se deve considerar o relato de cinco ou mais doenças como indicativo de fragilidade ou de processo de fragilização em idosos, verificou-se, entre os idosos deste estudo, que um número importante refere cinco ou mais problemas de saúde (doença/agravo), sendo entre as mulheres e os mais velhos que os relatos mais ocorreram. Silva (2005) encontrou 80,2% de relatos de até duas doenças crônicas.

No entanto, fazem-se necessárias algumas ressalvas. Assim como para mensurar a capacidade/incapacidade funcional e/ou as múltiplas incapacidades não há um padrão universalmente estabelecido (DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; JACKSON, 2000), também não há este padrão na investigação de relatos de presença de doenças em idosos e do número dessas doenças, em cada grupo ou indivíduo estudado. Desta forma, considerando que a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento de política pública nacional destinado à população idosa, que pretende apoiar a avaliação e o monitoramento da saúde dessas pessoas na rede de saúde e, ainda, que este estudo pretende subsidiar gestores e formuladores de políticas públicas de saúde para a população idosa do Recife, é que se adotou o critério descrito.

É necessário esclarecer que ainda não há consenso sobre o conceito de fragilidade. De acordo com Fried (2001), fragilidade não é sinônimo de deficiência nem de comorbidade, embora elas possam ocorrer simultaneamente. Observa-se o uso do termo comorbidade sempre que há referências à fragilidade em idosos, associada, obviamente, a outros critérios. No entanto, segundo Vieira (2010), os termos comorbidade e multimorbidade têm sido usados indistintamente. O autor esclarece que o termo comorbidade parece relacionar-se menos com a quantidade de doenças e mais com a correlação entre elas, além de em suas definições, haver a referência a uma doença-índice. Já o termo multimorbidade relaciona-se à presença de mais de uma ocorrência concomitante de enfermidades em uma pessoa, independente de uma doença-índice.

Sendo assim, assume-se, neste estudo, o termo multimorbidade, por se entender que é mais adequado ao que foi investigado, ou seja, o relato de mais de um problema de saúde (doença/agravo).

Os principais problemas de saúde relatados pelos idosos, neste estudo, tanto entre os homens quanto entre as mulheres idosas e em todas as faixas etárias, foram hipertensão arterial, doença na coluna ou dor nas costas e problemas de visão (catarata/glaucoma/retinopatia diabética). Barreto, Valença e Freese (2012), em estudo realizado sobre hipertensão arterial em idosos do Recife, encontraram mais de 30% de idosos hipertensos. Silva (2005) verificou, entre os idosos de Goiânia, que 34,8% referiram a hipertensão arterial como o principal problema de saúde e que os problemas de coluna, com um percentual de 14,5%, estão entre os três principais problemas de saúde. A idade e o sexo

são, entre outros, fatores de risco para a hipertensão arterial; entre os idosos estudados, a hipertensão arterial mostrou-se associada significativamente ao sexo e à faixa etária. Resultado semelhante ao de Lebrão e Laurenti (2005), Zaitune et al. (2006) e Farinasso et al. (2008). Também Piccini et al. (2006) encontraram prevalência de 65% de hipertensão arterial entre idosos da Região Nordeste do Brasil. Ramos e Lima (2003) e Silva et al. (2009) também encontraram a hipertensão arterial como o principal problema de saúde referido entre os idosos, bem como problemas visuais e dores articulares.

A hipertensão arterial é um problema de saúde pública no Brasil e de grande magnitude entre idosos, constituindo um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, além de favorecer a instalação de várias incapacidades associadas, comprometendo assim a sua capacidade funcional (FREESE; FONTBONNE, 2006; MALTA et al., 2006). A doença está relacionada à dependência, tanto nas AVDs quanto nas atividades instrumentais de vida diária, estando em alguns casos associada à incapacidade funcional grave (ALVES et al., 2007; GIACOMIN et al., 2008). É um equívoco aceitar sua presença, nessa magnitude, em pessoas mais velhas, por se tratar de uma doença cujos mecanismos de controle são bastante conhecidos.

O relato de doença na coluna ou dor nas costas é semelhante aos achados de Feliciano, Moraes e Freitas (2004), Pedrazzi, Rodrigues e Schiaveto (2007) e Hartmann (2008). É sabido que o processo de envelhecimento favorece a diminuição da flexibilidade e da amplitude dos movimentos, estando muitas vezes associado, a quedas em idosos e essa perda da mobilidade pode levar à instabilidade postural, dificultando a realização das AVDs, em especial as instrumentais, como usar transporte, subir e descer escadas, sentar e levantar da cama ou até caminhar, principalmente quando a mobilidade está comprometendo o quadril, os joelhos, os tornozelos e a coluna vertebral (GUIMARÃES, FARINATTI, 2005). Pedrazzi, Rodrigues e Schiaveto (2007) verificaram que, entre os problemas de saúde que interferem na realização das atividades instrumentais da vida diária estão os problemas de coluna que, em certa medida, favorecem o isolamento social, uma vez que limitam a saída do domicílio.

A prática de atividade física é recomendada em qualquer idade e seus benefícios para a saúde estão comprovados, uma vez que previnem ou retardam a incidência de doenças crônicas e suas incapacidades associadas, além de promover integração social (BRASIL, 2007; COUTO; GRAÇA, 2003,). Observa-se, na atualidade, um sedentarismo acentuado da

população, principalmente a urbana, aumentando o número de adultos com sobrepeso e obesidade, com mudança também no comportamento alimentar característico do processo de transição nutricional (FREESE; FONTBONNE, 2006; MALTA et al., 2006). O sedentarismo, comum entre os mais velhos, é um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares (ALVES et al., 2011; FARIAS; NEVES; BRITO, 2011; LIBERMAN, 2007). É necessário, portanto, investir em políticas públicas de promoção da saúde e do autocuidado, que incluam oferta de atividade física e orientação de hábitos saudáveis de alimentação, considerando que a assistência à saúde está além da assistência médica e do acesso a medicamentos (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, há no Recife, desde 2002, na Secretaria de Saúde, o Programa Academia da Cidade, uma política de promoção à saúde no âmbito da atividade física, do lazer e da alimentação saudável. Conta com educadores físicos e nutricionistas. Há 21 polos do programa distribuídos em todos os distritos sanitários da cidade. O acesso é livre a toda a população. O programa compõe a rede de atenção básica à saúde, é referência para pessoas com diabetes e hipertensão e é frequentado por um número considerável de pessoas idosas (CRUZ, 2006, RECIFE, 2011).

O comprometimento de funções sensoriais em idosos, em especial da visão, é fator de risco para a dependência funcional. Os estudos de Perracini e Ramos (2002), Rosa et al. (2003) e Guimarães e Farinatti (2005) descrevem comprometimentos da capacidade funcional nos idosos por eles estudados, relacionados a problemas de visão.

Perracini e Ramos (2002) estudaram os fatores associados a quedas em idosos e encontraram a visão deficiente como um desses fatores. Destacam que, mais importante que o diagnóstico da doença visual em si, é a percepção subjetiva da visão, ou seja, o idoso percebe sua visão como boa ou má, funcional ou não, que de fato influencia na capacidade funcional. Guimarães e Farinatti (2005) também estudaram variáveis associadas a quedas em idosos e encontraram uma relação entre a acuidade visual e a quantidade de quedas, no último ano anterior à entrevista e após os 65 anos de idade. Rosa et al. (2003) estudaram fatores associados com a dependência moderada/grave e, entre outros, a visão relatada como ruim/péssima apresentou chances maiores que quatro vezes para a ocorrência de dependência nos idosos estudados.

Portanto, a hipertensão arterial, os problemas de coluna e de visão têm um potencial considerável de comprometer a capacidade funcional de pessoas idosas, bem descrito na literatura científica. No entanto, os três problemas, salvo exceções, são passíveis de intervenção de prevenção e/ou controle. Conhecer os problemas de saúde dos idosos de uma população é condição imprescindível para a formulação de políticas públicas resolutivas.

5.3 Condições de realização das atividades da vida diária

Como já referido, a capacidade funcional é um forte indicador de saúde entre idosos. A maior presença de doenças crônicas favorece a perda, em alguma medida, dessa capacidade.

Existem diversos instrumentos e escalas que mensuram essa capacidade, a maioria usa perguntas simples e diretas sobre se o idoso consegue ou não realizar uma lista de atividades denominadas básicas e instrumentais da vida diária e assim avaliam, através das respostas, o quanto a capacidade funcional do idoso está ou não comprometida e em quais domínios. Como já referido brevemente, Jackson (2000) e Duca, Silva e Hallal (2009) discutiram sobre a complexidade de determinar, interpretar e comparar os achados de incapacidade funcional, devido à variedade de instrumentos e de pontos de corte para análise dos resultados. Segundo os autores, ainda não há um padrão universalmente aceito para sua medição e interpretação.

Nos idosos deste estudo foi verificado que, em sua maioria, são autônomos e independentes para a realização das atividades cotidianas, revelando um grupo que responde às suas principais necessidades de sobrevivência, mobilidade e autocuidado. Porém, ao se comparar o desempenho entre as atividades mais básicas e as mais instrumentais, de modo geral, há menor desempenho nestas últimas, pois são atividades mais complexas, que requerem do indivíduo melhores condições físicas, cognitivas e psíquicas, pois o colocam na vida de relação com o entorno e diante de contextos mais adversos do que os encontrados no domicílio, que, na maioria das vezes, são de fácil manejo e já conhecidos.

Sabe-se também que há uma hierarquia na perda das habilidades para o desempenho das AVDs no sentido de se perder primeiro as mais instrumentais e só depois as mais básicas

(DUARTE, 2003). Quanto mais básicas as funções perdidas, maior a dependência e a necessidade do cuidador.

Sobre capacidade funcional, nos estudos de Ramos et al. (1993), Jackson (2000), Duarte (2003) e Silva (2005), cada um dos autores também encontrou um grupo autônomo e independente com pouca necessidade de ajuda para a realização das AVDs.

É importante destacar que a perda da autonomia e/ou da independência para o desempenho das atividades cotidianas ocorre em diversos contextos e é influenciada por fatores sociodemográficos e epidemiológicos (sexo, idade, escolaridade, estado conjugal, estado de saúde, renda, entre outros). Assim, parte destas condições são passíveis de intervenção de políticas públicas sociais e de saúde (CAMARANO, 2004; ROSA, et al., 2003).

Essa influência de fatores sociais e demográficos foi encontrada neste estudo, no qual houve relação significativa entre necessitar de ajuda para realizar pelo menos uma AVD com a faixa etária, a escolaridade e com ter relatado cinco ou mais problemas de saúde.

No Recife, são os idosos mais velhos (80 anos ou mais) os mais dependentes de ajuda para realização das AVDs, corroborando o fato de que, com o passar do tempo, aumenta a possibilidade da pessoa vir a necessitar de ajuda no seu cotidiano (CAMARANO, 2004; CHAPLESKI et al., 1997; DUARTE, 2003; SANTOS, 2003). Estes autores encontraram, em seus estudos, resultados semelhantes quanto à relação necessidade de ajuda nas AVDs e a idade mais avançada. Camarano (2004) pondera que esse segmento mais envelhecido é o que demanda mais cuidados e sobrecarrega a família, em particular as mulheres cuidadoras. Enfatizando ainda mais a influência da idade na capacidade funcional, Rosa et al. (2003) encontraram chance cerca de 1,9 vezes maior de idosos entre 65 a 69 anos desenvolverem dependência, chegando esta chance a 36 vezes entre aqueles com mais de 80 anos.

A baixa escolaridade daqueles que necessitam de ajuda para realizar pelo menos uma AVD demonstra que estes estão menos instrumentalizados para enfrentar as necessidades e dependências. Neste estudo, das quinze atividades pesquisadas, dez sofrem influência direta da escolaridade. Os estudos de Rosa et al. (2003) não deixam dúvidas sobre a importância do

grau de instrução na capacidade funcional de pessoas idosas. Afirmam que idosos pouco escolarizados apresentaram chance cinco vezes maior de ter dependência moderada/grave.

Compreende-se o fato daqueles idosos com relatos de cinco ou mais problemas de saúde necessitarem de ajuda para realizar as atividades cotidianas, uma vez que as condições de comorbidades e/ou a presença de agravos à saúde aumentem a possibilidade de instalação de incapacidades associadas. Rosa et al. (2003) referem chances maiores que seis vezes para a ocorrência de dependência entre os idosos que tiveram acidente vascular cerebral e, para os que apresentaram problemas de visão ou audição, as chances foram maiores que quatro vezes. Marucci e Barbosa (2003) destacam as boas condições de saúde como essenciais para o desempenho das AVDs de forma independente. As alterações de qualquer ordem (cognitivas, visuais, neurológicas, musculoesqueléticas, entre outras) repercutem nesse desempenho.

Homens e mulheres idosas se comportam de modo diferente quanto à capacidade para realizar com autonomia e independência as AVDs. Os homens idosos deste estudo apresentam melhor desempenho para as atividades realizadas fora do domicílio, ou seja, aquelas mais instrumentais que, como já referido, favorecem a relação com o entorno e guardam maior complexidade para sua realização, e também nas atividades como subir e descer escadas e cortar a unha dos pés, que supõem melhor condições de mobilidade física. Já as mulheres apresentam melhor desempenho nas atividades mais ligadas ao domicílio e a tarefas domésticas; tem-se aqui, entre outras questões, um viés cultural (BARRETO, 1999).

Neste estudo, na realização das atividades mais básicas quase não se observam diferenças de desempenho entre os homens e as mulheres idosas, diferente dos estudos de Duarte (2003), que encontrou um grupo de idosos no qual as mulheres apresentavam pior desempenho, em relação aos homens, para as atividades mais básicas.

Foi afirmado anteriormente que subir escadas e cortar as unhas dos pés são atividades que pressupõem, para sua realização, uma mobilidade física adequada. Nesse sentido, Marucci e Barbosa (2003) reforçam que força muscular, flexibilidade e equilíbrio são necessários para a realização adequada, independente e segura das AVDs. Acrescentam ainda que o sexo é um fator determinante no desempenho físico e as mulheres são fisicamente mais limitadas que os homens. Essa afirmativa talvez justifique o pior desempenho das mulheres idosas estudadas, na realização das AVDs que exigem mobilidade fora do domicílio, subir

escadas e cortar as unhas dos pés. Nesse sentido, Rosa et al. (2003) afirmam que é mais de duas vezes maior a chance de ocorrência de dependência em mulheres em relação aos homens.

Como já referido, não há um padrão universalmente aceito para medir a capacidade/incapacidade funcional e são usados agrupamentos numéricos diferentes quando se pretende conhecer o que Santos (2003) denomina de incapacidade múltipla, ou seja, quando se verifica o número de atividades para as quais o grupo estudado necessita de ajuda.

Neste trabalho se optou por verificar a necessidade de ajuda para quatro ou mais AVDs de acordo com Ramos et al. (1993), e se observou que os maiores percentuais de necessidade de ajuda para quatro ou mais AVDs estão entre os idosos com idade a partir de oitenta anos, com relato de cinco ou mais problemas de saúde e com a percepção negativa sobre sua saúde. Com relação a este último aspecto, Rosa et al. (2003) demonstraram que a chance de ter dependência moderada/grave foi nove vezes maior para os idosos que perceberam a saúde na categoria má e de onze vezes maior para os que perceberam a saúde como péssima. Lebrão e Laurenti (2005) também constataram que a presença de, pelo menos uma, incapacidade nas AVDs reduziu à metade a disposição dos idosos de considerar a saúde numa perspectiva positiva.

Há, portanto, uma interpretação a ser feita. Considerando: que há uma hierarquia na perda das capacidades funcionais, das mais básicas para as mais instrumentais; que essa perda é fortemente influenciada pela idade, pelo sexo e pelas condições de saúde; que a perda das atividades mais instrumentais favorece o afastamento do entorno e o isolamento social; que a perda das atividades mais básicas favorece um maior grau de dependência e uma maior chance da necessidade de cuidador e que a situação de dependência se agrava de acordo com o número e o tipo das atividades para as quais se necessita de ajuda, tem-se como resultado um cenário bastante complexo e, ainda assim, passível de intervenção. Vale ressaltar que estudos que medem a capacidade funcional de idosos oferecem informações valiosas aos formuladores de políticas públicas.

Com o avançar da idade há uma tendência cultural de redimensionamento do uso do tempo, seja pelo desengajamento da atividade formal de trabalho, a aposentadoria; seja pela independentização dos filhos, que crescem e/ou saem da casa dos pais. Assim, as pessoas

mais velhas, em geral, têm mais tempo livre e nem sempre se prepararam para usá-lo de um modo produtivo e prazeroso.

Os idosos do presente estudo costumam usar a maior parte do seu tempo livre com atividades mais relacionadas ao domicílio (ex: assistir televisão, ouvir rádio) e também referem andar pelo bairro, fazer compras, visitar parentes e amigos. São achados semelhantes aos de Barreto (1999), Paiva (2004) e Silva (2005). Atividades culturais e de lazer e prática de atividade física foram pouco referidos. Nesse sentido, Rosa et al. (2003) constataram nos idosos que referiram não visitar amigos e parentes, chance de apresentar dependência moderada/grave seis vezes maior. Os autores também afirmam que, no caso dos idosos que responderam não frequentar cinema, a chance foi dezesseis vezes maior para a dependência moderada/grave e quinze vezes maior para os que responderam não praticar esporte.

Silva (2005) apresenta um resultado diferente em relação à prática de atividade física por idosos; em sua amostra, 31,7% a praticam, em contraposição a pouco mais de 20,0% encontrados nesta condição, no presente trabalho.

Homens e mulheres idosas usam de forma diferente seu tempo livre e, neste estudo, percebem-se algumas características culturais, ou seja, os homens, em relação às mulheres, ouvem mais rádio e vão mais a jogos esportivos; já as mulheres, em relação aos homens, vão mais a serviços religiosos e realizam mais trabalhos manuais. Ocorre também, como esperado e já abordado ao longo do texto, que a prática da maioria das atividades relacionadas à mobilidade fora do domicílio é mais presente entre os idosos mais jovens (60 a 69 anos).

Os pilares do envelhecimento ativo: saúde, participação e segurança, referidos na introdução, reforçam a importância da manutenção da vida social e ativa, ou seja, manter atividades cotidianas que parecem tão simples pode significar mais tempo de vida livre de incapacidades. Com a vantagem de ser um contexto no qual há mais possibilidades concretas de intervenção de programas sociais e comunitários destinados aos idosos que promovam espaços para a prática de atividade física e cultural, e espaços de convivência tanto entre pares quanto intergeracional.

Segundo Ferrari (1996), o fato da maioria dos idosos estar de algum modo desobrigado do trabalho remunerado ou doméstico, salvo exceções, lhes proporciona mais

tempo livre, que tende cada vez mais a ser ocupado com atividades que permitem o descanso, o divertimento, a recreação, o entretenimento e o desenvolvimento pessoal. O lazer ainda é visto de maneira preconceituosa nas sociedades regidas pela produtividade; daí a dificuldade de alguns idosos, que viveram todo o tempo anterior dedicados ao trabalho ou ao cuidado da casa, em encontrar maneiras de ocupação adequada do tempo livre, além do desconhecimento do benefício dessa prática para o seu bem-estar. Programas que preparam as pessoas para o desengajamento do trabalho formal (aposentadoria) também são pertinentes nessa nova fase da vida, uma vez que contribuem para a descoberta de novas alternativas e interesses para quem precisa estabelecer um novo ritmo de vida devido ao aumento do seu tempo livre (MORAGAS, MORAGAS, 1991).

As experiências desenvolvidas em diversas instituições de ensino superior, públicas e privadas, localizadas no Recife, servem a esse propósito, com ofertas que contemplam eventos temáticos, oficinas e atividades esportivas. O Programa Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco é uma dessas experiências que, desde 1996, oferece espaço de convivência, troca de experiências, ensino/aprendizado e crescimento pessoal (BARRETO, 1999).

Percebe-se que, nestas questões, está colocada a necessidade de aprendizagem e ajustes com as mudanças ao longo da vida. Witter (2006) discute essa questão, em seu texto sobre as tarefas do desenvolvimento no ciclo de vida, em particular entre os idosos. Nesse sentido, é destacado que estas são tarefas que o indivíduo cumpre, não de forma estática, em cada fase de sua vida, de modo a manter-se ajustado psíquica e socialmente, garantindo suas necessidades pessoais. Na verdade, são reflexões que dizem respeito à resiliência que, guardadas as controvérsias conceituais, pode ser aqui entendida como a atitude positiva que se tem diante da vida e das adversidades, ou seja, a capacidade do indivíduo de enfrentá-las e ressignificar seu cotidiano, lançando mão de seu potencial individual e social (FORTES; PORTUGUEZ; ARGIMON, 2009; PINHEIRO, 2004).

Apesar do atual cenário demográfico no país, a experiência coletiva com o envelhecimento e suas demandas ainda é nova para a sociedade brasileira. O que é ser idoso? Como se comporta e/ou deve se comportar um idoso? O que se espera desse segmento populacional? O que desejam os idosos? Afinal, qual o papel e o lugar do idoso numa sociedade global? Estes atributos parecem estar ainda em construção.

5.4 Condições de mobilidade urbana

Faz-se necessário retomar o que foi assumido neste estudo como mobilidade de idosos, entendida como o deslocamento das pessoas idosas na malha urbana, considerando sua capacidade funcional e os atributos dessa malha, ou seja, as características do indivíduo e do ambiente.

Para Bosi (2003), os bairros, além de fisionomia, têm biografia, um ciclo de vida por assim dizer, que dão um sentido de identidade. Silva et al. (2009), referindo-se à obra de Ariel Gravano, acrescentam que o bairro é um espaço simbólico e ideológico que remete a identidades sociais urbanas. Percebe-se em comum nos autores o sentido de identidade e pertencimento atribuídos ao bairro em uma cidade.

Nessa perspectiva, pode-se dizer que os idosos estudados, que residem há mais de trinta anos em um mesmo bairro, devem guardar forte identificação com o mesmo. Esse fato é um facilitador de interação social devido ao conhecimento e domínio do espaço geográfico do entorno, em especial a relação com a vizinhança, o que amplia a rede social e uma possível rede de cuidado, como também na identificação em relação à oferta de bens e serviços disponíveis nesse entorno, como farmácia, padaria, serviço de saúde, igreja, banco, entre outros. Esse achado pode ser explicado considerando que a maioria dos idosos aqui estudados é proprietário do imóvel no qual reside. Nesse sentido Pereira (2006) afirma a importância do bairro e da rua onde se mora como espaços propícios para a convivência social, sendo esse arranjo mais observado em bairros populares.

Os idosos do Recife saem de casa sempre que precisam e/ou desejam, para realizar atividades as mais diversas. Sendo mais observadas frequências de saída diária ou semanais. São informações que refletem a capacidade funcional preservada do grupo estudado, já discutida.

Dantas (2005), em estudo realizado com idosos em Copacabana-RJ, bairro diferenciado, localizado na praia e com várias opções de lazer, curiosamente encontrou achados semelhantes a este estudo, ou seja, entre os idosos que se deslocavam principalmente a pé, a frequência de saída do domicílio era de, pelo menos, quatro vezes por semana e, para os que se deslocavam principalmente de ônibus, era de, pelo menos, duas vezes por semana.

Entre os homens estudados predomina a frequência diária de saída do domicílio; já entre as mulheres, a frequência que predomina é a semanal, que pode ser explicada por questões culturais, os homens mais velhos tendem a manter, de alguma forma, o comportamento de quando exerciam atividade regular de trabalho e se ausentam mais do ambiente domiciliar, enquanto a mulher da geração aqui estudada tem no domicílio seu principal lugar cotidiano. É um comportamento coerente com o que já foi descrito anteriormente quanto às atividades do tempo livre. Os homens praticam mais atividades fora do domicílio. Novamente, a despeito das diferenças entre os dois estudos, os homens idosos em Copacabana saem mais frequentemente de casa que as mulheres (DANTAS, 2005).

Fatores como o sexo, a faixa etária, o estado conjugal, a escolaridade, a renda pessoal, a renda familiar, o morar sozinho, a necessidade de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter referido cinco ou mais problemas de saúde e a percepção sobre a saúde influenciam a frequência de saída do idoso de seu domicílio, no Recife. Portanto, os homens, os idosos mais jovens (60 a 69 anos), os casados, os mais escolarizados, aqueles com maior renda tanto pessoal quanto familiar, os que moram sozinhos, os mais autônomos e independentes e com menor número de problemas de saúde relatados e, portanto, com melhor percepção do estado de saúde, saem mais frequentemente de casa.

Já se percebe, pelos primeiros achados, que a mobilidade é um fator positivo para a capacidade funcional dos idosos e que as condições dessa mobilidade mudam de acordo com as mudanças que ocorrem com a idade (COBB; COUGHLIN, 2004; SUEN; SEN, 2004; WASFI; LEVINSON, 2007).

Os resultados deste estudo encontram respaldo na literatura científica. Condições físicas, econômicas e sociais desfavoráveis (ex: ser mulher, idosa, viver só, ter enfermidades, ser pobre), aumentam a chance de perda da mobilidade, ou seja, de se deslocar fora de casa (MOLLENKOPF et al., 2004). Daí a importância de políticas públicas de mobilidade urbana, para garantir ao segmento idoso, independentemente de sua condição social, o direito à mobilidade.

Em geral, as pessoas idosas preferem sair de casa pela manhã. Entre os idosos estudados esse foi o horário mais referido, em especial pelas mulheres. Esse achado pode ser devido a várias razões, entre elas a questão da segurança pública, e por isso os idosos

preferem estar de volta em casa antes de escurecer. Sobre essa questão, Eckert (2002) refere que, de fato, há o medo, por parte das pessoas idosas, em relação à violência do espaço urbano e ao horário de estar na rua, em especial o horário noturno. Esse fato faz diferença na prática de atividades fora do domicílio.

Como o contingente de idosos aqui estudado tem boa capacidade funcional, a maioria sai de casa sozinho, sem necessidade de ajuda de terceiros. Quando há necessidade de algum tipo de ajuda para a saída do domicílio, as mulheres e os mais velhos (80 anos ou mais) são os que mais referem essa necessidade. Diniz, Silva e Santos (2001) também encontraram idosos autônomos e independentes que não necessitavam de ajuda para se deslocar.

Aqui, os fatores associados à necessidade de ajuda para se deslocar do domicílio e ir aos lugares que quer ou precisa foram os mesmos observados para a frequência de saída do domicílio (estado conjugal, escolaridade, renda pessoal, renda familiar, morar sozinho, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter referido cinco ou mais problemas de saúde e percepção sobre a saúde), uma vez que mais dependência acaba se refletindo em sair de casa com menos frequência e com mais necessidade de ajuda para fazê-lo. O fato dos idosos referirem necessidade de companhia, por falta de autonomia para sair de casa sozinhos, pode ser explicado, por exemplo, pela pouca escolaridade e pelo comprometimento visual já referido.

Buscando caracterizar os percursos destes idosos pela cidade, obteve-se a informação importante de que a ida aos serviços de saúde de qualquer natureza constitui, maciçamente, o principal motivo de saída do domicílio, entre os idosos do Recife.

Esse padrão de saída do domicílio para serviços de saúde pode ser visto de duas maneiras. Uma, numa perspectiva positiva, refletindo uma atitude de autocuidado e maior acesso aos serviços de saúde, respaldada pelo fato do principal motivo de procura por atendimento/consulta de saúde, relatado entre os idosos deste estudo, ter sido a consulta de cuidado continuado, ou seja, os idosos, no momento da entrevista, relatavam “consulta de acompanhamento”, “de rotina”, “é que eu sempre vou no médico ver se está tudo bem”. Ainda assim, mesmo não tendo sido encontrado parâmetro de comparação, esse percentual de saída de casa para serviços de saúde encontrado parece muito alto, necessitando de mais investigação.

É um cenário que remete a experiências observadas e relatadas pelos profissionais de saúde no cotidiano dos serviços, ou seja, o elevado número de idosos que procuram constantemente os serviços de saúde sem uma “queixa clínica” aparentemente real que justifique essa frequência. No entanto, a “queixa” ou necessidade é real, mas de outra ordem, parece ser a necessidade de escuta e atenção. É comum esse comportamento em idosos poliqueixosos que frequentam as unidades de saúde. Daí a importância do acolhimento nas unidades, realizado pela equipe e não apenas pelo médico; trata-se de um dispositivo que remete à construção de um vínculo, de uma escuta ampliada, qualificada e resolutiva dessa necessidade, muitas vezes ligada a quadros depressivos e/ou ao isolamento social e, também, a dificuldades em reconhecer e lidar com as limitações e/ou novas exigências de adaptação ao processo de envelhecimento e como tudo isso é vivido no contexto familiar. Na rede de atenção básica no Recife, 75% (119) das equipes de saúde da família têm o acolhimento implantado (RECIFE, 2011).

Promover a educação permanente dos profissionais de saúde sobre o processo de envelhecimento e atenção de saúde humanizada é uma boa estratégia de apoio ao processo de trabalho das equipes junto aos usuários idosos (BRASIL, 2007), favorecendo o uso racional dos serviços de saúde, além de minimizar a medicalização da velhice e do processo de envelhecimento. Importante também é a construção de uma rede de ações e serviços sociais e de saúde com a qual os profissionais possam contar como apoio e que respondam a essas necessidades da população que envelhece, como, por exemplo, a formação de grupos de idosos, a oferta de centros de convivência, espaços para a prática de atividade física, ampliar o acesso a atividades culturais e de lazer.

A outra maneira de buscar compreender o padrão de saída do domicílio para serviços de saúde, aqui encontrada, é uma perspectiva mais preocupante, que pode estar refletindo uma maior presença de condições de adoecimento dessa população. Como já mencionado anteriormente, não ter encontrado parâmetro dificulta a análise, permitindo inferências a partir das demais informações aqui observadas, como o número de idosos com multimorbidade, que inclusive foi um fator associado à saída do domicílio para serviços de saúde. No processo de envelhecimento a quantidade de anos vividos já é um fato, bem como a alta prevalência de doenças e agravos não transmissíveis, em particular entre os mais velhos. As pessoas vivem mais anos, com a presença de uma ou mais condições crônicas, que requerem mais investimento no setor saúde. Pelo fato dessas condições crônicas terem características de

longa duração, não ter cura e possuir um potencial incapacitante e, portanto, de complexidade maior no cuidado, as pessoas que sofrem dessas enfermidades de fato necessitam de acompanhamento de saúde mais frequentes, para que se mantenham funcionais.

Embora se observe, atualmente, um aumento na oferta, diversidade e descentralização de atividades culturais e de lazer, talvez ainda não sejam suficientes e ainda haja poucas opções próximas à residência, levando à necessidade de deslocamento para locais mais distantes, associado aos horários das atrações culturais, em sua maioria à noite, remetendo ao já abordado problema da segurança. Há necessidade de requalificação de praças e parques de forma adequada, de modo que se tornem atrativos, o que favorece seu uso. Tudo isso pode contribuir para a alta proporção de idas dos idosos aos serviços de saúde.

A procura maciça por serviços de saúde na saída do domicílio se repete em todas as faixas etárias e entre os homens e as mulheres estudados, sendo mais evidente entre as mulheres. Fato pode ser devido ao número maior de mulheres no grupo estudado e porque, culturalmente, as mulheres frequentam mais os serviços de saúde (PARAHYBA, 2006).

Para ir aos serviços de saúde, os idosos deste estudo referem o ônibus como modo mais utilizado de deslocamento, seguido de carro, como passageiro, duas opções que podem se justificar, como já foi referido, pelo fato de que a maioria não dirige mais ou nunca dirigiu, além da gratuidade no uso de transporte público. Achado semelhante ao de Diniz, Silva e Santos (2001), em estudo realizado no Recife sobre o acesso de idosos a serviço odontológico. Nesse sentido, Sousa (2008) refere que a gratuidade, nos transportes públicos, para as pessoas com 65 anos ou mais, facilita o acesso dessas pessoas aos bens e serviços da cidade e minimiza a segregação espacial numa lógica de intersetorialidade.

Deslocar-se a pé é o terceiro modo mais referido pelos idosos do Recife quando vão aos serviços de saúde. Este fato provavelmente reflete a expansão da rede de atenção básica na cidade (equipes de Saúde da Família, Unidades Básicas de Saúde e Programa de Agentes Comunitários de Saúde), cuja cobertura atinge em torno de 78% da população. São 121 Unidades de Saúde da Família, 252 Equipes de Saúde da Família (Apêndice C), além da oferta de outros dispositivos de apoio à Atenção Básica, como 20 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), 02 Núcleos de Apoio em Práticas Integrativas (Napi), o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD Recife), atualmente com cerca de 300 pacientes em assistência

domiciliar, e o Programa Academia da Cidade (PAC), como já referido, com 28 polos (Apêndice D). Estes dispositivos, por sua capilaridade, permitem ampliar as ações de saúde para áreas ainda sem cobertura por equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) (RECIFE, 2011).

Na lógica da linha de cuidado e considerando a presença de doenças crônicas entre a população estudada, deve-se considerar também a rede de atenção especializada do Município (Apêndice E), que favorece e amplia o acesso aos serviços e ações de saúde. São 12 Policlínicas, das quais quatro realizam também pronto-atendimento (RECIFE, 2011).

Nesse sentido, destaca-se a importância da territorialização da oferta de serviços de saúde. Segundo Pinheiro e Travassos (1999), as pessoas que moram em áreas com menor oferta de serviços públicos e de qualidade procuram menos os serviços ou têm sua demanda reprimida.

Os fatores associados, neste estudo, ao modo principal de deslocamento aos serviços de saúde, são: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda pessoal, renda familiar, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter relatado cinco ou mais problemas de saúde e percepção sobre a saúde. De acordo com Pereira (2007), entre outros fatores, o modo de deslocamento utilizado pelas pessoas nas cidades também é influenciado pelo seu poder aquisitivo. Os achados de Sousa (2008) reforçam a compreensão de que o modo de deslocamento de idosos, em uma cidade ou em parte dela, sofre influência de fatores multidimensionais.

Os idosos aqui estudados são usuários constantes de ônibus e sua opinião sobre o funcionamento destes revela a fragilidade do sistema de transporte na cidade. Embora tenham sido apontados pontos positivos, estes são quase anulados quando enumerados os pontos negativos. Ou seja, o fato de haver, na opinião dos entrevistados, ônibus para todos os lugares do Recife e para as cidades vizinhas, haver paradas perto de casa, é de pouca utilidade quando eles apontam que não há bancos de descanso nas paradas, a frequência e horários não são respeitados, os ônibus não são acessíveis e o assento reservado não é respeitado, apesar de ser um direito garantido por lei, no Estatuto do Idoso, em seu capítulo X, artigo 39, parágrafo 2º (BRASIL, 2003b). Sousa (2008) refere que essa percepção do usuário idoso sobre os ônibus lamentavelmente procede, uma vez que as concessionárias do sistema de transporte urbano

não cumprem todos os requisitos exigidos e necessários ao funcionamento adequado e a regulação desse serviço por parte do poder público é falha.

Os idosos deste estudo, mesmo não pagando passagem, acham seu valor caro; quando precisam de companhia para se deslocar pela cidade, a passagem do acompanhante torna-se uma despesa extra. Sant'anna (2006) reforça essa questão, afirmando que a organização do sistema de transporte no Brasil favorece a exclusão social dos idosos.

Relativizar os aspectos positivos e negativos quanto à avaliação do transporte público, no caso, os ônibus, é importante, uma vez que estes devem servir para o deslocamento completo, a fim de que a pessoa realize a atividade desejada, ou seja, cumpra todas as etapas da cadeia de transporte (pré-viagem, acesso ao ponto de parada, espera do veículo, viagem propriamente dita, transferência entre modos e acesso ao destino. Metz (2000) destaca os benefícios da mobilidade do idoso na cidade onde vive, que favorece o contato social e a independência; no entanto, as dificuldades de funcionamento (rotas, horários) e acessibilidade (degrau alto na escada de acesso, falta de respeito às paradas) nos sistemas de transporte podem dificultar essa mobilidade e até favorecer o isolamento social.

“Praticar” a cidade depende de algumas condições como: que esta seja atraente, acessível/funcional e segura. A opinião dos idosos aqui estudados sobre a cidade onde vivem é negativa em todos os aspectos pesquisados, sendo os principais pontos referidos: a violência/insegurança, a dificuldade para usar cadeira de rodas/andador, a dificuldade de vencer obstáculos nas ruas e calçadas, por exemplo. São achados semelhantes aos encontrados por Dantas (2005) e por Sousa (2008): ambos referem, entre outras dificuldades, a inadequação do mobiliário urbano, a presença de ambulantes nas ruas, calçadas irregulares que dificultam a circulação de cadeira de rodas, falta de segurança pública, inadequação dos transportes públicos e insegurança no trânsito. Sant'anna (2006) chama a atenção para o tempo dos semáforos, que não respeitam o ritmo das pessoas mais velhas, colocando-as em risco e podendo causar acidentes.

Mesmo reconhecendo a falta de acessibilidade e segurança da cidade onde vivem, os idosos deste estudo se dividem, ao opinar se essas dificuldades atrapalham ou não sua saída do domicílio: uma parte crê que sim; outra parte, que não. Sant'anna (2006) encontrou um

comportamento de risco por parte do pedestre idoso, que percebe o ambiente de trânsito como hostil e inseguro, mas prioriza sua mobilidade à sua segurança.

Os idosos do Recife também recorrem ao serviço de táxi para se deslocar pela cidade, acham o preço justo e que os veículos são confortáveis e acessíveis. Foram fatores associados ao uso do táxi: o sexo, a faixa etária, a renda pessoal e a renda familiar. Achado semelhante ao de Dantas (2005), que constatou que os idosos que usam táxi têm opinião positiva sobre esse modo de deslocamento, sendo os mais velhos e aqueles com renda mais alta que referem seu uso.

Quando se aborda a questão da mobilidade de idosos nas grandes cidades, os estudos internacionais destacam o idoso condutor (FOREMAN et al., 2003; MOLLENKOPF et al., 2002; WASFI; LEVINSON, 2007). Aqui, como já referido, pouco mais de 10% dos idosos relatam dirigir, principalmente entre os homens e entre os mais jovens (60 a 69 anos). Ser condutor associou-se à renda pessoal e à renda familiar.

A discussão que os autores levantam sobre o assunto questiona até que idade a pessoa idosa pode conduzir automóveis com segurança. O tema é pertinente, uma vez que, devido ao precário sistema de transporte público, inclusive em alguns países desenvolvidos, que priorizam o automóvel nas grandes cidades, salvo exceções, e ao maior número de idosos mais capazes e ativos, a tendência é que o número de idosos condutores também cresça. No entanto, o ambiente viário está cada vez mais inseguro e adverso. Sant'anna (2006), referindo dados dos Estados Unidos, afirma que há uma previsão de que naquele país, em dez anos, 80% da população terá licença para dirigir, o que acarretará um conseqüente aumento no número de condutores idosos. O autor acrescenta que, no Brasil, as pessoas idosas com idade entre 65 e 74 anos apresentam maior exposição ao risco no ambiente do trânsito, tanto na condição de pedestre quanto de condutor.

De modo geral, e não apenas para serviços de saúde, os idosos do Recife deslocam-se pela cidade principalmente de ônibus e a pé, o que é respaldado por Sousa (2008), ao afirmar que esses são os modos dominantes de deslocamento em áreas urbanas. Figueiredo e Maia (2006), em estudo realizado no Recife sobre modos de deslocamento, apontam uma predominância de viagens motorizadas (ônibus e automóvel) e, em menor número, de viagens não motorizadas (a pé e bicicleta). Silva (2005) constatou, nos idosos de Goiânia, que estes se

deslocam na cidade principalmente conduzindo seu próprio carro, de carro como passageiro, especialmente levados pelos filhos, ou de táxi.

Neste estudo, o ônibus aparece como o modo mais utilizado de deslocamento dos idosos para seis dos dezoito lugares pesquisados, quais sejam: serviços de saúde, banco, lojas/centros de compras, casa/parentes, associações/clubes e local de trabalho. Para Sant'anna (2006), os meios de transporte, por permitirem o acesso a serviços diversos, aos parentes e amigos, favorecem um envelhecimento mais ativo, mais participativo e mais saudável.

O modo de deslocamento a pé foi referido pelos idosos aqui estudados para nove entre os dezoito lugares investigados, a saber: espaços religiosos, supermercado/mercadinho, salão de beleza/barbeiro, feira livre, casa de amigos, parques/praças, levar filhos ou netos à escola ou outro local, centros de convivência ou grupos e instituição de ensino.

Também o modo de deslocamento a pé é objeto de estudo quando se quer entender a dinâmica da mobilidade de idosos nas cidades. Segundo Scovino (2008), na cadeia de transporte esse modo pode ser considerado um complemento, para acessar outros modos, ou pode ser considerado um modo de transporte quando, no deslocamento, não se acessa outros modos. O autor refere dados do Banco Mundial, de que os mais pobres fazem menos viagens e, quando o fazem, a maioria é a pé, limitando o deslocamento e exigindo mais tempo. Acrescenta ainda que, em condições favoráveis, os idosos tendem a optar por caminhar, em detrimento de outro modo de transporte; mas, quando a viagem a pé está determinada por fatores econômicos, ou seja, falta de recursos para acessar outros modos de transporte, configura-se como exclusão. No entanto, não sendo por restrições econômicas, pode também configurar-se como atividade relacionada a hábitos de saúde e de lazer, numa perspectiva positiva.

Outra abordagem sobre o modo de deslocamento a pé segue a lógica da mobilidade sustentável, ou seja, de estímulo a modos de deslocamento não motorizados que valorizam o caminhar e o ciclismo, por exemplo. Agrega-se valor a essa perspectiva, numa ideia mais ampla de saúde e bem-estar em ambientes mais saudáveis, mais seguros, menos poluídos, mais silenciosos e, portanto, menos hostis (COLUNGA, 2007).

Tudo que foi descrito sobre as condições de mobilidade nas grandes cidades não deixa dúvidas sobre sua importância para a vida ativa e saudável das pessoas idosas, e assim reafirma a importância deste estudo e de suas informações inovadoras sobre a mobilidade da população idosa do Recife, em especial por poder contribuir para a proposição de políticas públicas integradas, visando garantir ao idoso recifense o direito à sua cidade.

5.5 Condições de acesso e uso de serviços de saúde

Segundo Barata (2008), as desigualdades sociais também se refletem no acesso e uso dos serviços de saúde. Para a autora, esse acesso e uso dependem de determinantes da oferta (existência física dos serviços) e determinantes da demanda (estado ou necessidade de saúde). É destacado ainda que a idade é a característica demográfica mais importante para a determinação do uso de ações e serviços de saúde.

Os resultados até aqui apresentados parecem reunir os atributos descritos por Barata (2008), favorecendo sua análise. A existência física da rede de atenção à saúde está demonstrada nos Apêndices C, D e E; a necessidade de saúde é descrita pelo número e tipo de problemas de saúde (doença/agravo), pelo tipo de medicamentos de uso regular e pela procura por atendimento de saúde, contexto determinado pelo grupo etário em foco.

Para se compreender a dinâmica de acesso e uso de serviços de saúde deve-se levar em consideração as características individuais (demográficas, sociobiológicas), as características sociais (inserção social indivíduos/grupos sociais na dinâmica da sociedade), e as características programáticas (políticas públicas e das respostas sociais aos problemas de saúde) (BARATA, 2008). Nesse sentido, a autora afirma:

Uma política de saúde com as características do Sistema Único de Saúde procura, através da realização dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, compensar, no plano do consumo, as desigualdades produzidas pela organização social (p. 20).

No Recife, é o SUS que atende mais da metade dos idosos da cidade. Os demais referem possuir plano/seguro de saúde, sendo a maior parte destes do tipo pré-pago e a outra parte do tipo assistência ao servidor público, cujas formas de financiamento podem variar de um para outro. Esse achado reflete a organização dos serviços de saúde no país, que é do tipo

misto, ou seja, composto por um sistema público de acesso universal (SUS) e um sistema privado de plano/seguro de saúde (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE, 2008). Bós e Bós (2004) encontraram distribuição semelhante na utilização de serviços de saúde para uma população de idosos do Rio Grande do Sul. Diferentemente, Pinheiro e Travassos (1999), em relação aos idosos na cidade do Rio de Janeiro, referem que a maioria tinha adquirido o direito de usar algum serviço privado.

Provavelmente, parte dos idosos que possui plano de saúde se beneficia também do serviço público de saúde, por exemplo, do esquema de imunização e dos medicamentos disponibilizados. Nesse sentido, Barata (2008), referindo-se aos dados da Fundação Seade para 2006, aponta que mais de 10% de pessoas que possuíam plano de saúde procuraram atendimentos também pelo SUS. A autora destaca que isso talvez se deva a fatores como a qualidade de alguns serviços públicos de referência, bem como a restrições que alguns planos de saúde fazem a determinados procedimentos. A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde (2008) refere um percentual bem menor, 3,9%, de uso do SUS entre aqueles que possuem plano de saúde.

No Recife, a maioria dos idosos, homens e mulheres, é usuário do SUS. Diferente dos achados de Bós e Bós (2004), que encontraram maior chance das mulheres idosas utilizarem os serviços de saúde privados. Aqui, apenas para os idosos com idade a partir dos 80 anos, metade é usuário do SUS e a outra metade de serviços privados de saúde; os idosos nas demais faixas etárias são, em sua maioria, usuários do SUS. Esse achado é semelhante ao encontrado por Virtuoso et al. (2012) e também por Bós e Bós (2004), que constataram que os idosos mais velhos usam mais os serviços de saúde privados e que aumentam em 2,7% as chances do uso desse tipo de assistência para cada ano a mais de vida.

Além da faixa etária, a escolaridade também influenciou o tipo de assistência de saúde dos idosos deste estudo. Possuir plano de saúde é mais comum entre os idosos com maior escolaridade. Achado semelhante ao de Bós e Bós (2004), que afirmam que, quanto maior é o grau de instrução escolar, maiores as chances de utilização da rede privada de saúde. Isso porque, acrescentam, espera-se que pessoas com melhor educação tenham mais conhecimento sobre suas necessidades de saúde e busquem atendimentos de saúde mais resolutivos.

Tanto a renda pessoal quanto a renda familiar estão associadas ao tipo de assistência em saúde que caracteriza os idosos deste estudo. É entre os idosos com renda pessoal e renda familiar mais elevadas que se observam maior número de associados de planos de saúde, achado semelhante ao de Lima-Costa e Loyola Filho (2008). São os próprios idosos, em sua maioria, que pagam os seus planos de saúde. Menos de 20% dos planos são pagos pelos filhos. Vale lembrar que boa parte dos idosos aqui estudados é provedora exclusiva de suas famílias, e que a renda pessoal e familiar é um diferencial no acesso a plano de saúde.

Para Bós e Bós (2004), a renda familiar do idoso foi mais determinante no acesso à rede privada que a renda pessoal. Isso quer dizer, segundo os autores, que a escolha do local no qual o idoso recebe atenção de saúde depende não só da sua necessidade, mas também dos recursos da família, indicando compartilhamento de recursos, inclusive da renda pessoal do idoso, para suprir as necessidades de todos os membros da família. O que levanta ainda outra importante reflexão: mesmo quando o idoso é o provedor exclusivo ou o provedor principal da família, considerando esse compartilhamento, essa troca de apoio intergeracional, em especial em famílias mais pobres, seus recursos não são usados apenas para suas necessidades individuais e de saúde, diminuindo assim suas possibilidades de utilizar a rede privada de saúde. Todos esses achados reforçam a influência de fatores multidimensionais (situação econômica, social, demográfica e epidemiológica) na determinação do padrão de acesso e uso de serviços de saúde, em especial pela população mais velha.

Chama atenção na questão sobre dificuldades de acesso e uso dos serviços de saúde, que as principais dificuldades referidas, foram as mesmas, para os usuários do SUS e dos planos de saúde: demora para marcar um atendimento, demora para ser atendido, horário destinado para marcação é inconveniente, falta de vagas e filas.

Nesse sentido, Virtuoso et al. (2012), Moscon e Krüger (2010) e Ramos e Lima (2003) também mencionaram referências à demora na marcação de consultas de saúde, demora para ser atendido e filas como dificultadores de acesso e uso de serviços de saúde.

Era esperada uma diferença maior, em relação às dificuldades de acesso e uso dos serviços de saúde, entre as duas modalidades de atenção à saúde no país, em que o SUS, apesar de seu caráter universal, ainda é mais utilizado pela população mais pobre. Para Bós e Bós (2004), o SUS ainda guarda um estereótipo de atenção à saúde de baixa qualidade, no

qual o tempo para se conseguir atendimento é longo e sem garantia de ser resolutivo, que leva inevitavelmente à comparação com a assistência privada de saúde, cujo senso comum atribui características de atenção de melhor qualidade, garantida e confiável, porém cara. Talvez, características tão semelhantes, apontem, considerando o baixo valor da renda do grupo estudado, que seus planos de saúde sejam mais populares e, com problemas na oferta de serviços.

Para se conhecer as condições de acesso e uso dos serviços de saúde, foram solicitadas informações sobre internação hospitalar, pelo menos por uma noite, nos últimos doze meses (último ano) que antecederam a entrevista. Mais de 14% dos idosos estudados informaram ter sido internados. Para Siqueira et al. (2004), os idosos são mais hospitalizados que pessoas de outras faixas etárias; os autores destacam que, devido ao risco que uma internação representa, a hospitalização em idosos deve ser vista com cautela. Aqui o internamento foi mais evidente entre os homens, um achado semelhante ao de Sales e Santos (2007) que, ao descreverem o perfil sociodemográfico e epidemiológico de 150 idosos internados em uma unidade clínico-hospitalar, encontraram mais de 70% de homens. Ponderam ainda que esse resultado pode estar relacionado ao fato de as mulheres cuidarem mais da saúde, com atitudes preventivas que, por sua vez, podem minimizar episódios que necessitem de internação.

Os motivos que mais levaram os idosos deste estudo ao internamento, no ano anterior à entrevista, foram: cirurgias (ex: aparelho geniturinário, oftalmológica, ortopédica, aparelho digestivo, cardíaca, vascular), acidente vascular cerebral, problemas cardiológicos, problemas respiratórios e hipertensão arterial. Siqueira et al. (2004) e Sales e Santos (2007) também encontraram, entre as causas de internação de idosos, problemas do aparelho respiratório e do aparelho cardiovascular. Para Barata (2008), os motivos relatados dos internamentos podem explicar, em parte, o percentual dessa procura por internamento hospitalar, refletindo o atual perfil de morbidade e mortalidade, com predomínio de doenças cardiovasculares, especialmente entre os mais velhos.

Além do internamento hospitalar, um número expressivo, entre os idosos estudados, informa ter procurado, nos últimos doze meses que antecederam a entrevista, atendimento de saúde ou consulta de qualquer tipo, e essa procura deve considerar a necessidade de atenção em saúde, expressa pelo grande número de idosos que refere pelo menos um problema de

saúde e aqueles que referem cinco ou mais problemas. De acordo com Pinheiro e Travassos (1999), é a necessidade (medida pela morbidade autorreferida) o fator mais importante para explicar as variações na utilização de serviços de saúde. Quanto ao atendimento de saúde, Barata (2008) argumenta que a maior procura pode estar influenciada pelo aumento da oferta de serviços de saúde, em especial da atenção básica, oferta essa que, por sua vez, facilita o acesso e estimula a procura.

Neste estudo, a maior procura por atendimento de saúde foi mais evidente entre as mulheres. Achado semelhante ao de Pinheiro e Travassos (1999). Esse comportamento diferente entre os sexos no uso de serviços de saúde está bastante documentado na literatura científica (GOLDBAUM et al., 2005).

Ao se caracterizar o local dessa procura por atendimento de saúde, o hospital foi o local mais referido, seguido de centro/posto de saúde/policlínica, consultório particular, ambulatório de especialidades e laboratório. Os Programas de Saúde da Família aparecem com percentual equivalente a 11,0%, no entanto, durante as entrevistas percebeu-se, claramente que boa parte dos idosos ainda se refere a estes espaços como o “postinho daqui” ou o “posto de saúde aqui perto”, numa alusão ao que hoje é o espaço físico e operacional das Unidades de Saúde da Família. Também quando as Policlínicas e Centros de Saúde (unidades tradicionais) estão muito próximas da residência, praticamente os idosos entrevistados não as distinguem e referiam todas como “o posto de saúde daqui”. Observa-se uma manutenção dessa nomenclatura experimentada pelos idosos, que permanece em sua memória e assim eles a expressam.

A partir daqui, todas as informações se referiram apenas ao último atendimento de saúde ou consulta realizado.

Apesar dos avanços nos modelos de gestão em saúde vigentes em várias regiões do país após a implantação do SUS, ainda permanecem de modo forte traços de uma clínica restrita, centrada no médico, baseada na queixa-conduta. Não foi por acaso que o hospital foi mencionado como o local mais procurado pelos idosos deste estudo para atendimento de saúde e o médico foi, em relação ao último atendimento de saúde, o profissional mais procurado, referido por mais de 95% dos idosos.

Nesse sentido, Sales e Santos (2007) chamam a atenção para o fato de que a abordagem médica tradicional, que valoriza a queixa principal associada aos sinais e sintomas, na busca de um único diagnóstico não se aplica à abordagem preconizada para pessoas idosas, que deve ser, por excelência, multidisciplinar e ampliada. Garcia; Rodrigues e Borega (2005) acrescentam que os idosos, em um estudo sobre satisfação no atendimento de saúde, se queixaram do número insuficiente de médicos; para os autores, essa queixa é um reflexo da permanência do modelo biomédico de atenção à saúde. Para Ayres (2009), curar, tratar e controlar são posturas limitadas e objetificadoras das intervenções em saúde, diferente de cuidar, que vai além da competência técnica e pressupõe a construção de um projeto singular de atenção à saúde.

Abordagens que privilegiem a clínica ampliada, o acolhimento, o trabalho em equipe, o vínculo, a responsabilização e a autonomia dos sujeitos, produzem saúde e têm mais chance de satisfazer os usuários, já que também têm mais chance de serem resolutivas (BRASIL, 2010; GARCIA; RODRIGUES; BOREGA, 2005; RECIFE, 2011).

Os idosos deste estudo informaram, como principais motivos de procura do último atendimento de saúde, a consulta de cuidado continuado (informada por eles como consulta de rotina), alguma dor, consulta ao oftalmologista, hipertensão arterial e consulta ao cardiologista. Essa informação é coerente com os principais problemas de saúde relatados, ou seja, hipertensão arterial, doença na coluna ou dor nas costas e problemas de visão, já discutidos.

A questão da mobilidade dos idosos na cidade já foi bastante discutida e percebeu-se sua forte relação com as condições de saúde dessa população, inclusive como os modos de deslocamento para acessar os serviços de saúde são influenciados por fatores multidimensionais. Considerando o tempo de deslocamento, a maioria dos idosos desse estudo precisou de, no máximo, trinta minutos, para chegar de sua casa ao local do internamento ou do atendimento/consulta de saúde. Achado semelhante ao de Diniz, Silva e Santos (2001), em estudo realizado no Recife, no qual o tempo gasto por 45,8% dos idosos no deslocamento até o serviço de saúde foi também de até 30 minutos. Ramos e Lima (2003), referindo estudos que trataram do tempo de deslocamento de usuários até os serviços de saúde, verificaram que variou de 5 a 35 minutos e classificam como parâmetro ideal de deslocamento a caminhada de, no máximo, vinte a trinta minutos.

No Recife, os modos de deslocamento utilizados para o internamento foram o carro, como passageiro, e o táxi; já para o atendimento/consulta de saúde, os modos foram o ônibus, seguido do modo a pé e do carro como passageiro e, em menor número, o uso de táxi. Diniz, Silva e Santos (2001) verificaram que 95,2% dos idosos usaram o ônibus para se deslocar ao serviço de saúde. Parece que os modos de deslocamento utilizados para cada modalidade de atenção favoreceram o acesso em tempo curto aos locais desejados. Para Ramos e Lima (2003), o uso de meio motorizado agrega, além do tempo mais curto de deslocamento, o conforto, a pontualidade e, assim, maior chance de ser atendido.

Curiosamente, o tempo de deslocamento até o serviço de saúde se manteve curto, mesmo com o modo a pé, sugerindo que a localização geográfica dos serviços procurados é próxima ao local de moradia, reforçando reflexões anteriores sobre a importância da territorialização dos serviços de saúde como um facilitador de acesso e uso dos mesmos.

O tempo de espera é uma informação importante quando se quer estudar o acesso e uso de serviços de saúde. Neste estudo, o tempo de espera referido pela maioria dos idosos para serem atendidos após chegar ao local do internamento, bem como do último atendimento/consulta de saúde, foi de até trinta minutos. Ramos e Lima (2003) encontraram um tempo de espera pelo atendimento que variou entre 5min e 1h25min.

A maior parte dos idosos estudados avaliou como positivo o atendimento recebido, tanto durante o internamento, quanto no último atendimento/consulta de saúde. Essa avaliação positiva talvez tenha sido influenciada também pelo tempo de acesso rápido ao local da internação e pelo tempo curto de espera para ser atendido após chegar para o internamento. Garcia, Rodrigues e Borega (2005), em estudo sobre a satisfação de idosos quanto à atenção recebida, também encontraram que a maioria mostrou-se satisfeita com o atendimento recebido. Kerber, Kirchof e Cezar-Vaz (2008) referem idosos satisfeitos com a atenção domiciliar recebida em uma unidade de medicina de família na Região Sul do Brasil.

Coerente com a informação de que mais de 90% dos idosos estudados relatam pelo menos um problema de saúde (doença/agravo), também mais de 90% referem uso regular de, pelo menos, um medicamento. O uso mais referido é o de medicamento para controle da hipertensão arterial, achado que era esperado, uma vez que essa foi a principal doença referida

pelos idosos. Silva (2005) refere ter encontrado 72,9% de idosos referindo o uso de medicamentos.

Curiosamente, a despeito da oferta de medicamentos pelo SUS, através do Programa Saúde Não Tem Preço, que oferece medicamentos gratuitos, por exemplo, para hipertensão e diabetes (BRASIL, 2011), além de outras iniciativas de dispensação de medicamentos especiais e de uso contínuo, como, por exemplo, para doença de Alzheimer, e ainda o barateamento de tantos outros medicamentos e insumos, a forma de obtenção da medicação de uso regular mais referida pelos idosos aqui estudados foi a compra. Menos de um quinto recebe o medicamento exclusivamente pelo SUS. Há ainda aqueles que obtêm a medicação de forma mista, ou seja, compram uma parte e recebem a outra pelo SUS.

A forma de obtenção dos medicamentos foi influenciada por fatores como renda pessoal, renda familiar e acesso a plano de saúde. Em sua maioria, os idosos não referem dificuldade para obter a medicação que utilizam. Entre aqueles que referem dificuldades, a principal é de ordem financeira, já que a maior parte ainda compra os medicamentos, também foi referida dificuldade de encontrar o remédio na farmácia do SUS. Nesse caso, é necessário melhorar o mecanismo de oferta e dispensação dos medicamentos fornecidos pelo SUS, e também vale a pena desenvolver atividades educativas que informem aos usuários sobre os medicamentos e outros insumos disponíveis na rede pública de saúde e a forma de obtenção dos mesmos. A observação no cotidiano da rede de saúde demonstra um desconhecimento e desinformação, por parte dos idosos usuários do SUS, sobre essas questões. Vale salientar que a o acesso à informação, faz diferença na tomada de decisão da pessoa sobre o cuidado com sua saúde.

Aqui já foi referida, relativizada e justificada a opção de seguir a orientação do Ministério da Saúde quanto às informações contidas na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Em seu Manual de Preenchimento consta que o uso de cinco ou mais medicações indica fragilidade ou processo de fragilização do idoso (BRASIL, 2008). Neste estudo, para os idosos que utilizam cinco ou mais medicações, esse comportamento é influenciado por fatores como sexo, faixa etária, necessitar de ajuda para realizar quatro ou mais AVDs, ter referido cinco ou mais problemas de saúde, acesso a plano de saúde e percepção sobre a saúde. Essas informações são importantes para as ações de saúde na atenção básica, pois o somatório de

informações contidas na Caderneta ajuda a equipe a conhecer sua população idosa com necessidades de cuidado mais intensivo.

Parte importante dos idosos aqui estudados espera poder contar com a filha, caso fiquem doentes ou incapacitados, o que reforça a questão já discutida de ser a mulher a cuidadora principal de pessoas idosas. Preocupa o fato de que mais de 10% dos idosos não têm perspectiva de contar com alguém em caso de doença e/ou incapacidade, exigindo reflexões e propostas concretas de construção de uma rede de ajuda, tanto do poder público quanto das comunidades. Esses achados são semelhantes aos encontrados por Barreto et al. (2003). Silva (2005) encontrou um percentual menor, 6,5% de idosos que não identificam com quem contar em caso de doença e/ou incapacidade.

Coerente com a cobertura vacinal de idosos no Recife, nas três últimas campanhas de vacinação, nos anos de 2009, 2010 e 2011, que correspondem ao período das entrevistas deste estudo, a maioria dos idosos informa ter recebido as vacinas contra gripe comum e a gripe H1N1 (gripe A). Essa cobertura, de acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI) da Secretaria de Saúde do Recife, foi de mais de 90% para os referidos anos.

Os idosos do Recife reconhecem e identificam geograficamente os serviços de saúde próximos à sua residência, vale lembrar que a maioria reside no bairro há mais de trinta anos, sendo este um ponto positivo que remete a uma possibilidade concreta de uso, pois, quando necessitam da atenção em saúde, sabem onde procurar. Quase a totalidade dos idosos refere que existem farmácias (equipamento relacionado a necessidades de saúde) próximas às suas moradias.

Para a maior parte dos idosos estudados, os funcionários administrativos dos serviços de saúde os tratam com respeito; também consideram que os profissionais de saúde estão preparados para atender adequadamente o idoso. Nesse sentido, de acordo com Piccini et al. (2006), devido à ausência tanto de serviços especializados na atenção ao idoso quanto de especialistas (geriatras) na rede pública de saúde, é fundamental a garantia de políticas de educação permanente para as equipes atenderem integralmente a população idosa.

A educação permanente, através da participação do especialista na troca, discussão e apoio na condução de casos clínicos, é uma estratégia potente para enfrentar essa necessidade

de especialistas na rede de saúde, por permitir a aproximação entre atenção especializada e rede básica, ampliando a capacidade resolutiva. No Recife, desde 2010 foi implantado esse dispositivo, denominado apoio matricial, atualmente já existente em todas as 252 Equipes de Saúde da Família (RECIFE, 2011).

Neste estudo, a maioria dos idosos refere usar óculos ou lente de contato, como também dente postiço, dentadura ou ponte. Achado semelhante aos de Barreto et al. (2003) e Silva (2005). No caso, o número elevado de uso de óculos ou lentes de contato pode ser explicado pela presença da presbiopia que, segundo Ferraz e Allemann (2004, p.559), é definida como “a perda progressiva da amplitude acomodativa relacionada à idade”; é muito frequente e atinge quase a totalidade das pessoas com 45 anos ou mais e a correção é feita com óculos ou lentes de contato.

Já o uso de próteses dentárias indica uma outra situação, a precariedade da saúde bucal dos idosos no país. Segundo Vargas, Vasconcelos e Ribeiro (2011), de acordo com os resultados do SB Brasil 2003, 46% dos idosos eram edêntulos (pessoas sem nenhum dente), em particular a partir dos 65 anos. Em 2010, os dados demonstram que 3 milhões de idosos necessitavam de prótese total e 4 milhões precisavam usar prótese parcial. As informações não deixam dúvidas sobre a necessidade de garantia e ampliação do acesso dos idosos à atenção em saúde bucal, em especial na atenção básica. No Recife, existem 133 equipes de saúde bucal inseridas na Estratégia de Saúde da Família.

Observou-se, por último, uma atitude passiva dos idosos deste estudo em relação à sua insatisfação no acesso e uso dos serviços de saúde. Mais de 70% informaram que “nunca reclama”, mesmo quando está insatisfeito com a atenção recebida. Os fatores associados a essa atitude foram escolaridade e renda familiar.

Nesse caso, é preciso investir em ações educativas que instrumentalizem os idosos para conhecer a rede de proteção e controle social existente no território do Recife, nas mais diversas instâncias governamentais e sociais, para que possam acessá-la quando necessário. Essa rede é composta, por exemplo, de: Ouvidoria Municipal de Saúde do Recife, Conselho Municipal de Direito da Pessoa Idosa, Promotoria do Idoso (Ministério Público de Pernambuco), Delegacia do Idoso, Juizado Especial Criminal do Idoso, Conselho Estadual de Direitos da Pessoa Idosa.

6 CONCLUSÕES

O método utilizado neste estudo mostrou-se adequado para responder aos objetivos propostos.

A complexidade da atual realidade sociodemográfica e epidemiológica brasileira impõe o desenvolvimento de estudos de base populacional na medida em que seus cidadãos passam por um processo acelerado de envelhecimento e contemplam sua multidimensionalidade. Busca-se incessantemente uma aproximação à realidade desse segmento populacional. Deve-se ir além de “quantos são” os idosos nas grandes cidades do país, buscando-se “quem são”, ou seja, como vivem ou sobrevivem, do que adoecem e morrem, o que desejam, o que pensam. Nesse sentido, foi realizado um estudo de corte transversal, com todas as limitações e potencialidades que lhe são características, contemplando a população de idosos acima de 65 anos residentes no Recife.

Em relação às condições sociais e demográficas

A população idosa do estudo (amostra aleatória) de 1200 residentes em diferentes bairros do Recife em 2010/2011 é composta por um percentual expressivo de mulheres (75,7%), com baixo nível de escolaridade e um percentual importante de viuvez. A maioria teve filhos, mora principalmente acompanhada de três a cinco pessoas, em domicílios com arranjo multigeracional.

Um percentual expressivo desses idosos está aposentado pela Previdência Social (INSS). As principais fontes de renda são a aposentadoria e/ou a pensão do cônjuge. Somente uma pequena parte (3,7%) não possui renda. Entre os que a possuem, esta é, em sua maioria, correspondente a um salário mínimo mensal na época da realização do estudo. Em relação à renda familiar, mais da metade dos idosos informa que são os provedores exclusivos de suas famílias.

A maioria dos idosos reside em imóveis de sua propriedade. Estes relatam condições favoráveis nas residências quanto a acesso às condições sanitárias básicas (energia elétrica, rede de água e esgotamento sanitário), bem como possuem bens do tipo: geladeira, televisão e

telefone. Entretanto, mais da metade dos 1200 idosos entrevistados considera que sua renda não é suficiente para suprir suas necessidades básicas.

Em relação às condições de saúde

Apesar de praticamente todos os idosos informarem pelo menos um problema de saúde (doença/agravo), eles avaliam sua saúde numa perspectiva positiva, principalmente entre os homens, uma vez que, apesar do problema referido, mantêm-se autônomos e independentes, ou seja, com capacidade funcional preservada.

Considerando uma condição mais vulnerável, um número expressivo informou ter cinco ou mais problemas de saúde. Nesse caso, os relatos foram mais frequentes não apenas entre as mulheres, mas também entre os idosos mais velhos (80 anos ou mais).

Hipertensão arterial, doença na coluna ou dor nas costas e problemas de visão (catarata/glaucoma/retinopatia diabética) são os principais problemas de saúde referidos pela população estudada. Entre as mulheres, acrescenta-se o relato da osteoporose e, entre os homens, de incontinência urinária.

Em relação às condições de realização das atividades da vida diária

Foi verificado que uma parcela expressiva dos idosos, mais de 90%, pode ser considerada como autônoma e independente para a realização das atividades básicas de vida diária (banhar-se, alimentar-se, vestir-se, pentear-se). Em relação às atividades instrumentais da vida diária (sair de casa para curtas distâncias, sair utilizando transporte, tomar seus remédios), mais de 75% as realiza sem ajuda, respondendo, assim, às suas principais necessidades de sobrevivência, mobilidade e autocuidado. Dessa forma, não necessitam da presença de cuidador.

No entanto, uma parcela importante dos idosos (67,5%) referem a necessidade de ajuda para realizar pelo menos uma atividade e, entre estes, alguns idosos, principalmente os mais velhos, necessitam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades, sendo mais dependentes e demandando ajuda de um cuidador para realizar algumas atividades.

Os homens têm melhor desempenho para as atividades fora do domicílio, mais instrumentais (utilizar transporte, caminhar pela vizinhança, dirigir automóvel) e nas atividades como subir e descer escadas e cortar a unha dos pés, que supõem melhores condições de mobilidade física. Já as mulheres têm melhor desempenho nas atividades relacionadas ao domicílio e às tarefas domésticas (preparar refeição, arrumar a casa).

O tempo livre é utilizado com atividades mais relacionadas ao domicílio, por exemplo, assistir televisão e ouvir rádio. Atividades de lazer, cultura e prática de atividade física foram pouco referidas. A maioria das atividades relacionadas à mobilidade fora do domicílio é mais praticada pelos os idosos mais jovens (60 a 69 anos).

Em relação às condições de mobilidade urbana

Os idosos do presente estudo residem há mais de trinta anos no mesmo bairro e saem de casa quando necessitam ou desejam, para realizar as mais diversas atividades. Os homens costumam sair diariamente, enquanto a frequência entre as mulheres é semanal. Os idosos mais jovens (60 a 69 anos) saem com mais frequência. Sair no horário da manhã é a preferência do grupo estudado, em especial das mulheres.

Um número importante (61,3%) de idosos não necessitam de ajuda de outra pessoa para sair de casa. Aqueles que referem a necessidade de algum tipo de ajuda para se deslocar de seus domicílios são as mulheres e os mais velhos e a necessidade de companhia, por falta de autonomia para sair sozinho, foi a mais referida. A filha é a principal pessoa com quem os idosos contam para sair de casa.

O principal motivo para os idosos saírem de seus domicílios é a ida a serviços de saúde, principalmente entre as mulheres. Para se deslocar aos serviços de saúde utilizam três modos principais: ônibus, carro, na condição de passageiro, e a pé.

Para os idosos, o sistema público de transporte não funciona adequadamente, em particular os ônibus. Os problemas vão desde as calçadas das ruas de acesso às paradas até a falta de respeito à prioridade do assento reservado ao idoso. Portanto, as condições de acessibilidade, além dos relatos da falta de segurança da cidade e de um trânsito hostil, são

problemas importantes colocados no dia a dia, no direito de ir e vir para todos os cidadãos e, em particular, os idosos.

Em relação às condições de acesso e uso de serviços de saúde

Mais da metade (60,4%) dos idosos do Recife é assistida pelo SUS. Outra parte possui plano de saúde, principalmente os idosos com maior escolaridade e maiores rendas pessoal e familiar. São os próprios idosos que pagam seus planos de saúde.

As principais dificuldades de acesso e uso dos serviços de saúde são: demora para marcar um atendimento, demora para ser atendido, horário destinado para marcação é inconveniente, falta de vagas e filas.

No ano anterior à entrevista, cerca de 14% dos idosos informaram ter sido internados, em particular os homens. A maioria dos internamentos foi realizada pelo SUS. Os motivos que mais levaram ao internamento são: cirurgias, acidente vascular cerebral, problemas cardiológicos, problemas respiratórios e hipertensão arterial.

Um número expressivo de idosos procurou, nos últimos doze meses anteriores à entrevista, atendimento de saúde ou consulta de qualquer tipo, principalmente entre as mulheres. A maior parte dos atendimentos foi realizada pelo SUS. O local mais procurado para o atendimento de saúde foi o hospital e o profissional mais procurado no último atendimento de saúde foi o médico. O principal motivo da procura no último atendimento de saúde foi a consulta de cuidado continuado (informada como consulta de rotina).

O tempo de espera para ser atendido após chegar ao local, tanto do internamento, quanto do último atendimento de saúde, foi de até trinta minutos. A maioria dos idosos avaliou como positivo o atendimento recebido, tanto durante o internamento quanto no último atendimento de saúde.

Mais de 90,0% dos idosos referem o uso regular de, pelo menos um, medicamento; entre estes há os que referem utilizar cinco ou mais medicações. O medicamento mais referido é para controle da hipertensão arterial. As principais formas de obtenção da medicação de uso

regular são: comprar, receber através do SUS e a forma mista (parte é comprada e parte é rebebida pelo SUS).

É com a filha que parte importante dos idosos aqui estudados espera poder contar, caso fiquem doentes ou incapacitados. O cônjuge é a segunda pessoa mais referida com a qual os idosos esperam contar.

Para a maioria dos idosos, os funcionários administrativos dos serviços de saúde os tratam com respeito e consideram que os profissionais de saúde estão preparados para atendê-los adequadamente. Por outro lado, referem não ter a atitude de reclamar quando não estão satisfeitos com o atendimento de saúde recebido.

7 RECOMENDAÇÕES

As conclusões do estudo apontam para a necessidade de intervenções continuadas do poder público, de modo a garantir um envelhecimento digno aos moradores do Recife. Devendo também garantir uma atenção integral àqueles já idosos.

Nesse sentido, recomenda-se assumir os marcos legais disponíveis no país, tanto no que se refere à mobilidade urbana quanto à saúde, e implantá-los, respeitando a realidade local e envolvendo o segmento idoso na corresponsabilidade desse processo.

Em relação às políticas públicas de mobilidade, destaca-se, entre outras, a Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável (BRASIL, 2004b) e, no setor saúde, destacam-se o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2009). Em comum, todas essas políticas enfatizam, em seus princípios e diretrizes, a articulação intersetorial e a participação popular e o controle social na implantação e monitoramento das ações.

De acordo com a pertinência deste estudo, serão explicitados, a seguir, em cada uma das referidas políticas, aspectos indispensáveis para responder às iniquidades observadas no estudo.

Na **Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável**, em seus princípios, entre outros aspectos constam: a universalização do acesso ao transporte público coletivo; a mobilidade urbana centrada no deslocamento das pessoas (em especial aquelas com mobilidade reduzida) e o transporte coletivo urbano como um serviço público essencial regulado pelo Estado. Em suas diretrizes, destacam-se: apoiar políticas e planos diretores urbanos que favoreçam uma melhor distribuição das atividades no território e reduzam a necessidade de deslocamentos motorizados e promover o desenvolvimento do transporte público, com vistas à melhoria da qualidade e eficiência dos serviços.

No **Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**, consta em suas diretrizes: a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa. Em suas ações estratégicas, tem-se: o acolhimento como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso;

assistência farmacêutica (qualificar a dispensação e o acesso); atenção diferenciada na internação de pessoas idosas.

Na **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**, entre suas diretrizes, enfatiza-se a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e, no que se refere à articulação intersetorial, o destaque é o setor de desenvolvimento urbano, para o qual se coloca a implantação de ações para o cumprimento das leis de acessibilidade, de modo a auxiliar na manutenção e no apoio à independência funcional da pessoa idosa, e o setor de transportes, do qual se espera a implantação de ações que permitam e/ou facilitem o deslocamento do cidadão idoso, sobretudo aquele que já apresenta dificuldades de locomoção (elevatórias para acesso aos ônibus, na porta de hospitais, rampas nas calçadas, bancos mais altos nas paradas de ônibus).

É preciso discernimento para identificar o que ainda precisa ser feito, como também, reconhecer e socializar o que já se conquistou. Não há dúvidas sobre o crescimento e a magnitude da atenção à saúde prestada aos brasileiros pelo Sistema Único de Saúde, no entanto, tem-se a clareza, que existem lacunas a serem atendidas e desigualdades na oferta e uso dos serviços públicos de saúde tanto no país quanto em Recife.

Porém, todo esse investimento necessita de um ator, sem o qual a lógica não funciona: a pessoa idosa. É necessário envolver e implicar os idosos da cidade em cada uma das proposições, em cada implantação de ações, instrumentalizando-os para que exerçam o protagonismo e o controle social necessário para uma vida e um envelhecimento digno.

Por fim, a recomendação de que toda e qualquer política pública e/ou ação destinada à pessoa idosa deve ser, radicalmente, sempre **Em Defesa da Vida!**

REFERÊNCIAS

- ABRAM, L. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 58, n. 4, p. 40-41, 2006.
- ALVES, H. P. F. Vulnerabilidade socioambiental na metrópole paulistana. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 43-59, jan./jun. 2006.
- ALVES, K. Y. et al. Perfil dos hipertensos e diabéticos cadastrados em uma unidade básica de saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 5, n. 3, p. 658-669, 2011.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Diário Oficial**. República Federativa do Brasil, Brasília, 2005. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br>>. Acesso em: 11 de janeiro de 2012.
- ARANGO, D. C. et al. Características demográficas y sociales del cuidador en adultos mayores. **Investigaciones Andina**, Pereira, v. 13, n. 22, p. 142, 2011.
- AREOSA, S. V. C.; AREOSA, A. L. Envelhecimento e dependência: desafios a serem enfrentados. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p. 138-150, jan./jun. 2008.
- AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. (Clássicos para integralidade em saúde).
- BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional sobre crescimento econômico, redução da pobreza, finanças públicas, prestação de serviços**, Washington, 2011.
- BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde; considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.
- BARRETO, K. M. L. **Universidade Aberta à Terceira Idade (UnATI/UFPE): um perfil sócio-epidemiológico dos participantes**. 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 1999.
- BARRETO, K. M. L. et al. Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 3, p. 339-354, jul. / set. 2003.
- BARRETO, K. M. L.; VALENÇA, M. M.; FREESE, E. M.. Hipertensão arterial sistêmica como possível fator de risco de acidente vascular cerebral na população idosa do Recife, Brasil. **Revista Neurobiologia**, Recife, v. 75, n. 1, jan. / mar. 2012.

BENYAMINI, Y.; LEVENTHAL, E.A.; LEVENTHAL, H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. **Psychosomatic Medicine**, Philadelphia, v. 62, n. 3, p. 354-364, May/June 2000.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 113-120, 2004.

BOSI, E. Memória da cidade: lembranças paulistanas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 47, 2003.

BRAGA, L. S. et al. Diferenciais intraurbanos de vulnerabilidade da população idosa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2307-2315, dez, 2010.

BRASIL. Decreto-lei nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1996.

_____. Decreto nº 5.031, de 2 de abril de 2004. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho das Cidades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2004a.

_____. Lei nº 8.842, 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1994.

_____. Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 - Estatuto da Cidade. Regulamenta os artigos 182 e 183 da Constituição Federal e estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

_____. Lei nº 10.683, de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003a.

_____. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003b.

_____. Portaria nº 2.528/2006, que dispõem sobre a Política de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

_____. Portaria nº 399/GM/2006, que dispõem sobre o Pacto pela Saúde 2006, Consolidação do SUS e aprova suas Diretrizes Operacionais. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica; n. 19).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa : manual de preenchimento**. Brasília, 2008. 24 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília, 2010. 256 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS ; v. 2).

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Secretaria Nacional de Transporte e Mobilidade Urbana. **Política Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável**, 2004b.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, maio-jun. 2003.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, São Paulo, n. 49, p. 35-63, 2003.

_____. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37-51, jan./jun. 2007.

CAMPINO, A. C. C.; CYRILLO, D. C. Situação de ocupação e renda. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTRE, Yeda A. de O. **Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 241-255.

CAMPOS, F. G. et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sociodemográficas e de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 77-86, jan, 2009.

CESAR, J. A. et al. Perfil dos idosos residentes em dois municípios pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: resultados de estudo transversal de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1835-1845, ago, 2008.

CHAPLESKI, E. E. et al. Morbidity and comorbidity among Great Lakes American Indians: predictors of functional ability. **Gerontologist**, Washington, v. 37, p. 588-597, 1997.

COBB, R. W.; COUGHLIN, J. F. Transportation policy for an aging Society: keeping older americans on the move. Transportation in an aging society. A decade of experience. **Technical Papers and Reports from a Conference**, p. 275-289, 2004.

COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.3, n.5, p. 444-453, 1999.

COLUNGA, M. B. Integrando la transportación con el ambiente: red de paseos ciclistas y peatonales para el área metropolitana de San Juan – Puerto Rico. In: CONGRESO

LATINOAMERICANO DE TRANSPORTE PÚBLICO, 14., 2007, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: COPPE, 2007. p. 1-12.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As causas sociais das iniquidades de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

COSTA, L. B. et al. Morbidade declarada e condições de trabalho: o caso dos motoristas de São Paulo e Belo Horizonte. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, 2003.

COUTO, L. A.; GRAÇA, A. A actividade física no idoso. **Estudo da influência de factores demográficos e psicossociais**. 2003. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação, Porto, 2003.

CRUZ, D. K. A experiência da Academia das Cidades – Secretaria Municipal de Saúde de Recife. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2006, Brasília. **Anais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 42-43.

DANTAS, E. H. **Avaliação da percepção da qualidade dos modos de transporte urbano, do ponto de vista do usuário idoso de Copacabana**. 2005. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Transportes) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

DINIZ, A. S. **Aspectos clínicos, subclínicos e epidemiológicos da hipovitaminose A no estado da Paraíba**. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

DINIZ, A. S.; SILVA, V. P. P.; SANTOS, V. F. S. **Estudo do acesso do idoso ao serviço odontológico do PAM Centro – Recife**. 2001. Relatório do pôster (Especialização em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2001.

DUARTE, Y. A. O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Yeda A. de O. **Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 185-200.

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

ECKERT, C. Cultura do medo e as tensões do viver a cidade: narrativa e trajetória de velhos moradores de Porto Alegre. **Revista Iluinuras**, Porto Alegre, v. 3, n. 6, 2002. p. 1-32.

FARIAS, D. A. A.; NEVES, P. M.; BRITO, G. E. G. Hipertensão arterial em idosos no âmbito da atenção à saúde. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v. 5, n. 2, p. 174-184, 2011.

FARINASSO, A. L. C. et al. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 45-52, mar. 2006.

- FELICIANO, A. B.; MORAES, S.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1575-1585, nov/dez, 2004.
- FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPALÉO NETTO, Matheus et al. **Gerontologia**, São Paulo: Atheneu, 1996. p. 98-105.
- FERNANDES, J. C. Urbanismo e envelhecimento - algumas reflexões a partir da cidade de Uberlândia. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 1, n. 2, p. 31-49, dez, 2000.
- FERRAZ, C. A.; ALLEMANN, N. Técnicas cirúrgicas para correção da presbiopia em pacientes fáticos. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, São Paulo, v. 67, n. 3, p. 559-562, 2004.
- FIGUEIREDO, C. F.; MAIA, M. L. A. Deslocamentos não motorizados: diretrizes da política pública e a realidade local. In: CONGRESSO DE PESQUISA E ENSINO EM TRANSPORTES, 20., 2006. Brasília. **Anais**. Brasília: ANPET, 2006. p. 1-8.
- FOREMAN, C. C. et al. **Senior transportation alternatives: Why are they important and what makes them work?** National Center For Transit Research (NCTR), 2003.
- FORTES, T. V. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. **Estudos de Psicologia I** Campinas, v. 26, n. 4, p. 455-463, out.-dez. 2009.
- FREESE, E. M.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 17-46.
- FRIED, L. P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, Washington, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.
- GARCIA, M. A. A.; RODRIGUES, M. G.; BOREGA, R. S. Satisfação e qualidade na atenção à saúde do idoso. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 14, n. 6, p. 515-522, nov./dez., 2005.
- GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.
- GOLDBAUM, M. et al. Health services utilization in areas covered by the family health program (Qualis) in São Paulo City, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.
- GUIMARÃES, J. M. N.; FARINATTI, P. T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 11, n. 5, set./out., p. 299-305, 2005.

HARTMANN, A. C. V. C. **Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre**. 2008. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia. Porto Alegre, 2008.

HILDEBRAND, E.; GRAÇA, L. R.; MILANO, M. S. Distância de deslocamento dos visitantes dos parques urbanos em Curitiba-PR. **Floresta e Ambiente**, Seropédica, v. 8, n.1, p.76-83, jan./dez. 2001.

IBGE. **Censo demográfico, 2000**. Rio de Janeiro, [2001].

_____. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro, [2002].

_____. **Censo demográfico, 2010**. Rio de Janeiro, [2011].

JACKSON, M. Y. Healthy people 2010: Reaching American Indian/Alaska Native Elders. **The IHS Provider**, Phoenix, v. 25, n. 5, p. 73-77, may. 2000.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.200-210, 1987.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 861-866, 2003.

KERBER, N. P. C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 304-312, abr. / jun. 2008.

LEBRÃO, M. L. O projeto Sabe em São Paulo: uma visão panorâmica. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Yeda A. de O. **Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 35-43.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo Sabe no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In.: PAPALÉO NETTO, Matheus et al. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 92-97.

LIBERMAN, A. Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 17-20, 2007.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 745-757, mai-jun. 2003.

LIMA-COSTA, M. F.; LOYOLA FILHO, A. I. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n.4, p. 247-257, 2008.

LOCH, M. Indicadores de saúde e do estilo de vida de adolescentes escolares residentes em municípios grandes, médios e pequenos de Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 15, n. 3, p. 7-15, 2007.

LOPES, M. A. **Estudo epidemiológico de prevalência de demência em Ribeirão Preto**. 2006. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; Departamento de Psiquiatria, São Paulo, 2006.

LOUVISON, M. C. P. **Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde da população idosa no município de São Paulo**. 2006. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MARUCCI, M. F. N.; BARBOSA, A. R. Estado nutricional e capacidade física. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Yeda A. de O. **Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 95-117.

MARTELETO, L. J.; MIRANDA, V. F. O. Diferenças educacionais entre coortes de adultos no século XX: o papel do sexo e da raça. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14., 2004, Caxanbú. **Anais**. Belo Horizonte: ABEP, 2003.p. 1-17.

MERCADO, R. et al. Transport policy in aging societies: an international comparison and implications for Canada. **The Open Transportation Journal**, v. 1, p. 1-13, 2007.

METZ, D. H. Mobility of older people and their quality of life. **Transport Policy**, v. 7, n. 2, p. 149-152, Apr. 2000.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, jun. 2003.

MOLLENKOPF, H. et al. The role of driving in maintaining mobility in later life: a European view. **Gerontechnology**, Eindhoven, v. 1, n. 4, p. 231 – 250, 2002.

_____. Social and behavioural science perspectives on out-of-home mobility in later life: findings from the European project Mobilate. **European Journal of Ageing**, v. 1, p. 45-53, 2004.

_____. Outdoor mobility in late life: persons, environments and society. In: WAHL, H.-W. et al. (Eds.), **The many faces of health, competence and well-being in old age**, 2006. P. 33-45.

MORAGAS, MORANGAS, R. Experiencias en preparación para la jubilación en la CEE: obstáculos y acciones. **Revista de Gerontologia**, Barcelona, v. 2, p. 117-123, 1991.

MOSCON, N.; KRÜGER, T. R. O serviço social na atenção básica e o acesso aos serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010. p. 88-98.

NERI, A. L. Envelhecimento e qualidade de vida na mulher. In: CONGRESSO PAULISTA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 2. 2001, São Paulo. **Anais**. São Paulo: SBGG-SP, 2001. p. 1-18.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 77-87, 2002

NOGUEIRA, S. L. et al. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 195-198, jan./jun. 2008.

NUNES, M. C. R. G. **Avaliação da aplicação do desenho universal em vias públicas: modelo e estudo de caso**. 2009. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano) - Universidade da Amazônia, Belém, 2009.

OLIVEIRA, R. S. de. Magnitude, distribuição espacial e tendência da anemia em pré-escolares da Paraíba. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 26-32, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Social development and ageing crisis or opportunity? Special panel at Geneva, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Global age-friendly cities**: a guide. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2007.

PAIVA, S. O. C. **Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha – PE**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2004.

PARAHYBA, M. I. Desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006. Caxambú. **Anais**. Belo Horizonte: ABEP, 2006. p. 1-11.

PEDRAZZI, E. C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F. V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Ciências e Cuidados Saúde**, Maringá, v. 6, n. 4, p. 407-413, out./dez. 2007.

PEIXOTO, C. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, Renato P. (Org.). **Terceira Idade**: desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997. p. 41-74.

PEREIRA, S. R. **Percursos urbanos: mobilidade espacial, acessibilidade e o direito à cidade**. 2006. Tese (Doutorado em Geografia) - Faculdade de Ciências e Tecnologia, Presidente Prudente, 2006.

_____. Mobilidade Espacial e acessibilidade à cidade. **Okara: Geografia em Debate**, João Pessoa, v.1, n.1, p. 43-76, 2007.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 709-16, 2002.

PICCINI, R. X. et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

PINHEIRO, D. P. N. A resiliência em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, p. 67-75, 2004.

PINHEIRO, R. S.; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, jul-set, 1999.

PINTO, M. F. et L. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 652-657, 2009.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan.-fev. 2003.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 211-224, 1987.

RAMOS, L.R. et.al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. **Balanco 2009 – 2011**. Realização da Gestão Municipal – Saúde. Recife, 2001.

RECIFE. Secretaria Municipal de Controle e Desenvolvimento Urbano e Obras. **A cidade do Recife**. Aspectos Gerais, 2012. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/infocrec/cidade.php>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

RIBEIRO, E. E. et al. Projeto Idoso da Floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11. N. 3, p. 307-326, 2008.

ROCHA, F. U. S. A mobilidade a pé em Salvador. **Cadernos PPG-AU/UFBA**, Salvador, v. 2, n.1, 2003, p. 41-60.

- RODWIN, V. G.; GUSMANO, M. K.; BUTLER, R. Growing older in world cities: implications for health and long-term care policy. In: RODWIN, Victor G.; GUSMANO, Michael. K. (Ed.). **Growing Older in World Cities**: New York, London, Paris, and Tokyo. Nashville : Vanderbilt University, 2006. p. 416.
- ROSENBLOOM, S. Mobility of the elderly: good news and bad news. Transportation in an aging society. A Decade of Experience. **Technical Papers and Reports from a Conference**, Washington, p. 3-21, 2004.
- ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003.
- SAAD, P. M. Transferência de apoio intergeracional no Brasil e na América Latina. In: CAMARANO, M.A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipea, 2004, p. 169-209.
- SALES, F. M.; SANTOS, I. Perfil de idosos hospitalizados e nível de dependência de cuidados de enfermagem: identificação de necessidades. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 495-502, jul./set. 2007.
- SALGUEIRO, H.; LOPES, M. A dinâmica da família que coabita e cuida de um idoso dependente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 26-32, mar. 2010.
- SAMPAIO, M. C. H. Linguagem e envelhecimento: diálogo entre linguistas e gerontólogos e aplicações em ações integradas de pesquisa e intervenção em saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 14.; FÓRUM BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 4.; ABERGO JOVEM, 2.; CONGRESSO BRASILEIRO DE INICIAÇÃO EM ERGONOMIA, 2.; 2006, Curitiba. **Anais**. Curitiba: ABERGO, 2006. p. 1-8.
- SANTOS, J. L. F. Análise de sobrevivência sem incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Yeda A. de O. **Sabe – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 167-182.
- SANT'ANNA, R. M. **Mobilidade e segurança no trânsito da população idosa: um estudo descritivo sobre a percepção de pedestres idosos e de especialistas em engenharia de tráfego** (Rio de Janeiro). 2006. Tese (Doutorado em Engenharia de Transportes) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Coppe, Rio de Janeiro, 2006.
- SAWYER, D. O.; LEITE, I.C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.
- SCOVINO, A. S. **As viagens a pé na cidade do Rio de Janeiro: um estudo da mobilidade e exclusão social**. 2008. Dissertação (Engenharia de Transportes). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Coppe, Rio de Janeiro, 2008.
- SIQUEIRA, A. B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 687-694, 2004.

SILVA, A. C. **Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiânia – GO.** 2005. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação Física) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

SILVA, I. P. As relações de poder no cotidiano de mulheres cuidadoras. In: KARSCH, U. M. S. (Org.). **Envelhecimento com dependência:** revelando cuidados. São Paulo: Educ, 1998. p. 147-170.

SILVA, R. A. C. da. **Horizontes antropológicos**, Porto Alegre, a. 15, n. 32, p. 382-385, jul./dez. 2009.

SILVA, S. L. A. et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um Serviço Ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.2, p.120-125, abr./jun. 2009.

SOUSA, C. A. D. G. F. **Locomovendo o idoso na busca da cidadania:** um olhar sobre a utilização gratuita do transporte rodoviário no município do Rio de Janeiro, 2008. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) - Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SUEN, S. L.; SEN, L. Mobility options for seniors. Transportation in an aging society. A decade of experience. **Technical Papers and Reports from a Conference**, Washington, p. 97-113, 2004.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

TRILLING, D.; EBERHARD, J. Safe mobility for a maturing society: Draft national agenda. Transportation in an aging society. A decade of experience. **Technical Papers and Reports from a Conference**, Washington. p. 313-320, 2004.

UBIARNA, J. A. J. **Diseno universal – factores clave para la accesibilidad integral.**Castilla/La Mancha: Confederación de Minusvalidos Físicos - COCEMFE, 1997.

VARGAS, A. M.; VASCONCELOS, M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde bucal:** atenção ao idoso. Belo Horizonte: Nescon, UFMG, 2011.

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

_____. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 705-715, maio-junho, 2003.

_____. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, out, 2007.

VERAS, R. P.; RAMOS, L. R.; KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Revista de Saúde Pública**, S. Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-33, 1987.

VIANA, S. M. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil**: uma proposta de monitoramento. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2001.

VIEIRA, D. C. **Múltiplas comorbidades psiquiátricas de eixo I ao longo da vida em pacientes com transtorno de humor bipolar**. 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2010.

VIRTUOSO, J. F. et al. Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 23-31, 2012.

WASFI, R.; LEVINSON, D. **The transportation needs of seniors**. Final Report. Minneapolis, University of Minnesota Center for Transportation Studies, 2007.

WITTER, G. P. Tarefas de desenvolvimento do adulto idoso. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 13-18, jan./mar. 2006.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 285-294, 2006.

Apêndice A - INSTRUMENTO DO ESTUDO

Número do Questionário				
-------------------------------	--	--	--	--

Setor Censitário		Distrito Sanitário	
-------------------------	--	---------------------------	--

Entrevistador(a)		Data	
-------------------------	--	-------------	--

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

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

Início da Entrevista	Hora:
-----------------------------	--------------

I - INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo do Entrevistado	
1. Masculino	2. Feminino

2. Quantos anos o(a) Sr(a) tem?	Número de anos informado:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. NS / NR			

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

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

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

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

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

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

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

Agora eu quero lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde

II. SAÚDE FÍSICA

9. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.		
1. Ótima	2. Boa	3. Ruim
4. Péssima	8. NS / NR	

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

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

11. Estas doenças e problemas de saúde atrapalham o(a) Sr(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer? Entrevistador: caso o(a) entrevistado não tenha referido sofrer de nenhuma doença, marque **NA**.

1. Sim	2. Não
7. NA	8. NS / NR

III. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

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

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, etc.)	1	2	-----	8
b. Sair de casa dirigindo seu próprio carro*	1	2	7	8
c. Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança)	1	2	-----	8
d. Preparar sua própria refeição	1	2	-----	8
e. Comer a sua refeição	1	2	-----	8
f. Arrumar a casa, a sua cama	1	2	-----	8
g. Tomar os seus remédios**	1	2	7	8
h. Vestir-se	1	2	-----	8
i. Pentear seus cabelos	1	2	-----	8
j. Caminhar em superfície plana	1	2	-----	8

k. Subir/descer escadas	1	2	-----	8
l. Deitar e levantar da cama	1	2	-----	8
m. Tomar banho	1	2	-----	8
n. Cortar as unhas dos pés	1	2	-----	8
o. Ir ao banheiro em tempo	1	2	-----	8

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

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

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

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

IV. RECURSOS ECONÔMICOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. MOBILIDADE URBANA

Agora eu gostaria de conhecer um pouco como é sua vida aqui em Recife.

22. O(a) Sr(a) sai de casa: Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5 e marque apenas uma resposta.

1. Todo dia (diariamente)	2. Toda semana (semanalmente)
3. De 15 em 15 dias (quinzenalmente)	4. Todo mês (mensalmente)
5. Raramente	8. NS/NR

23. O(a) Sr(a) prefere sair de casa. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 3 e marque apenas uma resposta.

1. Pela Manhã	2. A Tarde	3. A Noite
4. Outro	8. NS/NR	

24. O(a) Sr(a) precisa de ajuda para se sair de casa e ir aos lugares que quer ou precisa? Entrevistador: registre quando a resposta for o item 3.

1. Sim	2. Não (vá para a Q. 70 e marque NA nas Q. 68; 69)
3. Às vezes. Especifique:	8. NS/NR (vá para a Q. 70 e marque NA nas Q. 68; 69)

25. Qual o tipo de ajuda que o(a) Sr(a) precisa para se sair de casa e ir aos lugares que quer ou precisa?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Ajuda para se locomover	1	2	7	8
2. Ajuda financeira	1	2	7	8
3. Companhia (não tem autonomia para sair só)	1	2	7	8

26. Quem lhe ajuda a sair de casa quando o(a) Sr(a) precisa? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

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

27. O(a) Sr(a) sai de casa para. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Serviços de saúde (consultórios, hospitais, serviços de reabilitação, laboratório, dentista, médicos, entre outros)	1	2	8
b. Banco	1	2	8
c. Feira livre	1	2	8
d. Supermercado/ Mercadinho	1	2	8
e. Lojas / centros de compras	1	2	8
f. Trabalho / Local de trabalho	1	2	8
g. Instituição de ensino (escola/faculdade/universidade)	1	2	8
h. Levar filhos/netos à escola ou outro local	1	2	8
i. Parques / Praças	1	2	8
j. Casa de amigos	1	2	8
k. Casa de parentes	1	2	8
l. Casa de filhos / netos	1	2	8
m. Associações / Clubes	1	2	8
n. Restaurante / Bares	1	2	8
o. Cinema / Teatro / Casa de show	1	2	8
p. Salão de Beleza / Manicure / Barbeiro	1	2	8
q. Igrejas / Templos / Espaços religiosos	1	2	8
r. Centros de convivência / grupos de idosos	1	2	8
s. Outros	1	2	8

28. Quando o(a) Sr(a) sai de casa para os lugares que já falou antes, qual o principal meio de deslocamento e/ou transporte costuma utilizar para chegar até eles? Entrevistador: leia APENAS os lugares referidos na questão 27 e marque as respostas correspondentes.

Local referido(acessado)	a pé	carro próprio		lotação	táxi	ônibus	moto	bicicleta	outro	NF
		dirige	carona							
a. Serviços de saúde	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
b. Banco	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
c. Feira livre	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
d. Supermercado	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
e. Centros de compras	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
f. Trabalho	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
g. Instituição de ensino	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
h. Levar filhos/netos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
i. Parques / Praças	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
j. Casa de amigos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
k. Casa de parentes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
l. Casa de filhos / netos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
m. Associações / Clubes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
n. Restaurante / Bares	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
o. Cinema/ Teatro /Show	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
p. Salão de beleza	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
q. Espaços religiosos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
r. Centros de convivência	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
s. Outros	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00

29. Em sua opinião, com relação aos ônibus e ao metrô (transporte público) em Recife. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. Marque NA caso o(a) entrevistado(a) refira que não utiliza ônibus e metrô (transporte público).

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Existe ônibus ou metrô para todos os lugares do Recife	1	2	7	8
b. O preço das passagens dos ônibus e do metrô é barato e os idosos podem pagar.	1	2	7	8
c. Existe ônibus e metrô em quantidade suficiente e em horários certos (frequência e horário respeitados)	1	2	7	8
d. Existe ônibus e metrô para cidades vizinhas	1	2	7	8
e. Existe um bom sistema de integração entre ônibus e metrô (Sistema Integrado de Passageiros – SEI)	1	2	7	8
f. Os ônibus são fáceis de usar/acessíveis (com piso que rebaixa, com degraus baixos, com assentos largos e elevados)	1	2	7	8
g. A prioridade para os idosos sentarem é respeitada pelos outros passageiros	1	2	7	8
h. Existem pontos de ônibus e/ou estações de metrô próximas à sua residência	1	2	7	8
i. Nos pontos de ônibus e estações de metrô tem bancos para descanso	1	2	7	8

Recife é uma cidade muito grande. Nas cidades grandes existem dificuldades para seus moradores se deslocarem. Eu vou ler para o(a) Sr(a) algumas dessas dificuldades de cidades grandes e gostaria de saber sua opinião.

30. Em Recife, em sua opinião. Entrevistador: leia as alternativas abaixo, marque as respostas correspondentes

	SIM	NÃO	NS/NR
a. É difícil andar nas calçadas e ruas, pois existem obstáculos como camelôs, carros estacionados, árvores.	1	2	8
b. É difícil usar cadeira de rodas e andador nas ruas e calçadas	1	2	8
c. As ruas são escuras. A iluminação é deficiente	1	2	8
d. A cidade é violenta e insegura	1	2	8
e. Os bueiros são abertos e podem causar acidentes	1	2	8
f. Faltam áreas e bancos de descanso nos caminhos e ruas	1	2	8
g. Faltam banheiros públicos em todos os lugares	1	2	8
h. O tempo dos sinais de trânsito é muito rápido e se torna perigoso atravessar as ruas	1	2	8
i. Falta respeito à faixa de pedestres	1	2	8
j. Existe dificuldade no funcionamento dos transportes públicos	1	2	8

31. Na sua opinião os problemas acima atrapalham o(a) Sr(a) sair de casa para os lugares que quer ou precisa?		
1. Sim	2. Não	8. NS/NR

32. O(a) Sr(a) anda de taxi?	
1. Sim	2. Não (vá para a Q. 34 e marque NA na Q. 33)
3. Às vezes	8. NS/NR (vá para a Q. 34 e marque NA na Q. 33)

33. Em sua opinião. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS / NR
a. O preço das corridas de táxis é justo e os idosos podem pagar	1	2	7	8
b. Os táxis dão descontos para os idosos	1	2	7	8
c. Os táxis são confortáveis e acessíveis, com espaço para levar cadeira de rodas ou andador	1	2	7	8

34. O(a) Sr(a) dirige?	
1. Sim	2. Não (vá para a Q. 36 e marque NA na Q. 35)
8. NS/NR (vá para a Q. 36 e marque NA na Q. 35)	

35. Em relação ao(à) idoso(a) que dirige, ao(à) idoso(a) condutor(a). Entrevistador: leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Há cursos de reciclagem para o(a) motorista idoso(a) e a participação é estimulada	1	2	7	8
b. Existe vaga de estacionamento com prioridade para idosos	1	2	7	8
c. Existe estacionamento com preços acessíveis para idosos	1	2	7	8
d. O trânsito é seguro para o motorista (condutor) idoso	1	2	7	8
e. Há respeito e tolerância (paciência) com o(a) motorista idoso(a)	1	2	7	8

VII. USO E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços de saúde que o(a) Sr(a) usa

36. O(a) Sr(a) tem algum plano de saúde?	
1. Sim	2. Não (vá para a Q. 41 e marque NA nas Qs. 37; 38; 39; 40)
8. NS / NR (vá para a Q. 41 e marque NA nas Qs. 37; 38; 39; 40)	

37. Qual o tipo de plano de saúde o(a) Sr(a) tem? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Plano de Assistência ao Servidor Público	1	2	7	8
b. Plano de Saúde particular	1	2	7	8
c. Convênio empresa	1	2	7	8
d. Outro	1	2	7	8

38. Quem paga pelo seu plano de saúde?		
1. O(a) próprio(a) idoso(a)	2. Filhos(as)	3. Esposo(a)
4. Outro familiar	5. Outro não familiar	6. Empresa
7. NA	8. NS / NR	

39. Qual o valor do seu plano de saúde?	
Valor informado:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7. NA	8. NS / NR

40. Seu plano de saúde dá direito a. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Consulta médica	1	2	7	8
b. Medicamentos	1	2	7	8
c. Exames	1	2	7	8
d. Hospitalização ou internação	1	2	7	8
e. Óculos	1	2	7	8
f. Bengala, Muleta, Andador, Cadeira de Rodas, Aparelho Auditivo	1	2	7	8
g. Serviços de Reabilitação: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia	1	2	7	8
h. Serviço de Odontologia (dentista)	1	2	7	8
i. Consulta homeopática/Acupuntura	1	2	7	8
j. Vacinação	1	2	7	8
k. Outros	1	2	7	8

41. O(a) Sr(a) tem dificuldade para o acessar ou usar os serviços de saúde quando quer ou precisa? Entrevistador: em caso negativo, marque **NA** nesta questão e vá para a **Q. 42**. Em caso afirmativo, pergunte quais são essas dificuldades, esclareça que vai ler algumas e pede que ele responda se já enfrentou alguma delas, leia então as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade financeira	1	2	7	8
b. Dificuldade de transporte	1	2	7	8
c. Dificuldade de companhia, pois não consegue sair só, precisa de companhia.	1	2	7	8
d. Dificuldade para se locomover nos prédios dos serviços de saúde, por exemplo: não tem corrimão, nem elevador, tem muito degrau	1	2	7	8
e. Os serviços de saúde ficam longe de sua casa	1	2	7	8
f. Os horários de marcação e atendimento não ajudam, não são convenientes	1	2	7	8
g. Demora para marcar um atendimento	1	2	7	8
h. Demora para ser atendido	1	2	7	8
i. Os serviços não resolvem o que o(a) Sr(a) precisa. Não atendem suas necessidades	1	2	7	8
j. Greve nos serviços de saúde	1	2	7	8
k. Ausência (falta) de profissionais	1	2	7	8
l. Falta de vagas	1	2	7	8
m. Equipamentos quebrados	1	2	7	8
n. Serviços fechados	1	2	7	8
o. Filas grandes	1	2	7	8
p. Outros	1	2	7	8

42. Durante os últimos 12 meses (último ano), o(a) Sr(a) foi internado(a) PELO MENOS POR UMA NOITE em um hospital? Entrevistador: em caso positivo, registre o número de noites em que o(a) entrevistado(a) esteve internado em um hospital.

1. Sim	Quantas noites ficou internado(a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Não (vá para a Q. 50 e marque NA nas Q. 43; 44; 45; 46; 47; 48 e 49)			
8. NS / NR (vá para a Q. 50 e marque NA nas Q. 43; 44; 45; 46; 47; 48 e 49)			

43. Qual o nome do hospital que o(a) Sr(a) procurou para essa ÚLTIMA INTERNACÃO, a cidade e o bairro onde se localiza? Entrevistador: registre todas as informações dadas.

Nome:	
Cidade:	Bairro:
7. NA	8. NS / NR

44. Qual o motivo dessa ÚLTIMA INTERNACÃO? Entrevistador: registre todas as informações dadas.

Motivo declarado:	
7. NA	8. NS / NR

45. Quanto tempo o(a) Sr(a) demorou para chegar ao hospital nessa ÚLTIMA INTERNACÃO? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

46. Qual a forma de transporte o(a) Sr(a) utilizou para se deslocar até o hospital nessa ÚLTIMA INTERNACÃO? Entrevistador: registre o tipo de transporte informado.

Tipo de transporte informado:	
7. NA	8. NS / NR

47. Depois que o(a) Sr(a) chegou ao hospital, nessa ÚLTIMA INTERNACÃO quanto tempo esperou para ser atendido(a)? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

48 Essa ÚLTIMA INTERNACÃO o(a) Sr(a) fez de que forma? Entrevistador: caso a resposta seja 1, registre o valor informado.

1. Particular (paga). Especifique o valor pago: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Plano de Assistência ao Servidor Público	3. Foi atendido em serviço público de saúde (SUS)
4. Plano de saúde particular	5. Convênio empresa
6. Outro	7. NA
8. NS / NR	

49. O(a) Sr(a) considera que o atendimento recebido nesta ÚLTIMA INTERNACÃO foi? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5 e marque apenas uma resposta.

1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim
5. Muito ruim	7. NA	8. NS / NR	

50. Nos últimos 12 meses (último ano) o(a) Sr(a) procurou ALGUM atendimento de saúde ou consulta de qualquer tipo? (EXCLUINDO A ÚLTIMA INTERNACÃO)

1. Sim
2. Não (vá para a Q. 65 e marque NA nas Qs. 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65)
8. NS / NR (vá para a Q. 65 e marque NA nas Qs. 51; 52; 53; 54; 55; 56; 57; 58; 59; 60; 61; 62; 63; 64; 65)

51. Onde ocorreu esse atendimento de saúde ou consulta nos últimos 12 meses (último ano)? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Hospital	1	2	7	8
b. Clínica de especialidades / ambulatório	1	2	7	8
c. Consultório particular	1	2	7	8
d. Consultório Dentário	1	2	7	8
e. Centro de Saúde / Posto de Saúde / Policlínica	1	2	7	8
f. Programa de Saúde da Família	1	2	7	8
g. Centros de Referência do Idoso	1	2	7	8
h. Serviços de Saúde Mental	1	2	7	8
i. Programa de Atendimento Domiciliar	1	2	7	8
j. Clínica / Serviço de Reabilitação (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia)	1	2	7	8
k. Pronto Socorro/ Emergência/ Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1	2	7	8
l. Laboratório	1	2	7	8
m. Outro	1	2	7	8

52. Com relação ao seu ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, com qual profissional de saúde o(a) Sr(a) o realizou? Entrevistador: marque a resposta dada e siga lendo as demais alternativas e marcando as respostas correspondentes. Explique que é necessário fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Médico(a)	1	2	7	8
b. Enfermeiro(a)	1	2	7	8
c. Farmacêutico(a)	1	2	7	8
d. Dentista	1	2	7	8
e. Curandeiro(a)/benzedeiro(a)	1	2	7	8
f. Agente Comunitário de Saúde	1	2	7	8
g. Profissional de Acupuntura	1	2	7	8
h. Médico Homeopata	1	2	7	8
i. Profissional de Reabilitação: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo	1	2	7	8
j. Outro	1	2	7	8

53. Qual o motivo desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta? Entrevistador: registre o motivo declarado.

Motivo declarado:	
7. NA	8. NS / NR

54. Poderia me dizer o nome do lugar desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, a cidade e o bairro onde se localiza? Entrevistador: registre todas as informações dadas.

Nome:	
Cidade:	Bairro:
7. NA	8. NS / NR

55. Quanto tempo demorou para chegar ao local onde fez esse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

56. Qual a forma de transporte o(a) Sr(a) utilizou para se deslocar até o local desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta? Entrevistador: anote o tipo de transporte informado.

Tipo de transporte informado:	
7. NA	8. NS / NR

57. No local desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, quanto tempo esperou para ser atendido por um profissional de saúde? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

58. Esse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta o(a) Sr(a) fez de que forma?

1. Particular (paga). Especifique o valor pago: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2. Plano de Assistência ao Servidor Público	3. Foi atendido em serviço público de saúde (SUS)
4. Plano de saúde/convênio privado	5. Outro.
7. NA	8. NS / NR

59. Durante esse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, pediram ao(a) Sr(a) RADIOGRAFIAS, EXAMES DE LABORATÓRIO, EXAMES DE SANGUE OU OUTROS EXAMES?

1. Sim	2. Não (vá para a Q. 64 e marque NA na Q. 60; 61; 62; 63)
7. NA	8. NS / NR (vá para a Q. 64 e marque NA na Q. 60; 61; 62; 63)

60. O(a) Sr(a) fez todos os exames solicitados?
1. Sim (vá para a Q. 62 e marque NA na Q. 61)
2. Não (responda a Q. 61 e marque NA nas Qs. 62; 63)
3. Ainda não fez (não deu tempo), mas vai marcar/fazer (costuma fazer os exames solicitados) (vá para a Q. 64 e marque NA nas Qs. 61; 62; 63)
7. NA
8. NS / NR (vá para a Q. 64 e marque NA nas Qs. 61; 62; 63)

61. Porque não fez (todos) os EXAMES que lhe indicaram?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade financeira (os exames são caros / não podia pagar)	1	2	7	8
b. Gasto/custo do transporte (da viagem)	1	2	7	8
c. Os locais dos exames ficam longe de sua casa (distância geográfica)	1	2	7	8
d. O problema não era grave / Não achou necessário	1	2	7	8
e. Falta de tempo para ir fazer os exames	1	2	7	8
f. Dificuldade de companhia, pois não tem autonomia para sair só, precisa de companhia	1	2	7	8
g. Os serviços de saúde não realizam os exames solicitados	1	2	7	8
h. Não conseguiu vaga	1	2	7	8
i. Marcação do exames para uma data muito distante/longe	1	2	7	8
j. Filas grandes	1	2	7	8
k. Esperou muito para ser atendido e desistiu	1	2	7	8
l. Serviço de saúde procurado estava fechado	1	2	7	8
m. Greve no serviço de saúde procurado para realizar os exames	1	2	7	8
n. O profissional não estava atendendo	1	2	7	8
o. Os equipamentos estavam quebrados	1	2	7	8
p. Outros	1	2	7	8

62. Esses EXAMES o(a) Sr(a) fez de que forma?

1. Particular (paga). Especifique o valor pago: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. Plano de Assistência ao Servidor Público	3. Foi atendido em serviço público de saúde (SUS)
4. Plano de saúde/convênio privado	5. Outro
7. NA	8. NS / NR

63. Onde o(a) Sr(a) fez os exames diagnósticos ou exames de laboratório, exames de sangue?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Hospital	1	2	7	8
b. Emergência	1	2	7	8
c. Clínica/Ambulatório	1	2	7	8
d. Farmácia	1	2	7	8
e. Consultório Particular	1	2	7	8
f. Unidade pública de saúde (PSF. Policlínica...)	1	2	7	8
g. Na própria casa	1	2	7	8
h. Laboratório	1	2	7	8
i. Outro	1	2	7	8

64. O(a) Sr(a) considerou este ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5, marque apenas uma alternativa, vá para a Q. 67 e marque NA nas Qs. 65 e 66.

1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim
5. Muito ruim	7. NA	8. NS / NR	

Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) realizou atendimento de saúde ou consulta nos últimos 12 meses (último ano), vá para a Q. 67 e marque NA nas Qs. 65; 66.

65. Porque não fez nenhum atendimento de saúde ou consulta nos últimos 12 meses (último ano)?
1. Precisou mas não procurou (responda a Q. 66)
2. Não precisou (vá para a Q. 67 e marque NA na Q. 66)
3. Procurou mas não conseguiu vaga (vá para a Q. 67 e marque NA na Q. 66)
7. NA
8. NS / NR (vá para a Q. 67 e marque NA na Q. 66)

66. Porque não procurou? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Não tinha recursos para pagar/custo	1	2	7	8
b. O local para fazer os exames fica longe, distante	1	2	7	8
c. Marcam os exames para muito longe, demora para conseguir realizar	1	2	7	8
d. O problema não era grave	1	2	7	8
e. Muito tempo de espera para ser atendido	1	2	7	8
f. Não tinha recursos para pagar o transporte	1	2	7	8
g. Não sabe onde ficam os locais para fazer os exames	1	2	7	8
h. Falta de companhia, não consegue sair só, precisa de companhia	1	2	7	8
i. Não gosta de procurar serviço de saúde	1	2	7	8
j. Não teve tempo para realizar os exames	1	2	7	8
k. Há muita demora para entregar os resultados	1	2	7	8
l. Tem medo de procurar serviços de saúde	1	2	7	8
m. Tem dificuldade de locomoção	1	2	7	8
n. Outro	1	2	7	8

67. O(a) Sr.(a) normalmente usa: Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

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

68. O(a) Sr(a) faz uso de remédios/medicação? Entrevistador: em caso afirmativo, pergunte quais os remédios/medicações ele(a) está usando ATUALMENTE, leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. Em caso negativo, marque NA nesta questão e nas Qs. 69; 70 e vá para a Q. 71.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Remédio para hipertensão (pressão alta)	1	2	7	8
b. Remédio para Diabetes	1	2	7	8
c. Remédio para depressão	1	2	7	8
d. Remédio para dormir	1	2	7	8
e. Remédio para transtorno mental / para "os nervos" (medicação psiquiátrica)	1	2	7	8
f. Remédio para dor	1	2	7	8
g. Remédio para osteoporose	1	2	7	8
h. Remédio para artrite ou reumatismo	1	2	7	8
i. Quimioterapia (tratamento contra o câncer)	1	2	7	8
j. Remédio para doenças respiratórias (enfisema, bronquite ou asma)	1	2	7	8
k. Tratamento para Tuberculose	1	2	7	8
l. Remédio para doenças do coração/cardiopatias	1	2	7	8

m. Remédio para doença nos rins (insuficiência renal crônica)	1	2	7	8
n Remédio para doença de estômago/aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia)	1	2	7	8
o. Remédio para doença de Parkinson	1	2	7	8
p. Remédio para Demência / perda de memória / esclerose / Doença de Alzheimer	1	2	7	8
q. Curativos para Feridas / Escaras / Úlceras	1	2	7	8
r. Remédio para glaucoma (problemas na visão)	1	2	7	8
s. Usa alguma pomada	1	2	7	8
t. Usa algum colírio	1	2	7	8
u. Usa algum adesivo	1	2	7	8
v. Outros	1	2	7	8

69. Como o(a) Sr(a) consegue os remédios/medicações que usa atualmente?	
1. Comprando. Tem que pagar. Especifique o valor pago:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Parte recebe pelo SUS e parte é pago. Especifique o valor pago:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Recebe pelo SUS	7. NA
8. NS / NR	

70. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para conseguir os remédios/medicações que está usando ATUALMENTE?
Entrevistador: em caso afirmativo, pergunte quais, leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. Em caso negativo, marque NA nesta questão.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade financeira (os remédios custam caro)	1	2	7	8
b. Dificuldade de encontrar o remédio para vender na farmácia	1	2	7	8
c. Depende de alguém para ir buscar e/ou comprar (o idoso não pode ir sozinho)	1	2	7	8
d. Não tem dinheiro para o transporte	1	2	7	8
e. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia SUS	1	2	7	8
f. O lugar para ir buscar ou comprar o remédio é longe (distância geográfica)	1	2	7	8
g. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados e medicação especial	1	2	7	8
h. O atendimento para entrega do remédio é muito demorado	1	2	7	8
i. Falta de tempo para buscar ou comprar o remédio	1	2	7	8
j. Medicamento não é fornecido pelo SUS	1	2	7	8
k. Outra	1	2	7	8

71. No caso de o(a) Sr(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr(a)?		
0. Nenhuma	1. Esposo(a) / companheiro(a)	2. Filho
3. Filha	4. Outra pessoa da família	5. Outra pessoa de fora da família
8. NS / NR		

72. O(a) Sr(a) tem Cartão de Vacina? Eu gostaria de vê-lo, por favor.		
1. Sim	2. Não	8. NS / NR

Entrevistador: caso o(a) entrevistado(a) tenha o Cartão de Vacina, responda essa questão consultando-o. Caso não possua ou não o encontre, marque na Q. 73 a partir do que ele(a) referir. Quando afirmar ter tomado qualquer vacina, marque a resposta correspondente e NA na Q. 74.

73. Nos últimos 12 meses (último ano) o(a) Sr(a) recebeu as vacinas. Caso o(a) Sr(a) tenha uma carteira de vacinação, poderia mostrá-la? Leia para o(a) entrevistado(a) as opções abaixo e marque as respostas correspondentes.

TT = Toxóide Tetânico ou anti-Tétano

dT = Dupla Adulto (tétano e difteria)

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Contra gripe comum	1	2	8
b. Contra H1N1 (Gripe A)	1	2	8
c. Contra tétano	1	2	8
d. Contra pneumonia	1	2	8
e. Contra tétano (ou dupla adulto)	1	2	8
f. Nenhuma (quando esta resposta for SIM, responda a Q. 74)	1	2	8
g. Nunca se vacinou (quando esta resposta for SIM, responda a Q. 74)	1	2	8

74. Caso o(a) entrevistado(a) refira que não tomou nenhuma vacina, pergunte por quê? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5 e marque a penas uma opção.

1. Porque tem alergia a ovo (contra indicação)	2. Porque pegou gripe após tomar a vacina
3. Porque tem dificuldade para ir ao Centro/Posto de Saúde	4. Porque acredita que vacina faz mal à saúde
5. Porque tem medo de tomar vacina	6. Outro
7. NA	8. NS / NR

75. Perto de sua casa existem. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Hospital	1	2	8
b. PSF (Programa de Saúde da Família)	1	2	8
c. Policlínica	1	2	8
d. Consultórios	1	2	8
e. Laboratórios	1	2	8
f. Farmácia	1	2	8
g. Centro / Posto de saúde	1	2	8
h. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	1	2	8
i. Outro	1	2	8

76. Quantos aos serviços de saúde existentes em Recife. Entrevistador: leia todas as alternativas e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Os idosos são sempre bem informados sobre os serviços de saúde existentes para atendê-los	1	2	8
b. O funcionários administrativos dos serviços de saúde tratam os idosos com respeito	1	2	8
c. Os serviços de saúde oferecidos estão de acordo com as necessidades e as preocupações dos idosos	1	2	8
d. Os profissionais de saúde têm formação e treinamento adequado para se comunicar e atender bem (adequadamente) os idosos	1	2	8

77. Onde o(a) Sr(a) faz suas reclamações sobre os serviços e atendimentos de saúde?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Nunca reclama	1	2	8
b. Ouvidoria de Saúde (pelo telefone no 0 800)	1	2	8
c. Não sabe onde reclamar	1	2	8
d. Rádio	1	2	8
e. Secretaria de Saúde	1	2	8
f. Líder comunitário	1	2	8
g. Prefeitura	1	2	8
h. Na própria unidade de saúde	1	2	8
i. Outro	1	2	8

Final da Entrevista

Hora:

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Mobilidade urbana, acesso e saúde: um estudo da população idosa**, da Professora Kátia Magdala Lima Barreto, aluna do Doutorado em Saúde Pública, do Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação do Professor Doutor Eduardo Maia Freese de Carvalho. O objetivo principal da pesquisa é estudar a relação entre a capacidade funcional, a mobilidade urbana e o acesso aos serviços e ações em saúde da população idosa. Os objetivos específicos são: analisar o perfil social, demográfico e epidemiológico da população idosa; verificar a capacidade funcional dos idosos considerando autonomia e independência funcional para o desempenho das Atividades de Vida Diária; descrever o acesso aos lugares e atividades desejados e os modos de deslocamento. Desta forma, o(a) senhor(a) está sendo informado(a) e esclarecido(a): **(1)** quanto aos termos técnicos (palavras não conhecidas de todos) utilizados neste TCLE como: *capacidade funcional* (quando a pessoa é capaz de fazer sozinho e sem ajuda suas *atividades de vida diária* (alimentar, tomar seu banho, se vestir, cuidar de sua higiene pessoal, como também cozinhar, lavar, passar, fazer compras, usar transportes, cuidar do seu dinheiro, tomar seus remédios, entre outras atividades parecidas); *mobilidade urbana* (deslocamento das pessoas na cidade) *perfil social, demográfico e epidemiológico* (informações como sexo; idade; se foi à escola; onde mora; o estado civil (casado(a), solteiro(a), viúvo(a), separado(a)); religião; se trabalha ou é aposentado; se tem alguma doença e quais são elas; **(2)** que os entrevistadores usarão um questionário para fazer a entrevista; **(3)** que é voluntário(a), ou seja, está participando porque quer e não receberá nenhum benefício financeiro (dinheiro) por sua participação, como também não pagará nenhum valor financeiro (dinheiro) para participar; **(4)** que pode sair do estudo na hora que quiser sem nenhum problema; **(5)** que este pode causar algum constrangimento (chateação, sentir vergonha em responder alguma pergunta) e por isso, o(a) senhor(a) só responderá às perguntas que quiser e sua entrevista será individual, o que diminui possíveis constrangimentos; **(6)** que será garantido na divulgação dos resultados desse estudo o anonimato dos participantes, ou seja, o(a) senhor(a) não será identificado(a) individualmente. Os resultados divulgados estarão de acordo com os objetivos descritos neste estudo. Outros resultados que não estão previstos e que sejam significativos para o objeto desse estudo também serão apresentados à comunidade científica; **(7)** que este estudo pretende contribuir com conhecimentos originais que possam ser utilizados por outros estudiosos do tema, como também proporcionar algum benefício direto para o(a) Sr(a), uma vez que o questionário convida à reflexão, podendo contribuir com mudança de comportamento, bem como o contato direto com o(a) Sr(a) e seus familiares permite-nos, através de um folheto que lhe será entregue, informá-lo(a) sobre a rede de proteção social e de saúde disponível para o segmento idoso em Recife e sobre a promoção do autocuidado. Por fim, pretende-se subsidiar os formuladores de políticas governamentais, de modo a melhorar a mobilidade dos idosos na cidade e desta forma ampliar o acesso e o uso dos serviços de saúde por este segmento populacional.

Eu, _____, li o texto acima, compreendi a sua finalidade e dou voluntariamente a permissão para a sua execução.

_____/_____/2011

Entrevistado(a)

Kátia Magdala Lima Barreto

Testemunhas

1. _____ CPF: _____

2. _____ CPF: _____

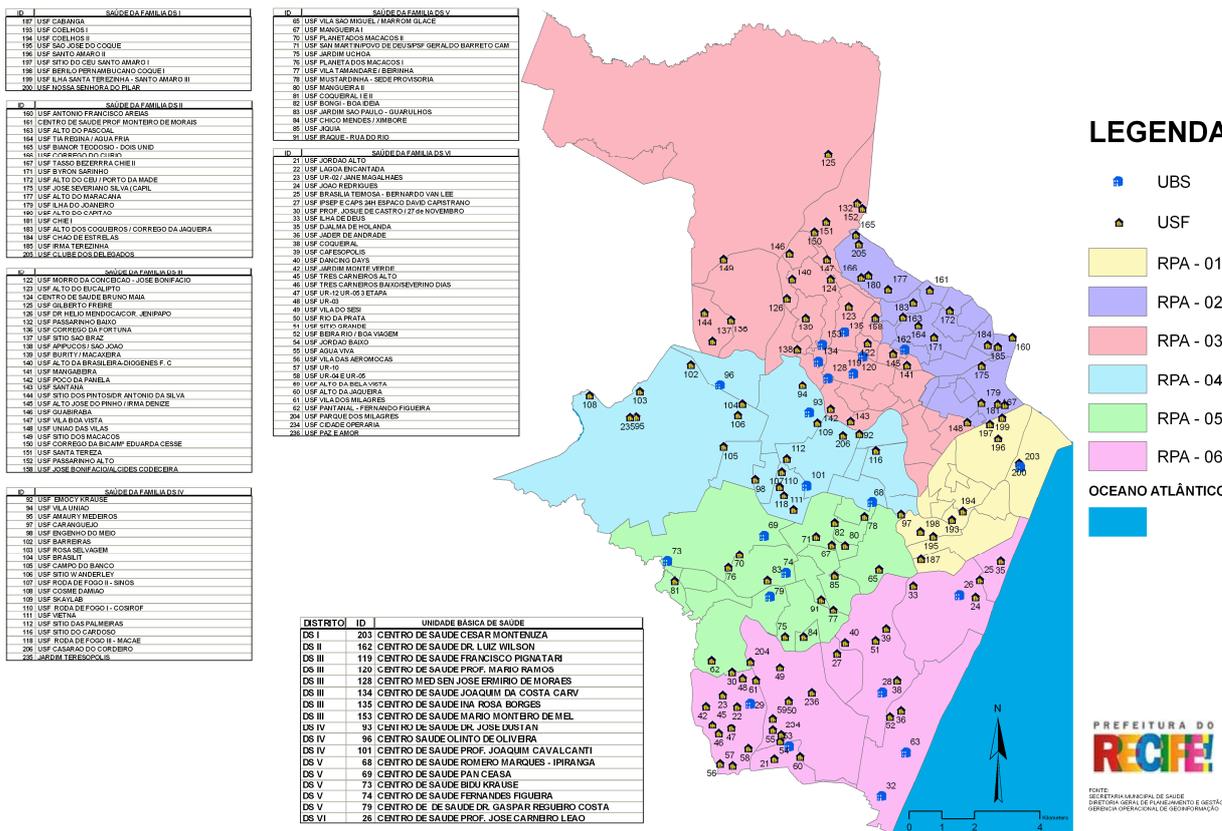
Contato com a pesquisadora:

- Departamento de Terapia Ocupacional/UFPE. Fone: (81) 2126-8931. Comitê de Ética em Pesquisa – CS/UFPE. Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Campus da UFPE-Cidade Universitária - Recife/PE. CEP: 50.670-901. Fone: (81) 2126-8588

Apêndice C

Mapa com a distribuição das unidades de atenção básica de Recife.

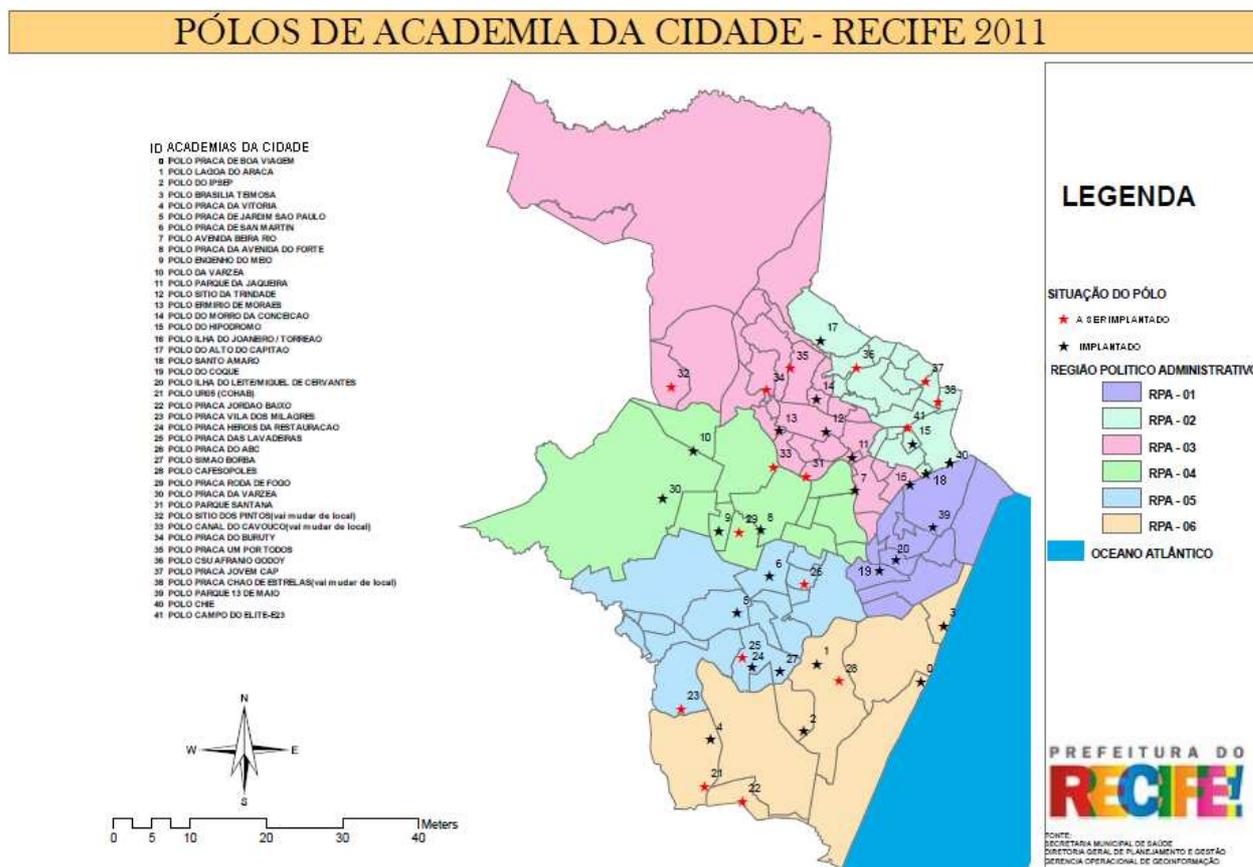
UNIDADES ATENÇÃO BÁSICA



POSIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, DIRETORIA GERAL DE PLANEJAMENTO E GESTÃO, GERÊNCIA OPERACIONAL DE RECONSTRUÇÃO

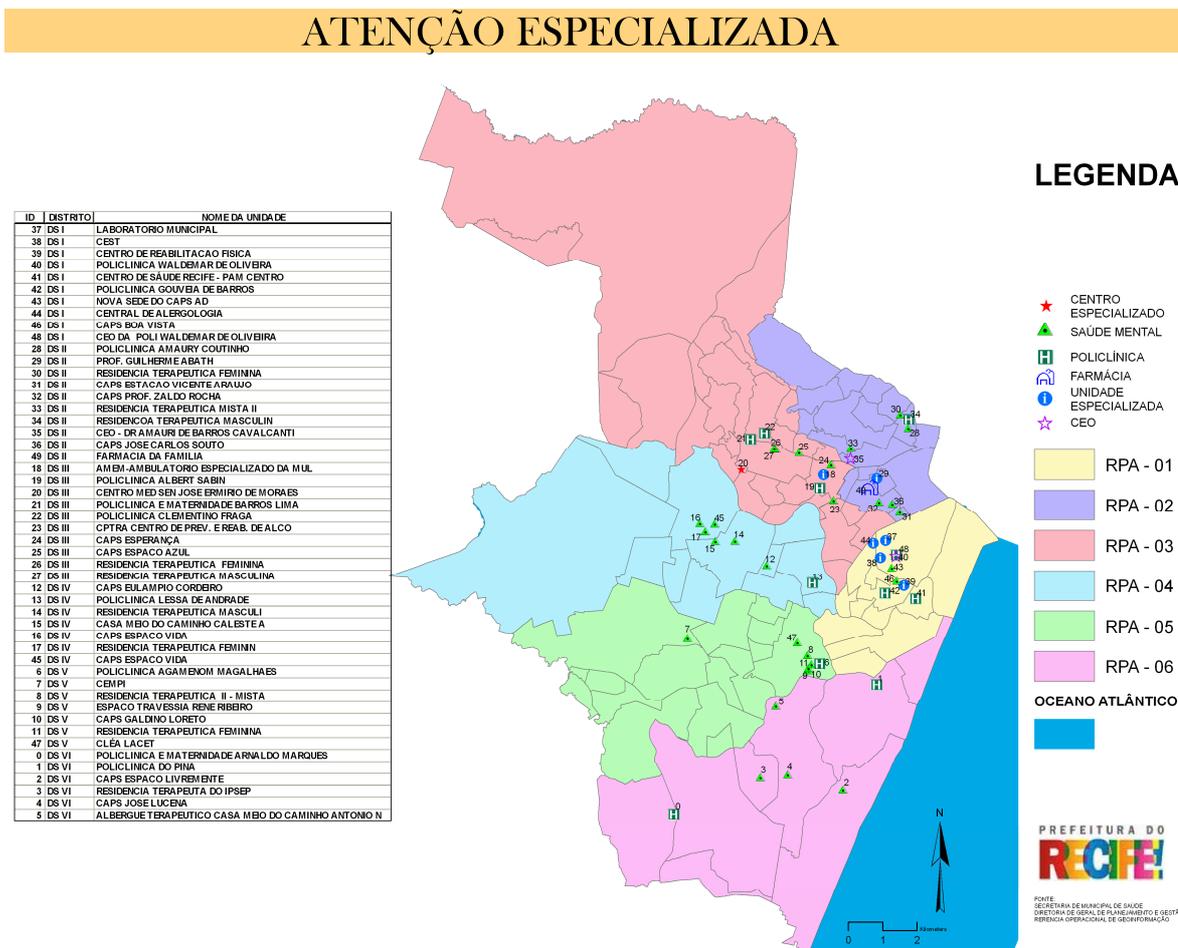
Apêndice D

Mapa com a distribuição dos polos do Programa Academia da Cidade em Recife.



Apêndice E

Mapa com a distribuição dos serviços da atenção especializada em Recife.



ANEXOS

Anexo A - Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da UFPE

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

Of. Nº. 315/2010 - CEP/CCS

Recife, 17 de novembro de 2010

Registro do SISNEP FR – 348800

CAAE – 0222.0.172.000-10

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 221/10

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

Pesquisador Responsável: Katia Magdala Lima Barreto

Senhor(a) Pesquisador(a):

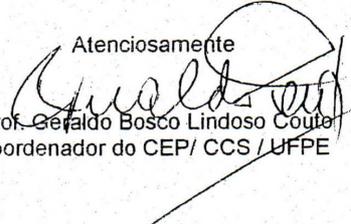
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início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

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

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

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

Atenciosamente



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

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