

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

Diana Cristina Buz Mainardi

**ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE
IDOSOS**

Santa Maria, RS
2018

Diana Cristina Buz Mainardi

**ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE
IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof. Dra. Marinês Tambara Leite

Santa Maria, RS
2018

Diana Cristina Buz Mainardi

ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE
IDOSOS

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Gerontologia do Centro de Educação
Física e Desportos, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS),
como requisito parcial para obtenção
do título de **Mestre em
Gerontologia.**

Aprovado em 31 de agosto de 2018:

Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Margrid Beuter, Dra. (UFSM)

Patrícia Viana da Rosa, Dra. (UFCSPA)

Leila Mariza Hildebrandt, Dra. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a Deus, que foi minha maior força nos momentos difíceis, mostrou-me o caminho exato a seguir, iluminou meus passos e me deu equilíbrio e inteligência para seguir em frente.

A minha família pelo apoio e incentivo dedicados a mim em todos os momentos da vida. É incondicional meu amor por vocês.

Luiz Eugenio que foi meu compreensivo parceiro que sempre me incentivou nos estudos e nas conquistas nos últimos 15 anos.

AGRADECIMENTOS

A minha mestra Marinês Tambara Leite, que teve papel fundamental na minha formação e para realização desse trabalho. Agradeço cada minuto dedicado à orientação desse estudo.

Agradecer a minha amiga, colega e chefinha Daiane por toda compreensão que teve para comigo nesta caminhada.

Aos meus demais chefes, obrigada pela compreensão e flexibilidade nos horários de estudo e sempre que eu precisei me ausentar do trabalho. Como recíproco agradecimento posso oferecer meu conhecimento, seriedade, comprometimento e respeito na atuação no meu trabalho.

A colega, amiga e parceira de projetos Luana, obrigada pelo apoio, pelas palavras motivacionais e por ser minha incentivadora.

Aos idosos que gentilmente participaram deste estudo. A disponibilidade foi fundamental para a compreensão dos dados deste estudo.

Os Agentes Comunitários de Saúde do município de Lagoão, que se propuseram voluntariamente a contribuir nesta pesquisa.

RESUMO

ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE IDOSOS

AUTOR: Diana Cristina Buz Mainardi
ORIENTADORA: Marinês Tambara Leite

O envelhecimento progressivo da população demanda da sociedade que esteja preparada para mudanças em todos os setores organizacionais. Isto porque, embora muitos idosos sejam autônomos e ativos, é necessário considerar as perdas graduais e as mudanças inerentes ao processo de envelhecer do ser humano. Vale destacar que o envelhecer ocorre de forma distinta nos diferentes contextos sociais. Nesse sentido, é necessário, também, observar as especificidades do processo de envelhecimento das pessoas que envelheceram tanto no meio rural, quanto no meio urbano. A constatação de que o idoso experimentou diferentes desafios no decorrer de sua existência irá afetar as suas condições de vida. Considerando que estes fatores estão intimamente relacionados, este estudo centra-se em uma avaliação multifacetada do idoso, reunindo dados psicossociais e funcionais da pessoa idosa. Teve-se como objetivo geral para esta pesquisa: Analisar o perfil multifacetado relacionado à saúde de idosos residentes em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul, incluindo suas redes sociais. Para tanto, realizou-se um estudo de abordagem quantitativa, descritivo-analítico, de inquérito domiciliar com idosos. Para a caracterização dos idosos utilizou-se um questionário referente a dados sociodemográficos, hábitos de vida e relacionados à saúde, além de questões relativas a sua participação social. A avaliação das condições de saúde e de fragilidade dos participantes foi realizada utilizando-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), para a verificação das redes sociais do idoso utilizou-se a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) e o nível cognitivo foi avaliado com a utilização do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Para a análise dos dados utilizou-se análises estatísticas descritiva, simples absolutas e percentuais. As associações entre variáveis categóricas foram estudadas a partir de testes paramétricos, como qui-quadrado e teste Tukey e ANOVA. Participaram do estudo 351 idosos, com prevalência do sexo feminino, baixa escolaridade e idade entre 60 e 70 anos. A maior parte é casado e residente na área rural, prevaleceu a baixa escolaridade, renda de até um salário mínimo com 2 a 3 dependentes. Neste estudo, com relação aos grupos etários, verificou-se que não houve diferença de apoio recebido em relação às idades dos idosos. No entanto, relativo à escolaridade observou-se que, entre aqueles sem escolaridade e os que estudaram de 1 a 4 anos, o apoio social recebido é significativo. Neste estudo classificaram-se os idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional (robustos) aqueles com pontuação de 0 a 6 pontos, com moderado risco (pré-frágeis) com pontuação de 7 a 14 e idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (frágeis) com pontuação de 15 ou mais. Segundo a territorialidade do idoso, observa-se que 76,3% dos idosos robustos residem em área rural e 20,8% dos idosos pré-frágil, seguidos de 9,4% dos idosos frágeis residem no território urbano. Também, se identificou que houve alta prevalência de declínio cognitivo entre os idosos estudados. Os resultados constituem-se em uma preocupação e identificar os fatores preditores de vulnerabilidade clínico funcional podem auxiliar na construção de estratégias para minimizar seus efeitos.

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Suporte Social; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

MULTIFACETED STUDY AND SOCIAL SUPPORT NETWORK FOR ELDERLY

AUTHOR: DIANA CRISTINA BUZ MAINARDI

ADVISOR: MARINÊS TAMBARA LEITE

The progressive aging of the population demands that society be prepared for changes in all organizational sectors. This is because, although many elderly people are autonomous and active, it is necessary to consider the gradual losses and changes inherent in the aging process of the human being. It is worth mentioning that aging occurs differently in varied social contexts. In this regard, it is also necessary to observe the specificities of the aging process of people who have aged both in the rural environment and in the urban environment. The confirmation that the elderly experienced different challenges in the course of their existence will affect their life conditions. Considering that these factors are closely related, this study focuses on a multifaceted assessment of the elderly, bringing together psychosocial and functional data of the elderly. The general objective of this research is: To analyze the multifaceted profile related to the health of elderly residents in a small-sized municipality of Rio Grande do Sul, including the social networks of the elderly. For this purpose, a quantitative and descriptive-analytical study was carried out, with a household survey with the elderly. For the elderly characterization, a questionnaire was used referring to sociodemographic, life and health-related data, as well as questions related to their social participation. The evaluation of the health conditions and the fragility of the participants was carried out using the Functional Clinical Vulnerability Index-20 (FCVI-20), in order to verify the social networks of the elderly, the Lubben Social Briefs Scale (LSBS-6) was used and the cognitive level was evaluated using the Mini-Mental State Examination (MMSE). For the data analysis we used descriptive, absolute and percentage statistical analyzes. The associations between categorical variables were studied using parametric tests, such as chi-square and Tukey test and ANOVA. A total of 351 elderly people, with a female prevalence, low educational level and age between 60 and 70 years participated in the study. The majority is married and resident in the rural area, prevailed low education, income of up to a minimum wage with 2 to 3 dependents. In this study, it was verified that there was no difference in support received in relation to the ages of the elderly. However, regarding schooling, it was observed that among those without schooling and those who studied from 1 to 4 years the social support received is significant. For the present study it was grouped together the elderly with low risk of clinical-functional vulnerability (robust) those with scores of 0 to 6 points, with moderate risk of clinical-functional vulnerability (pre-frail) with scores of 7 to 14 and elderly with a high risk of clinical-functional vulnerability (fragile) with 15 points or more. According to the territoriality of the elderly, it is observed that 76.3% of the robust elderly live in rural areas and 20.8% of the pre-frail elderly followed by 9.4% of the frail elderly live in the urban territory. It was also identified that there was a high prevalence of cognitive decline among the elderly studied. The data obtained are a concern, and identifying the predictive factors may help in the construction of strategies to minimize their effects.

Keywords: Aged. Aging. Social Support.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1 – Distribuição da amostra* de 349 idosos com 60 anos ou mais, segundo o setor censitário do IBGE (2010)	25
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica de idosos. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.....	31
Tabela 3 – Distribuição dos idosos de acordo com a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), segundo grupos etários, sexo e escolaridade. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.....	33
Tabela 4 – Classificação dos idosos de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), segundo presença ou não de déficit cognitivo. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.....	34
Tabela 5 – Situação dos idosos conforme hábitos de vida e participação social. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.....	35
Tabela 6 – Distribuição dos idosos, segundo acesso aos serviços e situação de saúde. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.....	36
Figura 1 – Distribuição dos idosos segundo resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.....	33
Figura 2 – Classificação dos idosos segundo o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), segundo local de residência. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.....	34

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OBJETIVOS.....	12
2.1 Objetivo Geral	12
2.2 Objetivos Específicos	12
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
3.1 Envelhecimento demográfico: implicações sociais e aspectos da fragilidade	13
3.2 Envelhecimento ativo: o idoso que envelhece no meio rural e urbano	17
3.3 Capacidade funcional em idosos e as atividades da vida diária	19
3.4 Saúde dos idosos e a utilização de serviços de saúde	20
3.5 Redes sociais e apoio social no envelhecer	22
4. MATERIAL E MÉTODOS.....	25
4.1 Delineamento do estudo	25
4.2 Local de estudo	25
4.3 População e amostra	25
4.4 Critérios de inclusão e exclusão	26
4.5 Procedimentos e Coleta de dados	27
4.6 Instrumentos de coleta dos dados	27
4.7 Tratamento dos dados	30
4.8 Aspectos éticos	31
5. RESULTADOS.....	32
6. DISCUSSÃO.....	39
7. CONCLUSÕES.....	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO: PERFIL DEMOGRÁFICO/ SÓCIO ECONÔMICO/ RELACIONADOS À SAÚDE.....	52
ANEXO A: ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO- FUNCIONAL-20.....	54
ANEXO B: VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN (LSNS-6).....	56
ANEXO C: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL.....	57
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	59
APÊNDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	61

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento progressivo da população, resultante do aumento da expectativa de vida, pela diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade, aliado aos avanços científicos, demanda da sociedade que esteja preparada para o fato de que está envelhecendo. Isto porque, embora muitos idosos sejam autônomos e ativos, é necessário considerar as perdas graduais e as mudanças inerentes ao processo de envelhecer do ser humano.

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno evidente, como mostram os indicadores demográficos, e decorre, em parte, da combinação entre a queda das taxas de natalidade e o aumento da longevidade (OMS, 2005). Para os próximos anos as projeções apontam que haverá uma proporção maior de idosos, quando comparado ao percentual da população jovem (BRASIL, 2016). Esta mudança na estrutura etária representa desafios para todos os setores da sociedade.

No Brasil, o aumento da população idosa apresenta um crescimento progressivo e rápido. Este crescente número de idosos faz com que aumentem também as preocupações e iniciativas governamentais em como atender às demandas dessas pessoas, especialmente no que tange às ações direcionadas à saúde e ao suporte social (DOMINGUES *et al.*, 2013). Outra apreensão refere-se a frequente presença de declínio da capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pois geralmente conduz a pessoa idosa à limitação ou perda total da habilidade em desempenhar, de forma independente, suas atividades cotidianas, reduzindo sua independência.

A relevância relativa a presença do quantitativo de pessoas idosas e as necessidades próprias advindas do processo de envelhecimento humano, quando se almeja sua qualidade de vida e o seu engajamento em seu contexto social, devem considerar o idoso como um ser multifacetado, ou seja, em seu contexto físico, psíquico, social, econômico, cultural e religioso (VILELA; ARREGUY; PINTO, 2018).

Neste mesmo cenário, em se tratando de uma população envelhecida, a realidade brasileira é singular e plural ao mesmo tempo. Isto quer dizer: os estudos e intervenções necessitam atender suas especificidades e a diversidade - as

características regionais e locais; as questões de gênero, raça-etnia, classe social, a vida urbana e a rural, uma vez que estes fatores são determinantes para a manutenção da saúde e no processo de envelhecer saudável (PEDRO, 2013). Desse modo, entende-se que, para se ter melhor compreensão dos aspectos relativos ao processo de envelhecimento, especialmente aqueles relacionados à saúde e ao apoio social, estudos com abordagem multifacetada, que contemplem idosos residentes em meio urbano e meio rural, são relevantes e necessários, visto que são reduzidas as investigações desta natureza no Brasil.

Para Ferreira (2015), o discurso sobre o envelhecer ativo decorre essencialmente do fenômeno do envelhecimento social e do aumento da expectativa de vida, que fazem sobressair a necessidade de aproveitar o potencial das pessoas mais velhas. Salaria que o envelhecer ativo não se restringe ao âmbito dos comportamentos promotores da saúde, mas levam em consideração os fatores ambientais e pessoais que interagem com as condições de saúde. Como por exemplo, a família, a comunidade e a sociedade em que o processo ocorre. Estes fatores exercem impacto significativo na forma de envelhecer da população.

Vale destacar que o envelhecer ocorre de forma distinta nos diferentes contextos sociais. Nesse sentido, é necessário, também, observar as especificidades do processo de envelhecimento das pessoas que envelheceram tanto no meio rural, quanto no meio urbano. A constatação de que o idoso experimentou diferentes desafios no decorrer de sua existência irá afetar as suas condições de vida. Considerando que estes fatores estão intimamente relacionados, este estudo centra-se em uma avaliação multifacetada do idoso, reunindo dados psicossociais e funcionais da pessoa idosa. Visa conhecer fatores determinantes no processo do envelhecimento. Conhecer as redes de apoio social do idoso permite adequar e programar intervenções dirigidas a esta população tendo por base os resultados obtidos na pesquisa.

Diante disto, buscou-se encontrar informações e ampliar conhecimentos que possam auxiliar no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção a saúde desta população, considerando suas especificidades. Para a comunidade e o meio científico, este estudo auxilia no que tange a ampliação de conhecimento sobre o envelhecimento de idosos que vivem no meio rural e urbano, visto que, na literatura atual, há poucos estudos com a utilização destes instrumentos, especialmente, em municípios de pequeno porte.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil multifacetado relacionado à saúde de idosos residentes em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul, incluindo as redes sociais dos idosos.

2.2 Objetivos Específicos

- a. Analisar as características sociodemográficas dos idosos residentes na comunidade;
- b. Verificar as redes de suporte social de idosos residentes no município;
- c. Analisar hábitos de vida, condições de saúde e a utilização dos serviços de saúde de idosos residentes no município;
- d. Aferir o índice de vulnerabilidade clínico funcional de idosos residentes do município;
- e. Comparar variáveis de interesse entre idosos residentes no município de acordo com a área de residência.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados os principais conceitos que fundamentam esta dissertação, os quais estão relacionados ao envelhecimento demográfico, as implicações sociais, questões de fragilidade e vulnerabilidade no envelhecimento, o envelhecimento ativo, a avaliação multifacetada do idoso que envelhece no meio rural e urbano, a capacidade funcional e as atividades da vida diária, recursos econômicos, saúde e a utilização de serviços de saúde e as redes sociais e apoio social no envelhecer.

3.1 Envelhecimento demográfico: implicações sociais e aspectos da fragilidade

O envelhecimento da população é um processo demográfico, global e inevitável. Projeções das Nações Unidas indicam que, em 2050, pela primeira vez haverá mais idosos do que crianças menores de 15 anos. Após esse período de transição, as populações serão, em média, mais velhas e menores (KLUGE *et al.*, 2014).

Na maioria dos países europeus, as mudanças mais dramáticas devem ocorrer nas próximas três décadas, durante as quais um número cada vez menor de produtores terá de cuidar de um número crescente de consumidores (KLUGE *et al.*, 2014). Os desafios futuros passam, certamente, pela promoção de uma longevidade mais saudável e, simultaneamente, produtiva, redefinindo profundamente o papel dos idosos na sociedade do século XXI (CALHA, 2015).

Ao contrário do que ocorreu em muitos países desenvolvidos, no Brasil, um país em desenvolvimento, esse envelhecimento tem sido rápido e, ainda, coincide com outros desafios em níveis organizacionais. O crescimento vertiginoso da população idosa é resultante, em parte, pelo aumento da expectativa de vida, como mostra os indicadores demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Isto porque em 1920, a esperança de vida era de 35,2 anos e os idosos representavam 4,0% da população total do país. Com esse perfil, o Brasil tinha para cada 100 crianças (0 a 14 anos), aproximadamente 11 idosos (MIRANDA; MENDES e SILVA, 2016). Em 2010, com o dobro da esperança de vida (quase 74

anos), 10,8% da população brasileira tinha 60 anos ou mais, ampliando gradativamente a sua participação relativa na composição etária do país (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; IBGE, 2010).

Neste cenário, identifica-se que o número de idosos cresceu 40,3% entre os anos de 2002 e 2012, além disso, prospecta-se que, em 2040, será mais que o dobro, representando 23,8% da população brasileira e uma proporção de quase 153 idosos para cada 100 jovens (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Em outros países o aumento da expectativa de vida será muito mais representativo. Na Alemanha, por exemplo, a esperança de vida ao nascer, para as mulheres, aumentará de 83 anos, atualmente, para cerca de 90 anos até 2050 (KLUGE *et al.*, 2014).

Esta extensão da longevidade traz consigo também o reforço da chamada grande idade, ou seja, o grupo acima dos 85 anos, cuja taxa de crescimento mais acentuada faz com que os seniores sejam não só mais numerosos, mas também mais velhos (FERREIRA, 2015). Estudo realizado em 26 países do Sul da Europa e na Escandinávia aponta que, em se tratando de países com uma configuração de modelos de proteção social distintos, percebe-se que existem formas diferenciadas de viver a velhice nessas sociedades (CALHA, 2015). Ainda, como refere este mesmo autor, o fenômeno do envelhecimento que se registra nas sociedades ocidentais tem levado a um interesse crescente pela questão da qualidade de vida dos idosos (CALHA, 2015).

O conceito multifacetado do envelhecimento humano engloba concepções objetivas e subjetivas, bem como condicionantes micro e macrosociais do envelhecer. Neste sentido, os aspectos que explicam a qualidade de vida nos idosos não se reduzem necessariamente ao rendimento, à educação ou às condições de habitação, estando associado a uma diversidade de fatores mais amplos.

Neste contexto, Kluge *et al.* (2014) apresentam um amplo estudo sobre o envelhecimento na Alemanha, segundo país do mundo com maior população de idosos, atrás apenas do Japão, nele consideraram-se diferentes variáveis como o meio ambiente, a produtividade do trabalho, qualidade de vida, saúde, entre outros. Obtiveram como principal conclusão que o envelhecimento da população proporciona aumento nos níveis da educação, maior produtividade, melhor saúde e qualidade de vida, possibilita menores danos ao meio ambiente e, este estrato populacional, possui preocupação em compartilhar a riqueza com as gerações mais jovens (KLUGE *et al.*, 2014). Deste modo, pode-se concluir que o envelhecimento da

população pode ter muitos efeitos positivos para a sociedade como um todo (CARRERA-HUESO, 2014).

Embora o envelhecimento, geralmente, seja percebido como um acontecimento universal, homogêneo e estereotipado, ele é um processo multifacetado e plural, pois além de ser marcado por modificações corporais, implica em uma leitura social destas mudanças e atribuições de certos papéis sociais, conforme afirmam Zanello *et al.* (2015). Ou seja, as vivências e os estilos de vida que as pessoas irão experimentar resultarão no tipo de envelhecimento que estes idosos terão. Considerando, ainda, a interposição de variáveis como sexo, características hereditárias, grau de educação, *status*, cultura e profissão, todas estas questões marcam a individualidade da pessoa idosa. Fica, dessa forma, afastada a possibilidade de se estabelecer um modelo padrão para a experiência da velhice (CALHA, 2015).

Aliado a isto, observa-se que o mundo envelhece de forma acelerada, considerando que há melhores condições de saúde e saneamento, somadas aos avanços tecnológicos da área da medicina. Entretanto, segundo Ferreira (2015), nem tudo são vantagens na longevidade acrescida, quer do ponto de vista individual, quer coletivo. Isto porque ao viver mais tempo significa, também, estar exposto a doenças crônicas não transmissíveis e à perda de autonomia, situações estas que podem resultar em dependência e limitada sociabilidade familiar ou de vizinhança.

A vulnerabilidade individual é o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, o expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006). Refere-se ainda à idade, à hereditariedade, assim como ao tipo de informação de que a pessoa dispõe e de como a utiliza. Ainda, segundo os autores, as alterações biológicas, por exemplo, tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido a um estresse fisiológico, assim como as doenças, quando associadas à hospitalização, favorecem o declínio funcional e, como consequência, encaminham-se para o desenvolvimento de incapacidades, tornando-o mais frágil (PAZ; SANTOS; EIDT, 2006).

Para Burholt e Scharf (2014), em estudo longitudinal realizado na Irlanda, a saúde tem um efeito indireto significativo na solidão por meio das variáveis mediadoras de recursos sociais e participação social. A solidão decorre de um desfasamento entre qualidade de vida real e esperada e frequência de interação social, sendo possíveis fontes de incompatibilidade, associadas a circunstâncias

específicas e eventos de vida, incluindo o início de uma ou mais doenças crônicas, migração e viuvez (BURHOLT; SCHARF, 2014). Assim, evitar a solidão implica em aumentar o equilíbrio de ambos os elementos. Visto que, ainda, na Irlanda a ruralidade modera o caminho entre saúde e recursos sociais, e a participação social (BURHOLT; SCHARF, 2014).

Por outro lado, no Brasil, estudo traz que idosos de área rural apresentaram elevado percentual de inatividade no lazer com maior número de morbidades, indicativo de depressão e percepção negativa de saúde (PEGORARI *et al.*, 2015). Como observado não existirá um consenso com relação ao processo de envelhecimento, ou seja, não existe uma receita pronta de como envelheceremos, o que se observa é que este apresenta múltiplas facetas que intervêm no processo de como vamos envelhecer.

Para Kluge *et al.* (2014), as mudanças no perfil epidemiológico afetarão diversas áreas, como a formação de famílias, os arranjos do mercado de trabalho, a sustentabilidade das finanças públicas e o meio ambiente. Por conseguinte, embora seja certamente verdade que as alterações atuais e futuras da estrutura etária terão um impacto negativo, por exemplo, nas finanças públicas, em médio prazo, esperam-se consequências bem mais leves em longo prazo, já que hoje há preocupação maior com este fator (KLUGE *et al.*, 2014).

Por outro lado, mais do que o seu custo, o maior problema colocado pelo envelhecimento ao conjunto da coletividade é o do lugar da velhice na sociedade, a exclusão dos idosos da vida social e a definição da velhice como uma condição social de dependência (FERREIRA, 2015). Como podem ser observadas, as consequências sociais do envelhecimento são várias, desde a transformação da configuração demográfica das sociedades até aos desafios que coloca ao estado social. O surgimento de uma “sociedade grisalha” produz alteração do papel social dos idosos, reconfigurando as relações sociais que se geram na família e na comunidade (CALHA, 2015).

As alterações nos padrões de vida ocorrem de forma abrangente, já que envolve a gestão dos cuidados para além do plano familiar, criando alternativas com potencial de aumentar a rede de contatos comunitários, ampliando o engajamento dos grupos sociais (REBOUÇAS *et al.*, 2013). Esta importância do engajamento social é evidenciada em um estudo realizado na Europa, o qual revela que o isolamento constitui um importante fator de risco de vulnerabilidade social, havendo

impacto particularmente expressivo nos países do Sul da Europa, onde o apoio social institucional é mais escasso (CALHA, 2015).

A maior parte da literatura que fala sobre o envelhecimento humano, tende a mostrar as consequências da mudança demográfica centrada nos desafios econômicos e sociais que a sociedade enfrentará na medida em que as pessoas vivem mais tempo e tiverem menos filhos. No entanto, estudos salientam que a magnitude do envelhecimento é muito mais complexa, não se restringindo no negativismo deste processo (KLUGE *et al.*, 2014). Num cenário de crescente envelhecimento e de alteração do perfil dos idosos (mais ativos, saudáveis, escolarizados e produtivos), as próximas décadas serão previsivelmente mais exigentes em políticas que favoreçam o envelhecimento ativo e promovam a condição sênior (CALHA, 2015).

3.2 Envelhecimento ativo: o idoso que envelhece no meio rural e urbano

O viver a velhice dependerá em muito da evolução das condições demográficas, sociais e econômicas e, também, das reações dos indivíduos às mudanças que afetam o processo de envelhecimento (FERREIRA, 2015). Nesse sentido, vários determinantes geradores de desigualdades sociais em saúde poderão repercutir negativamente no acesso pleno ao envelhecimento ativo.

Com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, na medida em que as pessoas envelhecem, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) propõe uma política de saúde com vistas a possibilitar um envelhecer ativo. Tal política tem como propósito a criação de programas de promoção à saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo à assistência primária em longo prazo, incluindo os aspectos sociais, econômicos, comportamentais, pessoais e culturais, o ambiente físico e o acesso aos serviços de saúde.

Segundo Campos, Ferreira e Vargas (2015), o envelhecimento ativo se dá de forma diferente entre os gêneros, sendo que 64,7% dos idosos do grupo mais desfavorável são do sexo feminino. Nesse cenário, os resultados indicam que as mulheres possuem maiores taxas de dependência funcional, déficit cognitivo, depressão, pior funcionamento familiar e percepção negativa da própria saúde, quando comparadas aos homens (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

No que tange às condições de trabalho, há necessidade de adaptá-las ao envelhecimento da população ativa e ao prolongamento das carreiras profissionais. Em suma, o paradigma do envelhecimento ativo não é meramente uma justificativa para o aumento das carreiras profissionais contributivas, mas antes um convite para reformular a articulação entre a atividade e a reforma, o trabalho e a saúde, a participação e a exclusão, enfim, para que se caminhe para uma sociedade de todas as idades (FERREIRA, 2015).

Desse modo, o envelhecimento ativo consiste no resultado da interação multidimensional ou multifacetada entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e econômico, entre outros. Segundo Pedro (2013), a ampliação da expectativa de vida, assim como a prevenção de doenças crônicas e degenerativas, as demandas pelos direitos e pela participação social coexistem com a problemática da morbimortalidade das pessoas idosas, provocadas pela perda da capacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa e iatrogenias, requerendo novas organizações e redes.

Há de se observar, ainda, que a Organização Mundial da Saúde também aponta a necessidade de ações intersetoriais para atingir os objetivos de promoção do envelhecimento ativo, para além dos serviços sociais e de saúde, incluindo educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano (PEDRO, 2013; OMS, 2005).

O envelhecimento é um processo heterogêneo e ocorre de formas distintas. Como pode ser observada, há diferenças de viver no meio rural e no urbano. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, Silva *et al.* (2013) revelam uma prevalência elevada de exposição a agrotóxicos entre a população idosa, sendo que em sua maioria os idosos nasceram, cresceram e envelheceram no meio rural. O estudo indica ainda que algumas morbidades e sintomas referidos pelos idosos foram distintos quanto à zona de moradia e uso de agrotóxicos. Sabe-se que idosos que residem na zona rural, além das atividades do campo, realizam mais atividades domésticas, e seus domicílios, são, geralmente, multigeracionais, o que proporciona maior convívio familiar, comparando-se com os idosos residentes na zona urbana, ou seja, idosos que residem no meio rural geralmente possuem uma vida ativa e maior vínculo familiar (SILVA *et al.*, 2013).

Em estudo realizado no município de Uberaba com idosos do meio rural e urbano, Tavares *et al.* (2015) mencionam menores escores no domínio meio ambiente em áreas rurais quando comparados a zona urbana, justificados pelas limitações de transporte e distância dos recursos de saúde. Residir no meio rural pode impactar sobre a segurança física do idoso pelas maiores dificuldades de deslocamento diante das suas necessidades de saúde (TAVARES *et al.*, 2015). Este resultado evidencia a necessidade dos serviços de saúde, nestas localidades, desenvolverem estratégias de acompanhamento e monitoramento da saúde desta população.

Referente aos menores escores na autonomia do idoso urbano infere-se que nesta localidade a liberdade de decisão esteja minimizada pelos familiares, evidenciando a necessidade de identificar que aspectos têm contribuído para este resultado, já a menor participação social na zona rural pode estar relacionada à escassez de atividades sociais bem como a distância e dificuldades de transporte (TAVARES *et al.*, 2015).

3.3 Capacidade funcional em idosos e as atividades da vida diária

Com o avanço da idade, os idosos sofrem graduais perdas físicas e cognitivas, associadas a mudanças comportamentais e emocionais. Este momento também é marcado por outras transformações significativas, tais como: perda do trabalho, filhos que se casam e/ou cônjuges e amigos que falecem, além disso, por uma maior consciência da finitude. Isso demanda competências específicas para o seu exercício e boas condições de saúde de quem a exerce (GENARO JUNIOR, 2014).

Segundo Calha (2015), a condição de idoso não depende exclusivamente dos fatores biológicos relacionados com a limitação física, para a condição do idoso contribuir, também, a configuração social em que se enquadra a vivência desse período da vida, assim como as vulnerabilidades e os fatores de risco, que são diferentes em função do modelo social.

A participação na vida ativa é assim uma condição essencial da cidadania coletiva. Nas condições atuais, porém, em que não existe uma adequação efetiva entre política de emprego e envelhecimento, a ideologia do envelhecimento ativo

pode cair no vazio, sem que se vislumbre uma estratégia ou a vontade política necessária para ultrapassá-lo (FERREIRA, 2015).

O envelhecimento produz a redução da capacidade de autocuidado o que reflete em maior ou em menor grau a dependência do indivíduo. A perda de competências funcionais e do controle sobre o ambiente pode ser, em muitas situações, agravado pela complexificação do processo de realização das atividades que anteriormente eram simples para o idoso. Estudos constatam que a diminuição progressiva do nível de saúde percebida pelos idosos está associada ao aumento das limitações nas AVD. A existência de um número elevado de limitações nas atividades diárias corresponde a uma percepção negativa do estado de saúde, relativamente aos níveis de felicidade e também ao de bem-estar manifestados pelos idosos (CALHA, 2015).

Compreende-se que os benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos da prática de atividade física no lazer podem favorecer que indivíduos ativos visualizam sua saúde mais positivamente em relação àqueles inativos (PEGORARI *et al.*, 2015). No meio rural embora grande parte dos idosos não pratique atividade física regularmente, observa-se que os mesmos desempenham atividades laborais diárias, típicas do trabalho rural, e que pode ser considerada um tipo de atividade física.

3.4 Saúde dos idosos e a utilização de serviços de saúde

O envelhecimento populacional traz consigo problemas que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. No entanto, envelhecer não significa necessariamente adoecer. Para Genaro Junior (2014), a menos que exista doença associada, o envelhecimento vincula-se a um bom nível de saúde. Considera-se que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (OMS, 1976). Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir, constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (OMS, 1976).

Com relação à saúde mental, um dos estereótipos negativos em relação à velhice refere-se a problemas de instabilidade emocional, associados a ocupação, situações como baixa escolaridade e econômica, a fatores motivacionais que

marcaram um enfraquecimento do estado de idosos (COLOMBO *et al.*, 2013). Estudos evidenciam que a solidão é um precursor da depressão e, na maioria das vezes, a solidão pode ser uma manifestação da depressão (BURHOLT; SCHARF, 2014).

Loureiro *et al.* (2015), em estudo desenvolvido nas áreas metropolitanas de Portugal com associação entre fatores de contexto sócio espacial e saúde mental, sugerem como principal resultado que o maior isolamento, a falta de transportes e comunicações, a dificuldade no acesso a equipamentos de saúde e sociais e, ainda, a falta de oportunidades sócio profissionais podem representar condições de risco potencial para o comprometimento da saúde mental. Ainda, para os autores, essas particularidades diferenciadoras poderão acarretar implicações na apreensão dos fatores que influenciam na saúde mental do idoso e também na medição do risco de doença mental, considerando o caráter dinâmico e multidimensional dos fenômenos analisados.

Em estudo realizado com idosos no Brasil, Borges *et al.* (2013) evidenciaram a associação de sintomas depressivos em mulheres, em idosos mais velhos (80 anos ou mais), em analfabetos ou com baixa escolaridade, em indivíduos com déficit cognitivo, com maior dependência funcional, que sofreram queda no último ano, que sentiam dor na maioria dos dias e que tinham percepção ruim da saúde. Por outro lado, ser ativo no lazer, participar de grupos de convivência ou religiosos e ter relação sexual foi associado a menor prevalência de sintomas depressivos (BORGES *et al.*, 2013). Na análise por zona de moradia, percebe-se maior prevalência de insônia, ansiedade, depressão, cefaleia, Doença de Parkinson e Doença de Alzheimer na população urbana (SILVA *et al.*, 2013).

Existem diferenças na cobertura de saúde de um país para outro, pois o processo de envelhecimento da população se apresenta de maneira diferente, razão pela qual se estima que múltiplos fatores possam influenciar mais ou menos em torno do fator da saúde. A maior frequência de agravos crônicos entre idosos também se associa à gravidade das manifestações de doenças agudas (REBOUÇAS *et al.*, 2013).

Em estudo de nível nacional, com dados de diversos órgãos e instituições, Miranda; Mendes; Silva, (2016) observam que no Brasil nos últimos tempos houve uma redução das internações de idosos por doenças do aparelho circulatório, respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. Os pesquisadores

Miranda; Mendes; Silva (2016) relacionaram esta diminuição como reflexo da expansão dos serviços de atenção básica no país e de sua qualidade. Por outro lado, identificou-se uma tendência crescente e significativa das internações por neoplasias e causas externas.

O estudo verificou, ainda, redução dos leitos e das internações. Esses dados apontam para uma possível explicação: a diminuição das internações pode estar relacionada à melhoria da qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, ao decréscimo das necessidades por internação, entretanto com uma complexificação destas, tendo em vista o crescimento do valor médio do custo das internações (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Para Carrera-Hueso (2014), com todas as mudanças neste perfil epidemiológico, as adaptações referentes aos serviços de saúde e mais especificamente às indústrias farmacêuticas têm impacto direto sobre a longevidade das pessoas. Com as múltiplas patologias se consomem mais drogas, expõe o idoso a maior risco a iatrogenia, por isso, também será necessária maior especialização no que se refere aos recursos humanos para assegurar qualidade, diminuindo os efeitos da terapia indesejável (CARRERA-HUESO, 2014). Estes serviços demonstrar sua eficiência quando se consideram todos os aspectos, tanto positivos como negativos, no processo de envelhecimento.

Outra questão importante está associada aos recursos humanos. A atuação nos serviços de saúde demanda uma organização assistencial contínua e multidisciplinar dos profissionais. Reconfigurar o processo de trabalho assegurando a realização de ações e serviços que promovam a saúde e o bem-estar desta população que já está envelhecida se faz necessário, já que as mudanças no perfil tanto demográfico quanto epidemiológico tendem a continuar.

3.5 Redes sociais e apoio social no envelhecer

Existe uma variedade de fatores pessoais e sociais que condicionam o quadro de vida da população sênior e que são cruciais para a compreensão do processo de envelhecimento. De forma geral, as características das redes pessoais em que os mais velhos se inserem e o modo como ocupam o seu tempo livre são

fundamentais, tanto para o seu estado de saúde subjetivo como para o sentimento de felicidade (SILVA, 2014).

O mesmo ocorre com os indicadores relativos à qualidade de vida. Sabendo-se que este é um conceito multidimensional composto por várias condições e elementos ao longo da vida, a generalidade dos estudos tem mostrado que as relações sociais emergem sempre como uma das condições cruciais para a qualidade de vida dos idosos, na medida em que o ser humano é um ser social que tem como necessidade básica relacionar-se com outros para o seu bem-estar (SILVA, 2014).

Em estudo, realizado na América Latina sobre estereótipos negativos do envelhecer, Colombo *et al.*, (2013) observaram que os países da América Latina: Colômbia, México, Argentina, Brasil, Chile, Uruguai, Venezuela e Equador apresentam percepções de diferentes estereótipos do envelhecimento. Concluíram que existem entendimentos negativos sobre a velhice, principalmente associados a questões ligadas a escolaridade e condições econômicas da população (COLOMBO *et al.*, 2013). Vale salientar que uma das imagens estereotipadas mais comum do envelhecimento é a da perda de controle sobre muitos dos aspetos da vida (CALHA, 2015).

Segundo Ferreira (2015), no que diz respeito ao quadro residencial, a tendência de envelhecimento surge acompanhada por maior isolamento social e geracional, na medida em que há mais pessoas a viver sozinhas ou com outros da mesma idade, o que, além de não fomentar o alargamento das redes sociais, pode promover certo fechamento deste grupo etário sobre si mesmo.

Como observado, a família continua a ter um papel preponderante enquanto meio de proteção social do idoso. Na Escandinávia o papel da família é atenuado pela existência de fortes meios de proteção social de natureza estatal (CALHA, 2015). A importância da família para a condição sênior no Sul da Europa pode ser aferida pelo impacto que tem de o idoso residir sozinho (CALHA, 2015).

Estudo realizado no Brasil apresenta resultados semelhantes, Domingues *et al.* (2013) identificaram que os familiares são o principal suporte social dos idosos pesquisados, com fortes evidências de que as filhas são as maiores provedoras deste apoio social. Quanto ao tamanho da rede social e de suporte social, a maioria dos participantes apresentou redes de tamanho pequeno, que podem auxiliá-los ao longo do ano com algumas das atividades citadas (visitas, companhia, auxílio para

atividades domésticas, auxílio para cuidados pessoais e auxílio financeiro) (DOMINGUES *et al.*, 2013). Ressalta-se que, para os idosos, a manutenção de uma rede social, a participação no grupo de idosos, a rede familiar e de amigos e o apoio emocional são questões referidas ao se tratar de envelhecimento saudável (VALER *et al.*, 2015).

Pesquisa realizada com idosos no Brasil verificou que a esperança possui um efeito benéfico ao idoso. A investigação ainda mostra que o binômio saúde/doença é percebido de maneira positiva nesta população, contribuindo para que, na velhice, as situações de crise, sofrimentos, desconfortos e desesperança possam ser vencidas pela boa autoestima e força de vontade para viverem a vida confortavelmente e com qualidade de vida (OLIVEIRA, SILVA; LIMA, 2018).

Pensar na promoção de um envelhecimento ativo inclui uma visão dos segmentos biopsicossocial, econômico, cultural e religioso. Deste modo, o envelhecimento se constitui em um processo multidimensional, influenciável e interacional, para o qual tudo o que as pessoas vivenciaram no decorrer de sua vida contribuirá para as condições de como chegarão à velhice.

Destaca-se que a mudança da pirâmide etária e do perfil epidemiológico demanda que a sociedade, em geral, planeje e implemente ações de natureza preventiva, curativa e promocionais, com vistas a possibilitar melhor qualidade de vida ao idoso e ao indivíduo que está envelhecendo. Isto porque a população idosa, comumente, apresenta maior prevalência de doenças, requer mais serviços de saúde e de maior complexidade e, acima de tudo, demanda maiores cuidados. A qualidade do cuidado ofertado pode minimizar ao longo do tempo os níveis de incapacidades relacionados à velhice. Ao considerar que haverá uma sociedade com pessoas mais velhas, é necessário também haver reconhecimento social da importância de direcionar o olhar para este estrato da população.

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, quantitativo, com inquérito domiciliar, em amostra da população idosa residente no município de Lagoão - Rio Grande do Sul/Brasil. Para atender aos objetivos do estudo, valeu-se de instrumentos construídos, validados, traduzidos para o Português e utilizados em pesquisas com idosos no Brasil.

4.2 Local de estudo

O estudo foi conduzido no Município de Lagoão/RS, contemplando o espaço rural e urbano, cuja população total é de 6.185 habitantes, distribuídos em uma área territorial de 386,6 km². A População masculina representa 3.195 dos habitantes e a feminina totaliza 2.990 pessoas. Um total de 4.530 indivíduos reside no meio rural e 1.655 na área urbana. O município apresenta um baixo Índice de Desenvolvimento Humano - 0,643 (IDH-M-2010), avaliado por meio dos componentes: expectativa de vida, educação e renda (OMS, 2010).

4.3 População e amostra

O município local do estudo possui 825 habitantes com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2010), o que corresponde a 13,3% da população total do município. Para o cálculo da amostra, foram utilizados os dados dos cadastros das famílias no e-SUS e distribuídos nas 15 microáreas de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Lagoão/RS. Destaca-se que o referido município possui 100% de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. Assim, a partir dos dados populacionais atualizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por microárea, nos meses de janeiro e fevereiro de 2017, uma relação de idosos totalizou 768 idosos. A partir deste, calculou-se uma amostra probabilística, com base em Barbetta (2007), considerando uma margem de erro de 5%.

Para calcular a amostra do estudo foi utilizado o resultado encontrado no estudo de Sousa (2010), o qual encontrou uma prevalência de apoio social recebido pelos idosos de 29,3%. Considerando um erro de 0,5 pontos percentual, obteve-se uma amostra de 317 idosos, com nível de confiança de 95%, poder de 80%. Acrescentando-se 10% para perdas, a maior amostra necessária foi de 351 idosos.

Tabela 1 - Distribuição da amostra* de 351 idosos com 60 anos ou mais, segundo o setor censitário do IBGE (2010).

Localidade / Microárea	Nº de idosos	% idosos	Amostra
Sede 01	83	10,8	38
Sede 02	74	9,6	34
Sede 03	84	10,9	38
Ronda Alta 04	24	3,1	10
Linha Pholmann 05	18	2,3	8
Pinhalzinho 06	36	4,7	16
Cerca Velha 07	28	3,6	13
Goiabal 08	46	6,0	21
Arroio do Sapo 09	43	5,6	20
Caçador 10	61	7,9	28
Santa Terezinha 11	79	10,3	36
Alto Socorro 12	62	8,1	28
Alto da Serra 13	74	9,6	34
Campestre 14	43	5,6	19
Posse Trigo 15	13	1,7	6
Total	768	100,0	349

*População de idosos = 3.964

Fonte: Dados da pesquisa, 2018

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Para este estudo, incluíram-se todos os indivíduos idosos, moradores em domicílios, residentes na área urbana e rural do município de Lagoão/RS. Foram excluídos do estudo os indivíduos que, no momento da entrevista estiveram privados de liberdade ou não estavam no domicílio após três visitas para realizar a coleta dos dados. A seleção dos idosos participantes foi aleatória, em que os nomes foram colocados em 15 caixas, uma para cada microárea, possibilitando que todos os idosos residentes tenham a mesma probabilidade de pertencerem ao estudo, sem que haja repetição, e o número de participantes retirado de acordo com o cálculo da amostra. Além disso, foram sorteados mais cinco possíveis participantes, como

suplentes, caso algum dos sorteados não concordasse em participar da pesquisa, ter ido a óbito ou não fosse localizado. Na presente pesquisa, dois idosos foram substituídos por motivo de óbito e mais dois idosos foram substituídos em função da mudança de endereço.

4.5 Procedimentos e coleta de dados

A coleta de dados desta pesquisa teve início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), seguindo as recomendações previstas nas Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – Resolução CNS 466/12 e com anuência dos participantes do estudo. Inicialmente, foi solicitada autorização a Secretaria Municipal de Saúde do município de Lagoão/RS. Após autorização, agendou-se reunião com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam nas três microáreas existentes no meio urbano e das doze localizadas na área rural. A eles foi apresentado o projeto e, também, foram convidados a participar voluntariamente da coleta dos dados da pesquisa. Com a concordância dos ACS em colaborar na coleta dos dados, a pesquisadora principal realizou capacitação dos mesmos, quanto aos procedimentos metodológicos, tanto de seleção/localização dos participantes quanto do preenchimento dos instrumentos. Na ocasião da capacitação revisou-se um questionário com todos os membros participantes, sanando dúvidas e respondendo aos questionamentos.

4.6 Instrumentos de coleta dos dados

Os dados foram coletados no domicílio dos idosos participantes, no período de agosto de 2017 a abril de 2018, por meio de entrevista direta. Para tanto, utilizou-se de um instrumento para caracterização da população estudada e escalas construídas e validadas no Brasil conforme descrição a seguir.

Instrumento com dados sociodemográficos

Foram contempladas, nas variáveis sociodemográficas, informações como, sexo, idade, filhos, situação conjugal, escolaridade, residente em área rural ou urbana, com quem reside. As questões relacionadas à escolaridade e financeiras

como: sabe ler e escrever e quantos anos frequentou a escola, renda mensal e quantos dependentes desta renda.

Nos itens relacionados a hábitos de vida/situação ocupacional/participação social, questionou-se sobre o uso de bebida alcoólica, tabagismo, situação ocupacional e aposentadoria, participação em festas ou grupos na comunidade, etnia que se autodesigna, religião que pertence e, ainda, sobre a frequência de manifestações religiosas ou crenças.

Nas questões sobre saúde dos idosos, questionou-se sobre possuir alguma doença, hospitalização no último ano, em caso de adoecer a quem e a que recorre primeiro, autodefinição de sua saúde, uso de medicamentos, quantidade diária de medicamentos e custo mensal com sua saúde.

Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20)

O IVCF-20 foi construído de forma interdisciplinar, com a participação de vários profissionais da equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção ao idoso. É de fácil utilização e de rápida aplicação, mostra-se como bom instrumento para identificação inicial do idoso em risco, capaz de reconhecer a pessoa idosa que precisa ser submetida a uma avaliação mais apurada por uma equipe geriátrico-gerontológica especializada (MORAES *et al.*, 2016).

Assim, para avaliar as condições de saúde e de fragilidade dos participantes deste estudo utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), instrumento de triagem que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfaz um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES *et al.*, 2016).

Para o presente trabalho agrupou-se os idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional (robustos) aqueles com pontuação de 0 a 6 pontos, com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional (pré-frágeis) com pontuação

de 7 a 14 e idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (frágeis) com 15 pontos ou mais.

Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

Para a verificação das redes sociais do idoso utilizou-se a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), que foi traduzida e validada para o português brasileiro por Ribeiro *et al.* (2012), a partir da *Lubben Social Network Scale (LSNS)*, originalmente desenvolvida por Lubben (LUBBEN, 1988). A versão brasileira desta escala é constituída por 10 itens que avaliam o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos. É um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a integração e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade. O entrevistado tem a alternativa de escolher a que mais se aplica a sua situação, em uma escala de seis opções de respostas.

Neste sentido, a LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam, por um lado, as relações familiares e, por outro, as relações de amizade. Os itens incluídos no primeiro conjunto são: considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc; (1) Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?; (2) De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?; (3) Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais? As três perguntas são repetidas em relação aos amigos, inclui-se também aqueles que vivem na vizinhança do entrevistado (RIBEIRO *et al.*, 2012).

A pontuação total da escala resulta do somatório dos 6 itens, a qual vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas a cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”), conforme o número de amigos e familiares (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

Para avaliar o nível cognitivo foi utilizado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). O MEEM é um teste de rastreio cognitivo mais utilizado no mundo, para o auxílio da investigação de possíveis déficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos. Este é um

instrumento utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas e países. Já foi validado para a população brasileira. Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva (BERTOLUCCI *et al.*, 1994; MELO; BARBOSA, 2015).

O MEEM é composto por duas seções que medem funções cognitivas, a primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos (MELO; BARBOSA, 2015). O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Além da versão padrão, que foi aprimorada, dando origem ao *Mini Mental State Examination-2* (MMSE-2), até o momento, não há consenso quanto aos pontos de corte para declínio cognitivo no Brasil. A escolaridade tem recebido atenção especial, sendo alvo de análises efetuadas com diferentes amostras, visando-se principalmente a adequação dos pontos de corte.

Para este estudo, utilizou-se como ponto de corte a pontuação 13 para analfabetos, 18 para baixa e média e 26 para alta escolaridade, isso justifica que provavelmente, os indivíduos com maior atividade intelectual são os de melhor desempenho e, nesse sentido, a avaliação da atividade intelectual poderia ser um melhor índice para separação de grupos do que o número de anos de educação formal (BERTOLUCCI *et al.*, 1994).

4.7 Tratamento dos dados

Após a coleta dos dados, todos os instrumentos foram revisados pela pesquisadora principal, a fim de verificar questões que não foram devidamente preenchidas. Logo, construiu-se o banco de dados com codificação prévia das

questões. Para análise e testes estatísticos utilizou-se o Software, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0. Posteriormente, foi realizada a consistência entre as bases de dados e, quando necessária, a correção, buscando a informação no instrumento original. Para atender os objetivos propostos, utilizaram-se as análises estatísticas descritiva, simples absolutas e percentuais. As associações entre variáveis categóricas foram estudadas a partir de testes paramétricos, como qui-quadrado e não paramétricos, como teste exato de Fischer.

A correlação de *Spearman* foi utilizada para avaliar a associação entre pontuações da escala de Lubbens com questões do perfil dos idosos e ainda fragilidade, com recurso a uma amostra probabilística estratificada por sexo e grupo etário. O nível de significância de $p < 0,05$ foi adotado para todas as análises.

4.8 Aspectos éticos

Durante a realização desta pesquisa os direitos dos informantes mantiveram-se preservados observando-se os dispositivos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 466/2012, que define as diretrizes e normas regulamentadoras das atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi registrado junto ao Gabinete de Projetos (GAP) do Campus Palmeira das Missões da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e após apresentado ao Município de Lagoão/RS, para obtenção da autorização institucional. Após esse momento, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e, posteriormente, encaminhado para análise do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM). A coleta de dados teve início após a aprovação pelo Comitê de Ética, número do Parecer: 2.168.655, aprovado em 11 de julho de 2017.

5. RESULTADOS

Os 351 idosos participantes corresponderam respectivamente há 56,4% feminino e 43,6% masculino. Entre estes, 63,8% eram casados e 24,8% viúvos, a maioria residente em território rural 69,8%. Uma parte correspondente a 93,2% dos idosos possui filhos. Com relação à escolaridade, 40,7% declaram não saber ler nem escrever, em que 31,9% do total nunca frequentaram a escola. Os idosos sem escolaridade e com menos de 4 anos de estudo totalizam 82,9% da amostra. Ao ser questionado sobre sua renda mensal, 65,0% referem receber um salário mínimo, sendo que 78,9% dizem ser somente aposentados. Embora a renda prevalecente seja um salário mínimo, 58,4% dizem ter de 2 a 3 pessoas dependentes desta (tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica de idosos. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.

	n(%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p-valor
Idade				
60 ---70	185 (52,7)	111 (56,1)	74 (48,4)	0,199
70 ---80	126 (35,9)	69 (34,8)	57 (37,3)	
80 ou mais	40 (11,4)	18 (9,1)	22 (14,4)	
Situação conjugal				
Casado (a)	224 (63,8)	119 (60,1)	105 (68,6)	0,024*
União estável	17 (4,8)	10 (5,1)	7 (4,6)	
Solteiro	23 (6,6)	9 (4,5)	14 (9,2)	
Viúvo (a)	87 (24,8)	60 (30,3)	27 (17,6)	
Reside na área				
Urbana	106 (30,2)	60 (30,3)	46 (30,1)	0,962
Rural	245 (69,8)	138 (69,7)	107 (69,9)	
Tem filhos				
Sim	327 (93,2)	188 (94,9)	139 (90,8)	0,131
Não	24 (6,8)	10 (5,1)	14 (9,2)	
Sabe ler e escrever				
Sim	208 (58,6)	116 (58,6)	92 (60,1)	0,770
Não	143 (40,7)	82 (41,4)	61 (39,9)	
Escolaridade				
Sem escolaridade	112 (31,9)	65 (32,8)	47 (30,7)	0,814
1 a 4 anos	179 (51,0)	98 (49,5)	81 (52,9)	
5 anos ou mais	60 (17,1)	35(17,7)	25 (16,3)	
Situação ocupacional				
Aposentado	277 (78,9)	166 (83,8)	111 (72,5)	0,010*
Trabalhando e/ou aposentado#	74 (21,1)	32 (16,2)	42 (27,5)	
Renda mensal				
< 1 SM ^{&}	228 (65,0)	125 (63,1)	103(67,3)	0,415
2 ou mais SM	123 (35,0)	73 (36,9)	50 (32,7)	
Nº de pessoas dependentes				
1 pessoa	118(33,6)	69 (34,8)	49(32,0)	0,712
2 a 3 pessoas	215(58,4)	115(58,1)	90(58,8)	
4 pessoas ou mais	28(8,0)	14(7,1)	14(9,2)	
Total	351 (100)	198 (56,4)	153 (43,6)	

*Teste qui-quadrado; Valor significativo igual $p \leq 0,05$.# Do total que está na categoria situação ocupacional "trabalhando e/ou aposentado 12,16% apenas trabalha. [&] SM – Salário Mínimo. Dos que estão na categoria "até um SM" 98,24% recebem um salário mínimo.
Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Ao verificar-se as redes sociais do idoso com a utilização da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), com relação aos grupos etários não houve diferença de apoio recebido entre as diferentes idades dos idosos. Com relação à escolaridade, observou-se que entre aqueles sem escolaridade e os que estudaram de 1 a 4 anos houve significância do apoio social recebido.

Ao utilizar-se o teste Tukey e o ANOVA, identificou-se que não existe diferença entre o apoio recebido de amigos e de família, porém há correlação positiva. Isto porque quando aumenta o apoio social da família também aumenta dos amigos, assim como não apresentou diferença significativa na variável sexo e suporte social (tabela 3 e figura 1).

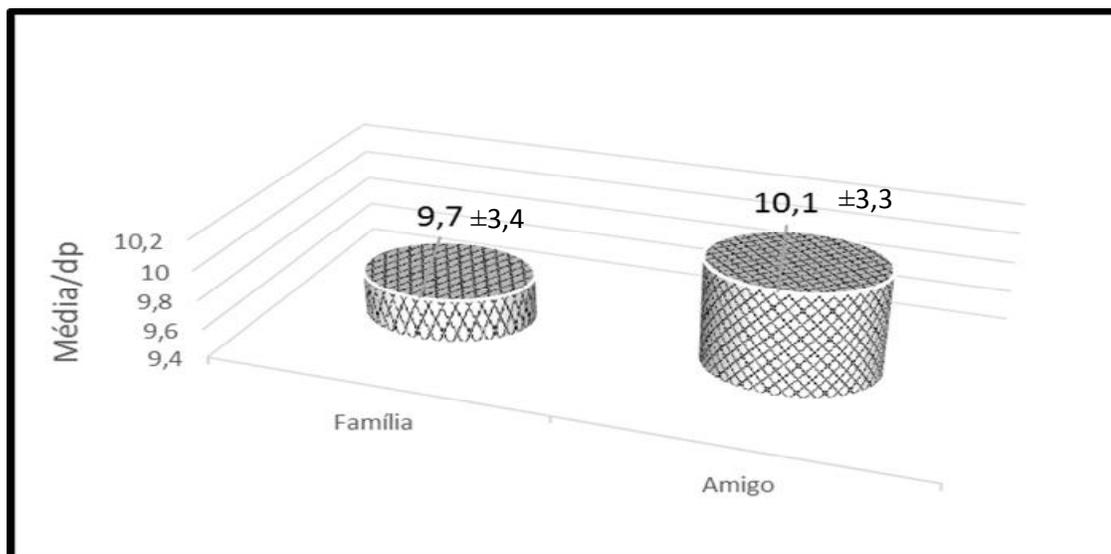
Tabela 3 - Distribuição dos idosos de acordo com a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), segundo grupos etários, sexo e escolaridade. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.

	LSNS-6					
	Total		Família		Amigo	
	M-dp	p-valor	M-dp	p-valor	M-dp	p-valor
Grupos etários						
60 a 69 anos	36,2±12,7		9,8±3,3		10,3±3,3	
70 a 79 anos	34,7±11,9	0,17#	9,8±3,3	0,36#	9,9±3,1	0,13#
80 anos ou mais	32,2±13,6		8,9±3,9		9,1±3,8	
Sexo						
Feminino	35,1±12,9		9,9±3,4		9,9±3,4	
Masculino	35,3±12,2	0,899&	9,5±3,4	0,288&	10,1±3,2	0,765&
Escolaridade						
Sem escolaridade	32,8±12,2 _{ac}		8,9±3,4		9,3±3,3	
1 a 4 anos	36,1±12,3 _{bc}	0,42#	10,2±3,4	0,016#	10,3±3,2	0,025#
5 anos ou mais	36,9±12,5 _c		9,7±3,2		10,5±3,6	

Teste Tukey: Letras iguais não diferem entre si. &Teste T. # ANOVA

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Figura 1 - Distribuição dos idosos segundo resultados da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018



Teste T para dados pareados $p=0,077$ ($p>0,05$)

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Ao serem avaliados com a utilização do IVCF-20 e o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), do total dos 351 participantes, verificou-se que um significativo número de idosos (78,6%) apresentou déficit cognitivo. Quanto à classificação pelo índice de vulnerabilidade clínico funcional, verificou-se que 74,4% classificaram-se como robustos, seguidos de 18,8% pré-frágil (tabela 4).

Tabela 4 - Classificação dos idosos de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) e Mini Mental, segundo presença ou não de déficit cognitivo. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.

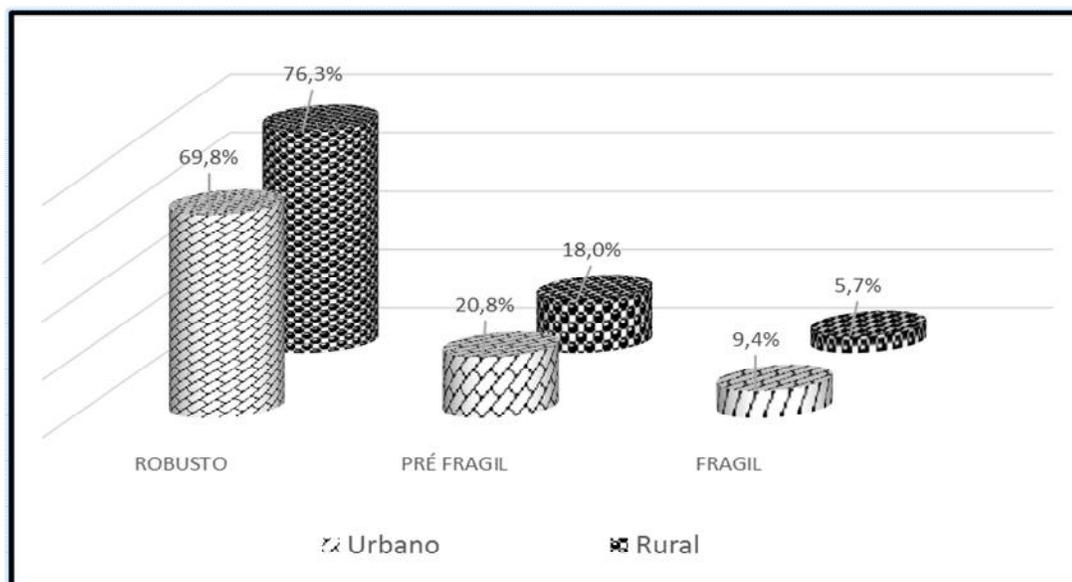
IVCF-20 Classificação	Total n(%)	Mini Mental		p-valor
		Sem déficit cognitivo n(%)	Com déficit cognitivo n(%)	
Robusto	261(74,4)	65(86,7)	196(71,0)	0,014*
Pré-frágil	66(18,8)	9(12,0)	57(20,7)	
Frágil	24(6,8)	1(1,3)	23(8,3)	
Total	351(100)	75(21,4)	276(78,6)	

Teste qui-quadrado, p-valor $<0,005$.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na figura 2, segundo a territorialidade do idoso, observa-se que 76,3% dos idosos robustos residem em área rural e 20,8% dos idosos pré-frágil seguidos de 9,4% dos idosos frágeis residem no território urbano.

Figura 2 - Classificação dos idosos segundo o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), segundo local de residência. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.



Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Ao analisar a situação dos idosos conforme hábitos de vida, 51,9% referiram nunca ter fumado, destes 67,7% eram do sexo feminino. Dos que consomem tabaco, 21,4%, a maioria era do sexo masculino. Com relação à utilização de bebida alcoólica, 79,5% do total dizem não fazer uso, em que a maioria era mulheres 89,9%.

Quando questionados sobre a participação social, espaço este de interação entre diferentes gerações, 35,6% do total disseram participar de festas na comunidade somente às vezes, seguidos de 22,5% raramente participar. No entanto, identificou-se que 59,3% nunca participaram de grupos de terceira idade, seguidos daqueles que frequentavam às vezes (16,0%), em que, em sua maioria, era do sexo feminino.

A participação em cultos, missas, encontros e/ou celebrações, associados a manifestações de crenças ou fé, que também pode ser considerada uma

participação social, 36,5% dos idosos entrevistados referiram que participam raramente, acompanhados de 35,6% que frequentam mensalmente, não apresentando diferença importante entre o sexo feminino e o sexo masculino.

Tabela 5 – Situação dos idosos conforme hábitos de vida e participação social. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.

	n(%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p-valor
Tabaco				
Fuma	75(21,4)	34(17,2)	41(26,8)	0,000*
Não fuma	182(51,9)	134(67,7)	48(31,4)	
Já fumou	94(26,8)	30(15,2)	64(41,8)	
Bebida alcoólica				
Sim	72(20,5)	20(10,1)	52(34,0)	0,000*
Não	279(79,5)	178(89,9)	101(66,0)	
Participa de festas na comunidade				
Sempre	69(19,7)	43(21,7)	26(17,0)	0,706
Às vezes	125(35,6)	67(33,8)	58(37,9)	
Raramente	79(22,5)	44(22,2)	35(22,9)	
Nunca	78(22,2)	44(22,2)	34(22,2)	
Participa de grupos				
Sempre	33(9,4)	21(10,6)	12(7,8)	0,021*
Às vezes	56(16,0)	41(20,7)	15(9,8)	
Raramente	54(15,4)	26(13,1)	28(18,3)	
Nunca	208(59,3)	110(55,6)	98(64,1)	
Atividade social**				
Diariamente	32(9,1)	20(10,1)	12(7,8)	0,299
Semanalmente	45(12,8)	27(13,6)	18(11,8)	
Mensalmente	125(35,6)	77(38,9)	48(31,4)	
Raramente	128(36,5)	64(32,3)	64(41,8)	
Nunca	21(6,0)	10(5,1)	11(7,2)	
Total	351(100)	198 (56,4)	153 (43,6)	

* Teste qui-quadrado $p < 0,05$; ** Frequência a cultos/missas/encontros/celebrações.

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

No que se refere à situação de saúde dos idosos, identificou-se que 80,6% possuíam algum tipo de doença, mesmo assim 69,2% referiram não ter nenhuma hospitalização no último ano, seguidos de 20,8% que tiveram hospitalizado uma vez. Quando questionados sobre a primeira escolha de recursos terapêuticos ao adoecer, a unidade básica de saúde correspondeu a 65,0%, salientando que 10,8% recorreram a chás naturais como primeira opção. Ao ser indagados sobre a autopercepção da sua saúde, 42,5% a consideravam boa, seguidos de razoável

40,2%, sendo que uma porcentual de 75,8% fazia uso contínuo de medicamento e 26,5% utilizavam mais de cinco (5) tipos diferentes.

Estatisticamente, verificou-se um $p < 0,05$, resultado significativo para possuir alguma doença, autopercepção de sua saúde, fazer uso de medicamentos e utilização em número de medicamentos.

Tabela 6 – Distribuição dos idosos, segundo acesso aos serviços e situação de saúde. Lagoão, Rio Grande do Sul, 2018.

Variáveis	n(%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)	p-valor
Nº hospitalizações no último ano				
Nenhuma	243(69,2)	133(67,2)	110(71,9)	0,535
Uma vez	73(20,8)	42(21,2)	31(20,3)	
Duas vezes	18(5,1)	13(6,6)	5(3,3)	
Três vezes ou mais	17(4,8)	10(5,1)	7(4,6)	
Possui alguma doença				
Sim	283(80,6)	173(87,)	110(71,9)	0,000*
Não	68(19,4)	25(12,6)	43(28,1)	
Quando adoece recorre primeiro				
UBS	228(65,0)	129(65,2)	99(64,7)	0,403
Automedicação	31(8,8)	13(6,6)	18(11,8)	
Chás naturais	38(10,8)	22(11,1)	16(10,5)	
Hospital	43(12,3)	28(14,1)	15(9,8)	
Outro	11(3,1)	6(3,0)	5(3,3)	
Autopercepção das condições de saúde				
Excelente	35(10,0)	17(8,6)	18(11,8)	0,016*
Boa	149(42,5)	73(36,9)	76(49,7)	
Razoável	141(40,2)	94(47,5)	47(30,7)	
Ruim	26(7,4)	14(7,1)	12(7,8)	
Faz uso de medicamentos				
Sim	266(75,8)	166(83,8)	100(65,4)	0,000*
Não	85(24,2)	32(16,2)	53(34,6)	
Número de medicamentos que consome				
Nenhum	83(23,6)	31(15,7)	52(34,0)	0,001*
1 a 2	102(29,1)	64(32,3)	38(24,8)	
3 a 4	73(20,8)	42(21,2)	31(20,3)	
5 ou mais	93(26,5)	61(30,8)	32(20,9)	
Total	351(100)	198 (56,4)	153 (43,6)	

*Teste qui-quadrado $p < 0,05$

6. DISCUSSÃO

Pode-se verificar que houve predomínio do sexo feminino na amostra, esse processo de feminização da velhice, está presente também em diferentes estudos realizados mundialmente como os de Valencia (2015) e de Souza *et al.* (2017). Já as características relativas ao número de filhos, renda mensal e estado civil assemelham-se a dados encontrados em outros estudos conduzidos no Brasil por Sousa *et al.* (2018), Oliveira *et al.* (2018) e Silva *et al.* (2018). Com relação à escolaridade, identificou-se que os idosos possuem número reduzido de anos de ensino formal, assemelhando-se a estudo desenvolvido em Viçosa, Minas Gerais, em que os idosos estudados apresentaram baixo nível de escolaridade, com um percentual de 91% com menos de quatro anos de estudo (MACHADO *et al.*, 2011). Porém, estes dados não conferem com outro estudo realizado com idosos no meio rural de Pelotas, no qual prevaleceram idosos com escolaridade entre 4 a 7 anos de escolaridade (MARTINS *et al.*, 2016). Esta disparidade nos resultados de diferentes estudos pode estar associada a características culturais das populações estudadas, pois foram pesquisas realizadas em diferentes contextos geográficos, evidenciando e heterogeneidade do perfil da população idosa.

O suporte social entre os idosos mostrou-se ser de grande valia para o enfrentamento das transformações que advém com o processo de envelhecimento, pois os indivíduos passam por profundas mudanças, tanto socialmente quanto psicologicamente, com perdas e ganhos de diversas naturezas. O suporte social é visto como um dos fatores de proteção e promoção da saúde, além do bem-estar psicológico da pessoa idosa (SOUZA *et al.*, 2017). Neste estudo, com relação aos grupos etários, verificou-se que não houve diferença de apoio recebido em relação às idades dos idosos. No entanto, relativo à escolaridade observou-se que entre aqueles sem escolaridade e os que estudaram de 1 a 4 anos, o apoio social recebido foi significativo, dados que se assemelham ao estudo de Maia *et al.* (2016).

O indivíduo constrói a sua rede social ao longo da vida e sua extensão vai depender de fatores sociodemográficos, culturais, econômicos e da personalidade. No que concerne à idade, encontram-se indivíduos de todas as idades em risco de isolamento social, o que comprova a necessidade de criar estratégias que aumentem as redes sociais e o apoio social de indivíduos de todas as gerações. Em

relação ao sexo, as mulheres apresentam maior risco de isolamento social do que os homens (VILLAS-BOAS *et al.*, 2018).

Para Maia *et al.* (2016), em estudo realizado no distrito de Castelo Branco – Portugal, entre as causas mais frequentes de suicídio nos idosos naquele país destacam-se a institucionalização, viuvez, doenças psiquiátricas (depressão e alcoolismo) e, em especial, o baixo suporte social, a idade avançada, as limitações funcionais, a inexistência de filhos, a perda ou dificuldade de acesso a familiares mais chegados e a amigos, bem como doenças, que se constituem em fatores de risco para o isolamento.

A rede social do idoso pode ser constituída por familiares, família alargada, amigos, confidentes, vizinhos e redes formais de ajuda (serviços de apoio social, grupos de ajuda mútua, telefone, internet). No que diz respeito à união estável, esta condição é positiva, pois tem efeito protetor, estando a viuvez associada a maiores taxas de mortalidade em ambos os sexos (MAIA *et al.*, 2016).

Ainda, quanto ao papel familiar, existem funções sociais específicas de filhos para com os pais. Aqueles idosos que não possuem filhos costumam receber tal atenção de seus irmãos, que podem ter senso de compromisso similar ao existente na relação entre pais e filhos. O subgrupo dos idosos viúvos e divorciados parece estar com maior risco de falta de suporte. Já os solteiros, ao contrário, tendem a cultivar mais amizades de maneira mais ativa ao longo da vida, e estas poderão funcionar como rede de suporte no envelhecimento (GUEDES *et al.*, 2017).

Guedes *et al.* (2017) concluíram que o apoio social é uma das multifacetadas que devem ser consideradas nesta nova perspectiva da atenção à saúde e não mais somente da atenção à doença. Mesmo sendo parte de atenção integral, as redes microssociais podem ter efeito multiplicador nos aspectos sociais, psicossomáticos e, por que não dizer, biológicos das pessoas, proporcionar maior interação, reduzir efeitos danosos à saúde e favorecer o bem-estar dos idosos e daqueles que os rodeiam.

Quanto à participação social, verificou-se que um número reduzido de idosos mencionou participar ativamente em grupos na comunidade, em sua maioria do sexo feminino. O idoso manter-se socialmente ativo em sua comunidade nas práticas sociais, torna-o responsável por diversas tarefas e deixa-o inserido no espaço social em que vive. A participação nos grupos de convivência permite ao idoso exercer seu papel de cidadão, utilizar de suas potencialidades, compartilhar vivências e

desenvolver laços de amizade com idosos que vivem sozinhos e têm a necessidade atenção, de conversar e serem ouvidos (AMTHAUER; FALK, 2017).

A participação em cultos, missas, encontros e/ou celebrações também pode ser considerada uma forma de inserção social. Neste estudo, 36,5% dos participantes disseram raramente participar e 35,6 % referiram ter frequência mensal, independente de ser homem ou mulher. A prática religiosa favorece para aumentar a oportunidade de interação social e funciona como fator protetor no envelhecimento (MAIA *et al.*, 2016).

Para outros autores, a mobilização da rede de suporte informal deve transcender aspectos meramente de “uso” do suporte familiar, de vizinhos ou amigos e permitir o envolvimento dos idosos em atividades sociais que os conectem com a rede social, de forma que ocorra interação recíproca (GUEDES *et al.*, 2017).

No presente estudo, identificou-se que houve alta prevalência de declínio cognitivo entre os idosos estudados. Na análise dos fatores associados ao declínio cognitivo chama atenção a associação entre a escolaridade e a presença de déficit de cognição, dados que corroboram com estudo realizado em Viçosa/Minas Gerais, por Machado *et al.*, (2011). No que concerne à cognição, resultados de pesquisa comportamental mostraram que a cognição no envelhecimento saudável não é um processo regular e constante, e sim variável. É um padrão contrastante de declínio e estabilidade ao longo da vida, em relação a diferentes domínios cognitivos (COCO; LOPEZ; CORRAO, 2016). Na tentativa de dificultar esse processo e promover o envelhecimento cognitivo bem-sucedido, a atenção especial deve ser dada aos possíveis efeitos protetores da atividade intelectual e do bom estado de saúde. Fatores como educação, classe social e engajamento social estão firmemente ligados a uma diminuição do risco de declínio cognitivo na vida adulta e, assim, constituindo-se em fator protetivo (COCO; LOPEZ; CORRAO, 2016).

Em concordância a estas informações, estudo realizado no Japão com 4.290 idosos por Shimada *et al.* (2016) mostra que a prevalência de incapacidades se eleva devido à expansão do envelhecimento da população e ao aumento da incidência de problemas crônicos de saúde. Neste contexto, o comprometimento cognitivo pode estar relacionado a um risco aumentado para o desenvolvimento de incapacidades.

Para Coco; Lopez; Corrao (2016), os idosos com perda de memória e lentidão cognitiva podem ter de sofrer interferência na realização de suas rotinas diárias. Já o

comprometimento cognitivo refere-se especificamente ao declínio das capacidades intelectuais, como pensamento, linguagem, memória, atenção, percepção, planejamento, tomada de decisão e resolução de problemas (COCO; LOPEZ; CORRAO, 2016). Quando o comprometimento cognitivo atinge um limiar que dificulta o funcionamento diário, o termo demência é utilizado.

Na China, estudo realizado em 2014 apresentou como um dos resultados uma prevalência relativamente alta de demência mais grave em idosos mais velhos, que têm menor escolaridade, do sexo feminino, solteiros, ocupação vitalícia como dona de casa, com menor renda, bebendo e fumando demais (YANG *et al.*, 2016). Embora não se tenha feito correlação entre faixa etária e patologias, o presente estudo corrobora nos dados baixa escolaridade e sexo feminino. Outros autores afirmam que o principal fator de risco para o desenvolvimento de demência é o aumento da idade (COCO; LOPEZ; CORRAO, 2016).

Para Coco; Lopez; Corrao (2016), além da hipertensão outros fatores de risco vascular e de acidente vascular cerebral (AVC) como: diabetes mellitus, fibrilação atrial, dislipidemia, tabagismo, obesidade e consumo de álcool também podem ser o alvo terapêutico do comprometimento cognitivo relacionado ao AVC. Estudo descreveu que a prevalência de comprometimento cognitivo após o AVC é alta, especialmente após sua recorrência, e fatores demográficos como idade, educação e ocupação, bem como a hipertensão, dieta e ausência de atividade física desempenham papel significativo nestas questões (COCO; LOPEZ; CORRAO, 2016).

Um estudo longitudinal de saúde e bem-estar em adultos de seis países de baixa e média renda sobre envelhecimento global e saúde do adulto foi realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No México foram entrevistadas 2.315 pessoas de 50 anos ou mais e, como resultado, identificou-se que o menor funcionamento cognitivo esteve fortemente associado ao avanço da idade, à vida rural e à baixa renda, bem como às queixas subjetivas de memória e às limitações das atividades da vida diária. Indicou, ainda, que fatores modificáveis, como o uso de tabaco e álcool, não apresentaram associação negativa com a função cognitiva. Talvez porque a duração e a quantidade de uso não foram quantificadas nessas regressões (MIU *et al.*, 2016).

Neste estudo foi possível observar que 80,6% dos idosos entrevistados mencionaram possuir alguma doença e 20,8% referiram pelo menos uma internação

hospitalar no último ano. Os dados relativos à hospitalização assemelham-se aos encontrados em pesquisa realizada em Montes Claros/Minas Gerais, por Carneiro *et al.* (2016), na qual o percentual de internações foi de 21,0%. Ao serem indagados sobre a autopercepção de sua saúde, 42,5% a consideraram boa, seguidos de razoável 40,2%. Uma porcentagem de 75,8% fazia uso contínuo de medicamento e 26,5% utilizavam mais de cinco (5) tipos diferentes de medicação diariamente. O uso de polifarmácia é um item preocupante. Este foi observado em pesquisa na qual o uso de medicamentos inapropriados apresentou associação positiva entre a utilização de polifarmácia, polipatologia e hipertensão arterial, salientando que as consequências clínicas do uso de medicamentos inapropriados são importantes, devido aos riscos de eventos adversos e impacto negativo na funcionalidade do idoso (LOPES *et al.*, 2016). Em estudo desenvolvido no município de Carlos Barbosa/RS, em que os participantes também foram idosos, os autores verificaram que 72,3% deles faziam uso contínuo de medicamentos, em que a prevalência do uso foi menor entre aqueles que residiam área rural, em comparação com os residentes no meio urbano (DAL PIZZOL *et al.*, 2012).

O aumento dos gastos em saúde, observado em todos os países do mundo, tem atraído preocupação de gestores de políticas públicas e de pesquisadores da área de saúde. No Brasil, um estudo sobre gasto médio por internação hospitalar pelo Sistema Único de Saúde, entre os anos 2000 e 2010, para homens, mulheres e total, segundo grupos de idades, apontou que estes foram altos para o grupo com menos de um ano de idade, reduziram-se para as faixas etárias subsequentes (1 a 4 até 10 a 14 anos) e aumentaram a partir dos 15 anos, passando a função de gasto a apresentar um formato de “U” invertido e crescendo até alcançar 69 anos. Entre os indivíduos acima de 70 anos, os gastos passaram a apresentar trajetória descendente (REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2016).

Ainda no estudo de Reis; Noronha; Wajnman (2016) observaram que o crescimento dos gastos hospitalares em termos de preço, taxa, composição etária e crescimento populacional, verificaram que o envelhecimento populacional exerce papel determinante nas diferenças de gasto total entre 2000 e 2010, com exceção do grupo de doenças associado a uma população mais jovem – doenças infecciosas e parasitárias. Dessa forma, o aumento da proporção de idosos poderia gerar um crescimento expressivo nos custos, especialmente para grupos de doenças que são prevalentes nessa faixa de idade, tais como as do aparelho circulatório e neoplasias.

Como observado, de maneira geral, o envelhecimento populacional vem se destacando entre as variáveis que explicam o aumento destes gastos e o maior consumo com serviços de saúde entre os idosos está associado ao perfil de morbidade deste grupo populacional, caracterizado pela maior prevalência de doenças crônico-degenerativas (REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2016).

A classificação dos idosos, aferida pelo índice de vulnerabilidade clínico funcional na utilização o IVCF-20, mostrou que 74,4% deles classificaram-se como robustos e 18,8% como pré-frágeis. Salienta-se que são poucos os estudos brasileiros que utilizaram este instrumento. Contudo, pode-se observar que 23,6% dos idosos estão no grupo entre pré-frágil e frágil. Para Moraes *et al.* (2016), o envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilização, embora a idade, por si só, é um preditor de fragilidade inadequado, uma vez que o processo de envelhecimento segue padrão heterogêneo. Os idosos do grupo frágil necessitam de abordagem especializada, em uma unidade de referência para o idoso, e a avaliação multidimensional completa é imprescindível para um correto projeto terapêutico interdisciplinar (MORAES *et al.* 2014). Em outro estudo com a utilização de outras escalas, revelou prevalência de 47,2% idosos com fragilidade, com maior prevalência em longevos e que viviam sem companheiro(a) (CARNEIRO *et al.*, 2016). Em relação às condições clínicas, a presença de sintomas depressivos, doença osteoarticular, bem como história de quedas e de internação nos últimos 12 meses estão relacionadas à fragilidade em idosos (CARNEIRO *et al.*, 2016).

Em estudo realizado em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, Sul do Brasil, Confortin *et al.* (2016) mencionaram que, em áreas rurais, houve maior prevalência de idosos com baixa escolaridade, casados, viúvos, possuindo menor renda, que relataram percepção igual ou pior de saúde comparados aos idosos da mesma idade da zona urbana, com risco cardiovascular substancialmente aumentado e que não foram hospitalizados nos últimos seis meses e, ainda, menor prevalência de idosos divorciados, fumantes, ex-fumantes. A proporção de provável déficit cognitivo dos idosos residentes no meio rural também foi menor do que os que residiam na área urbana. Além disso, os que moravam na área urbana apresentaram maior prevalência de serem hospitalizados. Isto evidencia uma disparidade quando se trata de população idosa que reside em áreas rurais e em áreas urbanas.

No presente estudo observou-se diferença, segundo a territorialidade do idoso, uma vez que 76,3% dos idosos robustos residem em área rural e 20,8% dos idosos pré-frágeis, enquanto que entre os residentes no meio urbano 69,8% classificaram-se como robustos, 20,8% eram pré-frágeis e 9,4% frágeis. Observa-se que mais estratégias baseadas na população, incluindo a realização de programas de intervenção baseados na comunidade, a realização de políticas de prevenção primária e serviços de saúde pública, são primordiais para prevenção de demências no envelhecimento.

7. CONCLUSÃO

Buscou-se, com esta investigação, analisar as condições multifacetadas associadas à saúde de idosos, verificar as redes sociais e as características sociodemográficas de idosos residentes em um município de pequeno porte da região central do Rio Grande do Sul.

Dentre os participantes prevaleceu o sexo feminino (56,4%), na faixa etária de 60 a 70 anos de idade (52,7%), casados (63,8%), sabiam ler e escrever (58,6%), tinham filhos (93,2%) e frequentaram o ensino formal de 1 a 4 anos (51,0%). Identificou-se que não houve diferença de apoio recebido entre os diferentes grupos etários. Porém, em relação à escolaridade, observou-se que os idosos que estudaram de 1 a 4 anos tiveram maior apoio social recebido do que aqueles sem escolaridade, evidenciando que a escolaridade é um fator protetivo positivo no envelhecimento.

O comprometimento cognitivo pode prever o desenvolvimento de incapacidade em idosos. Verificou-se que um significativo número de idosos (78,6%) apresentou déficit cognitivo. Saliencia-se que este estudo foi realizado em um município, com determinada população, e que o MEEM, como um teste cognitivo geral, tem sua precisão variável em indivíduos de diferentes idades, níveis de educação e etnias.

Avaliou-se, ainda, a vulnerabilidade clínica funcional dos idosos, cujos resultados mostraram que 74,4% deles classificaram-se como robustos e 18% apresentaram-se como pré-frágeis. Embora tenham demonstrado boa condição funcional, entende-se ser importante a realização de outros estudos sobre a mesma temática, em outras realidades, para que se possa pensar programas e ações estratégicas, visando prevenir incapacidades funcionais e tratar as alterações já instaladas, normalmente decorrentes da presença de doenças crônicas. Além disso, estabelecer metas para promoção de envelhecimento ativo, uma vez que o número de idosos está em contínuo crescimento.

Estudos multifacetados com idosos fornecem subsídios importantes aos gestores e a equipe de saúde no sentido de ter informações para planejar e implantar políticas públicas adequadas para esse grupo populacional. A realidade demográfica e epidemiológica no país evidenciada pelo aumento do número de pessoas idosas pressupõe a necessidade de mudanças nas políticas de saúde

pública de atenção a essa população. Assim, o perfil multifacetado obtido neste estudo com idosos, residentes em área urbana e rural, contribui para o planejamento de ações de atenção à saúde a esta população.

REFERÊNCIAS

AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso. **Rev.J. res.: fundam. care.** v. 9, n. 1, p. 99-105, 2017.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** Rev. Florianópolis-2007. 7 ed.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 52, n. 1, p.1-7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. (2012). **Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese dos Indicadores Sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 [Internet]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>

BORGES, L.J. et al. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo Epi Flóripa. **Rev Saúde Pública.** v. 47, n. 4, p. 701-710, 2013.

BURHOLT, V.; SCHARF, T. Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. **Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences,** v. 69, n. 2, p. 311–324, 2014.

CALHA, A. A condição sénior no Sul da Europa e na Escandinávia. **Rev. Saúde Soc.** v. 24, n. 2, p. 527-542, 2015.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva,** v. 20, n. 7, p. 2221-2237, 2015.

CARNEIRO, J.A. *et al.* Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Rev Bras Enferm .**v. 70, n. 4, p. 780-5, 2016.

CARRERA-HUESO F. J. Aspectos positivos del envejecimiento. **Rev Farm Hosp.** v. 38, n. 06, p. 451-453, 2014.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Comparação do perfil socioeconômico e condições de saúde de idosos residentes em áreas predominantemente rural e urbana da Grande Florianópolis, Sul do Brasil. **Rev. Cad. Saúde Colet.**v. 24, n. 3, p. 330-338, 2016.

COLOMBO, V. X. L. *et al.* Estereótipos negativos hacia la vejez en personas mayores de Latinoamérica. **Rev. Kairós Gerontologia**, v.16, n. 4, p. 09-23, 2013.

COCO, D. L.; LOPEZ, G.; CORRAO, S. Cognitive impairment and stroke in elderly patients. **Rev. Vasc Health Risk Manag.** v. 12, n. 4, p. 105–116, 2016.

DAL PIZZOL, T. S. *et al.* Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 104-114, 2012.

DOMINGUES, M. A. *et al.* Redes de relações sociais dos idosos residentes em Ermelino Matarazzo, São Paulo: um estudo epidemiológico. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 16, n1, p. 49-59, 2013.

FERREIRA, P. M. O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. Temático: “Envelhecimento Ativo e Velhice” **Revista Kairós Gerontologia** Temático: v.18, p.07-29, 2015.

FOLSTEIN, M. F; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. **Rev.J Psychiatr Res** v. 12, p. 189-198, 1975.

GENARO JUNIOR, F. Aspectos fundantes na clínica do envelhecimento: o ambiente, o cuidado e o Telos. **Rev. Psic.** v. 23, n. 1, p. 51-74, 2014.

GUEDES, M. O. G. *et al.* Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Rev. de Saúde Coletiva**.v, 27, n. 4, p. 1185-1204, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>

KLUGE, F. *et al.* The Advantages of Demographic Change after the Wave: Fewer and Older, but Healthier, Greener, and More Productive? **Rev. Plos one**. v. 9, p. 9, 2014.

LOUREIRO, A. *et al.* O contexto socioespacial como fator de risco de internação por doença mental nas áreas metropolitanas de Portugal. **Rev. Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 13, 2015.

LOPES, L. M. *et al.* Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.11, p. 3429-3438, 2016.

LUBBEN, J. Assessing social networks among elderly populations. **Rev.Family & Community Health**, v. 11, n.(s.n.), p. 42-52, 1988.

MAIA, C. M. L. *et al.* Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **Rev.International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD**, n. 1, v. 1, p. 293-304, 2016.

MACHADO, J. C. *et al.* Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 14, n. 1, p. 109-121, 2011.

MARTINS, J. B. *et al.* Avaliação do desempenho cognitivo em idosos residentes em zona rural. **Cogitare Enferm.** v. 21, n. 3, p. 01-09, 2016.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3865-3876, 2015.

MIRANDA, G.M.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. C. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MIU, J. *et al.* Factors associated with cognitive function in older adults in Mexico. **Rev. Ação de Saúde Glob** . v. 9, n. 10, p. 3402, 2016.

MORAES, E.N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): Reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, n. 81, 2016.

OLIVEIRA, L. M.; SILVA, S. M.; LIMA, E. F. A. *et al.* A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. **J. res.: fundam. care. Online**. v. 10, n.1, p. 167-172, 2018.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/World Health Organization. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

OMS. Organización Mundial de La Salud. **Documentos básicos**. 26.ed. Ginebra: OMS, 1976.

OMS. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (**IDH-M**). Índice Brasil.2010.

OMS –WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a Policy Framework**. Geneva: WHO, 2005.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L.; EIDT, O. R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Rev. Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 3, p. 338-42, 2006.

PEGORARI, M. S. *et al.* Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Rev. Educ. Fís/UEM**, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2015.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do Envelhecimento Ativo. **Rev. Kairós Gerontologia**, v. 16, n. 05, p. 09-32. 2013.

PEGORARI, M.S.; TAVARES; D,M,S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 22, n. 5, p.874-82, 2015.

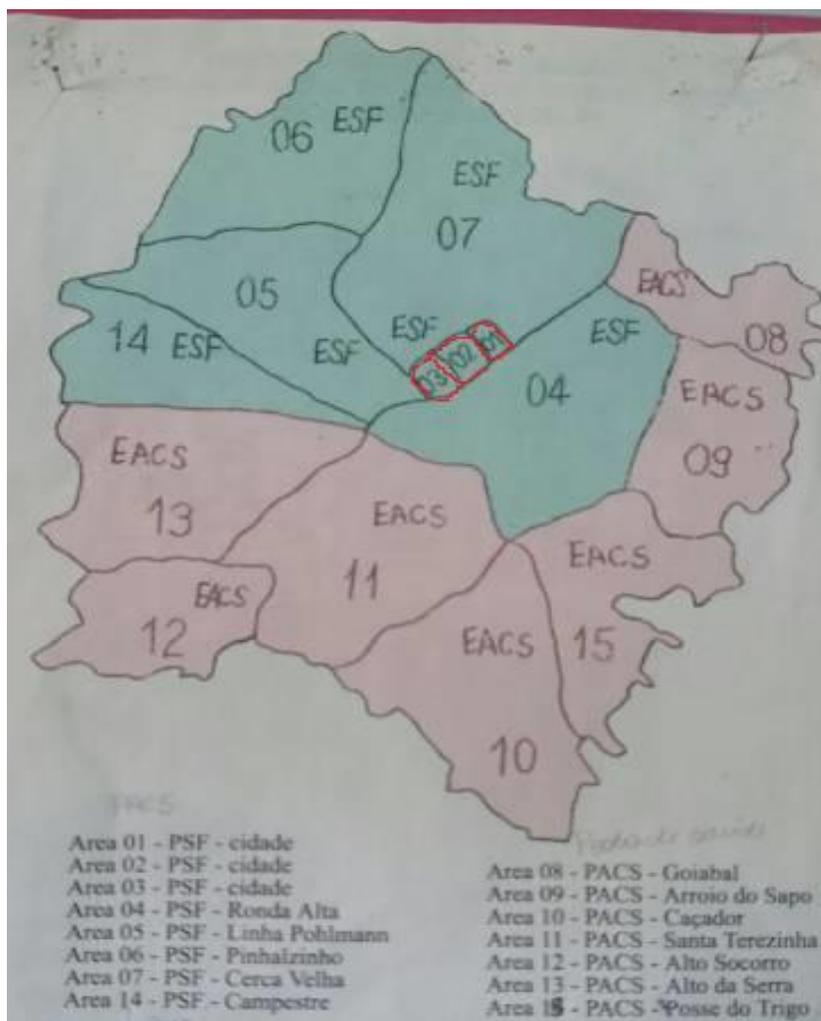
REBOUÇAS, M. *et al.* O que há de novo em ser velho. **Rev. Saúde Soc**. v. 22, n. 4, p. 1226-1235, 2013.

REIS, C. S.; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Rev. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro**, v. 33, n. 3, p. 591-612, 2016.

RIBEIRO, O. *et al.* Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), **Rev. Temática Kairós Gerontologia**, v.15, n.1, p. 217-234, 2012.

- SILVA, P.A. Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 1-15, 2014.
- SILVA, E. F. *et al.* Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 4, p. 1029-1040, 2013.
- SILVA, P. A. B. *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 1, p. 97-105, 2018.
- SHIMADA, H. *et al.* Cognitive Impairment and Disability in Older Japanese Adults. **Rev. PLoS One** . v. 11, n. 7, p. 0158720, 2016.
- SOUZA, D. *et al.* Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Rev. Psicologia, saúde & doenças**, v. 18, n. 2, p. 420-433, 2017.
- SOUSA, F.J. D. *et al.* Perfil sociodemográfico e suporte social de idosos na atenção primária. **Rev enferm UFPE on line**. v. 12, n. 4, p. 824-31, 2018.
- TAVARES, D. M. S. *et al.* Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 3, p. 21, 2015.
- VALER, D. B. *et al.* O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.18, n.4, p.809-819, 2015.
- VILELA, T. C.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P. F. Suporte social segundo pessoas idosas: estudo de método misto. **Rev baiana enferm.** v. 32, n.25, 2018.
- ZANELLO, V.; CAMPOS e SILVA, L.; HENDERSON, G. Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. **Rev Psic.: Teor. e Pesq.** v. 31, n. 4, p. 543-550, 2015.
- VALENCIA, A. L. L. Situación demográfica y epidemiológica de los adultos mayores. **Rev.Santander. Med UNAB.** v. 18, n.1, p. 58-65, 2015.
- VILLAS-BOAS, S. *et al.* Apoio social e diversidade geracional: o potencial da LSNS-6. **Rev. Interuniversitária**, v. 31, n.12, p. 183-196, 2018.
- YANG, L. *et al.* Prevalence of dementia, cognitive status and associated risk factors among elderly of Zhejiang province, China in 2014 . **Rev. Idade e Envelhecimento**, v. 45, n. 5, p. 708–712, 2016.

Figura 3: Distribuição das micro-areas de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no município de Lagoão RS.



**APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO: PERFIL DEMOGRÁFICO/ SÓCIO ECONÔMICO/
RELACIONADOS À SAÚDE**

 <p align="center">ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE IDOSOS RESIDENTES EM MEIO RURAL E URBANO</p> <p align="center">Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Educação Física e Desportos, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS).</p> <p align="center">Diana Cristina Buz Mainardi-(51)997725633 email: dianabuz@gmail.com</p> <p align="center">PERFIL DEMOGRÁFICO/ SÓCIO ECONÔMICO/ RELACIONADOS À SAÚDE</p>		
Perfil do entrevistado/		MICRO AREA:
Composição familiar		Nº: NSA= Não se aplica IGN=Pergunta não foi respondida
1	SEXO	FEM () MAS ()
2	IDADE EM ANOS	Anos ()
3	TEM FILHOS?	Sim () Não ()
4	QUANTOS?	_____
5	SITUAÇÃO CONJUGAL	Casado (a) () União Estável () Solteiro(a) () Viúvo(a) ()
6	RESIDE NA ÁREA?	Urbano () há quantos anos () Rural () há quantos anos ()
7	COM QUANTAS PESSOAS RESIDE	() pessoas incluído o idoso
8	QUEM SÃO ESTAS PESSOAS	Esposo/Esposa () Filhos () Netos () Outros () _____
Alfabetização/Escolaridade		
9	SABE LER E ESCREVER?	Sim () Não ()
10	FREQUENTOU A ESCOLA (anos)	() anos
Questões financeiras		
11	RENDA MENSAL	R\$. _____
12	QUANTOS DEPENDEM DESTA RENDA?	1 () 2-3() 4-5() 6 pessoas ou mais()
Hábitos de vida/situação ocupacional/participação social		
13	QUANTO AO USO DE TABACO	Você fuma () Não fuma () Já fumou ()
14	FAZ USO DE BEBIDA ALCOÓLICA	Sim () Não ()
15	COM QUE FREQUÊNCIA	Diariamente () 2 a 3 vezes por semana () Finais de semana ()
16	SITUAÇÃO OCUPACIONAL E APOSENTADORIA	Trabalha () Aposentado () Aposentado e trabalha () Outro () _____

17	PARTICIPA DE FESTAS NA COMUNIDADE	Sempre () Às vezes () Raramente () Nunca ()
18	PARTICIPA DE GRUPO DE IDOSOS OU DE OUTRA NATUREZA (mães, avós, trabalhadoras)	Sempre () Às vezes () Raramente () Nunca ()
19	ETNIA (se auto declara como)	Alemã () Italiano () Afro-descendente () Indígena() Outra -
20	QUAL SUA RELIGIÃO	Católico () Evangélico () Sem religião () Outra. Especificar:_____
21	COM QUE FREQUENCIA VAI A CULTOS, MISSAS, ENCONTROS, CELEBRAÇÕES	Diariamente () 1 vez por semana () 1 vez por mês () Raramente() Nunca ()
22	COM QUE FREQUENCIA VOCÊ FAZ ORAÇÕES, REZA OU MANIFESTA SUA CRENÇA.	Diariamente () 1 vez por semana () 1 vez por mês () Raramente() Nunca ()
Saúde		
23	HOSPITALIAÇÃO NO ÚLTIMO ANO	Nenhuma () 1vez() 2 vezes() 3 vezes ou mais()
24	POSSUI ALGUMA DOENÇA	Sim () Não () Se não pala para questão 26
25	Se sim. Qual(is)?	Cardiovascular() Osteoporose () Artrite () Obesidade () Diabetes () Hipertensão () Depressão () Problemas na coluna () outra () Qual?_____
26	A QUE VOCÊ RECORRE EM PRIMEIRO LUGAR, CASO ADOECE	() Unidade básica de saúde () Automedicação () Chás naturais () Ao hospital Outros () Especificar:_____
27	EM GERAL, VOCÊ DIRIA QUE SUA SAÚDE É	Excelente () Boa () Razoável () Ruim ()
28	FAZ USO DE MEDICAÇÕES	Sim () Não () Se não, pule para q questão 31.
29	Qual o número de medicamento utilizado?	Número?_____
30	Qual(is) os medicamentos que são utilizados?	_____ _____ _____
31	QUAL É O CUSTO MENSAL COM A SUA SAÚDE?	Nenhum (0,00R\$) () 1 ----200 R\$ () 200 ----400 R\$() 400 R\$ ou mais ()

ANEXO A: INDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO- FUNCIONAL-20

<p><i>Responda as perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i></p>			Pontos
IDADE		<p>1. Qual é a sua idade?</p> <input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos	
AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE		<p>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</p> <input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <input type="checkbox"/> Regular ou Ruim	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<p>AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia a pontuação máxima do item é de 4 pontos mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p>	<p>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.</p> <p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos por outros motivos que não a saúde.</p>	Máximo 4 pts
	<p>AVD Básica</p>	<p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
COGNIÇÃO		<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
HUMOR		<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
MOBILIDADE	<p>Alcance, preensão e pinça</p>	<p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	
	<p>Capacidade aeróbica e/ou muscular</p>	<p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5Kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 Kg nos últimos 6 meses ou 3 Kg no último mês () • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 Kg/M² () • Circunferência da panturrilha < 31 cm? () • Tempo gasto no teste de velocidade de marcha (4 	Máximo 2 pts

		m) > 5 segundos () () Sim () Não	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim () Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim () Não	
		17. Incontinência urinária ou fecal? () Sim () Não	
	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato () Sim () Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição () Sim () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas? () • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () • Internação recente, nos últimos 6 meses? () () Sim () Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (< 6 meses)		
Pontuação final 40 pontos			

ANEXO B: VERSÃO PORTUGUESA DA ESCALA BREVE DE REDES SOCIAIS DE LUBBEN (LSNS-6)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 ou mais
1. Quantos familiares veem ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

ANEXO C: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL**

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 a cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação

Nome: _____

—

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: F() M() Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos () Avaliação em: ____/____/____

Orientação Temporal Espacial.

Qual dia que estamos? Ano ____ () Semestre ____ () Mês ____ () Dia ____ () Dia da semana ____ () acerto =1 cada

Onde nos estamos? Nome da rua/ e ou localidade _____ ()
Número da casa ____ () Bairro ____ () Cidade ____ () Estado ____ () acerto=1 cada

Registros

Repita as palavras (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao idoso todas as três)

Caneca () Tijolo () Tapete () acerto =1 cada

Caso o entrevistado não conseguir repetir as três, repita até que ele aprenda todas as três. Conte as tentativas e registre. N° de tentativas _____

Atenção e cálculo: Você faz cálculos? Sim () Não ()

Se a resposta for **SIM**, pergunte quanto é 100-7. E retire menos 7, menos 7, menos 7, menos 7.

(93)____ () (86)____ () (79)____ () (72)____ () (65)____ ()
acerto=1 cada

Se a resposta for **NÃO**, peça para soletrar (MUNDO) de trás pra adiante.

(O) () (D) () (N) () (U) () (M) () acerto=1 cada

Lembranças (memória de evocação). Repita as palavras que disse há pouco.

_____ ()

_____ ()

_____ () acerto=1 cada

Linguagem

Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Repita e pergunte com o lápis.

1) relógio () 2) lápis () acerto=1 cada

Repita o seguinte: NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ Sim () Não () acerto=1 cada

Agora você pega uma folha de papel e diga para ele seguir o que você pedir:

Pegue o papel com sua mão direita Sim() Não()

Dobre ao meio Sim() Não()

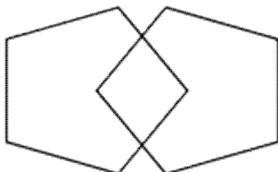
Coloque sobre a mesa Sim() Não() acerto=1 cada

Mostre uma folha na qual está escrito em letras grandes feche os olhos. Peça para que ele leia e faça o que está escrito no papel: FECHER OS OLHOS Sim() Não() acerto=1 cada

Escreva uma frase

Acerto =1

Copie este desenho:



APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE IDOSOS RESIDENTES EM MEIO RURAL E URBANO

Pesquisadora: Mestranda Diana Cristina Buz Mainardi

Orientadora Responsável: Enf.^a Prof.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Educação Física e Desportos

Local de coleta de dados: Município de Lagoão/RS

Caro participante: Você está convidado a participar dessa pesquisa, na qual irá participar de entrevista de forma **totalmente voluntária**.

- Antes de concordar em participar é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

Sobre a Pesquisa: a pesquisa tem como objetivo principal de analisar o perfil multifacetado relacionado à saúde de idosos residentes no município de Lagoão/Rio Grande do Sul, de acordo com a zona de moradia, incluindo as redes sociais dos idosos.

Sua participação na pesquisa consiste em participar da entrevista, para a qual você responderá uma série de perguntas relacionadas a sua vida pessoal, social e de saúde. Destaca-se que os dados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima.

Sobre a legislação vigente em pesquisa:

Benefícios: Sua participação no estudo não lhe trará benefícios diretos, mas poderá proporcionar maior conhecimento sobre o tema abordado e, conseqüentemente, contribuir na qualificação da atenção aos idosos residentes na comunidade.

Riscos: A participação na pesquisa não representa risco de ordem física ou psicológica para você, além daqueles aos quais você estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando. Caso você fique emocionalmente desconfortável e quiser interromper a entrevista, isto poderá ser realizado a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a você. Também, se necessário, você terá garantido assistência pelo tempo que for necessário, junto ao serviço municipal de saúde do município local de investigação.

- Adicionalmente, em caso de descontinuação do estudo, você será informado deste ocorrido e, do mesmo modo, o pesquisador irá informar ao Sistema CEP/CONEP.
-

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Mestranda: Diana Cristina Buz Mainardi, pelo fone: (51) 99772-5633. E-mail: dianabuz@gmail.com

Orientadora responsável: Marinês Tambara Leite – UFSM/Campus Palmeira das Missões - fone (55)3742-8882 e E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas das pesquisadoras e entrevistadoras envolvidas no projeto. A sua identidade não será revelada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Informamos, ainda, que este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será elaborado em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo participante da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelos pesquisadores responsáveis, ou membro da equipe.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com a Mestranda Diana Cristina Buz Mainardi, com a Professora Marinês Tambara Leite (pesquisadora responsável), bem como, com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços constantes deste Termo¹.

Agradecemos a colaboração.

Santa Maria, RS ____/____ de 2017.

Assinatura do(a) participante

Mestranda Diana Cristina Buz Mainardi

Profa Dra Marinês Tambara Leite
(Pesquisadora responsável)

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

Mestranda: Diana Cristina Buz Mainardi, pelo fone: (51) 99772-5633. E-mail: dianabuz@gmail.com

Orientadora responsável: Marinês Tambara Leite – UFSM/Campus Palmeira das Missões - fone (55)3742-8882 e E-mail: tambaraleite@yahoo.com.br

Observação: Este documento será apresentado assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

Observação: Este documento será apresentado assinado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

APÊNDICE C - Termo de Confidencialidade**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Pesquisa: ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE IDOSOS RESIDENTES EM MEIO RURAL E URBANO

Pesquisadora: Mestranda Diana Cristina Buz Mainardi

Orientadora Responsável: Enf.^a Prof.^a Dr.^a Marinês Tambara Leite

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Educação Física e Desportos

Local de coleta de dados: Município de Lagoão/RS

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados por meio da aplicação de instrumentos de coleta de dados com os idosos residentes na comunidade do meio urbano e rural do Município de Lagoão/RS. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas para o desenvolvimento deste projeto e composição de um banco de dados. As informações serão mantidas na sala 06, do Departamento de Ciências da Saúde, no prédio 01 – Bloco da Enfermagem – Campus Palmeira das Missões da UFSM, no endereço: Av. Independência, 3751 - Vista Alegre, Palmeira das Missões - RS, 98300-000, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Marinês Tambara Leite, por cinco anos, após esse período serão destruídos. O anonimato dos participantes será mantido, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

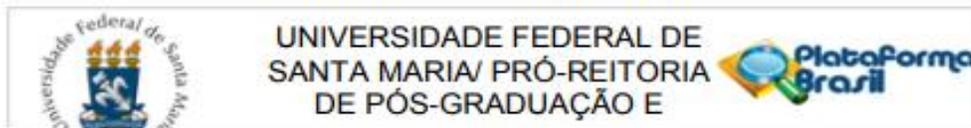
Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ___/___/2017, com o número do CAAE _____.

Santa Maria/RS, 15 de junho de 2017.



Profª Dra. Marinês Tambara Leite
Pesquisadora Responsável
RG: 8010265026
CPF: 274416440-20
COREN: RS 26726

ANEXO C: Parecer sobre o projeto Estudo multifacetado e rede de suporte social de idosos residentes em meio rural e urbano. Comitê de Ética em Pesquisas da UFSM.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE IDOSOS RESIDENTES EM MEIO RURAL E URBANO

Pesquisador: MARINÉS TAMBARA LEITE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 70638417.4.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.168.655

Apresentação do Projeto:

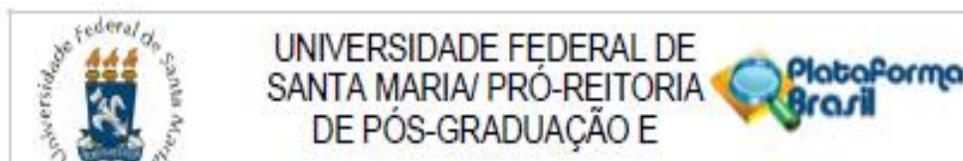
O projeto se intitula "ESTUDO MULTIFACETADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL DE IDOSOS RESIDENTES EM MEIO RURAL E URBANO" e se vincula ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

Não foi localizado resumo nem palavras-chave.

O objetivo do trabalho é "analisar o perfil multifacetado relacionado à saúde de idosos residentes no município de Lagoão/Rio Grande do Sul, de acordo com a zona de moradia, incluindo as redes sociais dos idosos." As hipóteses são: a) "Idosos que vivem em ambiente rural apresentam maior capacidade funcional e menor dependência para a realização das atividades da vida diária, quando comparados à população idosa residente em área urbana do município. b) Os idosos moradores na área rural mantêm reservada relação com os serviços de saúde e tem na sua rede de suporte social maior interação com vizinhos e amigos do que a população idosa que mora no espaço urbano do município."

Os principais conceitos envolvidos no trabalho são envelhecimento da população, implicações

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Contribuição do Parecer: 2.168.655

socials, questões de fragilidade e vulnerabilidade no envelhecimento, capacidade funcional, saúde, redes sociais e de apoio ao envelhecimento.

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, quantitativo, com Inquérito domiciliar, em amostra da população idosa residente no município de Lagoão - Rio Grande do Sul/Brasil. A pesquisa contará com o apoio dos agentes comunitários de saúde do município.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: analisar o perfil multifacetado relacionado à saúde de idosos residentes no município de Lagoão/Rio Grande do Sul, de acordo com a zona de moradia, incluindo as redes sociais dos idosos.

Específicos:

- a. Analisar as características sociodemográficas dos idosos residentes na área rural e urbana do município de Lagoão/RS;
- b. Verificar as redes de suporte social de idosos residentes na área rural e urbana do município;
- c. Analisar questões associadas às condições de saúde e a utilização dos serviços de saúde de idosos residentes na área rural e urbana do município;
- d. Aferir a capacidade funcional e cognitiva dos idosos residentes na área rural e urbana do município;
- e. Comparar variáveis de interesse entre idosos residentes no meio urbano com aqueles que moram no espaço rural do município.

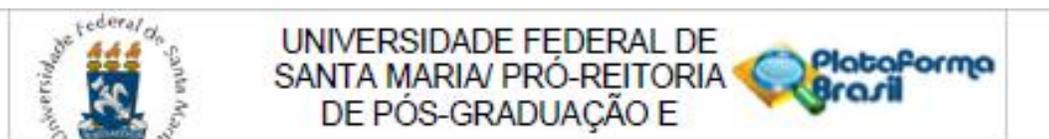
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foi apresentada de modo suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.168.655

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados de modo suficiente.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_951679.pdf	03/07/2017 14:21:27		Acelto
Outros	Autorizacao_instituicao.pdf	03/07/2017 14:20:06	MARINÉS TAMBARA LEITE	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	27/06/2017 21:30:46	MARINÉS TAMBARA LEITE	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ESTUDO_MULTIFACETADO_E_REDE_DE_SUPORTE_SOCIAL_DE_IDOSOS_RESIDENTES_EM_MEIO_RURAL_E_URBANO.doc	27/06/2017 11:53:02	MARINÉS TAMBARA LEITE	Acelto
Outros	Registro_SIE.pdf	27/06/2017 11:52:29	MARINÉS TAMBARA LEITE	Acelto
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE.doc	27/06/2017 11:50:08	MARINÉS TAMBARA LEITE	Acelto
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	27/06/2017 11:49:45	MARINÉS TAMBARA LEITE	Acelto

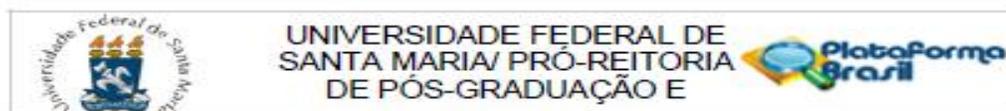
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.168.655

SANTA MARIA, 11 de Julho de 2017

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com