

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

IDOSOS NÃO-INSTITUCIONALIZADOS DE NOVO HAMBURGO
CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS, DE SAÚDE, EDUCAÇÃO E
DE ATIVIDADE FÍSICA
PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO LONGITUDINAL SOBRE ENVELHECIMENTO EM
NOVO HAMBURGO

César Luís Reichert

Orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Gerontologia Biomédica

Outubro, 2002
Porto Alegre

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

R351i Reichert, César Luís

Idosos não-institucionalizados de Novo Hamburgo: caracterização de aspectos sócio - econômicos, de saúde, educação e atividade física (primeira etapa do estudo longitudinal sobre envelhecimento em Novo Hamburgo) / César Luís Reichert; orient. Ângelo José Gonçalves Bós. Porto Alegre: PUCRS, 2003.

115f.: tab.

Dissertação(Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Curso de Mestrado.

1. ENVELHECIMENTO. 2. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO. 3. BRASIL. 4. DESINSTITUCIONALIZAÇÃO. 5. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO EM SAÚDE. 6. ATIVIDADE MOTORA. 7. ENQUETE SÓCIO-ECONÔMICA. 8. EDUCAÇÃO. 9. AMOSTRAGEM ESTRATIFICADA. 10. IDOSO. 11. GERIATRIA. 12. GERONTOLOGIA. 13. ESTUDOS LONGITUDINAIS. I. Bós, Ângelo José Gonçalves. II. Título

C.D.D. 618.97

C.D.U. 614:616-053.9(043.3)

C

SUMÁRIO

RESUMO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	3
2.1 ASPECTOS GERAIS.....	3
2.2 TEORIAS SOBRE ENVELHECIMENTO.....	4
2.3 AS PRINCIPAIS SÍNDROMES GERIÁTRICAS.....	5
2.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	8
2.5 ASPECTOS SÓCIO-ECONÔMICOS RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO.....	13
2.6 ASPECTOS DE EDUCAÇÃO RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO.....	16
2.7 ASPECTOS DE RELIGIÃO RELACIONADOS AO ENVELHECIMENTO.....	17
2.8 SAÚDE E ENVELHECIMENTO.....	17
2.9 ATIVIDADE FÍSICA E ENVELHECIMENTO.....	21

3. OBJETIVOS.....	30
3.1 GERAL.....	30
3.2 ESPECÍFICOS.....	30
4. MÉTODO.....	32
4.1 POPULAÇÃO.....	32
4.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	32
4.3 PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS.....	33
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	34
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA MORADIA.....	35
5.3 CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS ECONÔMICOS.....	38
5.4 CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS DE SAÚDE.....	41
5.5 CARACTERIZAÇÃO DE ASPECTOS EDUCACIONAIS, RELIGIOSOS E DE LAZER.....	57
5.6 CARACTERIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA.....	61
5.7 CRUZAMENTO DE VARIÁVEIS.....	67

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	71
7. CONCLUSÕES.....	81
8. REFERÊNCIAS	87
9. ANEXOS.....	95

RESUMO

Introdução: A população brasileira está envelhecendo. Conhecer aspectos próprios deste segmento de pessoas é fundamental. Neste contexto, desenvolvemos, no Centro Universitário FEEVALE, um estudo longitudinal sobre envelhecimento, cuja primeira etapa buscou caracterizar alguns aspectos dos idosos de Novo Hamburgo – RS.

Objetivos: Verificar aspectos socioeconômicos, de saúde, educação e atividade física da população idosa de Novo Hamburgo – RS.

Método: Estudo prospectivo, observacional, com 426 indivíduos (186 homens e 240 mulheres), com idade entre 60 e 92 anos, de Novo Hamburgo - RS, em amostra estratificada por bairros, seguindo proporções para gênero, idade e classe econômica.

Resultados: A pesquisa aponta para uma população, em sua maioria, de aposentados, com renda mensal média em torno de mil reais. Quase setenta e cinco por cento utilizam medicamentos de forma contínua, havendo pouca demanda por genéricos. Sessenta por cento têm menos de cinco anos de estudo, evidenciando baixo nível de instrução. A maioria dos entrevistados não pratica atividade física regularmente. Entre os ativos, somente onze por cento têm a supervisão de um professor de Educação Física.

ABSTRACT

Introduction: The Brazilian population is ageing. Knowledge of the elderly characteristics is demanding. In this context, we developed in the Centro Universitário FEEVALE a longitudinal study on ageing, to learn about some aspects of old people living in Novo Hamburgo – RS.

Objectives: Verify socioeconomic, health, education and physical activity characteristics of the elderly population of the Novo Hamburgo – RS.

Methods: Prospective, observational study with 426 subjects (186 men and 240 women), 60 to 92 years old, at Novo Hamburgo - RS, in a stratified sample following gender, age and economic class proportions.

Results: The study points to a mostly retired population, with a monthly income of one thousand reals. Almost seventy five percent take medicines continuously, but there is a low demand for generics. Seventy per cent studied less than five years, showing a low level of instruction. Most of the sample is not physically active. Among active people, only eleven per cent has the supervision of a Physical Educator.

1. INTRODUÇÃO

A população mundial está envelhecendo! O número de indivíduos que alcança a terceira idade cresce, a cada dia, em praticamente todo o mundo.

Esta alteração demográfica traz consigo, sem dúvida, o sucesso de medidas preventivas à mortalidade infantil, os avanços na área de saneamento básico e medidas sanitárias, como, também, o progresso dos vários ramos da ciência da saúde.

Estas conquistas devem ser saudadas. Entretanto, novos desafios surgem: se é certo que estamos envelhecendo, como este processo está ocorrendo? Estamos preparados, individual e coletivamente, para este novo perfil de nossa sociedade? Como encaramos a possibilidade de envelhecermos?

Neste contexto está Novo Hamburgo, cidade de colonização alemã em suas origens. Porém, a partir de 1960, com a expansão da indústria calçadista, houve grande migração de mão-de-obra ao município, especialmente da Região das Missões e, também, de Santa Catarina e do Paraná, de modo que a cidade, tipicamente germânica, passou a ter uma população bem mais heterogênea.

O Centro Universitário FEEVALE, situado em Novo Hamburgo, tem várias faculdades na área da saúde, prestando atendimentos comunitários em Fisioterapia, Educação Física, Nutrição e Biomedicina. Destes atendimentos, surgiu a idéia de estudar a população de idosos da cidade, que participa, ativamente, destes atendimentos. Como primeira etapa deste projeto, a intenção foi a caracterização de aspectos sócio-econômicos, de saúde e de atividade física.

Sem dúvida, intermináveis questionamentos surgem ao abordarmos a questão do envelhecimento. É necessário responder estas indagações, estudando o impacto individual e social que viver mais implica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Aspectos Gerais

É cada vez mais freqüente o uso de expressões como: “a humanidade está envelhecendo”, “nosso país está se tornando um país de idosos” ou, ainda, “eu estou ficando velho”! Entretanto, será que sabemos, exatamente, o que estamos afirmando?

Definir envelhecimento não é tão simples como possa parecer. Naturalmente, somos, na maioria das vezes, capazes de reconhecer um idoso. Entretanto, nem sempre somos capazes de determinar, com razoável proximidade, a sua idade.(01)

O envelhecimento não é a mera passagem do tempo. É a manifestação de eventos biológicos que ocorre ao longo de um período. Cada um de nossos tecidos ou órgãos comporta-se como um “relógio” independente. Uma pessoa com determinada idade cronológica poderia ser consideravelmente mais jovem ou mais velha biologicamente, dependendo da velocidade média na qual seus relógios estão trabalhando. Seria muito mais informativo conhecermos nossa idade biológica do que nossa idade cronológica mas, infelizmente, não temos como medi-la.(01)

No estudo do envelhecimento, devemos definir três situações(01):

Primeiro: longevidade é o período máximo de tempo no qual se pode esperar que um ser vivo, nas melhores circunstâncias, viva.

Segundo: envelhecimento representa as perdas na função normal, ocorridas após a maturação sexual.

Terceiro: morte é o evento final, no qual a vida termina.(01)

2.2 Teorias sobre envelhecimento

Há várias teorias para tentar explicar o processo de envelhecimento.(02)(03) Abordaremos, a seguir, algumas delas:

A teoria da substância vital postula que os seres vivos iniciam suas vidas com uma quantidade limitada de alguma substância vital, que seria consumida ao longo da existência. Quando a substância vital se exaure, ocorre a morte.(02)

A teoria da mutação genética baseia-se nas alterações que ocorrem nos genes. Algumas destas mutações seriam prejudiciais, provocando o envelhecimento.(02)

A idéia de que mudanças nas glândulas endócrinas sejam as causas do envelhecimento é conhecida como teoria neuroendócrina. Entretanto, não há indícios diretos de que seja a origem de todas as mudanças associadas à idade.(02)

Radicais livres, produzidos endogenamente, altamente reativos, provocam mutações celulares, associadas às doenças degenerativas do processo de envelhecimento. Paradoxalmente a esta teoria, devemos considerar que os radicais livres têm papel em nosso metabolismo, inclusive na proteção contra bactérias e outros microrganismos invasores.(03)

A teoria que associa o envelhecimento a aspectos imunes observa que, por um lado, há diminuição de respostas imunes primárias, aumentando a vulnerabilidade do organismo. Por outro lado, há aumento de respostas autoimunes e processos inflamatórios, como em artrites. O resultado é que a hiperatividade em algumas funções imunes coexiste com a hipoatividade em outras.(03)

A senescência celular pode, também, envolver a perda de DNA nas extremidades dos cromossomos (telômeros). Células cancerosas imortais e células germinativas das gônadas são protegidas do encurtamento dos telômeros por uma enzima chamada telomerase.(03)

Em realidade, as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento são diversas e sujeitas a numerosas influências, ambientais e genéticas.(03)

2.3 As principais síndromes geriátricas

Na velhice, uma série de distúrbios é bastante freqüente. Estes distúrbios são, comumente, conhecidos como síndromes geriátricas, das quais destacamos algumas, a seguir.(04)

Imobilidade, embora comum em idosos, não deve ser considerada normal, tendo causas freqüentemente tratáveis. Os danos provocados pelo repouso no leito são múltiplos (perda de condicionamento cardiovascular, diminuição de consumo de oxigênio máximo, perda de força muscular, úlceras de pressão e tromboflebite, entre outras), graves, de rápido desenvolvimento e de lenta reversão.

As principais causas de imobilidade são: fraqueza, rigidez articular, dor, alterações no equilíbrio e distúrbios psicológicos. Se estas causas não puderem ser evitadas, medidas que diminuam suas conseqüências devem ser adotadas.

Instabilidade postural tem como conseqüência nefasta as quedas. Estima-se que, na comunidade, trinta por cento dos idosos sofram uma queda, a cada ano. Destes, um a cada quatro terá sérios ferimentos resultantes. Cerca de cinco por cento das quedas, nos idosos, resultam em fratura.

As quedas são importante fator contribuinte para a institucionalização de idosos. Além disto, nos Estados Unidos, são a sexta causa de morte neste grupo da população. Desta forma, a prevenção é essencial, envolvendo o controle quanto ao uso de medicamentos (como os benzodiazepínicos), adequação do meio ambiente (evitar escadas, desníveis no chão e iluminação inadequada, por exemplo), evitar hipotensão postural e outras medidas.

Incontinência urinária tem importante impacto psicológico e social, muitas vezes contribuindo para a institucionalização do paciente. É um problema comum, seguidamente não referido pelos idosos. Assim, os médicos e outros profissionais de saúde devem fazer perguntas específicas a respeito do assunto.

Diminuição de funções intelectuais, caracterizada por leve declínio na memória e na velocidade de processamento de informações ocorre, normalmente, com o envelhecimento, mas não afeta a vida diária e, tampouco, tende à progressão. Este aspecto deve ser diferenciado da demência, em que ocorre diminuição de funções intelectuais persistente e progressivamente.

Comprometimento de funções intelectuais, clinicamente significativo, ocorre em cerca de 5-10% das pessoas com mais de 65 anos e em 20% acima dos 80 anos. Nos casos diagnosticados de demência, de 50 a 60% são do tipo Alzheimer.

Iatrogenia, com reações adversas a medicamentos, é duas a três vezes mais comum em idosos do que em pacientes mais jovens. Os primeiros costumam apresentar múltiplas condições crônicas, recebendo diversas drogas, inclusive não prescritas por médicos ou, às vezes, prescritas por diferentes médicos, de diferentes especialidades. Deste modo, reações adversas e erros de dosagem são mais prováveis de ocorrer, especialmente em pacientes com visão, audição ou memória comprometidos.(04)

2.4 Aspectos demográficos

Na Itália e Grécia, mais de 22% dos indivíduos têm 60 ou mais anos, enquanto nos Estados Unidos são 16,5%. Estima-se que, em 2020, haverá, no mundo, mais de um bilhão de pessoas com 60 ou mais anos, a maioria vivendo em países em desenvolvimento.(05)

Nos Estados Unidos, entre 1900 e 1990, a população total cresceu três vezes, enquanto a população com pessoas de mais de 65 anos aumentou dez vezes. Estima-se que, no ano de 2000, houvesse aproximadamente 35 milhões de idosos naquele país (entendendo-se por idoso indivíduo com 65 ou mais anos de idade, para países desenvolvidos).(05)

Também dentro do grupo de idosos, mudanças estão ocorrendo, com rápido crescimento do segmento com mais de 85 anos e dos centenários.(05)

O número de mulheres idosas é maior do que o de homens, com percentuais de 59% e 41%, (sendo 71% para 29% nos indivíduos a partir de 85 anos), nos Estados Unidos.(05)

Em documento sobre o envelhecimento da população mundial (06), a Organização das Nações Unidas afirma que a revolução demográfica que ocorre, atualmente, deverá continuar nos próximos séculos. Suas principais características são:

- a) hoje, dez por cento das pessoas têm 60 ou mais anos de idade; em 2050, serão vinte por cento e , em 2150, trinta e três por cento;
- b) a população mais idosa está, ela própria, envelhecendo, sendo o segmento das pessoas com mais de 80 anos o que mais cresce. Projeta-se que o número de centenários crescerá 15 vezes até 2050, quando atingirá 2,2 milhões de indivíduos, contra 145 mil em 1999;
- c) as mulheres são 55% dos idosos; a partir dos 80 anos, passam a ser 65%;
- d) como esta revolução demográfica está ocorrendo com maior velocidade nos países em desenvolvimento, estes terão menor tempo que os países desenvolvidos para as adaptações necessárias.

No Brasil, o Ministério da Saúde (07), adotando projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde, coloca o nosso país, em 2025, como a sexta população de pessoas com 60 ou mais anos de idade, em números absolutos. Serão 32 milhões de indivíduos.

Estas projeções demonstram que a proporção de idosos, que em 1991 era 7,3% da população, será de 15% em 2025. Ora, esta é a atual proporção de idosos da maioria dos países europeus. Entretanto, nestes, a transição demográfica foi mais lenta e ainda está longe de ser equacionada.

Uma breve análise do fenômeno da transição demográfica, isto é, o aumento absoluto e relativo da população adulta e idosa, demonstra a existência de quatro etapas gerais.(07)

Primeiro: alta fertilidade e alta mortalidade. Uma alta taxa de nascimentos é acompanhada por uma também alta taxa de mortalidade, especialmente por doenças agudas e contagiosas, de modo que a população permanece mais

ou menos estável e com grande percentual de jovens. Este fenômeno é o que ocorre, ainda hoje, em alguns países africanos.

Segundo: alta fertilidade e redução da mortalidade. A taxa de nascimentos continua alta e a mortalidade decresce consideravelmente, provocando crescimento da população, especialmente de jovens. No Brasil, este fenômeno ocorreu nas décadas de 40 e 50. Ainda ocorre em alguns países asiáticos.

Terceiro: redução da fertilidade e mortalidade continua a cair. As doenças agudas e contagiosas cedem espaço às doenças crônicas e degenerativas, como causas de morte. O crescimento populacional ainda ocorre, embora menos intensamente. Progressivamente, aumenta o número de idosos. É o que ocorre no Brasil e em outros países da América Latina, atualmente.

Quarto: fertilidade continua a cair e mortalidade continua a cair. Há tendência a equilíbrio populacional, mas com aumento proporcional do número de idosos. É o que acontece em alguns países europeus.

Uma etapa adicional é observada quando a taxa de nascimentos cai mais do que a taxa de mortalidade, levando a um crescimento negativo da população. Este fenômeno é observado em países como a Dinamarca e o Canadá.(07)

No Brasil, que vive atualmente a terceira etapa da transição demográfica, a expectativa de vida ao nascer (número esperado de anos vividos por uma pessoa, desde o nascimento), em 1900 era de 33,7 anos. Em 1950 era 43,2 anos, aumentando mais de 12 anos na década seguinte, passando a 55,9 anos em 1960. Em 1980, aumentou para 63,4 anos. Em 2000, a expectativa de vida era de 68,5 anos.(07)

A principal característica do crescimento da população idosa no Brasil é, sem dúvida, a rapidez com que ocorre.(07)

É interessante notar também que, em 1930, 66% de nossa população era rural. Hoje mais de 75% é urbana. Este fluxo migratório é, em sua maioria, composto por jovens, que deixam para trás os seus familiares. Esta pode ser uma situação complicada para os idosos que, por toda a vida, tiveram a sua família, com suporte muitas vezes provido pelos mais jovens. Mesmo assim, a proporção de idosos vivendo em áreas urbanas, no Brasil, é maior do que os que vivem em áreas rurais.(07)

De 1980 a 2000, o crescimento da população brasileira de zero a 14 anos foi em torno de 14%. Enquanto isto, no mesmo período, a população com 60 ou mais anos aumentou 107%, para um aumento total da população de 56%.(07)

Dados do Censo 2000(08) mostram que, na composição por idade, considerando o país como um todo, o segmento de crianças de zero a 14 anos passou de 34,73%, em 1991, para 29,60%, em 2000. No outro extremo, o grupo de pessoas com 65 ou mais anos passou de 4,83%, em 1991, para 5,85% em 2000. Colinas e Santa Tereza, municípios gaúchos, apresentam a maior proporção de pessoas com 65 ou mais anos (15,60% e 15,21%, respectivamente).

Em 1991, havia 13,9 pessoas com 65 ou mais anos de idade para cada 100 com até 15 anos. Em 2000, o número foi de 19,7 para cada 100. Este indicador reflete a queda de fecundidade (atualmente, 2,2 filhos por mulher) e o aumento da esperança de vida da população brasileira.(08)

A Tábua de Vida (um modelo demográfico que produz as estimativas de expectativa de vida por idade) de 2000, para a população brasileira (09), mostra que, ao nascer, a expectativa de vida é estimada em 68,6 anos. Na última década, a expectativa de vida da população brasileira, ao nascer, aumentou em 2,6 anos, passando de 66 anos, em 1991, para 68,6 em 2000.

Segundo essa nova tábua, um brasileiro de 40 anos tem uma expectativa média de vida de mais 33,9 anos, enquanto que, aos 60 anos, a expectativa será de mais 17,8 anos.

Pelos mesmos dados, as mulheres vivem 7,8 anos mais do que os homens. Em 2000, a expectativa de vida, ao nascer, era de 72,6 anos para as mulheres e de 64,8 para os homens.

A Tabela 1, abaixo, demonstra os dados aqui descritos, relativos ao Brasil, na última década.

Tabela 1. Esperanças de vida ao nascer - 1991-2000 – Brasil

Ano de referência	Ambos os sexos	Homens	Mulheres
1991	66,0	62,6	69,8
1998	68,1	64,4	72,0
1999	68,4	64,6	72,3
2000	68,6	64,8	72,6

Fonte: IBGE, Diretoria de Departamento de População e Indicadores Sociais

2.5 Aspectos sócio-econômicos relacionados ao envelhecimento

Considerando o aspecto sócio-econômico, o *British Medical Journal*, em editorial de nove de fevereiro de 2002,(10) declara que avaliações econômicas estão sendo utilizadas em todo o mundo, como uma das ferramentas para tomada de decisões nos cuidados à saúde. Estima-se que, entre 1991 e 1996, mais de 2200 trabalhos foram publicados, em revistas médicas, com avaliações econômicas. Estes estudos permitem redirecionamentos nos gastos em saúde.

Na Inglaterra, o *National Service Framework* adotou, nacionalmente, novos padrões de cuidados aos idosos, com suporte financeiro extra de 1,4 bilhão de libras, anualmente, até 2004, a serem investidos na melhoria dos serviços sociais e de saúde. Os objetivos a serem atingidos são: alta qualidade de cuidados e tratamento, independentemente de idade, idosos tratados como indivíduos, com respeito e dignidade, recursos justos para as condições que mais afetam os idosos e facilitação de aporte financeiro aos pacientes institucionalizados.(11)

O crescimento da população idosa traz novos desafios e a necessidade de pesquisas na área. A necessidade de diferenciar o processo de envelhecimento normal dos processos patológicos vai continuar a desafiar os pesquisadores.

O envelhecimento populacional representa um triunfo do desenvolvimento social e da saúde pública. Porém, nos países em desenvolvimento, muitos dos indivíduos que estão atingindo idades avançadas enfrentam a privação econômica e a ausência de suporte social, vivendo uma crise de existência no dia-a-dia. Para estes, as políticas de saúde devem visar aumento da qualidade de vida, além da necessidade de preparação para os idosos do futuro desfrutarem de condições dignas.(12)

À medida em que a proporção de idosos aumenta, em relação aos indivíduos mais jovens, menor suporte sócio-econômico estará disponível aos primeiros. Um aspecto importante do envelhecimento é a consequência financeira da aposentadoria.(05)

Dados do Censo 2000, recentemente disponibilizados pelo IBGE (13), informam um crescimento na economia brasileira, com um surpreendente aumento na instalação de linhas telefônicas em nosso país (113,4%). Ainda assim, não mais do que 40% dos domicílios possuem este serviço.

Iluminação elétrica é o serviço mais disponibilizado, abrangendo 93% dos domicílios. Rádio (87,4%), televisão (87%) e refrigerador ou *freezer* (83,2%) são os bens mais comuns nos domicílios brasileiros. Videocassetes encontram-se em 35,3%, máquinas de lavar roupas em 33,1%, enquanto que o microcomputador está presente em 10,6% e o ar-condicionado em 7,5% dos lares.(13)

Na última década, houve um crescimento de 41,6% no número de automóveis, atualmente presentes em 14,6 milhões (32,7%) de domicílios.(13)

Com dados obtidos a partir do Censo 2000, o IBGE divulgou um estudo intitulado "Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil"(14), em que fica demonstrado que as mulheres são maioria em nosso país, têm vida média mais elevada que os homens e assumem, cada vez mais, o comando das famílias.

O aumento do número de domicílios em que as mulheres são as responsáveis é um fenômeno urbano (91,4% dos casos, contra apenas 8,6% em zonas rurais), ocorrendo especialmente em capitais. Como exemplo, podemos citar Porto Alegre, onde 38,2% dos domicílios têm mulheres como responsáveis. Uma possível explicação para os dados obtidos em Porto Alegre é a expectativa de vida feminina no Rio Grande do Sul, das mais altas do país, em torno de 74 anos.(14)

Dois aspectos chamam a atenção: o primeiro é que um terço das mulheres responsáveis pelos domicílios tem mais de 60 anos (viúvas em sua maioria). Em segundo lugar, 53,3% das mulheres que moram sozinhas têm, também, mais de 60 anos.(14)

Quanto à renda das mulheres à frente do domicílio, verificou-se uma média mensal de R\$ 591,00, inferior a dos homens nas mesmas condições (R\$ 827,00). Metade destas mulheres sustenta a família com menos de R\$ 324,00 mensais.(14)

As pesquisas têm sempre demonstrado a importância de estudar-se o envelhecimento como produto sinérgico de fatores biológicos, comportamentais e sociais. Cada um destes fatores é bastante diverso e, até certo ponto modificável.(15)

Sabe-se que a situação social do indivíduo, como gênero, etnia e posição sócio-econômica prediz a qualidade de vida no envelhecimento. As políticas sociais adotadas por um município, estado ou mesmo um país, afetam cada indivíduo em termos de morbidade, mortalidade e qualidade de vida.(15)

2.6 Aspectos de educação relacionados ao envelhecimento

Quanto a aspectos educacionais, informe do IBGE(13) relata que as mulheres ocupam posições extremas quanto à instrução: quase 15% não estudaram ou freqüentaram a escola por período inferior a um ano. Por outro lado, também quase 15% apresentaram entre 11 e 14 anos de estudo. Para os homens, os mesmos dados são de pouco mais de 10% e 13%, respectivamente. Infelizmente, nas pessoas com dez ou mais anos de idade, 31,4% estudaram somente até três anos. 15% da população estudou entre oito e dez anos e outros 14,9% de 11 a 14 anos. Somente 4,1% apresentou 15 ou mais anos de instrução.

Dados do Conselho Estadual do Idoso(16) mostraram um índice de analfabetismo de 17,51% no Rio Grande do Sul e 21,80% na região metropolitana de Porto Alegre. Curso primário completo tinham 16,69% dos idosos gaúchos e 15,64% na região metropolitana. Por outro lado, apenas 2,29% e 2,05% tinham secundário completo, no estado e na região metropolitana. Finalmente, responderam ter curso superior completo, somente 1,89% dos idosos do Rio Grande do Sul e 1,83% da região metropolitana.

2.7 Aspectos de religião relacionados ao envelhecimento

Segundo dados do último censo(13), quanto à religião declarada, 63,8% dos brasileiros são católicos. Os evangélicos ocupam o segundo lugar, com 15,4%, seguidos pelos "sem religião", com 7,3%.

Os dados disponibilizados pelo Conselho Estadual do Idoso(16) indicaram 64,75% dos idosos gaúchos como sendo católicos (74,32% na região metropolitana). Os evangélicos são 14,80% dos idosos gaúchos (20,56% na região metropolitana). Os "sem religião" somam apenas 1,56% no estado e 1,48% na região metropolitana.

2.8 Saúde e envelhecimento

Incapacidade e doenças, ambos prevalentes em idosos, afetam a independência destes indivíduos. O nível funcional é determinado pela habilidade em executar atividades da vida diária, como alimentar-se, vestir-se, banhar-se, uso do vaso sanitário e, também, em executar atividades instrumentais, como preparar refeições, fazer atividades

domésticas, tomar medicamentos como prescritos, usar o telefone e outras. Estima-se que até 8% dos indivíduos idosos não institucionalizados necessitem auxílio em atividades da vida diária.(17)

Condições crônicas que levam à incapacidade incluem doenças cardiovasculares, DPOC, diabetes, artrites, osteoporose e diminuição de visão e audição. Metade dos idosos norte-americanos apresenta artrite, enquanto um terço apresenta hipertensão e diminuição de audição.(17)

Das 31 milhões de hospitalizações nos Estados Unidos, em 1995, os idosos concorreram com 12 milhões (38,7%), passando 78 milhões de dias em hospitais. As principais causas de internação hospitalar foram as doenças cardíacas e câncer.(17)

Também no ano de 1995, nos Estados Unidos, os idosos realizaram 167 milhões de consultas médicas, que representaram 24% de todas as consultas realizadas naquele país. Cada idoso consultou, em média, cinco vezes no ano. Os diagnósticos mais frequentes foram: hipertensão, diabetes, catarata, doença isquêmica cardíaca e osteoartrite.(17)

Embora sejam em torno de 12% da população dos Estados Unidos, os indivíduos com mais de 65 anos dispendem 30 a 35% dos gastos totais do sistema de saúde. Mantendo-se a tendência, em 2040, 50% dos gastos serão com idosos.(17)

Dados do Ministério da Saúde do Brasil informam que, do total de cinco bilhões de reais gastos em hospitalizações pelo SUS, em 2001, R\$ 1,2 bilhão (correspondendo a 24%) foram gastos em internações de idosos. As causas mais comuns para a hospitalização deste grupo de pacientes, em 2001, foram: insuficiência cardíaca, bronquite e enfisema, pneumonias, *diabetes mellitus* e hipertensão.(18)

A presença de múltiplas doenças crônicas aumenta com a idade, assim como a incapacidade. Intervenções efetivas na prevenção e redução da incapacidade são importantes para melhorar a qualidade de vida e controlar os gastos do sistema de saúde.

Está claro que envelhecer não é o bastante. Faz-se necessário haver qualidade de vida no envelhecer. No Brasil, uma sociedade cada vez mais urbana e menos rural, cresce a demanda de serviços na área de saúde, saneamento, segurança, habitação e outros. Estes setores são, notoriamente, deficientes em nosso país. Neste contexto está inserido o idoso brasileiro. Após tantos esforços para viver mais, é injustificável não haver condições para viver bem.(19)

O fumo é a principal causa de morbimortalidade passível de prevenção. Em indivíduos com 60 ou mais anos, o fumo é um dos principais fatores de risco para seis das 14 principais causas de morte, além de ser fator complicador para três outras. Dados de 1994 indicam que, nos EUA, um em cada quatro adultos era fumante (28% dos homens e 23% das mulheres). Nos idosos daquele país, 12% fumavam.(20)

O consumo de bebidas alcoólicas em idosos é um dos mais difíceis comportamentos a serem estudados. Dados quanto a prevalência deste hábito ou vício são muito variáveis. Estima-se que 9% dos homens e 2% das mulheres idosas sejam consumidores pesados (mais de dois drinques por dia).(20)

Dados obtidos na pesquisa do Conselho Estadual do Idoso(16) indicaram prevalência de 8,43% no estado para alcoolismo e 29,18% para tabagismo.

Finalmente, ao considerar aspectos relativos à saúde, vale mencionar um relatório do *US Institute of Medicine*, citado em artigo publicado no conceituado *British Medical Journal*(21). Este informe dá conta de que norte-americanos que não têm seguro-saúde estão em piores condições gerais, recebem cuidados inadequados e são mais propensos à morte prematura do que pessoas que têm seguro-saúde. De forma geral, pacientes sem seguro têm desfechos clínicos significativamente piores, quando comparados a pacientes segurados.

Assim, por exemplo, diabéticos sem seguro-saúde são mais propensos a apresentar glicemia descontrolada e a não receber exames regulares dos olhos e dos pés, o que pode resultar em amputações ou cegueira. Pelo relatório,

25% dos adultos diabéticos sem seguro não tiveram os exames acima realizados no período de dois anos, contra apenas 5% dos pacientes com seguro.

A conclusão deste relatório é que, havendo seguro-saúde, aumentaria a expectativa de vida, melhoraria a saúde das pessoas que não têm acesso aos serviços de saúde e seriam reduzidas as disparidades encontradas na saúde dos diversos grupos raciais e étnicos.

2.9 Atividade física e envelhecimento

A inatividade física aumenta o risco de doenças cardíacas, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, osteoporose e outras doenças, a despeito da idade. O exercício melhora a força muscular, a capacidade aeróbica e a função física dos idosos. Apesar disto, a prevalência de inatividade física aumenta com a idade. Aproximadamente 45% das pessoas com 75 ou mais anos são, fisicamente, inativas.(22)

Embora a melhora no estilo de vida não seja limitada a uma atividade física aumentada, esta é, provavelmente, o ponto principal e motivador de outros programas relacionados ao comportamento humano.(23)

Já no ano de 1989, em posicionamento oficial, a Federação Internacional de Medicina do Esporte (24) alertava sobre a importância do exercício físico à saúde, ponderando que os homens foram nômades e caçadores durante milhares de anos de evolução. Nos últimos tempos, houve redução importante da quantidade de atividade física na vida diária, devido aos sistemas de automação no trabalho e ao transporte motorizado. Sem dúvida, os dados epidemiológicos indicam claramente os efeitos benéficos do exercício físico na prevenção da doença coronariana e na diminuição da mortalidade por todas as causas, quando o exercício se constitui em uma parte integrante das atividades laborativas e de lazer.

O mesmo posicionamento observa que a boa forma física e a boa saúde não são sinônimos, mas complementares entre si, e que a atividade física adequada constitui-se em um componente importante para o controle e o tratamento da doença coronariana, da hipertensão arterial, da obesidade, das doenças musculoesqueléticas, das doenças respiratórias e da depressão. A boa forma física pode proporcionar, também, sensação de bem-estar e auto-estima.

Em abril de 1994, um comitê conjunto da Organização Mundial da Saúde e da Federação Internacional de Medicina do Esporte (25), estabeleceu um posicionamento conjunto, intitulado: “exercício para a saúde”, onde é observado que os resultados de diversas pesquisas levam à conclusão de que a atividade física protege contra o desenvolvimento das principais doenças crônicas não transmissíveis, como a doença arterial coronariana, a hipertensão arterial sistêmica, o acidente vascular encefálico, o *diabetes mellitus* tipo 2, e a osteoporose. Além disto, níveis adequados de atividade física auxiliam na reabilitação de pacientes com doenças cardiovasculares e outras doenças crônicas.

O posicionamento destaca que metade da população mundial é insuficientemente ativa, devendo os governos promover e melhorar programas de aptidão e atividade física como parte de uma política social e de saúde pública.

É importante salientar que a quantidade de exercício necessária para produzir benefícios à saúde é menor que a necessária para melhorar a aptidão física. Mesmo sem ganhos na capacidade física ou perda substancial de peso, o exercício melhora a homeostase da glicose, as lipoproteínas, a distribuição de gordura abdominal e a pressão arterial.(26)

A tradicional prescrição de exercícios das décadas de 1970 e 1980 buscava melhorar a aptidão física, promovendo a participação em exercícios vigorosos de longa duração. A crença geral era que se uma pessoa não se exercitasse dentro de determinada faixa de frequência cardíaca ou intensidade de exercício, os benefícios do programa seriam mínimos. Visto em retrospectiva, não é de surpreender que estas recomendações não inspiraram cerca de 85% dos adultos norte-americanos a tornarem-se fisicamente mais aptos, isto é, apenas 15% passaram a fazer atividades físicas.(26)

Os obstáculos citados para a obtenção dos objetivos acima citados incluíram: falta de tempo, os programas de exercícios não eram agradáveis ou eram muito “pesados” e lesões musculoesqueléticas. O resultado final foi que mais de 60% do público norte-americano continua sedentário.(26)

Durante muito tempo, a doença coronariana tem sido a principal causa de morte nos países de primeiro mundo. Como muitas destas mortes ocorrem antes que qualquer tentativa de salvar a vida possa ser tentada, e como a investigação diagnóstica e o tratamento desta patologia envolve altos custos, o melhor é adotar técnicas de prevenção, onde a atividade física tem papel de destaque, tanto primária quanto secundariamente.(27)

Dislipidemias e hipertensão arterial são dois dos grandes fatores de risco cardiovascular. É sabido que a atividade física aeróbia regular pode elevar o HDL-colesterol e reduzir a pressão arterial dos pacientes hipertensos, especialmente no componente sistólico.(27)

Exercícios físicos, tais como caminhada, ciclismo, natação e corrida, realizados numa intensidade entre 50 e 70% do consumo máximo de oxigênio, com duração de 30 a 45 minutos, três a cinco vezes por semana, reduzem a pressão arterial de indivíduos hipertensos. Em contrapartida, exercícios físicos muito intensos, realizados acima de 80% do consumo máximo de oxigênio têm pouco efeito sobre a pressão arterial de hipertensos. (27)

O câncer ocupa o segundo lugar como causa de morte em países desenvolvidos (no Japão, porém, é a primeira causa). Pelo menos para o câncer de reto, há evidências suficientes de que a atividade física regular exerça um fator protetor. Provavelmente, o mesmo possa ser dito em relação aos tumores malignos de mama e próstata.(25)

Estamos vivendo uma “epidemia” de obesidade, atribuída a fatores ambientais que promovem inatividade física e excessiva ingestão calórica. A prevalência de obesidade (IMC > 30 kg/m²), nos Estados Unidos, passou de 12% em 1991 para 17,9% em 1998. Adultos com sobrepeso (IMC > 25

kg/m²) ou obesidade somam 54,9% dos indivíduos daquele país.(28) Estima-se que, em 1994, 27% das mulheres e 21% dos homens norte-americanos eram obesos (IMC>30 kg/m²). (29)

Em um estudo de prevalência realizado no Brasil (30) encontrou-se 26,9% de sobrepeso em homens e 27,7 por cento em mulheres. Para obesidade, os índices foram de 10,2% para homens e 14,7% para mulheres. Em outras duas pesquisas (31) (32), os dados encontrados para obesidade, na população em geral, foram 18,0%. Cabe ressaltar que um dos trabalhos (32) foi realizado em Porto Alegre.

Os custos, direto e indireto, da obesidade, são consideráveis, representando 7% do orçamento nacional para a saúde, nos Estados Unidos e Holanda, 4% na França e 2% na Austrália.

Indivíduos regularmente ativos tendem a baixar o peso percentual de gordura, em relação aos sedentários. Isto ocorre devido ao aumento do gasto energético. A combinação de dieta e atividade física regular forma o meio mais efetivo de controle do peso.(33)

Uma análise dos efeitos do treinamento físico sobre a preservação da massa livre de gordura em pacientes submetidos à dieta hipocalórica demonstrou que 24% a 28% da perda de peso veio de massa magra, naqueles pacientes que não faziam atividade física, enquanto que 11% a 13% de perda foi de massa magra naqueles engajados em exercícios aeróbios e de resistência. Desta forma, o exercício físico parece atenuar a perda de massa livre de gordura quando se submete pacientes à dietas para perda de peso. Este aspecto é muito importante, pois se sabe que a massa magra está muito relacionada a reduções na taxa de metabolismo basal.(34)

Diabéticos, especialmente os de tipo II, têm claros benefícios com programas de atividade física.

Recentemente, foi sugerido que exercícios com pesos apresentam ótimos resultados nestes pacientes.(35)

A atividade física é importante na manutenção da densidade óssea, objetivando a prevenção de osteoporose. Nos últimos anos, demonstrou-se que exercícios de resistência progressiva são efetivos na melhora da força em

idosos. Esta melhora está associada com maiores massas muscular e óssea, além de maior mobilidade. Estes fatores são importantes na prevenção de fraturas e melhor qualidade de vida.(36)

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas entre os idosos constituem um verdadeiro desafio ao mundo moderno. A depressão psicológica é causa e consequência significativa de incapacidade entre os mais velhos.

As estimativas de prevalência de transtornos do humor, nos Estados Unidos, vai de 5% a 10% nos idosos, passando a 18% nos institucionalizados deste grupo etário.

O tratamento mais freqüente para depressão são medicações antidepressivas. Entretanto, mesmo com o desenvolvimento de novos medicamentos, 30 a 35% dos pacientes não respondem ao tratamento.

Recentemente, o uso de exercícios aeróbios como alternativa ou complementação ao tratamento da depressão tem recebido bastante atenção. Um estudo com homens idosos demonstrou menor presença de sintomas depressivos após quatro meses de treinamento físico.(37)

Apesar de todos os benefícios apresentados acima, milhões de pessoas em todo o mundo continuam sedentárias. Diante desta “epidemia” de sedentarismo, há crescente necessidade de intervenções que promovam a atividade física em todos os segmentos populacionais.(38)

Estima-se que apenas 22% dos adultos americanos são ativos (isto é, praticam atividade física diária leve a moderada por pelo menos 30 minutos), 54% são pouco ativos (ou seja, não atingem o índice descrito) e 24% são totalmente sedentários.(39) Além disto, apenas um em cada dez americanos adultos seguiria um padrão de constância na prática de atividades físicas.(40)

Na Inglaterra, os dados evidenciam que seis em cada dez homens e sete em cada dez mulheres, com idade entre 16 e 74 anos, não são suficientemente ativos para beneficiar a sua saúde.(41)

Um interessante aspecto, pouco mencionado, pela dificuldade de execução de estudos científicos, é o do impacto econômico da inatividade física no sistema de saúde de um país.

Baseado em dados do “National Medical Expenditures Survey” de 1987, com uma amostra de 35.000 pessoas em 14.000 residências, calculou-se os gastos anuais dos Estados Unidos com indivíduos sedentários, comparando-os aos gastos com indivíduos ativos.(42)

Naqueles com idade a partir de 15 anos, sem limitações físicas e regularmente engajados em atividades físicas, os custos médicos diretos foram, em média, U\$ 1.019, contra U\$ 1.349 dos inativos fisicamente. Observou-se que a maior diferença entre os dois grupos ocorreu em mulheres com 55 ou mais anos.

Aplicando-se a diferença de aproximadamente U\$ 300 à população norte-americana com idade a partir de 15 anos (algo em torno de 205 milhões de pessoas), teríamos a possibilidade de economia de U\$ 76 bilhões anuais, se as pessoas fossem ativas.

Embora as recomendações atuais à prática de atividades físicas sejam de 30 minutos na maioria dos dias da semana, ou 2000 Kcal semanais, pouca evidência existe quanto à constância com que as pessoas mantêm estes padrões. Em verdade, escassos são os trabalhos que citam este aspecto (29), a despeito do fato de que seja senso comum que a atividade física deve ser praticada constante e regularmente, para promover benefícios.

Na revisão da literatura, não foi encontrado nenhum estudo sobre padrões sazonais na prática de atividade física. Entretanto, deve-se considerar que Novo Hamburgo é uma cidade que apresenta um verão quente e um inverno frio e chuvoso, dificultando os deslocamentos das pessoas para exercerem suas atividades cotidianas. Naturalmente, isto levanta a possibilidade de que haja maior dificuldade em manter-se fisicamente ativas no inverno. Por exemplo, um indivíduo que faça caminhadas de rua 4 vezes por semana, provavelmente, terá dificuldades em manter este padrão nos meses de julho e agosto, notoriamente chuvosos, no Rio Grande do Sul.

Entretanto, fatores externos, como suporte social, motivação, prazer com o exercício, idade do indivíduo, anos de prática regular e consciência dos benefícios de uma atividade regular, poderiam favorecer a perseverança nesse hábito.

Assim, a manutenção de um padrão de constância ao longo de dias e meses apresenta obstáculos climáticos consideráveis.

A atividade física é um excelente instrumento de promoção da saúde em qualquer idade, mas em especial no idoso, levando a aumento do consumo máximo de oxigênio, benefícios circulatórios periféricos, aumento de massa e força musculares, melhor controle de glicemia, melhor perfil lipídico, redução de massa corporal gorda, melhor controle de pressão arterial, melhor função pulmonar, melhora de equilíbrio e marcha, maiores auto-estima e auto-confiança, menor dependência na vida diária, etc.(43) Todos estes aspectos levam, sem dúvida, a significativa melhora da qualidade de vida.

O crescimento da população idosa traz novos desafios e a necessidade de pesquisas na área. A necessidade de diferenciar o processo de envelhecimento normal dos processos patológicos vai continuar a desafiar os pesquisadores.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Caracterizar aspectos sócio-econômicos, de saúde, educação e de atividade física da população idosa de Novo Hamburgo.

3.2 Específicos

Observar características da habitação dos entrevistados.

Determinar o grau de escolaridade dos entrevistados.

Verificar a filiação religiosa e a frequência às atividades inerentes à sua religião.

Verificar os proventos recebidos pelos entrevistados.

Determinar os gastos mensais com medicamentos.

Determinar quais e quantos são os medicamentos utilizados.

Determinar o uso de medicamentos genéricos.

Verificar em que proporção os medicamentos são obtidos gratuitamente em instituições públicas.

Verificar a prática de atividades físicas pelos entrevistados, bem como sua frequência e duração.

Verificar o consumo de bebidas alcoólicas, quanto a tipo e quantidade.

Verificar o consumo de cigarros, quanto a quantidade e tempo de uso.

Verificar o comparecimento a consultas médicas nos últimos seis meses.

Verificar a realização de vacinas preventivas à gripe, pneumonia e tétano.

Determinar a ocorrência de hospitalização no último ano.

Verificar a realização de exame preventivo ao câncer de próstata nos homens.

Verificar a realização de exame preventivo ao câncer de mama nas mulheres.

Determinar a existência de convênio com planos de saúde e a cobertura prevista.

4. MÉTODO

4.1 População

O universo desta pesquisa foi composto por idosos (pessoas com no mínimo 60 anos de idade) residentes no município de Novo Hamburgo, num total de 17.101 (dezesete mil, cento e um indivíduos) conforme dados do IBGE/Censo 2000. Foram entrevistadas 426 (quatrocentos e vinte e seis) pessoas. A amostra é do tipo probabilística, calculada com 95% de confiabilidade e margem de erro de, no máximo, cinco pontos percentuais.

4.2 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário estruturado e aplicado através de entrevistas domiciliares realizadas pela equipe de entrevistadores do Centro de Pesquisa e Planejamento da FEEVALE, no período do dia 02 de abril a 01 de maio de 2002. Durante a coleta foram controladas as seguintes variáveis: classe econômica, sexo e idade, seguindo as proporções apresentadas pelo IBGE para sexo e idade, e classe econômica de acordo com os percentuais apresentados pela ANEP (Associação Nacional de Empresas de Pesquisa) para a região. A pesquisa foi realizada seguindo-se as proporções da população por bairro.

4.3 Procedimentos estatísticos

Para a tabulação e análise dos resultados, foram utilizados os seguintes procedimentos:

- Questões abertas tipo texto: as citações foram transformadas em questões fechadas, para posterior tabulação e análise, aplicando-lhes um tratamento percentual;
- Questões do tipo numéricas, cálculo de média e do desvio padrão, seguido de uma transformação das citações em questão fechada, para posterior tabulação e análise aplicando-lhes um tratamento percentual;
- Às questões fechadas, tanto dos tipo escolha única ou múltipla, foi dado um tratamento percentual, seguido de uma classificação crescente ou decrescente, de acordo com a característica da variável que está sendo analisada.

O teste qui-quadrado foi utilizado para determinar a aleatoriedade da distribuição observada para variáveis categóricas. Foram considerados significativos os testes que atingiram um erro alfa menor do que cinco por cento e, muito significativos, os que atingiram menos do que um por cento.

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização da amostra

Tabela 2. Gênero dos entrevistados

Gênero	Frequência absoluta	Frequência relativa
Masculino	186	43,7%
Feminino	240	56,3%
Total	426	100%

Tabela 3. Idade dos entrevistados

Idade	Frequência absoluta	Frequência relativa
--------------	----------------------------	----------------------------

60 a 64	175	41,1%
65 a 69	103	24,2%
70 a 74	61	14,3%
75 a 79	50	11,7%
80 a 84	27	6,3%
85 a 89	7	1,6%
90 e acima	3	0,7%
Total de observações	426	100%

Mínimo = 60, máximo = 96 Média = 68,97, desvio padrão = 7,14

Tabela 4. Estado civil dos entrevistados

Estado civil	Frequência absoluta	Frequência relativa
Casado	249	58,5%
Viúvo	132	31,0%
Separado judicialmente	19	4,5%
Solteiro	13	3,1%
Divorciado	11	2,6%
Companheiro estável	2	0,5%
Total de observações	426	100%

A amostra do estudo foi composta por 426 entrevistados, sendo 186 homens e 240 mulheres, com idades entre 60 e 96 anos, conforme as tabelas dois e três. Quanto ao estado civil, 58,5% de nossa amostra é de indivíduos casados e 31% de viúvos conforme tabela quatro.

5.2 Caracterização da moradia

Tabela 5. Tempo de residência na atual moradia

Tempo (em anos)	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não resposta	2	0,5%
Menos de 11	66	15,5%
Tempo (em anos)	Nº de citações	Frequência
11 a 20	55	12,9%
21 a 30	87	20,4%
31 a 40	121	28,4%
41 a 50	78	18,3%
51 a 60	11	2,6%
61 a 70	4	0,9%
Mais de 70	2	0,5%

Total de observações	426	100%
-----------------------------	------------	-------------

Mínimo = 1, máximo = 75 Média = 29,22, desvio padrão = 15,22

Tabela 6. Número de pessoas residentes na moradia

Número de pessoas	Frequência absoluta	Frequência relativa
1	50	11,7%
2	178	41,8%
3	99	23,2%
4	48	11,3%
5	22	5,2%

Número de pessoas	Nº de citações	Frequência
6	16	3,8%
7	7	1,6%
8	3	0,7%
9	2	0,5%
Mais de 9	1	0,2%
Total de observações	426	100%

Mínimo = 1, máximo = 15 Média = 2,83, desvio padrão = 1,57

Tabelas 7. Presença de eletrodomésticos

	Frequência absoluta	Frequência relativa
Refrigerador	416	97,7%
Telefone	342	80,3%
TV	417	97,9%
Total de observações	426	100%

Conforme a tabela cinco, 84% dos entrevistados residem no atual local há pelo menos 11 anos e 50,7% residem há mais de 30 anos na mesma moradia.

Na tabela seis, observa-se que, em mais de três quartos dos casos, a moradia é ocupada por até três pessoas. De fato, em pouco mais da metade das vezes, até duas pessoas são as residentes e 11,7% dos entrevistados moram sós.

Quanto a bens de consumo, em apenas dez casos não há refrigerador e em nove não há televisor. Por outro lado, o telefone está presente em 80,3% (tabela sete).

5.3 Caracterização de aspectos econômicos

Tabela 8. O entrevistado trabalha?

Trabalha	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	47	11,0%
Não	379	89,0%
Total de observações	426	100%

Tabela 9. É aposentado?

Aposentado	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	318	74,6%
Não	108	25,4%
Total de observações	426	100%

Tabela 10. Qual é a renda mensal familiar?

Renda familiar (em R\$)	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não-resposta	12	2,8%
Até 220,00	18	4,2%
221,00 a 440,00	84	19,7%
441,00 a 660,00	66	15,5%
661,00 a 880,00	85	20,0%
881,00 a 1.100,00	30	7,0%
1.101,00 a 2.000,00	82	19,2%
2.001,00 a 3.000,00	25	5,9%
3.001,00 a 4.000,00	13	3,1%
Mais de 4.000,00	11	2,6%
Total de observações	426	100%

Mínimo = R\$ 80,00, máximo = R\$ 6.000,00 Média = R\$ 1.118,50, desvio padrão = R\$ 1.041,07

Tabela 11. Recebe ajuda financeira de filhos e parentes?

Recebe ajuda	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	107	25,1%
Não	319	74,9%
Total de observações	426	100%

Tabela 12. Comparando a sua situação econômica atual com a de quando você tinha 55 anos de idade, você diria

Situação atual	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não-resposta	1	0,2%
Muito pior agora	57	13,4%
Pior agora	202	47,4%
A mesma	91	21,4%
Melhor agora	75	17,6%
Total de observações	426	100%

Dos entrevistados, quase 90% não exerce atividade laborativa, enquanto que três quartos são aposentados (tabelas oito e nove). Considerando os rendimentos totais da família do entrevistado observamos, conforme a tabela dez, proventos entre R\$ 221,00 (duzentos e vinte e um reais) e R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais) em 55% dos

casos. Por outro lado, quase 20% dos entrevistados têm renda entre R\$ 1.100,00 (mil e cem reais) e R\$ 2.000,00 (dois mil reais). Finalmente, 11,6% têm rendimentos superiores a R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

Na consideração de questões financeiras, a tabela 11, demonstra que três quartos dos entrevistados não recebem auxílio para sua subsistência. Já a tabela 12, torna evidente que 60,8% dos entrevistados considera sua situação financeira pior, quando comparada ao momento em que tinham 55 anos, enquanto que apenas 17,6 a consideram melhor.

5.4 Caracterização de aspectos de saúde

Tabela 13. Classificação, pelo entrevistado, de seu estado de saúde atual

Saúde atual	Frequência absoluta	Frequência relativa
Péssima	24	5,6%
Ruim	87	20,4%
Regular	174	40,8%
Boa	119	27,9%
Excelente	22	5,2%
Total de observações	426	100%

Tabela 14. Comparação do estado de saúde atual a de quando o entrevistado tinha 55 anos

Comparação saúde	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não resposta	2	0,5%
Muito pior agora	58	13,6%
Pior agora	206	48,4%
A mesma	105	24,6%
Melhor agora	55	12,9%
Total de observações	426	100%

Tabela 15. Utilização de medicamentos de forma contínua

Toma medicamentos	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	309	72,5%
Não	117	27,5%
Total de observações	426	100%

Tabela 16. Quantos reais você calcula gastar, mensalmente, com remédios para o seu próprio uso

Valor gasto, em Reais – R\$	Frequência absoluta	Frequência relativa
Até 50,00	141	44,6%
51,00 a 100,00	90	28,5%

101,00 a 200,00	63	19,9%
201,00 a 400,00	17	5,3%
401,00 a 600,00	4	1,2%
Mais de 600,00	1	0,3%
Total de observações	316	100%

Houve 110 não-respostas, excluídas nesta tabela.

Tabela 17. Os gastos são pagos por você mesmo

Pagos por si próprio	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	288	91,1%
Não	28	8,9%
Total de observações	316	100%

Tabela 18. Utilização de medicamentos genéricos

Toma genéricos	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	119	27,9%
Não	307	72,1%
Total de observações	426	100%

Tabela 19. Obtém medicamentos gratuitamente, em Postos de Saúde, Prefeitura Municipal ou outra instituição

Medicamentos gratuitos	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	65	15,3%
Não	361	84,7%
Total de observações	426	100%

Tabela 20. Medicamentos de uso contínuo mais citados (total de citações: 254).

Medicamento	Frequência absoluta	Frequência relativa
AAS 100 mg	49	15,9%
Captopril	32	10,4%
Enalapril	31	10,0%
Propranolol	28	9,1%
Hidroclorotiazida	25	8,1%
Cálcio	23	7,4%
Atenolol	21	6,8%
Digoxina	21	6,8%
Hidroclorotiazida + Amilorida	19	6,1%
Omeprazol	15	4,9%
Total de observações	264	85,5%

Tabela 21. Tem médico de confiança, visitado regularmente

Tem médico	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	272	63,8%
Não	154	36,2%
Total de observações	426	100%

Tabela 22. Você consultou seu médico nos últimos seis meses

Consultou	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	217	79,8%
Não	55	20,2%
Total de observações	272	100%

Tabela contruída com base no filtro possui médico de confiança

Tabela 23. Esteve hospitalizado nos últimos doze meses

Esteve hospitalizado	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	76	17,8%
Não	350	82,2%

Total de observações	426	100%
-----------------------------	------------	-------------

Tabela 24. Se homem, já fez, alguma vez, o exame preventivo do câncer de próstata

Exame da próstata	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	112	60,2%
Não	74	39,8%
Total de observações	186	100%

Tabela contruída com base no filtro sexo = Masculino

Tabela 25. Se já fez, realizou este exame nos últimos doze meses

Exame preventivo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	69	61,6%
Não	43	38,4%
Total de observações	112	100%

Tabela contruída com base no filtro homens que realizaram exame preventivo da próstata

Tabela 26. Quais os procedimentos realizados (mais de uma citação possível)

Procedimento	Frequência absoluta	Frequência relativa
PSA	45	65,2%
Toque retal	31	44,9%
Ecografia	16	23,2%
Urina	2	2,9%
Todos	1	1,4%
Total de observações	69	

Tabela 27. Se mulher, já fez algum exame de prevenção ao câncer de mama

Exame de mama	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	129	53,8%
Não	111	46,3%
Total de observações	240	100%

Tabela 28. Se já fez, realizou o exame nos últimos doze meses

Exame preventivo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	67	51,9%
Não	62	48,1%
Total de observações	129	100%

Tabela 29. Os procedimentos realizados foram (mais de uma citação possível)

Procedimentos	Frequência absoluta	Frequência relativa
Mamografia	50	60,9%
Consulta médica	26	31,7%
Ecografia	6	7,3%
Total de observações	82	100%

Tabela 30. Faz, mensalmente, o auto-exame das mamas

Auto-exame das mamas	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	108	45,0%
Não	132	55,0%
Total de observações	240	100%

Tabela contruída com base no filtro sexo = Feminino

Tabela 31. Faz, anualmente, a vacina para prevenção da gripe

Vacina gripe	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	255	59,9%
Não	171	40,1%
Total de observações	426	100%

Tabela 32. Onde faz a vacina

Onde faz a vacina	Frequência absoluta	Frequência relativa
Posto de Saúde	239	93,7%
Clínicas privadas	26	6,3%
Total de observações	255	100%

Tabela contruída com base no filtro faz anualmente vacina da gripe

Tabela 33. Se tem mais de 65 anos, já fez vacina de prevenção à pneumonia

Prevenção à Pneumonia	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não-resposta	4	1,5%
Sim	46	16,8%
Não	224	81,8%
Total de observações	274	100%

Tabela 34. Lembra quando fez o toxóide tetânico pela última vez

Toxóide tetânico	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não lembra	86	20,2%
Nunca feito	54	12,7%
Há menos de um ano	61	14,3%
Um a cinco anos	143	33,6%
Seis a dez anos	33	7,7%
Há mais de dez anos	49	11,5%
Total de observações	426	100%

Tabela 35. É fumante

É fumante	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não	246	57,7%
Ex-fumante	123	28,9%
Sim (1 ou + cigarros/dia)	57	13,4%
Total de observações	426	100%

Tabela 36. Se é fumante, você fuma (mais de uma citação possível)

Fuma	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cigarros	54	94,7%
Palheiros	7	12,3%
Charutos	1	1,8%
Total de observações	62	

Tabela 37. Se é fumante, quantas unidades você fuma por dia

Unidades por dia	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não-resposta	1	1,8%
Até 5	13	22,8%
6 a 10	14	24,6%
11 a 20	27	47,4%
Unidades por dia	Frequência absoluta	Frequência relativa

Mais de 20	2	3,5%
Total de observações	57	100%

Mínimo= 1, máximo= 40 Média= 13,46, desvio padrão= 8,53

Tabela 38. Se é fumante, fuma, atualmente

Fuma	Frequência absoluta	Frequência relativa
Menos que fumava	27	47,4%
A mesma quantidade	18	31,6%
Mais que fumava	8	14,0%
Não sabe	4	7,0%
Total de observações	57	100%

Tabela 39. Se é fumante, o é há quanto tempo? (em anos)

Tempo, em anos	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não-resposta	1	1,8%
Até 10	4	57,1%
11 a 20	7	12,3%
21 a 40	14	24,6%
41 a 60	27	47,4%
Mais de 60	4	7,0%
Total de observações	57	100%

Mínimo = 5, máximo = 70 Média = 40,45, desvio padrão = 16,00

Tabela 40. Você ingere bebidas alcoólicas

Ingere	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	97	22,8%
Não	329	77,2%
Total de observações	426	100%

Tabela 41. Se ingere, com que frequência

Frequência com que ingere	Frequência absoluta	Frequência relativa
1 ou 2 vezes ao ano	10	10,3%
1 vez por mês	20	20,6%
1 vez por semana	31	32,0%
2 vezes por semana	9	9,3%
3 vezes por semana	1	1,0%
Quase todos os dias	7	7,2%
Todos os dias	19	19,6%
Total de observações	97	100%

Tabela 42. Se ingere, qual bebida

Bebida	Frequência absoluta	Frequência relativa
Cerveja	60	61,9%
Vinho	27	27,8%
Cachaça	17	17,5%
Whisky	6	6,2%
Caipira	3	3,1%
Vodka	2	2,1%
Champanhe	2	2,1%
Aperitivo	1	1,0%
Total de observações	97	

Tabela 43. Você tem convênio com algum plano privado de saúde

Possui plano	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	124	29,1%
Não	302	70,9%
Total de observações	426	100%

Tabela 44. Se tem, qual o plano

Plano	Frequência absoluta	Frequência relativa
UNIMED	64	51,6%
Prontomed	14	11,3%
Emercor	11	8,8%
Outros	35	28,2%
Total de observações	124	100%

Tabela 45. Qual a cobertura prevista pelo plano (mais de uma citação possível)

Cobertura	Frequência absoluta	Frequência relativa
Consultas ambulatoriais + exames básicos	53	34,2%
Internação privativa	52	33,5%
Internação semi-privativa	41	26,5%
Consultas ambulatoriais	14	9,0%
Não-resposta	6	3,9%
Internação em enfermaria	3	1,9%
Total de observações	155	

A maioria dos entrevistados, cerca de quarenta por cento, considera o seu estado de saúde atual regular. Por outro lado, quase dois terços consideram a saúde atual pior ou muito pior do que na idade de 55 anos (tabelas 13 e 14).

Mais de 70% da amostra do estudo toma medicamentos de forma contínua (tabela 15). Em 73% dos casos, os gastos mensais com medicamentos são de até cem reais (R\$ 100,00), pagos, na imensa maioria dos casos (91,1%), pelo próprio entrevistado (tabelas 16 e 17).

O uso de genéricos é feito por somente 28 por cento (tabela 18), enquanto que, em apenas 15% dos casos, os medicamentos são obtidos gratuitamente (tabela 19).

A tabela 20 apresenta os dez medicamentos de uso contínuo mais citados. Houve, no total, 254 diferentes citações. Dos dez primeiros, oito têm indicação primária em patologias cardiovasculares.

Aproximadamente dois terços dos entrevistados têm médico de sua confiança, sendo que 80% da amostra visitou seu médico nos últimos seis meses, enquanto que quase 18% estiveram hospitalizados nos doze meses que antecederam esta pesquisa (tabelas 21 a 23).

Sessenta por cento dos homens já realizaram algum exame preventivo ao câncer de próstata, sendo que 61,6% deles o fizeram no último ano. O PSA foi o procedimento mais utilizado (65,2%), enquanto que o toque retal foi citado em menos da metade dos casos, conforme demonstrado nas tabelas 24 a 26.

Quanto às mulheres, pouco mais da metade já realizaram algum exame de prevenção ao câncer de mama e, também, pouco mais da metade o fizeram no último ano. A mamografia foi utilizada em dois terços dos casos. Somente 45% faz, mensalmente, o auto-exame das mamas (tabelas 27 a 30).

As tabelas 31 a 34 evidenciam que 40% dos entrevistados não fazem a vacina para combate à gripe. Os Postos de Saúde são os locais procurados, na imensa maioria dos casos, para realizá-la. Quanto à vacina para pneumonia, mais de 80% não a fizeram, enquanto 24% nunca foram vacinados, ou o foram há mais de dez anos, com o toxóide tetânico.

Considerando o fumo, pouco mais de 13% são fumantes. Destes, cerca de 80% o são há mais de 20 anos. Por outro lado, quase 29% são ex-fumantes. Praticamente, 95% dos fumantes usam cigarros. Note-se que, em quase a metade dos casos, são fumadas de 11 a 20 unidades por dia, embora, também, em quase a metade dos casos, os entrevistados afirmaram fumar menos do que já fumaram em épocas passadas (tabelas 35 a 39).

Quanto às bebidas alcoólicas, mais de três quartos dos entrevistados não as ingerem. Dos que ingerem, 37% o fazem mais de uma vez por semana e 20% diariamente. A bebida mais consumida é a cerveja, seguida, respectivamente, pelo vinho e pela cachaça (tabelas 40 a 42).

Pouco menos de um terço dos entrevistados (29%) possui algum plano privado de saúde, sendo a UNIMED o mais freqüente. Quanto às coberturas previstas, as internações hospitalares são possíveis para 60% dos usuários (tabelas 43 a 45).

5.5 Caracterização de aspectos educacionais, religiosos e de lazer

Tabela 46. Qual o seu nível de estudo

Escolaridade	Freqüência absoluta	Freqüência relativa
Não estudou	30	7%
Primário incompleto	225	52,8%
Ginásio incompleto	97	22,7%
Segundo grau incompleto	41	9,6%
Segundo grau	16	3,8%

Universidade incompleta	2	0,5%
Universidade completa	14	3,3%
Pós-graduação – especialização	1	0,2%
Total de observações	426	100%

Tabela 47. Você costuma ler?

Costuma ler	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	313	73,5%
Não	113	26,5%
Total de observações	426	100%

Tabela 48. Se costuma, lê (mais de uma citação possível):

Costuma ler	Frequência absoluta	Frequência relativa
Jornal	239	76,4%
Livros	74	23,6%
Revistas	55	17,6%
Bíblia	32	10,2%
Orações	4	1,3%
Total de observações	313	

Tabela contruída com base no filtro costuma ler

Tabela 49. Você assiste TV?

Assiste TV	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	396	93,0%
Não	30	7,0%
Total de observações	426	100%

Tabela 50. Se assiste, o faz diariamente?

Diariamente	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	362	91,4%
Não	34	8,6%
Total de observações	396	100%

Tabela contruída com base no filtro assiste TV

Tabela 51. Se sim, assiste telejornais?

Assiste	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	361	91,2%
Não	35	8,8%
Total de observações	396	100%

Tabela contruída com base no filtro assiste TV

Tabela 52. Qual é a sua religião?

Religião	Frequência absoluta	Frequência relativa
Católica	287	67,4%

Evangélica	127	29,8%
Adventista	4	1,0%
Espírita	3	0,7%
Outras	5	1,0%
Total de observações	426	100%

Tabela 53. Você freqüenta regularmente a sua Igreja ?

Freqüenta	Freqüência absoluta	Freqüência relativa
Sim	346	81,2%
Não	80	18,8%
Total de observações	426	100%

Sete por cento dos entrevistados não estudou, enquanto que 53% não completou o curso primário. Assim, 60% ou não têm instrução, ou a têm em menos de cinco anos. No outro extremo, apenas 3,3% completaram um curso superior e 0,2% (um indivíduo) fez pós-graduação (tabela 46).

A leitura é um hábito para quase três quartos dos entrevistados, sendo a principal preferência por jornais. A grande maioria, 91%, assiste televisão diariamente e assiste telejornais (tabelas 47 a 51).

Quanto à religião, há claro predomínio da católica, seguida pela evangélica. Juntas, perfazem cerca de 97%. Pouco mais de 80% dos entrevistados freqüentam sua igreja com regularidade (tabelas 52 e 53).

5.6 Caracterização de atividade física

Tabela 54. Você está praticando alguma atividade física regularmente

Pratica regularmente	Freqüência absoluta	Freqüência relativa
Sim	166	39,0%
Não	260	61,0%
Total de observações	426	100%

Tabela 55. Se está, qual é a atividade

Atividade	Freqüência absoluta	Freqüência relativa
------------------	----------------------------	----------------------------

Caminhada	115	69,3%
Alongamento	11	6,6%
Hidroginástica	10	6,0%
Ciclismo	7	4,2%
Dança	4	2,4%
Bolão	3	1,8%
Esteira	2	1,2%
Bicicleta ergométrica	2	1,2%
Bocha	2	1,2%
Natação	2	1,2%
Outros	8	4,8%
Total de observações	166	100%

Tabela contruída com base no filtro pratica atividade física

Tabela 56. Se está, quantas vezes por semana

Frequência semanal	Frequência absoluta	Frequência relativa
1	10	6,0%
2	35	21,1%
3	30	18,1%
4	7	4,2%
5	8	4,8%
6	1	0,6%
7	75	45,2%
Total de observações	166	100

Tabela contruída com base no filtro pratica atividade física

Tabela 57. Qual a duração de cada sessão? (Tempo em minutos)

Duração (em minutos)	Frequência absoluta	Frequência relativa
Até 30	66	39,8%
31 a 60	85	51,2%
61 a 90	6	3,6%
91 a 120	4	2,4%
121 a 150	1	0,6%
Acima de 150	4	2,4%
Total de observações	166	100%

Mínimo = 1, máximo = 180 Média = 47,24, desvio padrão = 31,01

Tabela construída com base no filtro pratica atividade física

Tabela 58. Há quanto tempo vem praticando atividade física (tempo em anos)

Tempo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não sabe	20	12,0%
Menos de 1 ano	23	13,9%
1 a 5 anos	72	43,4%
6 a 10 anos	26	15,7%
11 a 20 anos	16	9,6%
Mais de 20 anos	9	5,4%
Total de observações	166	100%

Tabela contruída com base no filtro pratica atividade física

Tabela 59. Esta atividade é supervisionada por professor de educação física

Atividade é supervisionada	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sim	19	11,4%
Não	147	88,6%
Total de observações	166	100%

Tabela contruída com base no filtro pratica atividade física

Tabela 60. Se você está praticando atividades físicas regularmente, qual é o principal motivo para fazê-lo

Motivo para fazê-lo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Sentir-se melhor	62	33,8%
Preservar a saúde	39	21,3%
Problemas de saúde	39	21,3%
Recomendação médica	36	19,6%
Não-resposta	5	2,7%
Quando há algo a fazer	2	1,0%
Total de observações	183	100%

Permitida mais de uma opção.

Tabela contruída com base no filtro pratica atividade física

Tabela 61. Se você não está praticando atividades físicas regularmente, qual é o principal motivo para não fazê-lo?

Motivo para não fazê-lo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Problemas de saúde	81	29,5%
Preguiça	65	23,7%
Falta de tempo	37	13,5%
Não gosta	25	9,1%
Não sente necessidade	20	7,2%
Por cansaço ou falta-de-ar	16	5,8%
Motivo para não fazê-lo	Frequência absoluta	Frequência relativa
Acha que não tem mais idade	13	4,7%
Falta do hábito	4	1,4%
Medo de andar na rua	3	1,0%
Falta de companhia	3	1,0%
Não-resposta	3	1,0%
Está começando	2	0,7%
Recomendação médica	1	0,3%

Não tem onde praticar	1	0,3%
Total de observações	274	100%

Permitida mais de uma opção

Tabela contruída com base no filtro não pratica atividade física

A tabela 54, demonstra que 61% dos entrevistados não estão fisicamente ativos. Para os que afirmam ser ativos, a principal opção é por caminhadas, com quase 70%, seguindo-se alongamentos e hidroginástica, conforme a tabela 55.

Quanto a frequência semanal de pratica de atividade física, 27% o fazem uma ou duas vezes, 22,3% três ou quatro vezes, 5,4% cinco ou seis vezes e 45,2% diariamente, como evidencia a tabela 56.

A tabela 57 mostra a duração de cada sessão de atividade física. Para pouco mais de 50% dos indivíduos ativos, a sessão dura entre 31 e 60 minutos, enquanto para quase 40% a duração é de até 30 minutos. Assim, em 91% dos casos, cada sessão dura até uma hora.

Considerando o tempo de pratica de atividade física, 57% dos indivíduos ativos o são há menos de seis anos. Apenas nove indivíduos, correspondendo a 15,4%, são ativos há mais de 20 anos, como evidencia a tabela 58.

Na tabela 59, observa-se que apenas 11,4% dos indivíduos têm sua atividade física supervisionada por um profissional da Educação Física.

As tabelas 60 e 61 citam os motivos alegados para a pratica ou não de atividade física. Dos ativos, 60% o são para sentir-se melhor ou para preservar a saúde. Para os indivíduos inativos, alguns dos motivos alegados são, de certa forma, peculiares: preguiça, em 25%, falta de tempo, em 14%, não ter mais idade, em 5,0%.

5.7 Cruzamentos de variáveis

Tabela 62. Gênero X Estado Civil (soma dos percentuais em linha)

Est. civil / Gênero	Masculino	Feminino	Total
Casado	59,4 (148)	40,6 (101)	100 (249)
Solteiro	23,1 (3)	76,9 (10)	100 (13)
Viúvo	15,9 (21)	84,1 (111)	100 (132)
Separado judicialmente	36,8 (7)	63,2 (12)	100 (19)
Divorciado	45,5 (5)	54,5 (6)	100 (11)
Companheiro estável	100 (2)	0	100 (2)
Total	43,7 (186)	56,3 (240)	100 (426)

Tabela 63. Gênero X Saúde Atual (soma dos percentuais em coluna)

Saúde / Gênero	Masculino	Feminino	Total
Péssimo	7,0 (13)	4,6 (11)	5,6 (24)
Ruim	17,2 (32)	22,9 (55)	20,4 (87)
Regular	40,9 (76)	40,8 (98)	40,8 (174)
Bom	28,0 (52)	27,9 (67)	27,9 (119)

Excelente	7,0 (13)	3,8 (9)	5,2 (22)
Total	100 (186)	100 (240)	100 (426)

Tabela 64. Gênero X Atividade Física (soma dos percentuais em coluna)

Atividade / Gênero	Masculino	Feminino	Total
Sim	39,8 (74)	38,3 (92)	39,0 (166)
Não	60,2 (112)	61,7 (148)	61,0 (260)
Total	100 (186)	100 (240)	100 (426)

Tabela 65. Estado Civil X Saúde atual (soma dos percentuais em linha)

Est. civil / Saúde	Péssimo	Ruim	Regular	Bom	Excelente	Total
Casado	4,0 (10)	19,7 (49)	39,4 (98)	30,5 (76)	6,4 (16)	100 (249)
Solteiro	0	15,4 (2)	53,8 (7)	23,1 (3)	7,7 (1)	100 (13)
Viúvo	7,6 (10)	24,2 (32)	40,9 (54)	24,2 (32)	3,0 (4)	100 (132)
Sep Judic	15,8 (3)	5,3 (1)	57,9 (11)	15,8 (3)	5,3 (1)	100 (19)
Divorciado	0	18,2 (2)	36,4 (4)	45,5 (5)	0	100 (11)
Companheiro	50,0 (1)	50,0 (1)	0	0	0	100 (2)
Total	5,6 (24)	20,4 (87)	40,8 (174)	27,9 (119)	5,2 (22)	100 (426)

Tabela 66. Estado Civil X Prática atividade física (soma dos percentuais em linha)

Est. civil / Prática	Sim	Não	Total
Casado	40,2 (100)	59,8 (149)	100 (249)
Solteiro	53,8 (7)	46,2 (6)	100 (13)
Viúvo	35,6 (47)	64,4 (85)	100 (132)
Separado judicial	36,8 (7)	63,2 (12)	100 (19)
Divorciado	36,4 (4)	63,6 (7)	100 (11)
Companheiro	50,0 (1)	50,0 (1)	100 (2)
Total	39,0 (166)	61,0 (260)	100 (426)

Tabela 67. Saúde atual X Atividade física (soma dos percentuais em linha)

Saúde atual / Atividade	Sim	Não	Total
Péssimo	25,0 (6)	75,0 (18)	100 (24)
Ruim	21,8 (19)	78,2 (68)	100 (87)
Regular	43,7 (76)	56,3 (98)	100 (174)
Bom	43,7 (52)	56,3 (67)	100 (119)
Excelente	59,1 (13)	40,9 (9)	100 (22)

Total	39,0 (166)	61,0 (260)	100 (426)
--------------	-------------------	-------------------	------------------

Entre os casados, 59% são homens e 40% mulheres. Por outro lado, entre os solteiros, 23% são homens e 77% mulheres, enquanto que, nos viúvos, 84% são mulheres (tabela 62).

Quase 70%, tanto dos homens quanto das mulheres, consideram o seu estado de saúde atual regular ou bom (tabela 63).

A proporção de indivíduos fisicamente ativos é semelhante em homens e mulheres (39,8% dos homens e 38,3% das mulheres), conforme a tabela 64.

A tabela 65 apresenta dados da percepção do estado de saúde atual, conforme o estado civil. Em um extremo, consideram sua saúde excelente 6% dos casados, quase 8% dos solteiros, 5% dos separados e, apenas, 3% dos viúvos. No outro extremo, consideram péssima a saúde 4% dos casados, nenhum dos solteiros, quase 16% dos separados e quase 8% dos viúvos.

Se considerarmos o estado civil e a prática de atividade física, conforme a tabela 66, observaremos que somente entre os solteiros o número de indivíduos ativos é maior do que os inativos.

A tabela 67 relaciona a prática de atividade física e a classificação de estado atual de saúde. Observa-se que, entre os indivíduos ativos, um maior número considera a saúde excelente. Entre os inativos, quanto pior for a classificação do estado de saúde, maior o número de indivíduos.

6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Nos dados obtidos pelo Conselho Estadual do Idoso (16), a proporção dos entrevistados, na região metropolitana de Porto Alegre, foi de 38,36% para homens e 61,64% para mulheres, comparados a 43,70% e 56,30%, respectivamente, neste trabalho.

Na distribuição por faixa etária, 27,9% da amostra tinha entre 60 e 64 e 28,4% entre 65 e 69, na região metropolitana de Porto Alegre. No nosso caso, 41,1% dos entrevistados têm entre 60 e 64 anos e 24,2% entre 65 e 69 anos. Considerando os dados divulgados pelo IBGE(44), quanto à distribuição de faixa etária da população da região sul do Brasil, observamos que 32,2% dos idosos têm entre 60 e 64 anos e 25,5% entre 65 e 69 anos, o que torna nossa amostra próxima a real distribuição etária.

Quanto ao estado civil, 58,5% de nossa amostra é de indivíduos casados e 31% de viúvos, comparados a 47,9% e 41,7%, respectivamente, nos dados do Conselho Estadual do Idoso (16) para a região metropolitana de Porto Alegre.

Residem na atual moradia, há pelo menos 11 anos, 84% dos entrevistados. A metade deles, de fato, reside no mesmo local há mais de 30 anos, demonstrando tendência à estabilidade no convívio social, conhecimento da realidade de sua vizinhança e pouca mudança de ambiente.

Em pouco mais da metade dos casos (53,5%), o número de pessoas que moram no mesmo domicílio é de uma ou duas. Por outro lado, quatro ou mais moradores ocorre em 23,3%. Deve-se atentar ao fato de que 50 entrevistados, correspondendo a 11,7%, moram sós.

Quanto a bens de consumo, em apenas dez casos não há refrigerador e em nove não há televisor. Por outro lado, o telefone está presente em 80,3%. Pelos dados do IBGE, relativos ao censo 2.000, apenas 40% dos lares brasileiros têm linhas telefônicas.

A grande maioria dos entrevistados, 89%, não exerce atividade laborativa, estando aposentados, praticamente, 75%.

Em quase 60% dos casos a renda familiar não ultrapassa R\$ 880,00, sendo superior a R\$ 2.000,00 para, apenas, 11,6%. Três quartos não recebem ajuda financeira de filhos ou parentes.

É importante ressaltar que 60,8% consideram sua situação econômica atual pior ou muito pior do que quando tinham 55 anos, enquanto apenas 17,6% a consideram melhor. É muito provável que esta constatação se relacione à polêmica questão dos proventos recebidos na aposentadoria, inferiores aos recebidos quando na vida laborativa.

Em um terço dos casos, o estado de saúde atual está classificado como bom ou excelente, enquanto que 37,5% consideram sua saúde, comparada a quando tinham 55 anos, a mesma ou melhor agora. Por outro lado, 62% consideram sua saúde pior ou muito pior agora.

Quanto ao uso de medicamentos em forma contínua, 72,5% o fazem. Em 54%, os gastos em farmácia são de até R\$ 100,00, sendo pagos pelo próprio entrevistado em 91% dos casos. Considerando uma renda de até R\$ 880,00 para 60% da amostra, os medicamentos podem significar 11% das despesas mensais. Neste contexto, infelizmente, os genéricos, mais baratos, são utilizados por apenas 30%, a despeito das campanhas de divulgação realizadas. Já a obtenção gratuita de medicamentos junto a órgãos públicos beneficia apenas 15%.

Dos medicamentos utilizados, em 85,5% do total de citações estão incluídos apenas dez itens, sendo um uma associação de diuréticos. Oito das dez citações envolvem fármacos para tratamento de distúrbios cardiovasculares. Se atentarmos para o fato de que estão citados Captopril e Enalapril, Propranolol e Atenolol, Hidroclorotiazida e a associação Hidroclorotiazida com Amilorida, e os juntarmos em categorias: inibidores da enzima conversora da angiotensina, beta-bloqueadores e diuréticos, teremos, ao final, apenas sete grupos medicamentosos respondendo por 85,5% do total.

Dois terços dos entrevistados têm médico de confiança, visitado nos últimos seis meses em 80% dos casos. Pouco menos de 18% estiveram hospitalizados no último ano. Estudos realizados nos Estados Unidos (17), demonstram que, naquele país, a média de consultas médicas anuais, por idoso, é de cinco. Hipertensão arterial e doença isquêmica cardíaca estão entre os cinco diagnósticos mais frequentes. Se observarmos que, em nosso caso, grande parte dos entrevistados consultou nos últimos seis meses e que oito entre os dez principais medicamentos utilizados o são para distúrbios cardiovasculares, encontraremos semelhança nos dados.

Note-se que 40% dos homens nunca tenham feito o exame preventivo ao câncer de próstata, assim como, entre os que o fizeram, 38% não o terem realizado nos últimos doze meses. Além disto, o toque retal integrou a investigação em menos da metade dos casos. Considerando-se a prevalência significativa desta neoplasia, especialmente em idosos, os dados apresentados são preocupantes.

No caso da prevenção ao câncer de mama, apenas pouco mais da metade das mulheres já fizeram algum tipo de exame. Também em pouco mais da metade, o exame foi realizado nos últimos doze meses. A mamografia integrou a investigação em três quartos dos casos. Somente 45% das entrevistadas fazem o auto-exame mensal das mamas.

Quanto às vacinas, 60% costumam fazer a vacina de prevenção à gripe. Em quase 94% dos casos, a vacina é realizada, gratuitamente, em postos de saúde. O número de vacinados não atinge a meta prevista pela campanha de vacinação de 2.001, que pretendia imunizar 70% da população com 60 anos ou mais (45). No caso da vacina contra a pneumonia, 82% nunca a fizeram, embora esta vacina esteja indicada para portadores de doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares, renais, metabólicas (*diabetes mellitus*) e hepáticas (45). Finalmente, observe-se que um quarto dos entrevistados nunca fez ou fez há mais de dez anos à prevenção ao tétano.

São fumantes 13,4% dos entrevistados, comparados à 16,2% nos dados do Conselho Estadual do Idoso (16), região metropolitana de Porto Alegre. Os dados das duas pesquisas são bastante semelhantes ($p=0,19$).

A imensa maioria (94,7%) dos fumantes fuma cigarros. Quase a metade (47,4%) fumam entre 11 e 20 unidades diárias, fazendo-o entre 41 e 60 anos.

Quanto às bebidas alcoólicas 22,8% as ingerem. O Conselho estadual do Idoso (16) na tabela 86, apresenta dados de prevalência de alcoolismo em 10,62% dos casos. Em nosso caso, preferimos caracterizar o consumo ou não, o tipo e a frequência com que as bebidas são ingeridas. Assim, neste caso, uma comparação é difícil. Entretanto, dados disponíveis na literatura (20) estimam que 9% dos homens e 2% das mulheres idosas consomem mais de dois drinques, diariamente.

A bebida mais consumida é a cerveja, seguida pelo vinho. Entretanto, analisando a frequência de consumo, verifica-se que 86,6% dos consumidores de cerveja o fazem até duas vezes por semana. Dos consumidores de cachaça, 53% o fazem todos ou quase todos os dias. Quanto ao vinho, 37% dos consumidores o fazem todos ou quase todos os dias, enquanto que, praticamente, 30% o consomem uma vez por semana.

Menos de um terço dos entrevistados (29,1%) têm algum plano privado de saúde, comparados a 6% nos dados do Conselho Estadual do Idoso para a região metropolitana(16), uma diferença altamente significativa ($p < 0,01$). Talvez, por nossa amostra ser restrita à cidade de Novo Hamburgo, com nível sócio-econômico diferenciado em relação a outras cidades da região metropolitana, explique-se, em parte, a discrepância dos achados, além do crescimento dos planos de saúde nos últimos anos, inclusive com planos coletivos firmados entre empresas e seguradoras, permitindo a inclusão de familiares.

A UNIMED é o convênio mais citado, somando 51,6% do total. Internações hospitalares estão previstas em 60% dos planos, fato importante, considerando que 38,7% das hospitalizações, nos Estados Unidos, são de pacientes idosos (17), enquanto que, no Brasil, 24% dos gastos com internações hospitalares, no anos de 2001, foram com pacientes com 60 ou mais anos (18). Segundo dados do DATASUS (46), em abril de 2.002, 18% do total de internações hospitalares, no país, foram de indivíduos idosos, embora este segmento da população represente pouco mais de oito por cento do total.

Sete por cento dos entrevistados não têm instrução. Somando-se a estes os 52,8% com menos de cinco anos de estudo, teremos quase 60% da amostra com baixo nível de instrução. No outro extremo, catorze indivíduos têm curso superior e um pós-graduação, em nível de especialização. Juntos correspondem a 3,5% do total. Não encontramos, nesta pesquisa, pós-graduados em nível de mestrado e doutorado. Nos dados do Conselho Estadual do Idoso (16), para a região metropolitana, encontrou-se 21,8% de analfabetos e 1,8% com curso superior. Comparando os dados, há diferença bastante significativa nos sem instrução, em menor proporção na nossa amostra ($p < 0,01$), mas não há diferença estatística na proporção de universitários ($p = 0,09$).

Chama a atenção que quase 75% dos entrevistados têm o hábito da leitura, especialmente de jornais, citados por 76,4%. Em maior proporção, pouco mais de 90% assistem televisão diariamente, inclusive telejornais. Este fato

pode ser considerado importante para o constante contato com os fatos que ocorrem em todo o mundo, auxiliando a manter o idoso inserido no contexto de vida de toda a sociedade.

A maioria dos entrevistados, 61%, não pratica atividade física regularmente. Estes dados são

semelhantes ao do Conselho Estadual do Idoso (16), com 59,7% na região metropolitana ($p = 0,64$). Entre os indivíduos ativos, 69,3% realizam caminhadas. Neste caso, a comparação com os dados do Conselho Estadual do Idoso é imprópria, uma vez que, neste último, considerou-se a proporção de indivíduos que caminham sobre o total da amostra, enquanto que, em nosso caso, preferimos considerar apenas entre os indivíduos ativos.

A metade dos indivíduos ativos fazem alguma atividade física cinco ou mais vezes por semana, com duração de cada sessão por mais de 30 minutos em 60% dos casos, o que atende as recomendações atuais para frequência e duração de atividades físicas para a população(26).

Infelizmente, apenas 11% dos indivíduos ativos têm a supervisão de um profissional da Educação Física. Assim, provavelmente, ficam prejudicados o correto planejamento, a segurança e a eficiência da prática da atividade física.

Nos motivos citados para ser ativo, 62% relacionam-se ao estado de saúde (preservá-la, por problemas ou por recomendação médica), o que pode ser um indicativo de conscientização dos entrevistados quanto à importância de uma vida ativa na manutenção da saúde.

Por outro lado, nos motivos citados para não ser fisicamente ativo, surpreende que quase 30% aleguem, justamente, problemas de saúde como um impedimento. O item preguiça foi citado 23,7%. Se somarmos as opções não gosta e não sente necessidade, teremos 40%. Ora, estas são alegações interessantes, pois demonstram, até certo ponto, desconhecimento da importância de uma vida fisicamente ativa.

Se considerarmos o estado civil e o gênero dos entrevistados, conforme a tabela 62, observaremos que a proporção de homens casados ou com companheira estável é maior do que a de mulheres. Em todos os outros casos (solteiro, viúvo, separado ou divorciado), a proporção é maior entre as mulheres ($p = 0,01$). Provavelmente, tal fato se explique pela maior expectativa de vida das mulheres, fazendo com que haja, por exemplo, maior número de viúvas.

A classificação do estado atual de saúde e o gênero dos entrevistados, conforme a tabela 63, não apresenta significância estatística ($p = 0,29$).

Na tabela 64, observa-se a prática de atividade física regularmente, segundo o gênero do entrevistado. Não há diferença estatística ($p = 0,76$).

A classificação do estado de saúde atual, segundo o estado civil, é demonstrada na tabela 65. Dividindo-se os entrevistados em dois grupos : um de indivíduos casados ou com companheiro estável e outro de solteiros, viúvos, divorciados e separados, não observamos diferença estatística ($p = 0,26$). Assim, viver só, ao menos em nossa amostra, não implica em pior percepção do estado de saúde.

A comparação da prática de atividade física regular, de acordo com o estado civil, é observada na tabela 66. Não há significância estatística ($p = 0,82$).

Finalmente, na tabela 67, compara-se o estado de saúde atual e a prática de atividade física regularmente. Observa-se que, entre os indivíduos ativos, um maior número considera a saúde excelente. Entre os inativos, quanto pior for a classificação do estado de saúde, maior o número de indivíduos. Estes dados apresentam alta significância estatística ($p = 0,0007$). Assim, em nossa amostra, os indivíduos fisicamente ativos percebem o seu estado de saúde mais favoravelmente do que os inativos.

Esta é a primeira fase de um estudo que tem seguimento planejado em etapas. A segunda etapa, com início previsto para novembro de 2002, envolve a análise de dados de cineantropometria dos entrevistados. Esta etapa terá a colaboração de profissionais de Educação Física.

Considerando que há grande número de dados a serem analisados, disponíveis aos professores do Centro Universitário FEEVALE, recomenda-se o aprofundamento da pesquisa em grupos interdisciplinares.

Os dados aqui apresentados serão transmitidos à comunidade acadêmica de Novo Hamburgo, aos órgãos públicos municipais e aos interessados em pesquisar o complexo processo de envelhecimento humano!

7. CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos em entrevista com uma amostra de idosos de Novo Hamburgo – RS, foi possível estabelecer as conclusões citadas nos parágrafos abaixo.

A pesquisa tem uma amostra caracterizada por indivíduos, em sua maior parte, aposentados. A renda mensal é de até R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais) em 62,2% dos entrevistados, sendo que 74,9% não recebem ajuda financeira de filhos ou parentes.

A religião declarada predominante é a católica, seguida pela evangélica, estando de acordo com dados informados pelo IBGE para todo o Brasil. Mais de 80% afirmam freqüentar regularmente sua igreja, fato importante quando se considera a relevância dos aspectos da espiritualidade e da religiosidade para o idoso.

Em mais da metade dos casos, o número de habitantes por moradia é de um ou dois indivíduos. Em 11,7%, os entrevistados moram sós, fazendo lembrar, necessariamente, a questão do isolamento social do idoso e suas conseqüências, como depressão, alimentação inadequada e outras.

Há uma clara tendência a permanecer longos períodos na mesma moradia. A maioria habita o mesmo local há, pelo menos, onze anos, enquanto a metade o faz há mais de 30 anos. Teoricamente, este é um aspecto vantajoso, pois permite conhecimento do meio, maior probabilidade de interação e convívio com a vizinhança, interação com as questões cotidianas de sua região e menor probabilidade de isolamento.

Os lares têm, em sua imensa maioria, refrigerador e televisão. O telefone está presente em 80% dos casos, o que significa o dobro do estimado pelo IBGE para os lares brasileiros. Estes aspectos devem ser saudados, pelos óbvios benefícios dos refrigeradores na conservação de alimentos, nas possibilidades de entretenimento e acompanhamento dos acontecimentos, em um mundo globalizado, através da televisão. Além disto, o telefone permite rápido contato para resolução de eventuais problemas como, por exemplo, comprar medicamentos pelo sistema de tele-entrega, no caso de um idoso com dificuldades de locomoção.

Quase três quartos dos entrevistados utiliza medicamentos de forma contínua. Do total de citações, 85% incluem-se em sete grupos medicamentosos, a maioria de utilização em patologias cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica. Ora, estas informações são bastante úteis no planejamento de saúde pública, permitindo direcionar gastos para atender um grande número de pacientes.

Considerando a utilização de medicamentos contínuos por três quartos da amostra e gastos mensais de até R\$ 100,00 para mais da metade dos casos, surpreende a pouca utilização de medicamentos genéricos, que poderiam diminuir o impacto financeiro dos gastos com saúde. Além disto, há pequeno acesso a medicamentos gratuitos, obtidos junto a órgãos públicos. Este é um aspecto que merece esclarecimentos quanto aos motivos que impedem um maior número de beneficiários (falta de medicamentos, dificuldades de acesso aos locais de distribuição, por exemplo).

Nesta pesquisa, o percentual de indivíduos fumantes é de 13%, sendo semelhantes aos dados epidemiológicos internacionais. Porém, deve-se estar atento para o fato de que os fumantes

tendem a sê-lo há muitos anos e que o número de cigarros fumados, diariamente, é bastante significativo. De tal forma, estes indivíduos são, certamente, bastante suscetíveis a todos os malefícios deste vício. Especialmente, aos profissionais da saúde, cabe esclarecer, a cada oportunidade, os problemas relacionados ao fumo, incentivando os pacientes a abandoná-lo, ainda que difícil.

Quanto à ingestão de bebidas alcoólicas, ressalte-se que, praticamente, 27% dos que as ingerem o fazem quase ou todos os dias. Assim, apenas questionar o idoso quanto ao consumo de bebidas alcoólicas não é o suficiente. A frequência deve ser, também, abordada.

Dos entrevistados que afirmam ter um médico de sua confiança, quase 80% consultaram este profissional nos últimos seis meses. Além disto, quase 18% estiveram hospitalizados nos últimos doze meses, o que confirma dados de literatura sobre a grande utilização de serviços médicos e da área de saúde, como um todo, por idosos. Desta forma, surge, sempre, a necessidade de planejamento adequado no atendimento deste segmento da população, especialmente por parte do poder público, considerando que quase 71% não têm plano privado de saúde. A este propósito, é interessante notar que Novo Hamburgo conta com uma ampla rede de postos de saúde e um hospital municipal que presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde. Porém, não há médicos geriatras prestando atendimento em nenhum dos postos municipais nem, tampouco, um setor ou médicos geriatras atendendo as internações hospitalares de idosos, que acabam sendo acompanhados por médicos de outras especialidades. Assim, demonstrar ao poder público municipal a importância do atendimento especializado ao idoso, através dos dados deste trabalho, pode ser um primeiro passo para a implantação de serviços de saúde em geriatria, no nosso município. Naturalmente, na mesma linha de raciocínio, deve-se lutar pela implantação de

disciplinas de geriatria e gerontologia nos cursos da área de saúde do Centro Universitário FEEVALE, preparando os futuros profissionais de acordo com as necessidades reais da população.

Em relação às vacinas, deve-se dar ênfase às campanhas de vacinação preventiva à gripe, uma vez que os dados indicam um percentual de vacinação inferior à meta prevista nacionalmente. Esta vacina é extremamente importante, minimizando riscos de infecções respiratórias, muitas vezes, extremamente graves em idosos. Também deve-se considerar o pequeno número de vacinados contra pneumonia e os quase 25% sem proteção, atualmente, do toxóide tetânico. Ora, estas vacinas podem prevenir doenças fatais, incidentes em idosos.

Considerando a realização de exames preventivos ao câncer de próstata nos homens e ao câncer de mama nas mulheres, observa-se que 40% dos homens e 46% das mulheres nunca realizaram estes exames. Ora, como estas neoplasias têm altas prevalência e morbimortalidade em idosos, deve-se, novamente incentivar os esclarecimentos pelos profissionais da área de saúde, pelos que atuam diretamente em algum programa de atenção ao idoso, para que estes exames não sejam negligenciados.

Há baixo nível de instrução entre os entrevistados. Sessenta por cento têm menos de cinco anos de estudo. Este é um dado preocupante, que deve ser levado em consideração, por exemplo, na compreensão de uma prescrição de medicamentos. Também, como esperar que um idoso com pouca instrução consiga fazer um auto-atendimento em uma agência bancária, devendo lidar com uma máquina de modo algum familiar?

A maioria não pratica atividade física regularmente e, entre os que o fazem, apenas 11% têm a supervisão de um professor de Educação Física. Naturalmente, o hábito da atividade física regular deve ser claramente estimulado à toda a população, inclusive os idosos. Porém, há necessidade de planejamento e execução adequados, cabendo este papel ao professor de Educação Física. Considerando que uma minoria tem esta orientação profissional, deve-se questionar quão efetiva em seus benefícios é a atividade física regular dos que a fazem. Por exemplo, alongamentos e hidroginástica foram a segunda e terceira citações mais frequentes, respectivamente. Ora, alongamentos não constituem, basicamente, uma forma isolada de atividade física. Em vez disto, são um dos aspectos de uma atividade bem elaborada. Da mesma forma, a hidroginástica não deveria ser a única forma de atividade física em idosos, especialmente mulheres, pelas questões de densidade óssea implicadas em exercícios aquáticos. Novamente, vem à tona a necessidade de correta orientação pelo professor de Educação Física.

Finalmente, quanto à atividade física regular, entre os ativos, há uma percepção mais positiva quanto ao estado de saúde atual. Este fato pode ser um grande fator estimulador à permanência em atividade e ao engajamento dos inativos em programas que lhes trarão benefícios físicos e psicológicos.

Todos os dados aqui apresentados devem ser divulgados no meio acadêmico, junto ao poder público municipal e na imprensa, para que o planejamento de programas de atenção ao idoso tenham uma base de dados na realidade do município de Novo Hamburgo. Além disto, poderá haver a comparação das informações com dados obtidos por outros pesquisadores

REFERÊNCIAS

- 01) Hayflick L. Definindo envelhecimento. In: Hayflick L. Como e por que envelhecemos. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editoras Campus, 1997. P. 03-10
- 02) Hayflick L. Teorias de envelhecimento baseadas em eventos propositais. In: Hayflick L. Como e por que envelhecemos. 2ª edição. Rio de Janeiro: Editoras Campus, 1997. P.211-223
- 03) Finch CE, Schneider EL. Biology of aging. In: Bennett JC, Plum F, editors. Textbook of Medicine. 20th edition. Philadelphia: W B Saunders Company, 1996. P.12-15
- 04) Lyons WL, Johnston B, Covinsky KE, Resnick NM. Geriatric Medicine. In: Tierney LM, McPhee SJ, Papadakis MA, editors. Medical Diagnosis and Treatment. 38th edition. Stamford: Appleton & Lange, 1999. P.45-67
- 05) Guralnik JM. Demographics. In: Beers MH, Berkow R., editors. The Merck Manual of Geriatrics. 3rd edition. New Jersey: Merck Research Laboratories Whitehouse Station, 2000. P.9-23
- 06) Organização das Nações Unidas. The ageing of the world's population. URL: <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/agewpop.htm>
- 07) Ministério da Saúde do Brasil. Programas e Projetos: Saúde do Idoso. URL: <http://www.saude.gov.br>
- 08) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População continua envelhecendo, mas a metade ainda tem até 24 anos. URL: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19122001censo2000.shtm>
- 09) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga tábua de vida 2000. URL: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/03122001tabua.shtm>

- 10) Quality of economic evaluation in health care [Editorial]. BMJ 2002; 324: 313-314.
- 11) National Service Framework for Older People. Published by The Department of Health. Updated 27 march 2001
URL: <http://www.doh.gov.uk/nsf/olderpeopleshortsummary.htm>
- 12) World Health Organization. Ageing & Health. The challenge for WHO. URL:
<http://www.who.int/ageing/challenge.html>.
- 13) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Novos dados do Censo 2000 confirmam avanços na educação e revelam mudanças nas estruturas familiar e domiciliar. URL:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/08052002tabulacao.shtm>
- 14) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga indicadores sociais sobre a mulher. URL:
<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/07032002mulher.shtm>
- 15) Organização das Nações Unidas. World population aging 1.950-2.050. Executive summary. URL: http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/Executivesummary_English.pdf
- 16) Rio Grande do Sul. Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: relatório de pesquisa / Conselho Estadual do Idoso. Porto Alegre: CEI, 1997.
- 17) Barbaccia JC. Prevention. In: Lonergan E T, editor. Geriatrics. First edition. Stamford: Appleton e Lange; 1996. P.549-558
- 18) DATASUS – Informações de saúde. URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>
- 19) Junior RS, Ramos LR, Netto MP. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. In: Filho ETC, Netto MP, editores. Geriatria Fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu ; 1998. p.9-29
- 20) Wilcox S, King AC. Health Behaviors and Aging. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. Fourth edition. New York: McGraw-Hill; 1999. P.287-302

- 21) Washington CM. Uninsured americans are more likely to die prematurely. British Medical Journal 2002; 324: 1.296.
- 22) Jacson SA. The epidemiology of aging. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Halter JB, Ouslander JG, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. Fourth edition. New York: McGraw-Hill; 1999. P.203-225.
- 23) Pate R. Physical activity and public health. Revista JAMA Brasil 1995; Feb: 273(5): 402-407.
- 24) Fédération Internationale de Médecine Sportive. Posicionamento oficial. O exercício físico: um fator importante para a saúde. Rev Bras Med Esporte 1997; vol 3, nº 3: 87-88.
- 25) World Health Organization/Fédération Internationale de Médecine Sportive. Posicionamento oficial. Exercício para a saúde. Rev. Bras. Med. Esporte 1998; vol 4, nº 4: 120-121
- 26) Pescatello LS. Exercising for health. Western Journal of Medicine 2001; 174: 114-118.
URL:http://www.ewjm.com/cgi/content/full/174/2/114?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&searchid=1018791882112_79&stored_search=&FIRSTINDEX=0&volume=174&firstpage=114&journalcode=ewjm
- 27) Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica 1998; Novembro; XXIV(6): 248-252.
- 28) Pescatello LS, VanHeest JL. Physical activity mediates a healthier body weight in the presence of obesity. British Journal of Sports Medicine 2000; 34: 86-93.
[URL:http://bjsm.bmjournals.com/cgi/content/full/34/2/86?maxtoshoe.../1996&journalcode=bjSPORT](http://bjsm.bmjournals.com/cgi/content/full/34/2/86?maxtoshoe.../1996&journalcode=bjSPORT)
- 29) Corri W, Tanner M. Obesity. Western Journal of Medicine 2002; 176: 23-28.
- 30) Lolio CM, Latorre MRDO. Prevalência de obesidade em localidade do Estado de São Paulo, Brasil, 1987. Revista de Saúde Pública 1991; 25(1): 33-36.

- 31) Rego RA, Berardo FAN, Rodrigues SSR, Oliveira ZMA, Oliveira MB, Vasconcellos C, et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. *Revista de Saúde Pública* 1990; 24(4): 277-285.
- 32) Duncan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti AC. Fatores de risco para doenças não-transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil: prevalência e simultaneidade. *Revista de Saúde Pública* 1993; 27(1): 43-48.
- 33) Kleiner SM. Strategies for energetic aging. *The Physician and Sports Medicine* 1998; Nov; 26(11). URL: <http://www.physsportsmed.com/issues/1998/11nov/aging/Htm>.
- 34) Andersen RE. Exercise, an active lifestyle, and obesity. *The Physician and Sports Medicine* 1999; Oct; 27(10). URL: http://www.physsportsmed.com/issues/1999/10_01_99/andersen.htm.
- 35) Albright A, Franz M, Hornsby G, Kriska A, Marrero D, Ullrich I et al. Exercise and type 2 Diabetes. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 2000 Jul; 32(7). URL: <http://ips1.1wwonline.com/servlet/GetFileServlet?J=2320&I=1320&A=1&U=1&T=1>
- 36) Rhodes EC, Martin AD, Taunton JE, Donnelly M, Warren J and Elliot J. Effects of one year of resistance training on the relation between muscular strength and bone density in elderly women. *British Journal of Sports Medicine* 2000; 34:18-22. URL: <http://bjsm.bmjournals.com/cgi/content/full/34/1/18?maxtoshow.../1995&journalcode=bjsport>
- 37) Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal Medicine* 1999 Oct 25; vol 159, 2349-2356
- 38) King Ac. Role of exercise counseling in health promotion. *British Journal of Sports Medicine* 2000; 34: 80-81. URL: <http://bjsm.bmjournals.com/cgi/content/full/34/2/80?maxtoshow.../1995&journalcode=bjsport>
- 39) Paffenbarger RS Jr. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *The New England Journal of Medicine* 1993 Feb; 328(8), 538-545.

- 40) Parr RB. Exercising to lose 10 to 20 pounds. *The Physician and Sports Medicine* 1997 Apr; 25(4).URL: <http://www.physsportsmed.com/issues/1997/04apr/lose.Htm>
- 41) Donaldson LJ. Sport an exercise: the public health challenge. *British Journal of Sports Medicine* 2000 Jun; 34: 409-410. URL: <http://www.bjsportmed.com/cgi/content/full/34/6/409>
- 42) Pratt M, Macera CA, Wang G. Higher direct medical costs associates with physical inactivity. *The Physician and Sports Medicine* 2000 Oct; 28: 10. URL: <http://www.physsportsmed.com.cover.htm>
- 43) Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte/ Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Posicionamento oficial. Atividade física e saúde no idoso. *Rev Bras de Med Esporte* 1999; vol 5, nº 6: 207-211.
- 44) IBGE – Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA. URL: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/popul/default.asp?t=3&z=t&o=4&u1=1&u2=1&u3=1&u4=1&u5=1&u6=1>
- 45) Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Campanha nacional de vacinação para o idoso. Informe Técnico; 2001.
- 46) DATASUS – Informações de saúde. URL: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxmap.htm>.

ANEXO I

QUESTIONÁRIO

A – IDENTIFICAÇÃO

1-Nome:

2-Data de nascimento (dd/mm/yyyy): ____/____/____

3-Gênero:

() Masculino

() Feminino

4-Naturalidade:

5-Nacionalidade:

6-Estado civil:

() casado

() solteiro

() viúvo

() separado judicialmente

() divorciado

() companheiro estável

() outro _____

7-Cor:

() amarela

() branca

() preta

() parda

B – MORADIA

8-Há quanto tempo reside na atual moradia? (resposta em anos)

9-A moradia é:

() casa

() apartamento

10-A moradia é:

- alvenaria
- madeira
- mista
- outro

11-A moradia é:

- própria do entrevistado
- alugada pelo entrevistado
- pertence a filho
- outra

12-Quantas pessoas vivem na moradia?

13-Quantos quartos tem a moradia?

14-Quantos banheiros tem a moradia?

15-Há refrigerador?

- sim
- não

16-Há telefone?

- sim
- não

17-Há TV?

- sim
- não

C – ECONOMIA

18-O entrevistado trabalha?

- sim
- não

19-Se a resposta anterior foi sim, trabalha como:

- empregado

- autônomo
- negócio próprio

20-Se trabalha como empregado, tem carteira assinada?

- sim
- não

21-Se trabalha, quanto recebe mensalmente, em reais?

- menos de 180,00
- 180,00 a 360,00
- 361,00 a 500,00
- 501,00 a 750,00
- 751,00 a 1.000,00
- 1.001,00 a 1.500,00
- 1.501,00 a 2.000,00
- 2.001,00 a 2.500,00
- 2.501,00 a 4.000,00
- acima de 4.001,00

22-É aposentado?

- sim
- não

23-Se é aposentado, por qual instituição?

- INSS
- Estado do RS
- município
- federal
- outro

24-Se aposentado, quanto recebe mensalmente?

- menos de 180,00
- 180,00 a 360,00
- 361,00 a 500,00
- 501,00 a 750,00
- 751,00 a 1.000,00
- 1.001,00 a 1.500,00
- 1.501,00 a 2.000,00

2.001,00 a 2.500,00

2.501,00 a 4.000,00

acima de 4.001,00

25-É aposentado e trabalha?

sim

não

26-Se é aposentado e trabalha, o trabalho é com carteira assinada?

sim

não

27-Com que idade aposentou-se? _____ anos

28-Qual o motivo de sua aposentadoria?

por tempo de serviço

por idade

por acidente de trabalho

por problemas de saúde

outro

29-Há pessoas que dependam economicamente do entrevistado?

sim

não

30-Se há, quantas são? _____.

31-Recebe ajuda financeira de filhos ou parentes?

sim

não

32-Comparando a sua situação financeira atual com a de quando você tinha 55 anos de idade, você diria:

melhor agora

a mesma

pior agora

muito pior agora

D – SAÚDE

33-Como você classificaria seu estado de saúde atual?

- () excelente
 () bom
 () regular
 () ruim
 () péssimo

34-Comparando sua saúde atual com a de quando você tinha 55 anos de idade, você diria:

- () melhor agora
 () a mesma
 () pior agora
 () muito pior agora

35-Toma algum medicamento de forma contínua?

- () sim
 () não

36-Se toma, qual/quais? Em que posologia?

MEDICAMENTO	POSOLOGIA

37-Está tomando remédios genéricos?

- () sim
 () não

38-Obtém algum dos medicamentos do Estado?

- () sim
 () não

39-Tem médico de confiança, visitado regularmente?

- () sim

não

40- Se tem, este médico atende:

particular

convênio privado

posto de saúde

SUS

outro

41- Visitou se médico nos últimos seis meses?

sim

não

42- Esteve hospitalizado nos últimos doze meses?

sim

não

43- Se homem, já fez alguma vez exame preventivo de câncer de próstata?

sim

não

44- Se já fez, realizou o exame preventivo nos últimos doze meses?

sim

não

45- Quais os procedimentos feitos?

PSA

PSA + ecografia

toque retal

46- Se mulher, já fez preventivo ao câncer de mama?

sim

não

47- Se já fez, realizou o exame nos últimos doze meses?

sim

não

48-Quais os procedimentos feitos?

- consulta médica
- mamografia
- ecografia

49-Faz, mensalmente o auto-exame das mamas?

- sim
- não

50-Faz, anualmente, a vacina para prevenção da gripe?

- sim
- não

51-Se faz, procura:

- posto de saúde
- clínicas privadas

52-Se tem 65 ou mais anos, já fez vacina para prevenção de pneumonia?

- sim
- não

53-Lembra-se quando fez o reforço do toxóide tetânico pela última vez?

- nunca fiz
- há mais de 10 anos
- entre cinco e dez anos
- entre um e cinco anos
- há menos de uma ano
- não lembra

54-É fumante?

- sim
- não
- ex-fumante

55-Se é fumante, você fuma:

- cigarro
- charuto

- cachimbo
- palheiro
- outro

56-Se é fumante, quantas unidades você fuma por dia? _____

57-Se é fumante, fuma, atualmente:

- a mesma quantidade de sempre
- mais do que fumava anteriormente
- menos do que fumava anteriormente
- não sabe

58-Se é fumante, o é há quanto tempo? _____

59-Na maioria do tempo de fumante, quantas unidades fumava por dia? _____

60-Se é ex-fumante, fumou por quanto tempo? _____

61-Se é ex-fumante, há quanto tempo parou? _____

62-Você ingere bebidas alcoólicas?

- sim
- não

63-Se ingere, com que frequência?

- uma ou duas vezes no ano todo
- uma vez por mês
- uma vez por semana
- duas vezes por semana
- três vezes por semana
- quase todos os dias
- todos os dias

64-Se ingere, qual é a bebida?

- cerveja
- cachaça
- whisky

- vodka
- vinho
- outro

65-Estime a quantidade (copos, unidade) que você ingere a cada vez:_____

66-Já foi aconselhado a parar de beber?

- sim
- não

67-Se já foi, quem o aconselhou?

- familiar
- médico
- amigo
- padre, pastor
- outro _____

68-Quantos reais você calcula gastar, mensalmente, com remédios para o seu próprio uso?_____.

69-Os gastos são pagos por você mesmo?

- sim
- não

70-Se não são, que paga os seus medicamentos?

- cônjuge
- filhos
- netos
- outros

71-Você tem convênio com algum plano privado de saúde?

- sim
- não

72-Se tem, qual o plano?_____

73-Qual a cobertura prevista pelo plano?

- consultas ambulatoriais
- consultas ambulatoriais + exames básicos
- internação em enfermaria
- internação semi-privativa
- internação privativa

74-Há cobertura para UTI?

- sim
- não

75-Se há, por quantos dias?

- até 15
- até 30
- ilimitado

E – EDUCAÇÃO

76-Qual o seu nível de estudo?

- não estudou
- primário incompleto
- primário completo
- ginásio incompleto
- ginásio completo
- científico ou 2º grau incompleto
- científico ou 2º grau completo
- universidade incompleta
- universidade completa
- pós-graduação – especialização
- pós-graduação – mestrado
- pós-graduação – doutorado

77-Fala, fluentemente, outro idioma?

- sim
- não

78-Se fala, escreve também?

() sim

() não

79-Se fala, qual?

() inglês

() alemão

() italiano

() espanhol

() outro _____

F – RELIGIOSO

80-Qual é a sua religião?

() católica

() evangélica

() espírita

() umbandista

() outra _____

81-Se é Evangélica, exatamente qual? _____

82-Você frequenta regularmente sua igreja?

() sim

() não

83-Se frequenta:

() mais de uma vez por semana

() uma vez por semana

() duas vezes por mês

() uma vez por mês

() uma ou duas vezes por ano

84-Você lê a Bíblia?

() sim

() não

() às vezes

raramente

H – SOCIAL

85-Você recebe regularmente a visita de seus filhos?

sim

não

86-Se recebe, com que frequência:

semanalmente

quinzenalmente

mensalmente

duas ou três vezes por ano

uma vez por ano

87-Você recebe a visita de amigos?

sim

não

88-Se recebe, com que frequência?

semanalmente

quinzenalmente

mensalmente

duas ou três vezes por ano

uma vez por ano

89-Você costuma visitar os seus filhos?

sim

não

90-Se visita, com que frequência:

semanalmente

quinzenalmente

mensalmente

duas ou três vezes por ano

uma vez por ano

91-Você costuma visitar parentes?

- sim
- não

92-Se visita, com que frequência:

- semanalmente
- quinzenalmente
- mensalmente
- duas ou três vezes por ano
- uma vez por ano

93-Você costuma visitar amigos?

- sim
- não

94- Se visita, com que frequência:

- semanalmente
- quinzenalmente
- mensalmente
- duas ou três vezes por ano
- uma vez por ano

95-Você frequenta algum clube?

- sim
- não

96-Se frequenta, que tipo de clube:

- sociedade
- clube de terceira idade
- clube de colecionadores
- outro _____

97-Se freqüenta, o faz:

- semanalmente
- quinzenalmente
- mensalmente
- duas ou três vezes por ano
- uma vez por ano

I – LAZER

98-Você costuma ler?

- sim
- não

99-Se costuma, lê:

- jornal
- revistas
- livros
- outros _____

100-Você assiste TV?

- sim
- não

101-Se assiste o faz diariamente?

- sim
- não

102-Se sim, assiste os telejornais?

- sim
- não

103-Você acompanha futebol?

- sim
- não

104-Qual o clube de sua preferência? _____

105-Você costuma viajar?

() sim

() não

106-Viajou no último ano?

() sim

() não

107-Se viajou, o fez:

() de avião

() de navio

() de automóvel

() de ônibus

() de trem

() outro _____

108-Viajou ao exterior nos últimos três anos?

() sim

() não

() nunca viajou ao exterior

109-Você costuma assistir filmes?

() sim

() não

110-Se assiste, o faz:

() cinema

() vídeo

() TV

() outro _____

111-Freqüenta teatro?

() sim

() não

J – ATIVIDADE FÍSICA:

112-Você está praticando alguma atividade física regularmente?

() sim

não

113- Se está, qual é a atividade? _____

114- Se está, quantas vezes por semana? _____

115- Qual a duração de cada sessão?

116- Há quanto tempo vem praticando atividade física?

117- Esta atividade é supervisionada por professor de Educação Física?

sim

não

118- Você caminha até o supermercado/armazém/açougue, para as compras?

sim

não

119- Você mesmo costuma arrumar/limpar a casa?

sim

não

120- Você mesmo costuma arrumar o jardim?

sim

não

121- Se você está praticando atividades físicas regularmente, qual é o principal motivo para fazê-lo?

122- Se você não está praticando atividades físicas regularmente, qual é o principal motivo para não fazê-lo?

123- Você dirige automóveis?

sim

não

124- Você possui automóvel?

sim

não

125-Você vai ao supermercado, armazém, farmácia e outras compras, de automóvel?

sim

não

126-Você costuma andar de ônibus?

sim

não

127-Você vai às compras de ônibus?

sim

não

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)