

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
CIÊNCIAS DA NUTRIÇÃO**

**GERLENA MARIA NAVARRO RIBEIRO HENRIQUES**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E DIREITOS DE IDOSOS EM  
JOÃO PESSOA - PB**

**JOÃO PESSOA - PB  
2012**

**GERLENA MARIA NAVARRO RIBEIRO HENRIQUES**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E DIREITOS DE IDOSOS**

**EM JOÃO PESSOA – PB**

**JOÃO PESSOA – PB**  
**2012**

**GERLENA MARIA NAVARRO RIBEIRO HENRIQUES**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E DIREITOS DE IDOSOS EM  
JOÃO PESSOA - PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba em cumprimento aos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Nutrição, linha de pesquisa em Saúde Coletiva e Epidemiologia.

**ORIENTADOR: Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna**

**CO-ORIENTADORA: Professora Dra. Patrícia Vasconcelos L. Moreira**

**JOÃO PESSOA – PB  
2012**

H519c Henriques, Gerlena Maria Navarro Ribeiro.  
Condições de saúde e direitos de idosos em João  
Pessoa-PB/Gerlena Maria Navarro Ribeiro Henriques.  
João Pessoa, 2012.  
116f.  
Orientador: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna  
Co-orientadora: Patrícia Vasconcelos L. Moreira  
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS  
1. Nutrição. 2. Saúde do idoso. 3. Idoso-avaliação  
nutricional. 4. Idoso-atividades de lazer. 5. Direito à  
saúde.

UFPB/BC

CDU: 612.39(043)

**GERLENA MARIA NAVARRO RIBEIRO HENRIQUES**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E DIREITOS DE IDOSOS EM JOÃO PESSOA – PB**

Dissertação \_\_\_\_\_ em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna – DEPNUT/PPGCN/CCS/UFPB**  
**Orientador Titular da Banca Examinadora**

---

**Profa. Dra. Patrícia Vasconcelos Leitão Moreira – DEPNUT/PPGCN/CCS/UFPB**  
**Examinador Titular Interno**

---

**Profa. Dra. Rita de Cássia Ramos do Egypto Queiroga – DEPNUT/PPGCN/CCS/UFPB**  
**Examinador Suplente Interno**

---

**Profa. Dra. Wilma Dias de Fontes – DENC/PPGE/CCS/UFPB**  
**Examinador Titular Externo**

---

**Profa. Dra. Daniela Karina da Silva Ferreira – DEF/PAPGEF/UPE/UFPE**  
**Examinador Titular Suplente**

*A minha família, especialmente ao meu marido Alexandre e às minhas filhas Mariana, Ana Carolina e Juliana. É neles que eu vejo o verdadeiro sentido do amor, da cumplicidade e da doação.*

*À Professora Doutora Tereza Helena Cavalcanti de Vasconcelos que foi a verdadeira força de apoio, incentivo, estímulo e colaboração para que eu atingisse esse objetivo. A eles dedico este trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer *a Deus* por não ter me deixado perder a esperança e a perseverança, dando-me força e coragem suficientes para que eu mantivesse a serenidade necessária para superar as dificuldades enfrentadas nesse caminho.

*Ao meu orientador Professor Doutor Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna* que mesmo à distância conseguiu me dar os subsídios necessários para a conclusão desse processo. Obrigada pela confiança em mim depositada.

*A minha co-orientadora Professora Doutora Patrícia Vasconcelos Leitão Moreira* pela paciência, incentivo, ajuda na realização desta pesquisa e acima de tudo pelo apoio e amizade a mim oferecidos.

*A Professora Doutora Tereza Helena Cavalcanti de Vasconcelos* que demonstrou uma dedicação profissional que vai além da obrigação acadêmica e atinge o ideal de perfil do mestre que quer ver seu discípulo crescer.

*Aos meus pais, Germano e Madalena* que me estimularam desde sempre à busca pelo conhecimento e sempre se sacrificaram para me proporcionar educação e também *aos meus irmãos Antônio e Germana* que me ensinaram a acreditar nos sonhos.

*A minha amiga-irmã, colega e companheira, Dra. Maria de Lourdes Dias Filha* que pacientemente me apoiou, me incentivou, me consolou nas horas difíceis e me ajudou substituindo-me nas minhas atividades profissionais quando se fez necessário.

*A todos os professores e funcionários do Mestrado* que me ajudaram na construção dessa jornada.

*Aos idosos* que participaram desta pesquisa contribuindo diligentemente no fornecimento das informações que se fizeram necessárias.

*A todos os funcionários, especialmente aos Agentes Comunitários de Saúde das Unidades de Saúde da Família que foram incluídas neste estudo*, pela preciosa colaboração. Sem eles, eu não teria alcançado esse resultado.

*Aos meus chefes e colegas de trabalho da Universidade Federal da Paraíba*, que facilitaram, compreenderam e permitiram os meus afastamentos para trabalhar nesta pesquisa.

*Aos meus pacientes* que de certa maneira sofreram com as minhas ausências nas consultas e souberam entendê-las.

*Finalmente a todos* os que direta e indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

*“A honra da velhice não provém de uma longa vida e não se mede pelo número de anos. Mas é a Sabedoria que faz as vezes dos cabelos brancos; é uma vida pura que se tem em conta de velhice.”*

*Livro da Sabedoria 4:8-9*

## RESUMO

O aumento acelerado da expectativa de vida em todo o mundo, inclusive no Brasil, tem gerado preocupações e desafios a serem enfrentados em todas as esferas sociais, políticas e econômicas para se atingir a meta de um envelhecimento saudável, com qualidade de vida onde os idosos tenham seus direitos amplamente assegurados e respeitados. Dentro desta perspectiva, o objetivo deste trabalho foi analisar as condições de saúde de uma população idosa, descrevendo seus aspectos socioeconômicos, averiguando a ocorrência as principais doenças que a acometem, avaliando seu estado nutricional e verificando o conhecimento destes idosos sobre os seus direitos garantidos por Lei, através do Estatuto do Idoso. O estudo do tipo transversal e descritivo foi realizado com 296 idosos com idades a partir dos 60 anos, em duas Unidades de Saúde da Família de João Pessoa-PB. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa: 1) Aplicação de entrevista estruturada com questões na maioria fechadas incluindo: Identificação, Hábitos e Estilo de Vida, Estado Saúde-Doença, Conhecimento do Estatuto do Idoso, 2) Aplicação de Questionário utilizado pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e 3) Coleta de dados antropométricos dos idosos entrevistados. As associações foram realizadas através do Coeficiente de Correlação de Pearson e Teste Exato de Fisher, utilizando como nível de significância estatística  $p < 0,05$ . A maior parte dos idosos entrevistados nas duas Unidades (65,2%) foi do sexo feminino. A média de idade ficou em  $70,8 \pm 7,7$  anos e a frequência de idosos aposentados foi de 62,8%, sendo que 26% dessa população eram de analfabetos. A média de renda per capita calculada em um salário mensal ficou em  $454,76 \pm 419,51$  reais. A frequência de idosos entrevistados que tinham cuidador foi de 17,9%, observando-se, assim, que a maioria dos idosos incluídos na pesquisa exerciam as atividades do cotidiano de forma independente. Com relação ao estado nutricional houve uma frequência de 40,9 % de eutrofia e 23,3% de obesidade. A média do IMC ficou em  $26,91 \pm 4,9$ . Observou-se uma frequência de 56,1% de risco muito elevado para doenças cardiovasculares, no ponto de corte obtido pela Relação Cintura-Quadril. Com relação às doenças mais frequentemente identificadas nesta população, obteve-se uma frequência de 82,1% de hipertensão arterial, seguindo-se diabetes mellitus com frequência de 29,1%. A maioria dos idosos, ou seja, 68,6% só procuravam os serviços de saúde quando precisavam. Apesar dos entrevistados reconhecerem seus direitos com respostas positivas na maioria das perguntas realizadas com base no Estatuto do Idoso, apenas 39,9% dos mesmos sabiam que esses direitos eram garantidos por Lei e estavam inclusos no referido Estatuto. As associações entre o fato positivo dos idosos terem algum tipo de atividade de lazer, com questões relacionadas aos seus direitos, resultaram em significância estatística bem maior que as realizadas com as variáveis sexo, cor, idade e renda mensal, o que ressalta a importância da integração social como fator de promoção da cidadania no idoso. Portanto, este trabalho confirmou a relevância de investimentos cada vez maiores na implantação de políticas públicas de saúde que não só atuem diretamente na prevenção das doenças e na promoção da saúde, mas que ampliem o grau de conhecimento desta faixa etária da população sobre seus direitos como forma de melhorar sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Direito à Saúde. Avaliação Nutricional. Atividades de lazer.

## ABSTRACT

The rapid increase in life expectancy all over the world, including Brazil, has generated concerns and challenges to be faced in economics, socials and public politics aspects to achieve the goal of healthy aging, quality of life where the elderly have their rights fully respected and guaranteed. Within this perspective, the objective of this study was to analyze the health of an aging population, describing their socioeconomic aspects, identifying the main diseases that affect, assessing their nutritional status and checking the knowledge of older people of their rights guaranteed by law, through the Elderly Statute. The cross-sectional, descriptive study was conducted with 296 elderly people aged from 60 years in two Health Units Family of João Pessoa. As research tools were used: 1) Application of a structured interview with questions including: Identification, Habits and Lifestyles, State Health-Disease, Knowledge of the Elderly Statute, 2) Application of the Questionnaire used by the National Food and Nutrition (PNAN) and 3) Collection of anthropometric data of elderly respondents. The associations were performed using the Pearson correlation coefficient and Fisher's exact test, using significance level of  $p < 0,05$ . Most of the elderly respondents in the two units (65,2%) were females. The mean age was  $70,8 \pm 7,7$  years old and frequency of elderly retirees was 62,8%, being 26% of this population illiterate. The average per capita income calculated on a monthly salary stood at  $454,76 \pm 419,51$  reais. The frequency of elderly with caregivers was 17,9%. This fact shows that most of these seniors enrolled in the study performed daily activities independently. Regarding the nutritional status, the frequency found of eutrophic was 40,9% and 23,3% of obesity. The mean BMI was  $26,91 \pm 4,9$  at. It was observed a frequency of 56,1% to very high risk for cardiovascular disease, related the cutoff point obtained from the Waist-Hip Ratio. Regarding the diseases most frequently identified in this population, there was obtained a frequency of 82,1% of hypertension, diabetes mellitus followed with a frequency of 29,1%. Most of the elderly (68,6%) only sought health services when needed. Despite the respondents recognize their rights considering positive responses in most of the questions asked on the basis of the Elderly Statute, only 39,9% of them knew that these rights were guaranteed by law and were included in the Statute. The associations between the positive fact of the elderly have some type of leisure activity, with issues relating to their rights, resulted in statistically significant greater than those performed with the variables sex, color, age, monthly income, which highlights the importance of social integration as a factor in promoting citizenship in the elderly. Therefore, this study confirmed the importance of increasing investments in the deployment of public health politics that not only act directly on disease prevention and health promotion, but that increases the degree of knowledge of this age group about their rights as how to improve their quality of life.

Keywords: Health of the Elderly. Right to Health. Nutritional Assessment. Leisure activities.

## LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 -	Expectativa de vida segundo a faixa etária.....	17
Quadro 1 -	Índice de Massa Corporal.....	40
Quadro 2 -	Indicadores Razão Cintura/Quadril.....	40
Quadro 3 -	Pontos de Corte Circunferência da Cintura.....	41

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Características socioeconômicas dos idosos das USF Castelo Branco e USF São José. João Pessoa, 2011.....	57
Tabela 2 -	Porcentagem de respostas positivas para as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.....	59
Tabela 3 -	Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) quanto às faixas etárias dos idosos relacionados com as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.....	60
Tabela 4 -	Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) quanto ao sexo dos idosos relacionados com as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.....	61
Tabela 5 -	Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) quanto aos níveis de escolaridade dos idosos relacionados com as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.....	62
Tabela 6 -	Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) da referência dos idosos quanto a realizar atividades de lazer relacionados com as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.....	63

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>16</b>
2.1 ENVELHECIMENTO: CONCEITOS E IMPLICAÇÕES.....	16
2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	22
2.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO IDOSO.....	26
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL VOLTADAS PARA O IDOSO.....	34
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>38</b>
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	38
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	39
3.4 COLETA DE DADOS.....	39
<b>3.4.1 Entrevista estruturada.....</b>	<b>39</b>
<b>3.4.2 Questionário da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).....</b>	<b>41</b>
3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	41
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	42
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICE A – Entrevista estruturada aplicada à população idosa.....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE B – Artigo 1: Fatores que influenciam a percepção de direitos de uma população idosa em João Pessoa – PB .....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE C – Resultados a serem explorados.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO B - Certidão do Comitê de Ética em pesquisa em seres humanos – HULW.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO C – Questionário: Como está sua alimentação .....</b>	<b>113</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de modo importante e acelerado em todo o mundo. Em 2009, o número de idosos já representava 700 milhões, projetando-se para o ano 2050, uma população idosa mundial de cerca de 02 bilhões de pessoas (OMS, 2009).

Esta tendência de envelhecimento populacional vem ocorrendo no mesmo ritmo no Brasil, visto que em termos proporcionais, o seguimento da população que mais cresceu no final do século passado, foi o de pessoas com mais de 60 anos. Em 1999, o país possuía 13,5 milhões de idosos e em 2025, esta faixa da população atingirá cerca de 32 milhões de pessoas, o que mostra claramente como o envelhecimento implica numa problemática concreta e complexa, em nossa sociedade (IBGE, 2009).

Sabe-se que o processo de envelhecimento, inerente à própria natureza humana, acarreta uma série de transformações físicas, biológicas, psíquicas e sociais, o que pode resultar para a pessoa idosa situações de dependência, baixa autoestima, inatividade, sensação de inutilidade e isolamento.

A modificação da relação do idoso com a família e a sociedade juntamente com a perda do vigor e da beleza física, a perda de parentes e amigos, a falta de atividade profissional formal, são fatores que podem, principalmente quando acompanhados pela presença das doenças prevalentes nesta fase da vida, levar a um envelhecer sem qualidade de vida e saúde.

Diante da alta prevalência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), especialmente: Diabetes Mellitus tipo II, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias, Aterosclerose, Doença Arterial Coronariana, Doenças Cerebrovasculares e Obesidade, na fase adulta e na terceira idade, e sabendo-se por outro lado, que os idosos são especialmente vulneráveis ao desenvolvimento de carências nutricionais influenciadas pelas suas próprias condições biológicas, socioeconômicas, psicológicas e familiares (MARIN-LÉON et al., 2005), faz-se mister que esta parcela da população seja devidamente estudada, assistida e monitorada para que se consiga atingir um envelhecimento saudável.

Pode-se ainda ressaltar que a realização de uma adequada avaliação nutricional que inclua além da antropometria, anamnese e exame físico completo, pode ajudar de forma importante, no diagnóstico precoce e na prevenção de fatores de risco para as DCNT mencionadas acima, relacionadas principalmente ao sobrepeso e à obesidade (FÉLIX; SOUZA, 2009).

Diante das grandes discrepâncias regionais e culturais do nosso país, sabe-se que não necessariamente todos os brasileiros “vivem mais e melhor” porque dependendo do contexto socioeconômico e geográfico onde estão inseridos, o “viver mais” pode significar “viver menos”, quando nos deparamos com uma realidade cruel onde o idoso transforma-se num estorvo familiar sem ter suas necessidades básicas de assistência à saúde plenamente satisfeitas.

O fato de não se considerar a velhice como a idade da vivência e da experiência que não podem ser desperdiçadas, e quando não se prepara a sociedade para esta realidade, leva-se o ser humano a se tornar fadado a viver em uma Civilização solitária e totalmente deficiente de direitos e garantias na terceira idade (FRANGE, 2010).

Sob este prisma, atitudes gerais e concatenadas entre o governo e a sociedade civil organizada, para lidar com a pessoa idosa de forma global e com as peculiaridades que esta população demanda, evitam significativamente o abandono, a exclusão e o isolamento do idoso na sociedade na qual ele é inserido (MARTINS; MASSAROLLO, 2008).

A preocupação com o planejamento de políticas públicas voltadas para a saúde do idoso tem sido bastante discutida pelo poder público. Em primeiro de janeiro de 2004, entrou em vigor no Brasil o Estatuto do Idoso, regulamentado pela Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, que tem como tema central o amparo, a assistência e a proteção ao indivíduo no seu processo de envelhecimento e durante a sua velhice, dando-lhe ampla proteção legal, com prioridade no atendimento junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população, em todas as instâncias (BRASIL, 2003). O Estatuto do Idoso cria também uma cultura bioética, visto que o maior legado que se pode deixar para as gerações futuras é o conceito do respeito ao outro, quanto a sua valorização como pessoa, independente da sua idade cronológica.

Programas de atenção ao idoso vêm sendo criados em muitas unidades de saúde de todo o país. A sociedade tem assistido uma divulgação de atenção crescente do poder público a esta parcela cada vez mais significativa da população brasileira. Crescem as discussões que tentam nortear as medidas necessárias para que o indivíduo desta faixa etária mantenha-se produtivo e com uma qualidade de vida cada vez mais condizente com a dignidade da natureza humana, que o permitam permanecer ativo no meio em que vive, interagindo com os que o cercam e se sentindo seguro, útil e produtivo.

Para atender as necessidades do idoso é necessário o conhecimento da sua realidade, considerando as diferenças sociais, regionais e econômicas em que ele está inserido. Um planejamento adequado precisa atentar para as características desta população alvo.

A identificação das condições de saúde de uma população idosa, como o caso dos idosos atendidos em duas Unidades de Saúde da Família no município de João Pessoa - PB, a que este trabalho se propôs, possibilita um olhar especial para esta população e serve de subsídio a outros estudos referenciados à temática aqui apresentada, objetivando cada vez mais trabalhar a questão da saúde do idoso com dados recentes e condizentes com a realidade regional.

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa é analisar as condições de saúde e a percepção dos direitos de uma população idosa atendida em João Pessoa, tendo como objetivos específicos:

- . Descrever as condições socioeconômicas desta população;
- . Averiguar a ocorrência das principais doenças que acometem esta população;
- . Avaliar o estado nutricional desta população;
- . Verificar o conhecimento desta população sobre os seus direitos assegurados pelo Estatuto do Idoso.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 ENVELHECIMENTO: CONCEITOS E IMPLICAÇÕES

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), são consideradas idosas as pessoas com mais de 65 anos. Esse referencial, entretanto, é válido para os habitantes de países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a terceira idade começa aos 60 anos. É o que também estabelece o Estatuto do Idoso em seu art. 1º, no qual assegura os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (FRANGE, 2010).

No entender de Dias et al. (2011, p. 373):

Embora 65 anos de idade ou mais seja o critério usado para identificar uma pessoa idosa nos países desenvolvidos, no Brasil, a referência é a partir dos 60 anos, sendo a concepção de envelhecimento ativo retratada pela: manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; reabilitação da capacidade funcional comprometida; capacitação de recursos humanos especializados; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e de pesquisas; promoção do envelhecimento saudável.

Para Tonon, Oliveira e Bussula (2012, p. 5), há três concepções do que é a velhice:

- a) Velhice cronológica: pessoas que já tenham atingido os 65 anos de idade.
- b) Velhice funcional: aqui temos o velho sinônimo “incapaz” ou limitado. Precisa-se lutar contra essa ideia, pois a velhice tem suas reduções na capacidade funcional devido ao transcurso do tempo, mas isso não impede que se desenvolva uma vida plena.
- c) Velhice etapa vital: reconhecimento que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa.

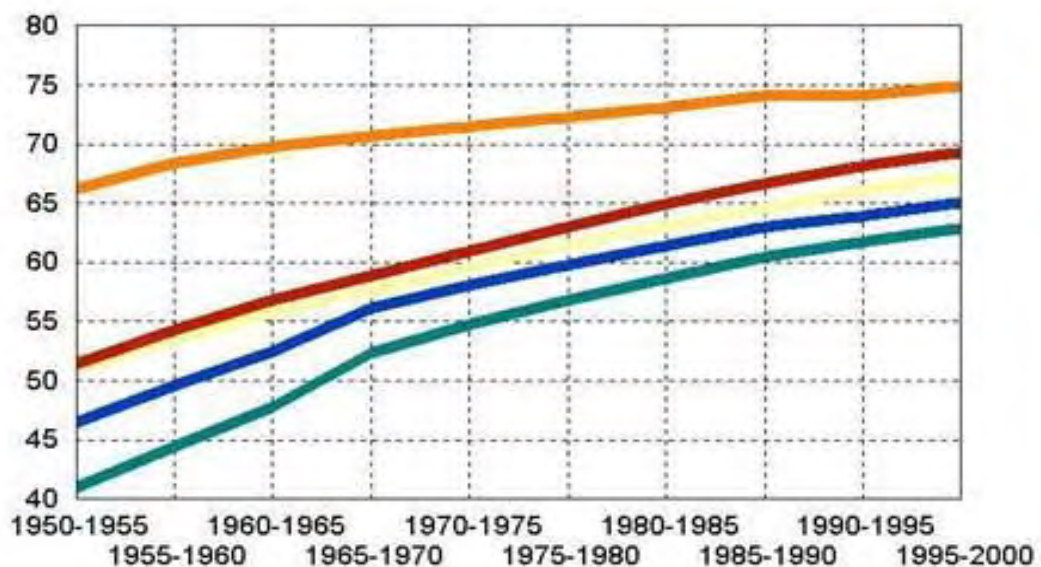
Já para Vieira (2004, p. 116), o envelhecimento é o “fenômeno do processo de vida que, assim como a infância, a adolescência é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo”.

A história mostra como em algumas sociedades o velho é tido como fonte de sabedoria, cultivando a experiência e o respeito até a morte. Enquanto isso, na sociedade contemporânea ele é visto como um ser humano improdutivo e, conseqüentemente, considerado um estorvo na estrutura familiar e social. Assim, a compreensão do “ser velho” e toda modificação decorrente do avanço da idade é tratada de modo diferenciado de acordo com a cultura de cada sociedade (GOLDFARB, 2005).

Socialmente o termo envelhecimento tem sido substituído por outros termos (terceira idade, melhor idade) que vêm de certa maneira amenizar o estereótipo do ser velho. Indica-se as pessoas da terceira idade como aquelas que possuem conhecimentos e experiências, e

que não podem subitamente, com a chegada da aposentadoria, sentirem-se inúteis e inaproveitáveis. O que vai diferenciar esse comportamento são as influências recebidas das pessoas e do meio em que vivem aliadas às características pessoais com as quais nascem e que as acompanham durante toda a vida (PAMPLONA, 2005).

O acentuado aumento da parcela da população mundial com 60 anos ou mais de idade nas últimas décadas, vem despertando o interesse em todas as áreas do conhecimento humano, especialmente no setor da saúde, gerando preocupação tanto na sociedade quanto nas autoridades governantes. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a expectativa de vida ao nascer aumentou de 46,5 anos em 1950-1955, para 65 anos em 1995-2000 (Figura1). Observa-se também que a diferença entre os países mais e menos desenvolvidos vem gradativamente diminuindo quanto ao envelhecimento da população.



#### GRÁFICO 1 - EXPECTATIVA DE VIDA, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

Azul = Mundo; marrom = América Latina; vermelho = Países mais desenvolvidos; verde = Países menos desenvolvidos; amarelo = Brasil. Fonte: OMS (2010).

O Brasil acompanhou essa evolução, estando sempre um pouco acima da média mundial: 50,9 anos em 1950-1955 para 67,2 anos em 1995-2000. Segundo a projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o país continuará galgando anos na vida média de sua população, alcançando em 2050 o patamar de 81,29 anos, basicamente o mesmo nível atual da Islândia (81,80), Hong Kong, China (82,20) e Japão (82,60), com projeções de atingir um total de 63 milhões de idosos. O aumento da expectativa de vida tem sido mais impressionante entre idosos acima de 80 anos. Entre 1997-2007, a população de 60-

69 anos cresceu 21,6%, e a de mais de 80 aumentou 47,8%. Haverá no país 173 pessoas idosas para cada 100 crianças, levando a prognósticos de que o Brasil se torne a sexta população de idosos no mundo.

Na Paraíba, nos últimos 15 anos a população idosa aumentou 26,4% sendo a quarta maior população idosa do país (10,2% da população do Estado) apresentando uma expectativa de vida de 68 anos, sendo que as mulheres estão vivendo sete anos a mais do que os homens<sup>1</sup>. Isto significa que a rede de saúde deverá se aperfeiçoar para atender essa população. Esta tendência de maior número de mulheres idosas está de acordo com os dados de elevação no excedente feminino na população total que, em 2000, era de 2,5 milhões de mulheres e, em 2050, poderá atingir quase sete milhões (IBGE, 2010).

Esse perfil delineado resulta em profundas mudanças nas relações familiares, sociais, de trabalho, de saúde e previdência. Como consequência, vemos transformações em todo o ciclo de vida e no perfil das faixas etárias, criando-se a necessidade de implantação de políticas públicas adequadas e novas formas de organização social. Há necessidade de se investir cada vez mais qualitativamente na educação das crianças, estender o tempo da juventude por causa das exigências competitivas do mundo do trabalho e o momento da aposentadoria tenderá a ser retardado (TANNURE et al., 2010).

Deve-se ressaltar que o envelhecimento da população no Brasil é decorrente de mudanças, que vêm acontecendo de maneira muito rápida nas três últimas décadas, consequentes do declínio da fecundidade com diminuição do ritmo anual de nascimentos, da redução da mortalidade infantil e da melhora das condições de saúde que incluiu programas de prevenção e tratamento das doenças levando a um contínuo estreitamento da base da pirâmide etária (TANNURE et al., 2010).

A realidade desta revolução demográfica sofrida pela população brasileira gerou situações discrepantes e opostas em vários sentidos. Observa-se que grande parte dos idosos brasileiros, mesmo convivendo com algum tipo de problema de saúde, continua atuante, com 87% dos homens idosos chefiando famílias e mais da metade contribuindo com seus proventos para a subsistência familiar. Por outro lado, uma importante parcela de idosos continua vivendo sem rendimentos próprios e não são capazes de atender às suas necessidades básicas, além de vivenciarem sérios problemas de saúde, dependências físicas e mentais (MINAYO, 2012).

---

<sup>1</sup> Dados do Pnad/IBGE publicados no Jornal Correio da Paraíba em 30/04/2006

Portanto, é de responsabilidade dos gestores públicos e de toda a sociedade a luta pela criação de investimentos na promoção de condições adequadas para vida saudável desse grupo social, assim como prover a atenção devida às suas necessidades. Essa responsabilidade aumenta, sobretudo, no que diz respeito à população acima de 80 anos, quando a incidência de doenças aumenta e autonomia diminui, implicando-se em maiores dificuldades para se promover saúde e qualidade de vida para esse segmento da população que requer muito mais recursos financeiros (MINAYO, 2012).

O envelhecimento como processo inerente à natureza humana traz consigo transformações físicas, biológicas, neuropsicológicas e sociais e não se pode compreender a terceira idade, sem se estar atento a essas mudanças (PAPALÉO NETTO, 2002).

Há evidências de que o processo de envelhecimento é de natureza multifatorial e dependente da programação genética e das alterações que ocorrem em nível celular e molecular. Consequentemente, há diminuição da capacidade funcional das áreas afetadas pela idade e sobrecarga dos mecanismos de controle homeostático, que passam a servir como substrato fisiológico influenciando na apresentação das doenças, nas respostas ao tratamento proposto e nas complicações que se seguem (ZIMERMAN, 2000).

Os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida, sendo chamados sinais de senescência, sem comprometer as relações e a gerência de decisões. Esse processo não pode ser considerado doença. Em condições basais, o idoso não apresenta alterações no funcionamento ao ser comparado com o jovem. A diferença manifesta-se nas situações nas quais se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas, que, nele, estão comprometidas. Vale ressaltar que todos os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, o que leva a uma maior complexidade ao processo de envelhecimento (ZIMERMAN, 2000).

O envelhecimento biológico apresenta-se como um processo contínuo que ocorre ao longo da vida e que varia de indivíduo para indivíduo. A velhice pode ser definida então, como um processo dinâmico e progressivo, no qual ocorrem modificações tanto morfológicas, funcionais e bioquímicas, como psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos (MARCHI NETTO, 2004).

Este autor enumera as alterações mais comuns na terceira idade que podem ser assim referidas:

- a) Embranquecimento e queda dos cabelos, com ressecamento da pele;

- b) Diminuição no número de células musculares e redução da elasticidade dos tecidos;
- c) Enfraquecimento do tônus muscular e perda de massa óssea, principalmente nas mulheres, levando a mudanças posturais, com acentuação das curvaturas da coluna torácica e lombar;
- d) Enrijecimento das articulações com diminuição da amplitude dos movimentos e produção de alterações no equilíbrio e na marcha;
- e) Alterações no sistema cardiovascular, podendo ocorrer degeneração das fibras musculares do miocárdio, espessamento e calcificação valvular, estreitamento das artérias, dilatação aórtica e do ventrículo esquerdo do coração e aumento da pressão arterial;
- f) Dilatação dos bronquíolos e sacos alveolares, diminuição da elasticidade e complacência dos pulmões o que juntamente com a rigidez da caixa torácica por atrofia dos músculos esqueléticos, pode levar a diminuição da ventilação pulmonar;
- g) Atrofia secundária nas vísceras e alterações dos elementos glandulares do tecido conjuntivo o que justifica a lentidão da digestão e assimilação dos alimentos;
- h) Diminuição da capacidade de satisfação sexual, tornando-se o orgasmo cada vez mais difícil para ambos os sexos, decorrente das alterações hormonais.

As alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) decorrentes da idade constituem-se de importância fundamental, já que se relacionam não só com seus aspectos anatômicos e funcionais por si, mas também com os aspectos psicológicos, de cognição e com a capacidade funcional que permite ao idoso se adaptar às mudanças a ele impostas nessa fase da vida. O conhecimento sobre o envelhecimento neuropsicológico ajuda a fundamentar as mudanças exigidas pela sociedade para que os idosos sejam adequadamente valorizados no meio em que vivem (VALLE et al., 2009).

Verifica-se que as repercussões funcionais do envelhecimento fisiológico (senescência) no Sistema Nervoso Central (SNC) são controversas e não afetam significativamente as funções cognitivas. Observa-se redução do peso do encéfalo (10%), do fluxo sanguíneo cerebral (15-20%), do volume ventricular, número de neurônios e depósito neuronal de lipofuscina. Surgem degeneração vascular amilóide, placas senis e degeneração neurofibrilar com comprometimento da neurotransmissão dopaminérgica e colinérgica resultando em diminuição da velocidade da condução nervosa. As regiões mais sensíveis às alterações do envelhecimento localizam-se no lobo frontal e, possivelmente, no lobo temporal

medial. Há mais comprometimento no resgate das informações previamente estocadas, tarefas dependentes da memória de trabalho e também na consolidação de informações recentes (memória episódica recente, por exemplo, localização de objetos, recados, entre outros), lentificação no processo cognitivo, redução da memória prospectiva (“lembrar-se de lembrar”) e da memória contextual, não havendo alteração da memória semântica (MORAES et al., 2010).

Segundo Lourenço (2006), o processo de atenção representa grupo complexo de comportamentos, em que o indivíduo pode selecionar informações e ignorar outras; sustentar a concentração em uma informação por um período de tempo; dividir a atenção entre dois ou mais aspectos ao mesmo tempo; e mudar o foco da atenção quando for necessário. A capacidade do idoso de dividir atenção entre vários estímulos para apreender uma situação é extremamente prejudicada. Outras funções da atenção não se modificam com o envelhecer.

A influência do tempo sobre a cognição também amplifica as diferenças entre os sexos, isto é, os homens mais velhos mostram mais facilidades nos cálculos matemáticos, enquanto as mulheres nas habilidades executivas (VALLE et al., 2009).

Outro agravante no processo de interação social e atenção no idoso é a presbiacusia, visto que a mesma prejudica a compreensão da fala. Entretanto, este déficit periférico pode ser compensado individualmente pelos outros recursos e experiências cognitivas. Lembra-se, no entanto, que o vocabulário e a expressão verbal tendem a aumentar durante a vida toda, apesar da linguagem espontânea poder se tornar menos precisa e mais repetitiva com o passar do tempo (VALLE et al., 2009).

Moraes et al. (2010) lembram que apesar do Sistema Nervoso Central (SNC) não ser capaz de recuperar seus neurônios, tem propriedades que podem diminuir o impacto das alterações do envelhecimento, como: redundância (existem muito mais neurônios no cérebro que o necessário); mecanismos compensadores (surgem em situações de lesão cerebral e são mais hábeis conforme o centro atingido); plasticidade (habilidade de neurônios maduros, com sua rede de dendritos, desenvolverem novas sinapses, levando, à formação de novos circuitos sinápticos).

Diante disso, pode-se afirmar que o envelhecimento neuropsíquico não precisa ser naturalmente progressivo nem ocorrer inexoravelmente como efeito da passagem do tempo, apesar dela ser dependente, mas é, sobretudo, resultado do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida. A definição de quais e como as funções psíquicas se modificam no decorrer dos anos permitiu a consideração de que o idoso não seja tratado

como um ser limitado cognitivamente, mas que requer a adaptação a estímulos ambientais para possuir funcionalidade comparável à de adultos jovens (VALLE et al., 2009).

O desenvolvimento de estudos da Psicologia e Psiquiatria no idoso proporcionou mudanças no paradigma do envelhecer psíquico, ou seja, idosos saudáveis, sem limitações físicas, podem ser bastante produtivos (LOURENÇO, 2006).

Entretanto, mesmo entendendo-se o envelhecimento como parte integrante da vida de cada indivíduo, as tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas à velhice. O papel social do idoso é fator importante no significado do próprio envelhecer, destacando-se neste aspecto a aposentadoria, momento em que o indivíduo se distancia da vida produtiva, acontecendo um processo súbito de descontinuidade. Deve-se levar em conta que se por um lado, o idoso anseia pelas vantagens do descanso e do lazer, ele tem que se ajustar a uma nova condição que não lhe permita sentir-se desvalorizado ou desqualificado. O idoso precisa se sentir engajado em atividades que o façam sentir-se útil, mesmo quando possui boas condições financeiras (MENDES et al., 2005).

Também se deve levar em conta que os relacionamentos familiares são de extrema importância para a promoção da qualidade de vida do idoso. Nas famílias onde há falta de respeito e desarmonia, pode haver isolamento da pessoa idosa causado por medo de cometer erros e sofrer punições. Por outro lado, mesmo nas famílias onde não há desarmonia, o excesso de zelo pode tornar o idoso progressivamente dependente, visto que são feitas por ele, tarefas que por ele próprio poderiam ser executadas (MENDES et al., 2005).

Portanto, entender a terceira idade é tarefa complexa, mas deve-se lembrar de que a pessoa idosa torna-se suficientemente sábia para aceitar a realidade, tolerar a dor ou a perda da independência biológica, pois seus dispositivos de segurança são cada vez mais eficazes na relação com o mundo. Isto significa liberdade plena ou independência psíquica, pois compreende o sentido da vida. Os valores que regem a vida do idoso são cada vez mais elevados, racionais, inteligentes e conscientes (MORAES et al., 2010).

## 2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A incidência de doenças que atingem a população mundial modificou-se ao longo dos anos. Os males que afetavam a humanidade no início do século eram em sua maioria, doenças agudas, como as infecciosas e parasitárias e os jovens eram os mais atingidos por essas doenças. Contudo, com a industrialização e a evolução da ciência e tecnologia o que levou à

descoberta de medicamentos potentes contra os agentes infecciosos e a melhoria das condições de saneamento básico, este quadro foi sendo alterado. Houve consequente aumento da expectativa de vida e se observa, atualmente, que as moléstias que apresentam altas taxas de morbidade e mortalidade são as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais acometem a população idosa de forma mais frequente (VITORELI; PESSINI; SILVA, 2005).

Das 57 milhões de mortes no mundo em 2008, 36 milhões, ou seja, 63,0% aconteceram em razão das DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80% dessas, ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29,0% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13,0% das mortes são precoces (MALTA; MORAES NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

No Brasil, como nos outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). Atingem indivíduos de todas as camadas sociais e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de nível socioeconômico baixo e têm como principais fatores de risco o tabagismo, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo aumento dos níveis de colesterol LDL (MALTA; MORAES NETO; SILVA JR., 2011).

A obesidade está fortemente associada às DCNT, especialmente à doença coronariana, hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, doenças da vesícula biliar, osteoporose e alguns tipos de câncer, aumentando a morbidade e a mortalidade nos adultos e idosos. (MARTINS et al., 2010).

Este distúrbio, muito comum em países desenvolvidos, visto que a sua maior causa é o excesso de ingestão de alimentos, vem ocorrendo, também, nos países em desenvolvimento, especialmente nos da América Latina, pois com a crescente globalização, observa-se um aumento dramático na prevalência da obesidade nestes locais. Isto se deve a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida importados dos países mais industrializados. De fato, esta tendência, chamada de "ocidentalização da Nutrição" (*nutritional westernization*), vem se caracterizando pelo aumento do consumo de *fast foods* e por uma tendência à diminuição da atividade física (MARTINS et al., 2010).

A incorporação dessa mudança de hábitos alimentares nas regiões da América Latina tem propiciado o aumento das taxas de doenças crônicas degenerativas em contraposição às

das doenças infectocontagiosas, as maiores responsáveis pela mortalidade no passado. O indicador de obesidade mais frequentemente escolhido nas pesquisas sobre a obesidade na América Latina tem sido o Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25 kg/m<sup>2</sup>. Verificou-se uma alta prevalência de obesidade, principalmente com relação ao sexo feminino, em todos os países estudados. No Brasil, a prevalência de obesidade também é maior nas mulheres (VITORELI; PESSINI; SILVA, 2005).

A dieta balanceada, o controle do peso e os exercícios físicos são capazes de diminuir e prevenir os efeitos deletérios das DCNT. O aconselhamento dietético com orientação para se diminuir o consumo de carboidratos, principalmente os carboidratos simples, dando-se preferência à ingestão dos provenientes das frutas e vegetais, o aumento da ingestão de fibras solúveis, a redução das gorduras da dieta, principalmente as saturadas e o combate ao alto consumo de proteínas, faz-se essencial nos programas de prevenção e tratamento dessas doenças (VITORELI; PESSINI; SILVA, 2005).

Segundo Lima; Pereira e Romano (2011, p. 40):

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que está associado a mudanças biológicas que aumentam o risco de morbidade, incapacidade e morte. Nesse processo, as doenças crônico-degenerativas aumentam em prevalência frente às de caráter agudo. No Brasil, o diabetes mellitus aparece em quarto lugar dentre as doenças mais prevalentes na população. O diabetes mellitus é um problema de saúde pública, com incidência e prevalência crescentes, alcançando proporções epidêmicas, e está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos indivíduos.

Estima-se que 4 a 5 milhões de pessoas são portadoras de Diabetes Mellitus (DM) não diagnosticado, visto que seus sintomas raramente aparecem na sua fase inicial. As complicações mais comuns são neuropatia, retinopatia e doença cardiovascular, que muitas vezes advêm de um diagnóstico tardio ou de uma adesão inadequada ao tratamento por parte dos pacientes. Essas complicações têm um impacto negativo sobre a expectativa de vida ativa, debilitando ou incapacitando os seus portadores, causando-lhes uma baixa qualidade de vida (VITORELI; PESSINI; SILVA, 2005).

No Brasil, em 2005, as estimativas eram de oito milhões de indivíduos portadores de DM, e esse número está aumentando devido ao envelhecimento populacional, à maior

urbanização, à crescente prevalência da obesidade e do sedentarismo, bem como à maior sobrevivência do próprio portador desta doença (MARTINS et al., 2010).

Segundo Martins et al. (2010, p. 163), a influência da idade na prevalência de DM e na tolerância à glicose diminuída foi evidenciada pelo Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil, “que demonstrou prevalência de 2,7% para a faixa etária de 30-59 anos e de 17,4% para a de 60-69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes”.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por aproximadamente 24% das mortes nos EUA e 38% das mortes no Brasil (MARTINS et al.; 2010). Isto se deve a hábitos alimentares errôneos e à crescente tendência ao sedentarismo, comuns nos grandes centros de países desenvolvidos, como os EUA. A importação desses hábitos para países em desenvolvimento, como o Brasil, tem levado a um aumento crescente das doenças cardiovasculares (MAINERI et al.; 2007).

Sobre as doenças cardíacas, em especial a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), de acordo com Martins et al. (2010, p. 263):

É uma das doenças mais prevalentes na população, cujas proporções aumentam progressivamente com a idade. A prevalência de HAS na população idosa é de 65%, podendo chegar a 80% em mulheres acima de 75 anos. A prevalência de hipertensão em diabéticos é pelo menos duas vezes maior do que em não diabéticos, e adultos diabéticos que chegam aos 65 anos sem HAS têm aproximadamente 90% de chance de se tornarem hipertensos.

Segundo Munaretti et al. (2011), a pressão arterial elevada é o maior problema de saúde pública em todas as regiões do mundo. No Brasil, estima-se que essa doença acometa 50 a 70% dos indivíduos idosos, sendo um dos principais fatores de risco a ela associada, tanto em estudos prospectivos quanto transversais em diversas populações o excesso de gordura corporal.

Esses dados são corroborados por Souza; Scochi e Maraschini (2011), em um estudo sobre morbidade numa população idosa onde a hipertensão arterial sistêmica foi a doença mais referida pelos idosos o que implica nas suas conseqüentes implicações quando não adequadamente tratada, levando a acidentes vasculares cerebrais, doença coronariana e assim, incapacidade funcional nessa faixa etária da população.

O câncer é responsável por 22% das mortes nos EUA e 13% no Brasil e possui íntima relação com hábitos alimentares e sua incidência vem aumentando. O IMC elevado aumenta o risco para vários tipos de câncer (mama, colorretal, endométrio, rim, esôfago, pâncreas, próstata). Vários estudos indicam que a excessiva ingestão de gorduras é um fator de risco

para alguns tipos de câncer, principalmente o câncer de mama, cólon, próstata, reto e ovários. Certos componentes da alimentação aparecem como risco potencial de câncer: os defumados, embutidos e agentes contaminantes como as aflatoxinas e compostos N-nitrosos. O oposto ocorre nos padrões dietéticos caracterizados pelo alto consumo de fibras como frutas, vegetais amarelos e verdes que são alimentos que contribuem para a prevenção do câncer, por serem fontes de substâncias antioxidantes (VITORELI; PESSINI; SILVA, 2005).

Segundo Souza; Scochi e Maraschini (2011), o desafio para as políticas públicas está em ajustar a assistência à saúde para atender de forma global o emergente contingente de idosos neste atual perfil de morbidade que se apresenta ascendente. Além das doenças crônicas não transmissíveis já abordadas, também se destacam na população idosa, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e as doenças dos olhos e anexos que podem tornar o indivíduo idoso incapacitado.

Para tal enfrentamento há no Brasil um Plano de Ações Estratégicas para o combate das DCNT a ser implantado em 10 anos. Este plano foi elaborado por áreas técnicas especializadas do Ministério da Saúde, secretarias de saúde estaduais e municipais e outros órgãos governamentais e foi divulgado na Reunião de Alto Nível da Organização Mundial de Saúde. O plano fundamenta-se em três diretrizes principais: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) Promoção da Saúde; c) Cuidado Integral (MALTA; MORAES NETO; SILVA JÚNIOR, 2011).

### 2.3 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL NO IDOSO

No entender de Cavalcanti et al. (2009, p. 867):

Vários são os meios de melhorar a qualidade de vida daqueles que estão no processo de envelhecer, dentre os quais se inclui o desenvolvimento de programas de saúde. Esses programas de saúde, que têm como base à comunidade e que implicam promoção da saúde do idoso, devem ter a nutrição como uma das áreas prioritárias.

Com o avanço da idade, ocorrem mudanças na composição corporal de tal forma que a massa livre de gordura diminui e a massa gorda geralmente aumenta, sendo armazenada no intra-abdominal e dentro do músculo, ao invés de permanecer no tecido celular subcutâneo, como no adulto jovem. Também o conteúdo de minerais da massa livre de gordura e a quantidade de água intra e extracelular mudam. Essas alterações afetam os parâmetros de

avaliação antropométrica do idoso, levando a uma provável mudança na relação entre adiposidade corporal e IMC, com o avanço da idade (SANTOS; SICHIERI, 2005).

Nos idosos, observa-se excesso de gordura abdominal e no tronco, enquanto a gordura subcutânea diminui nos membros superiores e inferiores. O aumento da gordura abdominal leva a alterações no metabolismo da glicose e dos lipídios. Estes distúrbios conseqüentemente predis põem estes indivíduos às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), quais sejam as doenças cardiovasculares, resistência à insulina que leva ao diabetes mellitus, câncer e a hipertensão arterial sistêmica (NASCIMENTO et al. 2011).

É importante lembrar que no surgimento das doenças mencionadas acima, somam-se outros fatores de risco para as mesmas, entre eles, os maus hábitos alimentares, o tabagismo, o alcoolismo e o sedentarismo (NASCIMENTO et al., 2011).

Na meia idade, o maior problema nutricional é o sobrepeso associado às DCNT. Esta característica vai mudando com o passar dos anos, diminuindo a tendência à obesidade e, acima dos 80 anos, magreza e perda de massa muscular são os maiores problemas (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Reconhece-se que os idosos apresentam um aumento da sensibilidade às infecções, ou um estado conhecido como “imunossenescência”, termo que se refere, usualmente, à noção de que existem disfunções do sistema imune relacionadas à idade que resultam em aumento do risco de infecções (LEITE; WAISSMANN, 2006).

Adicionalmente, destaca-se o papel do estado nutricional na imunodepressão em idosos, sabendo-se que o baixo peso causa aumento na morbimortalidade por tuberculose, infecções pulmonares, urinárias e gastrointestinais, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, câncer de pulmão e estômago (NASCIMENTO et al., 2011).

Leite e Waissmann (2006) estimam que 10 a 25% desses indivíduos vivam em clínicas geriátricas e, pelo menos, 50% daqueles admitidos para hospitalização apresentem deficiências nutricionais, aumentando o risco de infecções.

Segundo Nascimento et al. (2011), alterações nutricionais apresentam comportamentos diferenciados em relação ao sexo e à idade. Sobrepeso e obesidade são mais frequentes nas mulheres idosas em contraste com o elevado número de homens idosos com baixo peso. Isto se deve ao fato de que as mulheres apresentam maior acúmulo de gordura visceral e subcutânea após a menopausa e a perdem em idades mais tardias. Também se deve levar em conta, o fato de que as mesmas têm maior expectativa de vida que os homens. No entanto, observa-se prevalência de baixo peso entre idosos com 80 anos ou mais, em ambos os sexos com tendência à perda de massa muscular e magreza.

Ressalta-se novamente que a manutenção de um estado nutricional adequado no idoso é muito importante, pois, de um lado, encontra-se o baixo-peso, que aumenta o risco de infecções e mortalidade, e do outro o sobrepeso, que aumenta o risco das DCNT (CAVALCANTI et al., 2009).

No Brasil, apesar de se ter LOS, LOAS, PNI<sup>2</sup>, Estatuto do Idoso e os Conselhos, a saúde do idoso ainda é um processo em construção com muitos problemas a serem enfrentados, entre eles, a questão nutricional.

No âmbito coletivo, o estado nutricional é avaliado com base em diagnósticos de grupos populacionais em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local). No âmbito local, utilizando-se dados da clientela atendida nos serviços de saúde, ou em dados de base populacional, é possível traçar o perfil da população-alvo. Este diagnóstico permite descrever magnitudes, tendências e analisar fatores determinantes, servindo de subsídios para o planejamento e para a tomada de decisões dos gestores da saúde nos segmentos municipal, estadual ou nacional (SILVA, 2002).

A coleta contínua dos dados antropométricos, assim como o processamento e a análise dos dados de uma população, possibilita um diagnóstico atualizado da situação nutricional, suas tendências temporais, e também, dos fatores de sua determinação, o que é atribuição do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2006).

No monitoramento da situação alimentar e nutricional, o SISVAN serve de eixo para o trabalho empreendido na rede de serviços, de forma especial na atenção básica de saúde, inclusive considerando o compromisso de sua universalização. Busca-se, também no âmbito da rede de serviços, incorporar às rotinas de atendimento o monitoramento do estado nutricional de cada usuário, visando à detecção da situação de risco e à prescrição de ações que possibilitem a prevenção de seus efeitos e a garantia da reversão ao quadro de normalidade (BRASIL, 2006).

Na realidade, a manutenção de um estado nutricional adequado na pessoa idosa é tarefa árdua, frente às doenças crônicas, à associação do uso de medicamentos, às modificações fisiológicas inerentes à idade que interferem no apetite, no consumo e na absorção de nutrientes e às questões sociais e econômicas que muito prejudicam a prática para a conquista de uma alimentação saudável (SILVA, 2000). O fato é que o padrão alimentar da população urbana brasileira sofreu modificações expressivas, com aumento no consumo de proteínas de origem animal, lipídios de origem animal e vegetal e redução no consumo de

---

<sup>2</sup> Lei Orgânica da Saúde; Lei Orgânica da Assistência Social e Política Nacional do Idoso, respectivamente.

cereais, leguminosas, raízes, tubérculos, frutas e hortaliças que se constituem fontes de minerais, vitaminas, fibras, antioxidantes e fitoquímicos o que também contribui de forma importante para a prevalência das DCNT (MÁRIN-LÉON et al., 2005).

No entanto, segundo Nascimento et al. (2011), apesar da incapacidade funcional dos idosos brasileiros está relacionada com o aumento do sobrepeso e da obesidade nesta fase da vida propiciando o surgimento das DCNT, continuam escassos os estudos nacionais que investigam as associações entre morbidade e estado nutricional na população idosa, devendo-se os mesmos serem estimulados para que se enfrente com mais propriedade e segurança os problemas existentes nesta faixa etária da população.

Diante disso, vê-se que a intervenção nutricional, incluindo a realização do diagnóstico do estado nutricional exerce papel fundamental na promoção de uma qualidade de vida saudável no idoso. A avaliação nutricional nesta fase da vida deve ser criteriosa, já que vários fatores dificultam sua precisão, como as alterações fisiológicas referentes à idade, alterações da composição corporal do idoso e processos patológicos crônicos (SAMPAIO, 2004).

Através da anamnese, a queixa principal do indivíduo é detectada e sua história clínica pregressa, assim como seus hábitos alimentares e consumo alimentar habitual são avaliados. O indivíduo idoso normalmente tem maior dificuldade de aceitar mudanças em seu estilo de vida, por isso a intervenção nutricional deve ser gradual, para que o idoso persevere na adesão às orientações (VITOLLO, 2008).

Entre as várias formas de avaliação do estado nutricional, em estudos clínicos e principalmente em estudos populacionais, as medidas ou variáveis antropométricas (peso, estatura, perímetros da cintura e do quadril) são as mais utilizadas. Este método produz informações básicas das variações físicas e na composição corporal global sendo aplicável em todos os ciclos de vida e permite a classificação de indivíduos/grupos em graus de nutrição, além de ser de fácil execução e padronização nos serviços de saúde. (MUNARETTI et al., 2010).

Os dados antropométricos no idoso são importantes indicadores nutricionais, mas as alterações biológicas que ocorrem com o envelhecimento modificam a composição corporal. As principais alterações são: diminuição da massa muscular, aumento da gordura corporal e em alguns casos encurvamento da coluna e/ ou encurtamento das vértebras. Alguns autores sugerem que a flacidez da pele pode interferir na mensuração das dobras cutâneas, o que implicaria em resultados muitas vezes errôneos (VITOLLO, 2008).

Também se observa durante o envelhecimento, um declínio progressivo na estatura, resultado da cifose torácica, escoliose, osteoporose, compressão dos discos intervertebrais e outras alterações que também causam diminuições na precisão das medidas antropométricas. (SANTOS; SICHIERI, 2005).

No que diz respeito à obtenção dos dados de peso e estatura no indivíduo idoso, observa-se que é comum muitos deles estarem em cadeiras de rodas, acamados ou com deformidades, sendo incapazes de permanecer em pé para aferição dessas medidas, o que pode dificultar resultados exatos da estatura e do peso. Nessas situações, pode-se melhorar a avaliação antropométrica pelo uso de medidas alternativas, com o paciente deitado e usando-se antropômetros adaptados que podem reduzir a incidência de erros (SANTOS; SICHIERI, 2005).

Além do diagnóstico de sobrepeso, a determinação do baixo peso também é problemática em idosos, visto que as condições associadas ao baixo peso são sérias nestes indivíduos que são particularmente vulneráveis à desnutrição. Além disso, suas necessidades nutricionais não são bem definidas devido à dificuldade em se avaliar a ingestão de nutrientes, visto que os métodos dietéticos disponíveis possuem uma série de limitações quando aplicados em idosos (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Para realizar a avaliação da composição corporal, muitos métodos são utilizados, no entanto, somente poucos são aplicáveis a grandes grupos de indivíduos, como em estudos epidemiológicos, devido principalmente ao alto custo dos mesmos. Um dos métodos mais simples é o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC, também conhecido como índice de Quételet, em homenagem ao seu criador Adolphe Quételet, é obtido a partir da divisão da massa corporal em quilogramas, pela estatura em metro, elevada ao quadrado ( $\text{kg/m}^2$ ) e é considerado um dos métodos mais simples na avaliação do estado nutricional (SANTOS; SICHIERI, 2005). Hoje o índice de massa corporal, embora algumas vezes seja referido como índice de Quételet é muito usado como índice de adiposidade (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

O IMC mostra uma alta correlação com o peso corporal ( $r=0,8$ ), baseado em estudos realizados em diversos grupos populacionais, o que mostra uma proximidade com os estoques de energia corporal e é relativamente independente da estatura. A maior parte do diferencial de peso corporal entre os adultos é devido à gordura, sendo essa uma das razões de o IMC ser considerado um indicador de adiposidade. Entretanto, essa relação pode ser diferente entre idosos (FELIX; SOUZA, 2009).

No que diz respeito ao critério de diagnóstico nutricional na determinação do sobrepeso e baixo peso a partir do IMC, há poucos padrões de peso corporal específicos para essa faixa etária. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) tem sugerido a adoção dos mesmos pontos de corte para adultos, os quais se baseiam na população norte-americana.

No Brasil pouco se está disponível com relação à padronização de dados antropométricos e os internacionais, geralmente utilizados em nosso meio, limitam-se aos oriundos de uma base populacional distinta, com padrão socioeconômico e constituição racial diversa. Não há ainda uma definição clara dos limites de corte de IMC para classificação do estado nutricional do idoso, mas atualmente alguns estudos têm sido realizados considerando as características distintas desse grupo etário (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

A escolha do ponto de corte do IMC pode ter efeito político, porque é utilizada para avaliar a saúde da população e conseqüentemente gera a necessidade de implantação de atividades de promoção de qualidade de vida saudável e prevenção das doenças. No entanto, para profissionais da saúde, a utilização de maior ponto de corte do IMC para baixo peso e menor para obesidade seria mais interessante, pois estaria considerando as modificações corporais que ocorrem durante o envelhecimento e dessa forma permitindo-se diagnosticar mais precisamente o estado nutricional desse grupo etário (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Segundo Silveira, Kac e Barbosa (2009) parece equivocado o pressuposto que o IMC mede com a mesma capacidade a adiposidade em todas as faixas etárias, notadamente no envelhecimento e dessa forma, sugere-se que até novas definições e novos avanços em pesquisas, sob a ótica da saúde pública, a adoção de um ponto de corte de obesidade mais sensível, ou seja,  $IMC > 27 \text{ Kg/m}^2$  para a população brasileira. Estes autores observam que no futuro, talvez o IMC e mesmo os pontos de corte até então recomendados, não sejam mais apropriados para a avaliação nutricional de idosos.

Pode-se dizer que o IMC possui dois objetivos teóricos maiores: promover facilmente estimativas comparáveis e interpretáveis de peso corporal padronizado pela estatura e promover estimativa da gordura e composição corporal, apesar de alguns autores discutirem a utilização desse índice como um indicador do estado nutricional de adultos e também de idosos (SANTOS; SICHIERI, 2005).

Três limitações foram enumeradas para o uso do IMC: a correlação com a estatura, que apesar de baixa ainda é significativa, a correlação com a massa livre de gordura, principalmente nos homens e a influência da proporcionalidade corporal (relação tamanho das pernas/tronco), tal que indivíduo com menor comprimento da perna tenha um valor de IMC

maior, em cerca de cinco unidades. Essas limitações poderiam pôr em risco a utilização do IMC como indicador de gordura corporal (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Baseado nesses aspectos e ainda no fato de o IMC não expressar a distribuição de gordura corporal andróide e ginóide, que tem grande influência na saúde, alguns autores vêm sugerindo o abandono do uso do IMC em estudos de obesidade (FELIX; SOUZA, 2009).

Ainda pode-se dizer que o IMC não distingue adequadamente massa gorda e massa magra, o mesmo pode ser um indicador menos útil de adiposidade entre idosos, que possuem maior quantidade de gordura corporal em um determinado IMC do que entre indivíduos jovens, devido à redução na massa muscular relacionada com a idade. Sendo assim, o IMC não pode ser utilizado como única estimativa de obesidade ou massa corporal gorda, em idosos (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Assim, embora o IMC seja útil, permitindo comparação entre diferentes estudos, deve-se ter precaução em interpretá-lo como fator de risco para doença crônica, particularmente em comparação com diferentes faixas etárias e grupos étnicos. As dificuldades relacionadas ao poder preditivo do IMC em idosos no diagnóstico da obesidade, o padrão de distribuição de gordura corporal, bem como a falta de controle de algumas outras variáveis, como o tabagismo, na maioria dos estudos, podem estar subestimando o impacto da obesidade nos resultados em saúde, mostrando valores diferentes de prevalência de sobrepeso e baixo peso na população idosa brasileira (SANTOS; SICHIERI, 2005).

Apesar dessas limitações descritas por vários autores, o IMC por sua fácil execução ainda é amplamente utilizado como indicador do estado nutricional e mantém correlação similar com as medidas de adiposidade para todas as faixas etárias, indicando que o índice guarda relação similar com a adiposidade, independente do envelhecimento, podendo concluir-se após análises comparativas realizadas com adultos, pela validade do uso do IMC em idosos, particularmente nas mulheres (SANTOS; SICHIERI, 2005).

Munaretti et al. (2011), mostra em estudo que relaciona a hipertensão arterial com indicadores antropométricos que o IMC apresentou a maior força estatística na associação com os níveis pressóricos elevados referidos, apesar de, nas mulheres, apresentar-se similar aos outros indicadores.

Mesmo não tendo apresentado o melhor desempenho, comparado ao diâmetro abdominal sagital e ao perímetro da cintura, o IMC representa indicador do estado nutricional bastante utilizado na prática clínica, acreditando-se que possa ser utilizado em associação com a circunferência da cintura e ao diâmetro abdominal sagital para a avaliação de risco para resistência insulínica (VASQUES et al., 2009).

Nascimento et al. (2011), observa que são recentes os estudos nacionais que relacionam as medidas da circunferência da cintura (CC) e a relação cintura/quadril (RCQ) às doenças crônicas entre idosos. Ambas são utilizadas para estimar a gordura abdominal e podem complementar o IMC para melhor avaliação nutricional dos indivíduos idosos. Ressalta-se que a literatura mostra a CC como melhor indicador antropométrico para risco de anormalidades metabólicas relacionadas à obesidade (MOTA et al., 2011).

Estudos também têm mostrado que o IMC apresenta boa correlação com a quantidade de gordura corporal determinada por medidas como densitometria, bioimpedância elétrica, pregas cutâneas, relação cintura/quadril e circunferência da cintura (CERVI; FRANCESCHINI; PRIORE, 2005).

Igualmente, como os problemas nutricionais estão associados ao aumento da morbidade e mortalidade, com impacto negativo na qualidade de vida entre idosos, apesar dessas limitações, vários pesquisadores têm mantido a utilização do IMC em estudos para investigar a relação entre sobrepeso e baixo peso com o risco de mortalidade, para várias doenças (SANTOS; SICHIERI, 2005).

O Baixo IMC pode ser atribuído a doenças pré-existentes ou tabagismo prolongado, no entanto, mesmo tendo sido afastado estes outros fatores, o IMC abaixo dos pontos de corte padronizados pela Organização Mundial de Saúde, mostra importante correlação com alta mortalidade (SANTOS; SICHIERI, 2005).

Portanto, segundo Garcia; Romani e Lira (2007), a literatura ainda é clara na valorização e importância da utilização do IMC como indicador do estado nutricional, mas há unanimidade entre os autores da necessidade de busca contínua de métodos, para estimativa de uma avaliação nutricional com maior acurácia e precisão, analisando-se a adequação dos pontos de corte especificamente voltada para a população idosa.

Estudo recente de levantamento da produção científica brasileira de 2007 a 2011, sobre os pontos de corte utilizados na avaliação antropométrica de idosos, mostrou que realmente ainda não há consenso e sim divergência entre os vários estudos quanto aos valores empregados. Este resultado deve contribuir para o debate dentro das sociedades nutricionais, na tentativa de conduzir a um consenso internacional sobre a definição e operacionalização do risco nutricional (HEITOR; RODRIGUES, 2011).

## 2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL VOLTADAS PARA O IDOSO

O rápido crescimento da população idosa no Brasil vem causando impacto nos sistemas de saúde tornando-se imprescindível a adoção de estratégias preventivas para essa camada da população, sabendo-se que a mesma consome mais do sistema de saúde do que as outras faixas etárias. Além disso, as políticas públicas possuem materialidade, isto é, um corpo técnico burocrático, leis que requerem a indagação dos arranjos institucionais que as sustentam, dos processos e rituais nos quais estão inseridas, para que sua investigação e análise apresentem com maior precisão, o imposto diferencial das ações (TONON; OLIVEIRA; BUSSULA, 2012).

O mundo econômico e social é um mundo de escassez onde sempre há excesso de demandas frente aos meios disponíveis para atendê-las, assim, as repercussões sobre as políticas públicas aparecem como limitações na sua própria sobrevivência. De fato, independente da orientação dos governantes, a disponibilidade de recursos em face da magnitude das necessidades em termos quantitativos e qualitativos é sempre menor, muito embora existam preferências quanto ao uso alternativo destes referidos recursos. Esta é uma questão essencialmente relativa (TONON; OLIVEIRA; BUSSULA, 2012).

Sinteticamente, as políticas sociais são frutos das articulações entre as pressões e movimentos da classe trabalhadora com as formas de reprodução exigidas pela valorização do capital e pela manutenção da ordem social, destinando-se a amenizar e compensar as desigualdades econômicas resultantes dessa ordem social, portanto só podem ser entendidas no contexto da estrutura capitalista e no movimento histórico das transformações dessa mesma estrutura (TONON; OLIVEIRA; BUSSULA, 2012).

Inicialmente, o Estado buscou regulamentar as condições de trabalho, sob a forma assistencial não legal. A partir daí deflagrou-se uma inexorável tendência à expansão das políticas sociais seja na concessão de benefícios pecuniários, seja na prestação de serviços, chegando-se até à formação de uma política de bem estar social (MARTINS; MASSAROLLO, 2008).

Assim, muito embora o Estado capitalista nas suas diferentes conformações nacionais, ao programar as políticas sociais vise sempre a preservação do sistema, tanto pelo lado da acumulação, quanto pelo lado da ilegitimidade política, age diferentemente em cada conjuntura, cada problema, cada clientela. Essa maneira de atuação vem sendo um dos maiores desafios para os gestores em saúde, uma vez que os serviços para esse segmento de idosos na população são cada vez mais necessários (TONON; OLIVEIRA; BUSSULA, 2012).

O Poder Público, diante dessa realidade, em que, segundo Guerra e Caldas (2010, p. 2932) “o aumento da população idosa se deu e evoluiu de forma progressiva, de modo que se tornou assunto de discussão nas áreas de política de saúde e social, em que o envelhecimento da população é reconhecido como um ‘problema’ previdenciário e de saúde pública”, vem criando alternativas para viabilizar a permanência do idoso na família, na comunidade, melhorando suas capacidades como também estimulando sua cidadania.

Dentre essas alternativas encontra-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que criou uma nova maneira de ver a saúde através do pressuposto de que o “único remédio infalível contra todas as doenças é não ficar doente, ou seja, prevenir as doenças atuando nos processos que as desencadeiam ou as agravam, [o que] é menos dispendioso para o Estado” (TRAJANO, 2006, p. 44).

Assim, dentre os serviços prestados pelo SUS está o Programa de Saúde da Família que tem o objetivo de garantir a promoção da saúde através “da assistência básica e prevenção onde cada pessoa da comunidade é assistida antes que os problemas se agravem no surgimento, ou antes mesmo que apareçam” (TRAJANO, 2006).

Frente ao princípio das Nações Unidas para o idoso em sua resolução 46/91, que ressalta a importância da pessoa idosa na sociedade, participando ativamente na formulação e implementação de políticas que afetem o seu bem estar, políticas nacionais, estaduais e municipais começam a embasar-se cada vez mais, no conceito de envelhecimento ativo que abrange também o conceito de envelhecimento saudável, considerando o idoso um recurso de sua comunidade, um cidadão com direitos e deveres (KEINERT; ROSA, 2009).

Segundo Keinert; Rosa (2009), a responsabilidade pelo bem envelhecer cabe ao próprio indivíduo, à família, à sociedade e ao estado que deve criar condições para que os idosos possam fazer sua parte, como também atuar na prevenção das doenças e promoção da qualidade de vida para eles próprios e cobrar do poder público a garantia dos seus direitos.

O Governo Federal assegura ao idoso seus direitos sociais e cria condições para a promoção de sua autonomia e participação efetiva na sociedade através da Política Nacional do Idoso regulamentada pela Lei nº. 8.842/94 que tem como finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (KEINERT; ROSA, 2009).

A Política Nacional de Saúde do Idoso regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 03/07/96 e aprovada em dezembro de 1999, estabelece os princípios, diretrizes e ações para a gestão dessa política. Estes esforços foram sintetizados com a criação do Estatuto do Idoso, sancionado pelo Governo Federal através da Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, que

estabelece as prioridades e os deveres da família, da comunidade, do poder público e da sociedade em geral, no que tange à efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à cultura, ao esporte e lazer, ao trabalho, à cidadania, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (LIMA, 2004).

O Estatuto do Idoso representou sem dúvida um grande avanço visto que fortalece e implementa de fato uma lei pré-existente, atribuindo-se a partir dele, papel especial aos Conselhos dos Idosos, os quais deverão contar com a participação ativa de entidades e dos próprios idosos (KEINERT; ROSA, 2009).

A Política Nacional de Saúde do Idoso tem como foco central a “promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível”. O sucesso de sua implementação depende de uma adequação do setor saúde e um esforço conjunto com a sociedade, implicando articulações no âmbito do Sistema Único de Saúde e exigindo envolvimento e contínua cooperação entre o Ministério de Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde como estabelece o propósito da referida Política (SILVEIRA, 2005).

Em 2006, o Ministério da Saúde publica a Portaria nº 2.528 que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, revisando e atualizando a Política Nacional de Saúde do Idoso, mantendo as garantias dos direitos do idoso na sociedade em todos os seus âmbitos. Esta política passa por uma nova estruturação para adequar-se ao documento “Diretrizes do Pacto pela Saúde”, que inclui a saúde do idoso como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas do governo. Ressalta-se que esta política tem como finalidade primordial, recuperar, manter e promover a autonomia e independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (KEINERT; ROSA, 2009).

As diretrizes do Programa de Saúde da Família, inclusas nas diretrizes do SUS, deixam explícitos que “o processo saúde e doença no idoso não se fecham em si mesmos, e que esses espaços ampliam-se em novos cenários, possibilitando novos caminhos para o processo de saúde e doença” (PROTTI, 2002).

Silveira (2005) fala que o envelhecimento da população é uma aspiração de qualquer sociedade e, para tanto, se faz necessário almejar uma adequada qualidade de vida na terceira idade e que a promoção da saúde e o atendimento primário tem um papel importante na atenção à pessoa idosa. Para o referido autor o grande desafio dos gestores de saúde é assegurar serviços de qualidade para os idosos e desenvolver recursos humanos capacitados, buscando a excelência e o conhecimento no cuidado desse idoso.

Nesse sentido, Camacho e Coelho (2010, p. 280) atentam para o fato de que:

O envelhecimento é um processo universal que é compreendido por uma redução das atividades funcionais e possui algumas tendências em relação às enfermidades que levam continuamente a construção de políticas públicas para o idoso tanto no âmbito internacional assim como principalmente no âmbito brasileiro. Essas políticas estão voltadas não somente para a terceira idade como também para os profissionais da saúde visando a sua divulgação e implementação. Desta forma, é verificado um aumento no contingente populacional dos idosos em virtude da baixa de natalidade, aumento da expectativa de vida, desenvolvimento de novas tecnologias que vislumbraram tratamentos que até alguns anos atrás eram impensados uma perspectiva e um prognóstico de vida favorável para algumas enfermidades.

Diante desse quadro onde se ver a necessidade de reconhecimento que a questão dos idosos emerge do âmbito da investigação e do planejamento de políticas públicas voltadas para este grupo etário, existe interesse em incorporar às rotinas de atendimento, pela rede de serviços de atenção básica de saúde, o monitoramento dos dados antropométricos no idoso e também a avaliação nutricional identificando-se os riscos para as doenças crônicas não transmissíveis. Diversas ações foram priorizadas após a Política Nacional de Promoção da Saúde da Pessoa Idosa de 2006, no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. O programa 'Academia da Saúde', criado em abril de 2011, visa à promoção de atividade física e tem por meta sua expansão para quatro mil municípios até 2015 (MALTA; MORAES NETO; SILVA JR., 2011).

Entre as ações de enfrentamento do tabagismo, destacam-se as ações regulatórias, como proibição da propaganda de cigarros, advertências sobre o risco de problemas nos maços do produto, e adesão, em 2006, à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco. No campo da alimentação saudável, o incentivo ao aleitamento materno tem sido uma importante iniciativa do Ministério da Saúde, ao lado do 'Guia de Alimentação Saudável', da rotulagem dos alimentos e dos acordos com a indústria para a eliminação das gorduras trans e, recentemente, para a redução de sal nos alimentos. Além disso, nos últimos anos, ocorreu uma importante expansão da Atenção Primária em Saúde, que, hoje, cobre cerca de 60,0% da população brasileira. As equipes de saúde atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento daqueles com diagnóstico de DCNT que abrange grande parte da população idosa (MALTA; MORAES NETO; SILVA JR., 2011,).

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo realizado é do tipo transversal que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. A escolha deste tipo de estudo se justifica, visto que a aplicação mais comum de um estudo transversal está ligada à necessidade de se conhecer uma ou mais características (variáveis), tanto individuais como coletivas em uma determinada população sem, no entanto testar hipóteses sobre vínculos causais (MEDRONHO, 2004). As características deste estudo são plenamente compatíveis com os objetivos que a presente pesquisa apresenta.

#### 3.2 LOCAL DE ESTUDO

A rede de serviços de saúde do município de João Pessoa – PB está distribuída em cinco Distritos Sanitários que recortam toda a extensão territorial da cidade. Para cada distrito, existe um diretor responsável pelo controle das atividades de saúde executadas nas respectivas dimensões geográficas.

O local de estudo desta pesquisa foram duas Unidades de Saúde do Distrito Sanitário V, o qual engloba uma área geográfica que abrange regiões das praias e bairros próximos correlatos, tendo em sua totalidade 20 Unidades de Saúde da Família.

As Unidades escolhidas foram as Unidades Castelo Branco I e Unidade Integrada São José.

A Unidade Castelo Branco I abrange uma população de caráter homogêneo nos aspectos culturais e socioeconômicos. O número de famílias cadastradas corresponde a 1.108 e a unidade conta com 19 profissionais da saúde: 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnico em enfermagem, 01 odontólogo, 01 auxiliar de consultório odontológico, 07 agentes comunitários de saúde, 05 agentes administrativos, 01 auxiliar de limpeza e 01 apoiador.

A Unidade Integrada São José é composta por 04 Equipes de Saúde da Família: São José I, II, III e IV. Cada Equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 01 auxiliar de consultório odontológico, 01 auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e 06 ou 07 agentes comunitários de saúde. A Unidade também dispõe de 03 digitadores que realizam a marcação de exames na própria unidade e 03 recepcionistas. São cadastradas nesta unidade 3.076 famílias.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população inserida neste estudo foi composta de um total de 757 idosos cadastrados nas duas unidades de saúde, sendo 259 na Unidade Castelo Branco I e 498 na Unidade Integrada São José. Para este número, foi calculada uma amostra mínima de 256 idosos para atender os parâmetros de frequência esperada de 50% para as variáveis do estudo, margem de erro de cinco pontos percentuais e intervalo de confiança de 95%. A frequência esperada de 50% maximiza o tamanho amostral para o erro e intervalo de confiança fixado, uma vez que a estimativa do tamanho amostral é diretamente proporcional à variância da amostra, expressa pelo produto  $p*q$ , onde estes fatores são respectivamente a frequência esperada e o complemento desta frequência (SCHAEFFER; MENDENHALL; OTT, 1990). A este valor foi adicionado uma margem de segurança de 20%, totalizando uma amostra de 302 idosos. Portanto, foram incluídos no presente estudo 296 idosos cadastrados nas duas unidades, com idades a partir de 60 anos, escolhidos de forma aleatória, que foram convidados e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Foram excluídos os idosos que apresentavam algum tipo de incapacidade que não os permitisse responder as entrevistas e apresentassem sequelas que inviabilizassem a aferição das medidas antropométricas.

### 3.4 COLETA DE DADOS

Os idosos selecionados foram convidados a comparecerem às Unidades de Saúde, em data pré-estabelecida, a fim de responderem a entrevista estruturada com questões fechadas e abertas e ao Questionário utilizado pelo PNAN elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006, como também para se submeterem a medidas de dados antropométricos. Aqueles que não compareceram foram visitados em seus domicílios. Os idosos foram devidamente esclarecidos sobre o presente estudo e participaram da pesquisa de forma totalmente voluntária, vinculada ao preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A).

#### 3.4.1 Entrevista Estruturada

A entrevista estruturada foi aplicada por Agentes Comunitários de Saúde, previamente treinados e testada antecipadamente quanto à duração do tempo de aplicação, sendo composta dos seguintes módulos: Identificação, Dados Antropométricos, Hábitos e Estilo de Vida, Estado Saúde-Doença, Conhecimento dos direitos do idoso (APÊNDICE A).

Foram utilizadas as seguintes variáveis antropométricas: Peso, Estatura, Circunferência Abdominal e Circunferência do Quadril.

As medidas de peso e estatura foram obtidas nos prontuários dos idosos e quando não atualizadas foram realizadas nas unidades com a presença dos mesmos.

O peso foi verificado a partir de balança antropométrica, (capacidade para 150 kg e intervalo de 100 g), com o indivíduo descalço e quando possível, com roupas leves. A altura foi aferida usando-se o antropômetro vertical fixo à balança, com o indivíduo ereto e com os calcanhares alinhados.

Na análise dos dados foi utilizado o Índice de Massa Corpórea (IMC), considerando-se a razão peso atual (kg) e o quadrado da estatura (m<sup>2</sup>), baseando-se nos pontos de corte propostos pelo World Health Organization (1998), conforme mostra o Quadro 1.

**QUADRO 1 - Índice de Massa Corpórea (IMC)**

<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>
<b>&lt; 22</b>	<b>Magreza</b>
<b>22 – 27</b>	<b>Eutrofia</b>
<b>&gt; 27</b>	<b>Excesso de peso</b>

Fonte: World Health Organization - WHO (1998)

As circunferências da cintura e quadril foram obtidas com o auxílio de uma fita métrica inelástica. A circunferência da cintura foi medida no ponto médio entre as costelas inferiores e as cristas ilíacas, no nível da cicatriz umbilical, e a leitura foi feita no momento da expiração no milímetro mais próximo. A circunferência do quadril foi verificada no nível da sínfise púbica com a fita circundando o quadril na parte mais saliente entre a cintura e a coxa e com o indivíduo usando roupas finas.

O acúmulo de gordura abdominal foi estimado segundo os seguintes indicadores: razão cintura/quadril (RCQ) e circunferência da cintura isolada. Para identificação do tipo de distribuição de gordura segundo a RCQ, utilizou-se a classificação proposta pela OMS (1997), conforme indicado no Quadro 2.

**QUADRO 2 - Indicadores: razão cintura/quadril**

<b>SEXO</b>	<b>Ginóide (cm)</b>	<b>Andróide (cm)</b>
<b>FEMININO</b>	<b>&lt; 1,00</b>	<b>&gt; 1,00</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>&lt; 0,80</b>	<b>&gt; 0,80</b>

Fonte: Organização mundial de Saúde - OMS (1997).

A cintura isolada foi analisada a partir dos pontos de corte sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (1997), conforme mostra o Quadro 3.

**QUADRO 3 - Pontos de corte Circunferência da Cintura**

<b>SEXO</b>	<b>Risco elevado (cm)</b>	<b>Risco muito elevado (cm)</b>
<b>FEMININO</b>	<b>≥ 80</b>	<b>≥ 88</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>≥ 94</b>	<b>≥ 102</b>

Fonte: Organização mundial de Saúde - OMS (1997).

### 3.4.2 Questionário da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

O Questionário utilizado pelo PNAN traz em sua abordagem os dez passos para uma Alimentação Saudável: Como está sua alimentação (ANEXO C). Visando melhor aplicabilidade deste instrumento, a coleta desses dados também foi realizada pelos mesmos entrevistadores também previamente treinados.

### 3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os questionários foram transcritos para meio digital e foi feita uma análise exploratória dos dados, para corrigir as possíveis inconsistências do processo da coleta ou erros de digitação. As inconsistências foram corrigidas voltando-se ao questionário e quando isso não foi suficiente o dado foi considerado perdido.

Foram feitas tabelas de frequência das variáveis descritivas do estudo que incluíram as condições socioeconômicas e de saúde dos idosos e das respostas positivas para as perguntas referentes ao Estatuto do Idoso. Em seguida foi testada a associação entre estas variáveis aplicando-se o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%.

Para confirmar a associação entre estas variáveis e evitar erros, realizou-se análise multivariada, regressão logística binária, onde a variável dependente para cada modelo de regressão foi cada pergunta do Estatuto do Idoso e as variáveis independentes foram sexo, idade, escolaridade, cor/etnia, renda per capita e realizar atividade de lazer. O método utilizado foi inclusão progressiva das variáveis no modelo (Forward), considerando a estatística Wald com nível de significância igual ou maior que 5% como critério de entrada de cada variável.

Todas as análises foram realizadas com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS) for windows*, versão 19.0.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, observando-se à Resolução 196/96 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), aprovado sob o número de protocolo 670/2010 (ANEXO B).

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741htm>>. Acesso em 29 de junho de 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde do Idoso. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/programas/idoso/programa.htm>>. Acesso em: 03 mai. 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-84, 2010.
- CAVALCANTI, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Revista de Salud Pública**, Colombia, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.
- CERVI, A.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.18, n. 6, p. 765-775, 2005.
- DIAS, J. A. et al. Ser Idoso e processo envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 372-379, 2011.
- FÉLIX, L. N.; SOUZA, E. M. T. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos, **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 571-580, 2009.
- FRANGE, Paulo. Estatuto do Idoso Comentado. Disponível em: <<http://www.paulofrange.com.br/dnn/Artigos/tabid/483/ctl/Details/mid/1149/ItemID/5/Default.aspx>>. Acesso em: 24 Jun. 2010.
- GARCIA, A. N. M.; ROMANI, S. A. M.; LIRA, I. C. Índice de Massa Corporal na avaliação nutricional de idosos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 20, n. 4, p. 371-378, 2007.
- GOLDFARB, D. C. Situação de fragilidade: mal-estar, desamparo e envelhecimento. **ReVés do Avesso**, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 19-23, 2005.
- GUERRA, A. C. L.; CALDAS, C. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.
- HEITOR, S. F. D; RODRIGUES, L. R. Índice de Massa Corporal: Investigação dos pontos de corte utilizados na Avaliação Antropométrica de Idosos no Produção Científica Brasileira. **Revista Brasileira de Medicina (especiais)**, v. 57, n. 4, p. 28, 2011.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 mai. 2010.

KEINERT, T. M. M.; ROSA, E. C. **Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional.** Boletim ENVELHECIMENTO & SAÚDE do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, n 47, abril de 2009.

LEITE, L. H. M.; WAISSMANN, W. Doenças transmitidas por alimentos na população idosa: riscos e prevenção. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v. 15, n. 6, p. 525-530, 2006.

LIMA, J. M. **Estatuto do idoso e legislação complementar: atualizado até outubro de 2004.** Colaboração de Amanda Matias de Cavalcante de Oliveira - João Pessoa: SINDIFISCO-PB, 2004.

LIMA, A. P. L.; PEREIRA, D. A. G.; ROMANO, V. F. Perfil Sócio-Demográfico e de Saúde de Idosos Diabéticos Atendidos na Atenção Primária. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2011.

LOURENÇO, R.; VERAS, R. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 712-719, 2006.

MAINERI, N. L. et al. Fatores de Risco para Doença Cerebrovascular e Função Cognitiva. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. 158-162, 2007.

MALTA, D. C.; MORAES NETO, O. L.; SILVA J. J. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MARCHI NETTO, F. L. Aspectos Biológicos e Fisiológicos do Envelhecimento Humano e suas implicações na saúde do idoso. **Revista Pensar a Prática**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 75-84, 2004.

MÁRIN-LÉON et al. A Percepção da insegurança alimentar em famílias com idosos em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1433-1440, 2005.

MARTINS, M.; MASSAROLLO, M. C. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2008.

MARTINS, M. P. S. C. et al. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v.23, n. 3, p. 162-170, 2010.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

MENDES et al. A Situação Social do Idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-426, 2005.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

MORAES, E. N. et al. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

MOTA et al. Indicadores Antropométricos como marcadores de risco para anormalidades metabólicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3.901-3.908, 2011

MUNARETTI, D. B. et al. Hipertensão Arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v 57, n. 1, p. 25-30, 2011.

NASCIMENTO et al. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.21, n. 2, p. 174-180, 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Disponível em [www.organizacaomundialde.saude.gov.br](http://www.organizacaomundialde.saude.gov.br). Acesso em 04 mai 2011.

PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: velhice e o envelhecimento em uma visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PAMPLONA, R. C. Percepção social da velhice: Cada sociedade racionaliza, ao seu modo, a fase da velhice. **ReVés do Avesso**, São Paulo, v. 14, n. 10, p. 98-102, 2005.

PROTTI, S. T. A saúde do idoso sob a ótica da equipe do programa de saúde da família. Mestrado – USP, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002.

SAMPAIO, L.R. Avaliação nutricional e envelhecimento. **Revista de Nutrição**, v. 17, n. 4, p. 507-514, 2004.

SANTOS, H. H. dos. Manual prático para elaboração de projetos, monografias, dissertações e teses na área de saúde. João Pessoa: Editora Universitária/UEPB, 2004.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 2, p. 163-168, 2005.

SCHAEFFER, R. L; MENDENHALL, W; OTT, L. **Elementary Survey Sampling**. 4. ed. California: Duxbury Press. 1990.

SILVA, D.O. **SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais na atenção à saúde: O diagnóstico Coletivo**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

SILVA, M.L.T. Geriatria. In: WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVEIRA, A. S. A conquista da longevidade: o envelhecimento da população brasileira e os desafios da conquista da longevidade. **ReVés do Avesso**, São Paulo, v. 14, n. 10, p.109-115, 2005.

SILVEIRA, E. A.; KAC, G.; BARBOSA, L. S. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do IMC. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1569-1577, 2009.

SOUZA, E. A.; SCOCHI, M. J.; MARASCHINI, M. S. Estudo da Morbidade em uma população idosa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.15, n. 2, p. 380-388, 2011.

TANNURE, M. C. et al. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 5, p. 817-22, 2010.

TONON, A. S.; OLIVEIRA, D. A. L.; BUSSULA, D. A. A política de assistência ao idoso. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewArticle/1352>. Acesso em: 08 abr. 2012

TRAJANO, I. M. O papel da família na Promoção da saúde do idoso. Monografia (Especialização) – UFPB/CCS – João Pessoa, 2006.

VALLE, E. A. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 918-926, 2009.

VASQUES et al. Habilidade de Indicadores Antropométricos e de Composição Corporal em identificar a Resistência insulínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 79-88, 2009.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2004.

VITOLO, M.R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.

VITORELI, E.; PESSINI, Salete; SILVA, M. J. P. A auto-estima de idosos e as doenças crônico-degenerativas. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 2, n. 1, p. 102-114, 2005.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

## APÊNDICE A - ENTREVISTA ESTRUTURADA APLICADA AOS IDOSOS DAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

### 1 IDENTIFICAÇÃO

Nome:..... Sexo F: ( ) M ( )  
 Endereço:..... Bairro:.....  
 Data de nascimento: ..... Idade:.....  
 Local de nascimento: ..... Estado: .....  
 Data da entrevista: ..... Telefones para contato: .....  
 Cor: Branco ( ) Negro ( ) Pardo: ( )  
 Estado civil: Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Divorciado ( )  
                   Tem companheiro ( )  
 Escolaridade: Analfabeto ( ) Alfabetizado ( ) Fundamental completo ( )  
                   Fundamental Incompleto ( ) Ensino Médio Completo ( )  
                   Ensino Médio Incompleto ( ) Superior Completo ( )  
                   Superior Incompleto ( )  
 Dados Antropométricos:  
 Peso:..... Altura:..... Circunferência Cintura:..... Circunferência Quadril:.....

### 2 HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

Atividade profissional atual: .....  
 Atividades informais: .....  
 Tabagismo: Sim ( ) Há quanto tempo..... Quantos cigarros e outros por dia.....  
                   Atualmente Não ( ) Parou há quanto tempo..... Fumou por quanto tempo.....  
                   Quantos cigarros e outros por dia..... Nunca fumou.....  
 Nunca fez uso de bebidas alcoólicas ( )  
 Atividades Cotidianas:  
 Tomar banho sozinho (a) Sim ( ) Não ( ) Com ajuda ( )  
 Veste-se sozinho (a) Sim ( ) Não ( ) Com ajuda ( )  
 Locomove-se sozinho (a) Sim ( ) Não ( ) Com ajuda ( )  
 Alimenta-se sozinho (a) Sim ( ) Não ( ) Com ajuda ( )  
 Faz algum trabalho doméstico Sim ( ) Não ( )  
                   Se sim, qual (is).....  
 Sai de casa sozinho (a) Sim ( ) Não ( ) Só acompanhado ( )  
 Faz uso de transportes públicos Sim ( ) Não ( )  
                   Se sim, sozinho ( ) Só acompanhado (a) ( )  
 Faz seus próprios pagamentos Sim ( ) Não ( ) Com ajuda ( )  
 Tem alguma atividade de lazer Sim ( ) Não ( ) Se sim, quais.....  
 Tem cuidador Sim ( ) Não ( ) Se sim, qual o grau de parentesco.....  
                   Paga para cuidador ( )

### 3 VARIÁVEIS SÓCIO ECONÔMICAS

#### 3.1 Renda Familiar

Moradia: Casa própria ( ) Casa alugada ( ) Casa cedida ( )  
 Número de residentes..... Número de pessoas que trabalham.....  
 Recebe aposentadoria: Sim ( ) Não ( ) Nº pessoas residentes < 18 anos.....  
 Renda familiar total..... Recebe benefício de Governo: Sim ( ) Não ( ) Qual.....

**3.2 Características do domicílio:**

Paredes: Taipa ( ) Alvenaria ( ) Outro ( ) Qual.....  
 Piso: Cerâmica ( ) Cimento ( ) Outro ( ) Qual.....  
 Teto: Laje (forro) ( ) Telha ( ) Outro ( ) Qual.....  
 Abastecimento de água: Rede geral ( ) Poço ( ) Cisterna ( ) Outro ( ) Qual....  
 Tratamento de água de beber: Filtrada ( ) Mineral ( ) Fervida ( ) Outro ( ) Qual.....  
 Esgotamento Sanitário: Rede pública ( ) Fossa com tampa ( ) Ausente ( )  
 Destino do lixo: Coleta Pública ( ) Outro ( ) Qual.....

**4 ESTADO DE SAÚDE/DOENÇA****4.1 Doenças Referidas:**

Diabetes ( ) Hipertensão arterial ( ) Alterações do colesterol ( ) Anemia ( )  
 Alterações de triglicéridos ( ) Doenças do coração ( ) Outras ( ) Quais.....

**4.2 Uso de medicamentos:**

Diabetes: Sim ( ) Qual..... Não ( ) Não sabe ( )  
 Hipertensão arterial: Sim ( ) Qual..... Não ( ) Não sabe ( )  
 Para colesterol: Sim ( ) Qual..... Não ( ) Não sabe ( )  
 Para triglicéridos: Sim ( ) Qual..... Não ( ) Não sabe ( )  
 Anemia: Sim ( ) Qual..... Não ( ) Não sabe ( )  
 Doenças do coração: Sim ( ) Qual..... Não ( ) Não sabe ( )  
 Outros: Quais.....

**4.3 Aderência ao tratamento:**

Usa a medicação de forma ininterrupta: Sim ( ) Não ( ) Nem sempre ( )  
 Com que frequência.....  
 Como adquire a medicação: Programa de Saúde da Família ou Postos de Saúde ( )  
 Com recursos próprios: Doação ( ) Outros ( ) Quais.....

**4.4 Atendimento pelas Equipes de Saúde:**

Tem Plano de Saúde Sim ( ) Não ( )  
 Se sim, qual.....

**4.4.1 Consulta Médica:**

Clínica privada: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 PSF: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 Só procura atendimento médico quando precisa Sim ( ) Não ( )  
 Onde busca atendimento quando precisa .....  
 Quanto precisou nos últimos 06 meses .....

**4.4.2 Consulta com Nutricionista:**

Clínica privada: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 PSF: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 Só procura atendimento quando precisa Sim ( ) Não ( )  
 Onde busca atendimento quando precisa .....  
 Quanto precisou nos últimos 06 meses .....

**4.4.3 Consulta com Odontólogo:**

Clínica privada: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 PSF: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 Só procura atendimento odontológico quando precisa Sim ( ) Não ( )  
 Onde busca atendimento quando precisa .....  
 Quanto precisou nos últimos 06 meses .....

**4.4.4 Consulta com Fisioterapeuta:**

Clínica privada: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 PSF: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 Só procura atendimento quando precisa Sim ( ) Não ( )  
 Onde busca atendimento quando precisa .....  
 Quanto precisou nos últimos 06 meses .....

**4.4.5 Consulta com Enfermagem:**

Clínica privada: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 PSF: Sim ( ) Quantas vezes por mês.....  
 Semestre..... Ano.....  
 Só procura atendimento quando precisa Sim ( ) Não ( )  
 Onde busca atendimento quando precisa .....  
 Quanto precisou nos últimos 06 meses .....

**5 CONHECIMENTO DOS DIREITOS DO IDOSO**

**Conhece o Estatuto do Idoso?** Sim ( ) Não ( ) Não sabe ( )

**A partir de que idade você acha que o indivíduo deve ser considerado idoso?**

( ) 60 anos ( ) 65 anos ( ) 70 anos Não sabe ( ) Outra idade Qual.....

**Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**O Governo consegue suprir sua alimentação quando necessário?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**O Governo lhe dá assistência médica domiciliar, quando necessário?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a receber medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você deve pagar mais aos planos de saúde em função da sua idade?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a acompanhante, quando internado?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão capacitados para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que os profissionais de saúde têm que comunicar aos órgãos oficiais quando há suspeita de maus tratos contra o idoso?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a pagar apenas metade das entradas nos cinemas, teatros e outras atividades culturais e de lazer?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a locais preferenciais em locais públicos de lazer, assim como atendimento preferencial em filas?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que o idoso deve ser previamente preparado para a aposentadoria?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a receber salário-mínimo do Governo, quando não tiver condições de manter sua subsistência?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem tratamento diferenciado na aquisição de casa própria, tanto quanto a preferência no atendimento, quanto ao valor do imóvel e a construção adaptada para a idade?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**As instituições que abrigam idosos são adequadas do ponto de vista da higiene, do conforto e da adaptação para a idade?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Nos transportes coletivos interestaduais, você tem direito a descontos e tratamento diferenciado?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem prioridade no embarque dos transportes coletivos?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**O Governo lhe oferece proteção, incluindo abrigo temporário e/ou permanente, assistência médica adequada e assistência jurídica e social, quando seus direitos são violados?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que sua aposentadoria em nosso país é paga de forma justa?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você acha que no nosso país, familiares, profissionais de saúde e outros que atendem a população idosa, assim como as instituições específicas de atendimento ao idoso, devem ser punidos legalmente quando violarem os seus direitos?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você tem direito a prioridade nas suas pendências e processos judiciais?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( ) Não sabe ( ) Não em nossa sociedade ( )

**Você sabia que os direitos abordados nas perguntas acima estão inclusos no Estatuto do Idoso e são garantidos por Lei?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( )

**Você acha que no nosso país, a vida do idoso tem mudado para melhor?**

Sim ( ) Não ( ) Apenas parcialmente ( )

Em que aspecto.....

**Acha que a Política para o Idoso tem melhorado ou melhorou sua vida:**

Não sabe ( ) Em que aspecto.....

**Observações.....**

.....

## APÊNDICE – B

### **ARTIGO 1 – Fatores que influenciam a percepção dos direitos de uma população idosa de João Pessoa – PB.**

Factors that influence the perception of the rights of an elderly population of João Pessoa - PB

Gerlena Maria Navarro Ribeiro Henriques<sup>1</sup>, Patricia Vasconcelos Leitão Moreira<sup>2</sup>, Tereza Helena Cavalcanti de Vasconcelos<sup>3</sup>, Ana Carolina Navarro Ribeiro Henriques<sup>4</sup>, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

<sup>2</sup> Professora Doutora Adjunta do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

<sup>3</sup> Professora Doutora Associada do Departamento de Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

<sup>4</sup> Estudante de Graduação do Curso de Medicina do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

<sup>5</sup> Professor Doutor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Nutrição do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

**Submetido para revista Cadernos de Saúde Pública**

## ABSTRACT

This study evaluated the self-perception of older people regarding their rights, with reference to the Statute of the Elderly. A cross-sectional study was conducted in two Family Health Units in Joao Pessoa, involving 296 elderly people, randomly selected. They were subject to a structured interview. Most of the sample was female, low education and income. Do some leisure activity was reported by 42,6% of the elderly. Only nine of the 28 questions on the rights of the elderly had frequency of positive responses below 50%. Among the variables sex, age, education, income, color and make leisure activity, the last showed the greatest association with the positive responses on the self-perception of rights. This result reinforces the importance of leisure among the elderly to strengthen citizenship and quality of life in this phase of life.

**Keywords:** Rights of the Elderly, Elderly Care, Leisure Activities, Primary Health

## INTRODUÇÃO

A velhice deve ser considerada como a idade da vivência e da experiência que não podem ser desperdiçadas e se a sociedade não estiver preparada para esta realidade, estará fadada a viver em uma civilização solitária e totalmente deficiente de direitos e garantias na terceira idade <sup>1</sup>.

O processo de envelhecimento da população vem ocorrendo de forma acelerada nas últimas décadas. No Brasil a população de idosos deve atingir o contingente de 32 milhões de pessoas em 2025 <sup>2</sup>. Esta transformação provoca mudanças nas relações interpessoais na população em geral e também afeta as políticas e programas voltados à promoção da saúde e garantia da qualidade de vida da população idosa. As principais necessidades emergentes das pessoas com mais de 60 anos estão vinculadas na prevenção do seu abandono, exclusão e isolamento na sociedade <sup>3</sup>.

No Brasil, a preocupação em assegurar os direitos do idoso vem se consolidando desde a criação da Política Nacional do Idoso (PNI), regulamentada pela Lei 8.842 do ano de 1994, cuja finalidade foi assegurar direitos, promover autonomia, integração e participação efetiva da pessoa idosa na sociedade <sup>4</sup>. Quase 10 anos depois, em outubro de 2003, foi regulamentado pela Lei 10.741, o Estatuto do Idoso que tem como tema central o amparo, a assistência e a proteção ao indivíduo idoso no seu processo de envelhecimento e durante a sua velhice, dando-lhe ampla proteção legal, com prioridade no seu atendimento junto aos órgãos públicos e privados, prestadores de serviços em todas as instâncias <sup>5</sup>.

A partir da consolidação do aparato legal, faz-se necessário saber se os direitos dos idosos estão sendo respeitados e aplicados, em diferentes contextos socioeconômicos e de saúde, observando-se os preceitos da cidadania, integração social e proteção. Menos da metade dos idosos entrevistados em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo conhecia seus direitos <sup>3</sup>. Poucos estudos sobre a violação dos direitos dos idosos foram realizados no Brasil <sup>6</sup>.

Na Paraíba, ou especificamente no município de João Pessoa, não existem pesquisas que abordem a questão dos direitos dos idosos e, por este motivo, o objetivo deste trabalho foi investigar como eles percebem os direitos descritos no Estatuto do Idoso, verificando-se quais os fatores associados a um maior reconhecimento destes direitos em uma população idosa de João Pessoa.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de corte transversal junto à população de idosos cadastrados em duas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa – PB. Ambas as Unidades pertencem ao mesmo Distrito Sanitário de Saúde (Distrito V), sendo uma localizada no bairro São José (Unidade Integrada São José) e a outra no bairro Castelo Branco (Unidade Castelo Branco I).

A população total no momento da pesquisa era de 757 idosos cadastrados nas duas unidades e foi calculada uma amostra mínima 256 idosos para atender os parâmetros de frequência esperada de 50% para a variável resposta do estudo, conhecimento do Estatuto do Idoso, margem de erro de 5 pontos percentuais e intervalo de confiança de 95%. A frequência esperada de 50% maximiza o tamanho amostral para o erro e intervalo de confiança fixados, uma vez que a estimativa do tamanho amostral é diretamente proporcional à variância da amostra, expressa pelo produto  $p*q$ , onde estes fatores são respectivamente a frequência esperada e o complemento desta frequência <sup>7</sup>. A este valor foi adicionado uma margem de segurança de 20%, totalizando uma amostra de 307 idosos.

Foi realizado um processo de amostragem aleatória e os idosos sorteados foram convidados a comparecer nas Unidades de Saúde. Os faltosos foram visitados no domicílio. Os idosos não localizados depois de dois agendamentos na unidade de saúde e duas visitas ao domicílio foram afastados do estudo e não foram substituídos. Indivíduos com algum tipo de incapacidade cognitiva que impossibilitasse responder às questões foram excluídos e substituídos.

Agentes Comunitários de Saúde instrumentalizados previamente realizaram entrevistas estruturadas, compostas por perguntas com múltiplas alternativas, diretamente com os idosos.

O protocolo de pesquisa incluiu a caracterização do entrevistado e suas condições socioeconômicas e 28 questões elaboradas com base no Estatuto do Idoso, sendo cada pergunta, referente a um artigo do Estatuto do Idoso. Os idosos foram inquiridos sobre a autopercepção positiva de cada um dos direitos expressos pelos artigos do Estatuto. Estas respostas foram relacionadas com todas as variáveis descritivas do estudo.

Após as entrevistas todos os dados foram transcritos para meio digital e foi feita uma análise exploratória dos mesmos para corrigir os possíveis erros do processo de coleta ou de digitação. As inconsistências foram corrigidas voltando-se às respostas obtidas e quando isso não foi suficiente, o dado foi considerado perdido.

Foram feitas tabelas de frequência das variáveis descritivas do estudo e das respostas positivas das perguntas referentes ao Estatuto do Idoso. Em seguida foi testada a associação entre estas variáveis aplicando-se o teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS) for windows*, versão 19.0.

Para confirmar a associação entre estas variáveis e evitar erros de confundimento, realizou-se análise multivariada, regressão logística binária, onde a variável dependente para cada modelo de regressão foi cada pergunta do Estatuto do Idoso e as variáveis independentes foram sexo, idade, escolaridade, cor/etnia, renda per capita e realizar atividade de lazer. O método utilizado foi a inclusão progressiva das variáveis no modelo (Forward), considerando a estatística Wald com nível de significância igual ou maior que 5% como critério de entrada de cada variável.

O estudo foi registrado no SISNEP (Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley, da Universidade Federal da Paraíba, observando-se à Resolução 196/96 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), aprovado sob o número de protocolo 670/2010 e todos os entrevistados receberam e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 296 idosos sendo a maioria do sexo feminino com uma frequência de 65,2%. As idades foram categorizadas em três faixas, 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos ou mais, sendo a primeira a mais frequente (46,6%). Com relação à cor, obteve-se uma frequência de 44,9% para a cor parda e 35,5% para a cor branca. A frequência de idosos que não referiram atividade de lazer ficou em 54,7%. A maioria dos indivíduos (54,7%) referiu ter cursado ensino fundamental e de todos os idosos entrevistados, 65,5% apresentavam renda mensal em um salário mínimo per capita (Tabela 1).

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos idosos das USF Castelo Branco e USF São José. João Pessoa, 2011.

Características		n	%
Sexo	Feminino	193	65,2
	Masculino	103	34,8
Faixa etária	60 - 69 anos	138	46,6
	70 - 79 anos	116	39,2
	80 ou mais	40	13,5
	Casos Perdidos	2	0,7
Cor	Branco	105	35,5
	Negro	52	17,6
	Pardo	133	44,9
	Não informou	6	2,0
Lazer	Sim	126	42,6
	Não	162	54,7
	Não informou	8	2,7
Escolaridade	Analfabeto	77	26,0
	Ensino Fundamental	162	54,7
	Ensino Médio	38	12,8
	Superior	14	4,8
	Não informou	5	1,7
Renda (salário mínimo per capita)	Até 1 smpc	194	65,5
	1 ou mais smpc	74	25,0
	Não informou	28	9,5
TOTAL		296	100,0

As atividades de lazer referidas por 42,6% dos idosos foram as seguintes, em ordem decrescente de respostas livres: passeios informais com amigos e familiares, participação em grupos de idosos, atividades religiosas, atividades físicas, encontros sociais, assistir TV e ouvir música.

As questões para averiguar a auto percepção dos direitos assegurados pelo Estatuto do Idoso tiveram frequências positivas que variaram de 22% até 94,9%, sendo que a de menor frequência foi relacionada ao suprimento de alimentação adequada pelo governo quando necessário e a de maior frequência a referente à necessidade de conduta ativa dos profissionais da saúde, contra maus tratos e violências sofridas pelos idosos. Também foram observados mais de 90% de respostas positivas para as questões sobre o reconhecimento do direito a lugares preferenciais em locais públicos de lazer, assim como do atendimento preferencial em filas e o direito à gratuidade nos transportes coletivos.

Apenas nove das questões estruturadas apresentaram prevalência de respostas positivas iguais e inferiores a 50%. Estes resultados são independentes do conhecimento prévio dos idosos com relação ao Estatuto, enquanto documento legal, pois quando eles foram questionados se conheciam ou não o Estatuto do Idoso, somente 32,8% responderam afirmativamente a esta pergunta.

Tabela 2 - Porcentagem de respostas positivas para as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.

Perguntas	%
Você acha que os profissionais de saúde têm que comunicar aos órgãos oficiais quando há suspeitas de maus tratos contra o idoso?	94,9
Você tem direito a lugares preferenciais em locais públicos de lazer, assim como atendimento preferencial em filas?	91,2
Você tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?	90,2
Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?	89,5
Você tem direito a acompanhante, quando internado?	88,2
Você tem direito a receber medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?	87,1
Você acha que o idoso deve ser previamente preparado para a aposentadoria?	86,8
Você tem direito a lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?	85,5
Nos transportes coletivos interestaduais, você tem direito a descontos e tratamento diferenciado?	84,8
Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?	80,7
Você tem direito a pagar apenas metade das entradas nos cinemas, teatros e outras atividades culturais e de lazer?	79,7
Você tem direito a receber salário-mínimo do Governo, quando não tiver condições de se manter?	79,4
Você tem prioridade no embarque dos transportes coletivos?	78,4
Você tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?	75,7
Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão capacitados para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?	74,7
Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?	69,6
Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?	62,5
Você tem direito a prioridade nas suas pendências e processos judiciais?	52,7
Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?	51,4
O governo lhe oferece proteção, incluindo abrigo temporário e/ou permanente, assistência médica adequada e assistência jurídica e social, quando seus direitos são violados?	50,0
Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?	49,2
Você tem tratamento diferenciado na aquisição de casa própria, tanto quanto a preferência no atendimento, quanto ao valor do imóvel e a construção adaptada para a idade?	48,0
Você acha que no nosso país, familiares, profissionais de saúde e outros que atendem a população idosa, assim como as instituições específicas de atendimento ao idoso, são punidos legalmente quando violam os seus direitos?	47,6
Acha que a Política para o Idoso tem melhorado ou melhorou sua vida?	47,3
Você sabia que os direitos abordados nas perguntas acima estão inclusos no Estatuto do Idoso e são garantidos por Lei?	39,9
Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?	39,9
Você acha que sua aposentadoria em nosso país é paga de forma justa?	24,3
O Governo consegue suprir sua alimentação quando necessário?	22,0

Quando se relacionaram as respostas positivas para as perguntas sobre o Estatuto do idoso com as variáveis sexo, escolaridade, renda em salário mínimo per capita, idade, cor e realização de atividade de lazer, observou-se que entre estas características, realizar alguma atividade de lazer e escolaridade foram as que obtiveram mais itens com associação significativa. Realizar algum tipo de atividade de lazer esteve associado a 13 questões, escolaridade a 9 questões, sexo a 5 questões, idade e cor a 2 questões e renda esteve associada a uma questão.

Porém, quando estas variáveis foram relacionadas entre si, observou-se que elas não eram independentes, como por exemplo, o sexo do idoso estava associado a realizar atividades de lazer, de modo que para evitar vieses de confundimento, realizaram-se os modelos de regressão logística multivariada e os Odds Ratio observados das relações das questões referentes aos direitos descritos no Estatuto do Idoso variável dependente, com a variável faixa etária que é mostrada na Tabela 3, quanto ao sexo na Tabela 4, quanto à escolaridade na Tabela 5 e, finalmente quanto a realizar atividades de lazer na Tabela 6.

Tabela 3 – Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) quanto às faixas etárias dos idosos relacionados com as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.

Questão do Estatuto do Idoso x Idade (referência 60 – 69 anos)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
	70 – 79 anos	80 ou mais
Você tem direito a pagar apenas metade das entradas nos cinemas, teatros e outras atividades culturais e de lazer?	6,13 (1,34 – 28,14)	3,61 (0,45 – 29,02)
Você tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?	4,62 (1,29 – 16,57)	-

\* Odds Ratio ajustada por escolaridade, cor, renda per capita, lazer e sexo.

Estes resultados mostram que a faixa etária compreendida entre os 70 a 79 anos, percebe mais os direitos de usufruir de descontos nas atividades de lazer e de gratuidade nos transportes públicos comparando-se com os idosos da faixa etária entre 60 a 69 anos.

Tabela 4 – Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) quanto ao sexo dos idosos relacionados com as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.

Questão do Estatuto do Idoso x Sexo (referência masculino)	OR (IC 95%) feminino
Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?	1,85 (1,07 – 3,19)
Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?	2,22 (1,27 – 3,87)
O governo lhe dá assistência médica domiciliar, quando necessário?	1,88 (1,07 – 3,27)
Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?	2,11 (1,93 – 3,72)

\* Odds Ratio ajustada por escolaridade, cor, renda per capita, lazer e sexo.

Com relação ao sexo, sentir-se protegido contra violências é mais frequente entre as mulheres do que entre os homens idosos. O mesmo acontece com considerar que deve haver um limite de idade para participação ou admissão em concursos e empregos, com o reconhecimento do direito de assistência médica domiciliar e com o perceber-se incluído na sociedade de maneira geral.

Tabela 5 – Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) quanto aos níveis de escolaridade dos idosos relacionados com as questões referentes ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.

Questão do Estatuto do Idoso x escolaridade (referência superior)	OR (IC 95%) <i>analfabeto</i>	OR (IC 95%) <i>Ens fund.</i>	OR (IC 95%) <i>Ens médio</i>
Você tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?	7,62 (1,84 – 31,53)	2,48 (0,71 – 8,61)	1,41 (0,36 – 5,55)
Você tem direito a receber medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?	36,60 (6,29 – 249,5)	8,89 (2,45 – 32,32)	5,40 (1,23 – 23,73)
Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?	5,38 (1,34 – 21,19)	1,36 (0,37 – 4,96)	1,10 (0,26 – 4,75)

\* Odds Ratio ajustada por escolaridade, cor, renda per capita, lazer e sexo.

As relações de escolaridade com as respostas às questões relacionadas com o Estatuto do Idoso mostraram que os analfabetos consideraram mais corretas as afirmativas relativas a ter direito a receber medicamentos e atendimento de saúde adequado, como também que as instituições de atendimento geriátrico funcionam de modo adequado, comparado com os idosos com maior grau de instrução.

Tabela 6 – Odds Ratio e intervalos de confiança (95%) da referência dos idosos quanto a realizar atividade de lazer relacionados com as questões relativas ao Estatuto do Idoso. João Pessoa, 2011.

Questão do Estatuto do Idoso x Lazer (referência não faz atividade de lazer)	OR (IC 95%) <i>Faz lazer</i>
O Governo consegue suprir sua alimentação quando necessário?	2,06 (1,14 – 3,70)
Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?	0,10 (0,01 – 0,79)
Você acha que as instituições que abrigam idosos devem ser adequadas do ponto de vista da higiene, do conforto e da adaptação para a idade.	1,99 (1,13 – 3,53)
O governo lhe oferece proteção, incluindo abrigo temporário e/ou permanente, assistência médica adequada e assistência jurídica e social, quando seus direitos são violados?	2,11 (1,19 – 3,73)
Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?*	1,82 (1,03 – 3,23)

\* Odds Ratio ajustada por escolaridade, cor, renda per capita, lazer e sexo.

O resultado das questões relacionadas com a prática de alguma atividade de lazer mostrou que, independente das demais variáveis explicativas do estudo, realizar atividade de lazer se relaciona com maior percepção de que existe proteção oferecida pelo governo, de que o governo consegue suprir sua alimentação quando necessário, como também de que há necessidade dos abrigos de idosos serem adequados e de que as instituições de atendimento ao idoso funcionam de forma satisfatória. Foi observado também que na percepção desses idosos não se faz necessária a formação diferenciada nas escolas sobre o processo de envelhecimento.

## DISCUSSÃO

Este estudo investigou uma população de idosos cadastrados em duas Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa utilizando um desenho de estudo transversal e técnica de coleta de dados por meio de entrevistas. O processo de seleção da amostra foi aleatório, o que, mesmo sem conferir representatividade populacional para a mesma, garante a não introdução de viés de seleção, o que pode vir a ocorrer nos casos de amostras intencionais. O tamanho da amostra investigada também evita os erros ocasionados por distorções devido a amostras pequenas <sup>8</sup>.

Os resultados mostraram que os idosos reconhecem, em sua maioria, os direitos referidos no Estatuto do Idoso, independente de conhecer o próprio Estatuto, bem como de serem beneficiados por estes direitos. O objetivo deste trabalho não foi avaliar se os direitos dos idosos estão sendo respeitados ou não, mas sim saber se, na percepção deles, os referidos direitos existem. Neste sentido, os resultados mostram que itens de grande relevância, como a necessidade de proteção contra as violências, ou os mais disseminados na nossa sociedade, como o direito a lugares preferenciais, tiveram alta frequência de respostas positivas, enquanto direitos como a garantia da alimentação foram os menos referidos.

O item que atingiu a maior frequência em respostas positivas foi relacionado à obrigatoriedade dos profissionais de saúde em comunicar aos órgãos oficiais responsáveis quando há suspeitas de maus tratos contra os idosos. Esta obrigatoriedade além de ser prevista pela Legislação Brasileira, também está presente nos diversos Códigos de Ética que regem esses profissionais e os mesmos são passíveis de punição pelo seu não cumprimento <sup>9</sup>. Dois itens também atingiram uma frequência acima de 90% de respostas positivas: direito a lugares preferenciais em locais públicos de lazer, assim como atendimento preferencial em filas e o direito a gratuidade nos transportes coletivos. Isto reflete fatos concretos da realidade destes idosos que são vivenciados na nossa sociedade e também está de acordo com os resultados presentes na literatura em estudos anteriores <sup>3</sup>.

Interessante observar que mais de 90% dos idosos que referiram atividades de lazer responderam positivamente sobre a necessidade de haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento, o que mostra uma clareza e abrangência de ideias nessa população que mesmo carente e avançada em anos, está pensando na construção de um futuro melhor para os próximos idosos. Essa ideia é corroborada pela realidade de estudos que mostram que a escola e os órgãos educadores devem ser chamados a contribuir na compreensão deste novo “ator social” que é o idoso inserido na realidade da nossa sociedade

atual, para que se fortaleça de uma vez por todas, a concepção de não se estigmatizar o idoso como um fardo a ser carregado pelos “futuros idosos”<sup>10</sup>.

Reafirmando a distância entre a existência do direito e a sua aplicação na prática, a questão da violência foi bastante exemplar uma vez que, se por um lado, a obrigação dos profissionais da saúde de denunciar os maus tratos contra os idosos foi a pergunta que atingiu o maior número de respostas positivas, por outro, a frequência diminuiu quando se questionou se eles se sentiam protegidos de violência, negligência, discriminação, crueldade e diminuiu ainda mais quando se perguntou aos idosos se eles achavam que existe punição para os casos de violação dos seus direitos, por parte dos profissionais de saúde, familiares e outros que os atendem ou assistem. Trabalho realizado no município de João Pessoa mostrou que o processo de envelhecimento que acontece no mundo todo vem fazendo surgir uma face maior da violência contra o idoso<sup>11</sup>.

No Brasil, onde 70% da população idosa vivem em condições de pobreza e ainda tem que contribuir com seus poucos rendimentos com a renda familiar e até mesmo ser arrimo de família, ocorre geração de conflitos na convivência entre os mais velhos com os mais jovens, o que leva quase sempre a algum tipo de violência doméstica. Uma pesquisa exploratória objetivando reconhecer através da equipe da Estratégia da Saúde na Família as formas de violência intrafamiliar contra idosos, concluiu que os profissionais destas equipes perceberam este tipo de violência, principalmente na forma de abandono e negligência e fizeram este reconhecimento através de visitas domiciliares, no entanto, enfrentaram dificuldades diante do silêncio do idoso em se afirmar violentado e pela falta de instrumentos ou protocolos para a identificação da violência nesta idade<sup>12</sup>.

Souza e Minayo, 2010<sup>13</sup> observaram em uma pesquisa sobre a inserção do tema da violência nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil, que nem todos os episódios de violência contra idosos chegam aos serviços de saúde e que por sua vez, o profissional de saúde também não investiga história de qualquer tipo de violência no atendimento ao idoso, ou por não se sentir capacitado, ou por não existirem protocolos de investigação adequados, o que leva ao sub-registro desses casos. Essas autoras também apontam que a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), assim como as duas Conferências Nacionais dos Direitos do Idoso (2006 e 2009), apesar de destacarem as especificidades do atendimento que deve ser oferecido a essa parcela da população, não abordam devidamente o tema da violência nem do ponto de vista de suas manifestações, nem quanto à magnitude e intensidade com que ocorrem.

Schraiber, D'Oliveira e Couto (2006)<sup>6</sup>, após levantamento de estudos recentes sobre Violência e Saúde verificaram que entre os anos de 2000 e 2005 vem ocorrendo um crescimento no número de publicações sobre esses temas, sendo que duas referências destacam a morte e internações entre idosos vinculadas a esta causa. No entanto, no geral, há uma escassez de estudos que se referem a segmentos populacionais específicos e enfoques relevantes como raça/etnia e mesmo gênero deixam de ser tratados, talvez pela complexidade que o tema envolve.

A dependência entre estas variáveis estudadas fez com que não fosse possível fazer a associação simples de cada uma delas com as questões relacionadas com o Estatuto do Idoso e por este motivo foi construído um modelo de regressão logística binária para cada um dos 28 itens. Destes, somente 13 tiveram relação com as variáveis descritivas: sexo, faixa etária, escolaridade, cor, renda per capita e realizar atividade de lazer. As variáveis cor e renda per capita não foram incluídas nos modelos por falta de significância estatística.

A situação socioeconômica é um fator importante na nossa sociedade e estudos sugerem que indivíduos podem perceber os seus direitos mesmo sem tê-los, mas pelo desejo de combater as condições em que ainda vivem em nosso país, situações de isolamento e preconceitos que atingem todas as camadas sociais principalmente as mais carentes. Isso também levanta a questão para a necessidade do idoso de ser compreendido como um cidadão com direitos e deveres, participante e atuante na sociedade <sup>4, 12</sup>.

Com relação às respostas positivas aos direitos do Estatuto associadas com a idade, verificou-se que os idosos mais velhos, também responderam positivamente, principalmente ao direito de pagar metade nas entradas de atividades de cunho cultural e de lazer e ao direito de gratuidade nos transportes coletivos. Isto poderia ser entendido como certo amadurecimento do próprio idoso na percepção dos seus direitos com o avançar dos anos, ou pelo simples fato destes direitos acima referidos serem os mais evidentes e concretos para os mesmos, dentro de sua realidade, como foi mencionado anteriormente neste trabalho.

A realização de atividades de lazer, associada a outros fatores mostrou destacada importância com a percepção positiva dos direitos dos idosos. Em quatro itens as mulheres entrevistadas responderam afirmativamente à percepção do direito numa frequência maior que os homens. Este achado é compatível com dados encontrados na literatura que mostram que a frequência do sexo feminino nos grupos e cursos de convivência para idosos é maior, inclusive nas Universidades da Terceira Idade e isso favorece a informação, conscientização, troca de informações e promoção da cidadania <sup>14, 15, 16</sup>. A literatura também mostra que a participação nos grupos de promoção à saúde e atividades de lazer gera maior conscientização

no idoso sobre os seus direitos e a mulher participa destes eventos mais frequentemente que os homens<sup>15, 16, 17</sup>.

É interessante ressaltar que estudos na literatura também mostram uma desigualdade entre os gêneros no aumento da expectativa de vida da população brasileira, visto que já em 2008 havia para cada 100 mulheres de 60 anos ou mais, 94 homens<sup>18</sup>. Este aumento da expectativa de vida da mulher, também pode ter relação com o fato de sua maior assiduidade nas atividades já mencionadas, pois todas elas de certa forma envolvem ações de promoção à saúde e prevenção das doenças.

Martins e Massarollo (2010)<sup>3</sup> verificaram que os idosos tiveram mais acesso a informações sobre seus direitos pelos órgãos de informação em massa, principalmente a televisão e por cartilhas distribuídas nos Núcleos de Convivência para os idosos o que reforça a importância dos mesmos.

Os idosos inseridos em atividades de lazer tiveram mais respostas positivas, significando que eles têm melhor compreensão dos seus direitos quando comparados aos demais. Interessante que estes resultados mostram concordância e consonância com a literatura que em vários trabalhos publicados demonstra e confirma a importância do lazer, da participação em grupos de convivência para idosos e da construção de relações interpessoais adequadas na melhoria da saúde, da qualidade de vida e da integração do idoso na sociedade.

Veras e Caldas (2004)<sup>14</sup> enfatizam a necessidade de se garantir cidadania para todos, inclusive para os que a tiveram e a perderam, como no caso dos idosos, demonstrando os benefícios do movimento das Universidades da Terceira Idade na inserção social do idoso e na recuperação de sua autoestima e identidade. As universidades são apontadas por estes autores como o espaço onde não só o idoso pode estar, mas onde pode além de desenvolver atividades culturais e de lazer, obter conhecimentos novos, como nas universidades para jovens. O lazer também foi referido em um estudo desenvolvido em Botucatu - São Paulo, como importante fator que gera satisfação com a vida pelos idosos, também sendo concluído que o principal determinante da percepção de alta satisfação com a vida é ter um relacionamento social estável<sup>17</sup>.

Apesar de o lazer ser fenômeno social significativo na terceira idade, pois coincide com a aposentadoria e nesta fase da vida há um desprivilegio na maioria dessa população pela diminuição do salário, o que a obriga a continuar trabalhando para manter a família com o mesmo nível de antes, observa-se que o lazer não atinge a grande maioria dos idosos, principalmente os de menor renda<sup>19</sup>. Estes mesmos autores viram em sua pesquisa que muitos indivíduos não tinham clareza sobre o significado do lazer e a necessidade do mesmo

para a formação de sua história e tinham resistência para aderirem a grupos, mas quando inseridos nestes, os sujeitos ampliavam sua cultura e demonstravam maior aprendizagem com seus cuidados pessoais, referindo melhor saúde e bem estar.

Lima, Silva, Galhardoni (2008)<sup>20</sup>, em um trabalho que enfoca concepções sobre o envelhecimento bem sucedido, demonstraram que a pessoa idosa deve ser protagonista das intervenções para a construção de uma terceira idade saudável através da percepção do próprio indivíduo idoso que pode fazer seus próprios julgamentos e emitir suas opiniões. Isso é conseguido pela sua interação com outros indivíduos de sua idade.

Em uma pesquisa realizada no âmbito da ressignificação do lazer entre os idosos, através de questionários aplicados a pessoas de 60 a 80 anos em um Programa para idosos em Araras – São Paulo foi verificado que o fato de participarem deste tipo de Programa faziam os idosos sentirem-se valorizados, animados, além de se divertirem e poderem aprender mesmo sendo velhos, melhorando sobremaneira, sua qualidade de vida, concluindo-se que o lazer oferece a oportunidade ao idoso de ressignificar sua existência e sua importância como cidadão <sup>21</sup>.

Pesquisa realizada por um Estudo Epidemiológico com Idosos, relacionando Lazer com perda da capacidade funcional chegou a importantes resultados, após o acompanhamento de idosos entre entrevistas realizadas nos períodos de 1991-1992, 1994-1995 e em 1998. Este estudo observou que a prevenção da perda da capacidade funcional deve incluir a prevenção das patologias crônicas, entre elas a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, mas identificou também a importância das atividades de trabalho e lazer, assim como a convivência com amigos nesta prevenção <sup>22</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi descrito, podemos concluir que pelas respostas obtidas das perguntas realizadas aos idosos entrevistados, fica claro que a associação com o ter algum tipo de atividade de lazer influenciou positivamente na percepção dos direitos por esses idosos, principalmente daqueles que já estão incorporados no seu dia a dia, como gratuidade nos transportes, direito a lugares preferenciais. Verificou-se, também, que possivelmente a necessidade de se sentir protegido contra a violência que aparece cada vez mais em nossa sociedade, tenha determinado que o maior número de respostas positivas fosse sobre a obrigatoriedade de denúncia pelos profissionais de saúde se houver suspeitas de maus tratos contra a pessoa idosa.

Ressaltamos que as respostas positivas obtidas dos idosos entrevistados, podem não significar o ter concretamente estes direitos, mas um sentimento de sentir-se com direito ao que lhes foi inquirido. Faz-se necessário a realização de novos estudos que possam diferenciar e correlacionar a percepção subjetiva dos direitos, com a concretude da realidade dos mesmos, na vida do idoso.

Concluindo, o presente estudo mostrou na população de idosos de João Pessoa – PB, o fato já confirmado em outros trabalhos na literatura, no que concerne à importância da integração social do idoso, incluindo as atividades de lazer como meio eficaz para promoção de uma melhor qualidade de vida e da cidadania da pessoa idosa, levando-a a resgatar seu espaço na sociedade, resistir aos maus tratos, à violência e cuidar de sua própria saúde.

Vê-se de forma cada vez mais consistente que as políticas públicas envolvendo os gestores dos diversos segmentos da saúde, devem criar estratégias que não só favoreçam a formação cada vez maior de grupos de convivência e lazer para a terceira idade, mas que estes de fato incluam de forma abrangente, a população idosa mais carente que ainda é maioria em nosso país.

## RESUMO

O presente estudo avaliou a auto percepção dos idosos com relação aos seus direitos, tendo como referência o Estatuto do Idoso. Foi realizado um estudo transversal com idosos cadastrados em duas Unidades de Saúde da Família em João Pessoa. Foram selecionados aleatoriamente 296 idosos que foram submetidos a uma entrevista estruturada. A maioria da amostra foi do sexo feminino, de baixa escolaridade e renda. Realizar alguma atividade de lazer foi referido por 42,6% dos idosos. Apenas nove das 28 questões sobre os direitos dos idosos apresentaram frequência de respostas positivas inferiores a 50%. Entre as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, renda, cor e realizar atividade de lazer, esta última foi a que apresentou maior associação com as respostas positivas sobre a auto percepção dos direitos. Este resultado reforça a importância do lazer entre idosos para consolidar a cidadania e a qualidade de vida nesta fase da vida.

**Palavras chaves:** Direitos dos Idosos, Assistência a Idosos, Atividades de Lazer, Atenção Primária à Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. FRANGE, Paulo. Estatuto do Idoso Comentado. Disponível em: <<http://www.paulofrange.com.br/dnn/Artigos/tabid/483/ctl/Details/mid/1149/ItemID/5/Default.aspx>>. Acesso em: 24 Jun. 2010.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 03 mai. 2010.
3. MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO Maria Cristina, Komatsu, Braga. Conhecimento dos Idosos sobre os seus direitos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 479-85, 2010.
4. KEINERT, T. M. M.; ROSA, E. C. **Direitos Humanos, envelhecimento ativo e saúde da pessoa idosa: marco legal e institucional**. Boletim ENVELHECIMENTO & SAÚDE do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, n 47, abril de 2009.
5. BRASIL. Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741htm>>. Acesso em 29 de junho de 2010.
6. SCHRAIBER, Lilia, Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia; COUTO, Márcia Thereza. Violência e Saúde: estudos científicos recentes. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. esp, p. 112-20, 2006.
7. SCHAEFFER, R. L; MENDENHALL, W; OTT, L. **Elementary Survey Sampling**. 4ª ed. California: Duxbury Press. 1990.
8. SILVA, NN. **Amostragem probabilística**. 2ª. ed. São Paulo: Edusp, 2004.
9. SALIBA, Orlando et al. Responsabilidade do Profissional de Saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 472-477, 2007.
10. WHITAKER, Dulce Consuelo, Andreatta. O idoso na Contemporaneidade: A necessidade de se educar a sociedade para as exigências desse “Novo Ator Social”, titular de Direitos. **Caderno Cedes**, Campinas, vol. 30, n. 81, p. 179-188, 2010.
11. FLORÊNCIO, Márcia Virgínia, di Lorenzo; FERREIRA, Maria de Oliveira Filha; SÁ, Lenilde, Duarte de. A Violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. **Revista eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 09, n. 03, p. 847-857, 2007.
12. SHIMBO, Adriano, Yoshio; LABRONICI, Liliana Maria; MANTOVANI, Maria de Fátima. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 506-510, 2011.

13. SOUZA, Edinilza, Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2.659-2668, 2010.
14. VERAS, Renato, Peixoto; CALDAS, Célia Pereira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 09, n.02, p. 423-432, 2004.
15. GUERRA, A. C. L.; CALDAS, C. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2931-2940, 2010.
16. BORGES, Paula Lutiene et al. Perfil dos Idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte – MG. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2.798-2808, 2008.
17. JOIA, Luciane Cristina; RUIZ, Tânia; DONALISIO, Maria Rita. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 131-8, 2007.
18. MOURA, Maria Aparecida, Vasconcelos; DOMINGOS, Maria Elizabete, de Castro, Rassy. A Qualidade na Atenção à Saúde da Mulher Idosa: um relato de experiência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n.04, p. 848-855, 2010.
19. MORI, Guilherme; SILVA, Luciene, Ferreira da. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. **Motriz**, Rio Claro - SP, v.16, n.4, p. 950-957, 2010.
20. LIMA, Ângela Maria, Machado de; SILVA, Henrique, Salmazo da; GALHARDONI, Ricardo. Successful aging: paths for a construct and new frontiers. **Interface**, São Paulo, v.4, 2008.
21. GÁSPARI, Josset, Campagna de; SCHWARTZ, Gisele Maria. O idoso e a ressignificação emocional do Lazer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n.1, p. 69-76, 2005.
22. D'ORSI, Eleonora; XAVIER André Junqueira; RAMOS Luiz Roberto. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n.04, p. 685-692, 2011.

## APÊNDICE C – RESULTADOS A SEREM EXPLORADOS

### RESULTADOS

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o local da pesquisa. João Pessoa, 2011.

Unidade de Saúde	n	%	% Válido
Castelo Branco	168	56,8	56,8
São José	128	43,2	43,2
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o sexo. João Pessoa, 2011.

Sexo	n	%	% Válido
Feminino	193	65,2	65,2
Masculino	103	34,8	34,8
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo faixa etária. João Pessoa, 2011.

Faixa etária	n	%	% Válido
De 60 à 69 anos	138	46,6	46,9
De 70 à 79 anos	116	39,2	39,5
80 ou mais	40	13,5	13,6
TOTAL	294	99,3	100,0
Casos Perdidos	2	0,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a cor. João Pessoa, 2011.

Cor	n	%	% Válido
Branco	105	35,5	36,2
Negro	52	17,6	17,9
Pardo	133	44,9	45,9
TOTAL	290	98,0	100,0
Não informou	6	2,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o estado civil. João Pessoa, 2011.

Estado civil	n	%	% Válido
Casado	121	40,9	42,8
Solteiro	39	13,2	13,8
Viúvo	96	32,4	33,9
Divorciado	21	7,1	7,4
Tem companheiro	6	2,0	2,1
TOTAL	283	95,6	100,0
Não informou	13	4,4	
TOTAL	296	100,0	

Tabela 7: Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o nível de escolaridade. João Pessoa, 2011.

Escolaridade	n	%	% Válido
Analfabeto	77	26,0	26,5
Alfabetizado	61	20,6	21,0
Fundamental completo	58	19,6	19,9
Fundamental incompleto	43	14,5	14,8
Ensino médio completo	30	10,1	10,3
Ensino médio incompleto	8	2,7	2,7
Superior completo	12	4,1	4,1
Superior incompleto	2	0,7	0,7
TOTAL	291	99,3	100,0
Não informou	5	1,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a relação cintura quadril. João Pessoa, 2011.

Ponto de corte RCQ	n	%	% Válido
Abaixo	70	23,6	23,6
Elevado	60	20,3	20,3
Muito elevado	166	56,1	56,1
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o estado nutricional. João Pessoa, 2011.

Estado Nutricional	n	%	% Válido
Magreza	46	15,5	15,5
Eutrofia	121	40,9	40,9
Excesso de peso	60	20,3	20,3
Obesidade	69	23,3	23,3
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o tipo de obesidade. João Pessoa, 2011.

Tipo de obesidade	n	%	% Válido
Ginóide	168	56,8	56,8
Andróide	128	43,2	43,2
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o tipo de atividade profissional atual. João Pessoa, 2011.

Atividade profissional atual	n	%	% Válido
Aposentado	186	62,8	71,8
Do lar	23	7,8	8,9
Pensionista	16	5,4	6,2
Trabalho fora de casa	34	11,5	13,1
TOTAL	259	87,5	100,0
Não informou	37	12,5	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo as atividades informais desenvolvidas. João Pessoa, 2011.

Atividades informais	n	%	% Válido
Não tem	272	91,9	91,9
Comerciante	10	3,4	3,4
Costureira	7	2,4	2,4
Artesanato	3	1,0	1,0
Rezadeira	1	0,3	0,3
Pescador	1	0,3	0,3
Auxiliar de cozinha	1	0,3	0,3
Professor de interior	1	0,3	0,3
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo ao hábito de tabagismo. João Pessoa, 2011.

Tabagismo	n	%	% Válido
Sim	56	18,9	19,3
Não atualmente	106	35,8	36,6
Nunca informou	128	43,2	44,1
TOTAL	290	98,0	100,0
Não informou	6	2,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo ao consumo de bebidas alcólicas. João Pessoa, 2011.

Bebida	n	%	% Válido
Sim	11	3,7	8,8
Nunca bebeu	13	4,4	10,4
Bebe socialmente	101	34,1	80,8
TOTAL	125	42,2	100,0
Não informou	171	57,8	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Média e desvio padrão das variáveis contínuas. João Pessoa, 2011.

Variáveis contínuas	n	Média ± Desvio padrão
Idade (anos)	294	70,80 ± 7,70
Peso (Kg)	296	66,01 ± 13,22
Altura (m)	296	1,56 ± 0,09
IMC (Kg.m <sup>2</sup> )	296	26,92 ± 4,92
Ccintura (cm)	296	95,25 ± 14,44
Cquadril (cm)	296	101,04 ± 12,46
RCQ	296	0,94 ± 0,09
Tabagismo (tempo)	296	16,40 ± 20,38
Renda familiar total (R\$)	296	1.275,35 ± 990,11
Renda per capita	280	454,76 ± 419,51

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o hábito de tomar banho. João Pessoa, 2011.

Banho	n	%	% Válido
Sim	286	96,6	96,6
Não	4	1,4	98,0
Com ajuda	6	2,0	100,0
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o hábito de vestir. João Pessoa, 2011.

Vestir	n	%	% Válido
Sim	285	96,3	96,3
Não	4	1,4	97,6
Com ajuda	7	2,4	100,0
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o hábito de andar. João Pessoa, 2011.

Andar	n	%	% Válido
Sim	286	96,6	96,6
Não	3	1,0	1,0
Com ajuda	7	2,4	2,4
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o hábito de alimentar-se. João Pessoa, 2011.

Alimentar	n	%	% Válido
Sim	289	97,6	98,0
Não	2	0,7	0,7
Com ajuda	4	1,4	1,4
TOTAL	295	99,7	100,0
Não informou	1	0,3	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o uso de transporte público. João Pessoa, 2011.

Uso transporte público	n	%	% Válido
Sim	234	79,1	81,3
Não	54	18,2	18,8
TOTAL	288	97,3	100,0
Não informou	8	2,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o uso de transporte público só ou acompanhado. João Pessoa, 2011.

Transporte só ou acompanhado	n	%	% Válido
Não usa	53	17,9	32,9
Sozinho	80	27,0	49,7
Acompanhado	28	9,5	17,4
TOTAL	161	54,4	100,0
Não informou	135	45,6	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o hábito de fazer seus pagamentos. João Pessoa, 2011.

Pagamentos	n	%	% Válido
Sim	205	69,3	69,3
Não	56	18,9	18,9
Com ajuda	33	11,1	11,1
Não informou	2	0,7	0,7
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o lazer. João Pessoa, 2011.

Lazer	n	%	% Válido
Sim	126	42,6	43,8
Não	162	54,7	56,3
TOTAL	288	97,3	100,0
Não informou	8	2,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o tipo de lazer. João Pessoa, 2011.

Qual lazer	n	%	% Válido
Não tem	161	54,4	57,5
Participação em grupos	25	8,4	8,9
Passeios informais	39	13,2	13,9
Atividades religiosas	23	7,8	8,2
Atividades físicas	22	7,4	7,9
Bebida com amigos	2	0,7	0,7
Atividades mentais	5	1,7	1,8
Assistir TV	2	0,7	0,7
Música	1	0,3	0,4
TOTAL	280	94,6	100,0
Não informou	16	5,4	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o tipo de cuidador. João Pessoa, 2011.

Tipo de cuidador	n	%	% Válido
Não tem cuidador	232	78,4	82,3
Parente	44	14,9	15,6
Remunerado	6	2,0	2,1
TOTAL	282	95,3	100,0
Não informou	14	4,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o tipo de benefício. João Pessoa, 2011.

Benefício	n	%	% Válido
Não tem benefício	260	87,8	87,8
Bolsa família	8	2,7	2,7
Não informou	24	8,1	8,1
Pão e leite	4	1,4	1,4
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo ao tipo de moradia. João Pessoa, 2011.

Tipo de moradia	n	%	% Válido
Casa própria	256	87,1	87,1
Casa alugada	33	11,2	11,2
Casa cedida	3	1,0	1,0
Outro	2	0,7	0,7
TOTAL	294	99,3	100,0
Não informou	2	0,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a presença de doenças (Diabetes). João Pessoa, 2011.

Diabetes	n	%	% Válido
Sim	86	29,1	32,0
Não	183	61,8	68,0
TOTAL	269	90,9	100,0
Não informou	27	9,1	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a presença de doenças (Hipertensão). João Pessoa, 2011.

Hipertensão	n	%	% Válido
Sim	243	82,1	89,3
Não	29	9,8	10,7
TOTAL	272	91,9	100,0
Não informou	24	8,1	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a presença de doenças (Dislipidemia). João Pessoa, 2011.

Dislipidemia	n	%	% Válido
Sim	37	12,5	14,6
Não	217	73,3	85,4
TOTAL	254	85,8	100,0
Não informou	42	14,2	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a presença de doenças (Anemia). João Pessoa, 2011.

Anemia	n	%	% Válido
Sim	20	6,8	7,9
Não	232	78,4	92,1
TOTAL	252	85,1	100,0
Não informou	44	14,9	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a presença de doenças (Doenças do coração). João Pessoa, 2011.

Doenças do coração	n	%	% Válido
Sim	22	7,4	8,6
Não	234	79,1	91,4
TOTAL	256	86,5	100,0
Não informou	40	13,5	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a presença de outras doenças. João Pessoa, 2011.

Outras doenças	n	%	% Válido
Sim	36	12,2	12,2
Não	239	80,7	80,7
Não informou	21	7,1	7,1
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o tipo de medicação. João Pessoa, 2011.

Qual medicamento	n	%	% Válido
Não usa	65	22,0	24,4
Antidiabéticos	27	9,1	10,2
Antihipertensivos	116	39,2	43,6
Antidiabéticos + antidiabéticos	32	10,8	12,0
Antidiabéticos + antihipertensivos + doenças do coração	3	1,0	1,1
Outros	11	3,7	4,1
Antihipertensivos + outros	5	1,7	1,9
Antidislipidêmicos	6	2,0	2,3
TOTAL	266	89,9	100,0
Não informou	30	10,1	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a forma de usar os medicamentos. João Pessoa, 2011.

Forma ininterrupta	n	%	% Válido
Não usa medicamento	65	22,0	25,2
Sim	172	58,1	66,7
Não	21	7,1	8,1
TOTAL	258	87,2	100,0
Não informou	38	12,8	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a forma de aquisição da medicação. João Pessoa, 2011.

Aquisição de medicação	n	%	% Válido
Não usa medicamento	65	22,0	25,0
PSF	156	52,7	60,0
Recursos próprios	38	12,8	14,6
Doação	1	0,3	0,4
TOTAL	260	87,8	100,0
Não informou	36	12,2	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo as consultas de saúde. João Pessoa, 2011.

Consulta	n	%	% Válido
Semanal	3	1,0	1,0
Quinzenal	5	1,7	1,7
Mensal	34	11,5	11,7
Trimestral	8	2,7	2,7
Anual	38	12,8	13,1
Só quando precisa	203	68,6	69,8
TOTAL	291	98,3	100,0
Não informou	5	1,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo rotina semanal de café da manhã. João Pessoa, 2011.

Rotina semanal café	n	%	% Válido
Sim	292	98,6	99,3
Não	2	0,7	0,7
TOTAL	294	99,3	100,0
Não informou	2	0,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo rotina semanal do lanche. João Pessoa, 2011.

Rotina semanal lanche	n	%	% Válido
Sim	55	18,6	18,8
Não	238	80,4	81,2
TOTAL	293	99,0	100,0
Não informou	3	1,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo rotina semanal do almoço. João Pessoa, 2011.

Rotina semanal almoço	n	%	% Válido
Sim	293	99,0	100,0
Não informou	3	1,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo rotina semanal do lanche. João Pessoa, 2011.

Rotina semanal lanche	n	%	% Válido
Sim	249	84,1	85,0
Não	44	14,9	15,0
TOTAL	293	99,0	100,0
Não informou	3	1,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo rotina semanal do jantar. João Pessoa, 2011.

Rotina semanal jantar	n	%	% Válido
Sim	291	98,3	99,3
Não	2	0,7	0,7
TOTAL	293	99,0	100,0
Não informou	3	1,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo rotina semanal do lanche da noite. João Pessoa, 2011.

Rotina semanal lanche da noite	n	%	% Válido
Sim	221	74,7	75,4
Não	72	24,3	24,6
TOTAL	293	99,0	100,0
Não informou	3	1,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo à ingestão de copos de água. João Pessoa, 2011.

Copos de água	n	%	% Válido
Menos de 4 copos	95	32,1	32,2
8 copos ou mais	30	10,1	10,2
4 à 5 copos	97	32,8	32,9
6 à 8 copos	73	24,7	24,7
TOTAL	295	99,7	100,0
Não informou	1	0,3	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o consumo de bebida alcóolica. João Pessoa, 2011.

Bebida	n	%	% Válido
Diariamente	2	0,7	0,7
De 1 à 6 vezes na semana	7	2,4	2,4
Eventualmente ou raramente	25	8,4	8,5
Não consome	260	87,8	88,4
TOTAL	294	99,3	100,0
Não informou	2	0,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo rotina de fazer atividade física. João Pessoa, 2011.

Atividade física	n	%	% Válido
Não	181	61,1	61,6
Sim	54	18,2	18,4
2 à 4 vezes por semana	59	19,9	20,1
TOTAL	294	99,3	100,0
Não informou	2	0,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo o hábito de ler informação nutricional. João Pessoa, 2011.

Informação nutricional	n	%	% Válido
Nunca	196	66,2	66,4
Quase nunca	20	6,8	6,8
Algumas vezes	31	10,5	10,5
Sempre ou quase sempre	48	16,2	16,3
TOTAL	295	99,7	100,0
Não informou	1	0,3	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e1 "Conhece o estatuto do idoso?" João Pessoa, 2011.

Conhece o estatuto do idoso?	n	%	% Válido
Não	173	58,4	64,1
Sim	97	32,8	35,9
TOTAL	270	91,2	100,0
Não informou ou não sabe	26	8,8	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e2 "A partir de que idade você acha que o indivíduo deve ser considerado idoso?" João Pessoa, 2011.

A partir de que idade você acha que o indivíduo deve ser considerado idoso?	n	%	% Válido
Errado	117	39,5	39,5
Correto, 60 anos	179	60,5	60,5
TOTAL	296	100,0	100,0

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e3 "Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?" João Pessoa, 2011.

Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?	n	%	% Válido
Não	114	38,5	42,9
Sim	152	51,4	57,1
TOTAL	266	89,9	100,0
Não informou	30	10,1	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e4 "Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?" João Pessoa, 2011.

Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?	n	%	% Válido
Não	45	15,2	15,8
Sim	239	80,7	84,2
TOTAL	284	95,9	100,0
Não informou	12	4,1	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e5 "Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?" João Pessoa, 2011.

Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?	n	%	% Válido
Não	94	31,8	33,7
Sim	185	62,5	66,3
TOTAL	279	94,3	100,0
Não informou	17	5,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e6 "O Governo consegue suprir sua alimentação quando necessário?" João Pessoa, 2011.

O Governo consegue suprir sua alimentação quando necessário?	n	%	% Válido
Não	208	70,3	33,7
Sim	65	22,0	66,3
TOTAL	273	92,2	100,0
Não informou	23	7,8	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e7 do estatuto do idoso "O idoso tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?" João Pessoa, 2011.

O idoso tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?	n	%	% Válido
Não	67	22,6	23,0
Sim	224	75,7	77,0
TOTAL	291	98,3	100,0
Não informou	5	1,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e8 do estatuto do idoso "O governo tem que dar assistência médica domiciliar ao idoso, quando necessário?" João Pessoa, 2011.

O governo tem que dar assistência médica domiciliar ao idoso, quando necessário?	n	%	% Válido
Não	88	29,7	32,6
Sim	182	61,5	67,4
TOTAL	270	91,2	100,0
Não informou	26	8,8	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e13 do estatuto do idoso "O idoso deve ter direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?" João Pessoa, 2011.

O idoso deve ter direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?	n	%	% Válido
Não	75	25,3	30,4
Sim	172	58,1	69,6
TOTAL	247	83,4	100,0
Não informou	49	16,6	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e14 do estatuto do idoso "Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?" João Pessoa, 2011.

Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?	n	%	% Válido
Não	10	3,4	3,6
Sim	265	89,5	96,4
TOTAL	275	92,9	100,0
Não informou	21	7,1	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e22 do estatuto do idoso "O idoso tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?" João Pessoa, 2011.

O idoso tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?	n	%	% Válido
Não	22	7,4	7,6
Sim	267	90,2	92,4
TOTAL	289	97,6	100,0
Não informou	7	2,4	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e23 do estatuto do idoso "Você acha que nos transportes coletivos interestaduais, o idoso tem direito a descontos e tratamento diferenciado?" João Pessoa, 2011.

Você acha que nos transportes coletivos interestaduais, o idoso tem direito a descontos e tratamento diferenciado?	n	%	% Válido
Não	27	9,1	9,7
Sim	251	84,8	90,3
TOTAL	278	93,9	100,0
Não informou	18	6,1	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e24 do estatuto do idoso "Você acha que é direito do idoso ter lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?" João Pessoa, 2011.

Você acha que é direito do idoso ter lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?	n	%	% Válido
Não	27	9,1	9,6
Sim	253	85,5	90,4
TOTAL	280	94,6	100,0
Não informou	16	5,4	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a pergunta e25 do estatuto do idoso "Você acha que o idoso deve ter prioridade no embarque dos transportes coletivos?" João Pessoa, 2011.

Você acha que o idoso deve ter prioridade no embarque dos transportes coletivos?	n	%	% Válido
Não	48	16,2	17,1
Sim	232	78,4	82,9
TOTAL	280	94,6	100,0
Não informou	16	5,4	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a indagação. "Vocês sabiam que os direitos abordados na pesquisa são garantidos por Lei?" João Pessoa, 2011.

Direitos	n	%	% Válido
Sim	118	39,9	40,8
Não	149	50,3	51,6
Apenas parcialmente	22	7,4	7,6
TOTAL	289	97,6	100,0
Não informou	7	2,4	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a indagação. "Você acha que no nosso país, a vida do idoso tem mudado para melhor?" João Pessoa, 2011.

Melhoria da vida do idoso	n	%	% Válido
Sim	140	47,3	48,8
Não	94	31,8	32,8
Apenas parcialmente	53	17,9	18,5
TOTAL	287	97,0	100,0
Não informou	9	3,0	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Distribuição de frequência dos idosos estudados, segundo a indagação "Você acha que a Política para o Idoso tem melhorado ou melhorou a sua vida?" João Pessoa, 2011.

Política do idoso eficaz	n	%	% Válido
Sim	67	22,6	23,3
Não	163	55,1	56,6
Não sabe	58	19,6	20,1
TOTAL	288	97,3	100,0
Não informou	8	2,7	
TOTAL	296	100,0	

Tabela - Comparação da variável Sexo versus pergunta e3 do estatuto do idoso "Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?" João Pessoa, 2011.

	Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?		TOTAL	Valor de p
	Não	Sim		
Sexo Feminino	66 (38,2%)	107 (61,8%)	173 (100,0%)	p=0,024
Masculino	48 (51,6%)	45 (48,4%)	93 (100,0%)	
TOTAL Sexo	114 (42,9%)	152 (57,1%)	266 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável Sexo versus pergunta e5 do estatuto do idoso "Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?" João Pessoa, 2011.

		Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Sexo	Feminino	51 (28,0%)	131 (72,0%)	182 (100,0%)	p=0,005
	Masculino	43 (44,3%)	54 (55,7%)	97 (100,0%)	
TOTAL	Sexo	94 (33,7%)	185 (66,3%)	279 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável Sexo versus pergunta e13 do estatuto do idoso "Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Sexo	Feminino	43 (26,5%)	119 (73,5%)	162 (100,0%)	p=0,050
	Masculino	32 (37,6%)	53 (62,4%)	85 (100,0%)	
TOTAL	Sexo	75 (30,4%)	172 (69,6%)	247 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável Sexo versus pergunta e17 do estatuto do idoso "Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Sexo	Feminino	91 (51,7%)	85 (48,3%)	176 (100,0%)	p=0,034
	Masculino	59 (64,1%)	33 (35,9%)	92 (100,0%)	
TOTAL	Sexo	150 (56,0%)	118 (44,0%)	268 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável Faixa etária versus pergunta e15 do estatuto do idoso "Você tem direito a pagar apenas metade das entradas nos cinemas, teatros e outras atividades culturais e de lazer?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito a pagar apenas metade das entradas nos cinemas, teatros e outras atividades culturais e de lazer?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Idade	De 60 à 69	18 (14,9%)	103 (85,1%)	121 (100,0%)	p=0,001
	De 70 à 79	2 (1,9%)	101 (98,1%)	103 (100,0%)	
	80 ou mais	1 (3,2%)	30 (96,8%)	31 (100,0%)	
TOTAL	Idade	21 (8,2%)	234 (91,8%)	255 (100,0%)	

Pearson Chi-Square Tests : Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável Faixa etária versus pergunta e22 do estatuto do idoso "Você tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Idade	De 60 à 69	19 (14,0%)	117 (86,0%)	136 (100,0%)	p=0,001
	De 70 à 79	3 (2,7%)	109 (97,3%)	112 (100,0%)	
	80 ou mais	0 (0,0%)	39 (100,0%)	39 (100,0%)	
TOTAL	Idade	22 (7,7%)	265 (92,3%)	287 (100,0%)	

Pearson Chi-Square Tests : Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável cor (raça) versus pergunta e21 do estatuto do idoso "As instituições que abrigam idosos são adequadas do ponto de vista da higiene, do conforto e da adaptação para a idade?" João Pessoa, 2011.

		As instituições que abrigam idosos devem ser adequadas do ponto de vista da higiene, do conforto e da adaptação para a idade?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Cor	Branco	44 (53,0%)	39 (47,0%)	83 (100,0%)	p=0,017
	Negro	9 (25,0%)	27 (75,0%)	36 (100,0%)	
	Pardo	52 (47,7%)	57 (52,3%)	109 (100,0%)	
TOTAL	Cor	105 (46,1%)	123 (53,9%)	228 (100,0%)	

Pearson Chi-Square Tests : Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável cor (raça) versus pergunta e24 do estatuto do idoso "Você tem direito a lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos público?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito do idoso ter lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Cor	Branco	4 (4,0%)	96 (96,0%)	100 (100,0%)	p=0,032
	Negro	5 (10,0%)	45 (90,0%)	50 (100,0%)	
	Pardo	18 (14,5%)	106 (85,5%)	124 (100,0%)	
TOTAL	Cor	27 (9,9%)	247 (90,1%)	274 (100,0%)	

Pearson Chi-Square Tests : Signif. p<0,05

Tabela - Comparação da variável renda em até um salário mínimo per capita versus pergunta e4 do estatuto do idoso "Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Rsmc	Até 1 smpc	33 (17,0%)	161 (83,0%)	194 (100,0%)	p=0,044
	1 ou mais smpc	6 (8,1%)	68 (91,9%)	74 (100,0%)	
TOTAL	Rsmc	39 (14,6 %)	229 (85,4%)	268 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif. p<0,05

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e7 do estatuto do idoso "Você tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	7 (9,2%)	69 (90,8%)	76 (100,0%)	p=0,001
	Ensino Fundamental	38 (23,9%)	121 (76,1%)	159 (100,0%)	
	Ensino Médio	14 (36,8%)	24 (63,2%)	38 (100,0%)	
	Superior	6 (%)	7 (%)	13 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	65 (%)	221 (%)	286 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e8 do estatuto do idoso "Você acha que o governo tem que dar assistência médica domiciliar ao idoso, quando necessário?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que o governo tem que dar assistência médica domiciliar ao idoso, quando necessário?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	17 (23,9%)	54 (76,1%)	71 (100,0%)	p=0,022
	Ensino Fundamental	48 (32,0%)	102 (68,0%)	150 (100,0%)	
	Ensino Médio	14 (45,2%)	17 (54,8%)	31 (100,0%)	
	Superior	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	87 (32,8%)	178 (67,2%)	265 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e9 do estatuto do idoso "Você tem direito a receber medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito a receber medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	3 (4,1%)	71 (95,9%)	74 (100,0%)	p=0,000
	Ensino Fundamental	19 (11,9%)	140 (88,1%)	159 (100,0%)	
	Ensino Médio	8 (22,9%)	27 (77,1%)	35 (100,0%)	
	Superior	7 (53,8%)	6 (46,2%)	13 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	37 (13,2%)	244 (86,8%)	281 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e11 do estatuto do idoso "Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão capacitados para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão capacitados para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	11 (14,7%)	64 (85,3%)	75 (100,0%)	p=0,043
	Ensino Fundamental	39 (24,7%)	119 (75,3%)	158 (100,0%)	
	Ensino Médio	9 (24,3%)	28 (75,7%)	37 (100,0%)	
	Superior	6 (50,0%)	6 (50,0%)	12 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	65 (23,0%)	217 (77,0%)	282 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e18 do estatuto do idoso "Você acha que o idoso deve ser previamente preparado para a aposentadoria?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que o idoso deve ser previamente preparado para a aposentadoria?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	2 (2,7%)	72 (97,3%)	74 (100,0%)	p=0,007
	Ensino Fundamental	12 (7,8%)	141 (92,2%)	153 (100,0%)	
	Ensino Médio	8 (22,2%)	28 (77,8%)	36 (100,0%)	
	Superior	1 (7,7%)	12 (92,3%)	13 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	23 (8,3%)	253 (91,7%)	276 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e19 do estatuto do idoso "Você tem direito a receber salário-mínimo do Governo, quando não tiver condições de se manter?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito a receber salário-mínimo do Governo, quando não tiver condições de se manter?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	5 (7,1%)	65 (92,9%)	70 (100,0%)	p=0,001
	Ensino Fundamental	7 (5,1%)	131 (94,9%)	138 (100,0%)	
	Ensino Médio	9 (25,7%)	26 (74,3%)	35 (100,0%)	
	Superior	2 (16,7%)	10 (83,3%)	12 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	23 (9,0%)	232 (91,0%)	255 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e20 do estatuto do idoso "Você tem tratamento diferenciado na aquisição de casa própria, tanto quanto a preferência no atendimento, quanto ao valor do imóvel e a construção adaptada para a idade?" João Pessoa, 2011.

		Você tem tratamento diferenciado na aquisição de casa própria, tanto quanto a preferência no atendimento, quanto ao valor do imóvel e a construção adaptada para a idade?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	20 (34,5%)	38 (65,5%)	58 (100,0%)	p=0,033
	Ensino Fundamental	49 (37,1%)	83 (62,9%)	132 (100,0%)	
	Ensino Médio	21 (61,8%)	13 (38,2%)	34 (100,0%)	
	Superior	6 (54,5%)	5 (45,5%)	11 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	96 (40,9%)	139 (59,1%)	235 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e27 do estatuto do idoso "Você acha que sua aposentadoria em nosso país é paga de forma justa?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que sua aposentadoria em nosso país é paga de forma justa?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	42 (55,3%)	34 (44,7%)	76 (100,0%)	p=0,000
	Ensino Fundamental	127 (79,9%)	32 (20,1%)	159 (100,0%)	
	Ensino Médio	34 (91,9%)	3 (8,1%)	37 (100,0%)	
	Superior	11 (84,6%)	2 (15,4%)	13 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	214 (75,1%)	71 (24,9%)	285 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável escolaridade versus pergunta e28 do estatuto do idoso "Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Escolaridade	Analfabeto	16 (26,2%)	45 (73,8%)	61 (100,0%)	p=0,000
	Ensino Fundamental	78 (58,6%)	55 (41,4%)	133 (100,0%)	
	Ensino Médio	19 (61,3%)	12 (38,7%)	31 (100,0%)	
	Superior	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (100,0%)	
TOTAL	Escolaridade	121 (51,1%)	116 (48,9%)	237 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e3 do estatuto do idoso "Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?" João Pessoa, 2011.

		Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	41 (36,3%)	72 (63,7%)	113 (100,0%)	p=0,039
	Não	70 (47,9%)	76 (52,1%)	146 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	111 (42,9%)	148 (57,1%)	259 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e4 do estatuto do idoso "Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	12 (10,0%)	108 (90,0%)	120 (100,0%)	p=0,019
	Não	31 (19,7%)	126 (80,3%)	157 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	43 (15,5%)	234 (84,5%)	277 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e6 do estatuto do idoso "O governo consegue suprir sua alimentação adequada quando necessário?" João Pessoa, 2011.

		O governo consegue suprir sua alimentação adequada quando necessário?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	77 (67,5%)	37 (32,5%)	114 (100,0%)	p=0,005
	Não	124 (82,1%)	27 (17,9%)	151 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	201 (75,8%)	64 (24,2%)	265 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e8 do estatuto do idoso "O governo lhe dá assistência médica domiciliar, quando necessário?" João Pessoa, 2011.

		O governo lhe dá assistência médica domiciliar ao idoso, quando necessário?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	32 (26,7%)	88 (73,3%)	120 (100,0%)	p=0,029
	Não	55 (38,5%)	88 (61,5%)	143 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	87 (33,1%)	176 (66,9%)	263 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e10 do estatuto do idoso "Você acha que o idoso tem direito a acompanhante, quando internado?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que o idoso tem direito a acompanhante, quando internado?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	6 (4,9%)	116 (95,1%)	122 (100,0%)	p=0,030
	Não	19 (11,9%)	140 (88,1%)	159 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	25 (8,9%)	256 (91,1%)	281 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e11 do estatuto do idoso "Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão aptos para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão aptos para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	20 (16,8%)	99 (83,2%)	119 (100,0%)	p=0,018
	Não	45 (28,1%)	115 (71,9%)	160 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	65 (23,3%)	214 (76,7%)	279 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e13 do estatuto do idoso "Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?" João Pessoa, 2011.

		Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	23 (21,3%)	85 (78,7%)	108 (100,0%)	p=0,015
	Não	46 (34,8%)	86 (65,2%)	132 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	69 (28,7%)	171 (71,3%)	240 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e14 do estatuto do idoso "Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	8 (6,7%)	111 (93,3%)	119 (100,0%)	p=0,024
	Não	2 (1,4%)	146 (98,6%)	148 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	10 (3,7%)	257 (96,3%)	267 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e14 do estatuto do idoso "Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	55 (48,2%)	59 (51,8%)	114 (100,0%)	p=0,021
	Não	90 (61,6%)	56 (38,4%)	146 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	145 (55,8%)	115 (44,2%)	260 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e21 do estatuto do idoso "As instituições que abrigam idosos devem ser adequadas do ponto de vista da higiene, do conforto e da adaptação para a idade?" João Pessoa, 2011.

		As instituições que abrigam idosos devem ser adequadas do ponto de vista da higiene, do conforto e da adaptação para a idade?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	35 (35,4%)	64 (64,6%)	99 (100,0%)	p=0,003
	Não	69 (54,8%)	57 (45,2%)	126 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	104 (46,2%)	121 (53,8%)	225 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e24 do estatuto do idoso "Você tem lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?" João Pessoa, 2011.

		Você tem lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	7 (5,8%)	113 (94,2%)	120 (100,0%)	p=0,034
	Não	20 (13,2%)	132 (86,8%)	152 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	27 (9,9%)	245 (90,1%)	272 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e26 do estatuto do idoso "O governo lhe oferece proteção, incluindo abrigo temporário e/ ou permanente, assistência médica adequada e assistência jurídica e social, quando seus direitos forem violados?" João Pessoa, 2011.

		O governo lhe oferece proteção, incluindo abrigo temporário e/ou permanente, assistência médica adequada e assistência jurídica e social, quando seus direitos forem violados?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	28 (28,0%)	72 (72,0%)	100 (100,0%)	p=0,003
	Não	64 (46,7%)	73 (53,3%)	137 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	92 (38,8%)	145 (61,2%)	237 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da variável lazer versus pergunta e28 do estatuto do idoso "Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Lazer	Sim	42 (41,6%)	59 (58,4%)	101 (100,0%)	p=0,015
	Não	75 (56,8%)	57 (43,2%)	132 (100,0%)	
TOTAL	Lazer	117 (50,2%)	116 (49,8%)	233 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da pergunta e1 "Conhece o estatuto do idoso?" versus e9 "O idoso tem direito a medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que o idoso tem direito a aquisição de medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Conhece o estatuto do idoso?	Não	15 (8,9%)	153 (91,1%)	168 (100,0%)	p=0,017
	Sim	18 (18,9%)	77 (81,1%)	95 (100,0%)	
TOTAL		33 (12,5%)	230 (87,5%)	263 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da pergunta e1 "Conhece o estatuto do idoso?" Versus e27 "Você acha que a aposentadoria em nosso país é paga de forma justa?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que a aposentadoria em nosso país é paga de forma justa?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Conhece o estatuto do idoso?	Não	118 (70,2%)	50 (29,8%)	168 (100,0%)	p=0,018
	Sim	80 (82,5%)	17 (17,5%)	97 (100,0%)	
TOTAL		198 (74,5%)	67 (25,3%)	265 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Comparação da pergunta e1 "Conhece o estatuto do idoso?" Versus e29 "Você acha que familiares profissionais de saúde e outros que atendem a população idosa, assim como as instituições específicas de atendimento ao idoso, devem ser punidos legalmente quando violarem os seus direitos?" João Pessoa, 2011.

		Você acha que familiares, profissionais de saúde e outros que atendem a população idosa, assim como as instituições específicas de atendimento ao idoso, devem ser punidos legalmente quando violarem os seus direitos?		TOTAL	Valor de p
		Não	Sim		
Conhece o estatuto do idoso?	Não	65 (42,5%)	88 (57,5%)	153 (100,0%)	p=0,027
	Sim	51 (56,0%)	40 (44,0%)	91 (100,0%)	
TOTAL		116 (47,5%)	128 (52,5%)	244 (100,0%)	

Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

Tabela - Porcentagem das respostas positivas das perguntas do estatuto do idoso em função do sexo, renda em salário mínimo per capita, idade e cor. João Pessoa, 2011.

Perguntas	Sexo		Valor de p*	
	Feminino	Masculino		
Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?	61,8	48,4	0,024	
Você é protegido de violências, negligência, discriminação, crueldade?	72,0	55,7	0,005	
O governo lhe dá assistência médica domiciliar, quando necessário?	71,3	59,8	0,038	
Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?	73,5	62,4	0,050	
Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?	48,3	35,9	0,034	
Pergunta	Renda em salário mínimo per capita		Valor de p*	
	Até 1 rsmpc	1 ou mais rsmpc		
Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?	83,0	91,9	0,044	
Perguntas	Idade			Valor de p**
	60 - 69	70 - 79	80 ou mais	
Você tem direito a pagar apenas metade das entradas nos cinemas, teatros e outras atividades culturais e de lazer?	85,1	98,1	96,8	0,001
Você tem direito a gratuidade nos transportes coletivos urbanos e suburbanos?	86,0	97,3	100,0	0,001
Perguntas	Cor			Valor de p**
	Branco	Negro	Pardo	
Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?	47,0	75,0	52,3	0,017
Você tem direito a lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?	96,0	90,0	85,5	0,032

\*Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif. p<0,05

\*\* Pearson Chi-Square Tests : Signif. p<0,05

Tabela - Porcentagem das respostas positivas das perguntas do estatuto do idoso em função da escolaridade. João Pessoa, 2011.

Perguntas	Analfabeto	Escolaridade			Valor de p*
		Ensino Fundamental	Ensino Médio	Superior	
Você tem direito a atendimento de saúde (médico, odontológico, nutricional, fisioterapêutico e de enfermagem) de forma adequada e satisfatória?	90,8	76,1	63,2	53,8	0,001
Você acha que o governo tem que dar assistência médica domiciliar ao idoso, quando necessário?	76,1	68,0	54,8	38,5	0,022
Você tem direito a receber medicamentos de uso contínuo de forma ininterrupta e abrangente?	95,9	88,1	77,1	46,2	0,000
Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão capacitados para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?	85,3	75,3	75,7	50,0	0,043
Você acha que o idoso deve ser previamente preparado para a aposentadoria?	97,3	92,2	77,8	92,3	0,007
Você tem direito a receber salário-mínimo do Governo, quando não tiver condições de se manter?	92,9	94,9	74,3	83,3	0,001
Você tem tratamento diferenciado na aquisição de casa própria, tanto quanto a preferência no atendimento, quanto ao valor do imóvel e a construção adaptada para a idade?	65,5	62,9	38,2	45,5	0,033
Você acha que sua aposentadoria em nosso país é paga de forma justa?	44,7	20,1	8,1	15,4	0,000
Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?	73,8	41,4	38,7	33,3	0,000

\*Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif. p&lt;0,05

Tabela - Porcentagem das respostas positivas das perguntas do estatuto do idoso em função do lazer. João Pessoa, 2011.

Perguntas	Lazer		Valor de p*
	Sim	Não	
Você tem todas as facilidades e oportunidades na nossa sociedade de maneira geral?	63,7	52,1	0,039
Você tem direito à liberdade de opinião, de religião, de prática de esportes e diversões, de participação na vida política, social e familiar?	90,0	80,3	0,019
O governo lhe dá assistência médica domiciliar, quando necessário?	73,3	61,5	0,029
Você tem direito a acompanhante, quando internado?	95,1	88,1	0,030
O Governo consegue suprir sua alimentação quando necessário?	32,5	17,9	0,005
Você acha que os profissionais de saúde de nosso país, estado ou cidade, estão capacitados para atender o idoso de forma adequada às suas necessidades?	83,2	71,9	0,018
Você tem direito a cursos especiais voltados para sua idade e proporcionados pelo Governo?	78,7	65,2	0,015
Você acha que deve haver formação nas escolas sobre o processo de envelhecimento?	93,3	98,6	0,024
Você acha que deve haver limite de idade para concursos e admissão em novos empregos?	51,8	38,4	0,021
Você acha que as instituições que abrigam idosos devem ser adequadas do ponto de vista da higiene, do conforto e da adaptação para a idade?	64,6	45,2	0,003
Você tem direito a lugares reservados nos transportes coletivos e nos estacionamentos públicos?	94,2	86,8	0,034
O governo lhe oferece proteção, incluindo abrigo temporário e/ou permanente, assistência médica adequada e assistência jurídica e social, quando seus direitos são violados?	72,0	53,3	0,003
Você acha que as instituições de atendimento ao idoso, funcionam de maneira adequada e satisfatória em nosso país, estado ou cidade?	58,4	43,2	0,015

\*Chi-Square Tests : Fishers Exact Test- Signif.  $p < 0,05$

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre as CONDIÇÕES DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DOS DIREITOS DE UMA POPULAÇÃO IDOSA EM JOÃO PESSOA e está sendo desenvolvida por Gerlena Maria Navarro Ribeiro Henriques, aluna do Curso de Pós Graduação em Ciências da Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Professor Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Os objetivos do estudo são descrever as condições de saúde de uma população idosa, identificando suas condições socioeconômicas, as principais doenças que a acometem e fazendo uma avaliação nutricional nos participantes. Também objetivamos identificar o conhecimento desta população sobre os seus direitos assegurados pelo Estatuto do Idoso.

A finalidade deste trabalho é contribuir para melhoria no diagnóstico das doenças próprias da terceira idade, na identificação dos distúrbios nutricionais que afetam esta população e acima de tudo na identificação do conhecimento e da eficácia das políticas públicas voltadas para esta parcela da população, no que diz respeito aos seus direitos.

Solicitamos a sua colaboração para responder dois questionários em entrevista realizada por pessoal treinado e de se submeter a medida de alguns de seus dados antropométricos que constam da aferição do seu peso corporal, medida da sua estatura, medida de sua circunferência abdominal e do quadril. Também gostaríamos de pedir sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo nesta Unidade de Saúde.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa  
ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador Participante

Entrar em contacto com a pesquisadora responsável (telefone: 9984-7251), caso necessite de maiores informações sobre o presente trabalho.

João Pessoa, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ANEXO B – CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS – CEP – HULW – UFPB



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP

### CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa EM Seres humanos do Hospital Universitário Lauro Wanderley - CEP/HULW, da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada no dia 30/11/2010, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONDIÇÕES DE SAÚDE E PERCEPÇÃO DOS DIREITOS DE UMA POPULAÇÃO IDOSA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB**. Protocolo CEP/HULW nº. 670/10, Folha de Rosto nº 385033, Certificado de Aceite e Apreciação Ética - CAAE Nº 0522.0.126.000-10, da pesquisadora **GERLENA MARIA NAVARRO RIBEIRO HENRIQUES**.

Ao final da pesquisa, solicitamos enviar ao CEP/HULW, uma cópia desta certidão e da pesquisa, em CD, para emissão da certidão para publicação científica.

João Pessoa, 16 de abril de 2012.

Iaponira Cortez Costa de Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - HULW

**Profª Drª Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO: COMO ESTÁ SUA ALIMENTAÇÃO

Fonte: PNAN – Ministério da Saúde (2006)

### Como está sua alimentação?

- Se você achar que mais de uma resposta está certa, escolha a que você mais costuma fazer quando come.
- Lembre-se: responda o que você **realmente come**, e não o que gostaria ou acha que seria melhor.
- Se você tiver alguma dificuldade para responder, peça ajuda a alguém próximo da família, amigo ou vizinho.
- Escolha só UMA resposta. Vamos começar!

### 1) Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/peça/copo de suco natural) que você come por dia?

- ( ) Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
- ( ) 3 ou mais unidades/fatias/peças/copos de suco natural
- ( ) 2 unidades/fatias/peças/copos de suco natural
- ( ) 1 unidade/fatia/peça/copo de suco natural

### 2) Qual é, em média, a quantidade legumes e verduras que você come por dia

*Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).*

- ( ) Não como legumes nem verduras todos os dias
- ( ) 3 ou menos colheres de sopa
- ( ) 4 - 5 colheres de sopa
- ( ) 6 -7 colheres de sopa
- ( ) 8 mais colheres de sopa

### 3) Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- ( ) Não consumo
- ( ) 2 ou mais colheres de sopa por dia
- ( ) Consumo menos de 5 vezes por semana
- ( ) 1 colher de sopa ou menos por dia

### 4) Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

- |   |                                                                                                                                                                                      |                        |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| a | Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha | ( ) colheres de sopa   |
| b | Pães                                                                                                                                                                                 | ( ) unidades ou fatias |
| c | Bolos sem cobertura e/ou recheio                                                                                                                                                     | ( ) fatias             |
| d | Biscoito ou bolacha sem recheio                                                                                                                                                      | ( ) unidades           |

**5) Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?**

- Não consumo nenhum tipo de carne
- 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
- 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
- Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

**6) Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele frango ou outro tipo de ave?**

- Sim
- Não
- Não como carne vermelha ou frango

**7) Você costuma comer peixes com qual frequência?**

- Não consumo
- Somente algumas vezes no ano
- 2 ou mais vezes por semana
- De 1 a 4 vezes por mês

**8) Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?**

*Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.*

- Não consumo leite, nem derivados
- 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

**9) Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?**

- Integral
- Com baixo teor de gorduras (semi-desnatado, desnatado ou light)

**10) Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?**

- Raramente ou nunca
- Todos os dias
- De 2 a 3 vezes por semana
- De 4 a 5 vezes por semana
- Menos que 2 vezes por semana

**11) Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, e biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?**

- Raramente ou nunca
- Menos que 2 vezes por semana
- De 2 a 3 vezes por semana
- De 4 a 5 vezes por semana
- Todos os dia

**12) Qual tipo de gordura é mais usada na sua casa para cozinhar os alimentos?**

- Banha animal ou manteiga
- Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- Margarina ou gordura vegetal

**13) Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?**

- Sim
- Não

**14) Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?**

- a Café da manhã  Sim  Não
- b Lanche da manhã  Sim  Não
- c Almoço  Sim  Não
- d Café ou Lanche da tarde  Sim  Não
- e Jantar  Sim  Não
- f Lanche da noite  Sim  Não

**15) Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).**

- Menos de 4 copos
- 8 copos ou mais
- 4 a 5 copos
- 6 a 8 copos

**16) Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque, etc) com qual frequência?**

- Diariamente
- De 1 a 6 vezes na semana
- Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
- Não consome

**17) Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos, 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?**

*Atenção: Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.*

- Não
- Sim
- 2 a 4 vezes por semana

**18) Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?**

- Nunca
- Quase nunca
- Algumas vezes, para alguns produtos
- Sempre ou quase sempre para todos os produtos