



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

**VULNERABILIDADE SOCIAL, INDIVIDUAL E PROGRAMÁTICA E
SAÚDE PERCEBIDA EM IDOSOS DE CAMPINAS**

NATÁLIA OLIVEIRA RODRIGUES

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob orientação do Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri.

Campinas, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

R618v Rodrigues, Natália Oliveira, 1984 -
 Vulnerabilidade social, individual e
 programática e saúde percebida em idosos de
 Campinas. / Natália Oliveira Rodrigues. --
 Campinas, SP : [s.n.], 2011.

 Orientador : Anita Liberalesso Neri
 Dissertação (Mestrado) - Universidade
 Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências
 Médicas.

 1. Velhice. 2. Acesso aos serviços de saúde.
 3. Fatores socioeconômicos. 4. Comorbidades.
 5. Capacidade Funcional. I. Neri, Anita
 Liberalesso. II. Universidade Estadual de
 Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III.
 Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Social, individual and programmatic vulnerability and self-perceived health in elderly of Campinas

Palavra-chave em inglês:

Aging

Health services accessibility

Socioeconomic factors

Comorbidities

Functional ability

Área de Concentração: Saúde e qualidade de vida na velhice

Titulação: Mestre em Gerontologia

Banca examinadora:

Anita Liberalesso Neri [Orientador]

Sofia Cristina Lost Pavarini

Maria da Luz Rosário de Sousa

Data da defesa: 25-11-2011

Programa de Pós-Graduação: Gerontologia

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE
MESTRADO**

NATÁLIA OLIVEIRA RODRIGUES (RA: 087868)

Orientador (a) PROFA. DRA. ANITA LIBERALESSO NERI

Membros:

1. PROFA. DRA. ANITA LIBERALESSO NERI

2. PROFA. DRA. SOFIA CRISTINA IOST PAVARINI

3. PROFA.DRA. MARIA DA LUZ ROSÁRIO DE SOUSA

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas

Data: 25 de novembro de 2011

Agradecimentos

Agradeço, sempre, ao meu pai e minha mãe, aos dois e a cada um, por me deixarem ir mesmo achando que eu deveria vir. Meu irmão que tenta, incansavelmente, me ensinar a olhar e respeitar o diferente (às vezes muito diferente).

A meus avós paternos, que conheço tão bem através do meu pai e tios, por tê-los todos na minha vida e terem me dado primas/ irmãs com quase o mesmo sangue, mas com a mesma alma.

À Dona Guiomar, seus doces, bolos, pães de queijo, tapetes, roupas... suas mãos que não cansam, sua cabeça e coração que não param. Principalmente, vó, obrigada por me ensinar que “aprender sempre cabe”.

À tia Heloisa pelo incentivo à pesquisa, mesmo sabendo que eu não sabia ler ou escrever academicamente. A todas as ajudas que me deu e dá. À sua força, carinho, cuidado e respeito. Muito obrigada, sempre.

Ao Júnior, para mim, mestre. Pela sua dedicação, força, completa doação e todos os frutos que dela provem.

Ao professor Fábio Pitta. Seu profissionalismo, sua dedicação às pesquisas, mas principalmente seu carinho com os alunos e pacientes. Por me ensinar que ensino, pesquisa e atenção podem andar juntos.

A todos que trabalharam no Fibra e na *salinha*, obrigada.

Aos colegas da Gerontologia.

À Renata. Obrigada pela responsabilidade, organização e, principalmente, pelo carinho e respeito que tem com todos nós da Geronto.

Ao Helymar Machado, pela disponibilidade e cuidado referente à análise estatística.

Aos professores que participaram da qualificação e da banca de defesa deste trabalho.

A Anita. Que nunca soube se chamava de você, senhora ou doutora. À Senhora que me abriu as portas para trabalhar no Fibra e conhecer a Geronto. A Você que me apresenta como ser objetiva, mesmo eu querendo olhar para todos os lados ao mesmo tempo. À Doutora, todo seu conhecimento, mas principalmente a maneira com que lida, desenvolve e compartilha o que sabe. Obrigada pela paciência, dedicação e trabalho.

A todos que não citei por falta de espaço, mas que são tanto e tantos na minha vida.

A todos que leram alguns ou vários parágrafos dessa dissertação e me ajudaram a descomplicar as idéias. Aos que lerão. Que seja mais uma forma de olhar e discutir alguns pedaços que compõe um todo.

Enfim, obrigada.

Prefácio

Que importância tem a vida? O que nos afeta de verdade? Quais as coisas, pessoas e fatos nos fazem mais ou menos felizes?

Talvez a maioria de nós, em alguma hora, se pergunte ou se interesse por essas questões. Talvez alguns se perguntem o tempo todo. Poucos, talvez, busquem respostas, seja no dia-a-dia, nas pessoas próximas, na ciência, na filosofia, na religião, no trabalho, na arte, ou dentro de si.

Não ousou responder qualquer uma dessas perguntas, mas pensar que somos nós seres complexos e temos cada um diferentes pontos de vista, jeito de viver, formas de olhar e atuar no mundo.

Ao pensar em um indivíduo ou grupo talvez seja importante pensarmos nas diversas pessoas, sentimentos, condições e histórias que os compõem.

Em contraposição, um conhecimento, para ser profundamente trabalhado, deve focar em uma questão e explorar o máximo de fatores que interferem e são interferidos por eles.

Sabendo das limitações de uma pesquisa que trabalha diferentes fatores da vida de um indivíduo ou grupo e sabendo que muitas vezes não há resposta para nossas perguntas mais simples, tentei buscar as conexões entre fatores biológicos, psicológicos e sociais na vida dos idosos. Desta forma problematizo a composição de um ser complexo influenciado e que influencia tantas áreas do conhecimento e da vida.

Rodrigues, N. O. (2011). *Vulnerabilidade social, individual e programática e saúde percebida em idosos de Campinas*. Dissertação de mestrado em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

RESUMO

Fundamentos: As condições socioculturais e econômicas interagem com os processos biológicos, ao longo de toda a vida, podendo propiciar proteção ou vulnerabilidade na velhice. **Objetivos:** Descrever e analisar a vulnerabilidade em idosos, residentes na comunidade, conforme condições sociais (gênero, idade e renda), individuais (número de doenças, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida) e programáticas (índice de SUS-dependência, Índice de Vulnerabilidade Social e acesso aos serviços médicos e odontológicos) e analisar a influência dessas condições sobre a saúde percebida dos mesmos idosos. **Métodos:** No contexto de um estudo sobre fragilidade, participaram 688 idosos recrutados em domicílio, sem déficit cognitivo sugestivo de demência, residentes em 88 setores censitários urbanos sorteados entre os 832 existentes em Campinas, SP. Eles foram entrevistados em sessão única de coleta de dados realizada em centros comunitários, mediante questionários e escalas de autorrelato. **Resultados:** Dos participantes, 68% eram mulheres; a idade variou entre 65 e 90 anos, com média de $72,28 \pm 5,41$ anos; a renda familiar mensal variou de zero e 57,83 salários e a média foi de $4,72 \pm 5,28$ salários mínimos. Cerca de 60% dos idosos viviam em regiões de menor vulnerabilidade social e com menor dependência dos serviços públicos de saúde. Apenas 11% não apresentaram doenças. O suporte social percebido e a saúde percebida foram predominantemente positivos. A análise multivariada apontou como preditores de melhor saúde percebida menor número de doenças, sinais e sintomas, melhor suporte social percebido e uso de serviços dentários privados. **Conclusão:** Em uma amostra predominantemente feminina, com boa capacidade funcional, vivendo principalmente em regiões de menor IVS e com menor dependência dos serviços públicos de saúde; as variáveis mais fortemente relacionadas a boa saúde percebida foram a ausência de doenças, sinais e sintomas, o melhor suporte social percebido e o uso de serviço dentário particular.

Palavras-Chave: Velhice; acesso a serviços de saúde; status socioeconômico; comorbidades; capacidade funcional.

Rodrigues, N. O. (2011). *Vulnerabilidade social, individual e programática e saúde percebida em idosos de Campinas*. Dissertação de mestrado em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. SOCIAL, INDIVIDUAL AND PROGRAMMATIC VULNERABILITY AND SELF-PERCEIVED HEALTH IN ELDERLY OF CAMPINAS.

ABSTRACT

Foundation: The social cultural and economical conditions interact with the biological processes, throughout the whole life, being able to result in protection or vulnerability at elderly age. **Objectives:** Describe and analyze the vulnerability in community elders, as far as social conditions (gender, age, and income), individuals (number of diseases, functional incapability, perceived social support and self-reported health) and programmatic (SUS-dependency index, social vulnerability index and access to health and dental care) and analyze the relative influence on these conditions on self-reported health of the least aged. **Methods:** In the context of the study about fragility, 668 elders participated recruited at home without cognitive impairment suggestive of mental illness, residents of 88 urban sectors randomly chosen among the existing 832 in Campinas, SP. They were interviewed only once for data collection done at community centers, along with questionnaire and self-reported scales. **Results:** Of all participants, 68% were women, with ages between 65 and 90, with an average between 72.28 +- 5.41 years of age, the family income ranged from 0 to 57.83 minimum wages and the average were between 4.72 +- 5.28 minimum wages. Just about 60% of all elderly lived in regions of lesser social vulnerability and with lesser dependency on public health care. Only 11 % showed no disease. The perceived social support and self-reported health were strongly positive. The multi-various analyzes showed that self-reported health a smaller number of diseases, signs and symptoms, better social support and the use of private dental care. **Conclusion:** The physical decline in social support can magnify the search for health care, especially for elderly at lower economic class that suffered the effect of deficiency in the access of medical and dental care. These factors affect the self perception of elderly health, when positive, can act as protectors of self-reported health.

Key words: Aging; access to health services; socioeconomic status; comorbidities, functional ability.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
VULNERABILIDADE E VELHICE	02
Vulnerabilidade social	05
Vulnerabilidade individual	09
Vulnerabilidade programática	16
SAÚDE PERCEBIDA	25
Objetivos	32
MATERIAIS E MÉTODOS	33
Participantes	33
Instrumentos e medidas	34
Procedimentos	36
ANÁLISE DE DADOS	37
RESULTADOS	38
DISCUSSÃO	53
REFERÊNCIAS	63
ANEXOS	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009	38
Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009	40
Tabela 3 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual conforme o gênero (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	41
Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual conforme a renda familiar mensal (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	42
Tabela 5 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual conforme o IVS (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	43
Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	44
Tabela 7 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme o gênero (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008–2009.....	46
Tabela 8 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme a idade (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	47
Tabela 9 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme a renda familiar mensal (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	48
Tabela 10 - Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme o IVS (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	49
Tabela 11 - Resultados das análises de regressão logística univariada relativas às relações entre as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual, social e programática e a auto-avaliação positiva de saúde (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	50
Tabela 12 - Resultados da análise de regressão logística multivariada relativas às relações entre as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual, social e programática e a auto-avaliação positiva de saúde (n=510). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição da população do município de Campinas, segundo o IPVS, em comparação com os demais municípios do Estado de São Paulo	23
Figura 2 - Frequência percentual de homens e mulheres da amostra conforme a idade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009	39
Figura 3 - Frequência percentual de homens e mulheres da amostra conforme a renda familiar mensal. FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009	39

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVDs	Atividades básicas de vida diária
AIVDs	Atividades instrumentais de vida diária
AAVDs	Atividades avançadas de vida diária
AVC	Acidade vascular cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CNS	Conselho Nacional de Saúde
FIBRA	Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
ISEL	Interpersonal Support Evaluation List
SM	Salário mínimo
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SABE	Estudo - Saúde, Bem Estar e Envelhecimento
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SM	Salários mínimos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – Variáveis investigadas no FIBRA Campinas	75
ANEXO 2 – Protocolo do Mini-Exame do Estado Mental	76
ANEXO 3 – Instrumento de medida das variáveis sociodemográficas	79
ANEXO 4 – Instrumento de medida de AAVDS	80
ANEXO 5 – Instrumento de medida de AIVDS	81
ANEXO 6 – Instrumento de medida de suporte social percebido	82
ANEXO 7 – Questões relacionadas ao acesso a serviços médicos e odontológicos	83
ANEXO 8 – TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido	84
ANEXO 9 – Aprovação do Projeto Rede FIBRA pelo CEP - Comitê de Ética em Pesquisa - da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP	86
ANEXO 10 – Perfil dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social, individual e programática	89

INTRODUÇÃO

A palavra vulnerabilidade origina-se do latim *vulnerare*, que significa ferir ou *vulnerabilis*, causar lesão. Serve para qualificar indivíduos fisicamente feridos, ofendidos, atacados ou prejudicados. Segundo a Resolução n.º 196/96 do CNS/MS, vulnerabilidade é o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, tenham sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades de protegerem seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos (Barchifontaine, 2006; Neves, 2007).

Este trabalho assume como ponto de vista norteador o modelo proposto por Ayres, Calazans, Saletti Filho e França Jr. (2006), que amplia a noção de vulnerabilidade considerando condições individuais e também questões coletivas e ambientais, como os serviços de saúde. Os autores fazem distinção entre três domínios – social, individual e programático e admitem que os indivíduos podem ter diferentes graus de vulnerabilidade em cada um dos domínios ou na relação entre eles. Segundo os autores, a vulnerabilidade social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e concernentes às relações sociais. A vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. O grau de vulnerabilidade depende, também, da combinação dos elementos dos três domínios no momento atual, de as pessoas terem vivido experiências de vulnerabilidade relativas a cada um deles no passado e de como lidaram e lidam com as facilidades e dificuldades da vida (Ayres et al., 2006).

O modelo de Ayres et al (2006) foi inicialmente utilizado no campo da Saúde Coletiva, mais especificamente nas questões relacionadas ao HIV e AIDs. Porém tem potencial para a descrição de várias condições potencializadoras de vulnerabilidade, entre elas a velhice. O envelhecimento implica no acúmulo da exposição a riscos e de vulnerabilidades de natureza biológica, sócio-econômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência, que interage com processos socioculturais e com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde, ao longo da

vida, e com as condições do estilo de vida atual. Aspectos individuais, coletivos, contextuais e históricos das experiências de desenvolvimento e de envelhecimento geram, maior ou menor, possibilidade de adoecimento e, maior ou menor, disponibilidade de acesso aos recursos de proteção disponíveis na sociedade. Neste trabalho, foram utilizados como indicadores de vulnerabilidade social na velhice: renda familiar, idade e gênero; doenças crônicas, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida exemplificam os de natureza individual; o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social– IPVS (SEADE, 2000), o índice de SUS-dependência e o acesso aos serviços médicos e odontológico, os de natureza programática.

O idoso percebe ou avalia sua própria saúde de maneira singular, embora referenciada aos valores socioculturais vigentes. As auto-avaliações são pautadas em parâmetros objetivos, porém relacionadas mais fortemente com fatores cognitivos e de personalidade, experiências de vida, condições sociais e culturais e pela maneira como o idoso age frente a cada um desses fatores. A transformação da exposição à vulnerabilidade em prejuízos reais ao funcionamento biológico e psicossocial não é automática, uma vez que os idosos e grupos podem utilizar recursos individuais e sociais compensatórios, de forma a conseguir melhor adaptação. Nesse cenário complexo, conhecer as relações entre condições de saúde, bem-estar econômico, acesso a oportunidades sociais de cuidado à saúde e avaliação subjetiva de saúde pode ajudar a compreender os comportamentos de saúde de idosos com uma visão mais integral desses indivíduos. Na literatura gerontológica há estudos sobre a saúde percebida e sua relação com as variáveis a serem tratadas no presente estudo, porém este é o primeiro trabalho que utiliza a concepção da vulnerabilidade na velhice, composta por condições individuais, sociais e programáticas e que relaciona todos esses domínios e a saúde percebida do idoso.

VULNERABILIDADE E VELHICE

Os idosos formam um grupo especialmente exposto à vulnerabilidade nos domínios individual, social e programático, em virtude da ação de variáveis genético-biológicas, psicológicas e socioculturais que permeiam as mudanças fisiológicas e comportamentais típicas do envelhecimento (Fortes-Burgos, 2010). A manutenção de boas condições de

saúde até o final da vida é ameaçada por diversos fatores que determinam o ritmo e o resultado final dos processos de declínio que ocorrem com o envelhecimento. Em cada sociedade e tempo histórico há grande heterogeneidade em relação às experiências de envelhecimento e de velhice e em relação às associações entre esses fenômenos e a saúde, a autonomia e a maneira como os idosos reagem às mudanças que ocorrem no envelhecimento.

Os três domínios da vulnerabilidade interagem e cada um pode ter maior ou menor influência dependendo da situação, do indivíduo, da população analisada e do momento do curso de vida individual e social. As condições socioculturais e econômicas interagem com os processos biológicos, não só na velhice, mas ao longo de toda a vida. Determinam as oportunidades de desenvolvimento, as condições de vida e o status social de indivíduos e grupos. Estes fatores podem criar um conjunto de condições protetoras ou de risco para o processo normal do envelhecimento e para a manutenção da saúde na velhice. A esses aspectos somam-se os relativos à inteligência, personalidade, crenças e atitudes e relações sociais dos indivíduos. Elas são evolutivas e, na velhice, guardam forte relação com a adaptação do indivíduo, mesmo sob condições de relativo declínio biológico e baixa condição socioeconômica.

Na Gerontologia Social há dois grandes debates sobre o envelhecimento. Um aponta para a pobreza e o abandono do idoso e para as consequências destes fenômenos para a sociedade e para a família. A crítica feita a esta visão é que, ao investir exclusivamente em estereótipos de dependência, passividade, doença e isolamento, há adoção de políticas públicas protecionistas e paternalistas. O outro debate investe na crítica à velhice saudável ou ativa que rejeita a idéia de declínio e admite que envelhecer bem é uma responsabilidade individual e que a velhice pode ser adiada através de adequado estilo de vida e consumo de bens e produtos (Debert, 2004). Tanto o estigma da dependência, quanto o da culpa por não terem se cuidado adequadamente podem prejudicar os idosos, individual e coletivamente. A noção de multidimensionalidade do bem-estar, da saúde e da vulnerabilidade desfocam as atenções do âmbito puramente social ou puramente individual, em favor de um ponto de vista que contempla de forma mais ampla a complexidade da velhice. Além de ser multidimensional, a vulnerabilidade tem diferentes gradações, dependendo do indivíduo, do tempo e do contexto.

O conceito de Ayres (2009) a esse respeito ajuda a pensar como a presença ou a ausência de determinados problemas físicos, psicológicos ou sociais podem influenciar a qualidade de vida e a percepção de saúde do idoso. No campo da saúde coletiva, as análises de risco expressam as chances matemáticas de adoecimento de um indivíduo pertencente a um grupo específico, enquanto as análises de vulnerabilidade expressam potenciais de adoecimento ou não adoecimento de indivíduos ou grupos que vivem sob determinadas condições (Ayres et al., 2006).

A vulnerabilidade social das populações está relacionada a aspectos macro-estruturais e culturais que determinam o acesso a bens e a oportunidades sociais, de modo a garantir aos indivíduos a possibilidade de desenvolvimento integral, bem estar, promoção de saúde, educação, proteção contra adversidades, liberdade e participação social. Dizem respeito à atuação das instituições sociais e, além delas às relações informais que se dão no âmbito da sociedade e dos grupos sociais. As complexas relações que se dão nesses domínios são orientadas e expressam-se por normas sociais, referências culturais, relações de gênero, etnia, classe social, crenças religiosas, relações entre gerações, trabalho, emprego, salários, suporte social e participação política (Ayres et al., 2006). A educação também pode ser considerada como um mediador da relação entre posição social e saúde e um lugar de intervenção para reduzir os efeitos do status econômico mais baixo sobre a saúde (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008). Frequentemente, o nível educacional sobrepõe-se ao nível de renda (Lima-Costa, Firmo & Uchôa, 2004), na predição de níveis de bem-estar. Neste trabalho, serão considerados como elementos da vulnerabilidade social na velhice as variáveis gênero, idade e renda familiar.

A análise da vulnerabilidade individual tem como foco discutir as possibilidades de adaptação e adequação da pessoa ao meio e a oferta de serviços em relação a suas reais necessidades de saúde. A medicina e a epidemiologia interagem para entender o adoecimento como uma vivência no mundo relacionada à trajetória de vida e às relações circunscritas a ela (Ayres, 2009; Saletti Filho, 2007). O grau de vulnerabilidade individual inclui as condições físicas e emocionais, as redes de relações sociais e o suporte social, e comportamentos, atitudes, conhecimentos, desejos, crenças, interesses e valores pessoais (Ayres et al., 2006). As variáveis de vulnerabilidade individual, neste estudo são de ordem biológica (número de doenças, sinais e sintomas e incapacidade funcional) e psicossocial (suporte social percebido e saúde percebida).

A dimensão programática da vulnerabilidade consiste nos recursos sociais que as pessoas precisam para se protegerem ou para não se exporem a riscos de várias naturezas. São representados pelas instituições de saúde, educação, bem-estar social, cultural e pela forma como atuam na reprodução ou no aprofundamento das condições socialmente dadas de vulnerabilidade. Os recursos programáticos têm relação com o compromisso político de governos, definições de políticas específicas, planejamento, participação social, acesso aos serviços e compromisso dos profissionais (Ayres et al., 2006). No presente estudo, essa dimensão é representada pelas variáveis: acesso aos serviços gerais de saúde e odontológicos, Índice de Vulnerabilidade Social e Índice de SUS-Dependência das regiões de residência dos idosos.

Vulnerabilidade social

Gênero, idade e renda

A vulnerabilidade social relaciona-se com os aspectos referentes à estrutura, à organização e à dinâmica familiar, assim como às condições culturais, econômicas e políticas que influenciam e são influenciadas pelos aspectos individuais de exposição a agravos à saúde (Paz, Santos & Eidt, 2006). Há grande heterogeneidade na população idosa quanto a condições de saúde e de estilo de vida associadas à idade, à renda e ao gênero que configuram diferenças no acesso a bens e a oportunidades, motivo pelo qual são importantes à análise da vulnerabilidade desse segmento. A qualidade de vida na velhice depende das experiências individuais e coletivas no decorrer dos anos. Assim, indivíduos expostos a carências educacionais graves durante a infância e a adolescência, carências essas traduzidas em analfabetismo, poucos anos de escolaridade ou educação básica deficitária têm seu desenvolvimento prejudicado por danos acumulativos que se refletem nas suas condições físicas, nas atitudes e nos demais elementos pertencentes ao domínio individual, assim como se refletem no acesso e no uso de serviços sociais e de saúde na velhice (Camarano, Kanso, & Mello, 2004; Engler, 2007; Fortes-Burgos, 2010).

A aposentadoria, o morar sozinho, a discriminação etária e a própria idade são aspectos da vida dos idosos que os predispõem de maneira particular à vulnerabilidade social, principalmente quando se somam à baixa renda e à baixa escolaridade. Em

conjunto, essas condições expõem os idosos a pouco envolvimento social, solidão, perda de poder, perda de autonomia, baixa qualidade de vida e escassez de cuidados à saúde (Brocklehurst & Laurenson, 2008). Os progressos sociais que permitiram a diminuição das taxas de mortalidade infantil e materno-infantil, a urbanização, a diminuição das taxas de natalidade e fertilidade, as mudanças na estrutura familiar, o aumento das mulheres no mercado de trabalho vem provocando profundas mudanças nas maneiras como os idosos e as famílias vivenciam a velhice. As mulheres idosas são mais expostas ao isolamento, à carência de cuidados, ao abandono e à violência do que os homens idosos, principalmente na a população mais pobre. As mulheres são mais longevas, porém mais frágeis no ponto de vista biológico, principalmente quando são mais pobres e menos educadas (Camarano et al., 2004; Neri, 2007). De modo geral, as mulheres idosas, de hoje, são expostas a numerosas condições de vulnerabilidade social, que se sobrepõem à vulnerabilidade individual.

No início dos anos 1990 a proporção de idosos em relação à população total era de 7,3% e em 2000 esta parcela da população cresceu para 8,6%. Em 2007, a PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) revelou a existência de quase 20 milhões de idosos no Brasil, correspondentes a 10,5% da população, com contingentes mais altos nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente 11,7% e 11,4% (IBGE, 2008). Entre 1997 e 2007, a esperança de vida média ao nascer do brasileiro cresceu 3,4 anos. As mulheres passaram de 73,2 para 76,5 anos, e os homens de 65,5 para 69,0. O aumento relativo dos indivíduos com 65 anos e mais foi de 49,2% e o de pessoas com 80 anos e mais foi de 65%. Em 2008, havia no Estado de São Paulo 4,3 milhões de idosos, 10,7% da população total. Em Campinas há um contingente de 1.064.669 habitantes, sendo 11,5%, idosos (IBGE, 2008; Matos & Lima-Costa, 2007; SMS Campinas, 2009). No município, a população idosa totaliza 83.285 indivíduos, sendo 34,45% os com 65 a 69 anos; 26,44% entre 70 e 74 anos, 18,97% entre 75 a 79 anos e 20,14% os indivíduos com 80 anos e mais. O segmento dos octogenários é o que mais cresce em termos proporcionais, o que gera demandas importantes sobre os serviços de saúde (IBGE, 2008; Lebrão & Duarte, 2003). Com o aumento da longevidade há maior declínio físico e cognitivo; menor potencial cognitivo e capacidade de aprender; menor funcionalidade; aumento do índice de demência e dificuldades; aumento da vulnerabilidade, maior resistência às mudanças; menores compensações, adaptações e autonomia (Baltes e Smith, 2006).

A maior prevalência de mulheres em relação aos homens foi mostrada em diversos estudos nacionais (Barros, Zanchetta, Moura & Malta, 2009; IBGE, 2010; Lebrão & Duarte, 2003; Matos & Lima-Costa, 2007; Mota et al., 2010) e internacionais (Bath, 2003; Cheng, Fung & Chan, 2007; Fung, Yeung & Lang, 2009; Idler, Hudson & Leventhal, 1999; Kondo, Kawachia, Subramaniana, Takedac & Yamagatab, 2008; Mazzella et al., 2010; Miller & Wolinsky, 2007; Svedberg, Gatz, Lichtenstein, Sandin & Pedersen, 2005). Quanto maior a idade maior a proporção de mulheres (Camarano et al., 2004). Dados da PNAD de 1998, 2003 e 2009 mostraram as mulheres como maioria da população de idosos no Brasil, correspondendo respectivamente a 55,9%, 55,5% e 55,8% da população idosa total (IBGE, 2010; Matos & Lima-Costa, 2007). O estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe), realizado em São Paulo, observou uma proporção de 58,6% de mulheres. Uma em cada quatro tinha 75 anos ou mais, enquanto nos homens essa proporção é de um para cada cinco; 75,8% das idosas e 80,8% dos homens idosos tinham entre 60 e 74 anos (Lebrão & Duarte, 2003).

As mulheres idosas e os idosos mais velhos e mais pobres têm piores condições de saúde e tendem a ser considerados como mais incompetentes quando comparados com homens, mais jovens e de status social mais elevado (Marmot et al., 2008; Neri, 2007; Rutten et al., 2001; Silva, 2005). Não é a posição na hierarquia social que determina o estado de saúde, mas a maneira como esta posição é entendida e vivida e os graus de autonomia e participação social dos indivíduos. No entanto, como há relação entre maior renda e longevidade a população idosa é no geral menos pobre que a população como um todo. Há uma esperança de vida de 10 anos a mais para os ricos em comparação com os pobres. (Barros, Mendonça & Santos, 1999; Marcolin, 2008; Marmot et al., 2008). As melhores condições de renda determinam o maior acesso aos bens, produtos e cuidados que influenciam uma boa saúde. Em contraposição, a adaptação à falta destes mesmos cuidados faz com que, dentre os indivíduos mais pobres também seja encontrado grande contingente de idosos com 80 anos e mais. Conforme Camarano et al (2004), a pobreza gera menor acesso a bens e serviços durante a vida, fazendo com que o idoso dependa de serviços de proteção e assistência do governo e família. Há estudos que demonstram uma maior quantidade de indivíduos de 80 anos ou mais entre os idosos com menores rendas. Segundo Marcolin (2008), o crescimento do número de idosos e o envelhecimento da população idosa brasileira vem ocorrendo sem a devida melhora nas condições que lhes possibilite melhor qualidade de vida. As condições sócio-econômicas precárias de boa

parte dos idosos refletem as desigualdades sociais do país e são potencializadas por um precário sistema de proteção social.

Avanços da saúde pública e recursos como os da aposentadoria têm propiciado a melhoria dos recursos financeiros e da atenção às necessidades de saúde para um grande contingente de idosos. A baixa idade mínima da aposentadoria e as melhores condições de saúde favorecem o crescente aumento da atividade econômica dos idosos no Brasil na última década. As fontes de renda dos idosos não incluem somente aposentadoria e trabalho informal, mas também poupança, investimentos e propriedades. Esse é um dos motivos da renda familiar ser considerada melhor indicador de bem-estar do que a renda individual (Engler, 2007; Marmot et al., 2008; Park, Jung & Lee, 2009).

Tem ocorrido um aumento do número de idosos brasileiros chefes de família e que fazem parte da população economicamente ativa, principalmente entre as mulheres. Parte dos idosos, sobretudo os com rendas mais altas, preservam boas condições de saúde e funcionalidade e continuam a trabalhar para manter as condições financeiras, se manterem ativos, úteis e autônomos. Por outro lado, a pobreza obriga o idoso a permanecer trabalhando, em consequência das baixas pensões previdenciárias, da persistência da pobreza estrutural e da falta de investimentos na criação de empregos. A renda do idoso aumenta a renda do domicílio, o que gera diminuição do grau de pobreza das famílias que têm entre seus membros pessoas idosas. Principalmente nas camadas sociais mais carentes, o dinheiro do idoso é o único da família, aumentando as chances de que seja aceito, modificando as relações familiares e melhorando o status do idoso (Barros et al., 1999; Engler, 2007). A soma dos rendimentos dos membros da família pode representar um apoio à população mais velha. Porém, em situações de extrema pobreza, o idoso pode ser prejudicado pela ausência de renda ou pela divisão de seus recursos com os outros membros da família.

No Brasil, renda e a riqueza da mulher idosa tendem a ser menores do que as do homem idoso. Há maior quantidade de idosas só com seguridade social e maior quantidade de idosos também com outras fontes de renda. Estudo na cidade de São Paulo mostrou que a renda média mensal era pouco superior dois salários mínimos e 47% dos idosos não tinham renda. A renda média dos idosos que possuíam renda era bem superior, de cerca de 5,5 salários mínimos. As mulheres auferiam um rendimento aproximadamente 35% inferior ao dos homens. Dentre elas, a proporção que não dispõe de qualquer renda era

significativamente maior do que entre os homens (63% contra 38%). Não apenas a renda decresce com a idade, de forma que os mais idosos têm renda média correspondente a 57% da renda média do grupo, como também há proporcionalmente mais idosos sem renda própria (Lebrão & Duarte, 2003).

A insuficiência da cobertura previdenciária, os efeitos da pobreza estrutural e a falta de investimentos, geram hoje um alto grau de exclusão econômica na população idosa, muito embora nos anos mais recentes os avanços da saúde e os recursos previdenciários estejam possibilitando melhor atendimento às necessidades em saúde. Mesmo com os investimentos nos serviços básicos e políticas específicas para a saúde do idoso, existem grandes contingentes de idosos com doenças crônicas, deficiências e incapacidades e esta demanda ainda não é suficientemente atendida. Eles necessitam de mais e melhores cuidados e apoio para recuperar ou desenvolver suas capacidades – e provavelmente, serviços mais dispendiosos –, o que demanda mais investimentos sociais. São necessárias para a atenção integral ao idoso: políticas de saúde, políticas de renda (previdência e assistência social) e cuidado de longa permanência. As instituições e os cuidados institucionalizados de longo prazo não são práticas comuns na nossa cultura. A responsabilidade pela proteção ao idoso recai na maioria das vezes sobre a família. Uma abordagem integral à pobreza deveria abranger ações solidárias, proteção social e investimentos para estimular o protagonismo econômico dos idosos. Os investimentos para o bem estar do idoso devem envolver aspectos culturais, saúde física e mental, segurança econômica, apoio social, acesso a serviços básicos, atividades sociais e ambientes seguros (Camarano et al., 2004; Engler, 2007).

Vulnerabilidade individual

A vulnerabilidade individual dos idosos é influenciada pelos fatores sociais, anteriormente descritos, já que indivíduos com pior condição econômica têm menor acesso aos serviços de saúde e ao cuidado durante a vida e, junto com as questões de gênero e aumento da idade, pode haver maior risco para doenças e incapacidades. A vulnerabilidade física reflete-se no aumento do número de doenças e comorbidades no decorrer do envelhecimento, bem como a diminuição da capacidade funcional e de energia. A

psicológica caracteriza-se pelo aumento dos índices de depressão e demências, déficits cognitivos e perda de autonomia (Brocklehurst & Laurenson, 2008).

Doenças, sinais e sintomas

A prevalência de doenças crônicas aumenta progressivamente com o decorrer dos anos e, nas populações, é mais alta na velhice do que em qualquer outra fase da vida. Com o aumento da idade cresce o senso de dificuldades de mobilidade, de necessidade de auto cuidado, de dor e de problemas de cognição, sono e visão (Hirve, Juvekar, Lele, & Agarwal, 2010). Estudo longitudinal mostrou o aumento de doenças crônicas com o passar do tempo (Brenes-Camacho, 2011). No estudo de Veras e Parahyba (2007), enquanto no grupo de pessoas de até 14 anos apenas 9,3% tinham doenças crônicas, no grupo de idosos essa taxa foi de 77,5%. Dados da PNAD de 2008 apontaram que somente 22,6% dos idosos declararam não ter doenças. Para aqueles de 75 anos ou mais, esta proporção caiu para 19,7%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica e, nos indivíduos com 75 anos ou mais essa proporção foi de 54%. A doença crônica mais prevalente foi a hipertensão, aparecendo em média em 50% dos idosos, seguida de dores na coluna (35,1%) e artrite (24,2%). Entre os que relataram sofrer de doenças crônicas, mais de 60% tinham duas ou mais (IBGE, 2010). Mulheres relatam maior incapacidade, maior número de doenças crônicas, mais medicação utilizada e depressão em comparação aos homens (Pruchno, Wilson-Genderson & Cartwright, 2010). A prevalência de doenças crônicas é maior entre as mulheres e em indivíduos com nível de escolaridade mais baixo. As doenças cuja prevalência aumenta com a idade são: artrite/ reumatismo, doenças cardíacas, hipertensão, diabetes, doenças na coluna, insuficiência renal e câncer (Barros, César, Garandina & Torre, 2006).

O número de sinais e sintomas aumenta com a idade em ambos os sexos. No estudo de Lima-Costa, Barreto e Giatti (2003) somente 14% da população tiveram suas atividades de rotina interrompidas devido a sinais e sintomas ou tinham estado recentemente acamados (10%). Hipertensão e artrite foram as doenças mais relatadas. A presença de doenças crônicas, como hipertensão e cardiopatias, está associada à autopercepção mais negativa de saúde, principalmente quando as moléstias não estão sob controle médico (Jóia, Ruiz & Donalísio, 2008). Não são somente as doenças crônicas que

determinam a satisfação com a saúde entre os idosos, mas têm grande influência. Quando agravadas ou associadas a outros riscos podem desencadear a perda da autonomia e a diminuição do senso de bem estar.

Doenças crônicas prevalentes em idosos, como a diabetes e problemas do aparelho circulatório, são causadas, dentre outros fatores, por baixo índice de atividade física, má alimentação, tabagismo e alcoolismo, evidenciando a necessidade de maiores investimentos na prevenção desses problemas. Estudo de Lima-Costa (2004a) mostrou alta frequência de sedentarismo entre idosos (15% relatavam ter realizado atividade física e 71% não realizaram exercício físico por 20 ou 30 minutos no último mês) e 21% consideraram ter sobrepeso. Comparados com os adultos, os idosos fumavam e bebiam menos, faziam mais exercícios na hora do lazer, comiam maior quantidade de frutas e verduras e percebiam-se com o peso mais normal. Diversos fatores podem ter influenciado este resultado: maior preocupação dos idosos com a saúde por causa de doenças e agravos, viés de sobrevivência (mortalidade precoce entre indivíduos com maior exposição aos riscos durante a vida) e efeito coorte (hábitos diferentes de acordo com época, costumes, e cultura). Os idosos tendem a ser afetados por doenças e agravos e são menos flexíveis à mudança de hábitos. Tanto idosos quanto indivíduos mais jovens com menores escolaridade e renda eram mais sedentários e ingeriam menos alimentos saudáveis.

Há grandes dificuldades do Estado em lidar com o novo perfil epidemiológico da população idosa. Com as diversas desigualdades vigentes, os idosos não encontram amparo adequado nos sistemas de saúde e de previdência, acumulam sequelas de doenças, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida (Chaimowicz, 1997; De Vitta, 2001). Mesmo com a implantação do Programa de Saúde da Família, que prioriza a prevenção e promoção de saúde, e também algumas políticas específicas de saúde do idoso, como a saúde do homem, ainda há necessidade de maiores investimentos na atenção ao idoso em instâncias primária, secundária e terciária.

A OMS afirma que para trabalhar com políticas de prevenção de doenças crônicas são necessárias mudanças de legislação e regulamentação, educação em massa e mudanças ambientais. O menor consumo de verduras, frutas e legumes é um componente cultural, mas também denota a falta de acesso. O nível mais baixo de atividades físicas pode ter relação com a escassez de acesso a ambientes seguros e adequados (Lima-Costa, 2004a).

Incapacidade funcional

Esta condição é geralmente relacionada a circunstâncias insatisfatórias de saúde e é definida como o resultado de deficiências que afetam o desempenho de atividades típicas e desejadas na sociedade. De acordo com as definições da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade), a funcionalidade não é apenas relacionada às condições de saúde e doença. É co-determinada pelo ambiente físico e social, aspectos culturais, atitudes em relação à deficiência e disponibilidade de serviços e legislação. Uma boa capacidade funcional influencia a relação do idoso com sua saúde e com a participação social e está associada ao envelhecimento bem-sucedido. A avaliação da capacidade funcional é um instrumento importante para os profissionais de saúde em virtude das suas interrelações com vários aspectos da adaptação do idoso às incapacidades (Farias & Buchalla, 2005; Fortes-Burgos, 2010; Lima-Costa, Barreto & Giatti, 2003; Santos, Koszuoski, Dias-da-Costa, & Pattussi, 2007; WHO, 1981).

Na avaliação funcional é realizada a observação e a mensuração das atividades da vida diária. Consistem em ABVDs (atividades básicas de vida diária), AIVDs (atividades instrumentais de vida diária) e AAVDs (atividades avançadas de vida diária). As ABVDs são atividades referentes ao autocuidado e se relacionam diretamente ao ambiente da residência, como por exemplo banhar-se, vestir-se, locomover-se e alimentar-se; sua perda geralmente afeta a autonomia do idoso e se torna necessário o cuidado realizado por outra pessoa, a adaptação do ambiente ou o uso de alguma tecnologia para o auxílio quanto sua dificuldade. As AIVDs têm relação com a participação do idoso na comunidade e sua perda não depende de cuidado direto, mas da redistribuição de tarefas entre a família, algumas destas atividades são: utilizar o telefone, fazer viagens e preparar a própria alimentação. Já as AAVDs são consideradas atividades de alta complexidade e podem influenciar em melhor saúde física e mental, incluem a prática de atividades manuais, exercícios físicos, dirigir, dentre outros. Normalmente as ABVDs são as últimas a serem comprometidas (Fonseca & Rizzotto, 2008; Lebrão & Laurenti, 2005). As atividades sociais diferem entre gênero, que, segundo Areosa (2004) as mulheres se interessam mais pela participação em grupos de convivência, enquanto os homens, após a aposentadoria preferem realizar atividades dentro de casa. Enquanto 56% dos homens relataram a leitura como atividade preferida e 38% a prática de esportes; 38% das mulheres preferiram

participar dos grupos de convivência e 23%, passear e viajar. No estudo de Lebrão e Laurenti (2005) 73,3% dos idosos não apresentaram limitações quanto às AIVDs.

Ocorre aumento da incapacidade funcional com o decorrer dos anos, sendo maior em idosos com menor escolaridade (Hirve et al., 2010; Lachman & Agrigoroaei, 2010; Martin, Schoeni, Freedman, & Andreski, 2007; Park et al., 2009). Enquanto nos indivíduos com menos de 65 anos a proporção de incapacidade funcional foi de 12% para homens e 4% mulheres; naqueles com 65 anos ou mais a proporção foi de 24% homens e 26% mulheres (Park et al., 2009). Em estudo longitudinal, com pessoas de 32 a 84 anos, os indivíduos que contavam com múltiplos fatores de proteção – psicológico, social e físico – tiveram maior manutenção da funcionalidade. Quanto mais alto o nível desses fatores, melhor a funcionalidade. A funcionalidade de idosos que contavam com os três fatores protetores foi comparável às condições dos mais jovens e adultos de meia idade (Lachman & Agrigoroaei, 2010).

O aumento da esperança de vida na população idosa ou do número de anos vividos convive com o aumento das taxas de incapacidade funcional. A maior frequência (27,2%) de incapacidade funcional autorrelatada foi encontrada entre idosos de 75 anos ou mais (IBGE, 2010).

Apesar de as mulheres apresentarem maior longevidade que os homens, elas têm maiores índices de incapacidade funcional. Além disso, a incapacidade funcional em idosos tem relação com menor renda e com idade mais avançada (Fiedler & Peres, 2008; Parahyba & Simões, 2006; Parahyba & Veras, 2008; Park et al., 2009; Santos et al., 2007; Tavares et al., 2007). No estudo de Park et al. (2009) ter incapacidade foi maior nos indivíduos com 65 anos ou mais, nos homens com menos de 65 anos e nas mulheres com 65 anos ou mais. Porém, no estudo de Hirve et al. (2010) os homens mais velhos tiveram maiores níveis de dificuldades funcionais em todos os domínios da saúde comparados com as mulheres. Santos et al. (2007) observaram 30,5% dos idosos com algum grau de incapacidade funcional e que ela se relacionou significativamente com percepções mais negativas de qualidade de vida, com condições clínicas desfavoráveis e com saúde referida como ruim.

Com relação à satisfação com a saúde, no estudo de Jóia et al. (2008), o elemento mais importante foi “estar satisfeito com as atividades de vida diária”, o que indica que a autonomia em relação à funcionalidade é um elemento de extrema importância para os

idosos. A relação da incapacidade funcional com a morte foi estudada por Gill Gahbauer, Han e Allore (2010) em pesquisa longitudinal com indivíduos com 70 anos ou mais que inicialmente não tinham incapacidades para AVD. Foi identificado que no último ano de vida 80% dos indivíduos não tinham incapacidade ou tinham baixos níveis até alguns meses antes da morte. Na maioria dos indivíduos a incapacidade no último ano de vida não seguiu um padrão baseado na condição principal de morte. Este estudo mostrou que não houve um modelo preditivo entre incapacidade e morte.

Do aumento das comorbidades e de incapacidades na velhice decorre a necessidade de mais e melhores serviços de saúde. A diminuição da prevalência da incapacidade funcional e de comorbidades que a melhoria do atendimento à saúde do idoso pode produzir acarreta melhoria da qualidade de vida desses indivíduos (Parahyba & Veras, 2008). Como há um declínio funcional natural com o envelhecimento, é importante identificar os fatores modificáveis que podem ser implementados para manter a função, melhorar a qualidade de vida e diminuir as incapacidades (Lachman & Agrigoroaei, 2010).

Suporte social percebido

A colaboração de outras pessoas para a realização de atividades de vida diária é extremamente importante na velhice, pois, ao compensar as perdas físicas e cognitivas decorrentes do envelhecimento, ela facilita a adaptação dos idosos (Berg, Smith, Henry & Pearce 2007; Merz & Huxhold, 2010). A frequência e a cronicidade dos prejuízos cognitivos e biológicos podem revelar fatores preditivos de risco psicossocial. Por isso, o suporte social material, instrumental, informativo e afetivo podem ser fundamentais para idosos. O suporte social – formal e informal – é um recurso de proteção importante para os idosos, pois com os declínios físicos e psicológicos decorrentes do envelhecimento muitas vezes há necessidade de auxílio para o enfrentamento de problemas (Berg et al., 2007; Guedea et al., 2006). O aumento da população idosa, na presença de insuficiência de políticas de seguridade social, aumenta a importância do suporte social (Mazzella et al., 2010).

A família é a fonte de apoio informal mais direta para o idoso, importante para a promoção do bem-estar e para a distribuição de recursos, cuidados pessoais e apoio emocional. Estão em curso no Brasil profundas alterações nos arranjos familiares, que nas últimas décadas passaram a incluir separações, divórcios, coabitação sem casamento civil,

aumento das mulheres que nunca se casaram ou nem tiveram filhos, recasamentos etc., o que tem afetado demasiadamente o apoio ao idoso (Camarano et al., 2004). A diminuição da co-residência, por exemplo, aumenta a necessidade de políticas de habitação e de saúde específicas para idosos que vivem sozinhos ou para casais idosos.

Mota et al. (2010) verificaram que o apoio familiar foi mais expressivo em situação de doença (76,6%). As maiores demandas de ajuda (78%) foram observadas nas famílias com menor renda. Os tipos de ajuda que as famílias mais precisavam estavam relacionados à doença (68,3%), a algum tipo de cuidado (52,8%), a afazeres domésticos (37,6%) e à ajuda financeira (36,2%). O suporte familiar é a fonte mais comum de apoio informal a idosos, mas também pode ser fonte de estresse, quando excessivo ou conflituoso. De modo geral, as relações obrigatórias, como as familiares, são mais conflituosas do que as relações não obrigatórias (Merz & Huxhold, 2010).

Uma análise dos apoios sociais apresentou o dinheiro, cuidado pessoal e ajuda na locomoção como apoios mais relatados entre os idosos. Somente 20% referiram receber ajuda do Estado ou instituições e 29,3% referiram receber ajuda da família. Neste estudo concluiu-se que as idosas ajudam mais suas famílias, cuidando da casa, dos netos e do dinheiro do que recebem ajudada. Quanto maior o número de filhos e o tamanho da família mais as idosas relataram oferecer ajuda (Sousa, Silver & Griep, 2010). Em estudo realizado em cidade do interior do estado de São Paulo, os homens e indivíduos com maior escolaridade apresentaram melhor interação social. Foi percebido maior apoio emocional em domicílios com maior quantidade de pessoas, quando comparados com os idosos que vivem sozinhos ou com mais uma pessoa. As características gerais dos indivíduos com menor apoio social foram: mulheres, analfabetas, menor quantidade de pessoas morando juntas, viúvas e solteiras e idosos com baixa renda (Pinto, Garcia, Bocchi, & Carvalhaes, 2006).

A qualidade e quantidade de relações sociais do indivíduo tem sido relacionadas não somente à saúde mental, mas também a mortalidade e morbidade. Revisão de 148 estudos indicou 50% de aumento da probabilidade de sobrevivência para os participantes com melhores relações sociais (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). O efeito do suporte social na mortalidade aumenta em indivíduos com maior comorbidades. Idosos foram acompanhados por 12 anos, houve um aumento da mortalidade com o baixo suporte social e com o maior número de comorbidades com o passar dos anos (Mazzella et al., 2010).

Indivíduos com relações sociais melhores têm 50% a mais de chance de sobreviver quando comparados com os indivíduos com pobres relações. A doença resulta uma maior restrição nas relações sociais, onde indivíduos perto da morte têm um menor suporte quando comparados com indivíduos saudáveis (Holt-Lunstad et al., 2010).

As relações entre saúde física, função cognitiva e suporte social podem caracterizar melhor ou pior qualidade de vida na velhice. Com o passar dos anos, torna-se mais comum a diminuição dos contatos sociais, o que exige um esforço adaptativo para o controle psicológico e reservas de energia para relações emocionalmente mais agradáveis na velhice. Em contraposição à diminuição das interações sociais, os idosos passam a ter relações mais próximas e duradouras. O apoio social é dependente da estrutura da rede de relacionamentos sociais e da adequação de suas funções, que se reflete no grau de satisfação das pessoas em relação ao apoio de que dispõem, ou seja, da qualidade de relações. As relações com boa qualidade podem ser caracterizadas como mais harmoniosas, propiciando melhor entendimento entre os pares, menos conflitos e maior confiança (Merz & Huxhold, 2010). Não é a alta frequência de apoio que traz o bem estar do indivíduo, mas a qualidade das relações (Berg et al., 2007; Guedea et al., 2006; Pinto et al., 2006).

Vulnerabilidade programática

Acesso e uso do sistema de saúde

Na velhice existe maior procura pelos serviços de saúde do que durante a juventude e a vida adulta. Os idosos utilizam mais os serviços de saúde e os atendimentos hospitalares, ocupam os leitos por mais tempo e, por isso, geram maiores gastos para o sistema de saúde, quando comparados com as outras faixas etárias (Veras & Parahyba, 2007). Estudo de Peixoto, Giatti, Afradique, e Lima-Costa (2004), com dados do SIH-SUS dos anos de 1997, 1999 e 2001, mostrou que o custo médio das internações em todo o Brasil é maior entre idosos, e maior ainda nas regiões Sudeste e Sul. A PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – de 2003 identificou 79,5% de uso de serviços de saúde por maiores de 65 anos; 83,3% referiram ter realizado pelo menos uma consulta no último ano e 64,2% haviam utilizado estes serviços nos últimos quatro meses (Fiedler &

Peres, 2008). Os que mais utilizavam os serviços de saúde eram as mulheres, os que tinham seguro privado de saúde, os que apresentavam maior número de doenças e aqueles com pior autopercepção de saúde (Louvison et al., 2008).

Entre os anos de 1998 e 2003 houve aumento do número de consultas médicas pelos idosos nos últimos 12 meses, tanto nos serviços públicos como privados (Veras & Parahyba, 2007). Somente 11% dos idosos que vivem em comunidade relataram não terem ido a nenhuma consulta médica no último ano; 53,9% visitaram três ou mais vezes os serviços médicos no ano anterior. No mesmo estudo 14% da população idosa sofreu hospitalizações no último ano e estas ocorrências aumentaram progressivamente com a idade em ambos os sexos. Em relação ao uso dos serviços de saúde, 28% não haviam utilizado serviços médicos durante o último ano. Entre os homens mais velhos em comparação com os mais novos e com as mulheres, foi notado aumento do número de consultas médicas no ano anterior (Lima-Costa & Loyola Filho, 2008). Estudo com pacientes internados por doenças cardiovasculares ou problemas respiratórios, mostrou praticamente 60% dos casos de internação em indivíduos de 60 a 79 anos e, em 60% destes, as doenças mais frequentes foram gripe, pneumonia e problemas cardíacos (Iucif Jr. & Rocha, 2004).

Os altos custos do atendimento ao idoso são problemas também para os serviços particulares, devido à escassez de infra-estrutura para atender essa população de modo eficiente (Veras, Caldas, Coelho, & Sanchez, 2007). A maior quantidade de internação hospitalar nos serviços públicos provavelmente indica desigualdades no acesso a consultas. O idoso que utiliza o serviço público pode estar sendo atendido no limite da urgência e do descontrole quanto a doenças crônicas e mais graves (Louvison et al., 2008).

A presença de doenças crônicas e piores índices de autopercepção da saúde são fatores que se relacionam fortemente com o uso dos serviços de saúde pelos idosos. A associação entre pior auto-avaliação da saúde e uso de serviços de saúde, mesmo considerando o número de doenças e condições crônicas, sugere que além da saúde física, outros indicadores são determinantes do uso de serviços de saúde (Veras & Parahyba, 2007). Como há déficits nos serviços de internação e serviços terciários de saúde, deve-se pensar em como se dá a atenção básica a esses indivíduos. Em relação ao uso de serviços preventivos de saúde por idosos há alta prevalência de uso por esta população e maior frequência de aferição de pressão e nível de colesterol do que as encontradas na população

adulta. As desigualdades no uso de serviços de saúde são evidentes, de forma que os mais velhos e menos educados se valem menos desses serviços, indicando uma menor atenção para a prevenção em idosos e indivíduos com piores condições sociais. As intervenções são necessárias e importantes não somente por meio de práticas curativas, mas também na prevenção de deficiências, manutenção das funções físicas e cognitivas e participação em atividades sociais e produtivas (Guimarães, 2007; Lima-Costa, 2004b).

Índice de SUS-Dependência

Os idosos mais pobres utilizaram mais as clínicas e os hospitais públicos e os com melhores condições econômicas usaram mais os serviços privados. Aqueles com seguro privado representaram 41,4% da amostra, sendo que 53,4% destes possuíam seguro social. A posse de seguro privado de saúde era mais comum entre indivíduos mais novos, com maior renda e maior escolaridade (Louvison et al., 2008). Segundo dados PNAD de 2003, os idosos que utilizaram planos de saúde privados no Brasil eram 29,4% do total de idosos. Foi observada associação positiva entre renda e possuir plano de saúde privado. Apenas 5,8% dos idosos usuários do SUS tinham renda *per capita* superior a três salários mínimos mensais, enquanto 58% dos idosos que possuíam plano privado atingiam esta proporção (Veras & Parahyba, 2007).

Iucif Jr. e Rocha (2004) mostraram que, das internações hospitalares graves, 57% aconteceram pelo SUS e 43% por serviços de outras origens diferentes do SUS. A taxa de mortalidade apresentou-se em maior número (12,1%) no sistema público de saúde, enquanto no privado foi de 9,4%. O risco de mortalidade foi 1,29 vezes maior para os pacientes do SUS. Em 2001, as internações por doenças do aparelho circulatório e respiratório consumiram cerca de metade dos custos das internações de idosos brasileiros (Peixoto et al., 2004). No SUS, a maior quantidade de hospitalizações e de óbitos pode ter relação com baixa renda, SUS-dependência, menos acesso aos serviços de saúde e, provavelmente, busca de ajuda quando o quadro da doença já está demasiado grave (Polaro, 2001).

Na região metropolitana de São Paulo, em 2002, enquanto somente 16% dos indivíduos de baixa renda eram consumidores de planos privados, entre os indivíduos com maior renda este valor chegou a 82,5%. A procura pelos serviços de saúde também foi

afetada pelo vínculo com planos privados de saúde. A procura por atendimento nos últimos 30 dias teve uma diferença percentual média de 38% a favor dos indivíduos que tinham plano privado de saúde (Pessoto et al., 2007).

Acesso a serviços odontológicos

Moreira, Nico, Tomita, & Ruiz (2005) e Araújo, Lima, Peres e Barros (2009) observaram muito baixa frequência de visitas ao dentista entre idosos mais pobres, provavelmente devido à escassez de serviços odontológicos públicos no país. Na maioria dos serviços são pagos o acesso é restrito principalmente a indivíduos com melhores condições sociais, o que também ajuda a entender a precariedade da saúde bucal dos idosos brasileiros. Benedetti, Mello & Gonçalves (2007) relataram ter identificado queixas referentes à demora para marcar consultas, ao tempo de espera para ser atendido e à falta de dentistas nos postos de saúde. Outra explicação para o baixo uso de serviços odontológicos pelos idosos é o edentulismo, visto como normal por uma população que em que os cuidados eram raros e as extrações, solução usual. Assim, por terem poucos dentes, acreditam não precisar consultar, razão que se soma aos altos custos dos serviços e às dificuldades de deslocamento (Araújo et al, 2009).

A necessidade percebida é a causa mais imediata de utilização de serviços de saúde. A presença de problemas bucais auto-referidos foi associada à utilização menos recente dos serviços odontológicos, indicando uma possível demanda reprimida entre os idosos (Baldani et al., 2010). Diversos autores relatam o alto nível de percepção do estado da saúde bucal (mais de 65%) como boa e muito boa pelos idosos, mesmo quando apresentam problemas dentários e necessitam do serviço odontológico. Isso atesta que há divergência entre a percepção e as reais condições de saúde bucal (Araújo et al., 2009; Baldani et al., 2010; Benedetti et al., 2007).

O uso de serviços odontológicos é considerado baixo, principalmente entre os idosos (19%) (Baldani et al., 2010). Em estudo com indivíduos de dez anos ou mais, enquanto a quantidade de adolescentes e adultos que consultaram no último ano foi de 52,2% e 53,6%, respectivamente, a proporção de idosos que realizou consultas no último ano foi de 37,2%. Dos entrevistados, 18,8% que não foram ao dentista relataram que não o fizeram devido a problemas nos serviços odontológicos. Mesmo em situações de

necessidade evidente, existia baixa utilização do serviço, sendo que 60,5% dos indivíduos do estudo (jovens, adultos e idosos) admitiram ter problemas odontológicos. Os determinantes da utilização de serviços para todos os indivíduos foram: maior escolaridade, nível econômico mais alto e auto-referência à existência de problemas bucais (Araújo et al., 2009). Apesar da necessidade de maior investimento nos serviços odontológicos públicos, há programas e políticas, como o Brasil Sorridente, que tem sido formulado desde a reforma sanitária brasileira e tem ganhado espaço dentro da saúde pública no Brasil. É a primeira política nacional de saúde bucal e tem como uma das prioridades a atenção na atenção básica e o trabalho preventivo (Pucca Júnior, 2006).

Estudo com indivíduos com 35 anos de idade ou mais, mostrou que 67% dos idosos não iam ao dentista há mais de três anos (Baldani et al., 2010). Dos idosos participantes do inquérito de saúde bucal do Ministério da Saúde em 2002 e 2003, 5,8% nunca haviam usado serviços odontológicos, 77,4% haviam usado esses serviços há mais de um ano e a prevalência de uso dos serviços odontológicos no último ano foi de somente 16,8%. Esse resultado denota uma provável dificuldade de acesso, sendo que a baixa prevalência de uso pode explicar, em parte, as precárias condições de saúde bucal dos idosos identificadas no inquérito (Martins, Barreto & Pordeus, 2007). Dados da PNAD mostram que, entre 1998 e 2003, a proporção de idosos que haviam visitado o dentista há menos de um ano foi de 13,2% e 17,4%, respectivamente. A proporção dos que relataram jamais terem ido ao dentista foi igual a 6,3% em 1998 e a 5,9% em 2003. Predominou a visita há um ano ou mais, sendo maior que 75% tanto em 1998 como em 2003. A idade é um fator importante na determinação da menor frequência de visitas ao dentista, tanto para a visita ao dentista há mais tempo (há um ano ou mais) quanto para jamais ter ido a um dentista (Matos & Lima-Costa, 2007).

Benedetti et al. (2007) mostraram que, na parcela dos 48% da população idosa que buscaram atendimento odontológico no último ano, 69% consultaram profissionais da rede privada, 14,4% procuraram profissionais credenciados pelo seu plano de saúde e 12,9% foram atendidos em instituições gratuitas. No Brasil, 44% dos idosos utilizaram serviços odontológicos gratuitos, o que reflete um acesso ainda limitado ao serviço odontológico público (Martins, Barreto & Pordeus, 2007). Quanto menor a renda, menos os idosos procuram os serviços odontológicos e mais precária é sua saúde bucal (Martins, Barreto & Pordeus, 2007; Moreira et al., 2005).

A atenção à saúde bucal, durante muitas décadas, caracterizou-se pela assistência aos escolares por meio de programas com ênfase na cárie e doença periodontal, tendo como prioridade o trabalho curativo. Os demais grupos populacionais eram assistidos apenas em situações de urgência odontológica. Para compreender o atual quadro em que se encontram as condições de saúde bucal dos idosos, torna-se necessário considerar que esse grupo populacional carrega a herança de um modelo assistencial centrado em práticas curativas. Dentre os vários aspectos da saúde, a saúde bucal merece atenção especial pelo fato de, historicamente, os serviços odontológicos não terem como prioridade a atenção a esse grupo populacional, que os idosos tem altos níveis de edentulismo e alta prevalência de cárie e de doenças periodontais (Moreira et al., 2005).

Índice de Vulnerabilidade Social - IVS

O IVS foi utilizado como pertencente à vulnerabilidade programática porque as condições socioeconômicas e demográficas deste indicador influenciam no acesso aos bens de consumo e serviços de saúde e proteção durante toda a vida.

Os estudos sobre a relação entre o status socioeconômico e a saúde são importantes para o desenvolvimento de políticas específicas para a população idosa (Ramos, 2007; Demakakos, Nazroo, Breeze & Marmot, 2008). A definição do que é ser pobre e o modo de operacionalizar este conceito estão entre as dificuldades de estudos sobre condições de vida e pobreza. Considerando os múltiplos aspectos do fenômeno e seus mecanismos geradores e reprodutores, foi criado para Estado de São Paulo, no ano 2000, um indicador que avalia o grau e a extensão da pobreza.

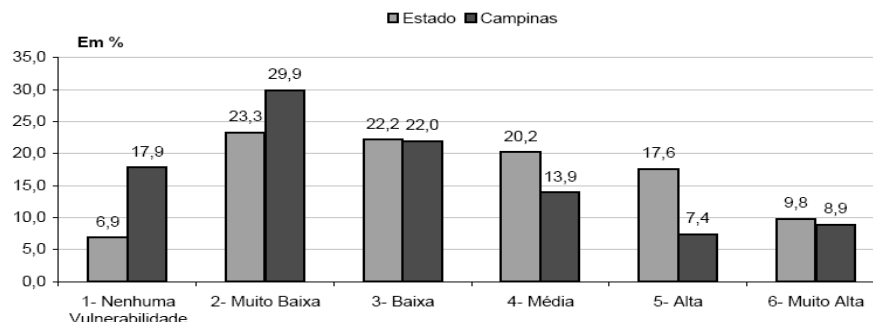
O sistema de indicadores que compõem o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) refere-se ao grau de desenvolvimento social e econômico dos municípios do Estado de São Paulo, pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE. O Indicador-síntese foi composto pela proporção de moradores em aglomerados subnormais, proporção de chefes de família com renda igual ou superior a 10 salários mínimos e proporção de chefes de família com 15 anos ou mais de estudo. Os dados sociais e demográficos utilizados foram: a estimativa de SUS-dependência; o coeficiente de mortalidade infantil; a proporção de mães adolescentes, o coeficiente de mortalidade por

homicídios em homens de 15 a 39 anos; e dados pontuais relacionados à densidade de homicídios (SEADE, 2000).

O indicador foi estruturado a partir da combinação entre a dimensão socioeconômica (renda e poder de geração de renda) e a demográfica (relacionada ao ciclo de vida familiar), classificando os setores censitários das cidades em grupos de vulnerabilidade social. Os distritos de saúde foram classificados em cinco níveis de vulnerabilidade social, com base nos critérios da Fundação SEADE e em critérios criados pelas Secretarias de Saúde e de Planejamento. Grupo 1 –Vulnerabilidade Muito Baixa, Grupo 2 – Vulnerabilidade Baixa, Grupo 3 – Vulnerabilidade Média, Grupo 4 – Vulnerabilidade Alta, Grupo 5 – Vulnerabilidade Muito Alta. O desemprego e a inserção precária no mercado de trabalho estão entre os maiores riscos, além da irregularidade dos rendimentos, que deixa grande quantidade de trabalhadores excluídos dos benefícios usufruídos por aqueles que estão inseridos, de forma regular, no mercado de trabalho.

No Estado de São Paulo, 48.683 setores censitários foram classificados segundo o IPVS. Em 2000, 2,5 milhões de pessoas, presentes em 8,5% destes setores, foram consideradas vivendo em áreas de nenhuma vulnerabilidade. Localidades com baixa ou muito baixa vulnerabilidade, equivaliam a 45,4% dos setores censitários. Das áreas mais ricas do Estado (com nenhuma vulnerabilidade social), 95,5% localizaram-se em municípios com mais de 100.000 habitantes, o que demonstra a grande concentração da riqueza no Estado de São Paulo. Porém, as áreas de maior vulnerabilidade também estão localizadas principalmente nos municípios de grande porte e isso retrata a desigualdade presente no interior desses centros urbanos (SEADE, 2000). Comparado com o Estado, o município de Campinas apresentou a distribuição mostrada na Figura 2, quanto ao Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (SEADE, 2000):

**Distribuição da População, segundo Grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social – IPVS
Estado de São Paulo e Município de Campinas
2000**



Fonte: IBGE. Censo Demográfico; Fundação Seade.

Figura 1 - Distribuição da população do Município de Campinas, segundo os IPVS, em comparação com os demais municípios do Estado de São Paulo.

Campinas ocupa o 8º lugar na classificação do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano) das cidades paulistas e o 26º na classificação nacional. Apresenta bons indicadores de qualidade de vida e saúde quando comparado com o Estado de São Paulo (SMS Campinas, 2006). A complexidade do seu sistema de saúde gerou progressiva descentralização do planejamento e da gestão, representado pela criação de distritos de saúde com cerca de 200.000 habitantes cada um. Campinas foi dividida em cinco distritos de saúde: Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste (SMS Campinas, 2006); 32,5% dos idosos vivem no Distrito de Saúde Leste, 18,5%, no Noroeste, 10,3%, no Sul, 26,6% Norte e 12,1% no Distrito Sudoeste.

Os distritos com maior concentração de áreas de alta ou muito alta vulnerabilidade social são o Sudoeste e o Noroeste. O distrito de saúde com índices mais baixos de vulnerabilidade social é o Leste (Prefeitura Municipal de Campinas, 2009). Os distritos de saúde de Campinas também foram classificados conforme o seu Índice de SUS-Dependência. São quatro níveis, variando de 50% a 100% de SUS-Dependência, sendo os maiores localizados nos distritos onde há maior vulnerabilidade social e os menores nas regiões de menor vulnerabilidade social. Ou seja, há heterogeneidade entre as áreas de abrangência dos Distritos e Centros de Saúde em relação à qualidade de vida de cada região, aos determinantes demográficos e ambientais e às políticas sociais (SMS Campinas, 2006).

Os perfis epidemiológicos e os padrões de consumo de bens e serviços expressam-se por meio de indicadores de condição de vida e saúde (Luiz, Heimann, & Boaretto 2009). As determinações biológica, subjetiva, social e comportamental integram os modos de vidas das pessoas. Para melhor entendimento sobre o processo saúde-doença é necessário considerar diversos âmbitos de suas condições, exposição a riscos como renda, trabalho, acesso e direitos, infra-estrutura, violência, doenças e riscos ambientais (Campos, 2006). As consequências das injustiças sociais são imediatas para a vida das pessoas, seu acesso ao cuidado em saúde, educação, condições de trabalho, moradia, comunidades ou cidades, bem como para sua chance de prosperar e vencer na vida. As diferenças são resultados não de um fenômeno natural, mas da combinação de políticas e programas sociais ineficazes, de organização econômica desfavorável e de más políticas de saúde. Há necessidade de ações inter-setoriais para a saúde e investimentos estruturais em educação, trabalho e planejamento urbano, bem como de um sistema de saúde universal. A saúde e a equidade em saúde podem não ser o objetivo principal de toda política social e econômica, porém devem ser o principal resultado delas (Marmot et al., 2008).

Há boas razões para investimento nas condições de vida na velhice, parte das quais foi tratada neste texto. Em resumo: (1) atualmente mais pessoas estão vivendo mais e em melhores condições, mas também estão mantidas condições de extrema indigência no acesso a oportunidades sociais; (2) as doenças e incapacidades podem ser evitadas e adiadas; (3) a maioria dos idosos não são deficientes; (3) as novas dinâmicas familiares abrem novas possibilidades de apoio social e familiar; (4) o capital humano acumulado pelos idosos, em matéria de esforço, conhecimentos, experiência, participação social e sabedoria têm um valor econômico importante; (5) os idosos produzem e consomem bens e serviços e muitos deles são chefes de família; (6) a atividade e o trabalho favorecem o bem-estar geral do idoso; e (7) intervir é barato e não intervir é caro (Engler, 2007).

A OMS define saúde como completo bem-estar físico, psíquico e social. Para tanto, é necessário que as sociedades proporcionem boas condições de moradia, saúde, alimentação, transporte, trabalho, ecologia, cultura, lazer, educação, bem-estar subjetivo, participação social e atividade ao longo de toda a vida. As políticas devem privilegiar os idosos, mas também abordar a população em todo o curso da vida. São necessárias reorientações das políticas para o envelhecimento, levando em consideração as fases iniciais da vida, estabelecendo recursos que serão os alicerces para a velhice. Os cuidados

aos idosos devem ser compatíveis com as condições sociais e culturais que os cercam e com suas experiências (Aguiar & Nascimento, 2005; Baltes & Smith, 2006).

As condições individuais, sociais e programáticas implicam na reestruturação das demandas sociais e da oferta de serviços para os idosos, mas as ações e serviços a eles destinados ainda são relativamente desarticulados e precários. Há necessidade de investimento em políticas públicas mais qualificadas e de aperfeiçoamento da compreensão dos agentes públicos sobre o envelhecimento, suas complexidades e suas múltiplas dimensões.

SAÚDE PERCEBIDA

O envelhecimento reflete-se no aumento da vulnerabilidade dos idosos a estresses de natureza biológica, social e psicológica. Existe considerável variabilidade nas formas de responder a essas condições e na vulnerabilidade de indivíduos e populações idosas que, por sua vez, exibem expressiva variabilidade quanto à saúde física e psicológica, dependendo da influência de diversos fatores atuais e durante todo o curso de vida. O conhecimento das variáveis que podem interferir nesse processo, potencializando a vulnerabilidade ou diminuindo seu impacto, é importante para pesquisa e práticas de saúde. A avaliação que os idosos fazem da própria saúde é uma das variáveis de interesse nesse campo, pela sua relação com gênero, idade e renda e seu potencial preditivo de morbidade, comportamentos relacionados à saúde, relações sociais e acesso e uso de serviços de saúde (Bernard et al., 1997; Sargent-Cox, Anstey, Mary & Luszcz 2008).

A saúde percebida, maneira com que o indivíduo percebe a própria saúde, é uma medida subjetiva, normalmente avaliada por um item escalar de autorrelato. As formas de auto-avaliação da saúde consistem na comparação temporal, ou seja, da situação atual do próprio indivíduo com suas situações de saúde anteriores ou com previsões para o futuro, ou comparação social, feita com outros indivíduos da mesma idade, mais velhos ou mais jovens (Bernard et al., 1997; De Vitta, Neri & Padovani, 2006; Sargent-Cox et al., 2008). A comparação da saúde com outros idosos pode envolver alvos para cima (comparação com indivíduos mais saudáveis), para baixo (comparação com outros mais doentes) ou colaterais (comparação com alvos com nível de saúde parecida), aumentando a probabilidade de que o idoso tenha estímulo para se cuidar ou tristeza e desânimo, no

primeiro caso; de elevação da auto-estima e de aumento da motivação para o autocuidado, no segundo; e de auto-confirmação, auto-identificação e estímulo para perseverar no autocuidado, no terceiro (Neri, 2007).

Comumente, para a avaliação da saúde percebida do idoso é perguntado: “o senhor diria que a sua saúde, em geral, é excelente, muito boa, boa, mais ou menos, ruim ou muito ruim?”. O item envolvendo comparação social é apresentado da seguinte forma: “em comparação com outros indivíduos da sua idade o senhor diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, mais ou menos, ruim ou muito ruim?” (Bernard et al., 1997). O item envolvendo comparação temporal é geralmente redigido assim: “em comparação com 5 anos atrás o senhor diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, mais ou menos, ruim ou muito ruim?”.

Menor número de doenças crônicas, em particular ausência de doenças graves, ausência de limitação funcional e incapacidade, melhor bem-estar psicossocial e nível mais alto de atividade física são importantes determinantes de melhor auto-avaliação da saúde. Dor crônica, depressão, incapacidade e muitas comorbidades associam-se a avaliações mais negativas. Há associação entre saúde percebida e nível de renda e escolaridade, principalmente em situações em que o excesso de desvantagem social expõe as pessoas à escassez de cuidados. Desigualdades regionais, de gênero e escolaridade influenciam negativamente a percepção da saúde, bem como a associação com comportamentos prejudiciais à saúde e com comorbidades. As medidas de auto-avaliação de saúde também variam de acordo com o contexto, podendo-se esperar avaliações mais positivas em idosos ativos da comunidade do que em idosos hospitalizados, asilados ou ambulatoriais (Barros et al., 2009; Leinonen et al., 2005; Rutten et al., 2001).

Auto-avaliações negativas de saúde em idosos fisicamente saudáveis não estão geralmente associadas à saúde biológica em si, mas a fatores como depressão e insatisfação com a vida. Ao contrário, se os idosos mantêm aspirações positivas, envolvem-se com mecanismos compensatórios para se manterem ativos e funcionais, aumenta a chance que avaliem sua saúde de forma positiva, mesmo que as condições objetivas de saúde e funcionalidade sejam ruins (Blazer, 2008; Liang et al., 2005). O aumento do otimismo pode ser explicado pelas adaptações psicológicas e pela comparação social. Basear a auto-avaliação em saúde na comparação com condições anteriores e manter-se otimista mesmo com a saúde ruim podem ser formas de proteção psicológica (Benyamini, Blumstein, Lusky & Modan, 2003; Martin et al., 2007).

Idosos com boa saúde podem avaliá-la como ruim, enquanto indivíduos com saúde ruim podem qualificá-la como boa, dependendo das doenças clinicamente diagnosticadas, dos sintomas, do grau de incapacidade e de outros parâmetros adotados, entre eles as expectativas e as comparações sociais. Idler et al. (1999) avaliaram relações entre o status de saúde física e saúde percebida. 42,9% dos idosos que relataram ter saúde boa, muito boa ou excelente tinham, de fato, boa saúde clínica; 20,2% superestimaram a própria saúde; 20,2% subestimaram e 16,6% foram realistas quanto à própria saúde. A saúde percebida foi avaliada por questão escalar e depois era perguntado o que o idoso tinha pensado ao responder. As respostas foram divididas em seis critérios: (1) biomédicos, (2) funcionalidade, (3) comportamentos em saúde, (4) engajamento em atividades sociais, (5) relações sociais, e (6) critérios psicológicos, emocionais ou espirituais para descrever a saúde. Os respondentes que superestimaram sua saúde levaram em consideração atividades sociais, relações sociais e características psicológicas, emocionais ou espirituais, mais do que os critérios biomédicos. 37% relacionaram sua resposta a elementos da categoria biomédica (saúde física, diagnósticos e sintomas); 23,3% das categorias psicológica, espiritual e emocional; 13,8% problemas com a função física; 10,2% comportamentos de risco para saúde; 8,8% função básica em atividades sociais, e 6,9%, relações sociais. Além das questões culturais e referentes ao momento histórico da pesquisa que influenciaram as respostas, estes resultados sugerem a plasticidade do conceito de saúde, evidenciam o caráter multidimensional da saúde percebida e sua utilidade enquanto medida clínica.

É necessário entender tanto as auto-avaliações de saúde excelentes quanto as muito ruins e identificar relações entre as avaliações e variáveis como idade, gênero e circunstâncias de vida que afetam condições objetivas de saúde, funcionalidade, atividade e suporte social (Benyamini et al., 2003; Blazer, 2008; Cheng et al., 2007). No estudo de Bath (2003), 62% da amostra tiveram boa ou excelente saúde percebida, dentre esses, 67% dos homens e 58% das mulheres relataram melhor saúde; 18% dos homens perceberam a saúde como ruim ou muito ruim, enquanto entre as mulheres esse valor foi de 24%. Os homens tendem a relatar melhor e as mulheres pior saúde percebida (Barros et al., 2009; Bath, 2003; Benyamini et al., 2003; Park et al., 2009), ou seja, o risco de declarar-se doente e de ter pior percepção da própria saúde é maior no gênero feminino, principalmente nas idades mais avançadas (De Vitta et al., 2006; Hirve et al., 2010; Romero, 2002). As mulheres têm uma cultura maior de autopercepção da saúde e, por cuidarem mais do próprio corpo, percebem as mudanças e expressam mais sobre a situação

da própria saúde. Mulheres podem ter maior sensibilidade para os sintomas físicos, por isso sua percepção da saúde pode ser mais fiel às alterações do organismo, sintomas e doenças. Porém quando o homem reporta pior saúde percebida, provavelmente está mais relacionada com a ocorrência e gravidade das doenças (Alves & Rodrigues, 2005; Benyamini et al., 2003; Barros et al., 2009).

Enquanto, normalmente, indivíduos mais jovens têm como referência comportamentos que afetam a saúde (fumar, fazer exercício físico), os idosos consideram sinais e sintomas específicos e sua capacidade funcional (Bernard et al., 1997). Diversos estudos mostram que entre os idosos há maior quantidade de boa, muito boa e excelente auto percepção de saúde e menor percentual de saúde relatada como ruim e muito ruim (Benedetti et al., 2007; Barros et al., 2009; Bath, 2003; Chittleborough, Taylor, Baum & Hiller, 2009; IBGE, 2010; Idler et al. 1999; Louvison et al, 2008). Há evidências de estabilidade e até mesmo melhora das auto-avaliações de saúde ao longo da velhice que, porém, tendem a declinar na presença de graves sinais e sintomas e de incapacidade (Martin et al., 2007). A manutenção de avaliações positivas da própria saúde pode ser um indicador de mecanismos de adaptação cognitiva e emocional, refletida em aceitação das mudanças e dos limites do organismo. A satisfação com a própria saúde depende em parte do nível de aspiração, da influência de experiências passadas, da comparação social e de valores pessoais (De Vitta et al., 2006).

A saúde percebida é influenciada pelas condições sociais e econômicas, e é pior com o aumento da idade e das incapacidades (Bernard et al., 1997; Cheng et al., 2007; Hirve et al., 2010; Liang et al., 2007). Variáveis socioeconômicas como educação, renda e ocupação podem influenciar vários domínios da saúde, inclusive a saúde percebida do idoso. A PNAD de 2008 evidenciou que 77,4% dos idosos declararam ter doenças crônicas, mas que, ainda assim, 45,5% relataram que sua saúde era boa ou muito boa. Somente 12,6% disseram ter a saúde ruim ou muito ruim, principalmente os idosos com 75 anos ou mais e os com renda familiar de até ½ salário mínimo (IBGE, 2010).

Existem evidências significativas de que a desigualdade social e a percepção das necessidades básicas não atendidas podem afetar a saúde física e mental. Indivíduos com piores condições socioeconômicas apresentam pior saúde percebida quando comparados com a população com melhores condições (Blazer, 2008; Brenes-Camacho, 2011; Chittleborough et al., 2009; Hirve et al., 2010; IBGE, 2010; Kondo et al., 2008; Martin et al., 2007; Park et al., 2009; Singh-Manoux, 2007). Romero (2002) constatou que a pior

condição socioeconômica é altamente relacionada com a pior saúde percebida. A chance de um idoso com renda individual menor que dois salários mínimos declarar sua saúde como ruim foi 51% maior do que o com renda familiar superior a cinco salários mínimos. Em estudo de Lima-Costa, Barreto, Giatti e Uchôa (2003), os idosos com renda mais baixa apresentaram pior percepção da saúde relacionada a piores condições de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde.

A população mais rica apresenta melhores condições de saúde do que o grupo mais pobre e esta diferença aumenta com a idade. Maior renda em si não resulta em melhor status de saúde, porém os efeitos da renda abrangem as condições de trabalho, desenvolvimento na vida, atividade física adequada, boa alimentação e acesso a bens e serviços. É importante a análise de outros indicadores da posição socioeconômica que interagem com a renda e outras situações individuais (Brenes-Camacho, 2011; Park et al., 2009).

Estudo longitudinal realizado na Costa Rica investigou a mudança da saúde percebida em idosos que melhoraram sua condição financeira devido aumento da verba do governo destinada a este grupo populacional. Verificou-se que, logo em seguida ao aumento da renda, houve melhoria na saúde percebida. Mecanismos psicológicos podem ser uma das explicações deste efeito. A pessoa que têm um grande aumento da renda pode se sentir menos estressada em relação à sua situação socioeconômica e melhorar sua auto-percepção da saúde (Brenes-Camacho, 2011).

As doenças afetam a funcionalidade e ambas modificam a avaliação subjetiva da saúde. Avaliações mais negativas coincidem com piores resultados em saúde, aumento de morbidades autorreferidas, maior quantidade de sintomas físicos presentes e mais doenças associadas à incapacidade funcional. As condições de saúde interferem na saúde percebida com o passar do tempo e com o aumento de doenças e dos sintomas físicos. (Barros et al., 2009; Bernard et al., 1997; Cheng et al., 2007; Liang et al., 2007; Louvison et al., 2008; Wolinsky & Tierney, 1998).

Liang e colaboradores identificaram quatro trajetórias de saúde percebida na velhice, com variações de tempo, duração e nível: boa saúde constante, piora precoce da saúde percebida, piora tardia da saúde percebida e saúde permanentemente percebida como ruim. Na diminuição precoce da saúde percebida, os idosos avaliam a saúde como pior por causa do aparecimento precoce e do agravamento de doenças. A medida constante de saúde percebida como boa é influenciada pelo status socioeconômico, por contatos sociais

e por boa saúde objetiva. Nesta trajetória, a boa saúde é mantida até perto dos 90 anos. Mudanças nas condições de saúde depois dos 60 anos podem ser responsáveis pela diminuição da saúde percebida em longo prazo (Liang et al., 2005).

O acúmulo de doenças, sintomas e incapacidade funcional na velhice pode gerar diminuição da autonomia e da qualidade de vida e até mesmo causar a morte. Não há estudos longitudinais no Brasil relacionando saúde percebida e mortalidade, porém este é um dado importante para entender as diversas implicações da autopercepção de saúde sobre diferentes resultados em saúde. Diversos estudos longitudinais mostram a associação entre pior saúde percebida em idosos e maior mortalidade (Benyamini et al., 2003; Bernard et al., 1997; Liang et al., 2007; Singh-Manoux, 2007; Wolinsky & Tierney, 1998). As possíveis explicações da relação entre saúde percebida e mortalidade são que a pior avaliação da própria saúde pode causar uma resposta psiconeuroimunológica que torna o indivíduo mais suscetível a doenças oportunistas, pode acarretar maior facilidade de detecção pelo próprio idoso de mudanças pré-clínicas na função corporal, e os indivíduos que avaliam negativamente a sua saúde podem tomar providências tardias de autocuidado e de busca de apoio profissional (Bernard et al., 1997).

As dificuldades decorrentes do acúmulo de doenças e incapacidades funcionais, somadas às questões emocionais, implicam na necessidade do suporte social para o idoso. Tanto a atividade social quanto o suporte social podem influenciar os resultados em saúde objetiva e subjetiva e o bem-estar subjetivo (Bath, 2003; Blazer, 2008; Fung et al., 2009). Idosos com relações sociais mais eficazes tendem a apresentar maior bem-estar subjetivo, ao passo que os que têm piores relações podem ter seu senso de autonomia reduzido, afetando de forma negativa a autopercepção da saúde. Maior número de contatos não prediz bem-estar. Não é importante simplesmente receber o suporte de outras pessoas, mas receber apoios instrumentais, emocionais e informativos de qualidade, nas relações com familiares e não familiares. Ou seja, os benefícios do apoio social têm mais relações com a qualidade do que com a quantidade dos contatos, com as funções de apoio envolvidas e com aspectos subjetivos (Guedea et al., 2006; Merz & Huxhold, 2010).

A autopercepção de saúde tem se mostrado um indicador confiável de autocuidado e de adesão a tratamentos de saúde. Pior autopercepção da saúde apresenta-se como determinante da procura aos serviços de saúde pelos idosos. (Barros et al., 2009; Idler et al., 1999; Liang et al., 2005; Lima-Costa et al., 2004; Martikainen et al., 1999; Martin et al., 2007; Ostbye et al., 2006; Wolinsky & Tierney, 1998). Ou seja, essa medida é

importante para entender a relação do indivíduo com a própria saúde, podendo contribuir para a boa qualidade da prática clínica. Ao questionar o idoso como está sua saúde, o profissional de saúde deve levar em consideração os diversos fatores que influenciam a melhor ou pior percepção da saúde pelo indivíduo. Segundo Bernard et al. (1997), o idoso é apto para entender sua própria saúde e este fator pode predizer a piora da saúde física, complementando e, às vezes, diminuindo a necessidade de medidas elaboradas, caras, observacionais e clínicas. Os testes clínicos somados com a medida de saúde percebida são importantes para a avaliação do prognóstico do idoso. Outro uso importante desta medida é o planejamento de programas e políticas de saúde para o idoso. O parâmetro subjetivo junto com os dados epidemiológicos recorrentemente utilizados, pode propiciar uma visão mais completa da saúde do idoso.

A proposta do presente estudo de base populacional, envolvendo amostra probabilística de idosos comunitários residentes na zona urbana de Campinas, com 65 anos ou mais, é analisar as relações entre variáveis com potencial para gerar agravos à saúde física e mental e à inserção social, e a auto-avaliação de saúde. As variáveis foram conceitualmente agrupadas em três domínios ou níveis de vulnerabilidade: individual, social e programático. O primeiro compreende doenças crônicas, sinais e sintomas, capacidade funcional e suporte social percebido. O segundo envolve gênero, idade e renda familiar. O terceiro inclui o Índice de Vulnerabilidade Social e o Índice de SUS-Dependência da região de residência dos idosos e acesso e uso de serviços médicos e odontológicos. Saúde percebida estaria conceitualmente alocada no nível individual, mas no modelo deste estudo, ela é considerada como variável dependente. Interessa à investigação analisar as relações entre as variáveis pertencentes a cada um dos domínios e análise de regressão entre os blocos de variáveis e a auto-avaliação de saúde feita pelos idosos.

Acredita-se que este estudo poderá contribuir para esclarecer questões teóricas relacionadas aos diferentes domínios da vulnerabilidade e suas relações com a saúde percebida, uma variável psicológica que influencia práticas de autocuidado e a adesão dos idosos a serviços de saúde. Uma visão mais abrangente sobre as diversas variáveis que podem influenciar a avaliação subjetiva de saúde pode ser fonte da produção de novas formas de mensuração e de intervenção em saúde, mediante práticas e políticas

especificamente voltadas à promoção da saúde do idoso. Não há estudos referentes aos três domínios da vulnerabilidade em idosos e da relação entre eles e saúde percebida.

OBJETIVOS

GERAL

- Analisar relações entre as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social, individual e programática e a saúde percebida do idoso

ESPECÍFICOS

- Analisar a vulnerabilidade em idosos que residem na comunidade, conforme as condições sociais, individuais e programáticas.
- Comparar os grupos por critérios de gênero, idade e renda familiar mensal.
- Analisar a relação entre as variáveis pertencentes aos três domínios e a saúde percebida.

MATERIAIS E MÉTODOS

A presente pesquisa está vinculada à Rede de Estudos sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA), integrada por pólos nucleados pela Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto, pela Universidade Federal de Minas Gerais, pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro e pela Universidade Estadual de Campinas. Envolveu amostra probabilística de idosos comunitários residentes na zona urbana de Campinas.

Participantes

A amostra (n = 900) foi obtida por meio da técnica de amostragem simples, tendo como unidade amostral os setores censitários (n = 835) da zona urbana do município de Campinas. Os idosos foram recrutados em domicílio, por pessoal treinado, em 88 setores censitários sorteados. Setenta e dois por cento dos recrutadores eram Agentes Comunitários de Saúde e os demais eram estudantes universitários, agentes pastorais e animadores sociais. Foram selecionados idosos com as seguintes características: idade igual ou superior a 65 anos, compreensão de instruções, concordância em participar e residência permanente no domicílio e no setor censitário. Os critérios de exclusão para realização da entrevista seguiram as recomendações de Ferrucci et al. (2004): a) presença de problemas de memória, atenção, orientação espacial e temporal, e de comunicação, sugestivos de grave déficit cognitivo; b) incapacidade permanente ou temporária para andar, permitindo-se uso de bengala ou andador, mas não de cadeira de rodas; c) perda localizada de força e afasia decorrentes de grave Acidente Vascular Encefálico; d) comprometimentos graves da motricidade, da fala ou da afetividade associados à doença de Parkinson e estágio avançado ou instável; e) déficits de audição ou de visão graves dificultando fortemente a comunicação, e e) idosos em estágio terminal.

As questões do protocolo do FIBRA foram divididas em dois blocos, apresentadas no *Anexo I*. O primeiro, ao qual todos os idosos foram submetidos, envolveu medidas sociodemográficas, antropométricas, clínicas, de fragilidade, conforme a definição operacional de Fried et al. (2001) e de rastreio cognitivo, este por meio do Mini-Exame do Estado Mental (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Bertolucci, Brucki, Campacci &

Juliano, 1994). O protocolo do MEEM é apresentado no *Anexo 2*. Os idosos que pontuaram abaixo da nota de corte neste teste não participaram do segundo bloco de medidas, que envolveu medidas de autorrelato de doenças crônicas, sinais e sintomas, hábitos de vida, acesso e uso do sistema de saúde, capacidade funcional, expectativa de cuidado, suporte social percebido, sintomas depressivos, experiência de eventos estressantes, satisfação e conceito de felicidade na velhice. As notas de corte para o MEEM foram as sugeridas por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto (2003), menos um desvio-padrão: 17 para os analfabetos, 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 para os que tinham 9 anos ou mais anos de escolaridade. Por esse critério foram excluídos 211 idosos (23,4%). Outro foi excluído em virtude da presença de não-respostas em parte dos itens dos instrumentos. Assim, a amostra do presente estudo é constituída por 688 idosos.

Instrumentos e medidas

As variáveis de interesse neste trabalho foram investigadas mediante as condições que se seguem.

Variáveis indicadoras de vulnerabilidade social

1ª) Idade, gênero e renda familiar mensal. Três questões de autorrelato, cujos resultados eram anotados pelos avaliadores no formulário de pesquisa (data de nascimento, gênero masculino x feminino e renda familiar mensal em valores brutos). As idades foram agrupadas em 4 faixas: 65-69; 70-74; 75-79, e 80 e +. Os valores de renda foram agrupados em 5 faixas de salários mínimos (SM): ≤ 1 ; 1,1 a 3; 3,1 a 5; 5,1 a 10, e > 10 SM. As questões referentes à idade, gênero e renda familiar mensal são apresentadas no *Anexo 3*.

Variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual

1ª) Número de doenças. Foi avaliado por meio de nove itens dicotômicos que investigavam se algum médico havia diagnosticado no participante as seguintes doenças crônicas: doença do coração, hipertensão, AVC/isquemia/derrame; diabetes *mellitus*, câncer, artrite ou reumatismo, doenças dos pulmões; depressão e osteoporose. Foram

contadas e classificadas em três faixas: nenhuma, 1 ou 2, e 3 ou mais doenças.

2ª) *Sinais e sintomas*. Foram avaliadas por meio de itens dicotômicos a presença ou ausência de: incontinência urinária, perda de apetite, problemas de memória, problemas de sono e o número de quedas. Foram tabuladas e categorizadas em nenhum, 1 ou 2, e 3 ou mais.

3ª) *Capacidade funcional indicada pelo desempenho em AAVDs e em AIVDs*. Foi medido o envolvimento social definido pela participação em atividades avançadas de vida diária (AAVDs) mediante 13 itens estruturados a partir de Baltes, Mayr, Borchelt, Maas e Wilms (1993); Reuben, Laliberte, Hiris e Mor (1990); Strawbridge, Wallhagen e Cohen (2002); Souza, Magalhães e Teixeira-Salmella (2006), e pelo desempenho independente de três itens da escala de Lawton e Brody (1969) referentes a atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) realizadas fora do ambiente doméstico (Brito, Nunes & Yuaso, 2007). As AAVDs incluíram: (1) Fazer visitas na casa de outras pessoas, (2) Receber visitas em casa, (3) Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião, (4) Participar de centro de convivência, Universidade da Terceira Idade ou de algum curso, (5) Participar de reuniões sociais, festas ou bailes, (6) Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema, (7) Dirigir automóvel, (8) Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade, (9) Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país, (10) Fazer trabalho voluntário, (11) Fazer trabalho remunerado, (12) Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas, (13) Participar de Universidade da Terceira Idade. Perguntava-se, em cada item, se o idoso nunca havia realizado, se antes realizava e havia deixado de desempenhar, ou se ainda desempenhava a atividade. As AIVDs foram: fazer compras, lidar com dinheiro e usar meios de transporte perguntaram sobre o grau de ajuda que os idosos precisavam para desempenhá-las (nenhuma, parcial ou total). A cada idoso foi atribuído um escore com variação de 0 a 16, correspondente às AAVDs que ainda realizavam e ao desempenho totalmente independente das AIVDs. Foram criadas três faixas para esses valores: nenhuma, 1 ou 2 e 3 ou mais. Os questionários referentes às AAVDs e AIVDs são encontrados nos *Anexos 4 e 5*.

4ª) *Suporte social percebido*. Foram aplicados cinco itens semanticamente adaptados para o português da ISEL (*Interpersonal Support Evaluation List*) (Cohen,

Mermelstein, Kamarck & Hoberman, 1985; Batistoni, Neri & Cupertino, 2007), conforme apresentado no *Anexo 6*. Representativos de quatro funções do suporte percebido: tangível (assistência material ou suporte instrumental), de pertencimento ou afetivo (identificação com alguém da rede de suporte), favorável à autoestima (comparações positivas com os outros) e informativo (oferece informações, sugestões e conselhos). Foi calculado um escore com base nos tercís da amostra (T1=16 e T2=20). Aqueles que pontuaram <16 foram considerados com baixo suporte social percebido, entre 17 e 19 pontos, médio suporte social percebido e 20 pontos, alto suporte social percebido.

5ª) **Saúde percebida:** A medida consistiu num item de natureza escalar de cinco pontos que variava de “muito boa” a “muito ruim”, que solicitava auto-avaliação da saúde física (“De um modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde no momento atual?”).

Variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática

1ª) *Acesso aos serviços de saúde.* As questões consistiram em itens dicotômicos, escalares e de resposta espontânea. Foi questionado o tipo de serviço de saúde que os idosos utilizavam com maior frequência, a posse de plano particular de saúde, o tipo de serviço dentário utilizado, o maior tempo de internação hospitalar no último ano, o número de consultas médicas e de consultas ao dentista no último ano. Ver *Anexo 7*.

2ª) *Índice de Vulnerabilidade Social.* É um indicador estruturado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SEADE, 2000), para os municípios paulistas. A amostra foi dividida em cinco grupos, de acordo com os critérios adotados pela Prefeitura de Campinas: Grupo 1 – Vulnerabilidade Muito Baixa, Grupo 2 – Vulnerabilidade Baixa, Grupo 3 – Vulnerabilidade Média, Grupo 4 – Vulnerabilidade Alta, Grupo 5 – Vulnerabilidade Muito Alta.

3ª) *Índice de SUS-dependência.* É indicador, em percentual, do número de indivíduos que utilizam o serviço público de saúde. O Índice de SUS-Dependência varia de 50% a 100%, classificando os distritos de saúde em cinco níveis: 50%, 60%, 70%, 85% e 100%.

Procedimentos

Os dados foram coletados por pessoal treinado, em sessão única, em espaços do ambiente comunitário localizados em cada setor censitário, que eram de fácil acesso para os idosos. Antes do início da sessão, os idosos eram informados sobre os objetivos da pesquisa, o caráter não obrigatório, não-remunerado e gratuito da participação e o sigilo dos dados individuais. Todos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme modelo inserido no *Anexo 8*, cujo conteúdo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, parecer no. 208/2007, *Anexo 9*. No final da coleta de dados, os idosos receberam orientações sobre autocuidado em saúde e ganharam uma cartilha de saúde

Análise de dados

Foram desenvolvidas análises estatísticas descritivas de natureza univariada para todas as variáveis, incluindo medidas de frequência e medidas de posição e dispersão. Para comparação das principais variáveis categóricas por critérios de gênero, idade e renda familiar mensal foram utilizados os testes χ^2 ou Exato de Fisher, o teste de Mann-Whitney para comparação de variáveis numéricas entre 2 grupos, e o teste de Kruskal-Wallis para comparação de variáveis numéricas entre 3 ou mais grupos.

Para estudar o impacto das variáveis indicadoras de vulnerabilidade, consideradas como variáveis independentes, sobre auto-avaliação positiva, considerada como variável dependente, foram feitas análises de regressão logística univariada e multivariada (esta com critério *stepwise* de seleção de variáveis). A auto-avaliação de saúde foi transformada em variável dicotômica. As respostas de saúde percebida como regular foram excluídas das análises. As respostas muito boa e boa foram tratadas como melhor saúde ou auto-avaliação positiva de saúde e as respostas ruim e muito ruim, como pior saúde, ou auto-avaliação negativa de saúde.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Os resultados são apresentados com a distribuição dos idosos conforme as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social, individual e programática. O perfil geral da amostra conforme os três domínios da vulnerabilidade é mostrado no *Anexo 10*. As Tabelas e Figuras relativas à análise estatística descritiva apresentadas no corpo do texto contêm as medidas de frequências e as medidas de posição e de dispersão para a amostra como um todo e para os grupos de gênero, idade, renda familiar mensal e IVS. São também apresentados os valores dos testes não-paramétricos utilizados para comparar os valores das variáveis categóricas e ordinais. Por último, são expostos os resultados das análises de regressão univariada e multivariada, tendo como variável-critério a saúde percebida.

Variáveis indicadoras de vulnerabilidade social

Os 688 idosos entrevistados tinham idade entre 65 e 90 anos, com idade média de 72,28 anos ($dp = 5,41$). Dentre eles, 68,31% eram mulheres. A variação da renda familiar foi entre zero e 57,83 salários mínimos com média de 4,72 salários mínimos e desvio padrão de 5,28 salários mínimos. A frequência por grupos etários, gênero e renda familiar mensal é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009 (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Gênero</i>	Masculino	218	31,69
	Feminino	470	68,31
<i>Grupos de idade</i>	65 – 69	250	36,34
	70 – 74	227	32,99
	75 – 79	136	19,77
	> = 80	75	10,90
<i>Renda familiar mensal</i>	< = 1,0 SM	41	6,79
	1,1 – 3,0 SM	238	39,40
	3,1 – 5,0 SM	163	26,99
	5,1 – 10,0 SM	114	18,87
	> 10,0 SM	48	7,95

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto à frequência de homens e mulheres conforme a idade. A Figura 2 mostra os percentuais de homens e mulheres conforme a idade.

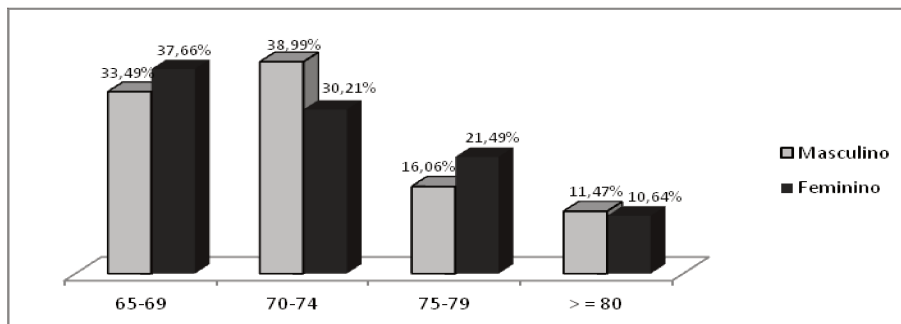


Figura 2. Frequência percentual de homens e mulheres da amostra conforme a idade. FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

A Figura 3 mostra as frequências percentuais de homens e mulheres conforme os níveis de renda. As mulheres tiveram renda familiar significativamente menor do que os homens ($p = 0,016$; $\chi^2 = 12,21$, GL= 4). A média da renda familiar dos homens foi de 5,79 (dp= 7,25) e para as mulheres foi de 4,19 (dp= 3,88) ($p < 0,001$) salários mínimos.

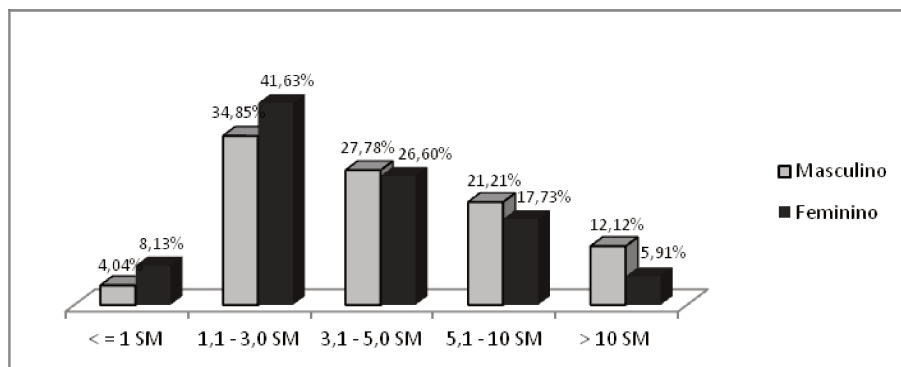


Figura 3. Frequência percentual de homens e mulheres da amostra conforme a renda familiar mensal. FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

Havia um percentual significativamente mais alto de idosos com mais de 80 anos nos grupos de renda mais alta e mais baixa. No grupo com renda de 1,1 a 3 salários mínimos houve significativamente mais idosos de 75 a 79 anos; no grupo com renda de 3,1 a 5 salários mínimos houve mais idosos com 65 a 69 anos; para renda de 5,1 a 10 salários mínimos houve significativamente mais idosos de 70 a 79 anos ($p = 0,013$; $\chi^2 = 25,40$; GL = 12).

Variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual

O número de doenças variou entre 0 e 7, com média de 2,32 (dp= 1,47). O número de sinais e sintomas apresentou média de 1,64 (dp = 1,15) e variação entre zero e 5. O número de AAVDs descontinuadas e de AIVDs realizadas com ajuda variou de zero a 14 com média de 3,16 (dp= 2,1). A maioria dos entrevistados teve escore médio ou alto de suporte social percebido - 5 a 20, com média de 16,93 e dp = 3,43). Na amostra de Campinas a minoria dos idosos apresentou nenhuma doença, sinal ou sintomas de saúde e a maioria apresentou alguma incapacidade funcional. A maioria dos idosos percebeu o suporte social como médio ou alto e apresentou auto percepção da saúde como regular, boa ou muito boa (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>Número de doenças</i>	0	76	11,06
	1 – 2	315	45,85
	> = 3	296	43,09
<i>Sinais e sintomas</i>	0	124	18,05
	1 – 2	406	59,10
	> = 3	157	22,85
<i>Número de AAVD e AIVD comprometidas (n= 16)</i>	0	41	6,07
	1 – 2	258	38,17
	> = 3	377	55,77
<i>Suporte social percebido</i>	Baixo (< = 14)	143	21,54
	Médio (15 – 19)	270	40,66
	Alto (> = 20)	251	37,8
<i>Saúde percebida</i>	Muito ruim	9	1,31
	Ruim	31	4,51
	Regular	243	35,32
	Boa	309	44,91
	Muito boa	96	13,95

Na Tabela 3 pode-se observar que houve maior quantidade de mulheres do que homens com 3 ou mais doenças e com 3 ou mais sinais e sintomas. Em contrapartida, houve mais homens com 3 ou mais AAVDs abandonadas ou AIVDs desempenhadas com ajuda. Foi observada diferença significativa quanto ao número de doenças para os homens (mediana = 1,88) e para as mulheres (mediana = 2,53) ($p < 0,001$), e quanto ao número de sinais e sintomas (homens com média = 1,28 e mulheres com 1,81 ($p < 0,001$)). A média de AAVDs e AIVDs prejudicadas foi de 3,39 para homens ($p = 0,019$) e de 3,05 para mulheres. A comparação das médias de número de doenças pelos testes de Kruskal-Wallis e post-hoc de Dunn revelou médias significativamente mais altas no grupo de 70 a 79 anos ($p = 0,039$). As comparações relativas à capacidade funcional revelaram médias significativamente mais altas nos idosos com 80 anos ou mais ($p < 0,001$).

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual conforme o gênero (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Gênero (%)</i>	
		<i>Masculino</i>	<i>Feminino</i>
<i>Número de doenças</i>	0	15,60^a	8,96
	1 – 2	54,59^a	41,79
	> = 3	29,82	49,25^a
<i>Sinais e sintomas</i>	0	24,77^b	14,93
	1 – 2	62,39^b	57,57
	> = 3	12,84	27,51^b
<i>Número de AAVD e AIVD comprometidas</i>	0	3,30	7,33
	1 – 2	35,38	39,44^c
	> = 3	61,32^c	53,23
<i>Suporte social percebido</i>	Baixo (< = 14)	21,63	21,49
	Médio (15 – 19)	41,35	40,35
	Alto (> = 20)	37,02	38,16
<i>Saúde percebida</i>	Muito ruim/Ruim	2,75	7,23
	Regular	36,24	34,89
	Boa	44,50	45,11
	Muito boa	16,51	12,77

^a sign para $p < 0,001$ ($\chi^2=24,30$, GL=2); ^b sign para $p < 0,001$ ($\chi^2=22,57$, GL=2); ^c sign para $p = 0,045$ ($\chi^2= 6,22$, GL= 2)

A ausência de sinais e sintomas foi maior nas faixas de renda mais alta; a presença de 1 ou 2 foi mais alta entre os idosos com renda entre 1,1 e 5 salários mínimos e a

prevalência de 3 ou mais sinais e sintomas foi maior entre os idosos de baixa renda. Houve frequência mais alta de auto-avaliações negativas de saúde entre os mais pobres e mais idosos que avaliaram a própria saúde como boa e muito boa entre os de renda mais alta (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual conforme a renda familiar mensal (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Renda (%)</i>				
		<i>< = 1 SM</i>	<i>1,1 – 3 SM</i>	<i>3,1 – 5 SM</i>	<i>5,1 – 10 SM</i>	<i>> 10 SM</i>
<i>Número de doenças</i>	0	12,2	9,66	12,96	11,4	12,5
	1 – 2	24,39	45,8	48,15	44,74	58,33
	> = 3	63,41	44,54	38,89	43,86	29,17
<i>Sinais ou sintomas</i>	0	17,07	12,18	22,22	21,05	37,5^a
	1 – 2	39,02	61,34^a	63,58^a	59,65	56,25
	> = 3	43,9^a	26,47	14,2	19,3	6,25
<i>Número de AAVD e AIVD comprometidas</i>	0	7,5	4,72	7,45	4,42	2,22
	1 – 2	32,5	36,91	39,13	36,28	46,67
	> = 3	60,0	58,37	53,42	59,29	51,11
<i>Suporte social percebido</i>	Baixo (< = 14)	32,5	25,11	16,98	17,27	20,0
	Médio (15 – 19)	47,5	40,53	38,36	39,09	44,44
	Alto (> = 20)	20,0	34,36	44,65	43,64	35,56
<i>Saúde percebida</i>	Muito ruim/Ruim	7,32^b	7,98^b	7,36^b	3,51	0
	Regular	46,34^b	39,5	35,58	27,19	18,75
	Boa	41,46	41,6	42,33	51,75^b	60,42^b
	Muito boa	4,88	10,92	14,72	17,54	20,83^b

^a sign para $p < 0.001$ ($\chi^2=41,18$, GL=8), ^b sign $p=0.011$ (para $\chi^2=25,90$, GL=12)

Maior quantidade de idosos residentes em áreas de menor vulnerabilidade social referiram não apresentar sinais e sintomas de saúde e apresentaram 1 ou 2 dificuldades referentes às AAVDs e AIVDs. Os idosos que viviam em áreas de maior vulnerabilidade social apresentaram mais sinais e sintomas de saúde e maior numero de AAVDs abandonadas ou de AIVDs realizadas com ajuda. Os residentes em áreas de maior vulnerabilidade social apresentaram pior auto percepção de saúde, enquanto os que

residiam em áreas de muito baixa vulnerabilidade social perceberam a saúde preferencialmente como boa ou muito boa (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual conforme o IVS (N= 688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>IVS (%)</i>				
		<i>Muito baixa</i>	<i>Baixa</i>	<i>Média</i>	<i>Alta</i>	<i>Muito alta</i>
<i>Número de doenças</i>	0	12,19	11,45	10,42	8,47	9,46
	1 – 2	46,24	42,75	43,75	55,93	45,95
	> = 3	41,58	45,8	45,83	35,59	44,59
<i>Sinais e sintomas</i>	0	24,01^a	14,5	16,67	8,47	12,16
	1 – 2	56,63	61,07	60,42	69,49^a	54,05
	> = 3	19,35	24,43	22,92	22,03	33,78^a
<i>Número de AAVD e AIVD comprometidas</i>	0	4,4	3,08	12,5^b	3,45	7,04
	1 – 2	41,03^b	42,31^b	26,39	56,9^b	28,17
	> = 3	54,58	54,62	61,11^b	39,66	64,79^b
<i>Suporte social percebido</i>	Baixo (< = 14)	22,93	23,36	18,31	24,56	17,14
	Médio (15 – 19)	39,1	41,09	47,18	29,82	41,43
	Alto (> = 20)	37,97	35,66	34,51	45,61	41,43
<i>Saúde percebida</i>	Muito ruim/Ruim	2,51	6,82	6,94	3,39	16,22^c
	Regular	30,82	39,39	36,11	49,15^c	32,43
	Boa	51,61^c	41,67	38,89	37,29	43,24
	Muito boa	15,05^c	12,12	18,06^c	10,17	8,11

^a sign para $p = 0,019$ ($\chi^2 = 18,32$, GL= 8), ^b sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 31,93$, GL= 8), ^c sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 35,55$, GL= 12)

Variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática

As variáveis indicativas de vulnerabilidade programática foram: IVS, índice de SUS dependência, tipo de serviços de saúde utilizado pelo idoso, posse de plano particular de saúde, tempo de internação hospitalar no último ano, número de consultas médicas no último ano, número de consultas dentárias no último ano e tipo de serviço dentário utilizado (ver Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
<i>IVS</i>	Muito baixo	279	40,55
	Baixo	132	19,19
	Médio	144	20,93
	Alto	59	8,58
	Muito alto	74	10,76
<i>Índice de SUS dependência</i>	50%	266	38,66
	60%	127	18,46
	70%	154	22,38
	85%	72	10,47
	100%	69	10,03
<i>Tipo de serviço de saúde que utilizam</i>	SUS	314	48,1
	Plano privado	323	49,39
	Particular	17	2,6
<i>Posse de plano particular de saúde</i>	Sim	374	55,57
	Não	299	44,43
<i>Tempo de internação hospitalar</i>	0	585	87,57
	1 – 2	34	5,09
	> = 3	49	7,34
<i>Número de consultas médicas</i>	0	37	5,75
	1 – 2	198	30,79
	> = 3	408	63,45
<i>Número de consultas odontológicas</i>	0	338	50,22
	1 – 2	240	35,66
	> = 3	95	14,12
<i>Tipo de serviço dentário que utilizam</i>	SUS	210	32,51
	Plano privado	55	8,51
	Particular	381	58,98

Houve maior frequência de idosos residentes em regiões de vulnerabilidade social muito baixa e mais idosos residentes em áreas com menor índice de SUS dependência. Cerca da metade dos idosos relatou que utilizava serviços públicos de saúde. A grande maioria relatou não ter sido internada em hospitais; mais de 60% utilizaram 3 ou mais vezes os serviços médicos no último ano, mas a metade dos idosos não foi nenhuma vez ao dentista no ano anterior. A frequência de uso dos serviços dentários foi maior em serviços particulares do que públicos.

O tempo de internação hospitalar variou entre 1 e 120 dias, com média de 6,41 (dp = 13,82) dias. O número de consultas médicas foi em média de 4,36 (dp = 4,47) variando

entre zero e 60 consultas no último ano. O número de consultas ao dentista no último ano variou entre zero e 20, com média de 1,24 ($dp = 2,23$) (Tabela 7).

Houve maior número de mulheres do que homens vivendo em regiões de muito baixa vulnerabilidade social e com índices mais baixos de SUS-dependência e proporcionalmente mais homens do que mulheres em regiões de alta e muito alta vulnerabilidade social e maior de SUS dependência. Mais mulheres utilizavam e dispunham de plano privado de saúde e mais homens utilizavam os serviços do SUS. Mais mulheres do que homens relataram ter ido 3 ou mais vezes ao médico. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas quanto à distribuição de homens e de mulheres em relação ao tempo de internação hospitalar e ao tipo de serviço dentário utilizado (Tabela 7).

A amostra de Campinas apresentou maior quantidade de idosos com mais de 75 anos vivendo em regiões de muito baixa vulnerabilidade e com menor dependência do SUS, enquanto maior quantidade de idosos entre 65 e 74 viviam em regiões de muito alta vulnerabilidade e apresentavam maior índice de SUS-dependência. Mais idosos com 80 ou mais e na faixa etária de 65 a 69 anos não fizeram consulta no ano anterior. Houve mais idosos de 70 a 74 anos do que das outras faixas etárias com 3 ou mais consultas médicas no último ano (Tabela 8).

Maior quantidade de idosos com maior renda vivia em áreas com IVS muito baixo e com menores índices de SUS-Dependência, enquanto maior quantidade de indivíduos com renda menor que 1 salário mínimo até 5 salários mínimos viviam em regiões de muito alta vulnerabilidade social e maior dependência ao SUS. Havia mais idosos com menor renda que utilizavam os serviços públicos de saúde e dentários e maior quantidade de idosos com renda mais alta que utilizavam serviços médicos e odontológicos privados e que tinham posse de plano de saúde. Maior quantidade de idosos com menor renda não realizaram consulta ao dentista no ano anterior, enquanto idosos com renda entre 5,1 e 10 salários mínimos realizaram uma ou duas e mais idosos com renda maior que 10 salários realizaram 3 ou mais consultas dentárias no último ano (Tabela 9).

Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme o gênero (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008–2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Gênero (%)</i>	
		<i><u>Masculino</u></i>	<i><u>Feminino</u></i>
<i>IVS</i>	Muito baixo	28,44	46,17^a
	Baixo	20,64	18,51
	Médio	22,48	20,21
	Alto	13,30^a	6,38
	Muito alto	15,14^a	8,72
<i>Índice de SUS dependência</i>	50%	27,52	43,83^b
	60%	18,35	18,51
	70%	23,39	21,91
	85%	15,60^b	8,09
	100%	15,14^b	7,66
<i>Tipo de serviço de saúde que utilizam</i>	SUS	58,45^c	43,18
	Plano privado	38,16	54,59^c
	Particular	3,38	2,24
<i>Posse de plano particular de saúde</i>	Sim	45,71	60,04^d
	Não	54,29^d	39,96
<i>Tempo de internação hospitalar</i>	0	86,67	87,99
	1 – 2	3,81	5,68
	> = 3	9,52	6,33
<i>Número de consultas médicas</i>	0	10,00^e	3,84
	1 – 2	33,00^e	29,80
	> = 3	57,00	66,37^e
<i>Número de consultas odontológicas</i>	0	53,33	48,81
	1 – 2	31,43	37,58
	> = 3	15,24	13,61
<i>Tipo de serviço dentário que utilizam</i>	SUS	37,44	30,25
	Plano privado	8,87	8,35
	Particular	53,69	61,40

^a sign para $p < 0,01$ ($\chi^2 = 26,27$, GL= 4), ^b sign. Para $p < 0,01$ ($\chi^2 = 26,72$, GL= 4), ^c sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 15,32$, GL= 2), ^d sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 12,01$, GL= 1), ^e sign para $p = 0,003$ ($\chi^2 = 11,46$, GL= 2)

Tabela 8. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme a idade (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Idade (%)</i>			
		<i>65-69</i>	<i>70-74</i>	<i>75-79</i>	<i>>=80</i>
<i>IVS</i>	Muito baixo	35,2	36,12	49,26^a	56,0^a
	Baixo	19,6	22,91^a	11,03	21,33^a
	Médio	22,4^a	22,91^a	21,32^a	9,33
	Alto	10,8	6,17	10,29	5,33
	Muito alto	12^a	11,89^a	8,09	8,0
<i>Índice de SUS dependência</i>	50%	33,2	34,36	47,06^b	54,67^b
	60%	19,20	22,91^b	9,56	18,67
	70%	24,0^b	24,23^b	22,06^b	12,0
	85%	11,6	6,61	16,18^b	8,0
	100%	12,0^b	11,89^b	5,15	6,67
<i>Tipo de serviço de saúde que utilizam</i>	SUS	49,17	44,44	46,51	57,97
	Plano privado	48,33	52,78	51,94	37,68
	Particular	2,5	2,78	1,55	4,35
<i>Posse de plano particular de saúde</i>	Sim	52,67	59,73	58,21	47,14
	Não	47,33	40,27	41,79	52,86
<i>Tempo de internação hospitalar</i>	0	90,53	87,44	81,06	90,0
	1 – 2	4,12	5,38	8,33	1,43
	> = 3	5,35	7,17	10,61	8,57
<i>Número de consultas médicas</i>	0	8,09^c	4,65	2,29	8,06^c
	1 – 2	33,62	23,72	37,4^c	30,65
	> = 3	58,3	71,63^c	60,31	61,29
<i>Número de consultas odontológicas</i>	0	49,59	50,67	47,01	57,14
	1 – 2	35,66	32,44	41,79	34,29
	> = 3	14,75	16,89	11,19	8,57
<i>Tipo de serviço dentário que utilizam</i>	SUS	36,86	29,95	28,35	33,33
	Plano privado	7,2	11,98	6,3	6,06
	Particular	55,93	58,06	65,35	60,61

^a sign para $p = 0,005$ ($\chi^2 = 28,32$; GL= 12), ^b sign. Para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 37,11$; GL= 12), ^c sign para $p = 0,017$ ($\chi^2 = 15,44$; GL= 6)

Tabela 9. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme a renda familiar mensal (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

Variáveis	Categorias	Renda familiar mensal (%)				
		< = 1	1,1 – 3	3,1 – 5	5,1 – 10	> 10
IVS	Muito baixo	36,59	31,09	33,13	61,4^a	81,25^a
	Baixo	17,07	18,91	22,09^a	16,67	14,58
	Médio	21,95	21,85	24,54^a	15,79	2,08
	Alto	9,76	13,03^a	7,36	4,39	0
	Muito alto	14,63^a	15,13^a	12,88^a	1,75	2,08
Índice de SUS dependência	50%	31,71	29,41	31,9	57,89^b	81,25^b
	60%	21,95^b	17,23	20,25^b	19,3	14,58
	70%	21,95	23,53	26,99^b	15,79	2,08
	85%	9,76	16,81^b	7,98	5,26	0
	100%	14,63^b	13,03^b	12,88^b	1,75	2,08
Tipo de serviço de saúde que utilizam	SUS	70,0^c	66,22^c	45,22	17,43	9,76
	Plano privado	30,0	32,89	52,87	79,82^c	78,05^c
	Particular	0	0,89	1,91	2,75	12,2^c
Posse de plano particular de saúde	Sim	42,5	40,26	57,41	83,04^d	77,27
	Não	57,5^d	59,74^d	42,59	16,96	22,73
Tempo de internação hospitalar	0	92,11	87,34	86,88	84,96	88,64
	1 – 2	0	4,37	6,25	8,85	4,55
	> = 3	7,89	8,3	6,88	6,19	6,82
Número de consultas médicas	0	2,78	5,75	5,84	2,68	16,67
	1 – 2	30,56	32,3	32,47	31,25	19,05
	> = 3	66,67	61,95	61,69	66,07	64,29
Número de consultas odontológicas	0	55,0^e	64,22^e	44,72	36,84	22,73
	1 – 2	37,5	28,88	37,27	49,12^e	36,36
	> = 3	7,5	6,9	18,01	14,04	40,91^e
Tipo de serviço dentário que utilizam	SUS	56,41^f	45,87^f	28,93	12,73	4,65
	Plano privado	2,56	7,8	8,81	8,18	20,93^f
	Particular	41,03	46,33	62,26^f	79,09^f	74,42^f

A Tabela 10 mostra que quanto maior a vulnerabilidade social, maior a

^a sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 80,20$, GL= 16); ^b sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 87,26$, GL= 16); ^c Exato de Fischer $p < 0,001$; ^d sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 67,63$, GL= 4); ^e sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 64,24$, GL= 8); ^f sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 70,05$, GL= 8)

dependência do serviço público de saúde. Em regiões de muito baixa vulnerabilidade social havia mais idosos com planos privados de serviços médicos e dentários e que faziam uso desses serviços, ao contraio do que ocorreu em regiões com alta e muito alta vulnerabilidade social. Os idosos de regiões de muito baixa vulnerabilidade social consultaram mais vezes o dentista e os idosos de regiões de alta e muito alta vulnerabilidade realizaram menor número de consultas ao dentista.

Tabela 10. Distribuição dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade programática conforme o IVS (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>IVS (%)</i>				
		<i>Muito baixo</i>	<i>Baixo</i>	<i>Médio</i>	<i>Alto</i>	<i>Muito alto</i>
<i>Índice de SUS dependência</i>	50%	94,98^a	0	0,69	0	0
	60%	5,02	85,61^a	0	0	0
	70%	0	8,33	99,31^a	0	0
	85%	0	6,06	0	81,36^a	21,62
	100%	0	0	0	18,64	78,38^a
<i>Tipo de serviço de saúde que utilizam</i>	SUS	26,69	48,76	53,96	86,21^b	84,29^b
	Plano privado	69,55^b	47,93	43,88	13,79	15,71
	Particular	3,76^b	3,31^b	2,16	0	0
<i>Posse de plano particular de saúde</i>	Sim	73,8^c	55,04^c	48,61	25,86	25,35
	Não	26,20	44,96	51,39	74,14^c	74,65^c
<i>Tempo de internação hospitalar</i>	0	88,56	85,83	87,32	89,66	85,71
	1 – 2	5,54	3,94	4,23	5,17	7,14
	> = 3	5,9	10,24	8,45	5,17	7,14
<i>Número de consultas médica</i>	0	4,58	4,8	6,99	9,8	6,45
	1 – 2	27,1	34,4	32,87	43,14	24,19
	> = 3	68,32	60,8	60,14	47,06	69,35
<i>Número de consultas odontológicas</i>	0	41,7	56,59	55,94	67,8^d	45,07
	1 – 2	39,11	31,78	34,27	22,03	43,66^d
	> = 3	19,19^d	11,63	9,79	10,17	11,27
<i>Tipo de serviço dentário que utilizam</i>	SUS	17,42	33,06	35,82	55,36^e	64,71^e
	Plano privado	10,61^e	9,68	5,22	3,57	8,82
	Particular	71,97^e	57,26	58,96	41,07	26,47

^a sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 2013,97$; GL= 16); ^b Exato de Fischer $p < 0,001$; ^c sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 86,31$;

GL= 4); ^d sign para $p < 0,002$ ($\chi^2 = 24,23$; GL= 8); ^e sign para $p < 0,001$ ($\chi^2 = 77,34$; GL= 8).

Impacto da vulnerabilidade social, individual e programática sobre a saúde percebida

Para compreender como cada variável indicativa de vulnerabilidade individual, social e programática relacionou-se independentemente com autopercepção positiva de saúde, foram feitas análises de regressão logística univariada e multivariada. A análise univariada mostrou como preditores mais importantes para a melhor autopercepção de saúde a ausência de doenças e a ausência de sinais e sintomas autorrelatados. Ausência de doenças correspondeu a 7,65 vezes mais chance de ter melhor saúde percebida do que ter 3 ou mais, assim como ausência de aos sinais e sintomas representou 7,50 vezes mais chance de melhor saúde percebida em comparação com ter 3 ou mais. Auto-avaliação positiva de saúde também foi influenciada pelas seguintes variáveis: renda familiar (idosos com renda maior do que 10 salários mínimos tiveram 4,06 vezes mais chance de perceber melhor a saúde do que indivíduos com até 3 salários mínimos); suporte social percebido (aqueles com maior suporte percebido tiveram 2,23 vezes mais chance de melhor saúde percebida do que os que tiveram baixo suporte social percebido); número consultas médicas (indivíduos que foram a 1 ou 2 consultas médicas no ano anterior tiveram chance 2,08 vezes maior de melhor saúde percebida do que os que não utilizaram os serviços médicos); Índice de Vulnerabilidade Social (morar em regiões com muito baixa vulnerabilidade social agregou chance 2,03 vezes maior de melhor saúde percebida do que morar em região de alta ou muito alta vulnerabilidade social); serviço dentário (possuir acesso a serviço odontológico particular trouxe 1,94 vezes mais chance de melhor saúde percebida do que depender dos serviços dentários oferecidos pelo SUS); índice de SUS dependência (1,91 vezes mais chance de melhor saúde percebida para indivíduos com menor dependência do SUS, quando comparados com aqueles com 85 a 100% de SUS-dependência); visitas ao dentista no último ano (idosos que foram 3 ou mais vezes ao dentista tiveram 1,75 mais chance de melhor saúde percebida do que os que não utilizaram esses serviços no ano anterior); e a posse de plano privado ou uso de serviço particular de saúde (tendo 1,50 vezes mais chance de melhor saúde percebida para os idosos que utilizam plano privado ou serviço particular de saúde em relação àqueles que utilizam o SUS) (Tabela 11).

Tabela 11. Resultados das análises de regressão logística univariada relativas às relações entre as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual, social e programática e a auto-avaliação positiva de saúde (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variável</i>	<i>Categorias</i>	<i>Valor-P</i>	<i>O.R.*</i>	<i>IC 95%</i>
Gênero	Feminino (ref.)	---	1.00	---
	Masculino	0.437	1.14	0.82 – 1.58
Idade	65-69 anos (ref.)	---	1.00	---
	70-74 anos	0.362	0.85	0.59 – 1.22
	75-79 anos	0.726	1.08	0.70 – 1.65
	≥80 anos	0.341	1.30	0.76 – 2.23
	≤3.0 S.M. (ref.)	---	1.00	---
Renda familiar mensal	3.1-5.0 S.M.	0.269	1.25	0.84 – 1.84
	5.1-10.0 S.M.	0.002	2.12	1.33 – 3.36
	>10.0 S.M.	<0.001	4.06	1.90 – 8.70
	Alta ou muito alta (ref.)	---	1.00	---
IVS	Média	0.223	1.34	0.84 – 2.16
	Baixa	0.498	1.18	0.73 – 1.91
	Muito baixa	0.001	2.03	1.33 – 3.09
	≥3 (ref.)	---	1.00	---
Tempo de internação (dias)	1-2	0.378	0.67	0.28 – 1.63
	0	0.230	1.43	0.80 – 2.56
	≥3 (ref.)	---	1.00	---
Número de consultas médicas/ano	1-2	<0.001	2.08	1.45 – 2.97
	0	0.073	1.93	0.94 – 3.94
	≥3 (ref.)	---	1.00	---
Tipo de serviço de saúde que utilizam	SUS (ref.)	---	1.00	---
	Planos privados ou particulares	0.012	1.50	1.09 – 2.04
Posse de plano de saúde	Não (ref.)	---	1.00	---
	Sim	0.114	1.28	0.94 – 1.75
Número de consultas odontológicas	0 (ref.)	---	1.00	---
	1-2	0.110	1.32	0.94 – 1.84
	≥3	0.022	1.75	1.08 – 2.82
Tipo de serviço dentário que utilizam	SUS (ref.)	---	1.00	---
	Planos privados	0.361	1.32	0.73 – 2.40
	Particulares	<0.001	1.94	1.38 – 2.73
Índice SUS dependência	85 ou 100 (ref.)	---	1.00	---
	70	0.550	1.15	0.73 – 1.82
	60	0.356	1.26	0.78 – 2.03
	50	0.002	1.91	1.26 – 2.89
Número de doenças	≥3 (ref.)	---	1.00	---
	1-2	<0.001	2.63	1.89 – 3.65
	0	<0.001	7.65	3.88 – 15.08
Sinais e sintomas	≥3 (ref.)	---	1.00	---
	1-2	<0.001	2.62	1.79 – 3.84
	0	<0.001	7.50	4.30 – 13.08
Número de AAVD e AIVD comprometidas (n= 16)	≥3 (ref.)	---	1.00	---
	1-2	0.175	1.25	0.91 – 1.72
	0	0.007	2.86	1.33 – 6.15
Suporte social percebido	Baixo (ref.)	---	1.00	---
	Médio	0.814	1.05	0.70 – 1.58
	Alto	<0.001	2.23	1.46 – 3.41

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para melhor saúde percebida; (n=283 com pior saúde e n=405 com melhor saúde). IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência.

Foi construído um modelo de regressão logística multivariada com critério *stepwise* de seleção de variáveis, o qual incluiu as selecionadas pela análise de regressão logística univariada. As variáveis que se mostraram simultaneamente associadas com auto-avaliação positiva de saúde aparecem na Tabela 12.

Melhor saúde percebida relacionou-se com menor número de doenças (chance 6.3 vezes maior para os idosos sem doenças em relação aos com 3 ou mais doenças), menor número de sinais e sintomas (chance 4.4 vezes maior para os indivíduos sem sinais e sintomas em relação aos com 3 ou mais problemas), melhor suporte social percebido (chance 2.05 vezes maior para os idosos com maior social) e uso de serviços dentários (chance 2.2 vezes maior para os que usam serviços dentários particulares).

Tabela 12. Resultados da análise de regressão logística multivariada relativas às relações entre as variáveis indicadoras de vulnerabilidade individual, social e programática e a auto-avaliação positiva de saúde (n=510). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis Selecionadas</i>	<i>Categorias</i>	<i>Valor-P</i>	<i>O.R.*</i>	<i>IC 95% O.R.*</i>
1. Número de doenças	≥3 (ref.)	---	1.00	---
	1-2	0.002	1.97	1.29 – 3.00
	0	<0.001	6.28	2.86 – 13.81
2. Número de sinais e sintomas	≥3 (ref.)	---	1.00	---
	1-2	0.003	2.14	1.30 – 3.51
	0	<0.001	4.42	2.26 – 8.63
3. Tipo de serviço dentário	SUS (ref.)	---	1.00	---
	Plano privado	0.314	1.46	0.70 – 3.02
	Particular	<0.001	2.24	1.46 – 3.45
4. Suporte social percebido	Baixo (ref.)	---	1.00	---
	Médio	0.643	0.89	0.53 – 1.48
	Alto	0.010	2.05	1.19 – 3.53

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para melhor saúde percebida; (n=215 com pior saúde e n=295 com melhor saúde). IC 95%

OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa envolveu amostra de idosos residentes na zona urbana de Campinas e teve como objetivos descrever o perfil populacional conforme vulnerabilidade social, individual e programática; comparar os grupos quanto ao gênero, à idade e à renda familiar mensal e analisar a influência das variáveis sobre a saúde percebida dos idosos.

Foi encontrada maior proporção de mulheres (68%) do que de homens, dado semelhante aos de outras pesquisas nacionais de levantamento ou de base populacional (Barros et al., 2009; IBGE, 2010; Lebrão & Duarte, 2003; Matos & Lima-Costa, 2007; Mota et al., 2010) e internacionais (Bath, 2003; Cheng et al., 2007; Fung et al., 2009; Idler et al., 1999; Kondo et al., 2008; Mazzella et al., 2010; Miller & Wolinsky, 2007; Svedberg et al., 2005), refletindo o fenômeno de feminização da velhice (Neri, 2007). Porém, a frequência de mulheres superou a de outros estudos, talvez por causa da forma de recrutamento dos participantes, realizado principalmente por agentes comunitárias, em sua maioria mulheres. Outra hipótese é que geralmente as mulheres têm maior adesão a tratamentos e informações sobre saúde, não só por estarem mais expostas a mais sinais e sintomas do que os homens, mas igualmente porque durante a vida adulta tiveram mais contato com serviços de saúde, para si ou para os filhos.

Na amostra do FIBRA Campinas, 69,33% dos idosos tinham entre 65 e 74 anos e 36,34% tinham entre 65 e 69. Esses dados replicam os de outros estudos populacionais brasileiros (Lebrão & Duarte, 2003, Matos & Lima-Costa, 2007) e são semelhantes à distribuição etária da população idosa da cidade de Campinas (IBGE, 2008). A maior presença de idosos mais novos tem relação com a transição demográfica (IBGE, 2010; Matos & Lima-Costa, 2007). O aumento da população de idosos mais velhos, e entre eles principalmente o de mulheres, foi observado em diversos estudos (Camarano et al., 2004; IBGE, 2008). Na cidade de Campinas esta porcentagem é de 20,14% (IBGE, 2008), possivelmente devido às características da cidade, que possui alto índice de desenvolvimento humano. Os idosos com 80 anos ou mais representaram 10,9% do total da amostra, resultado inferior aos dados do censo de Campinas talvez por causa dos critérios de exclusão, ou porque os idosos mais velhos teriam tido mais dificuldade do que os mais novos para comparecer aos locais de coleta de dados.

Dos entrevistados, aproximadamente 8% ganhavam 10 salários mínimos ou mais, resultado superior ao da população brasileira, que pode estar relacionado ao alto IDH de

Campinas. Mais de 60% viviam com renda familiar mensal entre um e cinco salários mínimos e cerca de 7% viviam com renda familiar mensal menor ou igual a um salário mínimo. Estes dados sinalizam a existência de forte desigualdade social, ocorrência observada também por Lebrão e Duarte (2003). Uma das limitações deste estudo é que não foi perguntado aos idosos quantas pessoas dependiam da renda familiar, para evidenciar se esse recurso era protetor ou colocava o idoso em risco.

Segundo Camarano et al. (2004) e Engler (2007), os idosos são considerados vulneráveis, vulnerabilidade atribuída a não serem produtivos economicamente, não terem renda e apresentarem incapacidades físicas e cognitivas decorrentes da idade. Porém, nem todos os idosos têm estas características e, além disso, há interdependência econômica entre o idoso e seus familiares, mesmo entre os mais pobres. A renda do idoso, garantida pelo sistema de seguridade social, causa impacto não somente no indivíduo, mas em toda a família. As famílias que têm idosos apresentam melhores condições econômicas e têm maior número de indivíduos que não trabalham e que dependem da renda do idoso.

Houve maior quantidade de idosos com 80 anos ou mais nos grupos com renda mais alta e nos grupos com renda mais baixa. Segundo Barros et al. (1999), a maior quantidade de idosos mais velhos no grupo com renda mais alta é explicada pela existência de relação positiva entre renda e maior expectativa de vida. A maior quantidade de idosos com 80 anos ou mais no grupo de indivíduos com renda mais baixa também foi encontrada no estudo de Camarano et al. (2004) e talvez se deva à adaptação física e psicológica de pelo menos uma parcela desse grupo de sobreviventes às adversidades ao longo da vida. Baixa renda e desigualdade econômica afetam a qualidade de vida e o acesso aos serviços de saúde, que são piores para famílias e indivíduos mais pobres (Lima-Costa, Barreto, Giatti & Uchôa, 2003).

Foi observada maior quantidade de mulheres com renda menor que três salários mínimos e maior quantidade de homens com renda de mais de cinco salários mínimos. Lebrão e Duarte (2003) relataram que as mulheres apresentam menor renda individual do que os homens e encontraram maior quantidade de mulheres só com seguridade social e maior quantidade de homens com outras fontes de renda. O rendimento das mulheres é menor do que o dos homens, em parte devido a razões sociais de curso de vida. Porém, a renda das idosas brasileiras tem aumentado nos últimos anos, por causa da universalização das aposentadorias e das pensões e devido a oferta do benefício de prestação continuada aos idosos muito pobres.

Mais de 80% dos indivíduos que envelhecem no Brasil mantêm autonomia e independência e exercem todas as atividades próprias deste grupo populacional. Os outros 20% utilizam os serviços de saúde de forma mais intensa e requerem cuidados mais caros e especializados, por serem doentes e terem incapacidades (Martins, Schier, Erdmann & Albuquerque, 2007; Veras et al, 2007). O declínio biológico presente no envelhecimento propicia aumento do risco para doenças crônicas e degenerativas e a presença de sinais e sintomas. A frequência e a cronicidade dos prejuízos cognitivos e de saúde podem refletir risco para o funcionamento físico e cognitivo. A carência acumulativa de acesso a bens e oportunidades sociais prejudica a manutenção e a recuperação da saúde, assim como da independência e da autonomia. O idoso pode ter sua capacidade funcional reduzida e consequente aumento da necessidade de proteção. Estas questões trazem à tona a importância dos cuidados propiciados pelo Estado e por outros agentes sociais, entre eles, a família (Berg et al., 2007; Fortes-Burgos, 2010).

Somente 11% dos indivíduos afirmaram não ter nenhuma doença, 18% relataram não ter nenhum problema de saúde e 6% declararam não ter nenhuma incapacidade funcional, à semelhança dos resultados encontrados em outros estudos brasileiros (IBGE, 2010; Lima-Costa, Barreto & Giatti 2003; Veras & Parahyba, 2007;). Doenças graves podem desencadear perda da autonomia e diminuição do bem-estar. A maioria dos idosos do FIBRA Campinas apresentou pelo menos uma doença crônica, pelo menos um problema de saúde e pelo menos uma incapacidade. À semelhança dos dados do IBGE (2010), na amostra do FIBRA, mais de 50% dos idosos apresentaram até duas doenças, mais de 70% até dois sinais e sintomas e aproximadamente 42% apresentaram até duas dificuldades em atividades de vida diária. Para o idoso, a qualidade de vida tem mais relação com a funcionalidade e o modo com que se adapta às perdas físicas e cognitivas decorrentes do envelhecimento do que com comorbidades. A independência funcional está associada com boa saúde, participação social e qualidade de vida na velhice (Farias & Buchalla, 2005; Fortes-Burgos, 2010; Santos et al, 2007; WHO, 1981).

A frequência de mulheres com maior quantidade de doenças, sinais e sintomas foi significativamente maior do que a de homens, como ocorreu em outros estudos (Barros et al., 2006; Hirve et al., 2010). Houve maior frequência de incapacidade funcional em indivíduos mais velhos, como em outros estudos (Barros et al., 2006; Hirve et al., 2010; IBGE, 2010; Lachman & Agrigoroaei, 2010; Martin et al., 2007; Park et al. 2009). Porém houve mais homens do que mulheres com incapacidade funcional, discordando da

literatura que mostra que apesar de mais longevas, as mulheres apresentam maiores índices de incapacidade funcional (Fiedler & Peres, 2008; Parahyba & Veras, 2008; Santos et al., 2007; Tavares et al., 2007).

É importante especificar as atividades analisadas em cada estudo para compará-los corretamente. Os idosos entrevistados tinham boa capacidade funcional, em parte devido aos critérios de exclusão e também porque o estudo exigia que fossem por conta própria ao local de coleta. No estudo FIBRA Campinas, foram utilizadas questões referentes às AAVDs e AIVDs, que, segundo Fonseca e Rizzotto (2008) e Lebrão e Laurenti (2005), são atividades mais complexas e relacionadas ao envolvimento social e não devem ser assumidas pura e simplesmente como indicadores de capacidade funcional. Assim, provavelmente os resultados da amostra de Campinas, que foram desfavoráveis aos homens, quanto ao desempenho de AAVDs e de AIVDs, devem-se ao fato de os homens terem menor interesse em participação em grupos sociais do que as mulheres, habitualmente envolvidas com grupos de convivência, grupos religiosos, passeios e viagens (Areosa, 2004).

Foi identificada maior frequência de incapacidades funcional entre os indivíduos de IVS alto e médio, dado semelhante aos de outros estudos, nos quais maior IVS tem relação com menor renda e os idosos com piores condições de renda têm piores índices de capacidade funcional (Fiedler & Peres, 2008; Parahyba & Veras, 2008; Santos et al., 2007; Tavares et al., 2007).

Os resultados mostraram uma quantidade significativamente maior de indivíduos com maior renda de residentes em regiões com muito baixa vulnerabilidade social, que não relataram sinais e sintomas. Os idosos com menor renda apresentaram maior número de sinais e sintomas, o que significa que idosos em piores condições sociais são mais vulneráveis dos pontos de vista biológico devido à falta de atenção à saúde durante a vida. Segundo Lima-Costa (2004a) a renda influencia o consumo, a alimentação e os hábitos de vida, que são importantes na prevenção de doenças e incapacidades. Os hábitos saudáveis têm relação com a renda e a disponibilidade de recursos (como lugares adequados e seguros para a prática de atividades físicas) e o cuidado necessário, quando o idoso necessita de serviços de saúde.

O apoio social oferecido pela rede de relações informais é importante recurso de proteção para o idoso. Mais de 75% dos idosos declararam ter níveis médio e alto de suporte social, resultados semelhantes ao estudo de Guedea et al. (2006). Porém, é

importante salientar que não só o idoso precisa de ajuda, mas há uma interrelação de apoio entre ele e seus familiares e, em muitos casos, o idoso mais oferece do que recebe ajuda dentro da família (Camarano et al, 2004; Pinto et al., 2006). Como a maioria deles têm autonomia e capacidade funcional preservadas durante muitos anos, podem ajudar tanto financeiramente, como já discutido anteriormente, quanto no cuidado dos netos, nas tarefas domésticas, nos empreendimentos ou nos trabalhos informais de membros da família.

A maioria dos idosos da amostra de Campinas apresentou índices baixos de SUS-dependência. Cerca de 50% tinham plano privado de saúde e utilizavam serviços particulares. Estes dados estão possivelmente relacionados ao alto IDH de Campinas, que em comparação com outras cidades do Estado de São Paulo, tem maior percentual de população residente em regiões de muito baixa e nenhuma vulnerabilidade social (SEADE, 2000) e assim, menos dependente dos serviços do SUS. A relação entre renda mais alta e posse de plano privado de saúde é descrita na literatura (Pessoto et al., 2007; Veras & Parahyba, 2007). Nesta pesquisa, idosos que viviam em regiões de maior vulnerabilidade social apresentaram maior dependência de serviços do SUS, menos uso de plano particular de saúde e menor número de consultas ao dentista.

O índice de internações hospitalares no ano que antecedeu a pesquisa foi baixo, de forma semelhante aos dados de Lima-Costa e Loyola Filho (2008). Esse resultado talvez reflita bons níveis de saúde associados à renda média relativamente alta dos idosos, mas nos grupos sociais mais vulneráveis, pode indicar deficiências no acesso a serviços de diagnóstico e tratamento de saúde. Na amostra, 63,45% submeteram-se a três ou mais consultas médicas no último ano e 30,8% foram a uma ou duas, índices que se assemelham aos da literatura (Fiedler & Peres, 2008; Louvison et al., 2008). A frequência elevada de consultas médicas pode ser um indicador positivo ou negativo. Positivo, se as consultas são realizadas como forma de prevenção e manutenção da saúde, indicando menor quantidade de internações e melhores condições de saúde no futuro. Porém dependendo de como é o acesso a esses serviços, a demora para marcação das consultas, a qualidade dos atendimentos, acompanhamentos e encaminhamentos para outros serviços e especialistas, um maior número de consultas pode ser desgastante para os idosos e significar acesso inadequado aos serviços de saúde. Veras e Parahyba (2007) relataram um aumento do número de consultas realizadas pelos idosos entre 1998 e 2003. Os autores sugerem que este cenário pode representar uma melhoria na cobertura da atenção ou a maior procura dos serviços de saúde pelos idosos. Uma das possibilidades para este aumento é que as

políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde estejam se refletindo em mais busca de atendimento e em maior cuidado do idoso com a própria saúde. Esses resultados podem ser atribuídos, também, a melhorias tecnológicas na área da saúde, ao aumento dos programas de prevenção e educação na saúde, às políticas de proteção social, à elevação do status social do idoso e, conseqüentemente, a mais procura por serviços e a mais cuidado com a própria saúde (Lima-Costa & Loyola Filho, 2008; Veras & Parahyba, 2007).

Segundo Lima-Costa (2004 b), os idosos mais velhos e com menor renda têm pior acesso aos serviços de saúde, dado também encontrado nesta pesquisa, na qual se observou uma frequência mais baixa de uso de serviços de saúde pelos idosos de 65 a 69 anos e daqueles com 80 anos ou mais. Os idosos mais jovens teriam ido pouco ao médico por apresentarem melhor saúde, enquanto os mais velhos por falta de ajuda instrumental e por causa da pobreza. Não houve diferença significativa entre o número de consultas médicas e internações no último ano exibido pelos diferentes grupos de renda e de vulnerabilidade social. Porém, é importante pensar no acesso aos serviços de saúde e diferenças nos atendimentos em serviços públicos e particulares. Segundo Polaro (2001), os idosos com mais dependência aos serviços públicos de saúde e baixa renda têm pior acesso aos serviços de saúde, maior quantidade de hospitalizações e óbitos, e, provavelmente, buscam serviços quando o quadro da doença já está demasiado grave. São encontrados idosos em longas filas de espera para agendamento de consultas especializadas, exames e internações hospitalares, deixando explícita a carência do sistema público de saúde. Porém os serviços particulares também apresentam recursos insuficientes para atender às necessidades dos idosos (Martins, Schier, Erdmann & Albuquerque, 2007; Veras et al., 2007).

Foi observada maior quantidade de mulheres do que de homens vivendo em regiões de muito baixa vulnerabilidade social e baixo índice de SUS-dependência, com mais posse de planos privados de saúde e com maior número de consultas médicas no último ano. Havia mais homens em regiões de alta vulnerabilidade e altos índices de dependência do SUS, nas quais se verificou mais uso de serviços públicos de saúde e menos visitas ao médico no último ano. Este dado pode ter relação com a maior longevidade das mulheres e a associação entre mais anos vividos e maior renda. Os idosos com renda mais alta residiam principalmente em regiões de IVS mais baixo, tinham menor dependência do SUS e utilizavam mais plano privado de saúde. Houve maior quantidade de idosos mais velhos nos grupos de muito baixa vulnerabilidade social e com menor dependência dos serviços do SUS. Os idosos que viviam em regiões de menor vulnerabilidade social

apresentaram menor dependência aos serviços públicos de saúde e utilizavam mais plano privado e mais serviços particulares de saúde. Provavelmente os idosos mais velhos e mais independentes apresentam melhores condições de saúde e tiveram mais oportunidades durante a vida. Outros estudos mostraram a relação entre piores condições econômicas e maior dependência dos serviços públicos de saúde (Lima-Costa & Loyola Filho, 2008; Louvison et al., 2008; Pessoto et al., 2007; Veras & Parahyba, 2007). As diferenças de renda influenciam o acesso aos serviços de saúde, que é pior para indivíduos e famílias mais pobres. Devido à desigualdade quanto ao acesso aos serviços de saúde públicos e privados no Brasil, pequenas diferenças na renda domiciliar são capazes de afetar o uso dos serviços de saúde e as condições de saúde dos idosos (Lima-Costa & Loyola Filho, 2008; Veras & Parahyba, 2007).

Metade dos entrevistados utilizava serviço dentário particular, assim como no estudo de Benedetti et al. (2007) em que, entre 48% dos idosos que buscaram atendimento odontológico, aproximadamente 70% o fizeram através da rede privada. Em Campinas, cerca de 50% dos idosos consultaram o dentista no último ano, diferentemente de outros estudos em que a proporção de idosos que consultou serviços dentários no último ano foi menor que 20% (Baldani et al., 2010; Matos & Lima-Costa, 2007). Esse dado pode estar relacionado às características sociodemográficas da amostra: aproximadamente 60% dos idosos vivem em região de baixa ou muito baixa vulnerabilidade social e têm menor dependência do SUS, ou seja, têm melhores condições financeiras para pagar por serviços odontológicos, em sua maioria particulares.

O acesso aos serviços dentários está relacionado à melhor condição econômica para indivíduos de todas as idades (Araújo et al., 2009; Baldani et al., 2010; Matos & Lima-Costa, 2007). Quanto menor a renda, menos os idosos procuram serviços médicos e odontológicos. Na amostra do FIBRA Campinas, os indivíduos mais pobres e que viviam em regiões de maior IVS foram menos ao dentista e utilizaram mais o SUS, enquanto os mais ricos utilizaram mais os serviços particulares. Conforme Moreira et al. (2005), um agravante é o fato de existir baixa oferta de serviços públicos de saúde bucal no Brasil. Assim, as principais barreiras no acesso aos serviços odontológicos são a baixa escolaridade, a baixa renda e a escassa oferta de serviços públicos de atenção à saúde bucal.

A frequência a consultas médicas foi bem superior à frequência ao dentista. Segundo Benedetti e colaboradores (2007), a associação da ida ao médico com a ida ao

dentista poderia ser estreitada, no momento da consulta médica, ocorrência frequente na vida do idoso. A ampliação da oferta de tratamentos odontológicos gratuitos poderia trazer benefícios adicionais para a população idosa. A determinação da prevalência da utilização dos serviços odontológicos e das características de seus usuários pode auxiliar no planejamento de futuras ações em saúde. Os investimentos deveriam priorizar a adequação da oferta de serviços públicos odontológicos ao perfil epidemiológico dos idosos; a eliminação de barreiras ao acesso aos serviços; a capacitação de profissionais da saúde para lidar com idosos e a conscientização das autoridades e dos demais segmentos da população sobre a importância da saúde bucal para a qualidade de vida também das pessoas idosas (Araújo et al., 2009; Benedetti et al., 2007). Num quadro em que as desigualdades socioeconômicas determinam diferentes formas de adoecer e diferentes necessidades e acessos aos serviços de saúde, é necessário que os setores público e privado implementem redes de atenção básica, permitindo um uso mais equitativo e que responda às necessidades efetivas da população (Louvison et al., 2008).

A maneira como o idoso percebe a própria saúde pode atuar de forma positiva ou negativa sobre o seu bem-estar. Positiva, se a pior percepção da própria saúde motivar o idoso para o autocuidado, para pedir ajuda quando necessário e para buscar serviços especializados. Negativa, caso o idoso tenha boa autopercepção de saúde na presença de má saúde objetiva, e se esta percepção errada torna-se um empecilho para a busca de tratamento ou um determinante do adiamento de um cuidado que, se feito precocemente, poderia prevenir agravos das doenças e disfunções e diminuição ou perda da autonomia. Também pode ser negativa, se a pior percepção da própria saúde fizer com que o idoso não tenha estímulo para se cuidar e para ter uma boa qualidade de vida. As condições clínicas e subjetivas são fundamentais, mas não são os únicos critérios na determinação do autocuidado e procura pelos serviços de saúde. Também são importantes a renda, o gênero e as facilidades ou dificuldades com o acesso aos serviços de saúde.

Mais da metade dos idosos que participaram deste estudo relataram ter boa ou muito boa saúde, dado semelhante ao de outros estudos populacionais (Barros et al., 2009; Bath, 2003; Benedetti et al., 2007; Chittleborough et al., 2009; IBGE, 2010; Idler et al. 1999; Louvison et al., 2008). A boa autopercepção de saúde nos idosos pode ser explicada, em parte, por adaptações psicológicas, mesmo na presença de indicadores de vulnerabilidade.

Diversos estudos mostraram mais avaliações negativas de saúde entre as mulheres do que entre os homens (Barros et al., 2009; Bath, 2003; Benyamini et al., 2003; De Vitta et al., 2006; Hirve et al., 2010; Park et al., 2009; Romero, 2002). Esse dado se repetiu em Campinas, embora sem diferença significativa entre os gêneros. Foi observada melhor autopercepção de saúde entre aqueles com renda mais alta e com baixa vulnerabilidade social e houve mais idosos com pior autopercepção de saúde entre os de renda mais baixa e alta vulnerabilidade social, resultados esses semelhantes aos de outras pesquisas (Blazer, 2008; Brenes-Camacho, 2011; Chittleborough et al., 2009; Hirve et al., 2010; IBGE, 2010; Kondo et al., 2008; Martin et al., 2007; Park et al., 2009; Singh-Manoux, 2007).

O aumento do número de doenças crônicas somado às dificuldades no acesso aos serviços de saúde incrementam a necessidade de proteção informal. As doenças crônicas, os aspectos relacionados ao acesso aos serviços de saúde e o suporte social percebido foram fortemente associados à melhor autopercepção de saúde na análise multivariada. O acesso a serviços dentários mostrou-se associado à maior renda. Os idosos mais pobres têm sua saúde bucal prejudicada pela escassez de serviços odontológicos no sistema público de saúde. Os indivíduos com acesso a consultas particulares têm melhores condições socioeconômicas e mais acesso a proteção e cuidado durante toda a vida e provavelmente por isso suas avaliações de saúde são mais positivas.

Este estudo teve limitações referentes à forma de recrutamento, feito majoritariamente pelas agentes comunitárias, que terá contribuído para privilegiar a maior participação feminina; aos critérios de exclusão, que implicou na participação de idosos mais saudáveis e com melhor capacidade funcional, excluindo, desde o princípio, idosos com maior vulnerabilidade física. O fato de ser um estudo de caráter transversal impediu o conhecimento das relações entre os diferentes domínios de vulnerabilidade e saúde percebida ao longo dos anos.

CONCLUSÕES

Na amostra pesquisada, houve predominância do gênero feminino e de idosos residentes em regiões de baixo IVS e de baixa dependência dos serviços públicos de saúde. A maioria dos idosos apresentou boas condições gerais de saúde, com pelo menos uma doença, sinal ou sintoma e comprometimento em atividades funcionais. Os entrevistados

relataram ter bons níveis de suporte social percebido e de saúde percebida. Problemas de saúde e suporte social avaliado como insuficiente apareceram como potencializadores da busca de serviços médicos. A vulnerabilidade social associou-se de forma importante com o acesso e o uso de serviços públicos ou privados de saúde. A utilização de serviços odontológicos privados, mais comum entre idosos com melhores rendas, associou-se também a auto-avaliações mais positivas da saúde.

Analisar a amostra de Campinas conforme os três domínios da vulnerabilidade é uma forma de pensar nos idosos e nos diversos fatores que influenciam sua saúde, relacionando-os com as diferentes oportunidades e diferentes formas de proteção. O conjunto de condições sociais, físicas, cognitivas e de acesso aos serviços durante a vida pode favorecer ou prejudicar a qualidade de vida dos idosos. São dados importantes para serem levados em conta no planejamento e na avaliação da atenção à saúde dos idosos.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, M. G. G., & Nascimento, M. A. A. (2005). Saúde, doença e envelhecimento: representações sociais de um grupo de idosos da Universidade Aberta à Terceira Idade (UATI) – Feira de Santana-BA. *Textos Envelhecimento*, 8 (3), 339 – 359.
- Alves, L. S., & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17 (5/6), 333 – 41.
- Araújo, C. S., Lima, R. C., Peres, M. A., & Barros, A. J. D. (2009). Utilização de serviços odontológicos e fatores associados: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25 (5), 1063 – 1072.
- Areosa, S.V. C. (2004). O que pensam as mulheres e os homens idosos sobre o seu envelhecimento? *Revista Virtual Textos & Contextos*, 3 (3). Acesso em 14 de julho de 2011, disponível em:
<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/978/758>
- Ayres, J. R. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde. In D. Czeresnia e C. M. Freitas (Orgs.), *Promoção da saúde – conceitos, reflexões, tendências* (2ª ed., pp.121 – 144). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & França Jr, I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In G. W. S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior e Y. M. de Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., pp. 375 – 417). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Baldani, M. H., Brito W. H., Lawder, J. A. C., Mendes, Y. B. E., Silva, F. F. M., & Antunes, J. L. F. (2010). Determinantes individuais da utilização de serviços odontológicos por adultos e idosos de baixa renda. *Revista brasileira de epidemiologia*, 13 (1), 150 – 162.
- Baltes, M. M., Mayr, U., Borchelt, M., Maas, I., & Wilms, H. U. (1993). Everyday competence in old and very old age: An interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, 13, 657 – 680.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A Terceira Idade*, 17 (36), 7 – 31.
- Barchifontaine, C. D. (2006). Vulnerabilidade e dignidade humana. *O Mundo da Saúde*, 30(3), 434-40

- Barros, M. B. A., César C. L. G., Carandina L., & Torre, G. D. (2006). Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4), 911 – 926.
- Barros, M. B. A., Zanchetta, L. M., Moura, E. C., & Malta, D. C. (2009). Auto avaliação da saúde e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*, 43 (Supl 2), 27 – 37.
- Barros, R. P., Mendonça, R., Santos, D. (1999). Incidência e natureza da pobreza entre idosos no Brasil. In A. A. Camarano (Org.), *Muito além dos 60: Os novos idosos brasileiros* (pp. 221 – 249). Rio de Janeiro: IPEA.
- Bath, P. A. (2003). Differences between older men and women in the self-rated health – mortality relationship. *The Gerontological Society of America*, Special Section, 43 (3), 387 – 395.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2007). Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies (CES-D) entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 598 – 605.
- Benedetti, T. R. B., Mello, A. L. S. F. & Gonçalves, L. H. T. (2007). Idosos de Florianópolis: autopercepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciência & saúde coletiva*, 12 (6), 1683 – 1690.
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A., & Modan, B. (2003). Gender Differences in the Self-Rated Health–Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival? *The Gerontological Society of America*, Special Section, 43 (3), 396 – 405.
- Berg, C. A., Smith, T. W., Henry, N. J. M., & Pearce, G. E. (2007). A developmental approach to psychological risk factors and successful aging. In C. M. Aldwin, C. L. Park, e A. Spiro III (Eds.). *Handbook of Health Psychology and Aging*, 3, 30 – 53.
- Bernard, S. L., Kincade, J. E., Konrad, T. R., Arcury, T. A., Rabiner, D. J., Woomert, A., DeFries, G. H., & Ory, M. G. (1997). Predicting mortality from community surveys of older adults: the importance of self-rated functional ability. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B (3), S155 – S163.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994) O Mini-exame do Estado Mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 52, 1 – 7.
- Blazer, D. G. (2008). How do you feel about...? Health outcomes in late life and self perceptions of health and well-being. *The Gerontological Society of America*, 48 (4), 415 – 422.

- Brenes-Camacho, G. (2011). Favourable changes in economic well-being and self-rated health among the elderly. *Social Science and Medicine*, 72 (8/10), 1228–1235.
- Brito, F. C., Nunes, M. I., & Yuaso, D. R. (2007). Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de avaliação. In M. P. Netto (Org.), *Tratado de Gerontologia* (2ª ed. revista e ampliada, pp. 133 – 148). São Paulo: Editora Atheneu.
- Brocklehurst, H., & Laurenson, A. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*, 17 (21), 1354 – 57.
- Brucki, S. M. D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P. H. F., & Okamoto, I. H. (2003). Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 777 – 781.
- Camarano, A. A., Kanso, S., & Mello, J. L. (2004). Como vive o idoso brasileiro? In.: A. A. Camarano (Org.), *Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?* (pp. 25 – 73). Rio de Janeiro: IPEA.
- Campos, G. W. S. (2006). Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In G. W. S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior e Y. M. de Carvalho (Orgs.), *Tratado de Saúde Coletiva* (2ª ed., p.53 – 92). São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Chaimowicz, F. (1997) A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, 31 (2), 184 – 200.
- Cheng, S.T., Fung, H., & Chan, A. (2007). Maintaining Self-Rated Health Through Social Comparison in Old Age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 62B (5), 277 – 285.
- Chittleborough, C. R., Taylor, A. W., Baum, F. E., & Hiller, J. E. (2009). Monitoring Inequities in Self-Rated Health Over the Life Course in Population Surveillance Systems. *American Journal of Public Health*, 99 (4), 680 – 689.
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. In G. Sarason e B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research, and applications* (pp. 73-94). The Hague: Martinus Nijhoff.
- De Vitta, A. (2001). *Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos*. Tese de Doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- De Vitta, A., Neri, A.L., & Padovani, C. R. (2006). Saúde percebida em homens e mulheres sedentários e ativos, adultos jovens e idosos. *Salusvita*, 25 (1), 23 – 34.

- Debert, G.G. (2004) As classificações etárias e a juventude como estilo de vida. In G. G. Debert, *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento* – (pp. 39 – 70). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp.
- Demakakos, P., Nazroo, J., Breeze, E., & Marmot, M. (2008). Socioeconomic status and health: The role of subjective social status. *Social Science & Medicine*, 67, 330 – 340.
- Engler, T. (2007). Como a economia pode favorecer uma velhice bem sucedida. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 83 – 126). São Paulo: Editora Alínea.
- Farias N., & Buchalla C. M. A. (2005). Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8 (2), 187 – 193.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler Jr, G. B., & Walston, J. D. (2004). Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 625-624.
- Fiedler, M. M., & Peres, K. G. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (2), 409 – 415.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive status of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189 – 198.
- Fonseca, F. B., & Rizzotto, M. L. F. (2008). Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), 365 – 373.
- Fortes-Burgos, A. C. G. F. (2010). *Condições de risco biológico e psicossocial, recursos psicológicos e sociais e funcionalidade em idosos residentes na comunidade*. Tese de doutorado, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Fried, L. P., Tangen, C., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., & Gottdiener, J. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A (3), 146 – 156.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados – SEADE (2000). *Secretaria de Economia e Planejamento do Estado de São Paulo*. Acesso em 5 de agosto de 2010, disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/apresentacao.php>

- Fung, H.H., Yeung, D.Y., Li, K., & Lang, F.R. (2009). Benefits of negative social exchanges for emotional closeness. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 64B (5), 612 – 621.
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L., & Allore, H. (2010). Trajectories of disability in the last year of life. *The New England Journal of Medicine*, 1, 1173 – 1180.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301 – 308.
- Guimarães, A. B. F. (2007). *Níveis de atividade física da população de sessenta anos e mais em um pequeno município do interior paulista*. Dissertação de Mestrado, Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Hirve, S., Juvekar, S., Lele, P., & Agarwal, D. (2010). Social gradients in self-reported health and well-being among adults aged 50 and over in Pune District, India. *Global Health Action*, 2 (3), 88 – 95.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine*, 7 (7), 1 – 20.
- IBGE (2008). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Acesso em 05 de julho de 2010, disponível em: www.ibge.gov.br.
- IBGE (2010). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Estudos & Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. Acesso em 12 de maio de 2011, disponível em: www.ibge.gov.br.
- Idler, E. L., Hudson, S. V., & Leventhal, H. (1999). The meanings of self-ratings of health. *Research on Aging*, 21 (3), 458 – 476.
- Iucif Jr, N., & Rocha, J. S. Y. (2004). Estudo da desigualdade na mortalidade hospitalar pelo índice de comorbidade de Charlson. *Revista de Saúde Pública*, 38 (6), 780 – 786.
- Jóia, L. C., Ruiz, T., & Donalísio, M. R. (2008). Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17 (3), 187 – 194.
- Kondo, N., Kawachia, I., Subramaniana, S.V., Takedac, Y., & Yamagatab, Z. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health?:

Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social Science & Medicine*, 67 (6), 982 – 987.

Lachman, M.E., & Agrigoroaei, S. (2010). Promoting Functional Health in Midlife and Old Age: Long-Term Protective Effects of Control Beliefs, Social Support, and Physical Exercise. *PLoS ONE – Public Library of Science*, 5 (10), 1 – 9.

Lawton, M. P., & Brody, P. (1969). Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179 – 186.

Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2003). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2005). Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8 (2), 127 – 141.

Leinonen, R., Kaprio, J., Jylhä, M., Tolvanen, A., Koskenvuo, M., Heikkinen, E., & Rantanen, T. (2005). Genetic Influences Underlying Self-Rated Health in Older Female Twins. *Journal American Geriatric Society*, 53 (6), 1002 – 1007.

Liang, J., Shaw, B. A., Bennett, J. M., Krause, N., Kobayashi, E., Fukaya, T., & Sugihara, Y. (2007). Intertwining Courses of Functional Status and Subjective Health Among Older Japanese. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 62B (5), S340 – S348.

Liang, J., Shaw, B. A., Krause, N., Bennett, J. M., Kobayashi, E., Fukaya, T., & Sugihara, Y. (2005). How Does Self-Assessed Health Change With Age? A Study of Older Adults in Japan. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 60B (4), S224 – S232.

Lima-Costa M. F., & Loyola Filho, A. I. (2008). Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 17 (4), 247 – 258.

Lima-Costa M. F., Barreto S. M., & Giatti L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3), 735 – 743.

Lima-Costa MF, Firmo J. O. A., & Uchôa, E. (2004). A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: projeto Bambui. *Revista de Saúde Publica*, 38 (6), 827 – 834.

Lima-Costa, M. F. (2004a). A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de Saúde da Região

Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 13 (4), 201 – 208.

Lima-Costa, M. F. (2004b). Influência da idade e escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde. – Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 13 (4), 209 – 215.

Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., Giatti, L., & Uchôa, E. (2003). Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (3), 745 – 757.

Louvison, M. C. P., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., Malik, A. M., & Almeida, E. S. (2008). Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 42 (4), 733 – 40.

Luiz, O. C., Heimann, L. S., & Boaretto R. C. (2009). Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. *Revista de Saúde Pública*, 43 (1), 115 – 122.

Marcolin, N. (2008). Uma política para o bem-envelhecer. Entrevista a Alexandre Kalache. *Portal do Envelhecimento*, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Acesso em julho de 2011, disponível em: revistapesquisa.fapesp.br

Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372, 1661 – 1669.

Martikainen, P., Aromaa, A., Heliövaara, M., Klaukka, T., Knekt, P., Maatela, J., & Lahelma, E. (1999). Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science & Medicine*, 48 (8), 1117 – 1122.

Martin, L. G., Schoeni, R. F., Freedman, V. A. & Andreski, P. (2007). Feeling Better? Trends in General Health Status. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 62B (1), S11 – S21.

Martins, A. M. E. B. L., Barreto, S. M., & Pordeus, I. A. (2007). Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 22 (5), 308 – 316.

Martins, J. J., Schier, J., Erdmann, A. L., & Albuquerque, G. L. (2007). Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10 (3), 371 – 382.

- Matos, D. L., & Lima-Costa, M. F. (2007). Tendência na utilização de serviços odontológicos entre idosos brasileiros e fatores associados: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 e 2003). *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (11), 2740 – 2748.
- Mazzella, F., Cacciatore, F., Galizia, G., Della-Morte, D., Rossetti, M., Abbruzzese, R., Langellotto, A., Avolio, D., Gargiulo, G., Ferrara, N., Rengo, F., & Abete, P. (2010). Social support and long-term mortality in the elderly: Role of comorbidity. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51 (3), 323 – 328.
- Merz, E. M., & Huxhold, O. (2010) Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing & Society*, 30, 843-857.
- Miller, T. R., & Wolinsky, F. D. (2007). Self-Rated Health Trajectories and Mortality Among Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 62B (1), S22–S27.
- Moreira, R. S., Nico, L. S., Tomita, N. E., & Ruiz, T. (2005). A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (6), 1665 – 1675.
- Mota, F. R. N., Oliveira, E. T., Marques, M. B., Bessa, M. E. P., Leite, B. M. B., & Silva, M. J. (2010). Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso. *Escola Anna Nery*, 14 (4), 833 – 838.
- Neri, A. L. (2007). Feminização da velhice. In A. L. Neri (Org.), *Idosos no Brasil. Vivências, desafios e expectativas na terceira idade* (pp. 47-64). São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESCSP.
- Neves, M. C. P. (2007). Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In C. P. Barchifontaine e E. L. C. P. Zoboli (Orgs.), *Bioética, vulnerabilidade e saúde* (pp. 29 – 45). Aparecida: Idéias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo.
- Ostbye, T., Krause, K. M., Norton, M. C., Tschanz, J., Sanders, L., & Hayden, K. (2006). Ten dimensions of health and their relationships with overall self-reported health and survival in a predominately religiously active elderly population: The Cache County Memory Study. *Journal of American Geriatric Society*, 54, 199 – 209.
- Parahyba M. I., & Veras, R. (2008). Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (4), 1257 – 1264.
- Parahyba, M. I., & Simões, C. C. S. (2006). A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11 (4) 967 – 974.

- Park, B. H., Jung, M., & Lee, T. J. (2009). Associations of Income and Wealth with Health Status in the Korean Elderly. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 42 (5), 275 – 282.
- Paz, A. A., Santos, B. R. L., & Eidt, O. R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (3), 338 – 342.
- Peixoto, S. V., Giatti, L., Afradique, M. E., & Lima-Costa, M.L. (2004). Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 13 (4), 239 – 246.
- Pessoto, U. C., Kayano, J., Ibanhes, L. C., Junqueira, V., Barboza, R., & Cortizo, C. T. (2007). Desigualdades no acesso e utilização dos serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 351 – 362.
- Pinto, J. L. G., Garcia, A. C. O., Bocchi, S. C. M., & Carvalhaes, M. A. B. L. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & saúde coletiva*. 11 (3), 753 – 764.
- Polaro, S. H. I. A (2001). *Qualidade do Cuidado à Saúde do idoso: segundo a satisfação do usuário*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.
- Prefeitura Municipal de Campinas. (2009). *Distritos de Saúde*. Acesso em 10 de novembro de 2010, disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude>.
- Pruchno, R. A., Wilson-Genderson, M., & Cartwright, F. (2010). A two-factor model of successful aging. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B (6), 671 – 679.
- Pucca Júnior, G. A. (2006). A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (1), 243 – 46.
- Ramos, M. (2007). Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. *Revista de Saúde Pública*, 41 (4), 616 – 624.
- Reuben, D. B., Laliberte, L., Hiris, J., & Mor, V. (1990). A hierarchical exercise scale to measure function at the Advanced Activities of Daily Living (AADL) level. *Journal of the American Geriatric Society*, 38, 855 – 861.
- Romero, D. E. (2002). Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (4), 777 – 794.
- Rutten, A., Abel, T., Kannas, L., von Lengerke, T., Luschen, G., Diaz, J., Vinck, J., & van der Zee, J. (2001). Self reported physical activity, public health, and perceived

environment: results from a comparative European study. *Journal Epidemiology Community Health*, 55 (2), 139 – 146.

Saletti Filho, H. C. (2007). *Cuidado e criatividade no contínuo da vulnerabilidade: contribuições para uma fenomenologia hermenêutica da atenção à saúde*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Santos, K. A., Koszuoski, R., Dias-da-Costa, J. S., & Pattussi M. P. (2007). Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (11), 2781-2788.

Sargent-Cox, K. A., Anstey, Mary, K. J., & Luszcz, A. (2008). Determinants of Self-Rated Health Items With Different Points of Reference Implications or Health Measurement of Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 20 (6), 739 – 761.

Silva, M. C. (2005). **O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas.** *Textos Envelhecimento*, 8 (1), 43 – 60.

Singh-Manoux, A. (2007). The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36 (6), 1222–1228.

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. *A política municipal do idoso, 2009*. Acesso em 10 de julho de 2011, disponível em: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/programas/idoso/resumo.htm>

SMS - Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. *Plano Municipal de Saúde 2006/2007*. Acesso em 28 de outubro de 2009, disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/dados/plano_munic_2006_2007.pdf

Sousa, A. I., Silver, L. D., & Griep, R. H. (2010). Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no Município do Rio de Janeiro. *Acta paulista de enfermagem*, 23 (5), 625 – 631.

Souza A C., Magalhães L. C., & Teixeira-Salmella, L.T. (2006). Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividade Humana. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (12), 2623 – 2636.

Sposito, G., Diogo, M. J. D'E., Cintra, F. A., Neri, A. L., Guariento, M. E., & Sousa, M. L. R. (2010). Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14 (1), 81 – 89.

- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I., & Cohen, R. D. (2002). Successful Aging and Well-Being: Self-Rated Compared With Rowe and Kahn. *Gerontologist*, 42 (6), 727 – 733.
- Svedberg, P., Gatz, M., Lichtenstein, P., Sandin, S., & Pedersen, N. L. (2005). Self-rated health in a longitudinal perspective: a 9 years follow-up twin study. *The Gerontological Society of America*, 60B (6) S331 – S340.
- Tavares, D. M. S., Pereira, G. A., Iwamoto, H. H., Miranzzzi, S. S. C., Rodrigues, L. R., & Machado, A. R. M. (2007). Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Texto & contexto – enfermagem*, 16 (1), 32 – 39.
- Veras R. P., & Parahyba M. I. (2007). Anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (10), 2479 – 2489.
- Veras, R. P., Caldas, C. P., Coelho, F. D., & Sanchez, M. A. (2007). Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10 (3), 355 – 370.
- Wolinsky, F. D., & Tierney, W. M. (1998). Self-rated health and adverse health outcomes: An exploration and refinement of the trajectory hypothesis. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 53B, (6), S336 – S334.
- World Health Organization. (1981). *Disability prevention and rehabilitation*. Geneva: WHO.

ANEXOS

ANEXO 1

Variáveis investigadas no FIBRA Campinas. Idosos, 2008-2009

Blocos	Variáveis de interesse
1ª parte do protocolo	
A	Nome, endereço, setor censitário, tipo de domicílio. Idade / data de nascimento, gênero, estado civil, raça, ocupação anterior e atual, trabalho, ocupação al/anterior),
B	aposentadoria/ pensão, alfabetização, escolaridade, número de filhos, arranjo de moradia, posse de residência, chefia familiar, renda mensal individual / familiar, avaliação da suficiência renda mensal.
C	Mini-Exame do Estado Mental.
D	Medidas de pressão arterial (3 em posição sentada e 3 em posição ortostática); hipertensão e tratamento auto-relatados, medicação para hipertensão; diabetes mellitus e tratamento auto-relatados.
E	Medidas antropométricas: peso e altura, IMC; circunferência de cintura e quadril. <i>Medidas de fragilidade</i>
F	1.Perda de peso não intencional no último ano 2.Nível de atividade física 3.Fadiga na última semana. 4. Força de preensão manual 5. Medida de velocidade de marcha
F 1	Tempo despendido em exercícios físicos e esportes, atividades domésticas, atividades de lazer passivo e descanso e sono diurnos
2ª parte do protocolo	
<i>Variáveis de saúde e psicossociais</i>	
G	1.Doenças auto-relatadas diagnosticadas por médico no último ano 2.Problemas de saúde no último ano 3. Problemas de sono 4. Uso de medicamentos nos últimos 3 meses. 5. Hábitos de vida: tabagismo e alcoolismo 6. Avaliação subjetiva de saúde
H	Acesso a serviços médicos e odontológicos
I	Saúde bucal e condições funcionais de alimentação mediante auto-relato e exame clínico
J	Capacidade funcional para AAVDs, AIVDs e ABVDs e expectativa de cuidado
L	Suporte social percebido
M	Depressão
N	Satisfação global com a vida e referenciada a domínios
O	Experiência de eventos estressantes
P	Conceito de felicidade
Extra	Coleta de amostras de sangue.

ANEXO 2

BLOCO C. STATUS MENTAL	ENTREVISTADOR: _ _
------------------------	--------------------

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein et al., 1975; Brucki et al., 2003)

Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, procure se concentrar para respondê-las.	CERTO	ERRADO	NR
1. Que dia é hoje? (A resposta esperada é dia, mês e ano). Se o idoso disser o dia da semana, diga "Sim, mas em que data nós estamos?".	1	0	99
2. Em que mês estamos? (Só pontue resposta exata).	1	0	99
3. Em que ano estamos? (Só pontue resposta exata).	1	0	99
4. Em que dia da semana nós estamos? (Só pontue resposta exata).	1	0	99
5. Que horas são agora aproximadamente? (Considere a resposta como correta se ocorrer uma variação de mais ou menos uma hora)	1	0	99
6. Em que local nós estamos? (Apontando para o chão do dormitório ou da sala).	1	0	99
7. Que local é este aqui? (Apontando ao redor, para a casa, num sentido mais amplo).	1	0	99
8. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? (Só pontue resposta exata).	1	0	99
9. Em que cidade nós estamos? (Só pontue resposta exata).	1	0	99
10. Em que estado nós estamos? (Só pontue resposta exata).	1	0	99
Vou dizer 3 palavras, e o/a senhora/a irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. Falar as três palavras em sequência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue como correto apenas se o idoso repetir corretamente as três palavras em sequência.			
11. Carro	1	0	99
12. Vaso	1	0	99
13. Tijolo	1	0	99

Gostaria que o/a senhora/a me dissesse quanto é: (Pergunte: Quantos são 100 - 7, 93 - 7, e assim sucessivamente, até completar as cinco subtrações. Se o/a idoso/a errar alguma, aguarde um momento sem dizer nada, esperando correção espontânea. Se a correção não ocorrer, corrija e continue a subtração a partir do resultado correto. Continue os cálculos até o fim. Em cada tentativa, só considere certo e atribua o ponto se o examinando espontaneamente se corrigir).			
14. 100 - 7	1	0	99
15. 93 - 7	1	0	99
16. 86 - 7	1	0	99
17. 79 - 7	1	0	99
18. 72 - 7	1	0	99
Diga: "O/a senhor/a consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? Carro, vaso, tijolo. Fale claramente e devagar, cerca de um segundo para cada palavra. Depois de dizer as três palavras, pergunte ao idoso/a: "O senhor/a pode repeti-las?" A pontuação é baseada na primeira repetição.			
19. Carro	1	0	99
20. Vaso	1	0	99
21. Tijolo	1	0	99
22. Mostre um RELÓGIO e diga ao entrevistado: " Como se chama isto"? Só dê o ponto se a nomeação for correta (relógio).	1	0	99
23. Mostre uma CANETA e diga ao entrevistado: " Como se chama isto?". Só dê o ponto se a nomeação for correta (caneta).	1	0	99
24. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". Considere somente se a repetição for perfeita. Permita apenas uma tentativa.	1	0	99
Coloque uma folha de papel sobre a mesa e dê a ordem apenas uma única vez: "PEGUE ESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO E COLOQUE-O NO CHÃO". Falar todos os comandos de uma vez só. Dê um ponto para cada parte executada corretamente.			
25. Pega a folha com a mão correta	1	0	99
26. Dobra corretamente	1	0	99
27. Coloca no chão	1	0	99
28. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: "FECHE OS OLHOS". Se o/a idoso/a apenas ler, sem executar a ordem, peça-lhe novamente que faça o que está escrito. Caso apenas leia, sem obedecer à ordem, considere incorreto. Considere correto apenas se a ordem for corretamente cumprida.	1	0	99

29. Gostaria que o/a senhor/a escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. Escreva uma frase com começo, meio e fim ou um pensamento que tenha ocorrido ontem ou hoje. Oferecer a primeira folha em branco depois desta. Não ditar a frase. Considerar correta se tiver sujeito, predicado e sentido lógico. Erros gramaticais não devem ser considerados.	1	0	99
30. Vou lhe mostrar um desenho e depois gostaria que o/a senhor/a o copiasse exatamente como são, tentando fazer o melhor possível. Mostrar a segunda folha em branco depois desta, a que contem o desenho dos dois pentágonos interseccionados a serem copiados. Oferecer uma caneta para o idoso. Não corrigir. Considerar a cópia como correta apenas se todos os 10 ângulos e a intersecção estiverem desenhados.	1	0	99
Pontuação Total: _____			

ANEXO 3

BLOCO B, VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

ENTREVISTADOR: 1 __

ASSINATURA:

1. Qual é sua idade?

_____ anos

999. NR

2. Qual é sua data de nascimento?

____/____/____

99. NR

3. Gênero

1. Masculino 2. Feminino

23. Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?

R\$ _____ (em valor bruto)

99. NR

ANEXO 4

AAVDS – ATIVIDADES AVANÇADAS DE VIDA DIÁRIA (Construído a partir de M. M. Baltes et al., 1993; Reuben et al., 1990, Strawbridge et al., 2002)

Perguntar ao/a idoso/a qual a sua relação com as atividades listadas. Peça ao/a idoso/a que diga se 1.Nunca fez, 2.Parou de fazer, ou 3.Ainda faz. Caso não responda a alguma das questões, marcar 99.NR.

AAVDS

Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes <u>atividades</u> :	Nunca fez	Parou de fazer	Ainda faz	NR
1. Fazer visitas na casa de outras pessoas	1	2	3	99
2. Receber visitas em sua casa	1	2	3	99
3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião	1	2	3	99
4. Participar de centro de convivência, Universidade da Terceira Idade ou de algum curso	1	2	3	99
5. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes	1	2	3	99
6. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema	1	2	3	99
7. Dirigir automóvel	1	2	3	99
8. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	1	2	3	99
9. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	1	2	3	99
10. Fazer trabalho voluntário	1	2	3	99
11. Fazer trabalho remunerado	1	2	3	99
12. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	1	2	3	99
13. Participar de Universidade da Terceira Idade	1	2	3	99

ANEXO 5

AIVDS – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (Construído a partir de Lawton & Brody, 1969 e Brito, Nunes & Yuaso, 2007)

Perguntar ao idoso sobre a sua independência para fazer coisas do dia-a-dia. Dizer: Gostaria que me dissesse se é totalmente independente, se precisa de alguma ajuda ou se precisa de ajuda total para fazer cada uma das seguintes coisas (Ler cada uma das 3 alternativas de resposta em relação à independência do/a idoso/a para usar o telefone. Marcar a alternativa que mais se aproxima da resposta do/a idoso/a: I= independente; A=recebe ajuda; D=dependente.

14. <u>Uso de transporte</u> 1. I: É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda? 2. A: É capaz de usar transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho? 3. D: É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi?	99. NR
15. <u>Fazer compras</u> 1. I: É capaz de fazer todas as compras sem ajuda? 2. A: É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda? 3. D: É incapaz de fazer compras?	99. NR
19. <u>Manejo do dinheiro</u> 1. I: É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda? 2. A: Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades? 3. D: É incapaz de realizar estas atividades?	99. NR

ANEXO 6

SUPORTE SOCIAL PERCEBIDO

Tradução e adaptação da Interpersonal Support Evaluation List - ISEL- Cohen et al., 1985; Martire et al., 1999.

Perguntar ao idoso sobre a relação com as pessoas mais próximas. Dizer: (1) Gostaria de saber com que frequência o senhor(a) tem várias pessoas com quem conversar, quanto se sente sozinho. Ler cara uma das alternativas de resposta.

Seguir o exemplo para cara uma as 5 perguntas relacionadas ao suporte social.

Eu gostaria de saber a facilidade que o/a senhor/a encontra para se relacionar com as pessoas mais próximas.	Nunca	Às vezes (1-2 dias/semana)	Maioria das vezes (3-4 dias/semana)	Sempre (5-7 dias na semana)	NR
1. O/a senhor/a diria que tem várias pessoas com quem conversar, quando se sente sozinho.	1	2	3	4	99
2. O/a senhor/a diria que encontra e conversa com amigos e familiares.	1	2	3	4	99
3. O/a senhor/a diria que tem facilidade em encontrar pessoas que possam ajuda-lo em seus afazeres, caso venha a ficar doente.	1	2	3	4	99
4. O/a senhor/a diria que tem com quem contar quando precisa de uma sugestão de como lidar com um problema.	1	2	3	4	99
J 605. O/a senhor/a diria que tem pelo menos uma pessoa em cuja opinião confia plenamente.	1	2	3	4	99

ANEXO 7

ACESSO A SERVIÇOS MÉDICOS E ODONTOLÓGICOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES

15 itens dicotômicos e de resposta estruturada pelo idoso (Boult et al., 1993):

- Internação hospitalar
- Visita de profissional de saúde em domicílio
- Número de consultas médicas e motivo de não ter ido
- Tipo de serviço médico mais usado médico (público x privado x misto)
- Posse de convênio particular de serviços médicos e odontológicos e seu custeio
- Vacinação contra gripe (ano) e tétano (10 anos)
- Tipo de serviço odontológico mais usado (público x privado x misto)
- Posse de convênio particular de serviços médicos e odontológicos e seu custeio
- Número de consultas odontológicas e motivo de não ter ido

ANEXO 8

Termo de consentimento livre e esclarecido. FIBRA Campinas. Idosos, 2008-2009

Eu,.....,RG no, concordo em participar da pesquisa intitulada Perfis de fragilidade em idosos brasileiros – Rede FIBRA, de responsabilidade da Prof^a Dr^a Anita Liberalesso Neri, psicóloga, CRP 70408/06, pesquisadora da Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo. A pesquisa tem por objetivo descrever a prevalência, as características e os principais fatores associados à fragilidade biológica em homens e mulheres com 65 anos e mais, residentes em diferentes cidades e regiões geográficas brasileiras. Serão investigados aspectos sociais, da saúde, da capacidade funcional e do bem-estar psicológico dos idosos numa sessão de coleta de dados com 30 a 90 minutos de duração. Essa sessão constará de entrevista, medidas de peso, altura, cintura, quadril e abdômen, medida de pressão arterial, coleta de sangue, exame rápido dos dentes, uma prova de força do aperto de mão e uma prova de velocidade do caminhar. Este trabalho trará importantes contribuições para o conhecimento da saúde e do estilo de vida e ajudará a aperfeiçoar os procedimentos de diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças dos idosos. Depois de terminada a participação de cada idoso na coleta de dados, cada um receberá orientações sobre saúde, baseadas em seus resultados de pressão arterial, peso, altura e circunferências de cintura, abdômen e quadril.

O objetivo dessas orientações é ajudá-los a se cuidarem bem. Tenho ciência que a minha participação neste estudo não trará qualquer risco ou transtorno para a minha saúde e que minha participação não implicará em nenhum tipo de gasto. Sei que os resultados da pesquisa serão divulgados em reuniões científicas e em publicações especializadas, sem que os nomes dos participantes sejam revelados. Ou seja, estou ciente de que meus dados estão protegidos por sigilo e anonimato. Tenho conhecimento de que minha participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento eu poderei decidir deixar de participar. Sei também que em caso de dúvida, poderei entrar em contato com a coordenadora da pesquisa ou com o comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas, cujos endereços estão informados neste documento.

Eu,....., declaro que fui adequadamente esclarecido(a) sobre a natureza desta pesquisa e da minha participação, nos termos deste documento. Declaro que concordo em participar por livre e espontânea vontade e que não sofri nenhum tipo de pressão para tomar essa decisão.

..... de de 200....

(cidade)

(data)

..... (Assinatura)

Nome do participante:

Endereço:.....

Responsável pela pesquisa: Profª Drª Anita Liberalesso Neri

.....(Assinatura)

Telefone: 19-3521 5555 e 3521 5670

e-mail: anitalbn@fcm.unicamp.br

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UNICAMP : 19 - 3521 8936

e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Nota: Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias.

Depois de assinadas, uma ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

Pesquisa: Perfis de fragilidade em idosos brasileiros

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

ANEXO 9

APROVAÇÃO DO PROJETO REDE FIBRA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

© www.fcm.unicamp.br/pesquisaleticalindex.html

CEP, 10/07/07.

(Grupo III)

PARECER CEP: nº 208/2007 (Este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)

C A.A.E: 0 151.1.146.000 -07

I-IDENTIFICAÇÃO

PROJETO: “ESTUDO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS BRASILEIROS - REDE FIBRA”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Anita Liberalesso Neri

INSTITUIÇÃO: UNICAMP

APRESENTAÇÃO AO CEP: 10/04/2007

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 22/OS/08 (O formulário encontra-se no *site* acima)

II - OBJETIVOS

Estudar a síndrome biológica de fragilidade entre idosos brasileiros a partir dos 65 anos que residam em zonas urbanas de regiões geográficas diferentes, levando em contas variáveis sócio-demográficas, antropométricas, de saúde e funcionalidade física, mentais e psicológicas.

III - SUMÁRIO

Estudo populacional multicêntrico de idosos, com amostra bem definida e identificação de diferentes regiões urbanas categorizadas pelo IDH.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está estruturado e justificado. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequado, após resposta do parecer.

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento

Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa supracitada. O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu

cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.I.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o

aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo 1 ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item 111.2.e) Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VI - DATA DA REUNIÃO

Homologado na V Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 22 de maio de 2007.

Profa. Dra. Canún Avia Bertuzzo

PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FCM / UNICAMP

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126

Campinas-SP – www.fcm.unicamp.br

ANEXO 10

Perfil dos idosos segundo as variáveis indicadoras de vulnerabilidade social, individual e programática (n=688). FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009. FIBRA Campinas, Idosos, 2008 – 2009.

<i>Variáveis</i>	<i>Categorias</i>	<i>Frequência</i>	<i>%</i>
Gênero	Masculino	218	31,69
	Feminino	470	68,31
Grupos de idade	65 – 69	250	36,34
	70 – 74	227	32,99
	75 – 79	136	19,77
	> = 80	75	10,90
Renda familiar mensal	< = 1,0 SM	41	6,79
	1,1 – 3,0 SM	238	39,40
	3,1 – 5,0 SM	163	26,99
	5,1 – 10,0 SM	114	18,87
	> 10,0 SM	48	7,95
Número de doenças	0	76	11,06
	1 – 2	315	45,85
	> = 3	296	43,09
Sinais e sintomas	0	124	18,05
	1 – 2	406	59,10
	> = 3	157	22,85
Número de AAVD e AIVD comprometidas (n= 16)	0	41	6,07
	1 – 2	258	38,17
	> = 3	377	55,77
Suporte social percebido	Baixo (< = 14)	143	21,54
	Médio (15 – 19)	270	40,66
	Alto (> = 20)	251	37,8
Saúde percebida	Muito ruim	9	1,31
	Ruim	31	4,51
	Regular	243	35,32
	Boa	309	44,91
	Muito boa	96	13,95
IVS	Muito baixo	279	40,55
	Baixo	132	19,19
	Médio	144	20,93
	Alto	59	8,58
	Muito alto	74	10,76

<i>Índice de SUS dependência</i>	50%	266	38,66
	60%	127	18,46
	70%	154	22,38
	85%	72	10,47
	100%	69	10,03
<i>Tipo de serviço de saúde que utilizam</i>	SUS	314	48,1
	Plano privado	323	49,39
	Particular	17	2,6
<i>Posse de plano particular de saúde</i>	Sim	374	55,57
	Não	299	44,43
<i>Tempo de internação hospitalar</i>	0	585	87,57
	1 – 2	34	5,09
	> = 3	49	7,34
<i>Número de consultas médicas</i>	0	37	5,75
	1 – 2	198	30,79
	> = 3	408	63,45
<i>Número de consultas odontológicas</i>	0	338	50,22
	1 – 2	240	35,66
	> = 3	95	14,12
<i>Tipo de serviço dentário que utilizam</i>	SUS	210	32,51
	Plano privado	55	8,51
	Particular	381	58,98