PATRICIA TEIXEIRA PADILHA DA SILVA PENTEADO

IDOSOS – CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E NUTRIÇÃO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA.

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor no Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento, Universidade Federal do Paraná.

Orientadores: Prof. Dimas Floriani,

Prof. Claude Raynaud

Co-orientador: Eleusis R. de Nazareno

CURITIBA
2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
Curso de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento
UFPR

PARECER

Os Membros da Comissão Examinadora após realizarem a argüição da tese do doutorado apresentada pela candidata **Patrícia Teixeira P. Silva Penteado** intitulada **"Idosos: Condições de vida, saúde e nutrição no Município de Curitiba"** deliberaram aprová-la, com base nos seguintes conceitos: Professor Dimas Floriani (A) Professora Lourdes Emilia Ruviaro Novakoski (A) Professor Silvio Aurélio de Castro Wille (A) Professora Maria Emilia Daudt Von der Heyde (A) Professora Maria Antonia Martins Galeazzi (A). Resulta desta avaliação que a candidata é aprovada com o conceito (A) e assim completando todos os requisitos necessários para receber o grau e o diploma de Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento Urbano.

Curitiba, 22 de fevereiro de 2001.

Prof. Dr. Dimas Floriani(Presidente)_____

Profª. Drª.Lourdes Emilia Ruviaro Novakoski _____

Profª. Dr. Silvio Aurélio de Castro Wille_____

Profª. Drª. Maria Emilia Daudt Von der Heyde_____

Profª. Drª. Maria Antonia Martins Galeazzi_____

Rua:dos Funcionários, 1540 - Juvevê CEP: 80.035-050 Fone/Fax(041) 350-5764
Curitiba-Paraná

Dedico este trabalho
ao meu pai, a minha bá Joana
e a Carmen, exemplos de
experiências humanas de vida.

A minha carinhosa família
Renato, André e Paula,
que esteve sempre paciente e
atenciosa ao meu lado.

Aos meus "novos" amigos que
abriram *suas* vidas, recordações,
sonhos e aflições – para que
pudesse se concretizar o *meu*
sonho.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho de tese de doutorado só foi possível pela participação, direta ou indireta, de muitas pessoas nos vários momentos de sua realização. E para enumerá-las, certamente, incorreria em omissões injustas, contudo tentarei representá-las por alguns poucos nomes.

Professor Dimas Floriani, como orientador que depositou sua confiança e paciência na orientação do trabalho.

Professor Francisco Mendonça, como tutor e representando todos os professores que participam na construção do trabalho interdisciplinar através do Curso do Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento.

Professora Grace Maria Ferreira de Castro Wille, como amiga e docente, representando o apoio de meus colegas de Departamento e de Curso de Farmácia da UFPR na efetivação do doutorado.

Professora Maria Emília von der Heyde que além de participar na análise do trabalho, representa os vários docentes do Departamento de Nutrição/UFPR, dos quais recebi em todas as fases a efetiva colaboração e apoio.

Professora Lana Magali Pires, pelo incentivo, ao longo dos anos de docência, ao meu caminhar interdisciplinar.

Professor Décio Krause, que além do apoio à discussão do projeto, pode representar o grupo gestor da Pró - Reitoria de Pesquisa e Pós - Graduação da UFPR, a qual viabilizou bolsa de iniciação científica e possibilitou, através da presteza do

Comitê de Ética, o encaminhamento da solicitação de apoio financeiro a OPAS.

Os professores, em especial, Claude Raynaut e Anny Hubert, pela orientação sobre o trabalho de campo; Maria Antonia Galeazzi, pela disponibilidade à discussão dos procedimentos metodológicos e análise do trabalho; Eleusis Ronconi de Nazareno pelas valiosas críticas à orientação em cada etapa; Paulo Lana, pela análise criteriosa do projeto de pesquisa; Henrique Soares Koehler, pelo gentil apoio na análise estatística ao final do trabalho.

Os vários profissionais e técnicos das secretarias do Estado e do Município de Curitiba, que colaboraram de vários modos e em níveis de comprometimento; como o IPARDES, a Fundação de Ação Social, o IPPUC, a Secretaria Municipal de Abastecimento, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria de Educação do Estado do Paraná. Em particular a enfermeira chefe da US Bairro Alto, a partir da qual registro a colaboração de funcionários dos Distritos Sanitários Matriz, Boa Vista e Cajuru .

Aos meus colegas Alberto, Cristina, Emílio, Gastão, Karen, Miguel, Moacir, Nelson, Paulo, Ramina, Ronaldo, Tânia e Sônia; participantes ativos na minha nova concepção de mundo.

À farmacêutica Cássia Cunico e, em especial, à nutricionista Kathleen Sousa Oliveira, que de alunas no trabalho de campo passaram à profissionais de saúde colaborando de maneira exaustiva nas várias etapas do trabalho.

À OPAS, ao apoio financeiro ao trabalho de campo.

À UFPR, ao Programa de Bolsas de Iniciação Científica/RTN

A todos, meu obrigado!

Obrigado,

a cada novo velho amigo com o qual aprendi
a humildade, a felicidade, o afeto, o sonho,
o aprender em olhar os tantos e seus mundos
e a ter cada dia...fé em poder enxergar aonde tem luz...
em buscar de mim, em cada lugar que entro...
em cada porta que bato, em cada voz que ouço...
estou ouvindo eu mesma...vendo o meu caminho trilhado...
estou abrindo uma porta e...olhando por outra janela...
estou me reconciliando...comigo mesma...com minha vida...
com "o mundo" e com a dimensão maior...

com Deus.

10.99

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO viii
LISTA DE ILUSTRAÇÕES xivi
LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS xix
LISTA DE SIGLAS xx
RESUMO xxi
ABSTRACT xxii
1 INTRODUÇÃO 1
2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL 4
3 ESPAÇO URBANO METROPOLITANO 18
4 ESPAÇO URBANO DE CURITIBA 31
4.1 A EVOLUÇÃO DA OCUPAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA 31
4.2 O COMPORTAMENTO EPIDEMIO – DEMOGRÁFICO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA 48
4.3 O IDOSO E AS CONDIÇÕES DE VIDA 59
5 PROBLEMÁTICA 70
5.1. O IDOSO E A QUALIDADE DE VIDA 70
5.2 A ALIMENTAÇÃO 79
6 OBJETIVOS 87
6.1 OBJETIVO GERAL 87
6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO 87
7 HIPÓTESE 87
8 VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES 88
8.1 UNIVERSO DE ESTUDO 88
8.1.1 Unidade Amostral 88
8.1.2 Período Amostral 89
8.1.3 Plano Amostral 89
8.2 INSTRUMENTO DE PESQUISA DE CAMPO 89
8.3 METODOLOGIA – TIPOS DE ESTUDO E DESENHO GERAL 90
8.4 METODOLOGIA – PROCEDIMENTOS 91
8.4.1 Seleção da Amostra 91
8.4.1.1 Grupo populacional do estudo - Idosos 91
8.4.1.2 Plano amostral 92
8.4.2 Entrevista e Coleta de Dados 94
8.4.2.1 Fonte de dados 94
8.4.2.2 Procedimentos na entrevista domiciliar 94
8.4.3 Procedimentos para a Análise de Dados 96
8.4.3.1 Definição operacional das categorias de análise 96
8.4.3.1.1 Caracterização das condições de vida no bairro 96
8.4.3.1.2 Situação de vida 96
8.4.3.1.3 Estado de saúde 98
8.4.3.1.4 Comportamento alimentar 99
8.4.3.1.5 Consumo alimentar 100
8.4.3.1.6 Estado nutricional 102
8.4.3.2 Organização dos dados para análise 110

9 RESULTADOS 112
9.1 CARACTERIZAÇÃO DOS BAIRROS 112
9.1.1 O Bairro do Centro 112
9.1.2 O Bairro do Bairro Alto 115
9.1.3 O Bairro do Cajuru 118
9.1.4 Os Bairros e Algumas Diferenças 121
9.2 SITUAÇÃO DE VIDA 130
9.2.1 Situação Demográfica 130
9.2.2 Situação Econômica 136
9.2.3 Situação da Unidade Domiciliar 143
9.2.4 Situação Social do Idoso 146
9.2.5 Situação de Saúde do Idoso 155
9.2.5.1 Comportamento Alimentar 155
9.2.5.1.1 Consumo alimentar 173
9.2.5.2 Estado Nutricional 181
9.2.5.2.1 Avaliação antropométrica 181
9.2.5.2.2 Avaliação dietética 183
9.2.5.3 Estado de Saúde 191
9.2.5.3.1 Capacidade biológica 193
10 DISCUSSÃO 206
11 CONCLUSÕES 253
12 CONSIDERAÇÕES 257
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 258
ANEXOS 277
ANEXO 1 - INQUÉRITO DOMICILIAR DO PROJETO TERCEIRA IDADE NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS ALIMENTARES (GALEAZZI et. al., 1996; NEPA, 1996; GROSS, 1997) 278
ANEXO 2 – COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS LISTADOS NO QUESTIONÁRIO SEMI-QUANTITATIVO DE FREQUÊNCIA (FUNDAÇÃO...,1985 E PHILIPPI et al., 1996) 295

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado da formação do Curso de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento da Universidade Federal do Paraná. Este curso foi originado pela iniciativa e se mantém pelo esforço de docentes desta Universidade, com apoio pedagógico e científico de profissionais de outras Instituições, em especial, das Universidades de Paris VII e Bordeaux II; tendo como objetivo primário a construção de uma visão integrada dos problemas pertinentes ao meio ambiente e desenvolvimento.

Entre os objetivos específicos deste curso, que validam a perspectiva do presente trabalho, estão o "desenvolver pesquisas interdisciplinares que visem a oferta de subsídios à criação e implementação de políticas públicas nas áreas de saúde, educação ... tendo em vista a questão da sustentabilidade, suas barreiras e conflitos" e servir de instrumento para "estratégias de práticas sociais e educativas integradas, tendo em vista a abordagem de problemas identificados".

A elaboração deste trabalho teve origem da proposta interdisciplinar de pesquisa, a partir do tema geral para a segunda turma do doutorado: Gestão Ambiental e Condições de Vida na Região Metropolitana de Curitiba (RMC).

Este tema serviu como eixo norteador durante os primeiros anos do curso, quando aconteciam os módulos teóricos, as reuniões de trabalho entre os alunos e as Oficinas de Pesquisa, para - as discussões sobre a caracterização da região de estudo, - identificar as problemáticas comuns ao desenvolvimento das teses individuais, identificando os diferentes níveis de inter-relações nos objetos nas temáticas individuais; - análise dos projetos de pesquisa individuais, visando a formação de um

Programa Interdisciplinar de Pesquisa.

Os projetos de pesquisa foram agrupados em dois sub programas, articulados entre si, o de - Gestão Ambiental e o de Qualidade de Vida/Desenvolvimento Humano, nos quais foram realizadas intensas discussões teóricas para compreensão das dinâmicas da RMC em relação a metrópole, o desenvolvimento humano e o meio ambiente; seguindo o esquema da FIGURA 01 (KARAM et al., 1998).

Desta maneira a problemática comum de pesquisa foi construída, a partir das diferenciações que ocorrem na metrópole, possibilitando a produção do conhecimento interdisciplinar sobre um dado contexto espacial e temporal e respondendo questões, tais como:-

- De que maneira os atores estudados se inserem na sociedade, apreendem e se relacionam com seu meio ambiente, em função de sua história, de sua cultura, de seu padrão de produção e de consumo, de habitação e de serviços públicos - influenciados por relações de classe social, de gênero, grupo etário, religião, entre outros ?

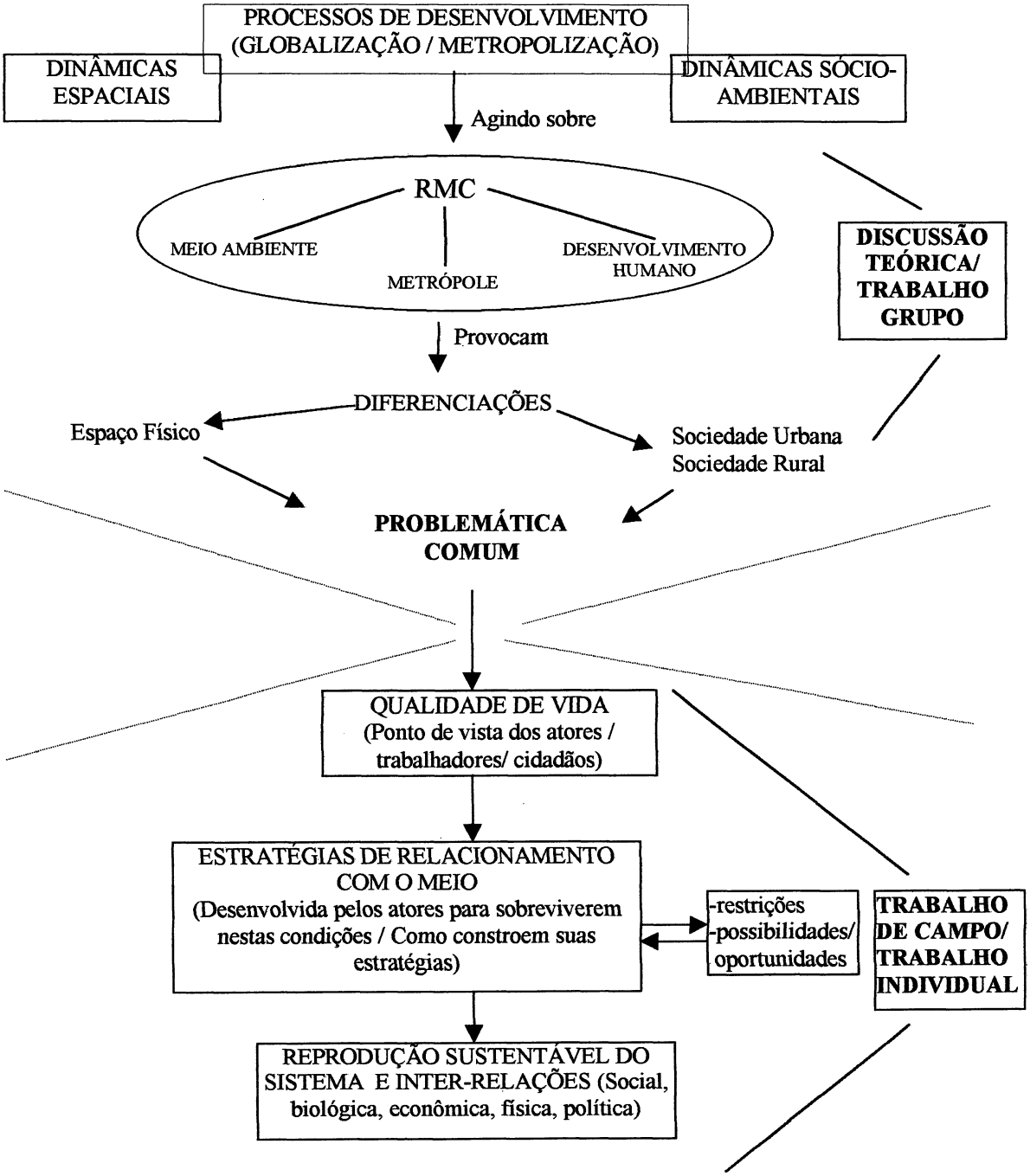
- De que maneira diferentes atores reagem ao meio ambiente e são compelidos à explorá-lo, perturbá-lo ou protegê-lo visando a sua produção e reprodução enquanto indivíduo e enquanto sociedade ?

- Quais são as restrições e oportunidades dos diferentes atores no contexto da metropolização ? E, quais estratégias utilizam para sua (re)produção sustentável ?

- Quais são os novos arranjos nas relações entre o "novo rural" e o "novo urbano" ?

- Quais as inter-relações entre os aspectos da sustentabilidade (econômica, social, ambiental e política) do ponto de vista dos atores trabalhados?

FIGURA 01 – METODOLOGIA DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR DO GRUPO QUALIDADE DE VIDA E DESENVOLVIMENTO HUMANO, CURSO DE DOUTORADO EM MEIO AMBIENTE / UFPR – 1998



FONTE: KARAM et al., 1998.

A problemática comum, colocada na forma de questões, serviu à análise das tensões sociais, do comportamento social, das alterações no meio ambiente, devido especialmente à degradação do meio natural e do espaço construído, além das modificações climáticas locais e suas conseqüências.

A partir desta compreensão da realidade, cada objeto de pesquisa foi delineado sob a competência individual de cada profissional e orientação de um trabalho interdisciplinar, sendo relacionados à temática do Meio Ambiente e Desenvolvimento.

As temáticas dos diversos trabalhos de doutorado, também, foram delineadas sob as questões relacionadas à *qualidade de vida* dos diferentes atores trabalhados, buscando detectar as principais restrições e possibilidades dos sistemas, grupos populacionais ou mercados estudados, bem como conhecer as *estratégias de sobrevivência e reprodutibilidade* dos mesmos; assim como os aspectos relacionados à *sustentabilidade* (social, econômica, biológica, física e política) e suas inter-relações.

O Programa desta forma assumiu uma responsabilidade dupla, ao mesmo tempo, relativa ao *objeto* de sua pesquisa, como o meio ambiente e o desenvolvimento humano da RMC, e ao *enfoque científico* desse objeto, como a interdisciplinaridade.

A prática do Programa foi realizada pelo processo de investigação interdisciplinar, aprofundando aspectos dos objetos, recortes teóricos, espaciais, temporais e/ou metodológicos comuns e delimitações dos objetos individuais de tese.

Os recortes da pesquisa do grupo Qualidade de Vida/ Desenvolvimento Humano foram orientados sob a perspectiva do meio ambiente e suas representações, tendo como preocupação central o *homem, as sociedades humanas e suas inter-*

relações com a natureza; e sobre os quais foram realizados os questionamentos sobre as condições de reprodução e estratégias de desenvolvimento, conforme visto anteriormente.

Desta forma, o grupo utilizou como objeto de investigação e enfoque teórico o homem e a sociedade humana, considerados como parte integrante desse meio dos quais são, ao mesmo tempo, os sujeitos e os objetos, os atores e os produtos.

A partir deste contexto de relações – homem e meio ambiente, foram utilizados os diversos enfoques teóricos e ferramentas metodológicas - para facilitar a interdisciplinaridade - relacionados com as áreas de pesquisa e competências dos doutorandos, como forma de entender o funcionamento e inter-relação dos sistemas natureza e sociedade.

Os projetos tiveram como horizonte temporal comum o período de metropolização e como recorte espacial, anteriormente, predefinido pela grande temática para a segunda turma de doutorado, os municípios da Região Metropolitana de Curitiba.

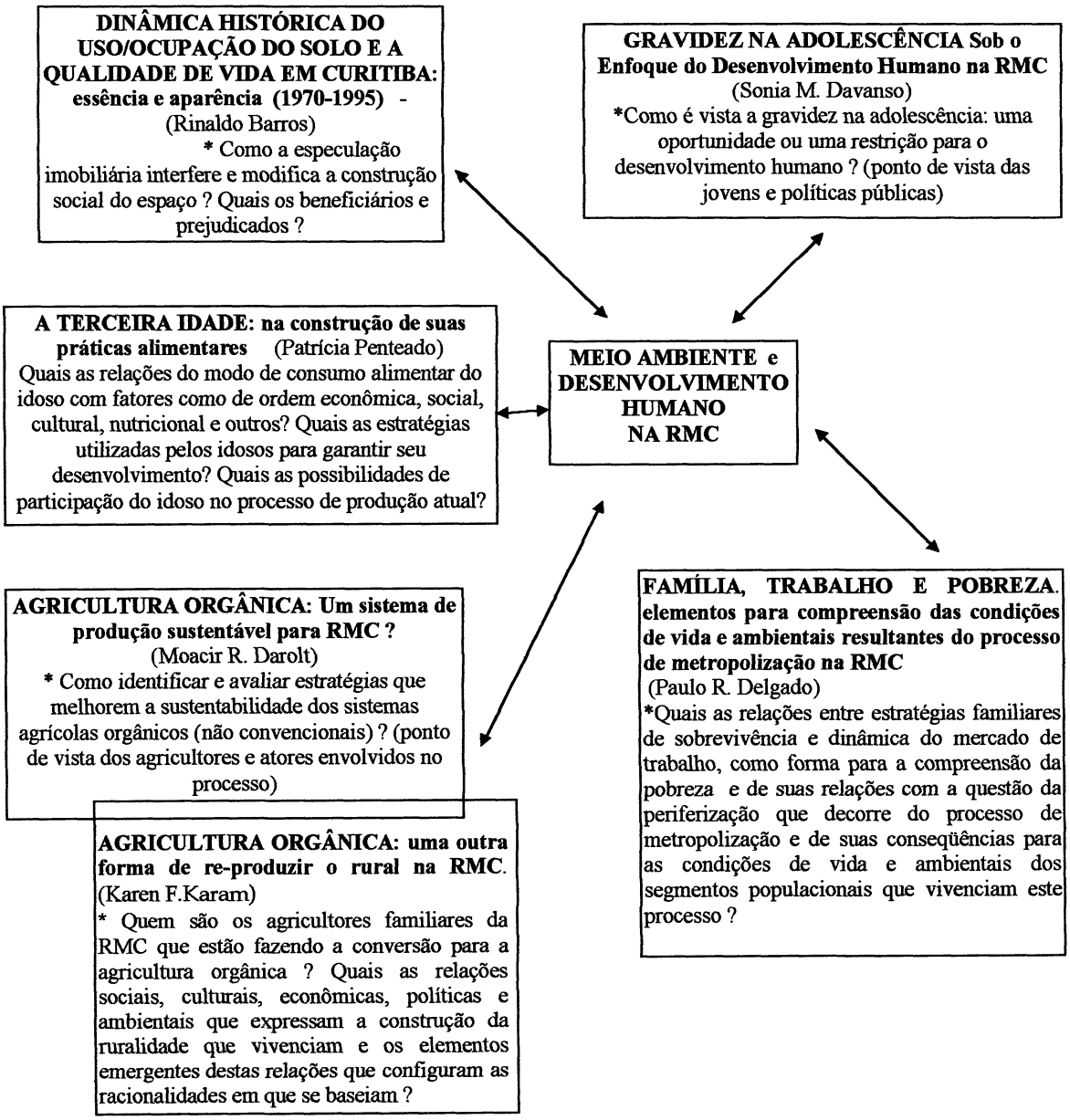
Após a construção do programa interdisciplinar de pesquisa e a delimitação da problemática comum, os doutorandos reformularam seus temas de pesquisa individuais de maneira a convergir à problemática compartilhada; entretanto salvaguardando a origem disciplinar, a experiência profissional, o capital cultural e as características pessoais de cada um.

As problemáticas levantadas naquela oportunidade constituíram cada programa e temas de pesquisas, tendo como objetivo atender as premissas e tornar exeqüível os objetivos do Curso de Doutorado em Meio Ambiente da Universidade

Federal do Paraná.

A FIGURA 02 mostra uma visão esquemática dos objetos de pesquisa individuais e algumas das questões que levantaram cada problemática, naquele momento de construção de pesquisa.

FIGURA 02 - PROJETOS INDIVIDUAIS DE PESQUISA E INTER-RELAÇÕES - GRUPO MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO - 1998



FONTE: KARAM et al., 1998.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 01 - METODOLOGIA DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR DO GRUPO MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO, CURSO DE DOUTORADO EM MEIO AMBIENTE DA UFPR – 1998 x

FIGURA 02 - PROJETOS INDIVIDUAIS DE PESQUISA E INTER-RELAÇÕES - GRUPO MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO HUMANO – 1998 xiii

GRÁFICO 01 - TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES PARA 2000, 2010 E 2020 5

GRÁFICO 02 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR GRUPOS ETÁRIOS NO BRASIL A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES 2000 À 2020 6

GRÁFICO 03 - EVOLUÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO DO BRASIL, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES PARA 2000 E 2020 7

GRÁFICO 04 - POPULAÇÃO TOTAL E COM 65 E MAIS ANOS, EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES 2000, 2010 E 2020, PARA O BRASIL 8

TABELA 01 - PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL E DO GRUPO ETÁRIO DE 60 E MAIS ANOS, NO BRASIL, A PARTIR DE 1960 11

TABELA 02 - MORTALIDADE POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. MULHERES E HOMENS COM 65 E MAIS ANOS. BRASIL. 1980, 1985 E 1991 12

GRÁFICO 05 - RAZÃO DE DEPENDÊNCIA [1] DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES 2000 E 2020 15

MAPA 01 - EVOLUÇÃO POLÍTICO – ADMINISTRATIVA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, SEGUNDO O ANO DE INSTALAÇÃO DOS MUNICÍPIOS 20

TABELA 03 - TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO DAS METRÓPOLES E A REGIÕES METROPOLITANAS, A PARTIR DE 1960 22

TABELA 04 - TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA RMC, A PARTIR DE 1960 23

TABELA 05 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DE CURITIBA, REGIÃO METROPOLITANA E PARANÁ - 1940 –1996 25

MAPA 02 - DIVISÃO DE BAIRROS E ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999 41

TABELA 06 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA, A PARTIR DE1940 E PROJEÇÕES 1997 ATÉ 2000 43

GRÁFICO 06 - TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO (%) DO MUNICÍPIO DE CURITIBA E DA RMC, A PARTIR DA DÉCADA DE 1960 43

GRÁFICO 07 - POPULAÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NOS PERÍODOS DE 1970, 1980, 1991 E 1996 (A) 46

GRÁFICO 07 - POPULAÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NOS PERÍODOS DE 1970, 1980, 1991 E 1996 (B) 46

GRÁFICO 07 - POPULAÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NOS 47PERÍODOS DE 1970, 1980, 1991 E 1996 (C) 47

GRÁFICO 08 - NASCIDOS VIVOS NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E RMC, A PARTIR DE 1994 50

GRÁFICO 09 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE GERAL E INFANTIL DO MUNICÍPIO DE CURITIBA E DA RMC, A PARTIR DE 1979 52

TABELA 07 - PARTICIPAÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS SEGUNDO O GENÊRO NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NOS ANOS DE 1970, 1980 E 1996 53

TABELA 08 - PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE COM MAIS DE 60 ANOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1970 – 1995 54
GRÁFICO 10 - MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS – CID-10, PARA TODAS AS IDADES, NO MUNICÍPIO DE. CURITIBA – 1998 55
GRÁFICO 11 - MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS – CID-10, PARA TODAS AS IDADES, NA RMC – 1998 55
TABELA 09 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL INTERNAÇÕES POR GRUPOS DE CAUSAS NO MUNICÍPIO CURITIBA E RMC, SEGUNDO CID 10 – 1999 58
QUADRO 01– DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DOS BAIRROS SEGUNDO OS NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA..... 66
GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA (COM MAIS DE 60 ANOS) EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO TOTAL DO BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NO PERÍODO ENTRE 1991/1996 (A)..... 68
GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA (COM MAIS DE 60 ANOS) EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO TOTAL DO BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NO PERÍODO ENTRE 1991/1996 (B)..... 68
GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA (COM MAIS DE 60 ANOS) EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO TOTAL DO BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NO PERÍODO ENTRE 1991/1996 (C)..... 69
MAPA 03 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA SEGUNDO AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1996..... 78
TABELA 10 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS BAIRROS DO CENTRO, CAJURU E BAIRRO ALTO, DO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1996. 93
QUADRO 02 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS SEGUNDO A RELAÇÃO ÍNDICE DA MASSA CORPÓREA (IMC OU DE QUETELET) E ÍNDICE CINTURA – QUADRIL (RCQ), PARA OS IDOSOS NOS BAIRROS DO CENTRO, DO BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000..... 102
TABELA 11 - EQUAÇÕES PARA A PREVISÃO DO GASTO DE ENERGIA NO REPOUSO..... 108
TABELA 12 - FATORES PARA DETERMINAR AS NECESSIDADES ENERGÉTICAS DIÁRIAS TOTAIS, SEGUNDO OS NÍVEIS DE ATIVIDADES FÍSICAS, O SEXO E IDADE ENTRE 19 E 50 ANOS. 109
QUADRO 03 - RECOMENDAÇÕES DE NUTRIENTES PARA ADULTOS COM 60 ANOS OU MAIS..... 110
MAPA 04 - LIMITES DO BAIRRO DO CENTRO, MUNICÍPIO DE CURITIBA – 2000..... 114
MAPA 05 - LIMITES DO BAIRRO DO BAIRRO ALTO NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 2000 117
MAPA 06 - LIMITES DO BAIRRO DO CAJURU NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 2000..... 119
TABELA 13 - COMPOSIÇÃO ETÁRIA DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU E DO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1996..... 123
TABELA 14 - PRINCIPAIS PROBLEMAS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU SEGUNDO OS IDOSOS ENTREVISTADOS – 1999/2000..... 128
TABELA 15 - PROPORÇÃO DE IDOSOS ENTREVISTADOS POR FAIXA ETÁRIA, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 130
TABELA 16 - ESTADO CIVIL DOS IDOSOS ENTREVISTADOS, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000..... 131
TABELA 17 - FREQÜÊNCIA DO NÚMERO DE MEMBROS POR DOMICÍLIO NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 132
GRÁFICO 13 - COMPOSIÇÃO ETÁRIA DO GRUPO FAMILIAR DOS IDOSOS, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000..... 132

TABELA 18 - GRAU DE ESCOLARIDADE DOS IDOSOS NO BAIRRO DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU E DO TOTAL DOS ENTREVISTADOS – 1999/2000 133
GRÁFICO 14 - PERÍODO DE MIGRAÇÃO DOS ENTREVISTADOS AOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 135
TABELA 19 - RENDA MENSAL DO IDOSO EM SALÁRIO MÍNIMO NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 136
GRÁFICO 15 - PARTICIPAÇÃO DOS TIPOS DE RENDA NOS RENDIMENTOS MENSAIS DOS IDOSOS ENTREVISTADOS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 137
TABELA 20 - FREQUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DOS TIPOS DE RENDA NOS RENDIMENTOS MENSAIS DO IDOSO NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO, CAJURU - 1999/2000 138
TABELA 21 - UTILIZAÇÃO DOS RENDIMENTOS DOS IDOSOS NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 139
TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA MENSAL FAMILIAR EM SALÁRIO MINÍMO, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 140
TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA PER CAPITA DO DOMICILIO DO IDOSO EM SALÁRIO MÍNIMO,NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000 140
TABELA 24 - PARCELA USADA DA RENDA FAMILIAR NA ALIMENTAÇÃO SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000 142
TABELA 25 - SITUAÇÃO DE POSSE DO DOMICÍLIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO,NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 143
TABELA 26 - PROPRIETÁRIO DO DOMICÍLIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 144
TABELA 27 - TIPO DE CONSTRUÇÃO DO DOMICÍLIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 144
TABELA 28 - SITUAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO DOMICÍLIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 144
TABELA 29 - NÚMERO DE CÔMODOS NO DOMICÍLIO, SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 145
TABELA 30 - FREQÜÊNCIA DE CUIDADORES IDOSOS DE CRIANÇAS E DE PESSOAS DOENTES NO MÊS DE ENTREVISTA SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000 146
TABELA 31 - PERIODICIDADE DE VISITAS AO/PELO IDOSO NA SEMANA DA ENTREVISTA, SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000 148
TABELA 32 - PERIODICIDADE DE VISITAS AO IDOSO POR FAMILIARES NÃO DOMICILIADOS, NO ÚLTIMO MÊS DA ENTREVISTA, SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000 148
TABELA 33 - PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS QUE CONVERSAM COM O IDOSO, SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 149
TABELA 34 - FREQÜÊNCIA DE IDOSOS QUE TEM PESSOAS PARA DISCUTIR OS PROBLEMAS, SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 149
TABELA 35 - PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS COM AS QUAIS O IDOSO DISCUTE SEUS PROBLEMAS, SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 150
TABELA 36 - PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS EM ATIVIDADES COLETIVAS RELIGIOSAS NO MÊS, SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000 151
TABELA 37 - ATIVIDADES DE LAZER COTIDIANAS DOS IDOSOS SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000 152

TABELA 38 - ATIVIDADES DE LAZER REALIZADAS PELO IDOSO NA ÚLTIMA SEMANA SEGUNDO O BAIRRO –1999/2000 153
TABELA 39 - ATIVIDADES DE LAZER REALIZADAS PELO IDOSO NO ÚLTIMO MÊS SEGUNDO O BAIRRO –1999/2000 154
TABELA 40 - MUDANÇA NA VARIEDADE DE ALIMENTOS CONSUMIDOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 156
TABELA 41 - MUDANÇA NA FREQÜÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 156
TABELA 42 - MUDANÇA NA QUANTIDADE DE ALIMENTOS CONSUMIDOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 156
TABELA 43 - MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO POR INCLUSÃO OU RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA –1999/2000 158
TABELA 44 - CAUSAS DE MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO POR INCLUSÃO DE ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 159
TABELA 45 - CAUSAS DE MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO POR RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 159
TABELA 46 - COMPROMETIMENTO FÍSICO DA MASTIGAÇÃO DOS ALIMENTOS CONFORME OS IDOSOS DOS BAIRROS EM ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 160
TABELA 47 - FREQÜÊNCIA DO USO DE PRÓTESE DENTÁRIA PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS DOS BAIRROS DO ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 160
TABELA 48 - MOMENTO DO CONSUMO DE LÍQUIDOS EM RELAÇÃO A REFEIÇÃO PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS DOS BAIRROS EM ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 161
TABELA 49 - ALIMENTOS INCLUÍDOS NO CONSUMO PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 162
TABELA 50 - ALIMENTOS EVITADOS DE CONSUMO PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 162
TABELA 51 - FREQÜÊNCIA DE IDOSOS QUE FAZEM DIETA SEGUNDO O BAIRRO DO DOMICÍLIO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA –1999/2000 163
TABELA 52 - PERÍODO DE CUIDADO ALIMENTAR PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 164
TABELA 53 - MOTIVO DOS CUIDADOS ALIMENTARES PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 164
TABELA 54 - MODO DE OBTENÇÃO DOS ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 166
TABELA 55 - PESSOA QUE FAZ AS COMPRAS PARA A FAMÍLIA DE ACORDO COM O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 167
TABELA 56 - PESSOA QUE PREPARA DIARIAMENTE AS REFEIÇÕES PARA A FAMÍLIA DE ACORDO COM O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 168
TABELA 57 - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ABASTECIMENTO DE ALIMENTOS PELO IDOSO DE ACORDO COM O BAIRRO EM ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 168
TABELA 58 - REFEIÇÕES REALIZADAS PELOS IDOSOS SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 170
TABELA 59 - PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS NAS REFEIÇÕES REALIZADAS DURANTE A SEMANA (1) COM O IDOSO, DE ACORDO COM O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 172
QUADRO 04 - ALIMENTOS CONSUMIDOS PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 173

GRÁFICO 16 - ALIMENTOS CONSUMIDOS POR IDOSOS NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 175
TABELA 60 - GRUPOS DE ALIMENTOS CONSUMIDOS PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 177
GRÁFICO 17 - CONSUMO ALIMENTAR DIÁRIO EM MACRONUTRIENTES DOS IDOSOS, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 180
TABELA 61 - RELAÇÃO ÍNDICE DA MASSA CORPÓREA (IMC OU DE QUETELET) E ÍNDICE CINTURA – QUADRIL (RCQ), PARA OS IDOSOS ENTREVISTADOS DOS BAIRROS DO CENTRO, DO BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 182
TABELA 62 - QUANTIDADE MÉDIA RECOMENDADA E CONSUMIDA DE ALIMENTOS EM ENERGIA E A RELAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DOS IDOSOS DE ACORDO COM OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000 184
TABELA 63 - PROPORÇÃO DOS NÍVEIS DE ADEQUAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DOS IDOSOS EM ENERGIA TOTAL E MACRONUTRIENTES, AGRUPADOS PELOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000. 187
TABELA 64 - AUTO AVALIAÇÃO DA SAÚDE PELO IDOSO SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 191
TABELA 65 - AUTO AVALIAÇÃO DA SAÚDE PELO IDOSO EM RELAÇÃO AOS OUTROS IDOSOS SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 191
TABELA 66 - AUTO AVALIAÇÃO DO IDOSO SOBRE O COMPROMETIMENTO DA SAÚDE NAS ATIVIDADES DIÁRIAS, CONFORME OS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 192
GRÁFICO 18 - SITUAÇÃO DE RISCO A PARTIR DA RELAÇÃO ÍNDICE DA MASSA CORPÓREA E ÍNDICE CINTURA – QUADRIL PARA OS IDOSOS ENTREVISTADOS SEGUNDO O BAIRRO DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000 193
GRÁFICO 19 - PROPORÇÕES DE IDOSOS COM CONSUMO ALIMENTAR DIÁRIO EM ENERGIA TOTAL E EM MACRONUTRIENTES ADEQUADOS SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000 196
TABELA 67 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS IDOSOS NO BAIRRO DO CENTRO, NO BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 197
TABELA 68 - CONDIÇÕES DE RISCO NUTRICIONAL E DE SAÚDE DOS IDOSOS; NOS BAIRROS DO CAJURU, DO BAIRRO ALTO E CENTRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000 199
TABELA 69 - INCÔMODOS NO MÊS DA ENTREVISTA, RELATADOS PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 202
GRÁFICO 20 - PROPORÇÃO DO NÚMERO DE INCÔMODOS POR IDOSO SEGUNDO O BAIRRO DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000 203
TABELA 70 - MOTIVO DA NEGATIVA DE BUSCA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000 205

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

@ - Arroba

% - Por cento

CHO - Carboidrato

ha - Hectare (medida de superfície, igual a dez mil metros quadrados)

hab. - Habitante(s)

Kcal - Quilocalorias (unidade de expressão térmica utilizada também na ciência dos alimentos)

LIP - Lipídios

p - Probabilidade

PTN - Proteína

χ^2 - Qui – quadrado

LISTA DE SIGLAS

CEPAL	- Comision Economica para America Latina y el Caribe
COMEC	- Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba
CONSEA	- Conselho Nacional de Segurança Alimentar
EED	- Gasto de Energia no Repouso
ENDEF	- Estudo Nacional de Despesa Familiar
FIBGE	- Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GRIPSUL	- Grupo de Investigaciones e Intervenziõns en Promociõn de la Salud
IBC	- Instituto Brasileiro do Café
IMC	- Índice de Massa Corpórea
INAN	- Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPARDES	- Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPPUC	- Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
NEPA	- Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação
NRC	- National Research Council
OPS	- Organização Panamericana da Saúde
PEA	- População Economicamente Ativa
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROSAN	- Programa de Saneamento Ambiental
RCQ	- Índice Cintura Quadril
RDA	- Recommended Dietary Allowances
REE	- Necessidades Calóricas Estimadas Diárias
RFFSA	- Rede Ferroviária Federal S.A.
RMC	- Região Metropolitana de Curitiba
SBAN	- Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição
SMA	- Secretaria Municipal de Abastecimento
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
TMB	- Taxa de Metabolismo Basal
WHO	- World Health Organization

RESUMO

O atual padrão demográfico do Município de Curitiba (Paraná/Brasil) reproduz o padrão de transição brasileiro ao envelhecimento populacional, refletindo as mudanças trazidas, basicamente, pelo processo de urbanização e pela implementação de políticas sociais. No contexto geral do País, a urbanização e industrialização melhoram as condições de vida da população; no entanto acentuaram-se as desigualdades sociais e a segregação espacial. Estas repercussões, sobre o meio social e físico, tem por sua vez determinado condições distintas de reprodução da população e diferenciais de saúde e nutrição. No caso do Município de Curitiba, a população idosa (60 anos e mais) partilha com o restante da população, à princípio, do mesmo modo os distintos níveis de condições de vida intra – urbano. Por outro lado, considerando o próprio processo do envelhecer, suas conseqüências e repercussões biológicas, sociais e econômicas, é previsível que este grupo vivencie o mesmo espaço urbano mas de modo distinto. A caracterização da situação de vida do idoso - sociais, econômicas, de saúde e nutrição, e ambientais - e suas diferenças nos distintos níveis de condições de vida urbana do Município de Curitiba foram objeto do presente estudo. Entre as variáveis o comportamento alimentar e estado de saúde do idoso mereceram ênfase por serem os reflexos das imposições das mudanças na vida urbana e responsabilizados pelos riscos e agravos à saúde. O inquérito domiciliar em três bairros com distintos níveis de condições de vida urbana possibilitou o reconhecimento de algumas diferenças entre os idosos, relacionadas diretamente ou não ao bairro selecionado. Os resultados indicaram que a situação de vida do idoso possui especificidade na alimentação, nutrição e saúde; apesar de dependentes da estrutura social e econômica familiar do idoso, as quais garantem níveis diversos de apoio, cuidado, inserção e qualidade de vida ao idoso.

Palavras-chave: idoso, condições de vida, alimentação do idoso.

ABSTRACT

The demographic context of Curitiba City (Paraná/Brasil) standard reproduces the Brazilian transition standard for population aging, and reflects changes basically provided by urbanization process and social policies implementation. In the case of Brazil, urbanization and industrialization have improved living population conditions, however social inequality and space segregation has increased. Reflections over physical and social space have determined distinct population reproduction conditions as well as health and nutrition differentials. In the case of Curitiba, elderly population, over 60, divides with the rest of citizens the same intro-urban living conditions. However is expectable elderly person to adopt urban space in distinguished way. Differences arrive due to aging process, and its biological, social and economic consequences. Social, economic, health, nutrition and environmental elderly living characterization and related differences in distinct urban living conditions in Curitiba were the object of this study. Eating behavior and health status are important conditions due their relation with urban living changes leading to health risks. Three districts with different living standard conditions have been inquired which made possible to recognize some differences directly related, or not, to the selected areas. Results indicated that there were nutrition and health status with risks in all groups and the elderly living condition depends on social and economic family structure levels, which guarantee diverse support, care, insertion and life quality to elderly people.

Key words: elderly, conditions of life, nutrition of elderly

1 INTRODUÇÃO

As mudanças no padrão epidemio - demográfico da população brasileira, também, são reproduzidas ao nível do Município de Curitiba e Região Metropolitana (RMC); de maneira que a utilização destes espaços geográficos servem de exemplo para a constatação e compreensão das transformações epidemio - demográficas sob o processo de urbanização.

Os resultados destas situações de transição são identificadas pelo aumento populacional, pela alteração na estrutura etária, aumento da longevidade, diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e pela tendência à compressão da morbidade aos grupos de mais idade. A partir desta contextualização sobre as mudanças e repercussões ao nível populacional, é possível o reconhecimento da tendência do envelhecimento da população brasileira assim como da curitibana.

Este aumento da população idosa tem gerado preocupações e ações ao nível das políticas públicas, visto este grupo populacional apresentar maior vulnerabilidade sob sua própria condição do envelhecer.

Em paralelo as mudanças estruturais da população curitibana, a intensa urbanização participou como um dos componentes reguladores do crescimento populacional e da sua distribuição espacial. Este fenômeno teve repercussões importantes em termos sociais e ambientais pelo fato de que esta população, por um lado, foi beneficiada com maiores ofertas de emprego, de serviços e de infra-estrutura mas, por outro lado, submetida a perdas nas condições de reprodução social: de moradia, ausência de serviços, degradação ambiental e maior predisposição aos riscos em saúde.

É importante mencionar que as alterações epidemio - demográficas tem ocorrido neste contexto de desigualdades sociais, econômicas e políticas, as quais implicam em

diferenciais de condições sobre a saúde e sobre o ambiente. Sob esta perspectiva, as preocupações com a população idosa são, mais uma vez, questionadas sobre as conseqüências para esta população quando compartilham os diferentes espaços urbanos.

No contexto atual, ainda que a urbanização e a industrialização tenham melhorado as condições de vida da população, a possibilidade de acesso a bens tem sido diferenciada. Os alimentos são bons exemplos para demonstrar os novos padrões de comportamento e de consumo, os quais tem sido identificados pelas melhorias do estado nutricional da população em geral; contudo estes padrões ainda não tem garantido adequação de alimentos necessária a toda população e nem mesmo à população idosa.

A partir deste quadro sucinto sobre as transformações epidemio - demográficas e da constatação das interferências das condições urbanas sobre a reprodução biológica e psicossocial da população, o trabalho – *Idosos – condições de vida, saúde e nutrição, no Município de Curitiba* – foi elaborada e organizado em sua apresentação nos vários tópicos: o Envelhecimento Populacional no Brasil, o Espaço Urbano Metropolitano, o Espaço Urbano de Curitiba, O Idoso E A Qualidade de Vida e a Alimentação. Estes itens fundamentaram a pesquisa de campo - inquérito domiciliar - com pessoas com 60 anos e mais, tendo como fim reconhecer a inserção da alimentação através do consumo de alimentos, do estado de saúde, da situação de vida deste grupo etário em bairros com condições de vida distintas; caracterizando a saúde numa concepção mais integral do homem e seu meio ambiente.

O espaço da pesquisa de campo utilizado foi o Município de Curitiba, sendo delimitado a partir do objeto espacial – RMC – conforme o estabelecido pelo Programa de Pesquisa do Curso de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento (UFPR). A escolha deste Município pode ser justificada pela característica de cidade pólo da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), na qual são reproduzidas as mudanças demográficas, epidemiológicas e as repercussões da urbanização na organização deste espaço urbano.

Em relação ao espaço urbano, a evolução de sua ocupação é tratada no desenvolvimento do trabalho, sob o contexto histórico e sob o fenômeno da urbanização, para demonstrar a constituição política territorial do Município e da RMC e as suas repercussões nos atuais espaços. Esta condição associada à dinâmica populacional indicaram a existência de desigualdades na distribuição dos diversos grupos etários e nas condições sócio - ambientais dos bairros do Município de Curitiba; sugerindo que a parcela idosa da população vivencia distintas condições de vida.

Estas categorias de análise foram conceituadas ao trabalho de campo e subcategorizadas sob a forma de questões; constituindo o instrumento de pesquisa. Os resultados obtidos das diversas variáveis descritas no trabalho são utilizadas, buscando identificar cada situação questionada durante a entrevista domiciliar realizada com o idoso. Após os quais, foram agrupados segundo os objetivos específicos do trabalho e para comprovação das hipóteses.

Este trabalho tem características de um estudo preliminar, visto a utilização do instrumento com questões abrangentes, para a caracterização do entrevistado, e pela sua aplicação, em entrevista com o idoso em seu próprio espaço domiciliar.

A partir da análise dos resultados foram possíveis distinguir características particulares à cada grupo sobre a alimentação e nutrição e as condições de saúde; e reconhecer os diversos aspectos e relações da situação vivida do grupo de idosos, incorporadas à concepção de saúde integral.

2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO

A dinâmica demográfica tem sido descrita intensamente na literatura da última década, ou pelas oportunidades ao crescimento econômico ou pelas conseqüências no padrão demográfico da população (VERAS, 1991; NAÇÕES UNIDAS, 1994; OPS, 1998b; OPS, 1999).

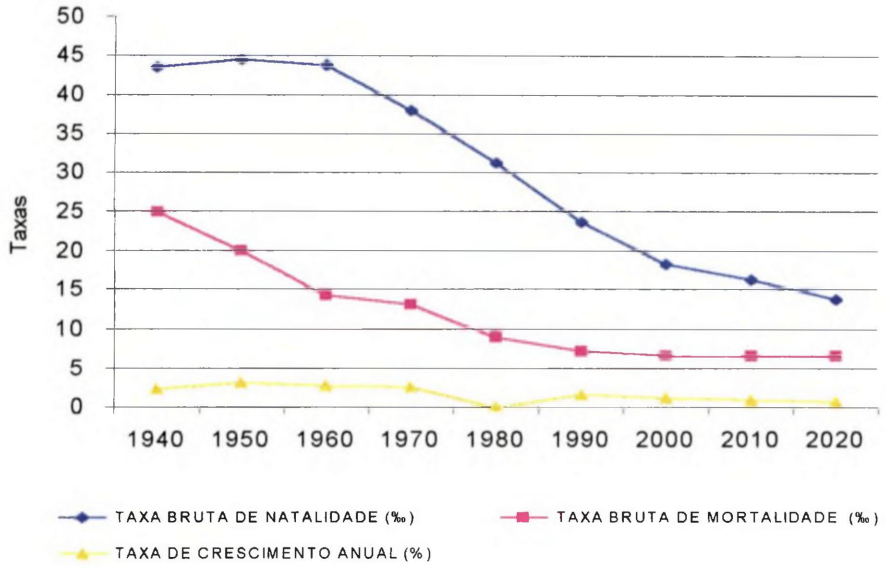
A nível mundial há uma tendência demográfica de mudanças na estrutura etária da população as quais definem perspectivas de (taxas) níveis variados de dependência na população e importantes às definições políticas e ao desenvolvimento econômico. Tanto os países desenvolvidos como os em desenvolvimento, mesmo diferindo nas estruturas etárias da população, convergem para um aumento rápido da parcela da população idosa.

O padrão demográfico brasileiro tem sido determinado, ao longo dos anos, pelas taxas de crescimento populacional vinculadas, diretamente, aos determinantes de natalidade e de mortalidade da população; delineando progressivamente uma transição demográfica.

O GRÁFICO 01 está representando a dinâmica do crescimento populacional, da mortalidade e da natalidade nos períodos de 1940 até projeções para 2020, de modo a identificar a transição demográfica no Brasil.

Segundo alguns autores (BERQUÓ, 1996; CHAIMOWICZ, 1997; MEDEIROS e CAMARANO, 1997; CAMARANO e outros, 1999), o declínio das taxas de fecundidade foi o principal determinante para a redução do crescimento populacional e mudanças na estrutura etária da população brasileira.

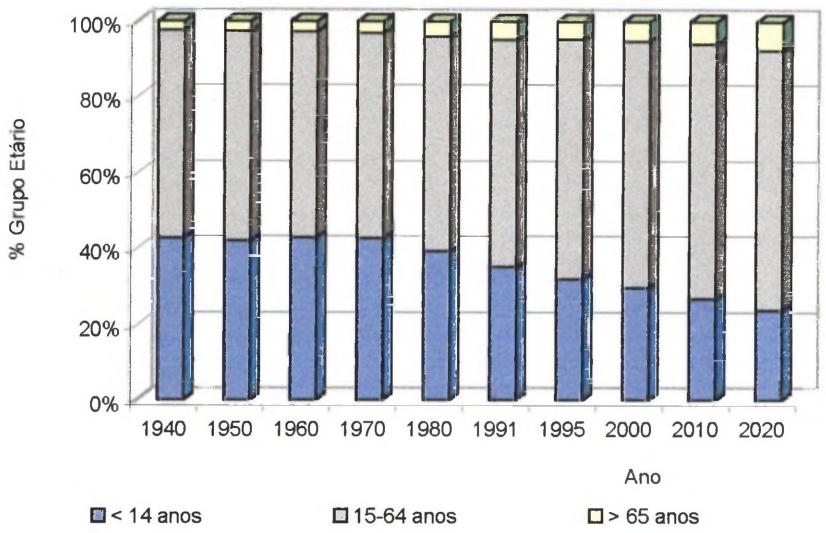
GRÁFICO 01 - TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NO BRASIL, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES PARA 2000, 2010 E 2020



FONTE - IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais.
NOTA: Dados referentes ao Anuário Estatístico do Brasil, 1995
(1)Mortalidade geral (por 1000 habitantes) corresponde ao quociente entre o número de óbitos ocorridos numa área e num determinado período e a população total da mesma área e no meio ano, sendo multiplicado por 1000 habitantes.
(2)Mortalidade infantil (por 1000 habitantes) corresponde ao quociente entre o número de óbitos de crianças menores de 1 ano e o número de nascidos vivos no mesmo ano e área, multiplicado por 1000 habitantes.

As modificações do padrão demográfico da população brasileira, que aconteceram a partir de 1940, definiram a dinâmica da transição demográfica e resultaram em alterações na estrutura etária da população. Mas foi apenas a partir da década de 70 que foram observados os reflexos sobre as taxas de fecundidade e da mortalidade, quando a parcela da população com menos de 15 anos diminuiu gradativamente sua proporção na população total, sendo substituída por outros grupos etários (de 15 a 64 anos e de 65 anos e mais). Estes comportamentos tiveram como conseqüência um acelerada tendência ao envelhecimento populacional, como pode ser observada no GRÁFICO 02 pelas alterações na estrutura etária da população brasileira e no GRÀFICO 03, pela sobreposição das pirâmides etárias.

GRÁFICO 02 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR GRUPOS ETÁRIOS NO BRASIL A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES 2000 À 2020



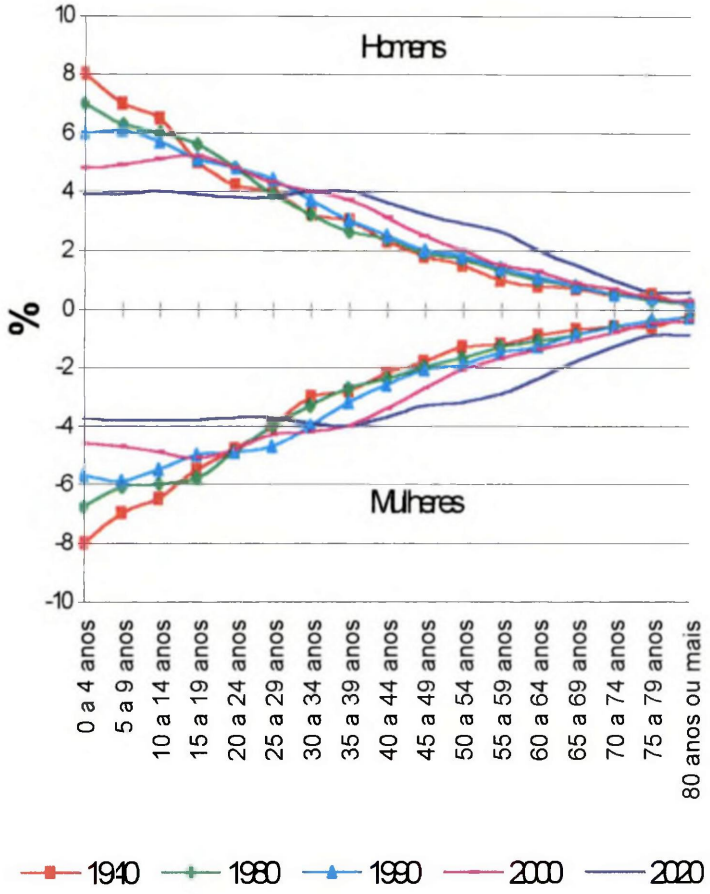
FONTE: Fundação IBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1993 e 1996.

Estas mudanças demográficas permitiram o estabelecimento de projeções demográficas para as próximas décadas no Brasil, sendo este tema tratado nas análises do Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil (IPEA, 1996; CHAIMOWICZ, 1998).

No GRÁFICO 03 é possível visualizar as mudanças ocorridas a partir de 1940 e as projeções realizadas para os anos de 2000, 2010 e 2020, de maneira que as pirâmides etárias sobrepostas retratam uma diminuição da proporção de jovens e do número absoluto de crianças nascidas, relacionados ao declínio de fecundidade, e acompanhadas pelo expressivo envelhecimento da população (IPEA, 1996; OPS, 1998a).

Seguindo tais projeções demográficas, no ano de 2020, o Brasil será o quinto país em população de idosos, com 33 milhões de pessoas, quase 3 vezes mais do que hoje. A estabilização demográfica é prevista para 2080, quando as proporções de jovens e idosos alcançarão valores, respectivamente de 20% e 15% do total da população (SEMINÁRIO, 1996b).

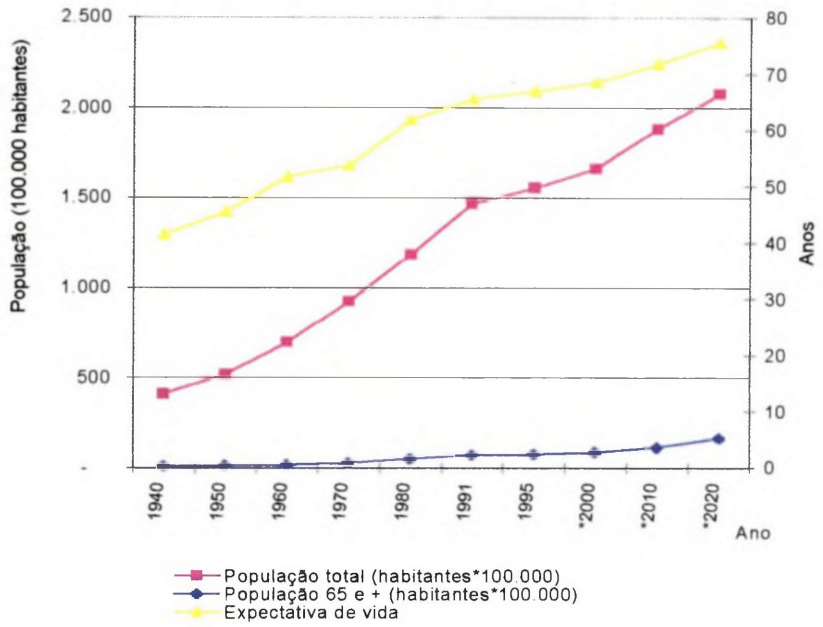
GRÁFICO 03 - EVOLUÇÃO ETÁRIA DA POPULAÇÃO DO BRASIL, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES PARA 2000 E 2020



FONTE: Fundação IBGE. Censos Demográficos e PNADs/MPAS

O crescimento da população e da parcela da população idosa são acompanhados pelo aumento da esperança de vida da população, como se observa no GRÁFICO 04. A longevidade que se expressa, convencionalmente, em esperança de vida ao nascer, no caso brasileiro aumentou de 42,7 anos em 1930/1940 para 67 anos em 1970/1980, sendo estimado para 1996 em 63 anos para os homens e 72 anos para as mulheres. Estes valores demonstram que a esperança de vida, no período analisado, resultou em ganhos de aproximadamente 30 anos.

GRÁFICO 04 - POPULAÇÃO TOTAL E COM 65 E MAIS ANOS, EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES 2000, 2010 E 2020, PARA O BRASIL



FONTE: Fundação BGE. Censo demográfico de 1940 e 1991, Anuário Estatístico do Brasil, 1995
SANTOS, J.L.F. Demografia: estimativas e projeções. São Paulo. Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP, 1978 (Prodeur, Cadernos de Estudos e Pesquisa).

Contudo, este fato não é decorrente apenas do decréscimo da mortalidade e da fecundidade, mas é também resultado de ações ao nível, principalmente, da atenção básica à saúde. As repercussões destas ações foram sentidas nos níveis da mortalidade infantil, na redução dos agravos na saúde, bem como na garantia da manutenção da vida da população em geral.

Mas, ainda que os valores dos indicadores de nível de saúde "indiquem" melhorias na saúde da população, o padrão geral epidemiológico brasileiro não pode ser considerado como definido, visto as grandes disparidades entre as várias regiões do País, a falta ou a descontinuidade das ações básicas na área da saúde ambiental e a própria dissociação entre mortalidade e morbidade.

Entre estas duas variáveis epidemiológicas, tem sido explicitado que nem toda doença ou agravo leva à letalidade do indivíduo, de modo a nem sempre haver correspondência ou sucessão de algumas doenças e agravos com a causa de óbito do

indivíduo. Por sua vez, as informações de morbidade refletem, além das incapacidades transitórias ou permanentes que interferem na qualidade de vida do idoso, o impacto da doença sobre a família e o sistema de saúde.

Em decorrência das heterogeneidades sociais, culturais e econômicas do Brasil, todas estas modificações tem ocorrido em níveis diferenciados, na mesma temporalidade, nas diferentes regiões a até mesmo nos diferentes grupos sociais. Bercovich (1993) mostra em seu estudo que a tendência do aumento da proporção de idosos está presente em todas as regiões brasileiras, assim como nos espaços urbano e rural, cujas modificações são ocasionadas pelo fenômeno de urbanização.

No Brasil, o fenômeno da urbanização ocorreu de modo espontâneo e heterogêneo ainda que existam muitos casos de implantação urbana planejada (BÓGUS e WANDERLEY, 1992; SOUZA et al., 1993). Ele teve início com a migração rural - urbana entre 1940 e 1980, em função das estratégias do modelo econômico em desenvolvimento para o qual a industrialização foi estabelecida como prioridade brasileira. Como resultado, segundo o Censo de 1991, 75,6% do total da população estavam concentradas nas cidades e, segundo os dados de 1996 e 1998, foram mantidos em valores de 80% (OPS, 1999).

Ainda que com esta concentração populacional urbana, o fenômeno de urbanização tem apresentado alterações desde a década de 80, quando as grandes mudanças demográficas de crescimento e envelhecimento populacional passaram a ser delineadas. As mudanças na urbanização mostram tendências como a redução da taxa de crescimento da população urbana e a desaceleração do processo de concentração da população nas grandes cidades sendo compensada pelo crescimento de outros centros urbanos menores (sedes de municípios e distritos com menos de 20 mil habitantes) (IPEA, 1996).

Segundo Bercovich (1993) e Médici (1997), a urbanização possui estreita relação com a transformação demográfica porque associado a este fenômeno ocorrem mudanças e adaptações culturais, sociais e econômicas pela população, condicionadas pelo acesso ao trabalho, pelo acesso a bens e serviços diversos e diferenciados.

Entre os vários determinantes, podem ser apontados aqueles decorrentes: a) de políticas de crédito, que possibilitaram a inclusão de amplos setores da população na sociedade de consumo; b) da alteração da política previdenciária que reduziu a dependência intergeracional; e c) dos meios de comunicação, em especial a televisão que pode atribuir mudanças em termos de percepções e práticas no que se refere à família, à sexualidade e as relações entre os gêneros (NAÇÕES UNIDAS, 1994).

À estes determinantes podem ser somados, aqueles relativos aos programas de saúde pública como - as implementações dos serviços de saneamento básico e as melhorias na assistência materno infantil; assim como a inclusão das ações específicas como a imunização, aleitamento materno, atenção as crianças com deficiência física e mental, a atenção as crianças desnutridas e gestantes em risco nutricional, o controle de doenças transmissíveis e outros. Este conjunto de determinantes propiciaram condições à redução do número de filhos por mulher e o aumento da esperança de vida ao nascer da população brasileira.

Esta situação é também caracterizada a nível regional como na Região Sul, que passa por um forte processo de urbanização e pelo maior acesso aos serviços de saúde, pode ser utilizada como exemplo de tendência de ocupação urbana tanto pela população em geral como pela parcela da população idosa. Nesta região, a proporção da população idosa urbana vem aumentando tal como pode ser observado na TABELA 01, a qual mostra que em 1960 era de 5,1% a população urbana da região e em 1990, 7,3%; enquanto que a proporção rural da população idosa no mesmo período aumentou de 3,8% para 7,8%.

TABELA 01 - PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA E RURAL E DO GRUPO ETÁRIO DE 60 E MAIS ANOS, NO BRASIL, A PARTIR DE 1960

Ano	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO NO BRASIL (%)			PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO NO REGIÃO SUL (%)	
	Total	Urbana	Rural	Urbana	Rural
1960	100	5,4	4,2	5,1	3,8
1970	100	5,6	4,4	5,4	4,1
1980	100	6,2	5,7	6,1	5,7
1990	100	7,7	7,5	7,3	7,8

FONTE: IBGE, Censo Demográfico 1980 e PNAD 1990.

Esta situação de mobilidade da população, em parte justifica, a proporção de idosos relativamente eqüitativa aos sexos no meio urbano e rural; bem como a proporção de idosos morando sozinhos seja na área rural ou urbana. As diferenças nas proporções de idosos por gênero seguem a tendência da *feminização do envelhecimento* que, segundo Berquó (1988), pode ser explicado pela diferença nas taxas de crescimento das populações idosas feminina e masculina, de maneira a aumentar o número absoluto e a proporção de mulheres idosas na população brasileira.

Este diferencial entre os idosos, em relação ao gênero, decorre de uma situação favorável e diferenciada na mortalidade para as mulheres, conseqüente de fatores biológicos, genéticos e da exposição diferente à riscos por morte violenta e acidental, por consumo de drogas lícitas (álcool e fumo), assim como pela freqüência na utilização dos serviços de saúde (VERAS, 1991).

Essa diferenciação se reproduz na esperança de vida com a garantia de cerca de 6 anos a mais de vida para as mulheres: em 1980 a esperança de vida para as mulheres era de 65 anos e para os homens de 59 anos; em 1991 esta diferença cresceu para 7 anos e segundo projeções para 2010 e 2020 a diferença se manterá em torno de 6 anos (BERQUÓ, 1996).

Esta heterogeneidade demográfica pode também ser explicada através do perfil epidemiológico, resultante da redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias acompanhada e substituída pelo aumento da mortalidade pelas doenças crônico – degenerativas (como câncer, diabetes, problemas do aparelho circulatório,

neurológicos, etc), as quais são predominantes no perfil de mortalidade relativo ao envelhecimento e demonstram a maior longevidade da população brasileira (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1996; IPEA, 1996).

Este comportamento epidemiológico é evidenciado quando se observa a TABELA 02. Entre as causa mais freqüentes de óbito estão as doenças cérebro vasculares, a doenças isquêmica do coração, as neoplasias malignas, as doenças de circulação pulmonar e outras doenças do coração e do aparelho respiratório.

TABELA 02 - MORTALIDADE POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS. MULHERES E HOMENS COM 65 E MAIS ANOS. BRASIL. 1980, 1985 E 1991

GRUPOS DE CAUSAS	MULHERES (1000 hab.)			HOMENS (1000 hab.)		
Ano	1980	1985	1991	1980	1985	1991
Doença cerebrovascular	21,0	19,9	18,1	18,7	18,1	16,7
Doença isquêmica do coração	16,4	16,1	14,9	16,7	16,6	14,9
Neoplasias malignas	12,3	12,3	13,6	14,9	15,0	16,5
Doenças pulmonares e outras do coração	15,5	14,8	14,5	14,1	13,2	12,5
Outras doenças do aparelho respiratório	8,7	10,8	11,8	10,3	12,4	13,9
Outras causas	26,1	26,1	27,2	25,3	24,7	25,5
Total (1)	90258	109229	127543	90953	116278	134790

FONTE: DATASUS In Berquó 1996
(1) excluindo os sinais, sintomas e afecções mal definidas.

Na análise das alterações nos padrões de mortalidade geral, merece atenção a relação morbidade e mortalidade para a definição do quadro epidemiológico brasileiro, pelo fato da mortalidade não retratar a situação real da saúde da população ou mesmo da parcela da população idosa. Ainda que as informações resultem de limitações metodológicas para a extrapolação ao nível populacional, elas evidenciam um quadro (da morbidade) distinto da mortalidade.

Segundo Castellanos (1997), é do resultado das inter-relações de múltiplos determinantes demográficos, econômicos e sociais e suas conseqüências - tais como a evolução das iniqüidades sociais e desigualdades nas condições de vida e saúde das populações, as mudanças na estrutura etária da população, na estrutura de mercado de trabalho e da população trabalhadora, no nível de educação e outros – que se situa as condições de saúde de uma população. É esta complexa rede de relações que

determina o fato de as condições de saúde e de vida da população brasileira não serem compatíveis com o seu crescimento econômico; caracterizando a transição epidemiológica do Brasil distinta dos demais países.

O modelo de transição epidemiológico brasileiro revela situações diversas e simultâneas de morbi-mortalidade tais como: *polarização* epidemiológica dentro do país associada a *superposição* de morbidades e causa de óbitos por doenças infecto-parasitárias e crônico-degenerativas. Sendo ainda acompanhado por uma *contra-transição* (persistência ou ressurgimento) de doenças típicas do passado e do subdesenvolvimento (malária, dengue, cólera, leishmaniose, leptospirose, doença de Chagas, filariose, esquistossomose, tuberculose, etc) (CAMARGO e SAAD, 1990; PEREIRA, 1995; OPS, 1998b; CHAIMOWICZ, 1998).

Assim, para Barbosa (1992), um novo desafio se apresenta neste contexto quando observado que as doenças crônico degenerativas tem predomínio no perfil de morbidade relativo ao envelhecimento, de maneira a modificar a demanda de políticas de saúde e previdência especifica e diferenciada para este grupo.

As mudanças epidemiológicas e demográficas, até aqui discutidas, delineiam a dinâmica populacional singular do Brasil: com característica jovem, porém com expectativa de longevidade maior, distribuída heterogeneamente no seu espaço urbano-rural.

Com a efetivação da tendência ao envelhecimento, é possível estabelecer distintas e importantes repercussões econômicas e sociais, nas diversas regiões do país, as quais acontecerão para impor oportunidades ao equacionamento de políticas de promoção da equidade social.

As demandas sociais, as alterações nos padrões de reprodução e mortalidade favorecem alterações nos padrões de reprodução e mortalidade. Isto implica em

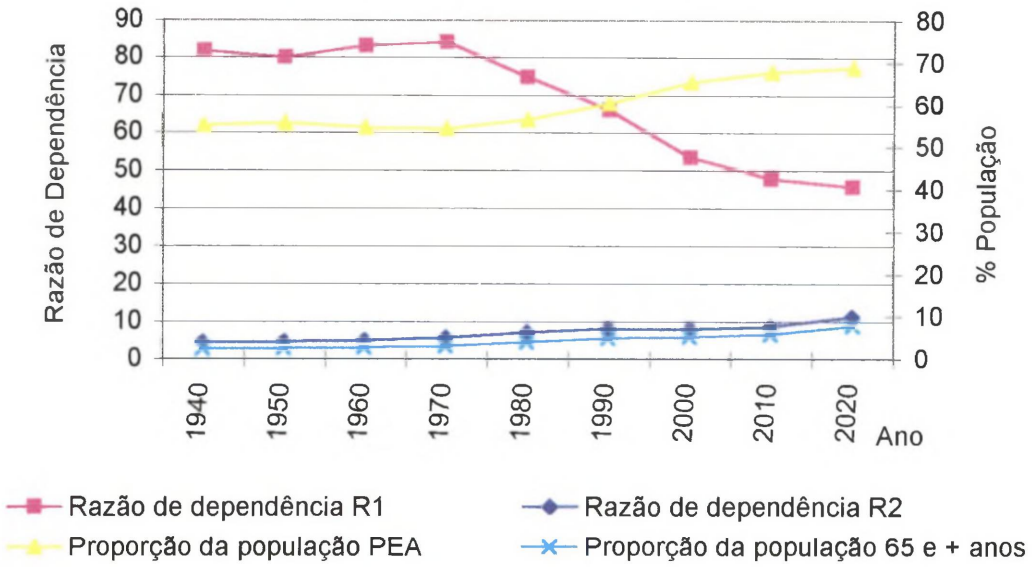
modificações no perfil das demandas sociais como: a) redução das demandas por serviços de saúde infanto-juvenil; b) pressões populacionais para a expansão da rede escolar; c) criação de novos postos de trabalho para os jovens; d) aumento da necessidade de proteção aos filhos de mulheres, uma vez que as mesmas integram cada vez mais a força de trabalho; e) a transformação da estrutura familiar, redefinindo-se tanto os papéis da família quanto os de seus membros (MEDEIROS e CAMARANO, 1997).

Neste contexto de mudanças, novas estruturas e arranjos familiares tem sido constituídos face a conjuntura de urbanização e de transformação demográfica. Estas novas estruturas familiares ou domiciliares alteram, em alguns casos, a própria concepção de dependência, quando esta é analisada sob a ótica econômica da provisão das necessidades de seus membros e quando é utilizada a convencional razão de dependência (relação entre a população dependente menor de 15 anos e maior de 65 anos e a população em idade ativa entre 15 e 64 anos de idade).

A razão da dependência permite identificar as heterogeneidade da dinâmica demográfica quando desagregada por regiões e grupos de renda, as suas variações temporais, bem como as mudanças relativas ao fenômeno de urbanização levando em conta a variável idade cronológica. Entretanto, para a análise da dependência do idoso inserido nos novos arranjos familiares é possível a determinação de outras relações de dependência como aquela que considera a renda, a relação crianças e/ou idosos dependentes, a dependência dos membros da família, a hierarquia familiar, etc. (MEDEIROS e CAMARANO, 1997).

No GRÁFICO 05 é possível evidenciar o aumento gradativo da dependência dos idosos, face sua maior participação demográfica, e o declínio dos valores das razões de dependência e as alterações etárias nos períodos de 1960, 1970 e 1996.

GRÁFICO 05 - RAZÃO DE DEPENDÊNCIA [1] DA POPULAÇÃO BRASILEIRA, A PARTIR DE 1940 E PROJEÇÕES 2000 E 2020



FONTE: Fundação IBGE. Censos demográficos de 1940 e 1991 e Machado, C.C.,1993 (adaptado de Berquó, 1988)
R1 = população (0-14anos) + (65 e +anos)/ população (15-64anos)
R2= população (65 e +anos)/população (15-64anos)
(1) Razão de Dependência corresponde a relação obtida entre o número de pessoas dependentes por 100 adultos em idade economicamente ativa.

Os valores de dependência dos idosos brasileiros apresentam algumas características distintas, pois o idosos freqüentemente participam da composição da renda familiar: seja por exercer atividade produtiva e/ou por receber provimentos previdenciários. Esta situação é relevante tanto na análise da manutenção dos idosos como na de sua família, visto haver a participação dos rendimentos do idoso em todos os grupos de renda e, sobretudo se considerar-se o presente nível de oferta de emprego para a PEA e os novos arranjos familiares.

A situação de dependência do idoso tem encontrado um novo contexto, face a crise econômica das últimas décadas a qual tem implicado na permanência dos filhos (casados ou não) no domicilio do idoso motivado pela sua condição financeira. Mesmo a renda obtida por algum tipo de atividade remunerada ou/e previdenciária sofrendo

perdas proporcionais para cada ano etário, ainda é superior a renda da PEA e tem contribuído em cerca de 45% no orçamento familiar (CAMARANO et. al., 1999).

Entre a população idosa feminina e masculina há diferenças em relação a dependência e os rendimentos. A previdência do sexo feminino é notável nesta faixa etária, sendo decorrente, provavelmente, do seu estado civil; condições sócio/econômicos anteriormente submetidos; e também do tipo de atividade executada. Os homens, com maior freqüência, permanecem chefes de família e em melhores condições devido a manutenção de algum tipo de provento por parte do Estado.

As mudanças demográficas em transcurso, sob a análise de dependência populacional, indicam para os próximos anos, a expectativa de valores crescentes de dependência em relação ao idoso e, consequentemente, maiores gastos sociais em aposentadorias e benefícios para esta cada vez maior parcela da população. Por outro lado, tal situação parece não estar assegurada a partir dos ajustes recentes na Previdência Social brasileira, os quais alteraram não apenas a disponibilidade de recursos para a população e para o idoso como também os efeitos distributivos destes benefícios na família, importante na permanente crise econômica da população brasileira.

Além destas dificuldades causadas pela redução dos benefícios previdenciários, o idoso estará exposto a outros obstáculos relativos ao sistema de saúde e ao convívio social; visto o decréscimo dos suportes, formal e informal, disponibilizados ao idoso pela família, comunidade e Estado. Segundo Chaimowicz (1997), para atenuar as demandas sobre o sistema de saúde e a assistência social são imprescindíveis a implementação de sistemas de apoio formal e informal ao idoso e de ações que atenuem a compressão da morbidade.

Portanto, se a dinâmica epidemiológica for compreendida, conforme realmente ocorre no espaço geográfico brasileiro, como simultânea à dinâmica demográfica, pode ser afirmado que o quadro epidemio – demográfico estabelece um constante desafio para as definições das políticas públicas e, principalmente, quando ponderado que os padrões de reprodução e mortalidade são diversos nas regiões brasileiras mas que conduzem às mudanças ao nível do crescimento populacional bem como na sua estrutura etária.

Frente à esta dinâmica epidemio-demográfica brasileira, especialmente, diversa, estão cada vez mais presentes novas demandas às políticas públicas para atender o aumento gradativo da parcela da população idosa e não apenas da população jovem. Deste modo, as propostas a serem planejadas e executadas devem ser amplas, dinâmicas, diversificadas e delineadas de acordo com as necessidades de cada grupo etário da população.

3 O ESPAÇO URBANO METROPOLITANO

As mudanças no padrão demográfico brasileiro são, também, estabelecidas para alguns níveis geográficos inferiores, tais como para a Região Metropolitana de Curitiba e para o Município de Curitiba, e nos quais, consequentemente, são caracterizados as mesmas situações de transição demográfica e epidemiológica (MEDEIROS e CAMARANO, 1997).

Assim em decorrência desta reprodução do nível macro brasileiro aos espaços geográficos da Região Metropolitana de Curitiba (RMC), ela serve, de exemplo, não só à constatação das transformações epidemio - demográficas, mas a compreensão destas transformações sobre a dinâmica do processo de urbanização sobre o espaço urbano.

É importante considerar que as alterações epidemio – demográficas ocorrem num contexto urbano de desigualdades sociais, econômicas e políticas, que implicam na variabilidade de condições sobre a saúde e sobre o ambiente.

O espaço geográfico inicial a ser utilizado para a presente reflexão compreende a Região Metropolitana de Curitiba (RMC). Esta foi constituída legalmente pelo Governo Federal, em 08 de junho de 1973, através da Lei Complementar n°14 e em momento de intensa urbanização nesta região, assim como no Brasil. Naquele momento (em 1973) foram constituídas, pelo Governo Federal brasileiro, 8 regiões metropolitanas: de Belo Horizonte, Belém, Fortaleza, Salvador, Recife, São Paulo, Porto Alegre, Curitiba e, posteriormente, mais outras 10 regiões metropolitanas (Vitória, Natal, Baixada Santista, Grande Rio de Janeiro, Londrina, Maringá, Norte e Nordeste de Santa Catarina, Vale do Itajaí e Florianópolis).

A formalização destas regiões ainda merece críticas, face os parâmetros técnicos ou por estarem distorcidos de uma política nacional de desenvolvimento do sistema urbano ou desvinculados da dinâmica das relações da expansão urbana, física e sócio – econômica, nestes e entre os vários municípios componentes (IPARDES, 1991).

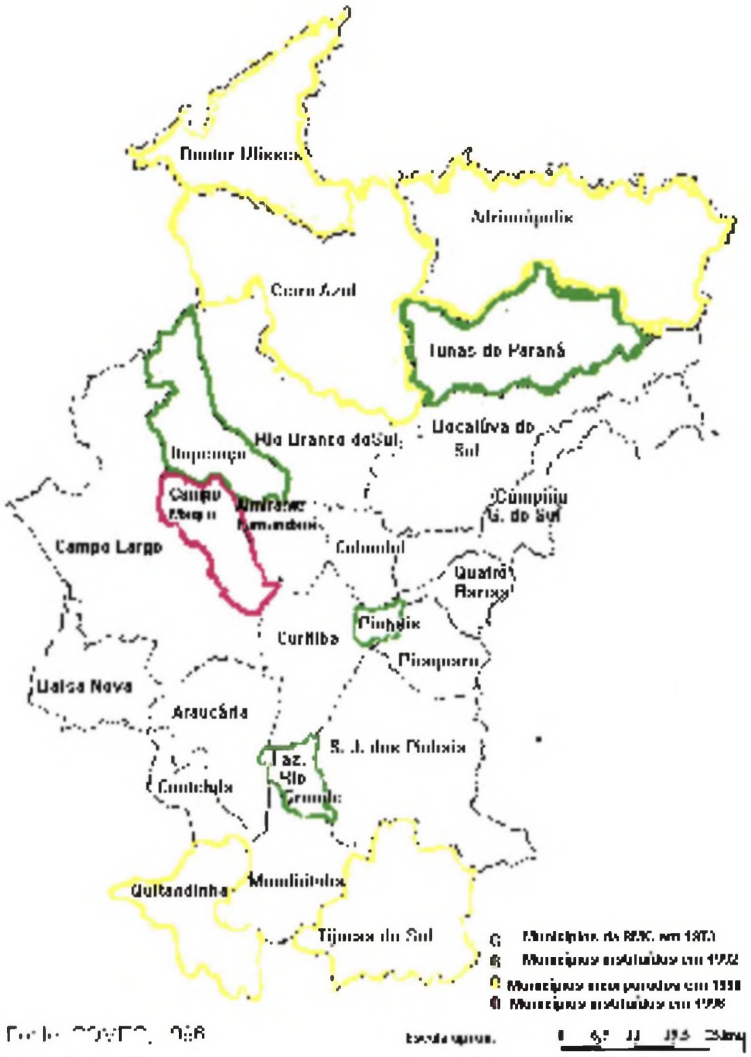
Apesar destas críticas, a constituição das regiões metropolitanas abriu a oportunidade de realizar uma gestão territorial dos espaços metropolitanos, a articulação dos municípios componentes e um planejamento integrado de desenvolvimento econômico e social, tais como das funções públicas para o saneamento básico, os usos do solo, o transporte e o sistema viário, a produção e distribuição de gás, o aproveitamento dos recursos hídricos, o controle da poluição e outras ações compartilhadas (SÃO PAULO, 1980).

A composição política administrativa espacial da RMC foi determinada segundo a Lei Complementar n°14, de 8 de setembro de 1973, com 13 municípios e mais, como pólo, o Município de Curitiba. Naquele momento a RMC foi constituída pelos Municípios de Almirante Tamandaré, Araucária, Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campo Largo, Campina Grande do Sul, Colombo, Contenda, Mandirituba, Piraquara, Quadro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais. A incorporação de outros Municípios próximos de Curitiba a RMC foi, posteriormente, assegurada pelo Projeto de Lei Complementar Estadual n°408/91 de 1991 e baseada na própria conceituação de região metropolitana e na justificativa de manutenção de relações direta e/ou de complementaridade de atividades ou funções entre os municípios integrantes.

A nova composição da RMC com 25 municípios ocorreu ou pelo fato de alguns dos municípios já incorporados serem desmembrados em outros ou pela incorporação de outros municípios.

O MAPA 01 mostra a constituição da RMC que passa de 14 municípios, quando no momento de sua criação, a ser integrada por 25 municípios.

MAPA 01 - EVOLUÇÃO POLÍTICO – ADMINISTRATIVA DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA, SEGUNDO O ANO DE INSTALAÇÃO DOS MUNICÍPIOS.



FONTE: IPPUC Banco de dados, 1996.

A configuração da RMC em relação a outras regiões brasileiras ressalta em algumas diferenciações como: maior área total (13.528,74 Km^2), que corresponde a 6,58% da área territorial do Estado do Paraná, e como maior área de participação em área rural com 7.777,52 Km^2. A população rural também é maior, com valores em

1994 próximos a 4,0% e em 1998, a 7,4% da população total de sua região metropolitana (IPPUC, 1997c; BRASIL, 1998).

A metropolização neste espaço territorial, formalizado como RMC, pode ser explicada pela expansão industrial e pelo crescimento cumulativo da população (IPARDES, 1994; MARAFON, 1997; IPARDES, 1997). A expansão industrial tem sido caracterizada através do processo de localização e concentração de indústrias e serviços afins em parte da RMC e em Municípios próximos de Curitiba como nos Municípios de Araucária, Fazenda Rio Grande e São José dos Pinhais; de modo a compactuar na dinâmica de metropolização através da difusão social e geográfica a partir da polaridade espacial do Município de Curitiba (ULTRAMARI e MOURA, 1994).

Tal situação de metropolização serviu à justificativa administrativa ou política da composição e da constituição da RMC na qual pode ser acrescida, ainda, pela justificativa advinda da própria origem histórica dos municípios componentes da RMC. Isto é, a partir do histórico do espaço geográfico da Comarca de Curitiba é possível reconhecer, na temporalidade, a centralidade ou polaridade do Município de Curitiba com os atuais municípios da RMC nas relações econômicas e de dependência política, presente desde antanho (LEÃO, 1926; FIBGE, 1959; WACHOWICZ, 1972; RITTER, 1982; CARDOSO e WESPHALEN, 1988; PARANÁ, 1993; FERREIRA, 1996; FUNDAÇÃO..., 1997; IPPUC, 1997c).

Em relação ao crescimento e ocupação populacional da RMC, tem sido ressaltado as suas características distintas das diversas regiões metropolitanas brasileiras. De acordo com a TABELA 03, seja no País, como um todo, ou nas várias regiões metropolitanas tem ocorrido desaceleração do ritmo de concentração populacional. Esta tendência demográfica é explicada, segundo *o Relatório sobre o*

Desenvolvimento Humano no Brasil (IPEA, 1996) pela mobilidade da população acompanhando os processos simultâneos de desconcentração industrial e de interiorização da atividade produtiva, pelo impacto da crise econômica da década de 80 sobre o movimento migratório de modo a favorecer o êxodo rural, pelo declínio da fecundidade e pela adoção de padrões de comportamento associados a contrametropolização.

TABELA 03 - TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO DAS METRÓPOLES E A REGIÕES METROPOLITANAS, A PARTIR DE 1960.

REGIÕES METROPOLITANAS	1960/70		1970/80		1980/91	
	Total (1)	Metrópole	Total	Metrópole	Total	Metrópole
Belém	4,85	4,85	4,32	3,24	2,65	2,65
Fortaleza	4,87	5,99	4,37	4,37	3,49	2,77
Recife	3,93	3,10	2,79	1,32	1,85	0,71
Salvador	4,77	4,93	4,41	4,08	3,18	2,97
Belo Horizonte	6,25	6,53	4,76	3,82	2,52	1,14
Rio de Janeiro	3,63	2,70	2,47	1,85	1,01	0,66
São Paulo	5,53	6,15	4,48	3,59	1,86	1,15
Curitiba	5,04	5,49	5,79	5,36	3,02	2,28
Porto Alegre	4,20	3,69	3,93	2,61	2,59	1,06
TOTAL	4,66	4,75	3,81	3,28	1,98	1,37

FONTE: In ULTRAMARI e MOURA, 1994.

(1) Taxa de crescimento anual da população é expressa em % a.a., ou seja, percentagem ao ano.

Entretanto, como mencionado, a RMC apresenta uma dinâmica populacional distinta das outras regiões metropolitanas, pontuadas pelas maiores taxas de crescimento da população as quais tem sido estabelecidas desde a década de 70 (5,79% a.a.). O crescimento está vinculado ao fato de tanto a RMC com o Município de Curitiba se manterem como áreas de atração populacional ainda que seus valores indiquem a tendência ao declínio.

Conforme as TABELAS 03 e 04, a RMC permanece em ritmo ascendente de crescimento com valores das taxas anuais de 3,2% e superior ao da década anterior de 3,0%. Enquanto que para Curitiba isolada as taxas de crescimento, praticamente, são mantidas para o mesmo período em ritmo elevado pouco acima de 2,0% a.a.

TABELA 04 - TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA RMC, A PARTIR DE 1960.

MUNICÍPIOS	TOTAL [1]			
	60/70	70/80	80/91	91/96
Adrianópolis	Bocaiúva do Sul	-0,39	-1,95	-3,86
Almirante Tamandaré	4,24	8,37	6,19	1,64
Araucária	0,35	7,35	5,37	3,91
Balsa Nova	(2)Campo Largo	1,18	3,25	3,04
Bocaiúva do Sul	2,05	1,26	-1,16	2,40
Campina Grande do Sul	4,15	6,99	10,49	10,24
Campo Largo	2,00	4,77	2,57	2,60
Campo Magro		Almirante	Tamandaré	7,16
Cerro Azul	0,62	0,86	0,47	1,57
Colombo	8,29	12,56	5,87	5,45
Contenda	8,09	0,45	1,54	6,65
Curitiba	**5,49**	**5,36**	**2,28**	**2,19**
Doutor Ulisses			Cerro Azul	2,58
Fazenda Rio Grande		Mandirituba	8,68	12,42
Itaperuçu		Rio Branco	do Sul	8,79
Mandirituba	São José dos	Pinhais 3,42	8,61	9,46
Pinhais		Piraquara	3,91	3,40
Piraquara	6,28	12,76	3,84	5,81
Quatro Barras	Campina Grande	do Sul 3,45	5,23	6,80
Quitandinha	Contenda	1,33	1,39	-0,53
Rio Branco do Sul	2,19	2,37	1,71	1,29
São José dos Pinhais	4,62	7,55	5,51	5,59
Tijucas do Sul	-4,64	0,18	2,26	2,50
Tunas do Paraná			Bocaiúva do Sul	0,79
RMC	**(*)5,04/4,71**	***5,79/5,58**	***3,02/2,95**	***3,06/3,23**
RMC s/Curitiba	**2,30**	**6,12**	**4,25**	**4,94**

FONTE: IBGE. Censos demográficos 1960, 70, 80,91 e Contagem 1996.

(*) estes valores na linha foram obtidos do IPPUC – Banco de Dados 1997

(1)Taxa de crescimento anual da população é expressa em % a.a., ou seja, percentagem ao ano.

(2)Os Municípios listados na Tabela cujas denominações estão nos local do valor numérico são aqueles que no período respectivo este não era constituído como Município ou não constituía a RMC

Outra diferenciação importante da RMC é evidenciada pelas taxas de crescimento superiores de alguns dos seus municípios quando comparadas a outras regiões, refletindo uma dinâmica acelerada de crescimento nestes municípios, como os municípios de Campina Grande do Sul, Quadro Barras, Mandirituba, São José dos Pinhais e outros, conforme está mostrado na TABELA 04.

Estas situações de crescimento da RMC contrariam o ritmo rápido do processo de desconcentração populacional que está evidenciado nas outras regiões metropolitanas brasileiras, bem como a forma deste processo o qual tem ocorrido, de

um modo geral, com perda no dinamismo de crescimento populacional do pólo para os outros municípios das diversas regiões. Esta mobilidade populacional entre o pólo e os municípios é denominada, genericamente, como processo de periferização que pode passar pelo fenômeno de desmetropolização (RIBEIRO e LAGO, 1995).

A desmetropolização é caracterizada no caso dos pólos perderem a condição de núcleos hegemônicos e passam a dividir com os municípios periféricos não só a localização da população como também as atividades econômicas e serviços complexos (ULTRAMARI e MOURA, 1994; IPEA, 1996). A tendência de desconcentração populacional das regiões metropolitanas e do comportamento para o Município de Curitiba e respectiva RMC podem ser constatadas através da comparação das taxas de crescimento na TABELA 03 e 04.

A ocupação e o crescimento populacional da RMC aconteceram, sobretudo, de maneira intensa ao adensamento populacional no pólo - Curitiba e nos arredores imediatos como Colombo, Piraquara, Almirante Tamandaré, Araucária, São José dos Pinhais, Rio Branco do Sul, Campina Grande do Sul; para depois se estenderem aos outros municípios periféricos.

A expansão desta região tem ocorrido além de seu limite oficial tais como as regiões de Ponta Grossa e Castro e do Litoral, configurando macrorregiões. Desta forma o processo de urbanização avançou, gradualmente, no espaço da RMC, causado pela presença e pela implementação das atividades produtivas e de serviços nestas áreas ou pela maior facilidade no acesso ao pólo ou mesmo pelo custo da terra e da habitação nos vários municípios da RMC (IPARDES, 1997).

Esta situação de crescimento urbano pode ser conferida através do acompanhamento da evolução populacional do Município de Curitiba e da RMC e

pelas taxas de crescimento anual dos diversos municípios da RMC, nas TABELAS 03, 04 e 05.

A partir destas tabelas é evidenciado, que mesmo com a maior participação em números absolutos da população em Curitiba, há um decréscimo na participação desse Município pólo em relação a população total da região indicada pelas variações de 58,76% em 1950, para 74,16% em 1970, para 71,15% em 1980 e próximos de 61% da população total da região em 1996.

Tais variações correspondem ao aumento proporcional da participação dos municípios periféricos na composição populacional da RMC face à dinâmica acelerada de crescimento demográfico em vários destes municípios (TABELA 05). Esta participação dos municípios em relação à da RMC tem variado de 29,98 % em 1970 para 39,32% em 1996; correspondendo a uma taxa de crescimento anual da população de 5,10% (70/96) enquanto que para Curitiba e RMC foram determinadas respectivas taxas de 3,44% e 4,01% para o mesmo interstício 1970/1996 (IPPUC, 1997c).

TABELA 05 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DE CURITIBA, REGIÃO METROPOLITANA E PARANÁ - 1940 -1996.

ANO	CURITIBA (hab.)	RMC (hab.)	CURITIBA na RM (%)	PARANÁ (hab.)	CURITIBA no PARANÁ (%)	RMC no PARANÁ (%)
1940	140.656	202.956	69,30	1.236.276	11,38	16,42
1950	180.575	307.294	58,76	2.115.547	8,54	14,53
1960	361.309	510.539	70,77	4.277.763	8,45	11,93
1970	609.026	821.233	74,16	6.929.868	8,70	11,85
1980	1.024.975	1.440.626	71.15	7.626.392	13,43	18,88
1991	1.315.035	2.000.805	65,72	8.448.713	15,56	23,68
1996	1.465.698	2.415.565	60,68	8.985.981	16,56	27,00

FONTE: IBGE. Censo Demográfico 1991, IBGE – Banco de dados - 1997.

Considerando vários autores este aumento da população e sua distribuição espacial na RM de Curitiba foram, também, favorecidos pelo crescimento natural; principalmente, pela migração e pelas mudanças no espaço urbano. No caso da migração é considerada como resultante de fluxos com diversas direções: rural –

urbano, do interior urbano – urbano, inter – urbano e pela mobilidade da população para as áreas rurais da RMC. A mobilidade desta população foi impulsionada pela transformação no campo e no espaço urbano pela modernização de técnicas, geração de bens e serviços, distintos em cada uma destas áreas. Na década de 70, por exemplo, cerca de 1/3 da população na RMC era migrante (residindo há menos de 10 anos) (ULTRAMARI e MOURA, 1994; MOURA e MAGALHÃES, 1996; IPPUC, 1997c; IPARDES, 1997).

O outro determinante, mencionado por aqueles autores, do aumento e da distribuição da população na RMC está relacionado as mudanças no seu próprio espaço urbano, face a ocupação do solo, a concentração das atividades econômicas e o adensamento da população (SANTOS, 1979; SANTOS, 1994; IPEA, 1996).

O resultado destes vários determinantes – migração e *mudanças* no *espaço urbano* – definiram a expansão urbana na RM como a expressão de uma distinta dinâmica de organização espacial da população, configurando segundo os dados disponíveis para 1996, uma mancha urbana contínua que se expande desde o município pólo até seus municípios limítrofes. Esta configuração da ocupação do território metropolitano tomou forma a partir do intenso crescimento do Município de Curitiba, inicialmente, no sentido nordeste - sudeste e na seqüência agregando, pelo *extravasamento* populacional, os Municípios do lado leste e norte.

A própria expansão da RMC, a partir do Município de Curitiba, demonstra como a centralidade deste município é exercida e o seu comprometimento em aglomerar cerca de 60,68% da população da RMC em uma densidade demográfica de 3.392,82 hab./Km^2 bem como de concentrar as principais atividades econômicas e de investimento (IPEA, 1996). Este quadro populacional e de atividades econômicas tem justificado a implementação da maior oferta de serviços públicos e do maior nível de

implantação de obras de infra-estrutura nesta região de centralidade ou por outro lado justifica a omissão das ações de Estado quanto políticas habitacionais, de geração de emprego e a política agrária aos outros municípios da RMC.

Os 8 Municípios limítrofes - Almirante Tamandaré, Araucária, Campo Largo, Campo Magro, Colombo, Fazenda Rio Grande, Pinhais e São José dos Pinhais – tem participado, diretamente, dos reflexos da metropolização tais como de concentração urbana e expansão da industrialização nestes espaços, constituindo 29,01% da população da região vivendo, principalmente, em áreas de conurbação e em uma densidade média de 189,90 hab./Km^2. Estes municípios não só possuem estreita relação territorial como possuem nível de atividades e funções características de metrópole ou de relações diretas e diárias com o pólo.

Outros municípios da RMC como Balsa Nova, Bocaiúva do Sul, Campina Grande do Sul, Contenda, Itaperuçu, Mandirituba, Piraquara, Quatro Barras e Rio Branco do Sul apresentam como característica a predominância de áreas rurais e a polarização de Curitiba quanto ao fornecimento de bens de consumo e de serviços. Estes são municípios que estão na área de influência direta da Metrópole pólo e participam com 7,60% da população da RMC.

Os municípios de Adrianópolis, Agudos do Sul, Cerro Azul, Doutor Ulisses, Quitandinha, Tijucas do Sul e Tunas do Paraná são considerados os municípios periféricos da região que compõem a RMC. Estes são municípios que estabelecem pouca dependência funcional com o pólo Curitiba, devido a suas distâncias entre as suas sede e a RMC e o tipo de necessidades de suas populações. Na maioria deles possuem pouca capacidade produtiva.

O aglomerado urbano da RMC conforme mencionado é dinâmico por agregar de modo gradativo os vários municípios. Conforme os níveis de relações que os vários Municípios da RMC possuem com a centralidade do RMC - o Município de Curitiba, são estabelecidos o nível e o tipo de ocupação urbana, a distribuição das atividades econômicas, as quais apresentam repercussões distintas sobre o nível de qualidade de vida existente e ofertada a população e refletem o nível de desigualdade entre os Município Pólo e sua periferia. Isto pode ser constatado, por exemplo, em municípios com intenso crescimento e concentrada atividade econômica como os Municípios de Araucária e São José dos Pinhais, que correspondem a áreas com melhores condições de vida para a população, conforme índices que agrupam indicadores de renda, saneamento e educação (ROCHA, 1999).

Por outro lado, os Municípios de Tunas do Paraná, Adrianópolis ou Dr. Ulisses que possuem situações de pouca integração metropolitana, maior área rural ou com baixa atividade econômica, correspondem aqueles com piores condições de vida (FUNDAÇÃO..., 1997).

Os diferenciais de condições de vida assim resultantes em cada um dos Municípios da RMC foram e são estabelecidas, fundamentalmente, pelos níveis do padrão de desenvolvimento sócio - econômico alcançado nestes municípios. Eles se expressam a maneira pela qual o processo de urbanização da RMC foi efetivado com a colaboração do planejamento urbano dedicado à *cidade – legal.*

Na realidade, o aglomerado urbano da RMC está caracterizado pela diversidade e descontinuidade de funções e de oportunidades para sua população, a qual atua como agente (sujeito) e como objeto desse processo de urbanização. Contudo não se pode responsabilizar a população pela forma espacial de cada um dos municípios da RMC, pois, segundo Santos (1990), ela é na realidade a expressão da

presença e da forma como o Estado utiliza seus recursos no investimento das atividades econômicas da metrópole corporativa.

O comportamento rápido e descontrolado do fenômeno de urbanização, como já referido, que se efetivou ao nível macro brasileiro e que serve, de exemplo, aos países em desenvolvimento, gerou espaços dinâmicos e cumulativos de população e de áreas ocupadas. Por um lado, este fenômeno possibilitou a oferta de uma maior infra - estrutura, de maior número de equipamentos urbanos e maiores oportunidades favoráveis à promoção e garantia da saúde e ao bem – estar social. Em contraposição, a urbanização tem sido responsabilizada pela ampliação de problemas sociais e ambientais, com diferentes impactos localizados ou não, mas de natureza "conciliadora" econômica, política, social e ambiental.

Em relação ao meio físico, as repercussões da urbanização definiram os problemas ambientais urbanos retratados, pela crescente pressão por novos espaços de apropriação pela população, através da degradação do meio ambiente e da poluição. Neste caso, os problemas ambientais decorrem do processo de apropriação com repercussões na qualidade de vida por submeter à população aos riscos de enchentes e deslizamentos, das emissões gasosas industriais e automotivas.

Em termos sociais, as repercussões da urbanização estão relacionadas às conseqüências da expansão e adensamento populacional no espaço urbano, as quais se refletem em efeitos adversos sobre a saúde das pessoas e da população motivado pela diferenciação social associada a do espaço urbano (PEREIRA, 1995).

Mesmo que não sejam aprofundadas por enquanto as repercussões políticas e econômicas da urbanização, as conseqüências da urbanização sobre o meio físico e social já permitem relacionar a apropriação do espaço (seja natural ou construído) e as

condições de vida, visto que as maiorias dos problemas ambientais podem ser estabelecidas da relação clássica pobreza e impactos ambientais. Isto fica claro quando se categoriza a população com menor renda a qual, freqüentemente, está submetida as piores condições de reprodução social: de moradia, ausência de serviços e infra-estrutura básica, a maior exposição a situações de riscos ambientais tais como enchentes, deslizamentos e poluição; de modo a possuir maior predisposição aos riscos em saúde (MÉDICI, 1994; BRASIL,1995).

Esta é uma realidade presente nos diversos territórios urbanos brasileiros, na RMC, no Município de Curitiba bem como no nível dos espaços intra – urbanos; onde são vivenciadas pela população, quotidianamente, a diversidade e os níveis de problemas ambientais (problemáticas) ou as contradições urbanas.

É importante ressaltar, ainda, que muitos estudos procuram qualificar as condições de vida da população urbana a partir da caracterização do espaço vivido e identificam a existência de desigualdades sociais em níveis distintos e diferenciados. Isto é, a segregação social é coincidente com a segregação espacial (SOUZA et al., 1982; GRIPSUL, 1992; UNIVERSIDADE...., 1996; GALEAZZI, 1996; MINAS GERAIS, 1996; IPPUC, 1997 c; UNIVERSIDADE...., 1997; GERHARDT et al., 1998).

4 O ESPAÇO URBANO DE CURITIBA

O Município de Curitiba, pólo da RMC, tem sido avaliado, permanentemente, em estudos frente as modificações produzidas pela dinâmica da urbanização no seu espaço natural/construído e social. De modo que este espaço geográfico serve, de exemplo, não só à compreensão sobre a dinâmica do processo de urbanização e à constatação das transformações epidemio – demográficas; como também à identificação dos diferenciais e das diversidades intra – urbanos de natureza social, econômica, política, cultural e suas implicações sobre a saúde e o ambiente.

Entretanto para a identificação do espaço a ser estudado e sua delimitação são necessários o reconhecimento de cada um dos componentes deste espaço urbano - – *Curitiba* - a fim de levantar as problemáticas e/ou as contradições existentes e vividas por sua população.

4.1 A EVOLUÇÃO DA OCUPAÇÃO NO MUNICÍPIO DE CURITIBA

A ocupação e a constituição dos territórios do Município de Curitiba e da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) estão relacionadas ao do próprio Estado do Paraná, que por conjunturas distintas e motivações diversas foram ocupados ao longo de décadas de povoamento.

A formação populacional do Estado que ocorreu a partir do século XVII é denominada como período Paraná Tradicional e o período a partir de 1920, é reconhecido como Paraná Moderno. Estas duas fases de formação do Estado do Paraná

encontram significância na constituição física e social do espaço em estudo, isto é do Município de Curitiba (IPARDES, 1992).

A identificação do quadro histórico Paraná Tradicional tem seu início associado à Província de São Paulo, com repercussões aos atuais espaços de Curitiba e aos outros municípios componentes da RMC, os quais tem como origem a colonização mercantil relacionada às descobertas de minas auríferas no litoral daquela Província.

Os vínculos estabelecidos por estes espaços com o período Paraná Tradicional advém da própria colonização portuguesa a qual estabeleceu o sistema político administrativo das Capitanias Hereditárias.

Em um primeiro momento, a inserção destes atuais territórios aconteceu na Capitania de São Vicente, através da Carta Régia de 28 de setembro de 1532. Desde 1532, o planalto de Curitiba já era conhecido quando era percorrido como caminho pré - cabralino do Peabiru. O caminho atravessava a Serra do Mar e percorria o vale da Ribeira em direção a antiga província castelhana de Guaíra, servindo ao movimento das bandeiras e ao início do ciclo da mineração aurífera no Paraná (1646). Este ciclo econômico foi a condição que possibilitou o estabelecimento dos primeiros núcleos de povoamento na região do planalto, dando origem à área que hoje é constituída pelo Município de Curitiba e RMC.

Outros trajetos ligando o litoral com o planalto, posteriormente, foram abertos como o da Graciosa, do Itupava e do Arraial; dando acesso aos garimpos e a localização de arraiais de mineradores de ouro. Alguns destes arraiais constituíram os primeiros núcleos de povoamento ao longo dos caminhos do Açungui e do Arraial Queimado (Bocaiúva do Sul), Borda do Campo (Atuba, Vilinha, Vila dos Cortes) e do Arraial Grande (São José dos Pinhais); entre eles alguns com característica transitória

e outros que permaneceram formando vilas e as cidades do planalto.

O povoamento efetivo de Curitiba foi decorrente dos trabalhos de mineração, da procura pelo ouro e das pesquisas dos garimpos, que aconteceram pelo grupo de Baltazar Carrasco dos Reis, nas minas do Arraial Grande (mais tarde o Município de São José dos Pinhais) (em1654) e da Sesmaria do Barigüi (atuais bairros do Seminário e Campo Comprido) (em1661). Estes povoamentos são considerados os núcleos da origem do povoamento de Curitiba o qual, ao longo dos anos, passou por diversas transformações políticas, sociais e econômicas como: em 1654, quando o povoamento passou à distrito; em 1669, ao ser erguido o Pelourinho, como marco de referência política da época; em 29 de março de 1693, quando foi elevada à categoria de vila.

Outros momentos históricos serão, brevemente, revisados para permitir compreensão sobre a evolução da ocupação populacional na constituição do atual Município de Curitiba (LEÃO, 1926; FIBGE, 1959; WACHOWICZ, 1972; FIBGE, 1994; IPARDES, 1994).

Entre os marcos importantes para a constituição do Município de Curitiba descritos na literatura está a formação da Villa de Nossa Senhora da Luz dos Pinhaes que aconteceu em 1663, após autorização (em 1690) de Matheus Leme. Deste fato existem registros sobre a criação dos instrumentos de ordem pública (Câmara Municipal e Justiça), e da existência de cerca de 90 famílias moradoras em localidades que correspondem aos atuais bairros do Barigüi, do Campo Magro, do Passaúna, do Cajuru, do Uberaba, etc..

Até 1730, o povoamento da Villa de Curityba e da região foi pouco significativo devido a grande mobilidade dos garimpeiros e aos resultados inadequados alcançados na mineração aurífera. Contudo, houve parte da população permaneceu em

povoamentos próximos às minas em atividades de agricultura e, posteriormente, ocupando áreas nos Campos Gerais às margens do caminho Curitiba – Sorocaba – São Paulo, onde agregaram à atividade agrícola, as de comércio e de criação do gado.

A abertura deste caminho designado Estrada da Mata (em 1730), que ligava Viamão (RS) à Sorocaba (SP) e passava pela Villa de Curityba, facilitava a passagem das tropas de gado e mulas e servia ao povoamento dos Campos de Curitiba. Esta região dos Campos de Curitiba abrangia as áreas de Cananéia (SP) à Lages (SC) e entre a Serra do Mar e a Serra Geral.

Ao longo do caminho das tropas de mulas, foram surgindo pousos, invernadas, freguesias como as de Sant'ana do Iapó (Castro), de Santo Antônio da Lapa e outras que deram origem a vilas e cidades do Paraná Tradicional. Os pequenos povoamentos e fazendas, nesta época, se dedicavam além da comercialização de gado, à criação de gado e ao cultivo de farinha, feijão e milho para a própria subsistência e ao pequeno comércio instalado a fim de atender os tropeiros que por ali transitavam.

No caso da Villa de Curityba, os reflexos do tropeirismo foram importantes visto que, também, foram reproduzidas as atividades mencionadas nos povoamentos menores. Porem com instalação de maior diversidade comercial de produtos e gêneros alimentícios, comercialização de gado e desenvolvimento de uma agricultura para subsistência e abastecimento de tropeiros e militares. Ainda, como repercussão do tropeirismo, nesta região foram registrados aumentos no número de habitantes: de 2500 habitantes em 1747 para 3194 habitantes em 1780, para 10652 habitantes em 1817 e 11014 habitantes em 1818; atingindo 16155 habitantes em 1838.

Outro momento político importante foi estabelecido para a *Villa* quando, em 1812, passou a ter autonomia como Sede da Comarca de Curitiba e Paranaguá ou sede

da ouvidoria, através do Alvará Imperial. Esta ascensão administrativa e política foi justificada pela maior proximidade ao registro de tropas localizadas as margens do Iguaçu.

Em 1830, a Comarca de Curitiba era constituída pelos distritos de Guaratuba, Paranaguá, Antonina, Lapa, Curitiba e Castro. No distrito de Curitiba estava localizada a sede – a Villa de Curityba, as povoações de São José dos Pinhais e Campo Largo e alguns sítios como Ferraria, Bacaxery e Atuba.

O tropeirismo, como ciclo econômico, foi substituído obrigatório e gradativamente pela atividade extrativa da erva – mate (1822) e da madeira (1871) em conseqüência da operação (em 1870) da estrada de ferro em São Paulo, principalmente, para o transporte de café. Neste período, a economia paranaense sofreu impacto por sua dependência do tropeirismo e pela transição imposta para outras atividades econômicas até a consolidação do novo Ciclo Econômico da Erva – Mate. Tal quadro gerou condições à Província do Paraná (1830) para a migração de diferentes nacionalidades e em diversos momentos, constituindo uma formação qualitativa social, cultural e econômica particular.

O Ciclo da Erva - Mate apresentou como conseqüência política, em 1842, condições para a elevação à categoria de Cidade de Curitiba, desmembrada da Cidade de Paranaguá, pela Lei Provincial n°05 de 05 de fevereiro de 1842. E que, posteriormente, passou à categoria de Comarca (em 1852) com a constituição do distrito sede de Curitiba, a vila de São José dos Pinhais, a freguesia de Campo Largo, as capelas curadas de Tindiquera (Município de Araucária) e Votuverava (Município de Rio Branco do Sul) e vários quarteirões e sítios (atuais bairros do Cajuru, Pilarzinho, Ahú, Mercês, Bacacheri e Água Verde).

Em 1853 pela Lei Imperial n°704, de 29 de agosto de 1853, foi criada a Província do Paraná a partir da 5ª Comarca de São Paulo, consolidando Curitiba como capital da Província.

No período destas transformações políticas e econômicas relativas a industrialização e ao comércio internacional do mate, a sede de Curitiba passou, também, por adequações planejadas de natureza ambiental através de uma reformar urbana, com construções de equipamentos públicos de serviços e lazer, novos traçados para a circulação e ocupação urbana, saneamento, calçamento e iluminação das ruas centrais.

A imigração foi efetivada para o distrito de Curitiba apenas a partir de 1869, ainda que já estivesse ocorrido na Província ou mesmo na Comarca de Curitiba; com o estabelecimento dos imigrantes, predominantemente, alemães, italianos e poloneses. A distribuição dos imigrantes foi direcionada para as colônias do Pilarzinho, Ahú, Mercês, Bacacheri e outras, especialmente, criadas como Abranches, Santa Cândida, Dantas, Orleans, Santa Felicidade.

É importante registrar que a diversidade de origens dos imigrantes (como poloneses, alemães, italianos, suecos, franceses, ingleses, libaneses, ucraínos, japoneses) definiram características próprias e peculiares ao modo de vida de Curitiba, expressas através da estrutura econômica, social, cultural e urbana.

Entre as várias conseqüências da imigração, a contribuição no crescimento populacional foi um dos aspectos observados no resultado do recenseamento realizado, em 1890, para o perímetro urbano de Curitiba, com 53.557 pessoas. Este valor numérico para aquele momento identificou Curitiba como a sétima capital mais populosa do Brasil, abaixo apenas de São Paulo, Salvador, Recife, Belém, Porto

Alegre e Niterói. A participação da população de imigrante favoreceu também o desmembramento territorial a partir do Município de Curitiba, na Comarca de Curitiba, dos territórios dos atuais municípios de Almirante Tamandaré, Araucária, Piraquara (1890) e Colombo (em 1890).

A repercussão aos dados numéricos da população na área urbana de Curitiba, neste período é mais relevante se considerar que a ocupação no Estado do Paraná predominava neste planalto, no litoral e no segundo Planalto de Ponta Grossa e Castro e com pouca participação em outras regiões.

A partir de 1930, a Comarca de Curitiba passou por mudanças nos seus territórios em função de reformas políticas – administrativas. Por exemplo em 1936, sua divisão territorial compreendia 3 Termos: o da Sede (Piraquara, Rio Branco do Sul e Tamandaré), o de Araucária e o de Colombo (Bocaiúva e Campina Grande); enquanto que em 1937 até 1948, era constituído de apenas pelo Termo Sede. No período entre 1939 até 1943, a Comarca possuía os Termos da Sede e de Araucária; quando foi acrescido de mais dois Termos, o de Bocaiúva do Sul e o de Colombo.

O Termo Sede ou Curitiba acompanhou a dinâmica territorial da Comarca de Curitiba na qual esteve inserida; isto é sofreu desmembramentos e incorporações territoriais ao longo do período, os quais interferiram na constituição do Município de Curitiba e de alguns dos outros municípios próximos componentes da RMC.

No caso deste Município, a sua organização territorial foi submetida as relações da Comarca ou do Termo Sede Curitiba conforme os dados históricos e nos quais são reconhecidos o seu papel como sede nos vários momentos políticos: seja na instalação do pelourinho em 1668, seja na elevação à distrito em 1654 ou à cidade em 1842 ou seja em outras temporalidades.

Em 1911, o Município de Curitiba era formado apenas do distrito da Sede. Em 1929, estava subdividido em 6 distritos de Paz : Campo Magro, Nova Polônia, Portão, São Casemiro do Taboão, Santa Felicidade e o da Sede (Curitiba). Em 1938 foi incorporado o Município de Tamandaré.

A partir da década de 40, Curitiba que permanecia com características de uma pequena cidade com cerca de 127.278 habitantes passou por um maior e contínuo crescimento populacional determinando transformações em sua estrutura urbana. Estas mudanças foram impulsionadas pelos investimentos resultantes da agricultura no Norte do Estado do Paraná a qual estabeleceu um novo Ciclo Econômico na região. É neste período, a partir de 1920, que a fase do Paraná Tradicional é substituída pela fase do Paraná Moderno. Ao longo das próximas décadas, não apenas a região Norte do Estado, com a agricultura sobretudo cafeeira; colaborou na caracterização desta nova fase como também as regiões Oeste e Sudoeste com a expansão agrícola e a criação de suínos. Outras regiões do Estado e com predomínio na RMC tem colaborado na expansão da agroindústria, do setor metal – mecânico e de beneficiamento de petróleo.

Ainda em 1943, o Município de Curitiba sofreu alterações em seu território face as perdas de parte dele para os municípios de Piraquara e de Colombo; enquanto que incorporou partes destes mesmos municípios e do Município de Tamandaré. Nesta situação, sua divisão administrativa ficou constituída de 6 distritos: o da Sede (Curitiba, Portão e São Casemiro do Taboão) e os de Campo Comprido, Colombo, Santa Felicidade, Tamandaré e Umbará. Ainda que uma orientação da distribuição de funções no espaço já houvessem acontecido nas décadas anteriores, a partir desde período o Município, que estava em pleno crescimento e desenvolvimento econômico, e por não ser mais submetido a mudanças territoriais foi possível o início da implantação de um plano urbanístico – Plano Agache - de modo a direcionar o crescimento físico, urbano e espacial da cidade.

O Plano Agache propunha a divisão da cidade segundo funções especializadas: um centro militar (Bacacheri), um esportivo (Tarumã), um de abastecimento (Mercado Municipal), um de educação (Centro Politécnico), um industrial (Rebouças), um administrativo (Centro Cívico) e alguns centros de recreação e lazer (Parque Barigüi). Deste Plano foram implantados várias de suas propostas as quais nortearam o planejamento urbano durante a instalação do Município de Curitiba (em 1952) até a década de 60, quando foi elaborado um novo plano urbanístico – o Plano Diretor, que definiu um novo modelo de expansão urbana, de circulação viária, do uso diferenciado do solo e adequação paisagística e de conservação ambiental no Município. Este por sua vez foi substituído, em 1978, pelo Plano de Desenvolvimento Integrado para a RMC e em 1985 pelo Plano Municipal de Desenvolvimento Urbano (PMDU) (IPPUC, 1996b).

Os resultados de cada um destes planos de urbanização foram sobrepostos de modo a caracterizar a atual distribuição da forma, estrutura e funções (MAFFESOLI, 1994) do espaço curitibano.

O crescimento populacional que ocorreu a partir da década de 40, conforme já referido no Capítulo O ESPAÇO URBANO METROPOLITANO e mostrado nas TABELAS 06 e 07, impulsionou a ocupação espacial do Município de Curitiba da sua área central em direção nordeste – sudoeste aos bairros limítrofes. Na década de 60, a mancha urbana ultrapassou o limite da BR–116 em relação a expansão nordeste – sudoeste e cresceu na direção leste aos bairros da vila Hauer e Boqueirão, de maneira a extravasar sobre o território do Município de São José dos Pinhais.

É neste período que o crescimento populacional em Curitiba e assim como na RMC ocorre em um maior ritmo, expressos por acréscimos de 60% da população curitibana. As principais causas deste comportamento demográfico estão vinculadas ao

processo de urbanização intenso motivado pelo modelo de desenvolvimento em prática em todo o Brasil o qual condicionou à industrialização como meio ao alcance do desenvolvimento econômico.

A transformação da indústria nas áreas do Município e/ou RMC ocorreram contudo mais tardiamente; face a disponibilidade de recursos naturais, a tecnologia disponível e da estrutura fundada, principalmente, na industrialização de produtos alimentícios, madeireira e químicos (IPPUC, 1997c). Estas condições favoreciam a manutenção do mesmo quadro industrial e ainda justificado, posteriormente, pela crise econômica nos anos 80.

Em 1973, o Município de Curitiba passou a compor, como sede, outro nível de organização espacial denominada de Região Metropolitana de Curitiba; a qual ficou constituída, em 1991, por 25 municípios. No seu nível intra - territorial, a divisão político administrativa de Curitiba foi redefinida em 21 de outubro de 1975 através do Decreto 774/75 de modo a ter 75 bairros agrupados administrativamente. Vários foram os modos de agrupar os diferentes bairros até o Decreto 336/97 de 31 de fevereiro de 1997, de modo a estar atualmente com 8 Administrações Regionais: Matriz, Boqueirão, Portão, Boa Vista, Santa Felicidade, Pinheirinho, Cajuru e Bairro Novo.

Estas Regionais tem como atributo a coordenação das ações necessárias ao planejamento local e a articulação entre as áreas administrativas e a comunidade do Município de Curitiba. O MAPA 02 apresenta os bairros do Município de Curitiba e as respectivas áreas administrativas de abrangência dos bairros, que compõem o universo espacial curitibano (IPPUC, 1996 a , IPPUC, 1996 b).

MAPA 02 - DIVISÃO DE BAIRROS E ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999

FONTE: IPPUC Geoprocessamento 1999. Decretos: Divisão de Bairros Decreto n°.774/75, Divisão de Administrações Regionais Decreto n°336/97.

A organização das áreas administrativas, nos quais estão inseridos os bairros são as Administrações Regionais, tais como:

AR. *Matriz*: Centro, São Francisco, Centro Cívico, Alto da Glória, Alto da XV, Cristo Rei, Jardim Botânico, Rebouças, Batel, Bigorrilho, Mercês, Bom Retiro, Ahú, Cabral, Hugo Lange, Jardim Social, Juvevê, Prado Velho

AR. *Boqueirão*: Hauer, Boqueirão, Xaxim, Alto Boqueirão

AR. *Portão*: Água Verde, Parolim, Guaíra, Portão, Vila Izabel, Vila Fanny, Lindóia, Novo Mundo, Fazendinha, Santa Quitéria, Campo Comprido, São Miguel e CIC (Centro)

AR. *Boa Vista*: Tarumã, Pilarzinho, São Lourenço, Boa Vista, Bacacheri, Bairro Alto, Taboão, Abranches, Cachoeira, Barreirinha, Santa Cândida, Tingui e Atuba

AR. *Santa Felicidade*: Seminário, Campina do Siqueira, Vista Alegre, Campo Comprido, Mossunguê, Santo Inácio, Cascatinha, São João, Orleans, São Brás, Butiatuvinha, Lamenha Pequena, Santa Felicidade, Augusta, Riviera e CIC.

AR. *Pinheirinho:* Capão Raso, Pinheirinho, Tatuquara e CIC (Sul)

AR. *Cajuru*: Capão da Imbuía, Cajuru, Jardim das Américas, Guabirotuba e Uberaba.

AR. *Bairro Novo*: Sitio Cercado, Caximba, Campo de Santana, Ganchinho e Umbará

A metropolização neste espaço territorial, formalizado como RMC, foi impulsionada pela expansão industrial e pelo crescimento cumulativo da população (IPARDES,1994; IPARDES,1997; MARAFON,1997).

No caso da evolução da população do Município de Curitiba e da RMC podem ser observadas na TABELA 06 e no GRÁFICO 06, de modo a constatar os progressivos aumentos populacionais demonstrados através dos valores absolutos da população e taxas de crescimento anuais. E assim conferindo para o interstício 1970/1980, os valores das taxas de crescimento anual foram de 5,34% e 5,58%,

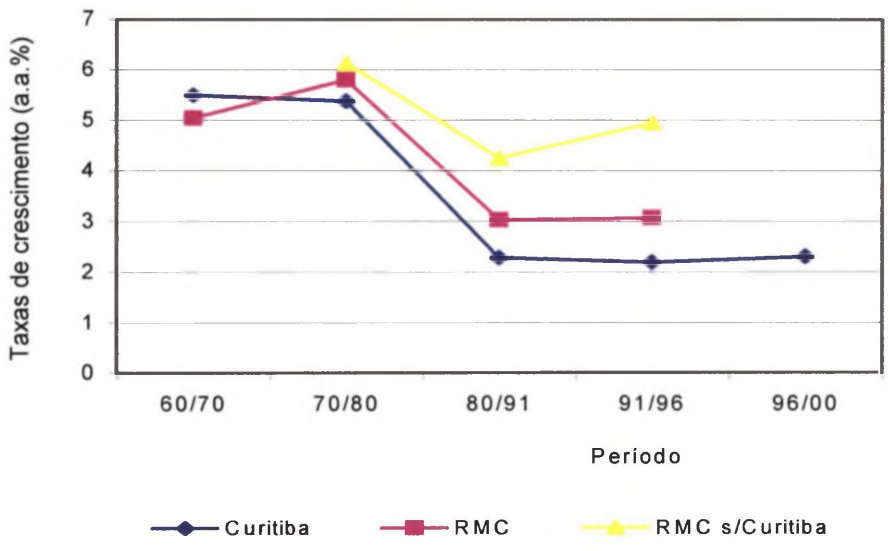
respectivamente, para Curitiba e RMC que alcançaram em 1991/1996, valores de 2,2% e de 3,3%.

TABELA 06 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO DE CURITIBA E REGIÃO METROPOLITANA, A PARTIR DE1940 E PROJEÇÕES 1997 ATÉ 2000

ANO	CURITIBA (habitantes)	RMC (habitantes)
1940	140.656	202.956
1950	180.575	307.294
1960	361.309	510.539
1970	609.026	821.233
1980	1.024.975	1.440.626
1991	1.315.035	2.000.805
1994*	1.374.365	2.509.150
1995*	1.384.164	2.526.940
1996	1.465.698	2.415.565
1997*	1.516.467	2.490.160
1998*	1.550.317	2.486.860
1999*	1.584.232	2.483.590
2000*	1.618.279	2.480.270

FONTE: IBGE. Censo Demográfico 1991; IBGE – Banco de dados 1997.
(*) Valores estimados pelo IBGE -1997

GRÁFICO 06 - TAXAS DE CRESCIMENTO ANUAL DA POPULAÇÃO (%) DO MUNICÍPIO DE CURITIBA E DA RMC, A PARTIR DA DÉCADA DE 1960



FONTE: IBGE. CENSOS DEMOGRÁFICOS 1960, 70,80,91; CONTAGEM DA POPULAÇÃO 1996.

Estes valores compõem as taxas de crescimento anual para o período 1970/1996 de 3,44% para Curitiba e 4,01% para a RMC (ULTRAMARI e MOURA, 1994; IPPUC, 1997c).

Na década de 70, a ocupação urbana do Município de Curitiba aconteceu predominante no bairro do Centro, nos bairros limítrofes da Água Verde, Rebouças e Mercês, e em outros mais distantes em função do menor valor do solo e habitação; tais como os bairros do Boqueirão, Portão, Cidade Industrial e Novo Mundo. Neste período e mesmo depois, grandes transformações urbanísticas planejadas foram aplicadas sobre o espaço curitibano a fim de dar suporte ao expressivo crescimento demográfico (de 68% em dez anos), através da implantação da área industrial da cidade (CIC) como alternativa para impulsionar o desenvolvimento econômico e tecnológico do setor produtivo, a modelagem paisagística de parques e bosques para a preservação de mananciais e prevenção de enchentes, a implementação do sistema viário e de transporte urbano, a descentralização de serviços de utilidade pública entre outras ações.

No entanto o planejamento e a gestão urbana praticada não foram suficientes ou adequados para evitar as disfunções da ocupação de áreas de mananciais e insalubres (no leste e no sul). Bem como, não evitaram as disfunções do crescimento como o adensamento progressivo da população em algumas áreas, constituindo áreas de risco e em cerca de 35 favelas, tais como a do Valetão (no bairro do Parolim), da Vila Pinto (no antigo bairro do Capanema ou Cajuru) e Guaíra. Tais situações porém, eram previsíveis visto que a própria forma de expansão urbana de Curitiba indicava o processo de periferização e extravasamento para a RMC, associado ao custo da terra e a facilidade de acesso ao transporte coletivo urbano e metropolitano.

A expansão intra - urbana em Curitiba que ocorreu nas décadas seguintes caracterizaram o seu crescimento na direção sudoeste e sul, associado a uma maior

densidade populacional nos bairros mais periféricos e, principalmente, próximos as vias estruturais de transporte viário. Entre os bairros periféricos foram observados os de maior crescimento populacional os do Boqueirão, Cidade Industrial, Cajuru, Xaxim, Portão, Novo Mundo, Capão Raso, Pinheirinho e Sitio Cercado.

Na última década, o comportamento de adensamento populacional foi intenso em pelo menos 24 bairros do Município com taxas de crescimento superiores ao do total do Município; por outro lado alguns bairros mais próximos ao do Centro indicaram tendência ao esvaziamento populacional decorrente da substituição de funções como as de comércio e serviços (IPPUC, 1997c).

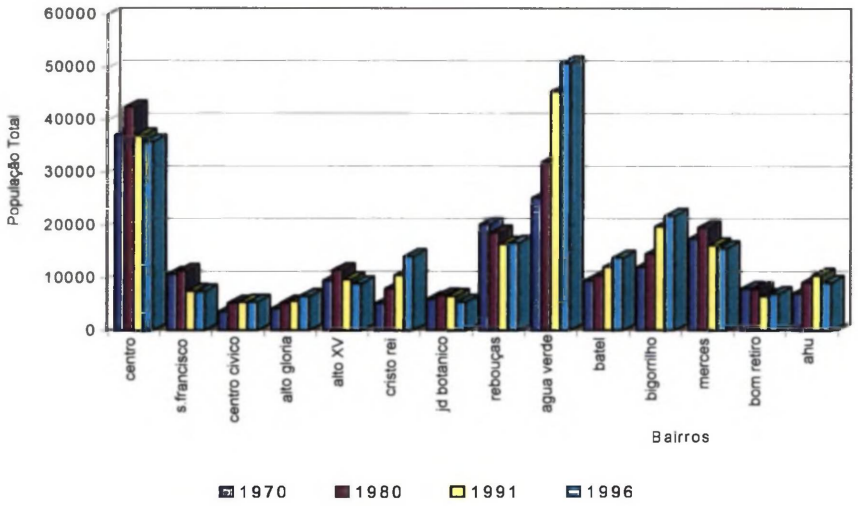
A direção do crescimento urbano de Curitiba foi mantida ao sul, apresentou expansão em vários bairros localizados na região noroeste e em bairros mais periféricos como ao norte do Município face a acessibilidade ao transporte coletivo e valor da terra.

Estas direções da expansão e do crescimento populacional urbano nos diversos bairros do Município de Curitiba expressam a dinâmica da organização espacial de sua população que configura uma mancha urbana contínua e de *periferização*. E que, se confrontada com a configuração da ocupação do território metropolitano, demonstra haver a ocupação e o crescimento populacional de maneira contígua dos bairros periféricos, principalmente, do lado leste e norte do Município de Curitiba para os municípios limítrofes de Colombo, Piraquara, Almirante Tamandaré, Araucária, São José dos Pinhais, Rio Branco do Sul e Campina Grande do Sul (RIBEIRO e LAGO, 1995).

O comportamento demográfico dos diversos bairros administrativos podem ser acompanhados nos GRÁFICOS 07 (a, b, c) os quais tem o objetivo apenas de

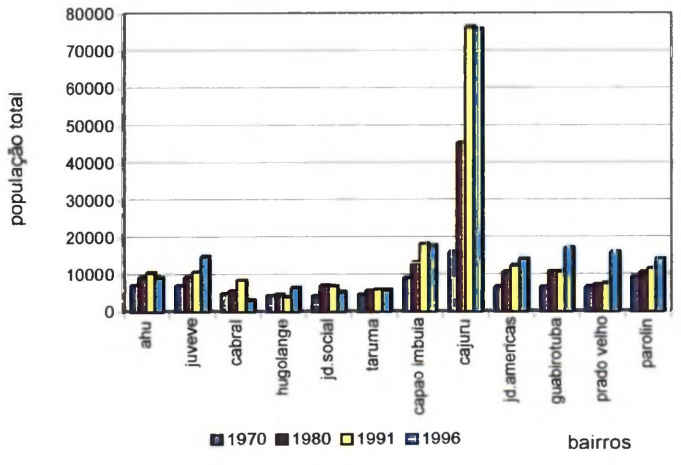
demonstrar o comportamento demográfico entre alguns bairros, sendo expressos em número de habitantes nos períodos de 1970 até 1996.

GRÁFICO 07 - POPULAÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NOS PERÍODOS DE 1970, 1980, 1991 E 1996 (A)



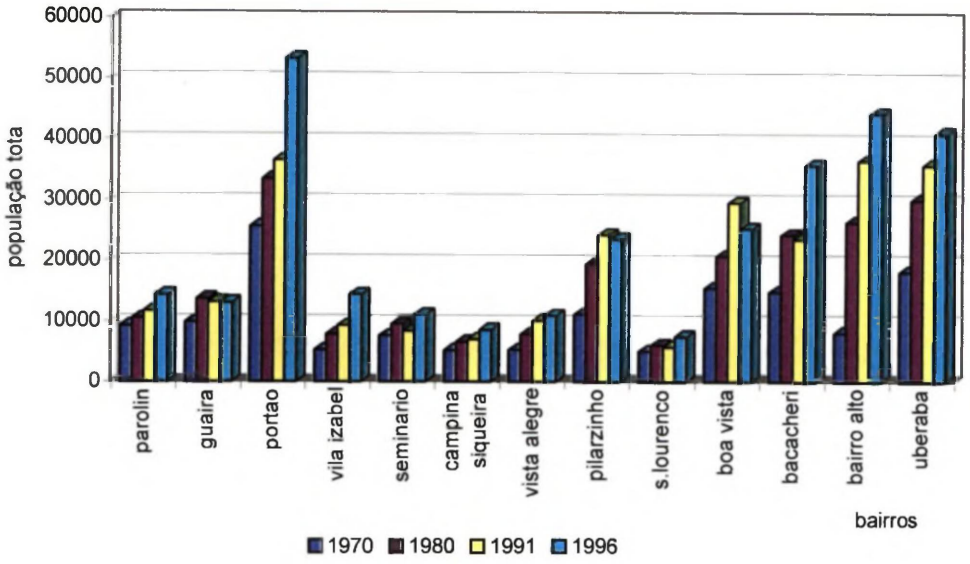
FONTE: IPPUC. Banco de Dados, Curitiba. 1999.

GRÁFICO 07. - POPULAÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NOS PERÍODOS DE 1970, 1980, 1991 E 1996 (B)



FONTE: IPPUC. Banco de Dados, Curitiba. 1999.

GRÁFICO 07 - POPULAÇÃO DOS BAIRROS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NOS PERÍODOS DE 1970, 1980, 1991 E 1996 (C)



FONTE: IPPUC. Banco de Dados, Curitiba. 1999.

A ordem apresentada dos bairros segue a administrativa e utilizada nos documentos oficiais do Município de Curitiba. A partir destes é possível comparar o comportamento do crescimento positivo ou negativo entre alguns bairros.

A explicação desta conformação espacial é fornecida pela centralidade de Curitiba no processo de urbanização, presente desde a década de 60, e que avançou gradual, desorganizada e intensamente no espaço da RMC. A centralidade de Curitiba pode ser considerada pela característica de aglomerar cerca de 60% da população da RMC e por concentrar as principais atividades econômicas (IPEA, 1996).

Entretanto a dinâmica presente de urbanização na RMC tem ocorrido ou pela maior facilidade no acesso ao pólo ou pelo custo da terra e da habitação nos vários municípios da RMC ou pela presença e implementação das atividades produtivas e de

serviços nestas áreas que servem à justificativa do aumento e da distribuição da população na RMC; indicando a tendência ao fenômeno de desmetropolização (ULTRAMARI e MOURA, 1994; IPEA, 1996; IPARDES, 1997).

Na década de 90, Curitiba e a RMC apresentaram os resultados efetivos dos investimentos industriais, originários da política de industrialização da década de 70. Com a concentração de atividades de metalurgia, mecânica e afins, com vários níveis tecnológicos de demandas, oportunidades e de empregabilidade. A dinâmica de implantação e implementação de plantas industriais tem repercutido na organização da população no espaço da RMC.

No enfoque do Município pólo Curitiba, está cada vez mais presente a transformação de sua característica de concentradora de indústrias, relevante por apresentar grau superior de industrialização ao dos municípios que constituem a RMC (UNIVERSIDADE...1997), e por atuar como pólo receptor de investimentos nacionais e internacionais. Entretanto este Município tende a assumir no seu espaço físico e artificial, as funções de serviços especializados, de centro comercial e financeiro e de provedor de tecnologia; de modo a garantir cada vez mais o seu papel de Metrópole.

4.2 O COMPORTAMENTO EPIDEMIO – DEMOGRÁFICO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Além do fenômeno de urbanização ser responsabilizado pelo aumento populacional e da sua distribuição espacial na RMC e em Curitiba, outras alterações associadas a este fenômeno estão presentes como as mudanças no perfil demográfico e as mudanças qualitativas no padrão de morbimortalidade da sua população.

As mudanças no padrão demográfico do Município de Curitiba e da Região Metropolitana de Curitiba (RMC) acompanham o mesmo perfil geral brasileiro e, consequentemente, as mesmas situações de transição demográfica e epidemiológica descritas no item sobre DEMOGRAFIA (MEDEIROS e CAMARANO, 1997).

Apesar das transformações nestes espaços geográficos terem ocorrido em descompasso com o nível nacional, isto é mais tardiamente, elas foram mais intensas. Isto pode ser notado através das taxas de crescimento populacional alcançadas a partir da década de 70. No caso do Município de Curitiba, ainda na década de 90, estas taxas expressavam o permanente crescimento em níveis que chegavam a ser o dobro das taxas brasileiras.

Este comportamento pode ser acompanhado na TABELA 06 ou GRÁFICO 06 de modo a identificar a fase de intenso aumento da população curitibana, em termos do número absoluto, mas que através das taxas de crescimento anual (%) expressam a tendência de declínio do crescimento.

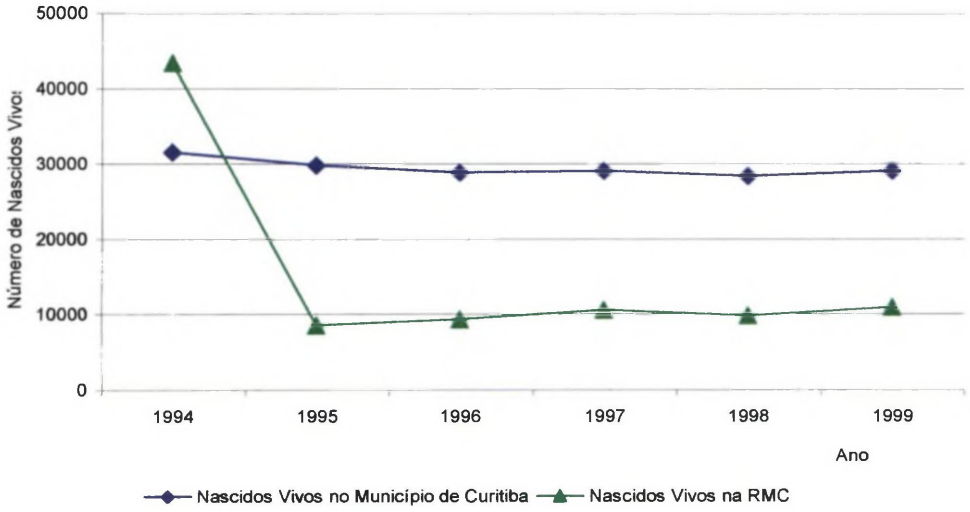
A explicação para este crescimento populacional identificado tanto ao Município de Curitiba quanto à RMC tem sido definido pelo crescimento (natural) populacional, pela migração rural - urbana, pela re - classificação de áreas rurais como áreas urbanas para atender as atividades econômicas e o adensamento da população (SANTOS,1979; SANTOS, 1994; ULTRAMARI e MOURA,1994; IPEA, 1996; MOURA e MAGALHÃES, 1996; IPARDES, 1997; IPPUC, 1997c).

Assim como ao nível brasileiro, o padrão demográfico destes espaços geográficos em estudo é determinado, também, pelas taxas de crescimento populacional vinculadas, diretamente, aos determinantes natalidade e mortalidade mostrados nos GRÁFICOS 08 e 09.

Apesar da falta de registros ou dos subregistros para estes indicadores, a própria dinâmica de ocupação destas regiões puderam esclarecer o aumento acentuado da população a partir da década de 60, quando do início do fenômeno de urbanização.

Em relação ao número de nascidos vivos, expresso em taxas de natalidade, declinaram tanto em Curitiba como na RMC. Entretanto para a região metropolitana desvinculada de Curitiba, o decréscimo pode ser explicado pela participação ao redor de 25% de partos realizados em Curitiba de mães provenientes dos vários municípios da RMC, particularmente, de Colombo, Tamandaré e Pinhais. Esta situação de utilização de serviços do município pólo, repercute nos valores de natalidade bem como de mortalidade infantil, mas também reflete a maior disponibilidade e melhor qualidade dos serviços de saúde em Curitiba os quais são facilitados à população metropolitana e outras regiões face a mobilidade e o acesso viário (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).

GRÁFICO 08 - NASCIDOS VIVOS [1] NO MUNICÍPIO DE CURITIBA E RMC, A PARTIR DE 1994



FONTE: SMS/CE/CDS

NOTA: (1) Natalidade (por 1000 habitantes) corresponde ao quociente entre o número de nascidos vivos na área de residência, num determinado período (1 ano) e a população total da mesma área e a metade do ano, onde ocorreram os eventos.

A mortalidade para a RMC e o Município Pólo apresentam similaridades para com a tendência ao decréscimo nos seus valores. Contudo, na década de 80/90, algumas exceções foram identificadas em alguns municípios componentes da RMC (de Mandirituba, Campina Grande e Contenda) e correlacionadas ao baixo nível de atenção primária à saúde no nível local e, no período, à presente crise econômica e social brasileira (IPARDES, 1992).

Em relação a RMC, segundo análises realizadas pela Secretaria Municipal da Saúde sobre o período entre 1979 e 1995 indicam o decréscimo da mortalidade infantil de maneira a se manter em valores inferiores a do Brasil (36,1/1.000 em 1998) (BOLETIM SISVAN, 1997; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1999a; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).

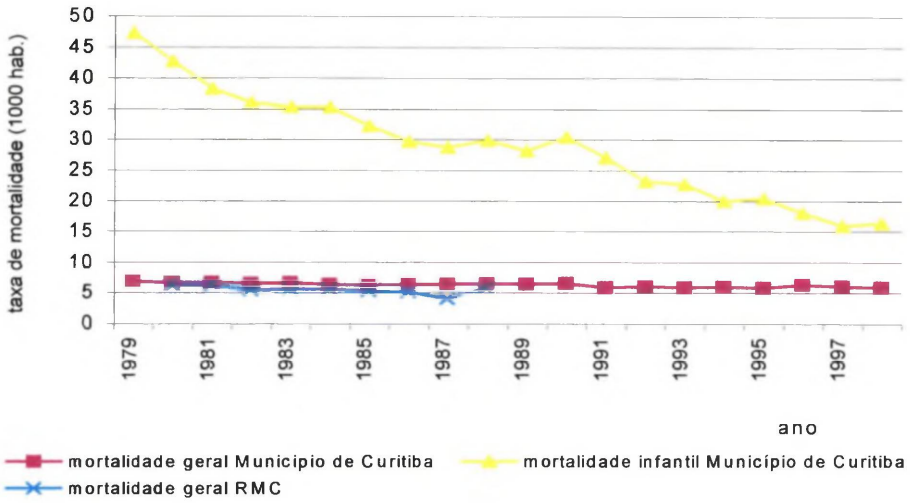
Em 1994, o coeficiente de mortalidade infantil para a RMC correspondia a 23,3/1.000 e em 1998, atingiu 21,2 óbitos/1.000 nascidos vivos. No mesmo período, o número de óbitos por 1000 habitantes variou de 5,9 para 6,1 sendo que nestes a percentagem do número de óbitos infantis corresponderam, respectivamente, a 9,0 e 5,9 (BRASIL, 1998).

No Município de Curitiba, a mortalidade geral declinou de 6,2 óbitos/1000 habitantes em 1994 para 5,9 óbitos/1000 habitantes em 1998; sendo acompanhada pelo decréscimo significativo da mortalidade infantil que alcançou um coeficiente de mortalidade infantil correspondente (de 47,32 em 1979) a 14,19 óbitos/1000 nascidos vivos em 1999 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2000).

Estes comportamentos, os quais podem ser observados no GRÁFICO 09, são resultados das intervenções sobre a saúde materno infantil e as condições favoráveis de reprodução da população curitibana; de modo a possibilitar aumento da esperança de

vida ao nascer (de 65,53 anos em 1980) para 71,73 anos em 1996 (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1996; UNIVERSIDADE...1997). Para a população brasileira, valores de esperança de vida próximos ao do Município de Curitiba seriam atingidos apenas em 1999 (de 64,8 anos de vida para os homens e 71,2 anos para as mulheres) (OPS, 1998a) e para 2020, possivelmente, alcançaria os 75,5 anos (FIBGE, 1994).

GRÁFICO 09 - EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE GERAL E INFANTIL [1][2] DO MUNICÍPIO DE CURITIBA E DA RMC, A PARTIR DE 1979



FONTE: SESA Secretaria Estadual da Saúde/CEPI e Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba.; IBGE, Diretoria de Pesquisas, Departamento de População e Indicadores Sociais.
NOTA: Os dados de mortalidade geral da RMC não foram plotados por falta de dados nos períodos posteriores.
(1) Mortalidade geral (por 1000 habitantes) corresponde ao quociente entre o número de óbitos ocorridos numa área e num determinado período e a população total da mesma área e no meio ano sendo multiplicado por 1000 habitantes.
(2) Mortalidade infantil (por 1000 habitantes) corresponde ao quociente entre o número de óbitos de crianças menores de 1 ano e o número de nascidos vivos no mesmo ano e área, multiplicado por 1000 habitantes.

Assim como foi discutido ao nível brasileiro, a dinâmica do padrão demográfico que se reproduz no espaço metropolitano de Curitiba e RMC é resultante das tendências ao decréscimo das taxas de crescimento populacional, de natalidade e das mortalidades geral e infantil (BERQUÓ, 1996; MEDEIROS E CAMARANO, 1997).

Isto acontece de tal modo a caracterizar o mesmo tipo de transição demográfica através da redução da parcela da população infantil e aumento, cada vez maior, da parcela da população idosa (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1997). As alterações na estrutura etária da população curitibana podem ser evidenciadas pela comparação dos percentuais de cada grupo etário nos anos de 1970, 1980 e 1996, apresentados na TABELA 07.

TABELA 07 – PARTICIPAÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS SEGUNDO O GENÊRO NA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA NOS ANOS DE 1970, 1980 E 1996

PARTICIPAÇÃO DOS GRUPOS ETÁRIOS (%)						
Ano	1970		1980		1996	
Faixa Etária (anos)	Masculino (%)	Feminino (%)	Masculino (%)	Feminino (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
0 – 4	12,8	12,0	12,7	11,5	9,1	8,0
05 – 09	13,1	12,1	10,9	9,9	9,3	8,3
10 – 14	11,4	11,1	10,6	10,1	9,9	9,1
15 – 19	10,4	11,3	11,3	11,7	10,3	9,9
20 – 29	17,3	18,4	20,6	21,1	19,4	18,9
30 – 39	13,6	13,5	13,3	13,4	16,4	17,2
40 – 49	10,8	9,8	9,3	9,5	11,9	12,4
50 – 59	6,0	6,1	6,4	6,7	7,0	7,4
60 – 69	3,3	3,6	3,3	3,9	4,2	5,1
> 70	1,5	1,9	1,6	2,2	2,5	3,7

FONTE: IBGE - SIM 2000; IBGE - Contagem Populacional 1996 - Banco de Dados - maio 1998; IBGE – Censos Demográficos 1970 e 1980 – Banco de Dados – IPPUC.

A partir desta TABELA 07 é possível reconhecer as principais mudanças no padrão demográfico curitibano relacionadas ao gênero e grupo etário, com a similaridade na proporção entre mulheres e homens idosos bem como o aumento desta parcela na população.

Neste mesmo período, enquanto esta parcela da população cresce, as parcelas correspondentes a população infantil até 4 anos de idade ou até 15 anos de idade mostram decréscimos decorrentes da redução das taxas de natalidade (de 27,0 em 79 para 19,7 nascidos vivos/1000 habitantes em 1996), passando à proporções respectivas de 8,5% e 26,78% da população total curitibana. O aumento da parcela da população idosa (acima de 60 anos ou mais) evoluiu de 3,96%, em 1970, para 8,1% da população

total, em 1996; o que correspondeu a um incremento de 105% na população idosa. Esta tendência veio confirmar as estimativas para 1995 que previam de um total de 1.390.209 habitantes em Curitiba, destes 111.744 seriam maiores de 60 anos, representando 8,04% do total (IPPUC, 1997a).

TABELA 08 – PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE COM MAIS DE 60 ANOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1970 – 1995

CURITIBA	ANO			
	1970	1980	1991	1995
População total (hab.)	609.026	1.024.975	1.315.035	1.390.209
60 anos e + (hab.)	31.710	56.346	93.955	111.744
%População Idosa	5,21%	5,5%	7,14%	8,04%

FONTE: IBGE - Censo Demográfico - 1970/1991; IPARDES – estimativa, 1995.

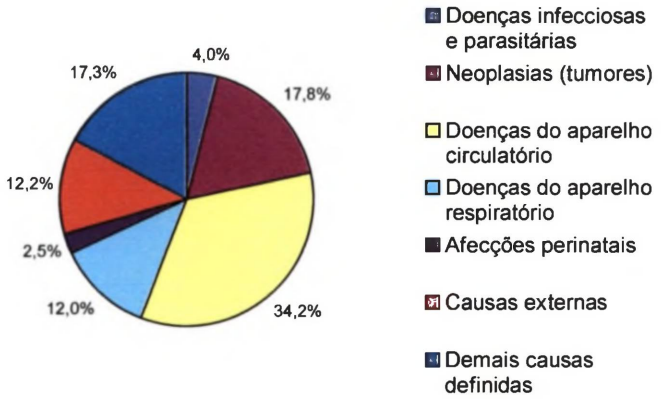
As mudanças na estrutura etária, observadas nas TABELAS 07 e 08 indicam a tendência do envelhecimento da população curitibana, situação também presente na RMC. No caso da RMC, o aumento da parcela da sua população idosa pode ser exemplificado pela variação na proporção total da população entre 6,51% e 9,38% da população acima de 60 anos, para os respectivos anos de 1991 e 1998 (BRASIL, 1998).

Esta estrutura etária da população do Município de Curitiba, para 1996, estabeleceu um índice de envelhecimento de 15,30, o que significa o predomínio de uma população mais jovem (menos de 15 anos), principalmente, se comparada a índices de outras cidades brasileiras, como por exemplo o Rio de Janeiro, cujo índice é de 29,2 (UNIVERSIDADE...., 1996).

Assim como no País em geral, a transição demográfica, em particular, da população de Curitiba em estudo tem sido concomitante às modificações qualitativas no padrão de morbi-mortalidade (transição epidemiológica), a qual vem garantindo o aumento de longevidade entre adultos e idosos curitibanos e brasileiros (BERQUÓ,

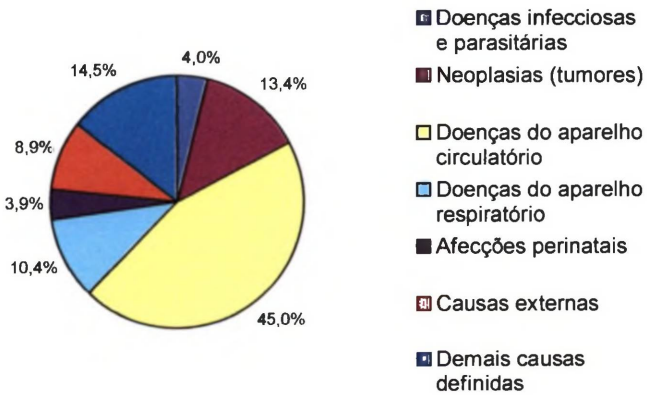
1996; MEDEIROS e CAMARANO, 1997). A fim de identificar o quadro epidemiológico deste Município, estão representados nos GRÁFICOS 10e 11 o perfil epidemiológico da mortalidade para o Município de Curitiba e a RMC, segundo os dados de 1998 (BRASIL, 1998).

GRÁFICO 10 - MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS – CID-10, PARA TODAS AS IDADES, NO MUNICÍPIO DE. CURITIBA - 1998



FONTE: MS/SE/Datasus

GRÁFICO 11 - MORTALIDADE PROPORCIONAL (%) SEGUNDO GRUPOS DE CAUSAS – CID-10, PARA TODAS AS IDADES, NA RMC - 1998



FONTE: MS/SE/Datasus

As alterações do padrão epidemiológico da RMC tem ocorrido pela diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (com exceção da SIDA), ao mesmo tempo, em que há o predomínio de óbitos por doenças cardiovasculares e elevação da participação proporcional de mortes violentas, neoplasias e doenças respiratórias. Entretanto, conforme pode ser observado nos GRAFICOS 10 e 11, ainda são estas as principais causas de mortalidade nestes locais em análise (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1996; UNIVERSIDADE.., 1997; BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 1999).

Em relação a população idosa curitibana e da RMC, o quadro de mortalidade apresentado para 1998, faz também referencia as mesmas causas apontadas para a população total e em proporções similares. Entre as causas mais freqüentes de óbito foram registradas as doenças do aparelho circulatório em mais do que 40% dos óbitos, as neoplasias, em 18% e relacionadas a comprometimentos do aparelho respiratório, em 15,0% das causas de óbito.

Estes grupos de causas de mortalidade são compatíveis para com as mudanças epidemio - demográficas, que tem estabelecido novas estruturas etárias da população curitibana, e acompanha a tendência epidemiológica da concentração do número de casos de óbitos e a compressão da morbidade aos grupos etários de mais idade que não a parcela da população infantil. A situação epidemiológica presente na população curitibana tende, cada vez mais, a se ter a associação entre o perfil de morbi – mortalidade e o envelhecimento populacional.

O envelhecimento populacional se caracteriza pela maior participação na mortalidade das doenças crônico-degenerativas (cardiovasculares, diabetes e neoplasmas) as quais são responsáveis pela maior freqüência de internações hospitalares, consultas ambulatoriais, consumo de medicamentos, etc.

Nunes (1999) em seu trabalho chama a atenção sobre as alterações nos padrões epidemiológicos que resultam em quadros distintos de morbidade e mortalidade. Isto porque, atualmente, as ações são centradas na medicina curativa determinando que nem toda doença ou agravo leva a letalidade do indivíduo. Neste contexto não há estreita correspondência ou sucessão de algumas doenças e agravos com a letalidade, de maneira a sugerir cuidado quando na análise dos dados para a relação morbidade e mortalidade.

Os quadros de morbidade encontrados para Curitiba e a RMC, mostradas na TABELA 09, são coincidentes com os dados do País de 1997 (NUNES, 1999). No quadro brasileiro, os procedimentos de internação hospitalar de maiores freqüências para o grupo etário acima de 55 anos e ascendentes com a idade são a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais, as afeções pulmonares, a hipertensão; e, ainda, doenças relacionadas as enteroinfecções, a asma, as afecções do abdome e do aparelho gênito urinário, a diabetes, as doenças à psiquiatria, entre outras.

Em relação a toda RMC, o quadro geral de morbidade foi estabelecido a partir dos procedimentos de internação hospitalar e segundo CID – 10. O perfil geral de morbidade em 1999 foi definido por doenças tais como as do aparelho digestivo (26,7%), parto e puerpério (21,1%), doenças do aparelho respiratório (26,7%), doenças do aparelho circulatório (13,7%), doenças do aparelho digestivo (8,6%), doenças infecciosas e parasitárias (6,7%), doenças do aparelho gênito urinário (6,4%) e outras causas em menores proporções.

Por sua vez no Município de Curitiba, desconsiderando as diferenças em gênero e idade, os dados de internação definem o quadro de morbidade com as doenças principais do aparelho circulatório (9,9%), doenças do aparelho digestivo (9,7%), doenças do aparelho respiratório (9,4%), causas externas e lesões por

envenenamento (8,0%), neoplasias (7,3%), transtornos mentais e comportamentais (7,1%), doenças do aparelho gênito urinário (6,8%) (CURITIBA, 1998 e SHI/SUS 2000).

TABELA 09 - DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL INTERNAÇÕES POR GRUPOS DE CAUSAS NO MUNICÍPIO CURITIBA E RMC, SEGUNDO CID 10 - 1999

INTERNAÇÕES POR GRUPO DE CAUSAS (%)		
GRUPO DE CAUSAS - CID10	Curitiba	RMC
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2,6	6,7
II. Neoplasias (tumores)	7,3	0,7
III. Doenças sangue órgãos hematopoiético e transtornos imunitários	0,6	0,5
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1,7	1,8
V. Transtornos mentais e comportamentais	7,1	2,1
VI. Doenças do sistema nervoso	2,5	1,3
VII. Doenças do olho e anexos	2,5	1,8
VIII.Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,4	0,2
IX. Doenças do aparelho circulatório	9,9	13,7
X. Doenças do aparelho respiratório	9,4	26,7
XI. Doenças do aparelho digestivo	9,7	8,6
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,9	0,6
XIII.Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2,4	2,0
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	6,8	6,4
XV. Gravidez parto e puerpério	20,3	21,1
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	1,8	0,4
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	1,8	0,1
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais exames clínicos e laboratoriais	1,0	1,0
XIX. Lesões envenenamento e outras conseqüências por causas externas	7,6	3,9
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	0,4	0,3
XXI. Contatos com serviços de saúde	2,5	0,3
CID 10ª Revisão não disponível ou não preenchido	-	-
TOTAL	100,0	100,0

FONTE: SIH/SUS – 2000.

Sob o aspecto do quadro epidemiológico atual do Município de Curitiba e Região Metropolitana de Curitiba, bem como no Brasil e em outros países da América Latina, o desafio se apresenta pela predominância cada vez maior das doenças crônico - degenerativas determinantes do perfil de morbidade relativo ao envelhecimento, em substituição àquelas relativas a mortalidade infantil. Conforme o perfil de morbidade, as internações tem ocorrido, principalmente, por adultos e idosos e relacionadas as complicações do aparelho circulatório, respiratório, digestivo, doenças hematológicas e imunitárias, tanto em Curitiba como na RMC.

O aumento da expectativa de vida é o resultado desta transição epidemiológica que tem ocorrido em quase toda parte do mundo. Uma das razões para isto, como foi descrito, é o declínio na mortalidade infantil, causada por infeções e doenças crônicas, favorecido pelas melhorias no saneamento básico, na oferta e qualidade das moradias, do acesso a alimentação, à educação em nutrição, as inovações na medicina, incluindo as vacinas e os antibióticos.

Neste contexto apresentado de transformações epidemio - demográficas, o Município de Curitiba e RMC enfrentam, com as tendências ao aumento da longevidade entre adultos e idosos e ao envelhecimento da população, um desafio e um novo determinante, de demandas de políticas sociais, de saúde e de previdência, com necessidades específicas e diferenciadas.

4.3 O IDOSO E AS CONDIÇÕES DE VIDA

O atual padrão epidemio – demográfico do Município de Curitiba foi resultante da dinâmica do crescimento populacional, regulado pelos vários componentes demográficos – fecundidade e mortalidade; os quais por sua vez determinaram a tendência do envelhecimento desta população curitibana.

As principais causas deste comportamento (perfil) epidemio – demográfico estão vinculadas as situações de melhoria nas condições de vida da população; favorecidas pelo processo de urbanização; decorrente do modelo brasileiro de desenvolvimento praticado no espaço metropolitano de Curitiba. Como conseqüência destas melhorias, houveram mudanças qualitativas no padrão de morbi - mortalidade da população, que implicaram, também, naquelas relativas ao declínio da natalidade e

da mortalidade geral e infantil e, consequentemente, na maior longevidade nesta população.

As TABELAS 06 e 08, anteriormente apresentadas, mostram o crescimento da população no Município de Curitiba, sendo acompanhado pelo aumento da parcela da população idosa (acima de 60 anos) e pelo aumento da expectativa de vida; sujo valor passou de 65,53 anos, em 1980, para 71,73 anos, em 1996, e segundo prognósticos para o ano 2000, alcançando 75,50 anos.

O processo de urbanização que ocorreu, ao longo dos anos, no Município de Curitiba tem sido caracterizado como intenso, acelerado, descontrolado. Ele pode ser retratado através de uma diversidade e descontínua ocupação urbana, com vistas a atender as funções impostas ao estabelecimento e a efetivação das atividades econômicas. Por um lado, este processo possibilitou a geração de oportunidades atribuídas como repercussões econômicas positivas, para a oferta de maior infra – estrutura, de maior número de equipamentos urbanos e maiores oportunidades favoráveis à promoção e garantia da saúde e ao bem – estar social. Em contraposição, a urbanização tem sido responsabilizada, não apenas neste espaço urbano do Município de Curitiba como no Brasil, por grande diversidade de impactos intra - urbanos de caracter econômico, político, social e ambiental para sua população.

Sob o enfoque da Economia, o processo de urbanização mobiliza questões de formulações de políticas públicas, nas quais são definidas as opções quanto à aplicação de recursos para atender o crescimento populacional e as atividades de produção e reprodução do capital. A partir das escolhas e da execução destas políticas, é estabelecida ou favorecida a ordenação social no espaço urbano e assim delineando a visualização do processo de urbanização no espaço metropolitano (REIS, 2000).

Em relação as repercussões ambientais, a urbanização gerou problemas relativos a apropriação do espaço curitibano pela população, os quais são retratados através da degradação do seu meio ambiente e da poluição ambiental deflagrada através de enchentes, rios poluídos, qualidade da potabilidade dos recursos hídricos e outras situações.

Em termos sociais, a urbanização, também, está relacionada as conseqüências da ocupação do espaço urbano, seja pela expansão e/ou seja pelo adensamento populacional. Os efeitos adversos sobre a saúde das pessoas e da população são a expressão desta utilização do espaço urbano, que através das condições vividas da população, por exemplo, em áreas de risco estão expostas a maior incidência de doenças parasitárias e infecciosas preveníveis causadas por condições ambientais inapropriadas ou insalubres.

Sob a ótica das repercussões da urbanização sobre o meio físico e social várias são as associações possíveis entre a apropriação do espaço (seja natural ou construído) e as condições de vida, como as relatadas em estudos que identificam, sob a análise de seus respectivos objetos de estudo, a relação da segregação social e espacial (SOUZA et al., 1982; GRIPSUL, 1992; UNIVERSIDADE...., 1996; GALEAZZI, 1996; MINAS GERAIS, 1996; IPPUC, 1997c ; GERHARDT et al., 1998).

O Município de Curitiba, quando submetido a uma análise mais geral sobre a condição da distribuição espacial da população, tem indicado que a existência de desajustes intra-urbanos das condições econômicas e sociais de sua população é uma realidade. Ao nível dos seus bairros, aquela associação segregação social e espacial tem como exemplo bairros como Caximba, Ganchinho, Augusta, São João, São Miguel, Cajuru e outros, quando são consideradas as baixas condições de habitação, de

saneamento e coleta de lixo associada a alta densidade populacional que se expressam nas piores condições de saúde dentro do Município (GRIMBERG,1994; PEREIRA, 1995; IPPUC, 1996a, IPPUC, 1996b; UNIVERSIDADE..., 1996).

Uma análise mais detalhada sobre as condições de vida do Município de Curitiba (IPPUC, 1996 a) categorizou as diferenças intra-urbanas resultantes da urbanização. Segundo este relatório o Município de Curitiba foi caracterizado por um nível de crescimento social global (habitação, saúde, educação e transporte) de 64,59% de satisfação em Curitiba; sendo o setor de transporte o que mais se destacou (67,34%), seguido dos setores de saúde com 64,62%, habitação com 63,38% e educação, com índice de 63,19%.

Os 75 bairros componentes deste espaço territorial foram classificados segundo o mesmo critério de nível de vida que expressa as condições concretas de vida da população e não a situação desejada ou esperada (ROCHA et al., 1999). Em 61,8% dos bairros (798.960 habitantes) foi estabelecido índice sintético de satisfação das necessidades sociais acima de 60,0%; destes 43,0% estavam acima do próprio índice global sintético da qualidade de vida (QV) do Município de Curitiba.

Estes resultados comprovam a influência do processo de urbanização sobre a dinâmica espacial urbana. Isto é, os diferentes níveis dos benefícios sociais conquistados entre os bairros do Município de Curitiba retratam a existência das desigualdades sociais e a segregação espacial, quanto às condições de vida da população curitibana. Elas, também, explicitam as distorções ou insuficiências das ações das políticas públicas locais.

Os diferenciais de condições de vida nos bairros do Município de Curitiba são estabelecidos, na realidade, pelos níveis e tipos de ocupação urbana delineados

através do nível do padrão de desenvolvimento sócio - econômico alcançado, durante a urbanização. Estes diferenciais intra – urbanos também presentes nos diversos níveis territoriais urbanos brasileiros, apresentam repercussões distintas sobre o nível de qualidade de vida e se expressam em diferenciais no estado de saúde (como através da mortalidade infantil, do estado nutricional, das causas de mortalidade e da morbidade) para cada um dos bairros, conforme apresentados em UNIVERSIDADE..., (1996) (BRASIL, 1995).

Considerando tais disparidades (desigualdades sociais e a segregação espacial), a metropolização de Curitiba tem mostrado especificidade quanto aos seus resultados sociais quando comparada a outras realidades urbanas. A RMC tem apresentado uma situação mais favorável que outras metrópoles como de Recife e Porto Alegre quando se refere a pobreza metropolitana; contrariando expectativas associadas ao intenso processo de urbanização (IPPUC, 1997c).

Contudo, as condições de vida estabelecidas para o Município de Curitiba quando relacionadas ao crescimento econômico não são compatíveis ao desenvolvimento social esperado; ainda que este crescimento seja importante para a melhoria das condições de vida (LELÉ, 1991; CEPAL, 1992; SERAGELDIN, 1993; IPEA, 1996; SANTOS, 1996).

Em relação a população idosa que vive no meio urbano curitibano, sua distribuição e densidade é diversa. Os bairros de maior população idosa em relação a população do Município são os do Cajuru (0,49%), Cidade Industrial (0,43%), Centro (0,38%), Água Verde (0,36%), Sítio Cercado (0,29%), Alto Boqueirão (0,22%), Uberaba (0,22%), Portão (0,22%), Bacacheri (0,21%), Bairro Alto (0,21%) e Boqueirão (0,21%); no entanto sob a ponderação da densidade desta parcela da população em relação a do próprio bairro poderá ser realizada outra lista de bairros;

tão importante quanto aquela para a análise demográfica, para a compreensão das relações da população com a ocupação urbana e a caracterização das condições vividas.

A maior participação da população idosa está nos bairros centrais e mais antigos na ocupação urbana, tais como o Alto da XV (17,43%), o São Francisco (16,96%), o Centro (15,76%) e outros que correspondem aquelas áreas que serviram à instalação de imigrantes, após 1869, assim como o bairro Mercês (15,19%) e, em menor proporção (entre 10 à 15%), os atuais bairros do Bom Retiro, Pilarzinho e Ahú

Os bairros do Cajuru, Cidade Industrial, Sitio Cercado, Boqueirão, Alto Boqueirão, Bairro Alto, que estão entre os mais populosos e nos quais a população idosa está presente em proporções superiores a 5% da população do bairro, são espaços urbanos com características próprias de ocupação. A concentração da população nestes bairros pode ser explicada por uma diversidade de situações que vão desde a própria ocupação urbana original do Município ou às fases de expansão, após a década de 70, norteadas pelo projeto urbanístico do Município ou ao custo da terra e habitação.

O custo da terra e da habitação foram os principais determinantes da expansão urbana em alguns destes bairros mencionados, em particular ao Cajuru e Sitio Cercado, assim como para os bairros do Parolim, Ganchinho e Caximba. As repercussões destas ocupações foram mensuradas como menores níveis de qualidade de vida para sua população, bem como para uma parcela significativa da população idosa do Município (UNIVERSIDADE..., 1996).

As distribuição e proporção da população idosa por bairro foram correlacionadas aos níveis de satisfação das necessidades sociais dos diversos bairros;

denominado de índice sintético da qualidade de vida (UNIVERSIDADE..., 1996). O resultado está apresentado no QUADRO 01, no qual os diversos bairros do Município de Curitiba estão agrupados segundo a proporção da população de idosos no bairro (0-4,9%; 5-9,9%; 10-14,9%; 15-20% de idosos) e relacionados às faixas do índice sintético da qualidade de vida (0-40%, 40-60%, 60-80% e 80-100%).

A relação estabelecida entre os níveis de satisfação das necessidades sociais dos bairros de Curitiba e a distribuição espacial da população idosa é possível pressupor que, também, para esta parcela da população ocorre o partilhamento desigual dos benefícios do crescimento econômico de Curitiba (8,8% a.a. para 93/94). Isto porque, habitualmente, suas condições de vida são explicadas pelas condições da população em geral, como se as condições necessárias ao idoso fossem igualmente atendidas ou então asseguradas à qualidade do envelhecimento.

A partir deste QUADRO 01 e análise dos dados demográficos da Contagem da População de 1996, a população de idosos do Município de Curitiba corresponde a 7,78% da população total, segundo dados, da qual cerca de 21,59% da população idosa vive nos bairros com melhores condições, tais como o Centro, Mercês, Cabral, Cristo Rei, Rebouças, Água Verde, Juvevê, Jardim Social, Batel e Bacacheri.

Nos 32 bairros, que apresentaram menores índices de satisfação de condições de vida, vivem ao redor de 47,69% dos idosos curitibanos e entre eles, com especial densidade demográfica de idosos, os bairros do Cajuru, Cidade Industrial, Sitio Cercado e Uberaba. Cerca de 30,72% dos idosos, compartilham condições similares aos indicados ao Município de Curitiba como os bairros do Portão, Alto Boqueirão, Bairro Alto e Boqueirão.

QUADRO 01 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA DOS BAIRROS SEGUNDO O NÍVEIS DE QUALIDADE DE VIDA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA

Proporção da População Idosa no Bairro (%)	NÍVEL DE QUALIDADE DE VIDA (1)			
	0-40%	40-60%	60-80%	80-100%.
0 - 4,9%	São João Taboão Umbará	Campo Comprido Mossunguê Cachoeira C Industrial	Santo Inácio Cascatinha Barreirinha Santa Cândida Capão Raso	
5 - 9,9%	Jd. Botânico Campo de Santana Tatuquara Augusta Riviera, Lindóia Lamenha Pequena Pinheirinho São Miguel	Tarumã Pilarzinho **Cajuru** Prado Velho Parolin Uberaba Fanny Abranches Butiatuvinha Sitio Cercado	Hugolange Capão Imbuía Jd.Américas Guabirotuba Portão, Hauer Vila Isabel Seminário São Lourenço Boa Vista **Bairro Alto** Novo Mundo Fazendinha Sta.Quitéria Tingui, Xaxim Boqueirão São Brás Sta.Felicidade Alto Boqueirão	Bacacheri
10-14,9%	Ganchinho Caximba	Centro Cívico Guaíra Atuba	Campina Siqueira Vista Alegre Bom Retiro Ahú, Bigorrilho	Cristo Rei Rebouças, Batel Água Verde Juvevê, Jardim Social
15 -20%		Alto XV	S.Francisco Alto Glória	**Centro,** Mercês Cabral

FONTE: UFPR, 1996; Contagem da População 1996, IPPUC – Banco de Dados, 1998.
NOTA: (1) Nível de Qualidade de Vida corresponde ao nível de satisfação das necessidades sociais dos diversos bairros; denominado de índice sintético da qualidade de vida (UNIVERSIDADE..., 1996).

Esta distribuição espacial da população idosa curitibana encontra idêntico comportamento demográfico, com algumas ressalvas, descrito por Veras (1995), o qual relatou a concentração da população idosa nas grandes cidades e nos bairros com maiores facilidades e que tal distribuição tem também influência sobre a longevidade além das condições individuais de seleção social e biológica.

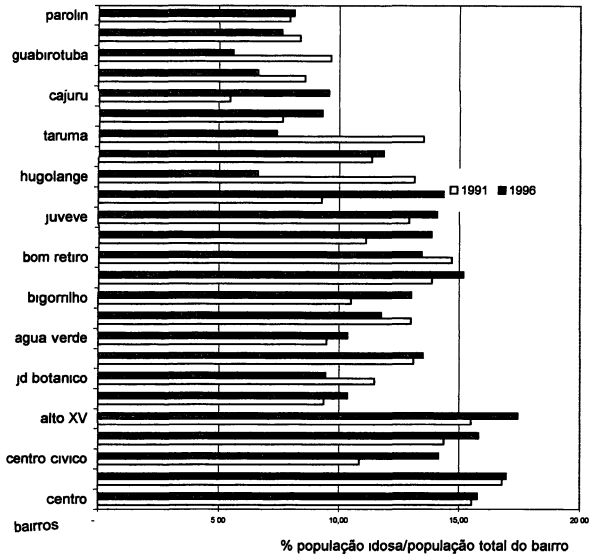
Ainda que a análise efetuada sirva ao propósito desse estudo, é importante não negligenciar a dinâmica epidemio – demográfica para o crescimento populacional, com tendência *certa* ao envelhecimento da população num contexto *intenso* de urbanização do Município de Curitiba. Para isto, ainda neste momento do trabalho acadêmico é necessário apresentar o comportamento do crescimento populacional da parcela idosa curitibana nos bairros, afim de identificar as suas tendências de crescimento e dar à possibilidade de análise do processo de envelhecimento da população uma melhor descrição da realidade e da dinâmica sócio - espacial do Município de Curitiba.

Os GRÁFICOS 12 a, b, c mostram o comportamento demográfico da população idosa em relação a população total do bairro, entre 1991 e 1996, através das proporções da parcela idosa dos bairros e indicam o aumento, o decréscimo e mesmo a manutenção nas proporções deste grupo etário em relação à população dos diversos bairros do Município.

O aumento da participação da parcela da população idosa ocorreu, em particular, nos bairros do Ganchinho, Atuba, Cabral, Orleans, Caximba, São Miguel, *Cajuru*, São Brás, Campina do Siqueira, Lamenha Pequena, Pilarzinho, Alto Boqueirão, Centro Cívico, *Bairro Alto* e outros.

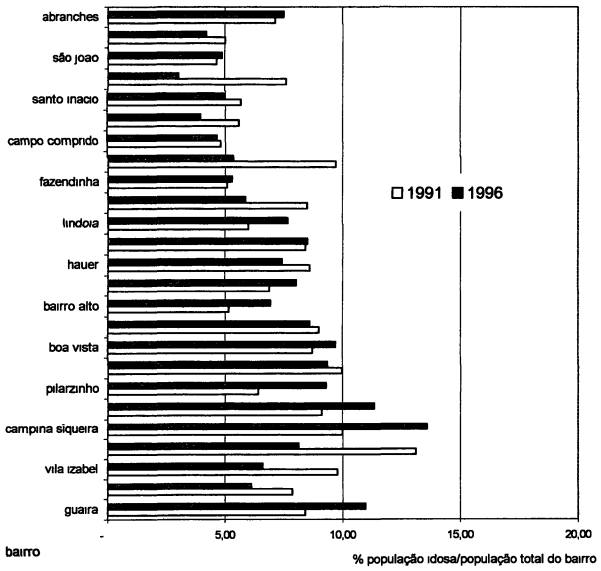
Por outro lado dos dados da Contagem da População de 1996, também, pode ser constatada a diminuição da proporção da população idosa nos bairros Tatuquara, Tarumã, Hugolangue, Cascatinha, Seminário, Santa Quitéria, Barreirinha, Cachoeira e outros em menores números de idosos. Contudo para uma análise mais profunda seria necessário considerar as taxas de crescimento da população de cada um dos bairros bem como buscar as causas, mais recentes, para as alterações na estrutura etária de cada bairro, de modo à compreender a dinâmica populacional de cada uma das unidades do território curitibano.

GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA (COM MAIS DE 60 ANOS) EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO TOTAL DO BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NO PERÍODO ENTRE 1991/96 (A)



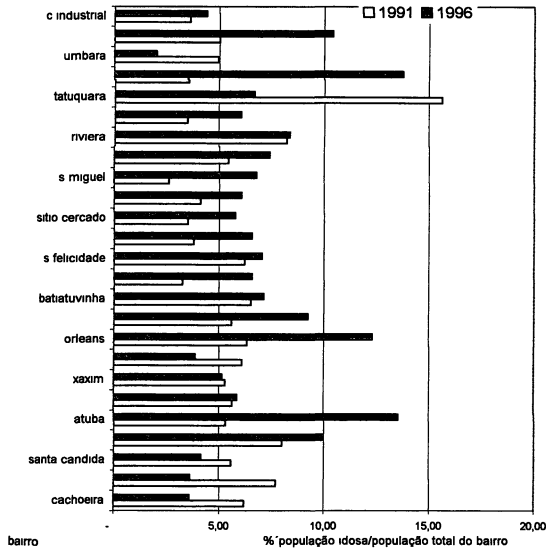
FONTE: IBGE – Contagem da População 1996, IPPUC – Banco de Dados, 1999.

GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA (COM MAIS DE 60 ANOS) EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO TOTAL DO BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NO PERÍODO ENTRE 1991/96 (B)



FONTE: IBGE – Contagem da População 1996, IPPUC – Banco de Dados, 1999.

GRÁFICO 12 - EVOLUÇÃO DA PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA (COM MAIS DE 60 ANOS) EM RELAÇÃO A POPULAÇÃO TOTAL DO BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA, NO PERÍODO ENTRE 1991/96 (C)



FONTE: IBGE – Contagem da População 1996, IPPUC – Banco de Dados, 1999.

5 PROBLEMÁTICA

5.1 O IDOSO E A QUALIDADE DE VIDA

Em relação ao espaço urbano curitibano, como anteriormente registrado, as disparidades intra – urbanas estão presentes em níveis diversos, as quais repercutem na qualidade de vida de sua população, assim como na sua parcela idosa. De modo que para qualificar a vida do idoso, os atributos quantitativos ou materiais disponíveis a esta parcela da população devem ser incorporados, ainda que só eles não dêem mais conta ao conceito de qualidade de vida do idoso.

A qualidade de vida é, freqüentemente, abordada através da medição de atributos quantitativos (salário, moradia, condições de saneamento, transporte, consumo de energia elétrica, mortalidade infantil e outros), os quais avaliam o ser humano como consumidor e pouco relevam os aspectos psicossociais e suas relações com outras variáveis.

Seja esta abordagem de mensuração ou outra conceitual de qualidade de vida, mas com aplicabilidade técnica, tem sido questionada frente ao conceito unificador de qualidade de vida, que permite relacionar as necessidades humanas (as quais vão além da alimentação, educação, saúde, lazer, trabalho, etc.), os ambientes individual e social e o desenvolvimento humano (SOUZA et al.,1982; HOGAN, 1992; BARBOSA, 1992; CROCKER, 1993; SACHS, 1993; DEMOS, 1996; IPEA, 1996).

O conceito de *desenvolvimento humano* reformula o conceito de qualidade de vida, num contexto mais adequado à realidade do crescimento econômico versus o desenvolvimento social e incorpora os conceitos de *cidadania* e *democracia*

necessários para garantir à *participação* política nas decisões estratégicas e à *liberdade* .

Esta nova percepção supera a idéia de *qualidade de vida*, na medida em que vai muito além dos atributos quantitativos ou valores objetivos (salário, moradia, condições sanitárias, transporte urbano, entre outros), e interage com os valores subjetivos que devem oportunizar as pessoas de desfrutar uma vida longa e saudável, adquirir conhecimentos e ter acesso aos recursos necessários a uma condição de vida adequada (constituída pelo simbólico, pela paisagem, pela auto - estima, pela memória, pela liberdade de ir e vir) (IPEA, 1996).

Este conceito é incorporado, por autores como Gallopin (In BARBOSA, 1992), ao entendimento de qualidade de vida no qual o ambiente social das pessoas ou grupos devem ser destacados e a eles incluídos fatores tais como: o tipo e a qualidade das relações interpessoais, o acesso ao trabalho produtivo, o acesso à educação e à cultura, os condicionantes externos da participação e a liberdade de expressão, as influências psicossociais entre outros. Isto é vinculá-los aos fatores externos que incidem na probabilidade de satisfazer as necessidades humanas não materiais.

Assim, apesar desse conceito estar referendado numa proposta de pessoa enquanto indivíduo, é importante assimilar que as condições ambientais a que elas estão expostas se relacionam intimamente à qualidade de vida. Este conceito é, então, concebido a partir da resultante saúde psicossomática de uma pessoa e sentimento de satisfação.

Este conceito de qualidade de vida (QV) vem de encontro à nova compreensão sobre o Envelhecimento, o qual não está obrigatoriamente associado à idade cronológica dos indivíduos como pontuou Beauvoir (1990). Esta autora, já na década de 50, procurou definir o termo velhice inserido na visão do homem como uma

unidade biopsicossocial e que a diferenciação das velhices individuais teriam diversas causas como: as relativas à saúde, à família e à outras dependentes do contexto social. Ou seja, a concepção da velhice depende da natureza da sociedade e do lugar que nela ocupa o indivíduo idoso. De modo que o envelhecer não é apenas cronológico mas determinado pelas relações homem, sociedade e meio ambiente.

No contexto atual, novas imagens do envelhecimento tem sido elaboradas na coletividade face o contexto da Terceira Idade cada vez mais presente, visto o aumento da população idosa e da longevidade. As imagens que são estabelecidas partem do reconhecimento do idoso como ser ativo, com novas formas de sociabilidade e de identidades recicladas e, até mesmo, com novo ideal de produtividade. Desta maneira, esta imagem do idoso fornece novos significados à experiência do envelhecimento (DEBERT, 1996).

Sob esta visão, o envelhecimento é uma questão de desenvolvimento se for utilizada a perspectiva do idoso como " fonte de recurso social" em que, muitas vezes, os idosos saudáveis são participantes na geração ou no provimento de recursos ou de contribuições não pagas para sua família, comunidade e para a economia, sobretudo indispensáveis no contexto ao desenvolvimento social e econômico (SEMINÁRIO..., 1996b).

Entretanto, ao ressaltar formas inovadoras e bem-sucedidas do envelhecimento que partem, aparentemente, de pressupostos opostos a perspectiva da miséria, é preciso reconhecer as limitações da velhice para que o idoso não seja responsabilizado pela perda da habilidades e controles físicos emocionais; bem como pela velhice abandonada e dependente (CADERNOS...,1996; SEMINÁRIO..., 1996 b; DEBERT, 1997; STOPPE JUNIOR e LOUZÃ NETO, 1997?).

Neste contexto de novas concepções de qualidade de vida e envelhecimento, o município de Curitiba apresenta a tendência do envelhecimento populacional cujo quadro tem mobilizado o poder público à implantar e implementar projetos e programas que visem atender esta parcela da população.

As concepções de idoso que tem sido objeto de vários programas e estudos, são inspiradas naquela concepção do Plano de Ação Mundial sobre o Envelhecimento em que o idoso é identificado *"como um todo integrado, necessitando de um atendimento médico especializado e que, ao mesmo tempo, busca reencontrar seu lugar na sociedade, recuperando, assim, a sua auto - estima"* (UNITED NATIONS, 2000).

No Município de Curitiba são vários os programas institucionais moldados ao idoso sob esta concepção e orientados segundo a Política Nacional do Idoso (Lei Federal n°.8.842/ 94 de 05 de janeiro de 1994 e regulamentada em 04 de janeiro de 1994).

Entre eles foram identificados, durante o trabalho de campo, os desenvolvidos pela Secretaria da Criança e Assistência Social do Paraná (benefícios de prestação continuada, centro de cuidados diurno, casa lar, oficinas abrigadas de trabalho, atendimento domiciliar e asilar, etc.), pela Fundação da Ação Social do Município de Curitiba (através de Centros e Grupos de Convivência, SOS Idoso), do Serviço Social do Comércio - Paraná, Serviço Nacional do Comércio (como programa Maturidade e Qualidade), pelas Universidades (Universidade da Terceira Idade, Programa de Participação Permanente/ UFPR) e por diversas empresas.

Estes programas são direcionados à Terceira Idade a fim de demonstrar que a experiência do envelhecimento pode ser vivida de maneiras distintas: - atendendo o

Idoso Ativo, como aquele que tem necessidades específicas, para melhorar a sua qualidade de vida na reintegração social; e/ou - atendendo o Idoso de Risco, como aquele que requer uma intervenção emergencial, para evitar a continuidade de um processo de marginalização e isolamento social (exclusão) (IPPUC, 1997b).

As várias Secretarias do Município de Curitiba desenvolvem ações sob as diretrizes da Política Municipal de Atenção ao Idoso, visando a integração e inserção familiar, ações emergenciais, de promoção social e prevenção de doenças, ações de lazer e cultura, e outras. Algumas destas ações são realizadas através do atendimento social integrado de pessoas a partir de 55 anos, como aquelas desenvolvidas no Centro de Atenção ao Idoso Ouvidor Pardinho.

Sob âmbito da FAS (Fundação da Ação Social do Município de Curitiba), são mantidos cerca de: - 68 (em 1998) Grupos de Convivência distribuídos nos diversos bairros do Bairro Novo, Boqueirão, Boa Vista, Cajuru, Matriz, Pinheirinho, Portão e Santa Felicidade, com atendimento de cerca de 2678 pessoas; e - 4 Centros de Atividades para Idosos (CATI) nos bairros do Boqueirão, Boa Vista, Portão e Santa Felicidade os quais atenderam cerca de 1052 pessoa no ano de 1999. Através destes grupos são desenvolvidas atividades educativas, físicas, de lazer e culturais tais como artesanatos, coral e dança, passeios, aulas de ginástica e fisioterapia preventiva.

Para os idosos acima de 65 anos e em situação de risco são mantidos, nas 8 Regionais Administrativas, os programas: - a) SOS Idoso, o qual atendeu 336 pessoas em 1996 e - b) o Vale Vovó/Vovô, beneficiando 3477 cestas básicas por mês (segundo informações fotocopiadas fornecidas pelo Departamento de Assessoria da FAS Curitiba em 1999).

Em relação ao Vale Vovó/Vovô, as informações sobre este atendimento indicam aumento na concessão de cestas, entre os anos de 1997 e 1998. A ordem da distribuição destas doações seguiu as demandas a partir de 5870 cestas/ ano em 1998 para a Regional do Portão, seguindo a do Boqueirão, Pinheirinho, Santa Felicidade, Boa Vista, Bairro Novo, Cajuru e chegando a 696 unidades de cesta básica na regional da Matriz.

O idoso institucionalizado é assistido, em caráter público e/ou privado, em 38 Entidades de Atendimento aos Idosos cadastradas as quais atendem cerca de 1212 idosos, sendo que o valor corresponde a de 0,1% da população total de idosos no Município (IPPUC, 1997a).

O atendimento em saúde à população idosa, assim como à população em geral, é realizado pelo sistema público e/ou privado. No caso do sistema público, ele está distribuído em 8 Distritos Sanitários (Santa Felicidade, Boa Vista, Matriz, Cajuru, Boqueirão, Portão, Pinheirinho, Bairro Novo), com áreas de abrangências um pouco distintas daquelas administrativas, que coordenam as ações em saúde através de mais de 100 Unidades de Saúde.

Os programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde e voltados aos idosos estão inseridos no Programa da Família, através do atendimento programado à doenças crônico – degenerativas nos grupos de Hipertensos e Diabéticos e das campanhas de vacinação contra gripe (*H. influenza*).

Estes dados sobre os vários programas desenvolvidos no Município são indicativos do nível de carência da população idosa, domiciliada na abrangência de cada Regional Administrativa. Eles se contrapõem à razão de dependência de 51,8 estabelecida ao nível global da população curitibana; cujo valor demonstra uma

situação de relativo equilíbrio entre a população dependente e a ativa, porém subestima as situações de risco, a dependência financeira e social presente na realidade do espaço urbano (UNIVERSIDADE..., 1996).

Apesar do reconhecimento do quadro demográfico ao envelhecimento no Município de Curitiba e das implementações de políticas públicas, sumariamente, apresentadas através das diversas ações institucionais para o atendimento idoso; a velhice é ainda tratada como um problema social. Isto pode ser explicado pelo fato de que as questões do idoso saudável ou enfermo, dependente ou não; passam - progressivamente da esfera privada e familiar - a serem socializadas; ou seja a questão do envelhecimento não se configura apenas com uma avaliação quantitativa.

Sob estas perspectivas – de novas concepções de envelhecimento e qualidade de vida – deveria-se considerar para qualificar as condições de vida do idoso o estado de saúde, a independência financeira, o estilo de vida, as relações e situação no meio familiar, as influências psicossociais e outras. Além do atendimento das necessidades materiais e imateriais e as visões e as percepções integradas (HOGAN, 1992; BARBOSA, 1992; CROCKER, 1993; SACHS, 1993; DEMOS, 1995; VERAS, 1995; IPEA, 1996).

A construção desta análise global do indivíduo ou do envelhecimento passa por questões metodológicas as quais ficam submetidas ao reconhecimento do idoso pelos mesmos pressupostos analíticos convencionais, isto é, fragmentado. Esta situação se reflete nos estudos sobre o envelhecimento cada vez mais presentes os quais servem aos questionamentos ou à compreensão sobre o envelhecimento como em relação as mudanças no estado de saúde e seus fatores de risco, apoios sociais e econômicos, assistência à saúde, estilo de vida que interferem no nível de saúde e da qualidade de vida e outros; como os de Bosi (1979), Yazaki e Saad (1990), Ramos et

al. (1991), Veras (1995), Fraiman (1995), Nakagawa (1995), Vargas (1995), Fishman (1996), Debert (1996, 1997), IPPUC (1997b), Stoppe Junior e Louzã Neto (1997?), Tamai (1997), Camarano (1999), FORUM (2000).

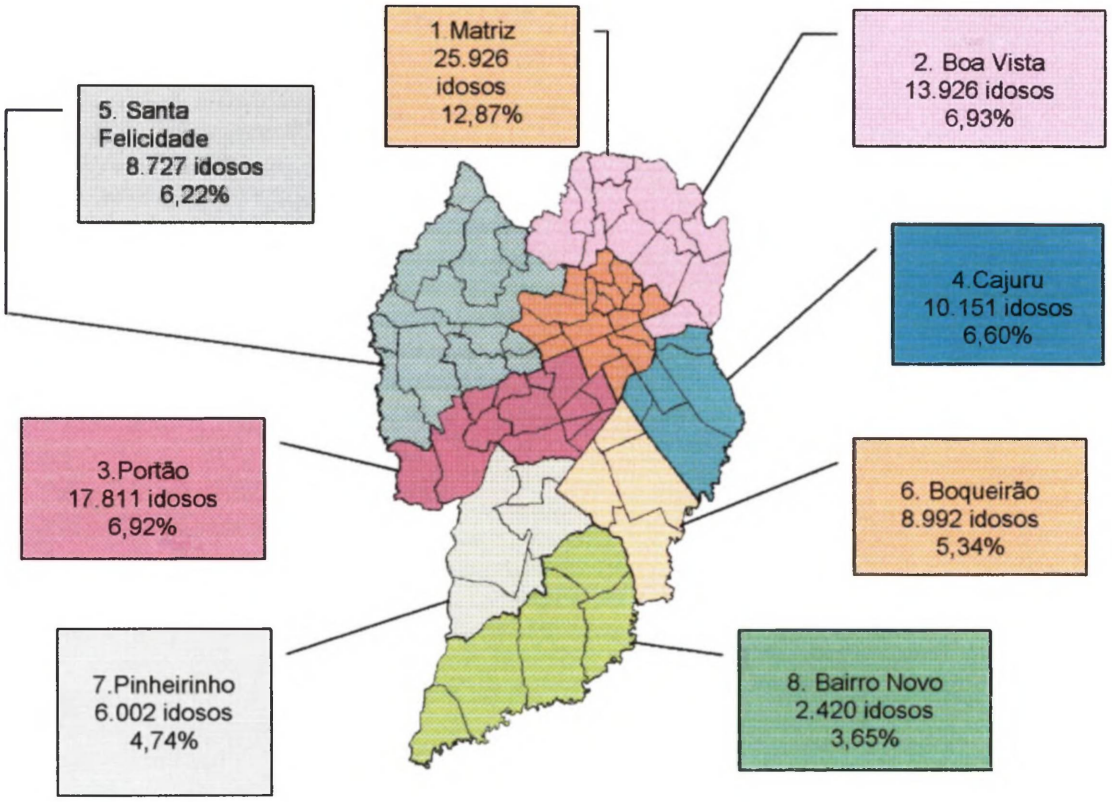
No caso do espaço curitibano, com reconhecido aumento da parcela da população idosa, as condições materiais disponíveis à população são compartilhadas, a princípio, da mesma maneira. Entretanto, considerando o próprio processo do envelhecer, suas conseqüências e repercussões biológicas, sociais e econômicas, é previsível que este grupo vivencie o mesmo espaço urbano de modo distinto. Deste modo parece haver uma questão sobre o idoso ou mesmo sobre o envelhecimento no espaço urbano do município de Curitiba, sob a perspectiva da qualidade de vida, para a compreensão do idoso no seu espaço físico e social.

Assim após a constatação dos reflexos da urbanização sobre o espaço urbano curitibano, pela heterogeneidade nas condições de vida em seus bairros, e do maior envelhecimento e aumento da longevidade que estão ocorrendo neste espaço metropolitano, ficam as questões sobre os idosos:

- *E os idosos no espaço urbano de Curitiba, onde vivem?*

A resposta a esta questão foi delineada nos vários capítulos anteriores - e conforme mostrado sob o sucinto MAPA 03 – a população idosa está distribuída nas diversas administrações regionais do município de Curitiba.

MAPA 03 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO IDOSA SEGUNDO AS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1996



FONTE: IBGE – Contagem da População em 1996, IPPUC – Banco de Dados, 1998.

- *Quem são? Como vivem?*

Estas duas questões são apresentadas como norteadoras para presente trabalho e foram obtidas das constatações epidemio – demográficas e do processo de urbanização, cujas dinâmicas se expressam pela diversidade de condições ambientais (natural e construída) e sociais nesta Metrópole.

E a população idosa, que cada vez mais divide este espaço social, como vivência estas modificações nos espaços intra urbanos desiguais deste Município ?

5.2. A ALIMENTAÇÃO

A alimentação constitui um dos fatores inseridos nos conceitos de saúde e qualidade de vida, relacionada as necessidades básicas de qualquer indivíduo. A abordagem da alimentação, em nosso trabalho, também aparece do crescente interesse nas relações dieta e saúde, para a definição das condições de vida da população idosa. (SASSON, 1993; GROSS, 1997).

A alimentação, através de sua unidade, o alimento, desempenha diversas funções nas várias sociedades humanas, sendo intimamente relacionado com os aspectos sociais, religiosos e econômicos da vida cotidiana (GARINE, 1995).

Em relação ao seu papel social, Helman (1994) explicita a diversidade entre as sociedades nas suas relações de crenças e práticas com o alimento. Tais diferenças culturais vão desde ao próprio reconhecimento ou não de substâncias consideradas alimentícias e/ou comestíveis (como lontras, cobras, esquilos, gatos, etc.), assim como até a regras de ingestão de alimentos estabelecidos pela cultura de certa comunidade

Os simbolismos sobre os alimentos categorizam-nos sejam como alimento versus não-alimento ou alimento sagrado versus alimento profano ou classificações paralelas dos alimentos ou alimento versus remédio ou como alimento social; de modo a expressar relações entre homem - homem, o homem e as deidades e o homem e seu meio ambiente natural.

Deste modo, antes de modificar crenças e práticas alimentares, ainda que interfiram na nutrição adequada, é importante compreender a maneira como cada cultura percebe seus alimentos.

Sob esta ótica, a ciência da nutrição, a qual está centrada na natureza humana padece, muitas vezes, de uma intermediação maior entre as necessidades biológicas e a alimentação ao tratar, apenas, os aspectos biológicos da alimentação no organismo humano, suas necessidades de nutrientes, seus efeitos no corpo humano e as relações de certos padrões alimentares com doenças.

A intermediação do homem está sempre presente, em condições disponíveis, exercendo suas escolhas, seja de alimentos ou de outro objeto; contrariando muitas vezes os fundamentos de uma nutrição sadia. Entretanto, esta situação não é pragmática ou duradoura, visto as mudanças nos hábitos alimentares, neste último século e nos países ocidentais, os quais são resultantes diretos do modelo de consumo alimentar adotado (BLEIL, 1998).

As alterações no padrão alimentar brasileiro, neste modelo agro-industrial, resultaram na melhoria de consumo alimentício em termos quantitativos em função das necessidades fisiológicas, com aumento do aporte calórico e o aumento da importância dada à qualidade do alimento (COITINHO, 1991; MONTEIRO et al.,1995; MONTEIRO, 1997).

A evolução do consumo de alimentos se caracterizou, ainda, pela substituição crescente dos produtos agrícolas tradicionais pelos industrializados (gêneros alimentícios semi - elaborados, congelados, cereais matinais e mesmo comida pronta), da alimentação fora do domicílio (em cantinas, restaurantes, *fast - food*), a preferência pelos supermercados para a compra dos alimentos, a busca de praticidade, de economia de tempo, etc.(CHAIM e TEIXEIRA, 1996).

Segundo Oliveira e Thébaud-Mony (1996), os hábitos alimentares podem evoluir com tendências à homogeneização dos modelos de consumo. Porém, esta

tendência não é exclusiva no contexto da alimentação, visto as estratégias de ofertas de variedades de produtos em que se possibilita escolhas e, consequentemente, à diversidade no consumo e nos comportamentos em relação a alimentação; sobretudo nos grandes centros urbanos.

Alguns estudos, sobre o impacto das mudanças sociais no padrão alimentar na América Latina, exemplificam como as condições objetivas impõem novos hábitos alimentares. Tais como a renda familiar, a migração rural - urbana, a terceirização e a publicidade, os quais são apontadas por Tague (In GARCIA, 1994); como fatores responsáveis pelas mudanças ocorridas na alimentação.

Apesar da tendência generalizada dos hábitos alimentares no sentido do modelo agro-industrial. Ainda hoje, no Brasil, fatores de ordem econômica, social, cultural, nutricional e outros têm conduzido para modelos de consumo diferenciados.

Algumas das repercussões decorrentes do consumo alimentar, sejam pela maior disponibilidade e acesso de alimentos, tem garantido em níveis diversos o estado nutricional e de saúde da população brasileira. Por outro lado, o País tem presenciado problemas de saúde decorrentes do consumo de uma dieta qualitativamente inadequada, cuja gravidade pode ser comparada aos problemas decorrentes da falta absoluta de acesso de alimentos (COITINHO, 1991; VERAS, 1994; MALUF et al., 1996).

Os riscos alimentares e seus agravos podem ser somados as mudanças de comportamento no consumo de alimentos, na mesma proporção em que os indivíduos passam à utilizar refeições prontas, pré - elaboradas ou realizam suas refeições fora do domicilio. Tal situação tem relação íntima com a urbanização que, por exemplo, promoveu substituição do milho e arroz por cereais processados como o pão,

embutidos e vegetais, consumo de bebidas menos nutritivas, aumento no consumo de alimentos, o consumo de alimentos gordurosos e de origem animal (VERAS, 1994; MALUF et al., 1996).

As informações sobre consumo alimentar da população brasileira são escassas e, ainda hoje, a melhor fonte de dados data de 1974/75, proveniente do Estudo Nacional sobre Despesa Familiar - ENDEF, realizado pelo IBGE. As pesquisas recentes poucas tiveram o enfoque no consumo alimentar e de abrangência espacial como a Pesquisa de Orçamento Familiar - POF, realizada também pelo IBGE, em 1987/88, com enfoque econômico e a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, realizada em parceria entre o Ministério da Saúde, o IBGE e o IPEA.

Essas pesquisas nacionais realizadas em 1974-75 (ENDEF) e 1989 (PNSN) indicaram melhora nutricional da população; no entanto persistia a fome e a desnutrição em parcelas significativas da população e, por outro lado, a obesidade mostrava tendência de aumento. Dados atuais do padrão alimentar da população, certamente, estabelecem alterações relacionadas à urbanização acelerada, às alterações político-econômicas no quadro nacional e outros fatores.

Alguns estudos foram realizados sobre consumo alimentar para Curitiba e Região Metropolitana como sobre:

a) A compra de alimentos, em Curitiba, pela população de baixa renda (IPARDES, 1984), que relata pouco aumento na quantidade de produtos que integram a dieta das famílias, face o acréscimo da renda familiar, ainda que haja a inserção de novos produtos ou substituição. Neste estudo foram relacionados onze produtos constituindo um grupo comum na dieta, independente do nível de renda, os quais estão associados com os hábitos alimentares locais - o arroz, feijão, açúcar, banana, batata,

pão, óleo de soja, macarrão, cebola, tomate, café.

b) O comportamento do consumo alimentar qualitativo e quantitativo da população participante do Programa de Compras Comunitárias (CENTRAIS..., 1987) em que foram listados itens, por ordem quantitativa (crescente) de aquisição, que caracterizaram o padrão alimentar desta população: leite, arroz, açúcar, farinha de trigo, pão, óleo, feijão, carne, laranja, macarrão, banana, ovos, sal, biscoito, margarina, vegetais, farinha de mandioca, fubá, banha, café, farinha de milho, massa de tomate, folhosas, sardinha, cevada, doce pastoso, leite em pó e chá mate.

c) Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 1987/88 (POF), para a população urbana da RMC, mostrou que cerca de 19,47% das despesas de consumo foram registradas com alimentos dentro de variada lista de itens alimentícios

d) Estudo multicêntrico sobre consumo de alimentos (GALEAZZI ET AL., 1997) que registrou alguns dados de levantamento sócio - econômico para o reconhecimento dos determinantes do perfil nutricional dos municípios de Campinas, Curitiba, Goiânia, Ouro Preto e Rio de Janeiro. Em Curitiba foram identificados os alimentos mais consumidos pelas famílias inquiridas, como: carne bovina sem osso, leite, feijão, frango, pão francês, farinha de trigo, arroz, queijo, macarrão, ovos, carne de porco, peixe, bolacha doce, fubá de milho, achocolatado, café, batata, etc.

Neste estudo, foram identificados percentuais da população idosa de Curitiba com consumo inadequado de nutrientes, tais como: proteína -14, cálcio - 70, ferro -30, vitamina A - 3,1, vitamina C - 8,0, gordura - 49, ácidos graxos saturados - 51, colesterol - 34.

Os estudos em geral que tratam do consumo alimentar estabelecem relação entre a qualidade e quantidade de produtos, que integram a dieta das famílias, com o aumento da renda familiar e os riscos nutricionais que a população está exposta. Esta situação também foi afirmada naqueles estudos sobre a população curitibana, bem como da idosa pesquisada.

A questão alimentar do idoso, ao nível populacional, já tem merecido atenção e tem sido retratada por perfis inadequados de consumo alimentar ou dos estados nutricionais em parcelas deste grupo etário; justificados pelos impactos das mudanças sociais que permeiam as mudanças dos padrões de alimentação (MALASSIS e PADILHA, 1986).

Os hábitos e padrões de consumo de alimentos têm sido alterados de acordo com as variações no acesso e disponibilidade de alimentos convencionais e de novas formas de produtos alimentícios. E, ainda, estão condicionados a questões de comportamento social frente - as exigências do mercado de trabalho as quais implicam na prática da utilização de refeições preparadas fora do domicílio; - das conseqüências das mudanças no núcleo familiar; - da mobilidade populacional em busca de trabalho, etc.. Deste modo a alimentação reflete mais do que a simples questão nutricional de acesso à cada família de quantidade necessária ou da disponibilidade da renda, mas as *condições* do acesso e da disponibilidade dos alimentos (GARCIA, 1994; SANDOZ, 1995; GALEAZZI et al., 1996; MALUF et al., 1996; NARDIN et al., 1997).

Alguns estudos sustentam que não bastam a segurança, a qualidade e a quantidade nutricional exigidas dos alimentos, sem que o rito alimentar se dê numa *ambiência* favorável à plena absorção dos nutrientes e somada à condição da segurança alimentar e nutricional, no nível domiciliar ou no espaço domiciliar (MAGALHÃES, 1995).

No caso de idosos há de se considerar aquelas condições sociais, culturais e econômicas que definem seus hábitos alimentares cotidianos e compreender que o padrão dietético, de muitos deles, é resultado de escolhas pessoais delimitadas, também, pela condição de saúde.

O comportamento alimentar dos idosos é uma estrutura difícil de modificar, face as preferências de paladar, auto - indulgência, preconceito, indiferença, falta de apetite, pouca ingestão de líquidos, apatia e medo - "medo de alimentos errados, medo de constipação ou medo de indigestão". Além disso, alguns gêneros e produtos alimentícios não eram disponibilizados; como leite, frutas e vegetais, e não foram incorporados ao hábito alimentar visto não terem sido culturalmente relacionados à alimentação.

Sob o reconhecimento da saúde do idoso, a alimentação e as práticas alimentares podem servir como ponto de referência ao estudo dos processos através dos quais essa população se organiza para satisfazer ou não as suas necessidades fundamentais de alimentação (DALMASO, 1997). Sob este enfoque, Oliveira e Marucci (1997) estudaram as mudanças nos hábitos alimentares de mulheres idosas em São Paulo, as quais foram estabelecidas como a informação sobre saúde, a prevenção de doenças, as informações sobre nutrição obtidas através de informações dadas pela mídia, conversas, revistas, programas de TV.

A alimentação do idoso pode ser contextualizada sob o aspecto da saúde e do envelhecimento, quando se considera as mudanças de natureza biológica - celulares, teciduais, orgânicas, funcionais e do mecanismo de homeostase. Estas alterações normais ao envelhecimento apresentam repercussões esperadas no estado geral de saúde do idoso, as quais podem estar associadas nas restrições físicas, psicológicas e às doenças crônicas Ao nível nutricional, ambas, estabelecem comprometimentos

nutricionais e atenção quando são avaliados o estado nutricional e de saúde do idoso e implicam em condutas alimentares de restrições ou inclusões de alimentos (SANDOZ, 1995; EXTON - SMITH, 1995; HAYFLICK, 1997).

Conforme o contexto apresentado, alimentação ou hábito alimentar pode ser enfocada sob múltiplos aspectos e compreendida como dinâmica, dependente de fatores intrínsecos ao indivíduo, das condições sócio - econômicas conjunturais e determinadas, ao longo do tempo, de acordo com as características estruturais da população, como: cultura; regionalidade; condições produtivas, urbana e agrícola, as quais disponibilizam os alimentos (GARCIA, 1994; GALEAZZI et al., 1996).

Assim, para reconhecer o consumo alimentar, sob um contexto mais abrangente, deve ser identificado não apenas o padrão presente de consumo, como também relacioná-lo ao estado de saúde, as condições e as inserções social e econômica do idoso. A saúde, deste modo, passa a ser contextualizada em uma concepção mais integral do homem e seu meio ambiente.

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar as relações da situação de vida de idosos domiciliados em bairros do Município de Curitiba que apresentam desigualdades em condições de qualidade de vida.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- *Caracterizar* as condições de qualidade de vida dos *bairros selecionados* – Centro, Bairro Alto e Cajuru.
- *Caracterizar a situação de vida*, considerando os aspectos demográfico e ambientais, sócio–econômicos, do consumo e comportamento alimentar, estado nutricional e de saúde dos *idosos* selecionados.
- *Descrever a situação de vida* dos idosos agrupados segundo os bairros selecionados.
- *Verificar as relações* entre as categorias de *análise*, considerando os grupos de idosos por bairro selecionado.
- *Identificar as diferenças* entre os grupos de idosos por bairro, a partir das categorias de análise.
- *Verificar a existência de relações* da situação de vida dos idosos com, os as desiguais condições de qualidade de vida dos bairros pesquisados.

7 HIPÓTESE

As condições vividas pelos idosos possuem relações com os bairros selecionados ao estudo, com desiguais condições de qualidade de vida.

8 VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Este capítulo apresenta a descrição dos tópicos que instrumentam a verificação das hipóteses do estudo, os quais estão definidos como Universo de Estudo, Instrumento de Pesquisa de Campo, Metodologia da Pesquisa e Resultados.

Nas duas primeiras partes são descritos os materiais utilizados como amostra, os instrumentos de coleta de dados para a pesquisa de campo. Enquanto que a metodologia compreende o delineamento do tipo e desenho geral do estudo, a delimitação das categorias de análise, a descrição da seleção da amostra e dos procedimentos da pesquisa de campo, da análise e da validação dos dados coletados e registrados.

8.1 UNIVERSO DE ESTUDO

8.1.1 Unidade Amostral:

- Idoso

Corresponde aos indivíduos de ambos os sexos com 60 ou mais anos de idade, que estejam domiciliados, apresentando ou não limitações físicas e psíquicas. Este ponto de corte utilizado segue a preconizada pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1989; WHO, 1995).

- Família

Corresponde ao conjunto de indivíduos que repartem as mesmas estratégias de sobrevivência, independente da existência de relações consangüíneas.

8.1.2 Período Amostral

A coleta de dados foi realizada de julho até dezembro de 1999 e de março até junho de 2000, evitando as variações sazonais e os períodos festivos que interferem nos hábitos alimentares.

8.1.3 Plano Amostral:

- Bairro

As unidades espaciais selecionadas foram 3 bairros do Município de Curitiba: Cajuru, Centro e Bairro Alto.

- Domicílio

A seleção do domicílio ocorreu em função da presença de pessoas com 60 ou mais anos de idade. O domicílio neste estudo é considerado o espaço reconhecido pelo idoso e/ou entrevistado como sendo o ambiente onde se constitui as principais estratégias de sobrevivência do idoso.

8.2 INSTRUMENTO DE PESQUISA DE CAMPO

O instrumento da pesquisa de campo – Inquérito Domiciliar do Projeto a Terceira Idade na Construção de suas Práticas Alimentares (UFPR - BANPESQ 098005569) - é constituído de questões fechadas, do tipo estruturado, de natureza qualitativa e quantitativa, que identificam as diversas variáveis de interesse a fim de compor as categorias de análise: consumo alimentar, comportamento alimentar, estado nutricional, estado de saúde, condições e situações de vida (ver ANEXO 01).

O instrumento de registro de dados foi elaborado baseado em roteiros sugeridos pelo Galeazzi et al. (1997), Galeazzi et al. (1996), UNIVERSIDADE

[1996a?] e Gross (1997), com adaptações para atender o objeto de estudo - o idoso no contexto urbano do Município de Curitiba.

Assim, as variáveis foram definidas sob questões relativas as características demográficas e sócio - econômicas, as avaliações antropométricas, a infra-estrutura urbana disponível, a utilização de equipamentos de abastecimento e de saúde, o comportamento alimentar e social, as condições de saúde e o consumo alimentar individual.

O questionário de freqüência de consumo alimentar semi quantitativo foi padronizado em estudo multicêntrico na população brasileira (GALEAZZI et al., 1997) e, anteriormente, validado em estudos de Sichieri e Everhart (1995), Sichieri (1998), Sichieri e Everhart (1998) e seguindo a orientação do levantamento realizado no Município de Curitiba (UNIVERSIDADE..., [1996a?]).

8.3 METODOLOGIA - TIPO DE ESTUDO E DESENHO GERAL

O presente estudo tem caráter exploratório em relação a metodologia utilizada para validação qualitativa do instrumento de pesquisa e pela natureza da pesquisa com o idoso presente em seu próprio contexto domiciliar (GROSS, 1997; GALEAZZI et al., 1997; NAVES, 1998).

Para sua execução a metodologia teve suporte no tipo de estudo epidemiológico de delineamento transversal e análise qualitativa e quantitativa, no qual a amostra foi escolhida através de procedimento aleatório.

Os dados da pesquisa quantitativa e qualitativa foram obtidos, no momento da visita domiciliar, através de apontamentos em questionário padronizado. Em paralelo, foram efetuadas anotações sobre as explicações e/ou descrições referentes aquelas questões realizadas pelo/ao idoso durante a entrevista. Após a entrevista foi realizado registro do relato do entrevistado para a análise qualitativa e para a análise do próprio instrumento utilizado.

8.4. METODOLOGIA - PROCEDIMENTOS

8.4.1. Seleção da Amostra

8.4.1.1- Grupo Populacional do Estudo - Idosos

O número amostral foi estimado com base na proporção utilizada, conforme Tabela do quadro 1 em estudo no Galeazzi et al. (1997) e conforme o qual foi estabelecido o tamanho da amostra.

A proporção de 0,02% foi aplicada na população de idosos nos 3 bairros selecionados que correspondeu a 32 entrevistados de 15971 idosos da população nos bairros em estudo (IPPUC, 1998). A fim de garantir uma cobertura mínima estatística do número amostral e a proporcionalidade de idosos entre os 3 bairros, foram selecionados ao acaso mais de 70 idosos acaso nas áreas de abrangência do estudo, contudo destes foram apenas efetivadas 58 entrevistas, sendo 18 idosos com endereços fixos no bairro do Centro, 20 idosos no bairro do Bairro Alto e 20 idosos no bairro do Cajuru.

Os idosos foram selecionados do conjunto de endereços disponibilizados dos registros do estudo multicêntrico realizado em Curitiba, dos Programas Saúde da Família e Dengue de algumas das Unidades de Saúde; de lista de participantes antigos e atuais nas atividades para idosos em centros comunitários da Prefeitura, por indicação de outro morador e por acesso, ao acaso, em seus domicílios.

8.4.1.2- Plano Amostral - Bairros

O desenvolvimento da pesquisa de campo foi realizado em 3 bairros do Município de Curitiba - Cajuru, Centro e Bairro Alto.

Os bairros foram selecionados utilizando como critérios: - os níveis distintos de satisfação das necessidades sociais nos bairros (alto, médio e baixo) (IPPUC, 1996b); e - as maiores proporções de idosos na população dos bairros (superiores a 6%) e em relação a do Município de Curitiba (IPPUC, 1998). Estes critérios estão incluídos e discutidos no Capítulo O ESPAÇO URBANO DE CURITIBA.

A TABELA 10 apresenta de forma sintética as características demográficas dos bairros selecionados do Centro, Cajuru e Bairro Alto; sendo relacionados a intervalos de valores do índice de satisfação das necessidades sociais (UNIVERSIDADE..., 1996b) ou também denominado de índice sintético da qualidade de vida de 0-40%, 40-60%, 60-80% e 80-100%.

O bairro do Centro corresponde as melhores condições; o Cajuru como o de baixa condição e o Bairro Alto corresponde as condições médias de qualidade de vida, cujas condições o próprio Município de Curitiba é identificado.

O bairro do Centro é o de maior densidade populacional assim como o de proporção maior da parcela etária com mais de 60 anos. Contudo estes dados do bairro do Centro passar a ter peso, relativamente, menor quando comparado aos dados dos outros bairros selecionados em relação a população idosa do bairro e do Município.

TABELA 10 - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS BAIRROS DO CENTRO, CAJURÚ E BAIRRO ALTO, DO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1996

INDICADORES	BAIRRO (%)			MUNICÍPIO DE CURITIBA (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
População (hab.)	35 845	38 034	84 286	1 476 253
%População do bairro na população total	2,43	2,58	5,71	
População 60+anos (hab.)	5 650	3 071	7 265	112 840
%População 60+ anos na população	15,76	8,07	8,60	7,64
%População idosa do bairro/população idosa total	0,38	0,21	0,49	7,57
Densidade da população idosa (idosos/ha)	17,14	4,38	6,29	2,61
Densidade populacional (hab./ha)	108,72	54,19	72,96	34,16
Área (ha)	329,7	701,8	1 155,2	43 217,0
Taxa de Crescimento Anual 91/96	-0,63	0,78	1,99	2,34

FONTE: IBGE. Contagem da população 1996 e Setores de Banco de Dados, Monitoração e Pesquisa do IPPUC.

Os bairros selecionados para o presente estudo estão em áreas de abrangência administrativa distinta. No caso do Bairro do Centro, sua escolha atende a alta densidade de idosos e populacional, apesar da tendência ao crescimento negativo. Os bairros do Cajuru e do Bairro Alto estão em áreas mais periféricas e limítrofes leste do Município e, ambos, tem apresentado aumento nas taxas de crescimento populacional.

Os três bairros foram divididos, segundo o mapa de arruamento (IPPUC, 1998), em 10 sub-áreas visando garantir a cobertura e distribuição do número amostral de 20 entrevistados por bairro de maneira homogênea dentro dos limites dos bairros; constituindo desta forma uma amostra estratificada por sub-áreas de cada bairro.

8.4.2 Coleta de Dados

8.4.2.1 Fonte de dados

- Fontes Secundárias: Os dados foram transcritos de fontes como do Banco de Dados do IPPUC, disponibilizados através de documentação organizada em publicações do mesmo Setor do IPPUC ou IPARDES. Outras fontes de dados também foram utilizados com as publicações da Fundação de Ação Social da Prefeitura de Curitiba, da Secretaria Municipal de Saúde, da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, da Secretaria Municipal de Indústria e Comércio e outros.

- Fontes Primárias: Os dados foram obtidos a partir da entrevista domiciliar com idosos, como registros no questionário estruturado e em relatório sobre a entrevista domiciliar.

8.4.2.2 Procedimentos na Entrevista Domiciliar

O procedimento da entrevista e coleta de dados aconteceram após um primeiro contato pessoal ou por telefone para a motivação à entrevista domiciliar, à entrega da folha de esclarecimentos sobre o estudo e o pré - agendamento a fim de realizar a próxima visita e entrevista.

No processo de seleção dos idosos foram entrevistados aqueles que se dispunham a participar do inquérito domiciliar e que contavam com disponibilidade de tempo. Esta situação caracterizou um viés para análise dos dados, por efeito de

confundimento na amostra, configurando a baixa ocupação em trabalhos formais ou informais. Outro viés foi a maior disponibilidade das mulheres à participação do estudo.

No caso do idoso estar incapacitado ou impossibilitado para responder parte ou todo o questionário, houve a participação voluntária de membro(s) da família denominado informante qualificado.

As entrevistas ocorreram no próprio domicílio do entrevistado selecionado, durante o dia e durante a semana, sempre realizados após novos esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre o consentimento voluntário de participação.

Estes procedimentos foram aprovados sob o aspecto ético, seguindo as recomendações do Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná (24.08.1999, Protocolo n° 012/00) as quais estavam de acordo com a Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

O preenchimento do questionário estruturado foi executado pelo entrevistador enquanto as questões eram apresentadas ao entrevistado, de modo direto, e buscando haver mínima interferência do entrevistador para o comprometimento da fidignidade do estudo.

O período utilizado para cada entrevista variou em média de 5 à 10 horas e transcorrendo em vários dias, conforme a disponibilidade do entrevistado e entrevistador. No mesmo momento da entrevista foram realizadas as medidas antropométricas e a avaliação cognitiva de acordo com o descrito nos respectivos procedimentos de aferição.

Durante os períodos de intervalo ou concluída a entrevista, foram averiguadas as anotações do preenchimento dos formulários e elaborado o relatório sobre o relato da entrevista para a complementação de informações.

A entrevista domiciliar foi conduzida por um entrevistador e, durante apenas a fase inicial do trabalho de campo do inquérito domiciliar houve o acompanhamento de graduandas dos Cursos de Farmácia e de Nutrição, como parte da atividade de treinamento de trabalho de campo.

8.4.3 Procedimentos para a Análise de Dados

8.4.3.1 Definição operacional das categorias de análise:

As categorias de análise para o estudo estão divididas em dois grupos a) as que caracterizam *o meio urbano* onde vive o idoso e agrupadas no estudo como caracterização da condição de vida no bairro e b) as que caracterizam *o idoso*: comportamento alimentar, estado nutricional, estado de saúde e situação de vida.

8.4.3.1.1 Caracterização das condições de vida no bairro

As condições de vida nos bairros selecionados paro o estudo foram evidenciadas a partir da análise de dados e informações de fontes secundárias sobre os indicadores sociais, demográficos e ambientais.

8.4.3.1.2 Situação de vida

Corresponde ao quadro material de vida do idoso e os comportamentos adotados pelo idoso no seu gerenciamento. O conjunto das condições de existência material, social e cultural individuais do idoso identificam o quadro material de vida ou a situação de vida do indivíduo (NAZARENO, 1999). No presente trabalho a situação de vida foi expressa pela situação demográfica, econômica, da unidade domiciliar, de saúde e social do idoso.

- *Situação demográfica* do idoso: determinada pelas variáveis levantadas a partir do instrumento da pesquisa de campo e relativas as pessoas: sexo, idade, estado civil, religião, renda, ocupação, escolaridade, composição familiar, procedência e tempo de permanência no bairro e Município de Curitiba.

- *Situação econômica* do idoso: determinada pelas variáveis relativas a renda do idoso que é composta da remuneração, pensão e auxílio financeiro mensal (quantitativo e qualitativo), situações que se refletem dependência (doações ou trocas em bens), utilização e participação da renda do idoso na renda familiar.

- *Situação da unidade domiciliar*: determinada pelas características tipo de construção, situação de posse, saneamento básico, destino de lixo e utilitários domésticos.

- *Situação social do idoso*: determinada pelo modo de vida do idoso relativas ao comportamentos e relações social e familiar (dependência, inserção, atividades da vida cotidiana, sua participação em atividades em grupo); suas atividades físicas ou prática de exercícios, o lazer e ocupação que reflitam relações sociais (GROSS, 1997).

- *Situação de saúde*: é determinada pelos estados de saúde e nutricional e as intervenções que o idoso realiza sobre o meio ambiente vivido a fim de estabelecer a situação de saúde. Nesta variável foram analisadas a disponibilidade, o acesso e a utilização de serviços de saúde, de assistência, de alimentação e os eventuais impactos dos estados de saúde e nutricional no idoso.

8.4.3.1.3 Estado de saúde

O estado de saúde é descrito a partir de variáveis relativas aos aspectos físico, biológico e mental do idoso.

No presente trabalho a abordagem realizada apenas utilizou variáveis para descrever o estado de saúde sob o aspecto biológico, desconsiderando os possíveis comprometimentos da saúde por fatores externos, como aquelas relacionadas: as condições sanitárias e higiênicas do domicílio ou do idoso, a poluição ambiental, a exposição do idoso a violência ou/e acidentes por diversas causas.

A *Capacidade biológica do idoso* corresponde a composição das variáveis relativas as enfermidades presentes e aos fatores de riscos que comprometem a manutenção da capacidade metabólica do idoso; bem como a retrospectiva dos comportamentos relacionados com a saúde, relativos ao tabagismo, consumo de álcool, regime alimentar e os antecedentes de saúde (PALLONI et al., 1997).

Os fatores de risco – nutricional e uso de drogas lícitas - relacionados no estudo podem ou não se referir a períodos anteriores ao da entrevista mas que comprometam o atual estado de saúde do idoso.

- *enfermidades ou transtornos crônicos ou agudos* correspondem as principais queixas e enfermidades referidas, de ocorrência ou persistência no último mês, que favorecem a impedimentos cotidianos ou a morbidade crônica do idoso.

- *risco nutricional* é caracterizado pela adequação alimentar e avaliação (clínico -) antropométrica para cada idoso e agrupados por bairro, cujas variáveis constituem a categoria ESTADO NUTRICIONAL (WILKINSON e MARMOT, 2000).

- *consumo de drogas* lícitas está relacionado aos antecedentes, a duração, a periodicidade, o modo, a posologia e as relações de consumo de medicamentos com ou sem prescrição, do consumo de bebida alcóolica e do tabagismo de forma a se estabelecer os riscos à saúde do idoso.

A identificação do uso dos medicamentos pelo idoso busca retratar o nível de medicalização, a polifarmácia e as idiossincrasias do uso como os possíveis efeitos colaterais ou interações medicamento – medicamento – alimento; que implicam em riscos nutricionais e em saúde. Os medicamentos foram agrupados conforme sua terapêutica e a Classificação de Doenças CID – 10 a fim de indicar o quadro geral de morbidade referida (WHO, 1993).

8.4.3.1.4 Comportamento alimentar:

O comportamento alimentar compreende o reconhecimento dos alimentos, habitualmente, consumidos e o modo de apropriação dos alimentos disponíveis (GROSS, 1997).

O comportamento alimentar foi determinado pelo conjunto de variáveis que identificam : 1) os alimentos, habitualmente, consumidos sendo incluídos os resultados das atitudes do idoso com relação as suas escolhas, as suas preferencias e aversões, as recomendações (restrições), ao acesso e a disponibilidade dos alimentos; 2) as condições de acesso dos alimentos desde a aquisição até o modo de consumo (compra, trocas, doações); 3) os ritmos da alimentação do idoso (número, tipo, local, tempo) e 4) as relações sociais que se estabelecem no consumo de alimentos na obtenção de alimentos e nas refeições; como trocas, compartilhamento com pessoas e/ou animais das refeições no domicílio e fora dele.

Os resultados são apresentados para as diversas variáveis isoladamente ou agrupadas para compor um quadro geral de comportamento alimentar, de modo a ressaltar as similaridades e desigualdades entre os grupos estudados. Ao conteúdo quantitativo, a discussão remete as anotações sobre os relatos dos entrevistados para as relações do comportamento alimentar com a subjetividade existente na composição desta categoria de análise.

8.4.3.1.5 Consumo alimentar

O Consumo alimentar corresponde a caracterização, qualitativa e quantitativa, do tipo de alimentação de um indivíduo, grupo ou população (GALEAZZI, 1996a).

O consumo alimentar individual – do idoso - foi estabelecido, segundo a metodologia descrita por Galeazzi et al. (1996) e Galeazzi et al.(1997), pelo consumo qualitativo e quantitativo médio diário de alimentos preparados e consumidos no

ambiente familiar e aqueles obtidos ou consumidos fora do domicílio, tendo como referência o consumo no mês da entrevista.

Para sua determinação foi utilizado o questionário semi-quantitativo de frequencia de consumo alimentar, parte integrante do instrumento de pesquisa (ver ANEXO 02).

Consumo Alimentar Qualitativo

O consumo alimentar qualitativo foi considerado como os alimentos que fazem parte da alimentação dos entrevistados, sem contudo considerar a periodicidade e as proporções os quais são utilizados na alimentação. As variáveis utilizadas foram definidas como:

- *Alimentos consumidos pelo idoso*: representa os alimentos consumidos pelo idoso considerando os alimentos listados no questionário de freqüência de consumo (ANEXO 01).
- *Alimentos consumidos pelos idosos segundo o bairro em estudo: correspondem aos alimentos ordenados em relação ao consumo e agrupados por bairro.*

Consumo Alimentar Quantitativo

- *Quantidade consumida de alimentos pelo idoso*: corresponde a energia média diária consumida pelo idoso (em Kcal), calculada a partir da estimativa da dieta total mensal do entrevistado, considerando o fornecimento de energia de cada alimento registrado no questionário semi – quantitativo de freqüência de consumo. A partir

destas estimativas foi possível estabelecer a estimativa diária dos macronutrientes (proteína, lipídios, carboidratos) componentes dos alimentos consumidos, em Kcal.

- A *quantidade média diária de alimentos consumidos pelos idosos segundo o bairro em estudo: corresponde a média da quantidade estimada* de consumo de alimentos individual agrupados por bairro.

8.4.3.1.6 Estado nutricional

O estado nutricional representa, sob a dinâmica biológica, a relação entre o consumo alimentar e as necessidades nutricionais, tais como os gastos nutricionais ou utilização biológica de nutrientes (VASCONCELOS, 1995).

O estado nutricional do idoso e do grupo de idosos por bairro foram obtidos de modo direto através da avaliação dietética e da avaliação (clínico -) antropométrica (PEREIRA, 1995; MAHAN e ESCOTT- STUMP, 1998). Assim esta categoria estado nutricional estabelecida, os resultados foram, posteriormente, relacionados as categorias estado de saúde e situação de vida do idoso.

a) Avaliação Antropométrica

Os parâmetros utilizados neste estudo de avaliação clínica de cada entrevistado foram o Índice da Massa Muscular (IMC ou de Quetelet) e o Índice Cintura – Quadril (RCQ), os quais são indicadores de acúmulo de gordura corpórea associados ou não à idade e ao sexo (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998, p.379).

Estes dois índices foram analisados associados neste estudo conforme pode

ser observado no QUADRO 02, a fim de compor uma classificação mais apropriada de sobrepeso, de baixo peso e normalidade e indicar, quando fosse o caso, riscos para a saúde.

QUADRO 02 - CLASSIFICAÇÃO DE RISCOS SEGUNDO A RELAÇÃO ÍNDICE DA MASSA CORPÓREA (IMC OU DE QUETELET) E ÍNDICE CINTURA – QUADRIL (RCQ), PARA OS IDOSOS NOS BAIRROS DO CENTRO, DO BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000

Relação IMC e RCQ	Interpretação em Risco
↑IMC (sobrepeso) e ↑ RCQ	Risco 4
IMC adequado e ↑ RCQ	Risco 3
↓IMC (baixo peso) e ↑ RCQ	Risco 3
↑IMC (sobrepeso)e RQC adequado	Risco 2
↓IMC (baixo peso)e RCQ adequado	Risco 1
IMC e RCQ adequados	Sem Risco

Esta análise comparada de IMC e RCQ é justificada pelo risco identificado para diabetes e doenças cardíacas, em situações em que os valores de IMC mesmo sendo inferiores a 25 estão associados ao ganho de peso ou a RCQ indicativo de aumento de gordura ao nível visceral (WHO, 1995).

a.1. *Indice de Massa Corporal (IMC) ou de Quetelet*: é um indicador antropométrico do estado nutricional e do estado de saúde empregado para adultos, determinado pela relação entre a massa corpórea (Kg) e o quadrado da altura (m^2), sendo expressa em Kg/m^2 (WHO, 1995; PEREIRA,1995).

A interpretação do IMC foi realizada para cada idoso considerando o intervalo de IMC de 23-28 Kg/m^2 para a faixa etária de 55 - 64 anos de idade, o intervalo de IMC de 24-29 Kg/m^2 para indivíduos com 65 e mais anos. Para a faixa de 60 – 69 anos, há a sugestão que valores abaixo de 18,5 Kg/m^2 de IMC indicam subnutrição (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998, p.972, apêndice 18).

a.1.1. Procedimento de aferição dos dados antropométricos:

Massa corpórea (Kg): foi aferida em balança microeletrônica portátil, de marca nacional Filizola, com precisão de 0,1 Kg e capacidade de 150 Kg. O indivíduo é pesado com roupas leves e sem sapatos.

Altura (cm): foi tomada utilizando fita métrica inelástica aderida a parede e com auxílio de um objeto similar a um bloco retangular possibilitando a aproximação da cabeça do indivíduo e a parede. O indivíduo é aferido com roupas leves, descalço, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo e de acordo com o descrito por Gibson (1990). As medidas aferidas foram arredondadas para a unidade mais próxima quando frações superiores a 0,5cm e desprezadas quando lidas frações inferiores a 0,5cm.

a.2. *Proporção circunferência da cintura e do quadril (glúteo) ou RCQ é* utilizada como indicador da deposição de gordura abdominal na população (WHO,1995) e diferencia a obesidade andróide e ginóide (PEREIRA, 1995).

A RCQ apresenta limites máximos de 0,95 para os homens e 0,80 para as mulheres (WHO, 1995; PEREIRA, 1995); indicando obesidade andróide e risco aumentado para doenças relacionadas à obesidade, a diversas doenças crônicas tais como cardiopatias coronárias, doenças cardiovasculares, hipertensão, hiperlipidemias, câncer, diabetes tipo II e cálculos biliares, entre outras.

a.2.1. Procedimento de coleta dos dados antropométricos:

Circunferência da cintura ou a circunferência abdominal (cm): a aferição foi realizada com fita métrica inelástica da menor circunferência abaixo das costelas e

acima do umbigo. No caso da dificuldade na localização da cintura, quando o abdômen distendido ou por modificações no tonos muscular, foi utilizada a menor circunferência natural.

Circunferência do quadril ou do glúteo (cm): a aferição foi realizada com fita métrica inelástica da maior circunferência na extensão posterior das nádegas ou da maior circunferência entre a cintura e os joelhos.

Para a tomada das circunferências, o indivíduo permanecia em pé, ereto, com os pés juntos, braços estendidos ao longo do corpo e, preferencialmente, com a roupa afastada.

b) Avaliação Dietética

A avaliação dietética determina a natureza e a quantidade dos alimentos ou grupos de alimentos consumidos, servindo para estabelecer o consumo adequado ou inadequado de energia e nutrientes (carboidrato, lipídios, proteínas, vitaminas e minerais) dos indivíduos quando relacionados as necessidades energéticas e nutricionais recomendadas. Os dados dietéticos isolados fornecem uma estimativa do risco da inadequação dos nutrientes.

b.1. Avaliação Dietética do Consumo de Alimentos

b.1.1. q*uantidade consumida de alimentos e nutrientes* para o idoso (Kcal): corresponde a contribuição energética dos nutrientes constituintes da alimentação total diária do idoso, cujos valores foram estimados pela conversão dos alimentos

consumidos em energia. O programa Virtual Nutri (PHILIPPI et al., 1996) e a Tabela do ENDEF (FUNDAÇÃO...,1985) foram utilizados na conversão, visto não serem realizadas as determinações físico-químicas das preparações alimentícias mencionadas de consumo.

b.2. *quantidade consumida de alimentos e nutrientes, por bairro* (Kcal): foi calculada pela média da quantidade estimada de energia total e em macronutrientes constituintes nos alimentos consumidos diariamente, pelos indivíduos agrupados por bairro. Os dados individuais obtidos foram também agrupados conforme os valores abaixo ou acima das recomendações de energia total e em macronutrientes; indicando as proporções em cada bairro pesquisado.

c. Avaliação Dietética da Adequação Alimentar

c.1 A *adequação do consumo de alimentos e de nutrientes* por idoso corresponde a avaliação do consumo alimentar do idoso em relação as recomendações de consumo em energia e de nutrientes para o indivíduo.

c.2. A *adequação do consumo de alimentos e de nutrientes, por bairro* são expressas em percentagem dos casos com adequação da quantidade de alimentos e de nutrientes consumidos por dia. E também são expressos pela relação dos valores médios de consumo alimentar e dos recomendados para os idosos agrupados por bairro do estudo.

c.3. Procedimento para determinar as necessidades energéticas e nutricionais:

c.3.1. Necessidades energéticas:

As necessidades energéticas ou quantidades energéticas recomendadas são,

convencionalmente, expressas em *necessidades calóricas estimadas diárias* (REE).

A quantidade de energia necessária a ser ingerida em alimentos para cada idoso entrevistado foi calculado, a fim de minimizar as diferenças individuais do grupo pesquisado, levando em conta as necessidades nutricionais de um indivíduo sadio para satisfazer as demandas de seu organismo (manutenção basal, atividade física, estado fisiológico e crescimento) (DUTRA e MARCHINI, 1998). Entretanto neste estudo, buscando considerar algumas das particularidades individuais dos entrevistados, que eram indivíduos com 60 ou mais anos de idade, as necessidades energética diárias foram estimadas a partir da taxa do metabolismo basal (TMB) e do nível de atividade física do indivíduo considerando o sexo e o peso corpóreo de cada entrevistado (SALMON, 1991; MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998).

Este procedimento para a estimativa da quantidade de energia necessária para cada idoso é fundamentada conforme a NCR/RDA (NCR...,1989, p.19).

> "In applying the RDAs, one should remember that a given person may be physiologically younger or older than his or her chronological age would suggest and that it becomes increasingly difficult to define the term *healthy* with advancing age. There is some evidence that the elderly have altered requirements for some nutrients. For example, intestinal absorption, particularly of minerals, may be impaired. However, there is no evidence that an increased intake of nutrients above the RDAs is necessary, or that higher intakes will prevent the changes associated with aging."

A fim de compor esta variável foram realizados, para cada indivíduo do estudo, procedimentos de aferição antropométrica do peso e altura, de consulta do entrevistado sobre o tipo de desempenho na atividade física e o cálculo da taxa de metabolismo basal (TMB) (MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998).

Para indivíduos com 60 ou mais anos de idade, as equações para a previsão do gasto de energia no repouso (TMB) utilizadas estão indicadas na TABELA 11 (NRC, 1989).

TABELA 11 - EQUAÇÕES PARA A PREVISÃO DO GASTO DE ENERGIA NO REPOUSO.

EQUAÇÃO PARA PREVISÃO DO GASTO DE ENERGIA NO REPOUSO (REE) (KCAL/DIA)				
Sexo	Homem		Mulher	
Idade > 60 anos	(13,5 x P) + 487	(SD 148)	(10,5 x P) + 596	(SD 108)
P = peso do indivíduo em quilogramas (Kg)	SD = desvio padrão das diferenças entre valores computados e os reais			

FONTE: MAHAN e ESCOTT – STUMP (1998, p. 26 , tabela 2.6).

A taxa de metabolismo basal assim calculada é multiplicada pelo fator de atividade física (TABELA 12), resultando na estimativa das necessidades energéticas diárias totais segundo o nível geral de atividade do indivíduo e por sexo. Este fator de atividade física corresponde a eficiência dos hábitos de movimentação do indivíduo o qual é determinado a partir do desempenho de cada tipo de esforço físico como leve, moderado ou intenso.

O nível geral de atividade do indivíduo foi estabelecido pelo entrevistado após a análise do instrumento de pesquisa domiciliar e relatório a fim de identificar o conjunto de atividades físicas realizadas no cotidiano, sendo classificadas como sedentária, leve, moderada ou intensa.

O cálculo da estimativa das necessidades energéticas incorporando o nível de atividade do indivíduo, segundo a NRC (1989), merece cuidado face os fatores de atividade física serem aproximações grosseiras dos requerimentos de energia. Neste estudo, ao cálculo da quantidade energética recomendada para todos os entrevistados idosos foi realizado ajuste no cálculo do metabolismo basal ao peso normal (adequado)

segundo a altura visto recomendação da NRC (1989) e Sichieri (1998). O parâmetro peso adequado para a altura é definido para o Índice de Massa Corporal de 22 Kg/m^2, o qual está inserido no intervalo de normalidade para adultos e idosos (IMCs 22 ao 25) (WHO, 1995).

TABELA 12 - FATORES PARA DETERMINAR AS NECESSIDADES ENERGÉTICAS DIÁRIAS TOTAIS, SEGUNDO OS NÍVEIS DE ATIVIDADES FÍSICAS, O SEXO E IDADE ENTRE 19 E 50 ANOS

CATEGORIA DA ATIVIDADE FÍSICA	NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA	FATOR DE ATIVIDADE (Kcal / min)	
		Homem	Mulher
Muito pouca atividade física durante o trabalho ou no tempo lazer	Leve	1,55	1,56
Moderada atividade física durante o trabalho ou durante lazer	Moderada	1,78	1,64
Intensa atividade física no trabalho ou durante atividades de recreação	Intensa	2,10	1,82

FONTE: MAHAN e ESCOTT – STUMP, 1998, p. 21.

c.3.2. Necessidades nutricionais

As necessidades nutricionais correspondem as quantidades de energia e de nutrientes que um indivíduo sadio precisa ingerir para satisfazer as demandas de seu organismo (manutenção basal, atividade física, estado fisiológico, crescimento). Elas são estabelecidas pressupondo haver uma regularidade orgânica nos homens; agrupando os indivíduos com similares em idade, sexo, dimensões corporais (peso e altura) e perfis de atividade física (DUTRA, 1998).

A definição das necessidades nutricionais é pouco precisa de modo que se tem proposto quantidades recomendadas de nutrientes na alimentação para indivíduos saudáveis como as apresentadas no QUADRO 03. Estes valores de referência foram aplicados nos valores da estimativa das necessidades energéticas determinada para cada idoso entrevistado a fim de estabelecer a adequação alimentar em nutrientes.

QUADRO 03 - RECOMENDAÇÕES DE NUTRIENTES PARA ADULTOS COM 60 ANOS OU MAIS.

NUTRIENTE	VALOR RECOMENDADO EM RELAÇÃO AO CONSUMO TOTAL DE ENERGIA DIÁRIO	SEGUNDO A RECOMENDAÇÃO em
Proteína	12 –14% **(15%)**	HORWITZ, A Guias Alimentarias y metas nutricionales en el envejecimento. Archivos Latinoamericanos de Nutricion.v.28. n.3. sept.1988. p.723-749.
Gordura total	Não mais do que 30% **(25%)**	Fats and Oils in Human Nutrition. Report of a Joint FAO/WHO Expect consultation. 19-26 october 1993
		HORWITZ, A Guias Alimentarias y metas nutricionales en el envejecimento. Archivos Latinoamericanos de Nutricion.v.28. n.3. sept.1988. p.723-749.
Carboidrato	55% **(60%)**	
		Carbohydrates in human nutrition. Report of joint FAO/WHO Expert Consultation 14-18 april 1997
Fibras	20-30g	HORWITZ, A Guias Alimentarias y metas nutricionales en el envejecimento. Archivos Latinoamericanos de Nutricion.v.28. n.3. sept.1988. p.723-749.
Sal	5g	
Ferro	10mg	
	8mg para homem 7mg para mulher	Nutrition Recommendations for Canadians 1989 In: KRAUSE, 1998. p 352.
Cálcio	800mg	Calcium throughout life. Food, Nutrition and Agriculture. N.20.1997 NRC Institutes of Health – NIH.Consensus Statement Optimal Calcium intake. Washington, D.C. n.12 p.1-31 1994
Colesterol	< 300 mg	SICHIERI, 1998, p.97

8.4.3.2 Organização dos dados para análise

Os dados do inquérito domiciliar foram transcritos por digitação nos programas Virtual Nutri (PHILIPPI et al., 1996), Epi – Info versão 6.01 (DEAN et al., 1994) (sistema de digitação de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores). Os dados digitados foram confirmados duas vezes à garantir

a confiabilidade dos resultados, submetidos a consistência e a compatibilização para, quando necessária, à definição estatística das variáveis e análise das categorias de estudo no próprio programa Epi – Info versão 6.01 ou no pacote estatístico MSTAT.

O programa Virtual Nutri (PHILIPPI et al., 1996) e a Tabela do ENDEF (FUNDAÇÃO...,1985) foram utilizados para transformar os registros do questionário de freqüência de consumo de alimentos em valores de consumo diário e determinar a constituição energética dos nutrientes dos alimentos referidos de consumo.

Os dados referentes às variáveis categóricas ou de classes (aqueles que assumem um dentre alguns possíveis valores), foram comparados pelo teste de Qui-quadrado (χ^2), visando verificar a existência de relação entre as variáveis avaliadas e os bairros pesquisados. Contudo em algumas situações foram apenas calculadas as freqüências, médias e desvios padrão. No caso das variáveis serem do tipo contínua (aquelas que assumem qualquer valor dentro de uma escala), os dados foram submetidos a análise de variância e as médias dos tratamentos ao teste DMS (desvio mínimo significativo), ao nível de 5% de probabilidade.

Os resultados foram sintetizados na forma de gráficos, mapas, quadros e tabelas para a interpretação e análise das variáveis e categorias estudadas.

9 RESULTADOS

Este capítulo apresenta a descrição dos dados obtidos e formatados para a análise sob o domínio das categorias que caracterizam *o idoso,* como o consumo alimentar, o comportamento alimentar, o estado nutricional, o estado de saúde e a situação de vida; e a categoria que caracteriza o *meio urbano* onde vive o idoso e denominada no estudo, como condição de vida no bairro.

Os resultados obtidos são avaliados sob os agrupamentos, inserções e correlações das variáveis, visto haver várias situações de interações conceituais entre elas e as categorias de análise. Deste modo formatados possibilitam a análise e identificação das correlações epistemológicas meio ambiente vivido (nos bairros selecionados) e desenvolvimento humano.

9.1. CARACTERIZAÇÃO DOS BAIRROS

Algumas informações merecem ser descritas sobre os aspectos demográficos, sociais e ambientais existentes nos bairros do Centro, Bairro Alto e Cajuru para maior entendimento das situações aferidas a partir da pesquisa de campo, desvendando parte do espaço vivido pelos idosos.

9.1.1 O Bairro do Centro

O nome do bairro Centro é uma referência ao núcleo em volta do qual cresceu o Município de Curitiba, a partir do século XVII. O povoado da Vila Nossa Senhora da Luz e Bom Jesus dos Pinhais foi fundado em 29 de março de 1693 na localidade da Praça Tiradentes.

Sua constituição como bairro permeia a própria história do Município; onde aconteceram a passagem dos tropeiros, o comércio de subsistência do povoado, o forte comércio da erva-mate e da madeira, e foram instituídas sedes de referência dos serviços públicos administrativos, de ensino, de saúde e outros.

O bairro do Centro participou das transformações urbanas como do transporte da população em bondes elétricos na Rua XV de Novembro (em 1913) ao de ônibus (década de 50), como das reformas de suas ruas deste a pavimentação com paralelepípedos, o alargamento de ruas, da restrição de circulação de automóveis em algumas ruas centrais, da substituição dos casarões por edifícios, a implantação do saneamento básico e a canalização dos rios Ivo e Belém (FENIANO, 1996).

A situação espacial do bairro do Centro está na região centro - leste de Curitiba, fazendo limites com os bairros do Alto da Glória, Alto da Rua XV, Centro Cívico, Rebouças, Batel, São Francisco e Bigorrilho, conforme está mostrado no esquemático MAPA 04. Os limites do bairro são fornecidos pelas ruas Visconde de Guarapuava, Desembargador Mota, Carlos de Carvalho, Visconde de Nacar, Cruz Machado, Barão do Cerro Azul, Mateus Leme, Inácio Lustosa, Presidente Faria, Carlos Cavalcanti, Conselheiro Araújo e Doutor Faivre (MAPA 04).

A área do bairro do Centro perfaz 329,70 hectares e está ocupada por atividades concentradas de comércio, de serviços institucionais, de serviços culturais e de lazer. Nesta área estão localizadas a maior concentração de Unidades de Interesse de Preservação do tipo histórico. É também reconhecida como a área de maior densidade populacional do Município de Curitiba que corresponde a 108,72 habitantes por hectare, segundo os dados da Contagem Populacional de 1996.

MAPA 04 - LIMITES DO BAIRRO DO CENTRO, MUNICÍPIO DE CURITIBA - 2000

Fonte: IPPUC. Setores de Banco de Dados, Monitoração e Pesquisa do IPPUC.2000

Apesar desta situação de ocupação há restrições para as instalações de novos serviços de infra-estrutura, como para escolas e para alguns tipos de pontos comerciais (supermercados).

A característica de ocupação deste bairro resulta, principalmente, para a população residente a submissão aos problemas ambientais como a falta de ventilação, de insolação e as freqüentes enchentes; causados pela alta concentração de construções e pela impermeabilização do solo. Entre os problemas ambientais, também, podem ser incluídos as poluições do ar e a sonora, relacionados a concentração e circulação de veículos.

Na área central estão localizados a maioria dos terminais de transporte coletivo urbano municipal e metropolitano, tendo como conseqüência a utilização inadequada dos espaços de lazer tais como as praças para terminais de ônibus e as ruas do bairro por servirem a esta saturada malha viária.

A concentração dos serviços neste bairro faz com que a circulação e a concentração de pessoas propicie condições insuficientes ou inadequadas à segurança pública da população, constituindo impedimentos de circulação dos próprios moradores do bairro.

Atualmente o bairro do Centro tem uma população de 35.845 habitantes, sendo que destes 5.650 idosos, que corresponde a 15,76% da população total do bairro. A população idosa deste bairro participa com a 0,38% na composição da população total idosa de Curitiba que é de 7,64% (IPPUC, 1996).

9.1.2 O Bairro do Bairro Alto

O Bairro Alto está inserido na história da origem do Município de Curitiba desde o século XVI quando houve o estabelecimento de um pequeno núcleo de povoamento nas margens do Rio Atuba, denominado de "Vilinha"; o qual logo foi transferido para o atual bairro do Centro.

A constituição do Bairro Alto, em 1940, foi dada à família Castilho, proprietária da área. Posteriormente, um internato e uma escola religiosa foram construídos nesta área, cujo marco histórico de referência ainda está presente no bairro como Colégio Santa Madalena Sofia.

A população em sua maioria é formada por descendentes de imigrantes europeus que exerciam atividade agrícola para suprir as necessidades da sede Curitiba. A implantação de algumas linhas de transporte coletivo favoreceu um grande crescimento populacional de cerca de 232,4% a partir da década 70, contribuído para uma

configuração espacial mais urbana.

O nome do bairro está relacionado a sua localização em uma das partes mais elevadas da região (BAIRRO..., 1982), com cotas variando de 880 à 945m. Esta característica de altitude associada a topografia acidentada e aos inúmeros riachos da bacia do rio Atuba geram dificuldades para ocupação urbana e para a implantação de infra-estrutura.

Apesar desta topografia acidentada e das grandes áreas do Colégio e a BR-116 que impedem a integração com os outros bairros, o sistema viário teve melhorias nos acessos ao bairro assim como no nível de pavimentação, principalmente, nas principais ruas de circulação viária. Outras ruas permanecem desprovidas de infra-estrutura básica, em especial, nas áreas limítrofes do bairro com o bairro do Tarumã e com o município vizinho de Pinhais.

O Bairro Alto é servido por rede de coleta de esgoto em aproximadamente 80% dos domicílios instalados nos últimos 10 anos, face alguns programas de saneamento como o PROSAN - Programa de Saneamento Ambiental. Entretanto ainda ocorrem extensas áreas sem tratamento, com valetas e esgotos a céu aberto. Em relação ao fornecimento de água existente com 100% de cobertura, acompanhada de restrições freqüentes de abastecimento de água à população.

O transporte urbano é ofertado por linhas Alimentadoras, Interbairros, Linha-direta e Convencional, o qual está integrado no terminal do Bairro Alto com o sistema Região Metropolitana – Colombo.

As atividades econômicas são de pouco investimento ou de incentivo de modo

que o comércio e serviços são na maioria de pequeno porte, vinculados à moradia e disseminados por todo o bairro. Nas proximidades com a BR estão armazéns e pontos comerciais de médio porte, face a localização que facilita a estocagem de produtos diversos para distribuição e comercialização.

O Bairro Alto tem uma população de 38.034 habitantes (em 1996) numa área de 701,8 ha, de modo a apresentar uma densidade populacional baixa de 54,19 habitantes por hectare. Contudo ocorre também baixa densidade de domicílios, entre 15 à 35 habitações/ha, indicando haver a ocupação destas áreas por domicílios isolados ou vários domicílios e como, também, o compartilhamento do mesmo domicílio por várias pessoas.

O Bairro Alto faz limite com os bairros do Atuba, Tingui, Tarumã e Bacacheri, conforme o MAPA 05. Ele tem presente áreas de interesse social, decorrentes de invasões ao longo da faixa não edificável do Rio Atuba, localizada na região limítrofe e de conurbação com o Município de Pinhais.

MAPA 05 - LIMITES DO BAIRRO DO BAIRRO ALTO NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 2000

Fonte: IPPUC. Setores de Banco de Dados, Monitoração e Pesquisa do IPPUC.2000

Nesta área ocorrem edificações de habitações inadequadas e adensadas bem como destituídas das condições básicas de saneamento de modo a ser reconhecida, tanto por técnicos e funcionários dos vários níveis do serviço público municipal como pela população entrevistada, como área de risco em saúde e onde ocorrem os maiores conflitos sociais do bairro.

Em relação a população do Município de Curitiba, o Bairro Alto corresponde a 2,58% da população do Município. A parcela da população idosa é de 3071 habitantes, o que representa 8,07% da população total deste bairro e compõem com 0,21% a população idosa total de Curitiba (IPPUC, 1996 b).

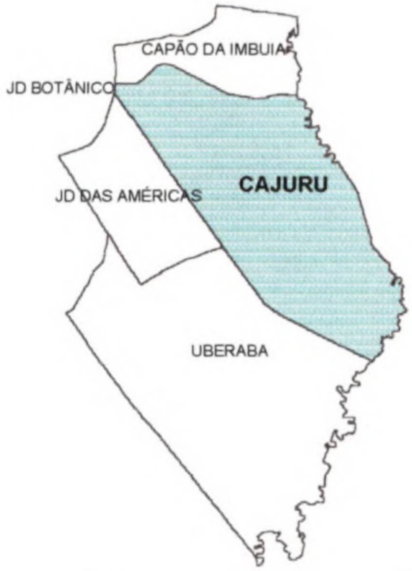
9.1.3 O Bairro do Cajuru

As primeiras referências históricas sobre o bairro do Cajuru apareceram em 1681, com a petição de terras no caminho de "Yuverava" (atual caminho de Itupava), no sítio chamado de "Cahajurú". Posteriormente, em 1840 são datados alguns registros de numerosas compras e transferências de terrenos na chamada restinga do Cajuru. Esta região começa a ter presença marcante na vida de Curitiba apenas a partir de 1858, quando foi instalada a rede provincial da Congregação das Irmãs de José de Chambery pela fundação do Orfanato de São José e mais tarde, em 1907, quando houve a fundação do Colégio Nossa Senhora de Lourdes (UM POUCO..., 1988).

O bairro do Cajuru passou por importantes transformações, ao longo dos anos, em suas características populacionais e demográficas. No período de 1869 havia a participação de imigrantes franceses, particularmente, instalada na antiga Colônia Argelina, atual bairro do Bacacheri. Após 1970, com a implementação de linhas de

transporte coletivo foi favorecido o processo de urbanização no bairro, que até então era habitado por ferroviários que trabalhavam nas oficinas da Rede Federal Ferroviária S.A (UM POUCO..., 1988). No momento atual a maioria dos seus moradores provém de outros estados do Brasil.

MAPA 06 - LIMITES DO BAIRRO DO CAJURU NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 2000



Fonte: IPPUC. Setores de Banco de Dados, Monitoração e Pesquisa do IPPUC.2000

Em relação aos limites do bairro do Cajuru, houveram mudanças ao longo do tempo, sendo afastados nominalmente da região mais central do Município. Até a década de 40, o bairro começava onde hoje é a Estação Rodoferroviária e o Mercado Municipal passando os seus limites oficiais para o cruzamento entre a rodovia BR-277 (Curitiba-Paranaguá) e a linha da estrada de ferro até a rodovia Br-116, tendo como barreiras físicas as Oficinas da RFFSA e o conjunto habitacional Vila Oficinas.

Estes limites, mostrados no MAPA 06, são restritivos ao acesso e à saída do bairro, os quais são facilitados por transposições sobre a linha férrea e a BR-116 e trincheiras sob a BR-277. E assim sendo possível a circulação entre os bairros limítrofes

do Capão da Imbuia, Jardim das Américas, Centro Politécnico e Jardim Santa Bárbara e com os Municípios de Pinhais e de Piraquara (CAJURU, 1988).

Ao longo dos anos, o bairro do Cajuru tem enfrentado problemas sérios de poluição ambiental como aqueles decorrentes da dispersão de produtos utilizados na conservação (malatol) e da torrefação do café nos armazéns do Instituto Brasileiro do Café (IBC), como relativos a espessa fumaça produzida no beneficiamento para o Mate Ingá, da empresa Giacomet-Marodin (A POLUIÇÃO..., 1981).

Outros problemas ambientais foram também relatados como os sonoros pela proximidade das linhas férreas, os causados pela falta de infra-estrutura urbana e pela inadequada ocupação do solo.

Ainda que nos últimos anos tenham sido realizadas melhorias na pavimentação, sinalização, iluminação, calçadas e drenagem, ainda persistem em algumas áreas a ocorrência de inundações e de alagamentos devido a ocupação urbana estar localizada nas várzeas da microbacia do Rio Atuba.

Este bairro apresenta grande concentração de favelas resultantes de invasões como a Favela do Cajuru, a qual foi considerada em 1982 a maior no Município de Curitiba. Nesta área foi realizado um programa de urbanização para organização das casas e lotes de modo a permitir a passagem no seu interior e para o fornecimento de energia e de água encanada (UM BAIRRO..., 1982). Entretanto outras áreas de ocupação irregular tem ocorrido e merecem atenção face as questões ambientais geradas seja pela falta de infra-estrutura urbana ou seja pela insegurança que os moradores do bairro enfrentam relacionadas ao roubo, ao tráfico de drogas e a violência (CAJURU, 1988).

A infra-estrutura básica do bairro é garantida por 60% da rede de coleta de esgoto e o restante sem tratamento, com fossas, valetas ou esgotamento direto no rio, esgotamento direto ou após a fossa asséptica nas galerias de águas pluviais.

As vias públicas estão com mais de 50% com pavimentação em antipó e definitiva e em melhorias, facilitando aos pedestres e ao transporte urbano. O bairro é servido por três terminais de integração com os municípios Pinhais e São José dos Pinhais e pelo sistema municipal das linhas Convencionais, Interbairros, Alimentadoras, Linha-Direta e Expresso.

O bairro do Cajuru possui instaladas algumas atividades industriais de pequeno porte (metalurgia e vestuário) e as atividades comerciais e de prestação de serviços concentradas ao longo de algumas poucas vias de intensa circulação viária e parte disseminadas no bairro.

Atualmente o bairro Cajuru tem uma população de 84.286 habitantes numa área de 1155,2ha e densidade populacional de 72,96 habitantes/ha. A população idosa de 7250 habitantes no bairro do Cajuru representa 8,6% da população total deste bairro e compõem cerca de 0,49% da população total idosa de Curitiba (IPPUC, 1996 a).

9.1.4 Os Bairros do Estudo e Algumas Diferenças

Os 3 bairros – Centro, Bairro Alto e Cajuru - foram selecionados utilizando como critérios a) o índice sintético da qualidade de vida, agrupados em níveis, de maneira que o Centro corresponde ao bairro com melhores condições em oposição ao bairro do Cajuru e o Bairro Alto apresenta condição média de qualidade de vida e similar

referida ao Município de Curitiba (UNIVERSIDADE, 1996 b); b) as áreas distintas de abrangência administrativas do Município, como no caso do bairro do Centro que está na Administração Regional da Matriz, o bairro do Bairro Alto está na Regional da Boa Vista e o bairro do Cajuru, na Regional do Cajuru; c) a proporção de idosos em relação a população do diversos bairros e d) a proporção de idosos dos bairros na população idosa do Município de Curitiba (IPPUC, 1996a).

As características demográficas dos 3 bairros estão sintetizadas na TABELA 10, possibilitando comparações. O bairro do Centro apresenta maior densidade da população total e idosa e tendência ao crescimento populacional negativo. Por outro lado os bairros do Cajuru e do Bairro Alto, que estão localizados em áreas mais periféricas e limítrofes leste do Município, apresentam taxas de crescimento positivo e importantes relações de densidade da população e da parcela idosa.

Em relação a parcela da população idosa, aquela com 60 ou mais anos de idade, está presente em proporções maiores nos 3 bairros do que a calculada para todo o Município de Curitiba, como pode ser observada na TABELA 14. Estes valores parecem ser mais relevantes sobretudo quando os números de idosos dos 3 bairros são somados e totalizam cerca de 14,17% dos idosos no total de 75 bairros do Município de Curitiba.

A distribuição da população nos bairros, segundo a TABELA 14, o bairro do Centro concentra maior número de idosos (15,7%) assim como a população economicamente ativa (15-60 anos) do que os outros bairros selecionados para o estudo. Por outro lado a parcela da população infantil (0-14 anos) é maior nestes dois bairros – Bairro Alto e Cajuru. Esta distribuição da população serve como indicador de demandas diversas na área de educação, saúde, lazer e outros serviços.

TABELA 14 - COMPOSIÇÃO ETÁRIA DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU E DO MUNICIPIO DE CURITIBA - 1996

FAIXA ETÁRIA (anos)	PROPORÇÃO DA POPULAÇÃO (%)			
	Bairro			Município
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Curitiba
0-4	4	9	7	9
5-14	8	20	17	18
15-19	10	10	10	10
20-24	14	9	9	10
25-29	11	9	8	9
30-34	8	9	9	9
35-39	7	8	8	8
40-44	7	7	7	7
45-54	9	9	11	9
55-59	4	3	4	3
>60	16	7	10	8

FONTE: IBGE. Contagem da população 1996 e Setores de Banco de Dados, Monitoração e Pesquisa do IPPUC.

As condições de vida da população em geral dependem da infra-estrutura urbana disponível, em nível e qualidade de serviços. Entre os vários indicadores de saúde ambiental referidos para os bairros em estudo o sistema de saneamento básico (abastecimento de água, tratamento de esgotos, a coleta de lixo e o escoamento de águas pluviais) serve para demonstrar as condições sanitárias em que a população está submetida.

As condições de saneamento básico são distintas atualmente em relação as análises para o ano de 1991 (IPPUC, 1996a). O bairro do Centro é estimado estar com 100% do esgoto tratado, enquanto que nos outros bairros a cobertura de menos de 50% dos domicílios passou para 80% no Bairro Alto e 60% para o Cajuru.

No caso do bairro do Centro, a situação do saneamento é interessante quando analisados os dados porque a própria estrutura urbana diversificada, ao longo dos anos, não fornece garantia do nível de cobertura do saneamento neste bairro. Isto pode ser explicado pela dificuldade de controle do sistema, bem como de identificação dos tipos de ligações de esgotamento sanitário existentes.

A efetividade do sistema surge como discussão na área de saneamento ambiental quando são consideradas, por exemplo, as edificações mais antigas onde podem acontecer ligações clandestinas diretas ou nas galerias de águas pluviais. Assim os valores estimados do saneamento básico deve alcançar na prática um máximo de 80% dos domicílios e com poucas possibilidades de alterações visto os custos de sua adequação.

O bairro do Cajuru tem o sistema de saneamento deficitário e agravado pelas condições de expansão urbana e, em particular, das ocupações clandestinas as quais inviabilizam o cumprimento dos planos de implantação e implementação do sistema de saneamento em curto tempo.

Em relação a proporção de domicílios com ligação de água tratada no ano de 1991 (IPPUC, 1996a), o Centro possuía 85,48%, o Bairro Alto com 96,08% e o Cajuru com 51,33%. Atualmente o sistema de abastecimento de água é considerado ser de 100% nestes bairros, contudo merece a ressalva para a imensurabilidade do sistema para pontuar as ligações clandestinas existentes e os níveis do atendimento do fornecimento descontínuo de água. No caso da coleta de lixo houveram melhorias no serviço para a população ainda que nos espaços intra bairros ocorram diferenciados níveis de atendimento deste serviço.

Dados mais recentes de 1995 para o Município, como um todo, indicam que 99,6% dos domicílios já possuem ligação de água da rede, em 98,0% dos domicílios ocorre a coleta de lixo regular contudo o destino do esgoto ainda permanece inadequado por atender cerca de 63,7% do total dos domicílios .

Ainda que os dados para os bairros apresentem defasagem temporal, o quadro geral da infra-estrutura de saneamento básico serve para indicar a existência de diferenças nos serviços urbanos disponibilizados entre os 3 bairros. Também serve para prever que o bairro do Cajuru, com menores níveis de oferta da infra-estrutura de saneamento básico, apresenta maior risco à deterioração da vida de sua população residente.

A infra-estrutura na área de saúde, de assistência e de comercialização de alimentos nos bairros é garantida por grande diversidade de equipamentos públicos e privados. No caso dos equipamentos de uso público e municipal estão sob a coordenação das Administrações Regionais.

Na área da saúde para cada um destes três bairros estão instaladas unidades de saúde submetidas administrativamente as suas respectivas regionais. No bairro do Centro estão localizados as unidades da Mulher e o Centro de Referência de Atenção ao Idoso Ouvidor Pardinho. No Bairro Alto estão 3 unidades: Tarumã, Bairro Alto e Atuba. E no Cajuru são 5 as unidades de atendimento em saúde: Camargo, São Domingos, Solitude, Cajuru e Trindade.

O sistema de saúde tem como suporte os centros de 24 horas, hospitais particulares conveniados e inúmeras farmácias publicas e privadas. No caso da rede de farmácias privadas no Município é constituída por cerca de 110 unidades distribuídas em 67 bairros, de maneira que 8 bairros estão destituídos deste serviço. A existência de farmácias serve como indicativo ao nível de medicalização da população, ao acesso a serviços em saúde, as condições econômicas e a própria situação de acessibilidade dada pela circulação da população nos bairros. Deste modo pode ser justificada a existência maior de farmácias no Centro, na proporção de 19,1% do total das farmácias do

Município e as proporções reduzidas de 1,3% no Bairro Alto e 3,2% no Cajuru (POZETTI, 2000).

Na área de assistência, a Fundação de Ação Social como órgão da Prefeitura Municipal de Curitiba coordena vários programas de atendimento emergencial, de desenvolvimento social e de profissionalização. No caso dos 3 bairros apenas puderam ser particularizados os dados dos Grupos de Convivência da Terceira Idade. Na Matriz são 7 os grupos instituídos mas um único no bairro do Centro (com 18 participantes); na Regional Boa Vista são 16 grupos sendo 2 no Bairro Alto (com 52 pessoas) e dos 9 grupos na Regional do Cajuru, 4 funcionam no bairro do Cajuru (com 136 pessoas).

Em relação ao abastecimento de alimentos nestes bairros são diversos os serviços ofertados como a feira livre, as vendas por ambulantes em kombis e caminhões, as mercearias e padarias, as redes de supermercados e os pequenos comércios diversificados segundo a Secretaria Municipal de Indústria e Comércio e Secretaria de Saúde de Curitiba.

A Prefeitura mantém programas ao nível do sistema de abastecimento alimentar realizados ou coordenados através da Secretaria Municipal de Agricultura e de Abastecimento, alguns com a FAS e com a Secretaria do Meio Ambiente.

Alguns dos programas visam atender a população de baixa renda através de pontos móveis ou fixos de comercialização como Armazém da Família, Cesta Metropolitana, Compra do Lixo, Câmbio Verde, Vale Vovó, Mercadão Popular. Outros visam atender a população em geral como as Feiras Livres, Direto da Roça, Feira do Litoral, Mercado Municipal, Feira Verde.

No bairro do Centro ocorrem 2 locais para cada projeto Feira Verde - Direto da Roça e Feira do Litoral, além do Mercado Municipal. As feiras livres disponíveis estão em bairros contíguos como no bairro São Francisco, Alto da Glória e Rebouças.

No Bairro Alto os projetos desenvolvidos pelo Município que tem característica móvel são a Feira Livre e do Pescado, a Compra do Lixo e o Cambio Verde, e as unidades fixas são o Armazém da Família (1) e o Mercadão Popular (1).

No bairro do Cajuru são disponibilizadas as compras de alimentos em 5 locais para cada um dos seguintes projetos: Compra do Lixo, Câmbio Verde e Mercadão Popular e (1) local para o Armazém da Família. Em algumas áreas deste bairro a população tem a facilidade de adquirir seus alimentos também em projetos desenvolvidos em bairros próximos como o Varejão e a Cesta Metropolitana do bairro do Capão da Imbúia (CURITIBA, 1999).

A infra-estrutura disponibilizada nos bairros foi avaliada pelos entrevistados e reconhecidos os principais problemas do bairro para estes idosos e, eventualmente, para suas famílias, cujos resultados estão mostrados na TABELA 14.

Os valores encontrados mostram haver alta relação entre cada situação e o bairro (χ^2=44,3; p<0,01), desta maneira a falta de segurança e policiamento é o mais freqüente problema relacionado a pequenos furtos, a coação dos idosos por terceiros, o comércio de drogas que gera violência no bairro, os atropelamentos nas vias públicas movimentadas e outras situações. Alguns idosos não reconhecem o problema de segurança entretanto relatam mudanças nos seus comportamentos durante a circulação no bairro tais como a restrição nos horários, no porte de bolsa e nas suas atividades habituais fora do domicílio. As conseqüência da falta de segurança e policiamento também tem

repercussão na pouca utilização de áreas de lazer e na diminuição de atividades extra domiciliares de socialização.

TABELA 14 – PRINCIPAIS PROBLEMAS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU SEGUNDO OS IDOSOS ENTREVISTADOS – 1999/2000

PRINCIPAIS PROBLEMAS DO BAIRRO	CENTRO (%)	BAIRRO ALTO (%)	CAJURU (%)	TOTAL (%)
Nenhum	3	6	18	10
Ausência de serviço de abastecimento de alimentos	7	14	0	7
Deficiência no transporte urbano	3	6	13	8
Falta de área de lazer	7	6	0	4
Falta de infra-estrutura básica	0	26	16	15
Falta de posto de saúde específico p/ idosos	3	6	5	5
Falta de Segurança e policiamento	35	20	32	28
Muito barulho	21	9	0	9
Poluição	7	0	0	2
Outros	14	6	16	12
NR	0	3	0	1

NOTA: χ^2=44,34; p< 0,01)

As condições do transporte urbano apresentaram indicações freqüentes de diversos problemas nos grupos do estudo e, freqüentemente, relacionadas as próprias limitações físicas do idoso à sua utilização dos ônibus coletivos ou/e para o deslocamento entre os locais. Contudo foram apontadas uma variabilidade de situações como problemas ao uso do transporte coletivo como aquela em que o idoso utiliza os equipamentos urbanos de outro bairro dada a maior facilidade de integração inter-bairros pelo ônibus do que no próprio bairro.

No Centro e no Bairro Alto, os idosos pontuaram o barulho e a poluição do ar como questões cotidianas face o quadro urbano do bairro do Centro e daqueles que habitam, particularmente, as proximidades das vias coletoras de intenso movimento de veículos.

A falta de infra estrutura – saneamento, luz e pavimentação – foram mencionadas apenas pelos idosos dos bairros do Cajuru e Bairro Alto; sendo esclarecida pela falta de pavimentação em ruas próximas do domicílio ou do bairro, aos córregos e valas com esgoto em céu aberto, a iluminação insuficiente em ruas secundárias, a suspensão periódica do fornecimento de água e outros.

Os espaços para lazer são pouco utilizados pelos entrevistados, como no Centro, pontuado pela dificuldade de transitar livres nas praças e parques públicos causado pelo tipo de uso destes espaços públicos (comércio de ambulantes, paradas e terminais de ônibus, etc.).

O item que trata da ausência de abastecimento de alimentos tem características diversas entre os idosos. No grupo do Centro foram referidos à dificuldade de acesso em algumas áreas em decorrência da distância e da dificuldade de transportar as compras. Os moradores do Bairro Alto relatam haver a necessidade de buscar pontos comerciais fora do bairro a fim de garantir menores preços das mercadorias e mencionam também como impeditivos a distância dos locais de compra ou dos projetos municipais para a aquisição de bens de consumo.

A assistência em saúde pública é, principalmente, utilizada pelos idosos dos bairros mais afastados do Centro, contudo a maioria não reconhece a necessidade de atendimento ao idoso por estarem inseridos em algum tipo de programa de atendimento público ou privado.

9.2 SITUAÇÃO DE VIDA

O conjunto das condições de existência material, social e cultural individuais do idoso identificam o quadro material de vida ou a situação de vida do indivíduo.

9.2.1 Situação Demográfica

A situação demográfica do idoso foi obtida através do instrumento da pesquisa de campo e determinada pelas variáveis relativas as pessoas: sexo, idade, estado civil, renda, ocupação, escolaridade, composição familiar e mobilidade no espaço do Município de Curitiba.

O gênero:

A seleção aleatória dos idosos configurou a amostra de 58 entrevistados constituída por 74% de mulheres e 26% de homens, dispersos segundo a faixa etária de 60 até 92 anos de idade (TABELA 15), com mediana igual à 70 anos e média de 71,14 anos com desvio padrão de 7,81 anos.

TABELA 15 - PROPORÇÃO DE IDOSOS ENTREVISTADOS (%) POR FAIXA ETÁRIA, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000

BAIRROS	% FAIXA ETÁRIA DOS ENTREVISTADOS (anos)						
	60 – 64	65 – 69	70 – 74	75 - 79	80 – 84	85 - 89	90 - 94
Centro (n=18)	6	17	28	22	17	0	11
Bairro Alto (n=20)	30	30	30	5	5	0	0
Cajuru (n=20)	25	30	20	10	5	5	5
Total (n=58)	21	26	25	12	9	2	5

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 12,85; p> 0,05

O estado civil:

Os grupos de idosos selecionados tem característica segundo o estado civil, nas mesmas proporções, de 41,4% casados e de viúvos, em menores

proporções as outras situações como solteiros (8,6%), separados e/ou divorciados (5,2%) e possuindo companheiro com situação legal definida ou não (3,4%).

A TABELA 16 apresenta os resultados obtidos quando do cruzamento dos bairros estudados e o estado civil dos entrevistados. Ainda que não tenham sido verificada relação significativa entre as variáveis (χ^2= 9,33; p>0,05), os dados revelam que 41% dos entrevistados são casados ou viúvos e destes há maior freqüência nos bairros Cajuru e Bairro Alto; enquanto que no Centro ocorre a substituição de parte da parcela de idosos casados pela participação de 22% de solteiros.

TABELA 16 - ESTADO CIVIL DOS IDOSOS ENTREVISTADOS, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000

ESTADO CIVIL	BAIRROS (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Casado	22	50	50	41
Separado / Divorciado	6	5	5	5
Solteiro	22	0	5	9
Tem companheiro	6	5	0	3
Viúvo	44	40	40	41

FONTE: Pesquisa de campo
NOTA: χ^2= 9,33; p >0,05

O número de membros na família;

Os arranjos familiares são determinados pelo número de membros domiciliados na constituição familiar do idoso e apresentam relação significativa (χ^2=27,439; p<0,01) conforme a TABELA 17. No bairro do Centro há maior participação de idosos morando sozinhos, cerca de 35,7%, enquanto que nos outros bairros é de 12,5% no Bairro Alto e de 6,7% no Cajuru.

Na mesma TABELA 17 pode ser observado que o idoso do bairro do Centro divide a unidade domiciliar com pequeno número de pessoas, em média 1,9 membros por outro lado as famílias dos outros 2 bairros são mais numerosas

131

1,9 membros por outro lado as famílias dos outros 2 bairros são mais numerosas

e constituídas por valores médios de 3,1 membros no Bairro Alto e por 4,1 pessoas, no Cajuru.

TABELA 17 - FREQUÊNCIA DO NÚMERO DE MEMBROS POR DOMICÍLIO NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

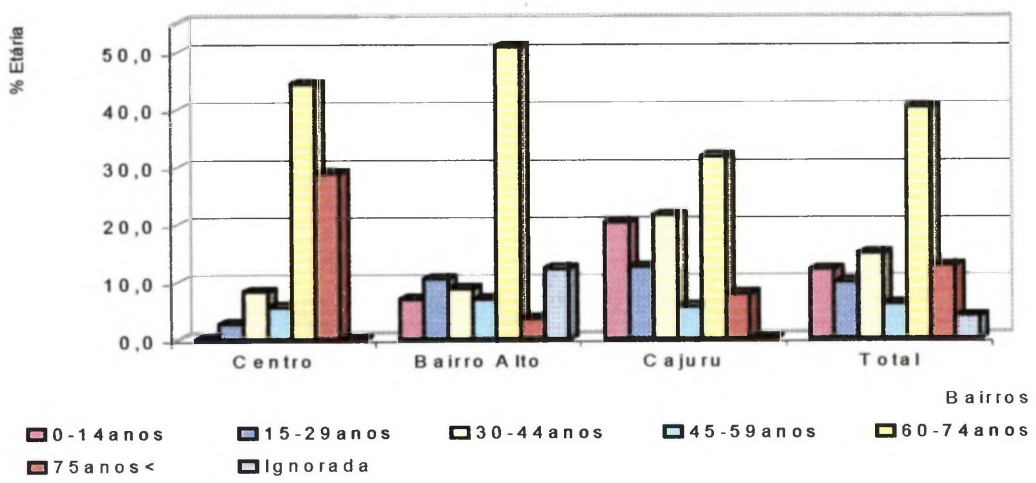
MEMBROS NOS DOMICÍLIOS PESQUISADOS				
NÚMERO DE MEMBROS NA FAMÍLIA	Bairro (%)			
	Centro (n=18)	Bairro Alto (n=20)	Cajuru (n=20)	TOTAL (%) (n=58)
1	36	12	7	18
2	43	43	20	33
3	21	36	20	24
4 –12	0	19	53	24

FONTE: Pesquisa de campo
NOTA: χ^2= 27,44; p<0,01

A estrutura etária familiar:

O GRÁFICO 13 mostra a distribuição etária dos membros da família dos idosos, cujas relações com os agrupamentos por bairro mostraram significativas (χ^2=180,99; p<0,01).

GRÁFICO 13 - COMPOSIÇÃO ETÁRIA DO GRUPO FAMILIAR DOS IDOSOS, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU -1999/2000



FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 180,99; p<0,01

No Cajuru há a participação de maior número de crianças (20,4%) e adultos (até 44 anos) nas famílias visitadas do que nas do Bairro Alto (7% de crianças). Por outro lado no bairro do Centro a composição familiar indica maior freqüência de domicílios onde coabitam apenas idosos, inclusive de idade mais avançada (>75 anos), e não sendo registradas crianças menores de 14 anos.

A escolaridade:

Um outro componente que identifica a situação demográfica do idoso é o grau de escolaridade apresentado na TABELA 18. Foi verificada haver relação significativa (χ^2=43,51; p<0,05) entre as variáveis e os bairros onde moram os idosos. Ainda que o tamanho da amostra não possa retratar a realidade nos bairros, há a indicação de maior escolaridade entre os idosos que moram no Centro, enquanto que nos outros bairros são identificadas parcelas de idosos com baixo nível de escolaridade ou mesmo o analfabetismo.

TABELA 18 - GRAU DE ESCOLARIDADE DOS IDOSOS NO BAIRRO DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU E DO TOTAL DOS ENTREVISTADOS – 1999/2000

FREQUÊNCIA DE IDOSOS SEGUNDO O GRAU DE ESCOLARIDADE (%)				
GRAU DE ESCOLARIDADE	CENTRO (n=18)	BAIRRO ALTO (n=20)	CAJURU (n=20)	TOTAL
Analfabeto ou sabe ler ou sabe ler e escrever	0	65	25	34
1° Grau Completo ou Incompleto	39	35	70	48
2° Grau Completo ou Incompleto	17	0	5	7
Superior Completo	44	0	0	14

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA : χ^2=43,51; p<0,05

A classificação do grau de escolaridade utilizada se reportou àquela conhecida pelos entrevistados, a qual recebia outra denominação tal como no caso do primário completo que corresponde até a 5ª série do primeiro grau do ensino fundamental; o ginásio que corresponde até a 8ª série do atual ensino fundamental e o científico ou técnico correspondentes ao atual ensino médio.

A ocupação do idoso:

O grau de escolaridade dos idosos possui relação com o tipo de ocupação desenvolvida durante parte da sua vida e a qual, para alguns, lhe garantiu algum benefício previdenciário (aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez). No bairro do Centro as ocupações mencionadas foram de dona de casa (5 idosos), professor (3), caixa de loja, contador, mecânico de automóveis, voluntário em serviço social, comerciário, farmacêutico, servidor público (2) de nível superior. Neste grupo de entrevistados cerca de 77% referiram receber aposentadoria de suas atividades anteriores.

No bairro do Bairro Alto, a participação maior é de dona de casa (10) e em menor de carpinteiro, servente de pedreiro, borracheiro e outras atividades não esclarecidas que garantiram aposentadoria à 35% dos entrevistados.

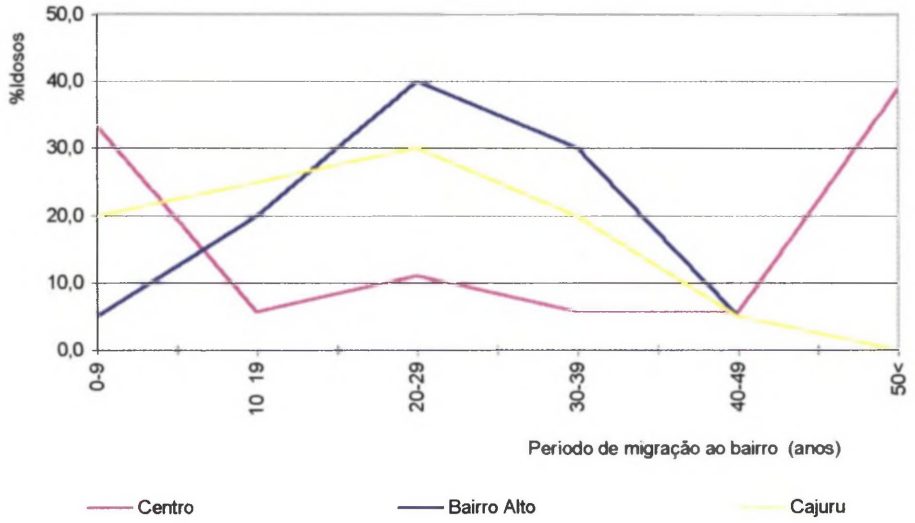
As ocupações mencionadas pelos idosos no bairro do Cajuru foram como dona de casa (em 6 idosos), pedreiro(2), diarista(1), comerciante (1), lavadeira, porteiro, servidor público (2), zeladora, motorista de ônibus, inspetor de trânsito, comerciário, administrador, benzedeira. Segundo os dados, 55% recebem aposentadoria por tempo de serviço.

A imigração:

A origem natural dos idosos foi identificada como 84,5% sendo imigrantes tanto de área urbana como rural de municípios do Estado do Paraná e de outros estados brasileiros (São Paulo, Santa Catarina, Minas Gerais e Pernambuco); havendo predomínio de idosos de origem paranaense (55,2%), nos quais 28,1% são naturais do Município de Curitiba. Não foi verificada relação significativa entre a origem do idoso e o local de seu domicílio (χ^2=0,0944; p>0,05).

A procedência dos idosos já retrata o movimento imigratório ao Município a qual é acompanhada, em muitos casos, por mudanças entre os seus bairros e resultando em comportamentos (momentos) distintos de migração aos bairros estudados, conforme o GRÁFICO 14.

GRÁFICO 14 - PERÍODO DE MIGRAÇÃO DOS ENTREVISTADOS AOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000



FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=36,29; p<0,05

Os entrevistados do bairro do Centro relataram as mudanças para Curitiba em dois períodos, isto é cerca de 33,3% nos últimos 10 anos e outra parcela de 39,0% dos idosos, há mais de 50 anos. Nos bairros do Cajuru e Bairro Alto as mudanças dos idosos acompanhado ou não de seus familiares tem ocorrido desde 40 anos atrás, ainda que em níveis menores entre os idosos do Cajuru. Nestes resultados foram verificados haver relação significativa entre o período de imigração dos entrevistados e cada um dos bairro (χ^2=36,289; p<0,05). Deste modo os dados mostram que a imigração entre os idosos entrevistados ao Município de Curitiba ocorreu em longa data; a qual foi motivada pela busca de trabalho entre os familiares (em 45%), pela mudança de estado civil (em 10%), para tratamento médico (14%) e por outros determinantes vinculados ou não a estes mesmos motivos.

9.2.2. Situação Econômica

A situação econômica do idoso foi determinada pelas variáveis relativas a renda do idoso que é composta da remuneração, pensão e auxílio financeiro mensal (quantitativo e qualitativo). As situações que refletem dependência (doações ou trocas em bens) e a utilização da renda, assim como a participação desta renda na renda familiar, são fatores também considerados por comporem o quadro da situação econômica do idoso.

A renda do idoso

A renda mensal do idoso foi agrupada segundo a freqüência em relação ao número de salários mínimos vigente no período (136,00 reais) e foi verificada relação significativa entre as faixas de renda e os bairros (χ^2=64,57; p<0,01). A partir da TABELA 19 pode ser observado que a maior participação de provimentos do idoso compõem na sua somatória valores menores do que 5 salários para os entrevistados do Bairro Alto e do Cajuru, de maneira a caracterizá-los como bairros com idosos de renda menor quando comparados aqueles que vivem no bairro do Centro.

TABELA 19 - RENDA MENSAL DO IDOSO EM SALÁRIO MÍNIMO NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

NÚMERO DE SALÁRIOS MÍNIMOS	BAIRROS (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
< 1	6	20	20	15
1 - 5	6	65	65	47
5,1 – 10	17	10	10	12
10,1 – 20	33	5	5	14
> 20	39	0	0	12

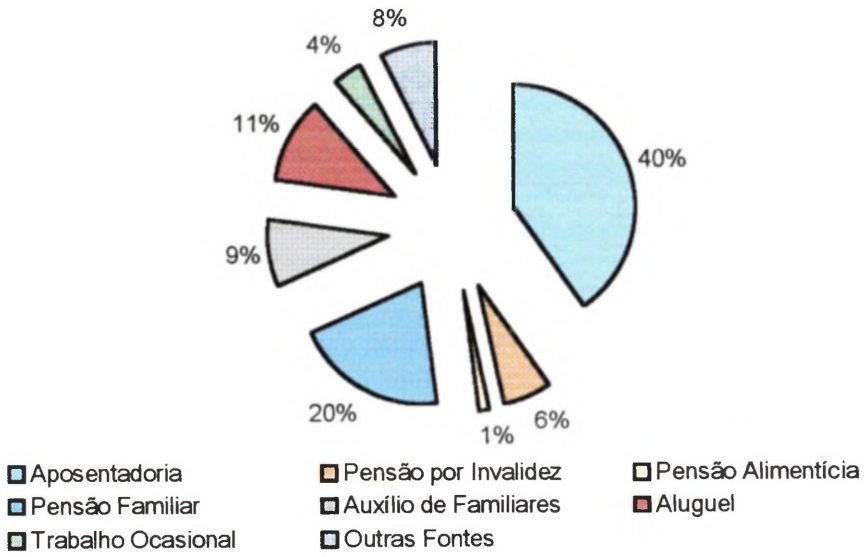
FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=64,57; p<0,01

Os idosos do Bairro do Alto e do Cajuru foram enquadrados, de modo mais detalhado, em duas faixas principais de renda tais como 20% dos idosos com provimentos mensais menor do que 1 SM e 65% dos idosos que recebem

entre 1 até 5 SM. Entre os idosos do Centro há maior freqüência de idosos (72%) com rendas superiores à 10 SM, ainda que também ocorram idosos com rendimentos pessoais menores do que aqueles encontrados entre os idosos do Bairro Alto e Cajuru.

O GRÁFICO 15 representa a participação dos vários tipos de renda considerando o total de entrevistados e na TABELA 20 estão listados os vários itens da composição da renda do idoso. Não foi verificado haver relação significativa (χ^2=18,48; p>0,05) entre tais variáveis listadas e os grupos de idosos por bairro.

GRÁFICO 15 - PARTICIPAÇÃO DOS TIPOS DE RENDA NOS RENDIMENTOS MENSAIS DOS IDOSOS ENTREVISTADOS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000



FONTE: Pesquisa de Campo

De acordo com o GRÁFICO 15 e a TABELA 20, os principais componentes da renda mensal do idoso são a aposentadoria e a pensão familiar.

O trabalho ocasional, como forma de obtenção de recursos financeiros, foi mencionado em 6,9% dos idosos do Bairro Alto e 3,6% dos idosos do Centro.

TABELA 20 – FREQUÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO DOS TIPOS DE RENDA NOS RENDIMENTOS MENSAIS DO IDOSO NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO, CAJURU - 1999/2000

TIPOS DE RENDA	BAIRRO (%)			TOTAL (%) (n=58)
	Centro (n=18)	Bairro Alto (n=20)	Cajuru (n=20)	
Aposentadoria	50	24	48	40
Pensão por Invalidez	0	7	13	6
Pensão Alimentícia	4	0	0	1
Pensão Familiar	21	21	17	20
Auxílio de Familiares	4	17	4	9
Aluguel	14	14	4	11
Trabalho Ocasional	4	7	0	4
Outras Fontes	4	10	9	8

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=18,48; p>0,05

Entre os idosos do Centro 50% recebem aposentadoria, do Bairro Alto são 24,1% e no Cajuru são 47,8% dos idosos. Em relação a pensão familiar (por óbito do cônjuge e proveniente de separações conjugais) são 21,4% dos idosos do Centro, 20,7% do Bairro Alto e 17,4% do Cajuru que recebem este provimento à compor suas rendas mensais. Estes dois tipos de renda, em muitos casos, são complementados, particularmente, no Centro e Bairro Alto por aluguéis de imóveis (14%); no Cajuru por benefícios previdenciários e no Bairro Alto, ainda, por auxílios pelos familiares (17,2%).

A utilização da renda do idoso

A utilização dos rendimentos mensais do idoso são apresentados na TABELA 21. Ainda que não tenha sido verificada relação significativa entre as variáveis e grupos de idosos por bairro (χ^2=20,8; p>0,05), os dados mostraram que parte da renda do idoso é utilizada na sua própria manutenção, na aquisição de medicamentos em 30% dos entrevistados e no auxílio à suas famílias e as pessoas externas.

Nos dados da TABELA 21 algumas distinções de comprometimento da renda podem ser observadas para o auxílio de pessoas externas do domicílio

familiar; como as maiores proporções (de 17,0%) no grupo dos idosos do Centro do que nos grupos do Bairro Alto (8,1%) e do Cajuru (5,6%). Enquanto que maiores proporções dos idosos do Bairro Alto (10,8% dos idosos) têm suas rendas comprometidas ao auxílio familiar do que outros grupos.

Outra análise importante a ser referida desta TABELA 21 estão nos dados sobre o uso dos rendimentos do idoso para uso exclusivo próprio; visto que nenhum dos idosos do Centro mencionou esta situação e a qual pode ser justificada pelas proporções que referiram auxiliar outras pessoas. Entretanto as freqüências encontradas nos outros bairros, de 8,1% no Bairro Alto e 5,6% no Cajuru, podem ser justificadas pelos rendimentos menores dos idosos e pelo maior nível de inter - dependência familiar.

TABELA 21 - UTILIZAÇÃO DOS RENDIMENTOS DOS IDOSOS NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

USO DOS RENDIMENTOS	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Usa parte	32	19	14	22
Usa tudo	2	16	14	10
Auxilia alguém em casa	2	11	8	7
Auxilia alguém fora de casa	17	8	6	11
Uso pessoal exclusivo	0	8	14	7
Compra de medicamentos	34	32	33	33
Outro	13	5	11	10

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: χ^2=20,8; p >0,05

Ainda que os rendimentos do idoso sejam importantes para orientar as suas condições de acesso aos bens e serviços, contudo não é possível desvincular as relações familiares na manutenção do idoso e vice – versa.

Assim sendo é importante caracterizar as condições econômicas da família e, consequentemente, a do idoso pelos dados na TABELA 22, cujas variáveis renda familiar expressa em número de salários mínimos vigentes e a freqüência dos domicílios agrupados por bairro apresentam haver relação

significativa (χ^2=64,14; p<0,01). Os resultados sugerem que as condições econômicas familiares no bairro do Centro são mais favoráveis em oposição as do Bairro Alto, visto a freqüência registrada em cada faixa de renda; e que no caso do bairro do Cajuru os idosos estão inseridos em condições diversas de renda familiar.

TABELA 22 - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA MENSAL FAMILIAR EM SALÁRIO MINÍMO, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

FREQUÊNCIA DE IDOSOS SEGUNDO A RENDA FAMILIAR (%) .				
NÚMERO DE SALÁRIOS MÍNIMOS	Centro (n=18)	Bairro Alto (n=20)	Cajuru (n=20)	TOTAL
< 1	0	0	0	0
1 - 5	0	55	35	31
5,1 – 10	17	35	10	21
10,1 – 20	17	10	50	26
> 20	67	0	5	22

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: χ^2= 64,14; p<0,01

A TABELA 23 mostra o resultado da composição renda familiar e o número de membros do domicílio onde vive o idoso entrevistado, expresso em renda *per capita,* de maneira a indicar as condições econômicas de manutenção de cada membro familiar e, assim como, o idoso em pesquisa.

TABELA 23 - DISTRIBUIÇÃO DA RENDA PER CAPITA DO DOMICÍLIO DO IDOSO EM SALÁRIO MINÍMO, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

FREQUÊNCIA DA RENDA per capita (%) .				
NÚMERO DE SALÁRIOS MÍNIMOS	Centro (n=18)	Bairro Alto (n=20)	Cajuru (n=20)	TOTAL
< 1	0	15	30	16
1 - 5	11	80	45	47
5,1 – 10	28	5	25	19
> 10	61	0	0	19

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: χ^2= 56,93; p>0,10

As condições de manutenção de cada membro familiar ou do idoso são distintas entre os grupos de idosos por bairro, segundo a TABELA 23. Nos grupos do Bairro Alto e do Cajuru há a indicação de maior número de idosos e de membros da família disporem de até 5 salários mínimos (SM) para sua manutenção média mensal. Enquanto que no grupo do Centro são apenas 11,1%

nesta condição econômica e a sua parcela restante pode, por outro lado, dispor de maior montante financeiro.

Em relação ao grupo de idosos do Cajuru, ainda que uma importante parcela dos componentes do domicílio possuam indicação de condições de extrema pobreza (em 30%) ou de baixa disponibilidade econômica (em 45%) para manutenção do idoso este grupo é mais heterogêneo se comparado ao do Bairro Alto, cuja proporção de idosos em condição de renda *per capita* baixa chega a 95%.

Os gastos com a aquisição de alimentos para a família e com medicamentos para o idoso foram mensurados a partir das anotações das entrevistas, de maneira a estabelecer o nível de comprometimento da renda familiar.

A TABELA 24 mostra os dados do gasto com a alimentação classificado pelo nível de comprometimento da renda (em menos da metade, metade e mais da metade), havendo relação significativa com a variável bairro (χ^2=244,38; p<0,01). Os resultados indicam que 57,1% das famílias responderam que comprometem menos da metade da renda familiar, 23,3% gastam mais da metade e 19,6% usam a metade da renda.

De acordo com esta TABELA 24, todas famílias do bairro do Centro utilizam menos da metade de sua renda mensal na compra de alimentos; no Bairro Alto, mais da metade da renda familiar por 35,0% das famílias; 40% gastam menos da metade e 25% utilizam a metade da renda. No caso do grupo do bairro do Cajuru, a compra de alimentos representa parcelas idênticas entre as 3 situações, ao redor de 32%.

TABELA 24 – PARCELA USADA DA RENDA FAMILIAR NA ALIMENTAÇÃO SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000

BAIRROS	RENDA FAMILIAR (salários mínimos)	PARCELA GASTA DA RENDA FAMILIAR (%)		
		Menos da Metade	Metade	Mais da Metade
Centro	< 5	0	0	0
	5 – 10	17	0	0
	> 10	78	0	0
Bairro Alto	< 5	20	20	15
	5 – 10	20	0	15
	> 10	0	5	5
Cajuru	< 5	5	5	26
	5 – 10	5	0	0
	> 10	26	26	5
TOTAL	< 5	9	9	14
	5 – 10	14	0	5
	> 10	33	10	3

NOTA: $\chi^2 = 244{,}38$; $p<0{,}01$

A avaliação do comprometimento da renda familiar na aquisição de alimentos para a família merece algumas ressalvas pelo fato de que não são considerados as complementações em vales ou tiquetes alimentação recebidos ou situações de refeições no ambiente externo por membros da família.

Uma outra situação a ser considerada na análise da renda são aqueles componentes incorporados a renda familiar mas não quantificados pelo idoso ou seus familiares, relatados durante a entrevista. Isto foi anotado durante o relato do entrevistado, de modo a indicar que os idosos do Centro não recebem auxílios externos enquanto que nos outros bairros, com pequenas diferenças, os auxílios recebidos são normalmente em itens de medicamentos, de alimentação, de vestuário e/ou pagamentos de impostos, de planos de saúde, para aluguéis, etc...de modo a aliviar as despesas da família.

9.2.3. Situação da Unidade Domiciliar

A situação da unidade domiciliar onde os idosos moram é determinada pelas características tipo de construção, situação de posse, saneamento básico e destino de lixo.

Este conjunto de variáveis fornecem as condições físicas de moradia nos 3 bairro e decorrem das condições econômicas, das definições pessoais de suas necessidades, do acesso as informações e da disponibilidade do sistema de serviços públicos do Município de modo a estabelecer condições de vida ao idoso.

As situações de posse da moradia em que o idoso vive está caracterizada nos três bairros, de acordo com a TABELA 25, quase na totalidade como própria e em menores freqüências com outras situações tais como ocupada, cedida e alugada. Contudo não ocorreram relações significativas entre as variáveis que definem a situação de posse do domicílio e os agrupamentos usados no estudo (χ^2=7,34; p>0,05) (na TABELA 26) e nem para a posse do domicílio entre o idoso, filho e outras pessoas (χ^2=10,17; p>0,05) (TABELA 27).

TABELA 25 – SITUAÇÃO DE POSSE DO DOMICÍLIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA –1999/2000

SITUAÇÃO DE POSSE DA MORADIA	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro (n=16)	Bairro Alto (n=20)	Cajuru (n=20)	
Alugada	6	5	5	5
Cedida	6	5	5	5
Ocupada	0	0	5	2
Própria Financiada	6	0	20	9
Própria Quitada	81	90	65	79

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=7,34; p>0,05

Os entrevistados tem a posse da maioria dos domicílios onde vive (TABELA 26), como, em particular, no Bairro Alto no qual 90% dos entrevistados tem a posse do imóvel.

TABELA 26 – PROPRIETÁRIO DO DOMICÍILIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

PROPRIETÁRIO DO DOMICÍLIO	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro(n=16)	Bairro Alto(n=20)	Cajuru(n=20)	
Idoso entrevistado	61	90	70	74
Filho morador	11	5	20	12
De outro morador	11	5	10	9
Outro parente não morador	6	0	0	2
NR	11	0	0	3

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=10,17; p>0,05

O tipo e a situação da construção das habitações apresentam relação significativa com os bairros (χ^2=17,66; p<0,05). Por meio da TABELA 27 são observadas as diferenças entre os bairros, como a do bairro do Centro no qual os idosos selecionados habitam em edifícios ou em edificações antigas de alvenaria e concluídas. Nos outros dois bairros, os tipos de construção retratam as situações transitórias e em particular no bairro do Cajuru porque, ainda que as habitações sejam constituídas de maior número de cômodos do que no Bairro Alto (TABELA 27), mesmo assim vários dos domicílios estavam submetidos a reforma ou a ampliação (TABELA 28). Para as mudanças nas plantas dos domicílios do Cajuru estavam sendo utilizadas, principalmente, a alvenaria, mesmo naquelas domicílios construídos de madeira.

TABELA 27 – TIPO DE CONSTRUÇÃO DO DOMICÍLIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA –1999/2000

TIPO DE CONSTRUÇÃO	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Alvenaria	100	35	60	64
Madeira	0	20	15	12
Mista	0	45	25	24

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=17,66; p<0,05

TABELA 28 – SITUAÇÃO DA CONSTRUÇÃO DO DOMICÍLIO FAMILIAR SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

SITUAÇÃO DA CONSTRUÇÃO	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Acabada	100	95	70	88
Inacabada	0	5	30	12

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 9,47 ; p<0,05

A distribuição do número de cômodos na unidade domiciliar visitada está na TABELA 29 , sendo verificada a não existência de relação significativa do número de cômodos com o bairro do domicílio (χ^2=34,37; p>0,05). Esta TABELA 29 revela no entanto que nos bairros dos Centro e Cajuru há uma maior freqüência de domicílios com maior número de cômodos do que no Bairro Alto. Isto pode ser confirmado pelas médias calculadas dos números de cômodos por domicílio onde o Cajuru corresponde a 9,15 (desvio padrão 3,18), o Centro a 8,44 (desvio padrão 2,12) e o Bairro Alto a 6,30 (desvio padrão 2,41).

TABELA 29 – NÚMERO DE CÔMODOS NO DOMICÍLIO, SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

NÚMERO DE CÔMODOS	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
1-3	0	15	0	5
4-6	17	45	20	28
7-9	61	30	45	45
10<	22	10	35	22

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 34,37; p>0,05

Na distribuição de cômodos são considerados aqueles que fazem parte da unidade domiciliar de domínio físico do idoso como os quartos, os banheiros, a cozinha interna existente em 100% dos domicílios, onde são preparadas as refeições diárias e, em muitos casos, são realizadas as refeições.

O saneamento básico e a coleta do lixo doméstico e de recicláveis, conforme as entrevistas, foram identificados em 100% dos domicílios visitados do bairro do Centro. Nos outros bairros, o item saneamento apresentou níveis diversos como a existência de fossa asséptica até o acesso ao sistema de tratamento de esgoto municipal. No caso do item sobre o serviço de coleta de lixo, também foi descrito nos 100% dos domicílios mas com variações na freqüência das coletas durante a semana;, sendo mais presente no bairro do Centro.

9.2.4 Situação Social do Idoso

Neste estudo foram levantadas algumas das atividades dos idosos que demonstram a dependência, a inserção, a participação em atividades físicas ou práticas sociais de lazer e de ocupação cotidianas que reflitam as relações sociais estabelecidas pelo idoso ou a situação social destes entrevistados (GROSS, 1997).

O idoso cuidador

Nas situações em que as famílias eram constituídas com a participação de crianças, de pessoas com algum tipo de limitação de saúde e de outro idoso foram observadas, ainda que em baixas freqüências, o envolvimento dos idosos entrevistados em atividades de cuidador. Nestas relações interpessoais do idoso foi verificada haver relação significativa (χ^2= 24,59; p<0,05) para o cuidador de crianças tanto do mesmo domicílio familiar como também de fora dele, assim como cuidador de pessoas limitadas na saúde, conforme a TABELA 30.

TABELA 30 – FREQÜÊNCIA DE IDOSOS CUIDADORES DE CRIANÇAS E DE PESSOAS ENFERMAS NO MÊS DE ENTREVISTA SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000

FREQÜÊNCIA DE IDOSOS CUIDADORES (%)					
PESSOAS ATENDIDAS	SITUAÇÃO DOMICILIAR	BAIRROS			TOTAL
		Centro (n=18)	Bairro Alto (n=20)	Cajuru (n=20)	
Crianças	Dentro	0	5	30	12
	Fora	11	20	10	14
Pessoas doentes	Dentro	22	10	10	14
	Fora	11	5	0	5

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 24,59; p<0,05

Os resultados indicam que no bairro do Centro, apenas 11,1% dos idosos participaram no mês da entrevista dos cuidados de crianças externas do domicílio e as quais guardam ou não relações de parentesco. Por outro lado há

neste bairro e mesmo quando comparado aos outros 2 bairros, uma parcela maior de idosos (22,2%) que cuidam de pessoas com algum tipo comprometimento na saúde que compartilham o mesmo contexto domiciliar do idoso.

Uma situação semelhante com a do grupo de idosos do Centro foi encontrada entre os idosos do Bairro Alto, em relação a se ter maiores proporções de idosos cuidando de crianças de fora (20%) e de pessoas enfermas domiciliadas (10%). No caso do Cajuru, 30% dos idosos participam do cuidado das crianças domiciliadas e 10% crianças não domiciliadas e 10% dos idosos cuidaram de pessoas enfermas ou com algum impedimento de saúde.

Os cuidados com crianças são estabelecidos e aferidos em algumas situações por trocas em dinheiro, em alimentos, em roupas e outros itens; os quais foram explicitados como modo de apoio ao cuidador idoso e , raramente, como forma de pagamento.

Em algumas oportunidades da entrevista, houveram relatos sobre a atividade de cuidado de crianças referida apenas à presença física ("eu olho") pois a responsabilidade da ação de cuidado fica, realmente, para outro membro da família. Por outro lado nos relatos sobre os cuidados de pessoas doentes, são os idosos que atuam no apoio ou na execução de atividades físicas e instrumentais da vida diária que compreende o banho, o vestir, o comer, o fazer compras, ir a algum lugar, etc...das pessoas doentes sob seus cuidados.

As relações sociais do idoso

As TABELAS 31 e 32 apresentam os resultados da periodicidade com que o idoso estabelece convívio fora do domicílio, seja em encontros casuais ou visitas. As variáveis periodicidade de visitas e grupos de idosos por bairro não

estabeleceram relação significativa seja na última semana (χ^2=31,79; p<0,05) ou seja no mês (χ^2=15,24; p>0,05). Contudo a maioria dos entrevistados relataram que na última semana receberam ou visitaram algum vizinho, amigo ou familiar, com predominância à ocorrência de encontros diários em todos os grupos. No caso das visitas por familiares no domicílio, quando não substituídas por telefonemas, são mais freqüentes entre os entrevistados do Cajuru, seguido pelo Bairro Alto e Centro, de acordo com a TABELA 32.

TABELA 31 – PERIODICIDADE DE VISITAS AO/PELO IDOSO NA SEMANA DA ENTREVISTA, SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000

RELAÇÕES SOCIAIS – VISITAS AO/PELO IDOSO				
FREQUÊNCIA NA SEMANA	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Nenhuma	0	5	0	2
Uma vez	0	10	5	5
Duas vezes	33	15	30	26
Três ou mais vezes	6	5	10	7
Todos os dias	61	65	55	60

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 5,77; p >0,05

TABELA 32 – PERIODICIDADE DE VISITAS AO IDOSO POR FAMILIARES NÃO DOMICILIADOS, NO ÚLTIMO MÊS DA ENTREVISTA, SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000

RELAÇÕES SOCIAIS – VISITAS AO/PELO IDOSO				
FREQUÊNCIA NO MÊS	Bairros (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Nenhuma	8	15	20	15
Uma vez	15	0	0	4
Duas vezes	0	5	0	2
Três ou Quatro vezes	23	10	5	11
Mais de Quatro vezes	54	70	75	68

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 15,24; p >0,05

Os entrevistados, de modo geral, afirmaram ter pessoas para conversar, principalmente, os companheiros, os filhos, pessoas de fora e vizinhos. Na TABELA 33 estão listados as pessoas que conversam com o idosos segundo as várias relações de parentesco e afinidade. As diferenças observadas são as pequenas participações do companheiro entre os idosos do Centro e de pessoas domiciliadas entre os idosos do Bairro Alto.

TABELA 33 - PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS QUE CONVERSAM COM O IDOSO, SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

PESSOAS COM QUEM O IDOSO MAIS CONVERSA				
AVALIAÇÃO PELO IDOSO	Freqüência das Respostas (%)			
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Total
Companheiro	6	25	30	21
Filhos (do convívio ou não domiciliar)	28	25	30	27
Netos	0	10	5	5
Pessoas da casa	22	5	20	15
Pessoas de fora	28	20	10	19
Vizinhos	17	15	5	12

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2= 10,02, p >0,10

Situações diferentes das anteriores são registradas quando os idosos foram inquiridos sobre a discussão de problemas, conforme mostra a TABELA 34, porque cerca de 10% de todos os idosos entrevistados não identificam pessoas para este tipo de apoio.

TABELA 34 - FREQUÊNCIA DE IDOSOS QUE TEM PESSOAS PARA DISCUTIR OS PROBLEMAS, SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

O IDOSO TEM COM QUEM DISCUTIR SEUS PROBLEMAS				
AVALIAÇÃO PELO IDOSO	Freqüência das Respostas (%)			
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Total
Não	11	10	10	10
Sim	83	90	90	88
NR	6	0	0	2

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=2,30; p>0,10

Na TABELA 35 pode ser constatado que entre os grupos de idosos, o diálogo como uma troca social ocorre, particularmente, com os filhos que convivem ou que estão fora do domicílio e com pessoas de fora, como no bairro do Centro, e com o companheiro, como no bairro do Cajuru.

TABELA 35 - PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS COM AS QUAIS O IDOSO DISCUTE SEUS PROBLEMAS, SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU -1999/2000

AS PESSOAS COM QUEM O IDOSO DISCUTIR SEUS PROBLEMAS				
PESSOAS	Freqüência das Respostas (%)			
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Total
Companheiro	6	0	50	19
Filhos	38	61	33	44
Pessoas da casa	6	11	6	8
Pessoas de fora	38	17	11	21
Vizinhos	6	11	0	6
NR	6	0	0	2

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=23,19; p <0,05

As atividades sociais

A participação dos idosos em atividades coletivas varia conforme o bairro e são reconhecidas como aquelas realizadas, regularmente, fora do domicílio e condicionadas a reunião de pessoas; tais como as caminhadas, os exercícios físicos, os lanches, o voluntariado em reparos e confecção de trabalhos manuais. Ainda que não tenha indicado relação significativa (χ^2=2,80; p >0,05) entre a participação em atividades coletivas e a variável bairro, a maior participação está no grupo de idosos do Centro (38,9%), acompanhada pelos idosos do Bairro Alto (30,0%) e em menor proporção do Cajuru (15%); de maneira que os resultados mostram que poucos idosos (27,6%) participam de atividades em grupo.

Os idosos, que responderam com uma afirmativa, indicaram suas inserções em vários tipos de atividades coletivas, as quais merecem ser mencionadas para indicar a diversidade de comportamentos entre os grupos - os idosos do Centro participam de caminhadas e exercícios físicos orientados, de lanches, de reuniões para elaboração de trabalhos manuais diversos, - os idosos do Bairro Alto participam de grupos de autocuidado (de hipertensão e diabetes) realizados mensalmente nas unidades de saúde, de Grupos de Convivência para idosos, de atividades recreativas organizadas por congregações religiosas e

clubes recreativos; - no grupo do Cajuru, os idosos que indicaram atividade coletiva mencionaram as de cunho recreativo e assistencial ligadas à igreja, os lanches periódicos com familiares ou amigos não domiciliados com o idoso.

A participação em atividades religiosas foram avaliadas entre os idosos para identificar, de modo indireto, a motivação pessoal para sair de casa, revelar o comprometimento social em atividades realizadas nestas comunidades e, assim como, indicar de modo indireto a realização de atividade física durante o caminhar entre o domicílio e o local das reuniões.

A variável freqüência na TABELA 36, que não apresentou relação significativa com o bairro (χ^2 =8,44; p>0,05); indica menor participação entre os idosos do Cajuru (60%) nestas atividades, seguidos pelos idosos do Centro (38,9%) e do Bairro Alto (25%). Por outro lado no grupo do Bairro Alto ocorre a maior parcela de idosos participando com maior freqüência em atividades diversas, reuniões ou celebrações religiosas.

TABELA 36 – PARTICIPAÇÃO DOS IDOSOS EM ATIVIDADES COLETIVAS RELIGIOSAS NO MÊS, SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000

FREQÜÊNCIA DE IDOSOS NAS ATIVIDADES RELIGIOSAS (%)				
FREQÜÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO	BAIRRO			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Nenhuma	39	25	60	41
1 – 4	33	35	25	31
>4	28	40	15	28

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2 =8,44; p>0,05

As atividades de lazer

As atividades cotidianas ou habituais de lazer e de ocupação cotidianas foram pontuadas de acordo com as afirmativas para cada entrevistado, sendo verificada relação significativa com os agrupamentos por bairros (χ^2 =7,60; p<0,05).

Deste modo podem ser ressaltados os dados obtidos para os idosos do Centro, os quais na totalidade dos entrevistados procuram desenvolver alguma atividade, enquanto que no Bairro Alto são 65% e no Cajuru, 85% dos entrevistados.

Algumas formas de "passar o tempo" estão listadas na TABELA 37e seus cruzamentos com os bairros estudados estabelecem relações significativas (χ^2=20,05; p<0,05). Os entrevistados do Centro utilizam parte de seu tempo na elaboração de trabalhos manuais (em 44,4%) e em outras diversas (leitura, assistir à televisão, etc.) assim como os idosos dos outros bairros contudo por um menor número deles. Estes bairros Bairro Alto e Cajuru, mais afastados do centro da cidade e pela própria situação domiciliar (casas), possibilitam atividades de lazer do tipo jardinagem, manutenção de pequenas hortas caseiras, pequenos afazeres de marcenaria e carpintaria; de maneira a justificar os dados apontados na TABELA 37.

TABELA 37 – ATIVIDADES DE LAZER COTIDIANAS DOS IDOSOS SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000

ATIVIDADES DE PASSATEMPO	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Jardinagem	0	43	24	20
Marcenaria	0	5	4	3
Pescaria	0	5	0	1
Pintura	4	0	0	1
Trabalhos manuais	44	24	29	33
Outros	52	24	43	41

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=20,05; p<0,05

As atividades principais de passatempo estão relacionadas aos locais do domicílio que oportuniza a jardinagem ou as potencialidades individuais como da execução de trabalhos manuais. Muitos dos idosos mencionam que a leitura de revistas, da Bíblia, de jornais ou de livros ou a prática de assistir a televisão são formas de utilizar o tempo.

Considerando esta compreensão das pessoas sobre as atividades de lazer e passatempo, em particular as idosas, foram listadas nas TABELAS 38 e 39 outras atividades realizadas na semana ou no último mês, as quais podem indicar a sociabilidade do idoso em atividades realizadas no domicílio e fora dele; apesar de que muitas destas não explicitam pelos dados a motivação e/ou a possibilidade do indivíduo (física, emocional, econômica, cultural) para sua efetivação.

TABELA 38 – ATIVIDADES DE LAZER REALIZADAS PELO IDOSO NA ÚLTIMA SEMANA SEGUNDO O BAIRRO – 1999/2000

	BAIRRO (%)			
ATIVIDADES DE LAZER - SEMANA	Centro	Bairro Alto	Cajuru	TOTAL (%)
Assistiu televisão	94	85	90	90
Fez reparos	22	25	10	19
Ouviu rádio	72	25	30	41
Leu revista/jornais	72	25	30	41
Leu livros	67	90	70	64
Usou computador	6	0	0	2

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: $\chi^2 = 361,16$; $p<0,10$

O cruzamento das atividades de lazer, que acontecem normalmente no próprio domicílio, e os grupos de idosos, observado na TABELA 38, foi verificado haver relação significativa ($\chi^2=361,16$; $p<0,10$). A atividade mais freqüente entre os idosos foi assistir televisão, seguido pela leitura de livros (romances e a Bíblia). Entre os idosos, em particular os do Centro, foram registrados também a escuta de rádio, a leitura de jornais e revistas; cujas atividades podem estar relacionadas ao maior grau de escolaridade entre os idosos entrevistados.

Enquanto a TABELA 38 evidencia algumas atividades realizadas ao nível domiciliar, a TABELA 39 pode ser utilizada para os tipos de atividades externas ao domicílio e que denotam atividades física e mental assim como socialização do idoso em seu ambiente social.

TABELA 39 – ATIVIDADES DE LAZER REALIZADAS PELO IDOSO NO ÚLTIMO MÊS SEGUNDO O BAIRRO –1999/2000

ATIVIDADES DE LAZER - MÊS	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Cinema	17	0	0	5
Concerto musical	6	5	0	3
Dança	17	0	5	7
Feiras Comerciais	0	0	0	0
Festas	67	30	15	36
Lanches	39	10	10	19
Teatro	0	0	0	0
Outros	11	20	5	12

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2=58,88; p<0,1

Os idosos domiciliados no Centro foram os que mais participam de atividades realizadas fora o ambiente domiciliar tais como ir ao cinema, festas, lanches e outras situações. Este resultado sugere que estes idosos tem maior grau de socialização e participação na comunidade as quais são importantes para a manutenção do idoso ativo sob os aspectos físico e mental. Os idosos do Bairro Alto e do Cajuru pouco participam destas atividades de lazer e entre elas estão as festas e danças como as atividades mais freqüentes entre os idosos.

9.2.5 Situação de saúde

Esta categoria de análise é determinada pelos estados de saúde e nutricional para os quais foram levantados o comportamento alimentar e outras variáveis pertinentes, propostas na metodologia e agrupadas, posteriormente na discussão deste trabalho.

9.2.5.1 Comportamento Alimentar

Para atender ao conteúdo quantitativo da categoria de análise – comportamento alimentar - a discussão remete as anotações da entrevista (questionário e relatório sobre os relatos) sobre o conjunto de variáveis que identificaram : 1) os alimentos, habitualmente, consumidos; 2) as condições de acesso dos alimentos; 3) os ritmos da alimentação do idoso; 4) as relações sociais que se estabelecem na obtenção e consumo de alimentos (as refeições) (GROSS, 1997).

Os alimentos consumidos

Os tipos de alimentos consumidos pelos idosos foram definidos pela lista de alimentos relacionados pela freqüência de consumo, descritos na categoria de análise CONSUMO ALIMENTAR.

As mudanças na alimentação

Qualquer que tenha sido a modificação na alimentação, ela ocorreu para 54,6% dos idosos em períodos superiores à 5 anos, para 43,6% nos últimos 5 anos e destes em 12,7% dos idosos, no último ano.

Os 98% dos entrevistados reconhecem alguma mudança no tipo ou variedade, freqüência e quantidade de alimentos consumidos, conforme apresentados nas TABELAS 40, 41, 42 e 43.

Entre os vários cruzamentos das variáveis e os bairros estudados, foi verificada haver relação significativa (X^2=13,69; p<0,05) apenas para a mudança na freqüência do consumo dos alimentos (TABELA 41); porém este resultado estatístico não desqualifica a análise dos dados às outras alterações na alimentação (TABELAS 40, 42 e 43).

TABELA 40 – MUDANÇAS NA VARIEDADE DE ALIMENTOS CONSUMIDOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO				
PERÍODO	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Mais variados	17	35	10	207
Menos variados	67	45	55	55
Mesmo tipo	17	20	35	24

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=5,57; p>0,05

TABELA 41 – MUDANÇA NA FREQUÊNCIA DA ALIMENTAÇÃO PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO				
FREQUÊNCIA	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Mais vezes ao dia	6	0	20	9
Menos vezes ao dia	28	70	25	41
Mesma	67	30	55	50

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=13,69; p<0,01

TABELA 42 – MUDANÇA NA QUANTIDADE DE ALIMENTOS CONSUMIDOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO				
FREQUÊNCIA	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Maior quantidade	0	0	15	5
Menor Quantidade	78	75	60	71
Mesma Quantidade	22	25	25	24

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=6,24; p>0,05

As alterações foram relacionadas à quantidade, assim como, para a variedade de alimentos em 76% dos entrevistados e à freqüência ou número de refeições foi mencionada por 55% dos entrevistados. Estes dados quando desagregados por bairros mostram algumas diferenças entre os grupos de idosos estudados e indicam que as mudanças mais freqüentes entre os idosos do Centro são relativas a variedade (83,4%) e a quantidade (77,8%) dos alimentos consumidos. O grupo do Bairro Alto e Cajuru apresentam proporções de respostas similares para as modificações, ao longo dos anos, na freqüência, quantidade e variedade de alimentos na alimentação (ao redor de 70%) (TABELAS 40,41,42).

As mudanças na freqüência do consumo diário de alimentos foram relatadas por 50% dos entrevistados, conforme pode ser observado na TABELA 41; sendo relacionadas aos problemas digestivos e a inapetência alimentar. Entre os 3 grupos, os idosos do Bairro Alto indicaram uma particular diminuição do número de refeições em 70% dos casos, quando comparada a condição de decréscimo do número de refeições diárias observada entre os idosos dos bairros do Centro (27,8%) e do Cajuru (25%). Foi também anotado o aumento no número de refeições em 20% dos idosos do bairro do Cajuru.

A mudança na quantidade de alimentos consumidos ocorreu em 75,9% dos entrevistados conforme a TABELA 42 e a qual foi decorrente, principalmente, da diminuição do volume de alimentos. No caso do grupo de idosos do bairro do Cajuru, em cerca de 15%, houve o registro de consumo maior de alimentos justificado pelos maiores cuidados com a saúde ou pelo acesso de alimentos ao nível domiciliar.

Os dados da TABELA 40 mostram que as mudanças foram mais freqüentes na variedade de alimentos consumidos. No Centro, 66,7% dos idosos relataram a diminuição, ao longo dos anos, na variedade de alimentos em suas refeições.

Os idosos do Bairro Alto referiram o consumo mais variado de alimentos em 45% dos entrevistados e de menor variedade em 35% dos entrevistados. O consumo de maior variedade nos tipos de alimentos foi explicado pela maior diversidade e acesso de produtos alimentícios do que em seus lugares de procedência. No caso do grupo Cajuru houve o relato em 35% dos entrevistados à manutenção e em 55% dos entrevistados à diminuição na variedade de alimentos.

As mudanças na variedade dos alimentos

Estas mudanças aconteceram por inclusão, para 63,8 % dos idosos, ou por restrição de alimentos, para 91,4% dos idosos, segundo os dados agregados das respostas dos entrevistados mostrados na TABELA 43. Em ambos cruzamentos das variáveis não foram verificados relações significativas (ver NOTA, no rodapé da TABELA 43).

TABELA 43 – MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO POR INCLUSÃO OU RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA –1999/2000

MUDANÇA NA ALIMENTAÇÃO				
SITUAÇÃO	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
INCLUSÃO [1]	83	40	70	64
RESTRIÇÃO [2]	100	95	80	91

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: (1) O resultado da análise do Qui-Quadrado para Inclusão de Alimentos foi X^2=9,09; p>0,05

(2) O resultado da análise do Qui-Quadrado para Restrição foi X^2=5,32; p>0,05

No caso da inclusão de alimentos na alimentação foi no Centro que maior parcela de idosos (83,3%) tiveram modificações, enquanto que o grupo do bairro Cajuru resultou em 70,0% dos idosos e do Bairro Alto apenas 40,0%. Por outro lado as restrições alimentares foram assinaladas em proporções maiores para todos os grupos daquelas referidas à inclusão de alimentos.

As modificações na alimentação apontadas nos 3 grupos estudados, sejam por inclusão ou sejam por restrição, indicam, principalmente, como conseqüente de alterações nos estados de saúde dos idosos relativas às doenças crônicas (como a hipertensão, os problemas digestivos), assim como as referidas por dificuldades na mastigação ou por indigestão aos alimentos. As TABELAS 44 e 45 retratam as causas de inclusão ou restrição de alimentos nos grupos de idosos pesquisados.

TABELA 44 – CAUSAS DE MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO POR INCLUSÃO DE ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

INCLUSÃO DE ALIMENTOS NO CONSUMO				
CAUSAS	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro (n=16)	Bairro Alto(n=7)	Cajuru (n=14)	
Diminui pressão sangüínea	19	14	36	24
Laxativo	6	0	0	3
Outros. digestão, diurético	50	71	43	51
NR	19	14	0	11
NS	6	0	21	11

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=8,35; p>0,05

TABELA 45 – CAUSAS DE MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÂO POR RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

RESTRIÇÃO DE ALIMENTOS NO CONSUMO				
CAUSAS	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro(n=18)	Bairro Alto(n=19)	Cajuru(n=16)	
Caro ($)	0	0	6	2
Dificuldade na mastigação	0	5	6	4
Indigestão	0	5	6	4
Motivo de saúde: hipertensão,diabetes,outros	89	63	81	77
NR	0	5	0	2
Outro	11	21	0	11

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=10,44; p>0,05

O uso de próteses totais ou parciais sugerem atenção à saúde oral dos idosos face o número de usuários, as queixas ou repercussões na alimentação e os cuidados relativos à saúde oral.

As limitações freqüentes ou eventuais que foram relatadas ou identificadas relativas ao ato de comer como a mastigação e a deglutição de alimentos são retratados nas TABELAS 46, 47 e 48. Estas limitações são conseqüentes do uso de próteses dentárias, em mais de 70% dos idosos, e/ou da dificuldade na deglutição dos alimentos. Contudo estes determinantes são pouco reconhecidos como restritivos ou limitantes da alimentação entre os idosos, face as permanentes e inconscientes adaptações físicas e fisiológicas durante o envelhecimento dos indivíduos; assim como as próprias alterações nas escolhas das preparações alimentícias para consumo.

Não foram verificadas relações significativas quando relacionados o uso de próteses dentárias e as dificuldades na mastigação ou deglutição de alimentos com os grupos de idosos (ver NOTA nas TABELAS 46, 47 e 48).

TABELA 46 – COMPROMETIMENTO FÍSICO DA MASTIGAÇÃO DOS ALIMENTOS CONFORME OS IDOSOS DOS BAIRROS EM ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

DIFICULDADE DA MASTIGAÇÃO				
NÍVEL	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Sem dificuldade	88	55	65	68
Tem dificuldade	13	45	35	32

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=4,42; p>0,10

TABELA 47 – FREQUÊNCIA DO USO DE PRÓTESE DENTÁRIA PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS DOS BAIRROS DO ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

USO DE PRÓTESE DENTÁRIA				
FREQUÊNCIA	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Não possui	19	20	30	23
Usa	81	80	70	77

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=0,81, p>0,10

As modificações nos hábitos alimentares dos idosos foram relatadas em vários momentos da entrevista domiciliar, as quais foram identificadas pelas alterações de consistência, tamanho das porções ou dos volume dos alimentos consumidos e a

utilização de líquidos durante a alimentação, decorrentes das dificuldades na mastigação e na deglutição dos alimentos.

A dificuldade de deglutição foi constatada a partir das questões apresentadas aos idosos sobre o consumo de líquidos nas refeições. A TABELA 48 mostra os dados da freqüência de idosos que consomem líquidos nos momentos das refeições. Ainda que não ocorram relações significativas entre as variáveis listadas e os grupos de idosos por bairro (X^2=4,61; p>0,10) é importante ressaltar que mais do que 50% dos entrevistados consomem líquidos nas refeições (durante ou após); sendo justificado entre os idosos como decorrente de hábitos ou para facilitar a deglutição de alimentos.

TABELA 48 – MOMENTO DO CONSUMO DE LÍQUIDOS DURANTE A REFEIÇÃO PELOS IDOSOS ENTREVISTADOS DOS BAIRROS EM ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

MOMENTO DO CONSUMO DE LÍQUIDOS DURANTE A REFEIÇÃO				
FREQUÊNCIA	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Após	25	11	35	24
Não bebe	13	26	25	22
Sim, durante	63	63	40	55

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=4,61; p>0,10

Nas TABELAS 49 e 50 estão relacionados a freqüência de idosos em relação aos alimentos evitados ou/e incluídos na alimentação habitual. Não foram verificadas relações significativas entre as variáveis alimentos e grupos de idosos por bairro, com resultados para os alimentos incluídos de X^2=35,08; p>0,05 e para os alimentos evitados de X^2=35,64; p>0,05.

Os alimentos incluídos apresentaram de maneira geral baixa freqüência entre os idosos mas é possível evidenciar a utilização dos adoçantes, do leite e seus derivados e, em especial, no grupo do Centro foram incluídos os óleos comestíveis poliinsaturados, os alimentos com fibras e os vegetais crus.

TABELA 49 – ALIMENTOS INCLUÍDOS NO CONSUMO PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

ALIMENTOS INCLUÍDOS	BAIRRO (%)		
	Centro	Bairro Alto	Cajuru
Adoçantes	33	10	35
Fibras	17	0	5
Frutas Cítricas	6	5	0
Outras frutas	6	5	0
Leite e derivados	28	10	15
Margarinas	0	5	0
Óleos de Girassol, Algodão, outros	61	0	10
Refrigerantes dietéticos	17	5	0
Suplementos dietéticos	17	0	0
Vegetais Amarelos	6	0	0
Vegetais Crus	17	5	5
Outros Vegetais	11	10	15
Outros alimentos	17	10	35
NR	17	0	0
NS	0	5	5

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=35,08; p>0,05 .

TABELA 50 – ALIMENTOS EVITADOS DE CONSUMO PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

ALIMENTOS EVITADOS	BAIRRO (%)		
	Centro	Bairro Alto	Cajuru
Açúcar, balas, doces	39	30	40
Bebidas alcóolicas	6	10	10
Café	6	10	5
Carne de porco	22	20	15
Carne vermelha	28	5	5
Carnes defumadas	0	0	5
Carnes em geral	6	10	5
Embutidos	39	0	10
Frituras	61	20	15
Leite Integral	11	10	0
Manteiga	6	5	5
Óleos e gorduras	22	3	40
Ovos	22	5	35
Queijo	11	5	5
Refrigerantes	11	0	5
Sal e comidas salgadas	50	45	55
Temperos e corantes	11	5	5
Tortas, bolos, pães	6	10	5
Outros	11	35	20

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA X^2=35,64; p>0,05

Os alimentos evitados de consumo habitual são mostrados na TABELA 50, cujas as maiores freqüências de idosos foram as preparações alimentícias açucaradas,

as salgadas e as com alto teor lipídico (como frituras e derivados suínos). No caso do Centro foram também identificados altas freqüências para as carnes vermelhas, embutidos e os ovos, sendo este ultimo referido entre os idosos do Cajuru.

A partir da TABELA 51, pode ser observado o resultado das afirmativas sobre os cuidados alimentares.

TABELA 51 – FREQUÊNCIA DE IDOSOS QUE FAZEM DIETA SEGUNDO O BAIRRO DO DOMICÍLIO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA –1999/2000

FREQUÊNCIA DE IDOSOS QUE FAZEM DIETA								
FAZ ALGUMA DIETA	BAIRRO (%)						TOTAL (%)	
	Centro		Bairro Alto		Cajuru			
Momento da Entrevista	1	2	1	2	1	2	1	2
Não	22	22	45	60	55	50	41	45
Sim	78	78	55	40	45	50	59	55

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: Momento 1 X^2= 4,36; Momento 2 X^2=5,80; p >0,05

Os idosos do bairro do Centro foram os que em maior proporção (77,8%) afirmaram cuidados com a alimentação ainda que, nos outros bairros, as proporções de 50% dos entrevistados também tenham referido.

Nesta TABELA 51 estão apresentados dois momentos da entrevista a fim de assegurar a confiabilidade da informação, visto que muitas das modificações na alimentação (restrições e/ou inclusões) foram incorporadas no cotidiano alimentar e não mais são referidas como uma recomendação dietética por um clínico ou reconhecida como uma dieta *por não estar doente*, mas identificada como um cuidado alimentar. Entretanto os resultados quantitativos sobre a pessoa que recomendou a dieta ao idoso não apresentaram relação significativa com os grupos por bairro pesquisado (χ^2=20,39; p>0,05) mas indicam que a dieta independe do grupo de idosos foi decorrente de recomendação médica em 65,8% dos entrevistados e do auto-cuidado em 26,3% dos entrevistados.

Na TABELA 52 pode ser observado a relação entre o tempo de cuidado alimentar pelo idoso ou o período ocorrido das alterações alimentares e os bairros para os quais não foi verificada relação significativa (X^2=5,32; p>0,05).

TABELA 52 – PERÍODO DE CUIDADO ALIMENTAR PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

TEMPO DE CUIDADO ALIMENTAR (anos)	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
< 1	13	30	11	18
1 - 3	27	20	11	21
> 4	60	50	78	62

FONTE. Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=5,32; p>0,05

Os cuidados com a alimentação foram referidos a mais de 4 anos por 61,8% dos entrevistados. Este período corresponde ao momento a partir do qual o entrevistado precisou fazer restrições ou inclusões de alimentos nas refeições. Em períodos mais recentes (<3anos) também foram mencionados por 50% dos idosos do Bairro Alto, seguido pelos do Centro (40,0%) e do Cajuru (22,2%).

Os principais motivos de dieta segundo os entrevistados foram listados na TABELA 53, os quais podem ser comparados aos alimentos mencionados em restrição ou de inclusão de consumo, anteriormente, mostrados nas TABELAS 49 e 50.

TABELA 53 – MOTIVO DOS CUIDADOS ALIMENTARES PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

MOTIVOS	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro(n=15)	Bairro Alto(n=9)	Cajuru(n=10)	
Para pressão alta	33	56	50	44
Para diabetes	0	11	30	12
Para emagrecer	27	0	10	15
Para o colesterol	27	33	30	29
Outros	40	11	20	27
NR	0	11	10	6

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA. X^2=11,7; p>0,05

Ainda que não tenha sido verificada relação significativa entre as situações clínicas e os agrupamentos de idosos por bairro (X^2=11,7; p>0,05), que estão nesta TABELA 53, é possível observar que a pressão alta (em 44% dos entrevistados) e o colesterol (em 29% dos entrevistados) são os motivos mais freqüentes ao cuidado alimentar. No entanto quando realizada a análise dos dados desagregados por bairro, no caso do Centro há ainda a preocupação com o sobrepeso em 26,7% dos idosos e no Cajuru, no controle da diabetes em 30,0% dos entrevistados.

O acesso aos alimentos - a obtenção

O acesso de alimentos para consumo pelos idosos e seus familiares foi identificado por a) trocas e doações entre vizinhos, amigos e familiares que não moram no domicílio e b) compras com vales ou moeda corrente. Estes dois modos de acesso estão presentes em todos os grupos estudados contudo as trocas e doações são referidos em níveis diversos segundo a TABELA 54 e são realizadas por 50% dos idosos entrevistados que moram no Centro, por 60% dos entrevistados do Bairro Alto e por 75% dos entrevistados do Cajuru.

Na TABELA 54 estão listados algumas formas de obtenção de alimentos pelo idoso e/ou seus familiares, exceto as compradas. Para estas situações foram verificadas haver relação com o local onde moram os idosos (X^2=28,05 p<0,05), sendo possível observar a concomitância de modos de obtenção de alimentos no mesmo grupo de idosos face as freqüências dos idosos entrevistados.

Considerando a parcela dos idosos que mencionaram obter alimentos por trocas e/ou doações, foram identificados as doações por familiares em 77,7% dos idosos do bairro do Centro, 41,7% dos idosos do Bairro Alto e 53,3% dos idosos do Cajuru.

TABELA 54 – MODO DE OBTENÇÃO DOS ALIMENTOS PELO IDOSO NOS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

MODO DE Obtenção	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro(n=9)	Bairro Alto(n=12)	Cajuru(n=15)	
Cambio Verde	0	0	7	3
Doado por Instituições	22	0	0	6
Doado por Familiares	78	42	53	56
Doado por Vizinhos	22	42	60	44
Igreja	0	0	13	6
Merenda Escolar	0	0	20	8
Planta em Casa	0	58	47	39
Tíquete Refeição	11	0	27	14
Outras Formas	22	0	7	8

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=28,05; p< 0,05

Na parcela dos idosos do Centro há também o recebimento de alimento de Instituições e por vizinhos, ambos em 22,2% dos entrevistados. Em 41,7% dos idosos do Bairro Alto há o acesso de alimentos doados pelos familiares e vizinhos e em 58,3% dos idosos ocorre a utilização de alimentos obtidos de pequenas hortas domésticas. No grupo do bairro do Cajuru a obtenção de alimentos é mais diversificada que nos outros 2 bairros, sendo identificado em 53,3% dos idosos as doações por familiares, em 60,0% dos idosos as trocas entre os vizinhos e em 46,7% dos entrevistados obtidos por pequenas hortas domésticas.

Entre os alimentos recebidos estão as verduras e frutas, o leite, o pão, o óleo comestível e, em menores proporções, as preparações alimentícias prontas tais como sopa, bolos, doces e porções de alimentos correspondentes a uma refeição.

A aquisição de alimentos para o consumo familiar são, habitualmente, realizados pelo idoso chefe da família ou por membros do domicílio ou por pessoas em convívio diário ou esporádico. Estas variáveis apresentam relação significativa com o espaço bairro estudado (X^2=19,21; p<0,05), de maneira que a partir da TABELA 55 podem ser ressaltadas algumas para os grupos pesquisados.

TABELA 55 – PESSOA QUE FAZ AS COMPRAS PARA A FAMÍLIA DE ACORDO COM O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

PESSOA	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Idoso Entrevistado	72	70	45	62
Cônjuge	11	30	40	28
Empregada Doméstica	17	0	0	5
Filho(a)	0	25	35	21
Outro Parente	6	10	20	12

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=19,21; p<0,05

No grupo do Centro ocorre a importante participação de empregados na compra de alimentos e do cônjuge, quando presente no domicílio. No caso dos bairros do Cajuru e Bairro Alto, a aquisição de alimentos entre os idosos acontece com maior participação dos filhos e do companheiro(a) e menor participação de outros parentes do idoso (domiciliados ou não) os quais foram listados por 20,0% dos entrevistados do Cajuru e 10,0% do Bairro Alto.

A participação do idoso na aquisição de alimentos pode ser também observada nesta TABELA 55. No Centro está a maior freqüência de idosos (72,2%) que realizam esta atividade de compras de alimentos do que nos outros grupos.

O acesso aos alimentos - o preparo

Em relação ao preparo das refeições existe relação significativa entre as pessoas que preparam as refeições e os bairros (X^2=22,93; p<0,05), cujas variáveis estão na TABELA 56, podendo ser observado que em todos grupos há maior participação de idosos no preparo dos alimentos. No Centro ocorre também o envolvimento de empregados (27,8%) o qual é substituído nos outros bairros pelos filhos, outras pessoas e, em maiores proporções, pelo cônjuge do idoso.

TABELA 56 – PESSOA QUE PREPARA DIARIAMENTE AS REFEIÇÕES PARA A FAMÍLIA DE ACORDO COM O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

PESSOA	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Idoso entrevistado	61,1	65,0	45,0	56,9
Cônjuge	11,1	30,0	25,0	22,4
Empregada doméstica	27,8	0,0	0,0	8,6
Filho(a)	0,0	5,0	10,0	5,2
Outro Parente	0,0	0,0	20,0	6,9

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=22,93; p<0,05

Os locais de aquisição de alimentos

Os locais de comercialização de alimentos utilizados pelos entrevistados e/ou familiares de cada agrupamento por bairros são diversos conforme a TABELA 57, para os quais foi verificada relação significante (X^2=716,57; p<0,1). Entre os locais de abastecimento alimentar há maior participação dos hipermercados com ou sem entrega domiciliar, das padarias e de outros equipamentos de abastecimento.

TABELA 57 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ABASTECIMENTO DE ALIMENTOS PELO IDOSO DE ACORDO COM O BAIRRO EM ESTUDO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

TIPOS DE EQUIPAMENTOS	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Açougue	6	20	15	14
Ceasa	11	0	20	10
Feiras	33	5	5	14
Hipermercado c/ entrega	67	95	85	83
Hipermercado s/ entrega	33	5	40	26
Mercado c/ entrega	11	0	0	35
Mercado s/ entrega	11	0	0	35
Mercado municipal	6	5	0	35
Mercadão popular	6	0	5	35
Kombis	17	50	5	24
Mercearia	6	25	55	29
Marmita	0	5	0	17
Padaria	61	40	60	53
Quilo	61	0	0	19
Quitanda	11	0	15	86
Outros	11	0	0	35

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=716,57; p<0,1

O tipo e as condições de acesso é distinto entre os grupos de idosos em análise como o caso dos serviços de entrega domiciliar pelos supermercados que é utilizado por 25% dos 70% dos entrevistados que acessam tais equipamentos de abastecimento.

Nos outros bairros, ainda que distantes das grandes redes de abastecimento de alimentos, também são foram mencionados a utilização dos supermercados e hipermercados no Município de Curitiba para a efetivação das compras semanais de 87,5% das famílias do Cajuru e 100% das famílias do Bairro Alto, para as quais utilizam os veículos da família ou de pessoas de convívio domiciliar e, eventualmente, o uso de taxi, ônibus ou entrega domiciliar.

Alguns dos idosos optam por realizar pequenas compras diariamente nos mercados, mercearias, padarias e outros locais que estão mais próximos. As mercearias são utilizadas pelas famílias dos bairros mas afastados e perfazem 41,2% do total dos entrevistados que realizam suas compras numa periodicidade, principalmente, de 2 ou mais vezes por semana.

As padarias são utilizadas por 53% dos entrevistados e destes 32,3% utilizam este local para suas compras diárias de pães e outras pequenas compras de gêneros alimentícios. Nos diversos grupos de idosos há ainda o costume de elaboração de pães caseiros de modo a diminuir a freqüência de compras em padarias e redes de abastecimento.

O serviço de entrega domiciliar de preparações alimentícias prontas são habitualmente utilizados pelos idosos do Centro como pizzas, lasanhas, comida chinesa enquanto que os idosos do Bairro Alto referiram a utilização dos serviços de entrega de pizzas e das refeições em marmita.

No Centro, 61% dos entrevistados utilizam os serviços de alimentação por quilo e destes 39% realizam suas refeições 2 ou mais vezes por semana.

O uso do serviço de comercialização de alimentos hortifrutigranjeiros através de veículos "Kombi" está presente em todos os bairros, totalizando cerca de 57% dos entrevistados mas este serviço possui características distintas em cada bairro. Isto é, nos bairros mais afastados são justificados pela facilidade de acesso a alimentos apesar de referidos como de custo mais elevado enquanto que no Centro, está relacionado a obtenção de alimentos *in natura* mais frescos.

A realização das refeições

As refeições mais freqüentes entre os idosos são o café da manhã, o almoço e o jantar contudo a qualidade, quantidade e variedade de alimentos são muito diversas como já foram, anteriormente, apresentadas. Na TABELA 58 pode ser observada a freqüência de idosos que realiza cada uma das refeições diárias e aquelas que foram indicadas por alguns idosos como realizadas numa periodicidade de 3 à 4x por semana. Entre a variável tipo de refeições e os bairros foi verificado haver relação (X^2=622,35; p<0,1).

TABELA 58 – REFEIÇÕES REALIZADAS PELOS IDOSOS SEGUNDO O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

FREQUÊNCIA DAS REFEIÇÕES (%)								
BAIRROS	Centro		Bairro Alto		Cajuru		TOTAL	
Tipo da Refeição	diário	3-4x semana	diário	3-4x semana	diário	3-4x semana	diário	3-4x semana
Café da manhã	100	0	100	0	100	0	100	0
Colação	28	17	53	0	40	0	40	5
Almoço	100	0	90	6	100	0	97	2
Lanche	61	17	58	0	85	0	68	5
Jantar	94	0	84	0	85	0	88	0
Ceia	44	39	53	16	30	20	42	25

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: O Teste Qui-quadrado foi calculado considerando apenas os números de idosos que registraram a realização diária de cada uma das refeições e agrupados por bairro do estudo O resultado foi de X^2=622,35; p<0,1

O café da manhã é realizado por todos os idosos. A colação ou lanche da manhã é realizada em proporções distintas entre os grupos de idosos e não é reconhecida como uma refeição. Para o almoço foi observado pequena diferença entre os grupos como a proporção menor de 89,5% idosos do grupo do Bairro Alto para qual foi justificada pelos entrevistados à falta de apetite ou pelo adiamento do horário da refeição.

O lanche da tarde foi indicado de sua realização por 50% dos entrevistados e em alguns casos esta refeição substitui o jantar, tendo como justificativa o horário mais apropriado para uma refeição *completa* em função das restrições associadas ao envelhecimento e por isso em alguns casos é, posteriormente, complementado pelos pequenos lanches no horário do jantar e da ceia.

Os dados para o lanche da tarde indicam uma complementaridade ou substituição entre estas refeições face o rol de alimentos consumidos pelos idosos e o horário da refeição; ainda que o jantar apresenta maior freqüência entre os idosos, com valores maiores de 80%.

Uma outra conseqüência das variações entre o lanche e o jantar, foi a descrição da refeição ceia como um pequeno lanche noturno para tomar medicamentos ou realizado enquanto o idoso *assiste programas de televisão* ou para *dar um reforço antes de dormir*. Esta refeição é constituída por café, leite, chás, biscoitos, pães, frutas e outros alimentos segundo as escolhas do entrevistado.

Estas refeições são compartilhada por cada grupo, em cada momento da semana, de modo diverso em relação as pessoas participantes deste rito alimentar. As refeições realizadas durante a semana foram estabelecidas para todos os idosos, sendo compartilhado em menos do que 50% dos entrevistados. Esta situação foi justificada

pelas jornada de trabalho dos diversos membros do domicílio, dos horários distintos das refeições ou do local cujas refeições são efetivadas dentro do mesmo domicílio.

Os resultados mostram, na TABELA 59 , que as refeições realizadas durante a semana e no final da semana tem a participação de pessoas no ritual alimentar, sendo incluídos nesta tabela, para a presente análise, apenas o companheiro(a) do idoso e os filhos; justificado pelas proporções encontradas.

TABELA 59 – PARTICIPAÇÃO DE PESSOAS NAS REFEIÇÕES REALIZADAS DURANTE A SEMANA [(1)]COM O IDOSO, DE ACORDO COM O BAIRRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

FREQUÊNCIA DE PESSOAS NAS REFEIÇÕES (%)								
BAIRROS	Centro (n=18)		Bairro Alto (n=20)		Cajuru (n=20)		TOTAL	
Período da semana / PESSOAS	DS [(1)]	FS [(2)]	DS	FS	DS	FS	DS	FS
Idoso Sozinho	39	6	15	15	10	5	20	9
Companheiro(a)	11	22	50	45	50	50	38	40
Filho(a)	17	50	50	55	45	70	38	59

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2= 15,16 ; X^2=28,14; p>0,1
(1) DS = O dia da semana foi aqui considerado como o período compreendidos de Segunda-feira até Sexta-feira
(2) FS = O final de semana foi considerado o Sábado e Domingo

Em todos os grupos de idosos pesquisados ocorre parcelas de idosos que realizam suas refeições sozinhos durante a semana, principalmente entre o grupo do Centro (38,9%); contudo variações podem ser observadas entre os períodos da semana para os grupos do Centro e Cajuru de modo a sugerir que nos finais de semana os idosos compartilham suas refeições. Isto pode ser confirmado pelo aumento nas freqüências para participação do companheiro e filhos domiciliados ou não nestas refeições, explicadas a partir dos relatos dos idosos pelas "refeições em família" dentro ou fora do domicílio do idoso.

Entre os idosos do Bairro Alto, as refeições durante a semana e os finais de semana são compartilhadas, em níveis de freqüência similares contudo maiores do que os idosos do bairro do Centro, pelos companheiros e pelos filhos.

9.2.5.1.1 Consumo Alimentar

O consumo alimentar individual é caracterizado pelo tipo de alimentação, qualitativa e quantitativa, dos entrevistados idosos.

- Consumo Alimentar Qualitativo

O consumo alimentar qualitativo dos idosos entrevistados está definido pelos alimentos registrados no QUADRO 04 que correspondem aos referidos como fazendo parte da alimentação dos entrevistados. Neste QUADRO os alimentos estão listados por ordem decrescente e agrupados por faixa da freqüência de entrevistados, de 100% até 0%, e por grupos de alimentos conforme o ANEXO 02.

QUADRO 04 - ALIMENTOS CONSUMIDOS PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000

CENTRO	BAIRRO ALTO	CAJURU
Alimentos 100 à 76 % consumidos		
arroz, macarrão	arroz, macarrão, pão francês	arroz, macarrão, polenta
mamão, banana	laranja/tangerina, banana	frango, carne de boi sem osso
queijo	frango, carne de boi sem osso	batata inglesa
frango, carne de boi sem osso, peixe fresco	ovos	feijão
brócolos, alface	alface, repolho	
cenoura, batata inglesa	batata inglesa	
feijão, vagem		
café, chás		
Alimentos 75 à 51 % consumidos		
polenta, pão doce, bolos, farinha de mandioca	polenta, bolo, biscoito salgado	pão caseiro/doce, pão francês
laranja/tangerina, maçã, tomate	mamão, tomate	banana, mamão, laranja/tangerina
leite semi-desnatado	salsicha	ovos
ovos	abóbora, abobrinha, couve-verde	abobrinha, alface
abobrinha, couve verde, agrião	cebola, alho	vagem
beterraba	margarina, maionese(sem batata)	cenoura
margarina	sucos, café, chás mate, chimarrão	café, chás(mate, chimarrão
pudim/doces frutas		

Continuação QUADRO 04

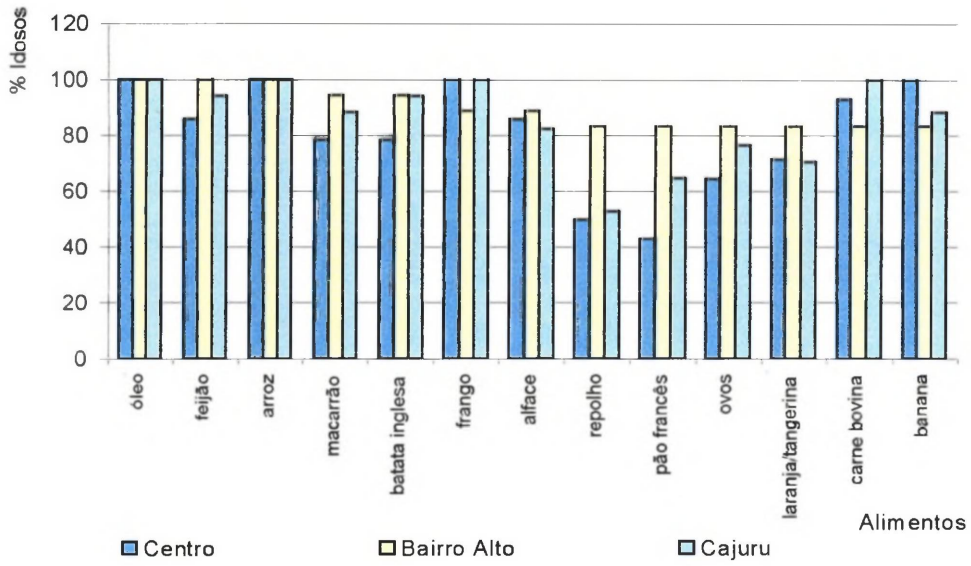
CENTRO	BAIRRO ALTO	CAJURU
Alimentos 50 à 26 % consumidos		
biscoito salgado, pão francês, biscoito doce	biscoito doce, pipoca, farinha de mandioca	biscoito salgado, bolo, farinha de mandioca
uva, pêra	maçã	maçã, tomate
iogurte, requeijão, leite desnatado	iogurte, queijo, leite tipo c	leite integral ou a, queijo
peixe enlatado	carne de boi com osso, peixe enlatado (atum, sardinha)	carne de porco, salsicha, peixe fresco
chuchu, abóbora, berinjela, pepino, couve flor, espinafre, almeirão, repolho	chuchu, berinjela, pepino, cheiro-verde, couve-flor, brócolos, escarola	chuchu, abóbora, couve-flor
lentilha, ervilha, grão de bico	vagem	cebola
mandioca	cenoura, beterraba, mandioca	beterraba, mandioca
vinho	refrigerante	margarina
refrigerante diet, refrigerante, suco	pudim, doce de frutas ou de leite, açúcar, caramelos/balas	refrigerante, sucos
açúcar		açúcar, caramelos/balas
Alimentos até 25 % consumidos		
milho verde, pipoca	pão caseiro/doce, farinha de milho	biscoito doce, farinha de milho, pipoca
melancia/melão, manga, abacate, abacaxi	melancia/melão, uva, pêra, manga, limão, goiaba, abacaxi, abacate	melancia/melão, pêra, manga, abacaxi, uva
leite integral ou a	leite integral ou a, desnatado, requeijão, leite em pó, desnatado	iogurte, leite tipo c, leite desnatado, leite em pó
vísceras, salsicha, carne de porco	carne de porco, lingüiça, peixe fresco, vísceras: fígado,coração,etc	camarão, carne de boi com osso, lingüiça, vísceras
chicória, escarola, cheiro verde, pimentão, quiabo	almeirão, agrião, espinafre, pimentão, quiabo	quiabo, brócolos, pepino, pimentão, almeirão
cebola	lentilha	alho
salgados (pastel/quibe)	picles, azeitona	lentilha
maionese	bacon ou toucinho, manteiga	bacon ou toucinho, maionese (sem batata)
cerveja	salgado(quibe, pastel)	salgado (quibe, pastel)
caramelos/balas, mel/melado, chocolate, gelatina	cerveja	cerveja, vinhos, outras alcoólicas
	refrigerante dietético	refrigerante dietético
	chocolate em barra, gelatina	chocolate em barra, gelatina, pudim, doce de frutas ou de leite
Alimentos não consumidos		
farinha de milho	maracujá	maracujá, limão, goiaba, abacate
maracujá, goiaba, limão	camarão	peixe enlatado (atum, sardinha
camarão, lingüiça, presunto, carne de boi com osso	inhame	inhame
inhame	vinhos, outras bebidas alcoólicas	requeijão, manteiga, leite semi – desnatado
leite tipo c, leite em pó, leite condensado		
manteiga		
outras bebidas alcoólicas		

FONTE: Pesquisa de Campo

NOTA: Questionário semi – quantitativo de freqüência de consumo alimentar, segundo GALEAZZI et al. (1997) e UNIVERSIDADE...(1996a).

Para melhor compreensão dos resultados, os 13 alimentos consumidos de maior freqüência entre os indivíduos idosos são mostrados no GRÁFICO 16, tendo como referência o Bairro Alto, de tal modo que alimentos como o repolho estão incluídos para os outros bairros apenas para complementar a ilustração.

GRÁFICO 16 - ALIMENTOS CONSUMIDOS POR IDOSOS NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000



FONTE: Pesquisa de Campo

Ovos, pão, laranja e tangerina estão entre os alimentos mais consumidos no Bairro Alto e Cajuru, mas não no Centro. Entre os alimentos protéicos, a carne bovina (com ou sem osso), o frango estão entre os principais alimentos. No caso do bairro do Cajuru, todos os entrevistados mencionam consumir frango e carne bovina, já no Centro o predomínio é de frango (QUADRO 04 e GRÁFICO 16).

No grupo dos alimentos ricos em carboidratos, o arroz é o mais freqüente nos registros dos alimentos consumidos contudo outros alimentos contribuem como fonte de mesma natureza energética como o macarrão, o feijão, a batata inglesa, o pão e

outros panifícios, as farinhas de milho e de mandioca. Neste grupo de alimentos, a polenta é também um dos mais freqüentes entre os idosos moradores no bairro do Cajuru.

Entre as frutas listadas no questionário, o consumo estão referidas, principalmente, a laranja, a banana e o mamão. As espécies sazonais como a melancia, o abacate, a manga, o abacaxi são também mencionadas de consumo habitual, mas dependentes da disponibilidade do gênero alimentício e do custo para aquisição.

Os idosos do bairro do Centro indicam maior participação de consumo de frutas como o mamão e a banana bem como de legumes, hortaliças e tubérculos tais como alface, cenoura, brócolos, vagem. Contudo, assim como nos outros dois bairros a abobrinha e a vagem também são consumidas pelos idosos do Centro.

O café merece destaque entre as bebidas não alcóolicas, porém a presença do chimarrão e alguns chás, com ou sem objetivo medicinal para o idoso, também foram mencionados.

O conjunto de dados de alimentos listados de consumo mostram que o grupo de idosos entrevistados, independentes da localização do bairro, utilizam os mesmos alimentos para o consumo ainda que com variações qualitativas e de freqüência. Isto pode ser ilustrado na escolha entre os produtos de natureza protéica, como os de origem bovina, e em relação aos alimentos fonte de carboidratos.

Neste presente estudo de consumo individual de alimentos não houve a inclusão de produtos alimentícios como a farinha de trigo e o açúcar, por serem considerados como ingredientes em preparações. No caso do açúcar entretanto foi computado a sua utilização em algumas das preparações diárias para efeitos energéticos na dieta; isto é quando referidos sobre a adição no café, sucos, chás, leite

ou sob a forma de balas e confeitos, etc. ou quando descritos o modo de preparo das preparações alimentícias para o idoso.

Em relação ao consumo de leite e derivados foi observado que a utilização é variada tanto na forma do produto em si quanto na freqüência do consumo, sendo listados por 50% ou menos dos entrevistados do Bairro Alto e Cajuru. Por outro lado no Centro há um consumo de 78,6% de queijo. Estes resultados mereceriam maior aprofundamento, principalmente, para os idosos do sexo feminino pelo fato da importância do fornecimento de cálcio através de produtos lácteos na prevenção ou para minimizar os efeitos da osteoporose.

No GRÁFICO 16 e TABELA 60 estão apresentados os alimentos referidos de consumo pelos grupos de idosos do QUADRO 04 e agrupados segundo a classificação geral de gêneros alimentícios: 1 – cereais e derivados; 2 – frutas; 3 – lácteos; 4 – carnes; 5 – verduras; 6 – gorduras; 7 - bebidas alcoólicas; 8 - bebidas não alcoólicas e 9 – doces.

TABELA 60 – GRUPOS DE ALIMENTOS CONSUMIDOS PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000

FREQUÊNCIA DE IDOSOS (%)				
Grupo de Alimentos	BAIRRO			TOTAL
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
1 – cereais-massas-pão	21	23	26	23
2 – frutas	13	13	15	14
3 – lácteos	7	5	5	6
4 – carnes e ovos	11	13	15	13
5 – verduras	27	29	29	28
6 – gorduras	2	4	1	2
7 – bebidas alcoólicas	1	0	1	2
8 – bebidas não alcoólicas	8	7	8	7
9 – doces	7	6	4	5

FONTE: Pesquisa de Campo

De acordo com esta maneira de agrupar os dados é possível indicar que na alimentação do total dos idosos, agrupados em bairros, há o consumo de produtos alimentícios à base de cereais entre 21-26% dos idosos, de verduras em pelo menos 27

– 29%, de frutas em 13-15%; de carnes e derivados cárneos e ovos em 11-15% dos entrevistados.

Os outros grupos de alimentos apresentaram menores participações na alimentação do idoso apesar de que algumas considerações devam ser apontadas. No caso do consumo de gorduras, por exemplo, não foram consideradas as preparações dietéticas mas apenas a lista de alimentos do inquérito sobre o consumo alimentar padronizado em Galeazzi et al. (1997), UNIVERSIDADE... (1996?), Sichieri (1998).

Mesmo assim a importância de listar os alimentos e os grupos de alimentos consumidos pelos idosos possibilita reconhecer o padrão alimentar deste grupo e sugerir possibilidades para uma alimentação saudável, considerando não apenas o acesso e as preferencias mas também a disponibilidade de energia e nutricionais destes alimentos.

- Consumo Alimentar Quantitativo

A quantidade média diária alimentos consumidos pelos idosos em cada bairro foi estimada em energia em 1778 ± 518 Kcal para o bairro do Centro, em 1920 ± 729 Kcal no Bairro Alto e de 1655 ± 660 Kcal no bairro do Cajuru. Pela Análise de Variância foi verificada não haver diferença significativa entre os idosos ($f=0,873$; $p>0,1$) e nem relação significativa entre as variáveis e os agrupamentos por bairro ($\chi^2=1,509$; $p>0,1$).

Os valores estimados médios de proteína na alimentação diária dos idosos entrevistados foi de 66,08g para o grupo do bairro do Centro, 72,26g para o Bairro Alto e 57,20g para o bairro do Cajuru. Estes valores não apresentaram diferença significativa na Análise de Variância ($f=1,942$; $p>0,1$) e assim também foi verificado não

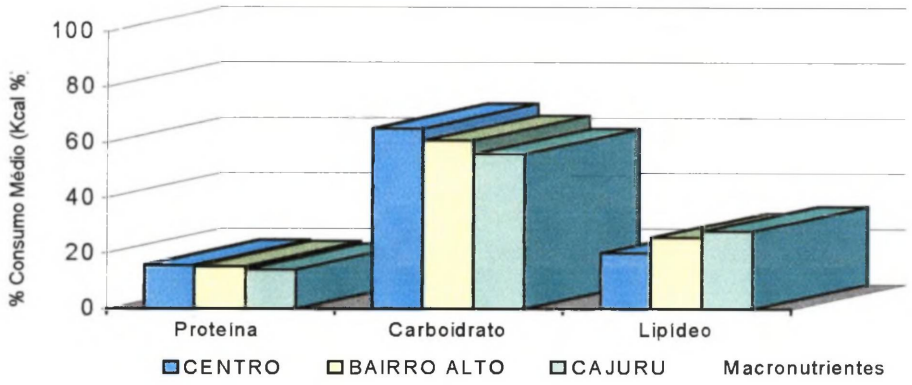
haver relação significativa entre os cruzamentos das variáveis proteína e bairro (χ^2=2,100; p>0,1).

Os valores estimados médios de carboidratos na alimentação diária dos idosos entrevistados foi de 292,43g, de 288,40g e 235,58g para os respectivos grupos do Centro, do Bairro Alto e Cajuru. Os valores para cada variável e idoso não apresentaram diferenças significativas (f =1,546; p>0,1) e nem foi verificada haver relação entre as variáveis e os agrupamentos por bairro (χ^2=0,542; p>0,1). Contudo diferenças são indicadas sobre o valor da média em função do próprio desvio padrão; assim como quando comparados os valores das médias entre os grupos de idosos. Deste modo os idosos do Cajuru tem consumo alimentar médio menor em carboidratos do que os outros grupos de idosos.

Os valores estimados de lipídios na alimentação diária dos idosos não apresentaram diferença significativa (f =1,604; p>0,1) contudo foi verificada haver relação significativa entre os valores de lipídios na alimentação e os grupos de idosos por bairro (χ^2=6,772; p<0,05). Este resultado pode ser demonstrado pelos valores médios estimados na alimentação total diária dos idosos de 39,05g para o Centro; de 56,09g para o Bairro Alto e de 50,76g para o Cajuru os quais corresponderam, respectivamente, a 20 Kcal, 26 Kcal e 28 Kcal de lipídios em 100 Kcal do consumo alimentar diário.

O GRÁFICO 17 possibilita a comparação entre os três bairros em relação a média dos valores estimados de consumo diário de alimentos pelos idosos entrevistados, expressos em percentagem de equivalentes calóricos dos macronutrientes, como proteínas (PTN), carboidratos (CH) e lipídios totais (LIP T).

GRÁFICO 17 - CONSUMO ALIMENTAR DIÁRIO EM MACRONUTRIENTES DOS IDOSOS, NOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000



FONTE: Pesquisa de Campo

Os resultados do consumo alimentar (médio) dos idosos, mostrados neste GRÁFICO 17, representam a estimativa diária para o bairro do Centro de 15 ± 0,73 Kcal % em PTN, 66± 6 Kcal % em CH, 20 ± 5 Kcal % em LIPT e 18,99 ± 11,61g de Fibras. Para o bairro do Bairro Alto foram estimados 15 ± 2 Kcal % em PTN, 61 ± 8 Kcal % em CH, 26 ± 7 Kcal % em LIPT e 22,49 ± 10,79g de Fibras; para o bairro do Cajuru foram calculados em 14 ± 3 Kcal % em PTN, 56 ± 9 Kcal % em CH, 28 ± 10 Kcal % em LIPT e 14,31 ± 8,51g de Fibras.

O quadro geral de consumo alimentar quantitativo indica sob a análise dos dados estimados de cada um dos macronutrientes presentes na alimentação de que os idosos do Cajuru consomem menores conteúdos de proteínas e de carboidratos, sendo compensado o consumo calórico por lipídios na alimentação diária. O grupo do bairro do Centro tem uma maior contribuição de carboidratos e menor de lipídios na alimentação diária, quando comparada aos outros bairros. Estes resultados indicam ainda que em média os idosos do Bairro Alto tem nas suas refeições diárias o consumo maior de alimentos constituídos de carboidratos e lipídios.

9.2.5.2 Estado nutricional

As condições nutricionais dos idosos foram estabelecidas através da avaliação dietética e da avaliação antropométrica (PEREIRA, 1995; MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998).

9.2.5.2.1 Avaliação antropométrica

A avaliação antropométrica de cada um dos entrevistados possibilitou o cálculo dos índices: Índice da Massa Corpórea (IMC ou de Quetelet) e o Índice Cintura – Quadril (RCQ), cujas interpretações foram realizadas conforme a classificação dos níveis de riscos proposta neste estudo (QUADRO 02).

O quadro geral das relações IMC e RCQ está na TABELA 61, monstrando as freqüências de entrevistados em cada relação. Foi verificada haver relação significativa entre o IMC e RCQ e os agrupamentos dos idosos por bairro (X^2=37,61; p<0,10).

De acordo com TABELA 61, os resultados indicam que a situação de mais de 60% de cada grupo de idosos possui distribuição inadequada da gordura corpórea, visto os valores obtidos de RCQ acima do considerado normal ainda que ocorram casos nesta parcela com baixo peso ou com IMC adequado para a faixa etária.

TABELA 61 - RELAÇÃO ÍNDICE DA MASSA CORPÓREA (IMC OU DE QUETELET) E ÍNDICE CINTURA – QUADRIL (RCQ), PARA OS IDOSOS ENTREVISTADOS DOS BAIRROS DO CENTRO, DO BAIRRO ALTO E CAJURU, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000

RELAÇÃO IMC E RCQ	BAIRROS (%)			
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Total
Risco 4 (1)	6	50	30	29
Risco 3 (2)	22	30	25	25
Risco 3 (3)	33	0	10	14
Risco 2 (4)	17	0	0	5
Risco 1 (5)	11	10	10	10
Sem Risco (6)	11	10	25	16

NOTA: X^2=37,61; p<0,10

(1) Alto IMC (sobrepeso) e alto RCQ.
(2) IMC adequado e alto RCQ.
(3) Baixo IMC (baixo peso) e alto RCQ.
(4) Alto IMC (sobrepeso) e RCQ adequado.
(5) Baixo IMC (baixo peso) e RCQ adequado.
(6) IMC e RCQ adequado.

Outros resultados podem ser observados na TABELA 61, como para os idosos do Bairro Alto que apresentaram maiores proporções (80%dos idosos) em risco 3 e 4, do que os outros grupos, face os valores, principalmente, de RCQ acima do recomendado. Nesta parcela de idosos foi identificado que a parte correspondente a 50% dela estava com sobrepeso e em situação de risco 4, a qual tem como conseqüência o aumentado risco nutricional e da saúde.

Nos outros dois grupos de idosos, o sobrepeso foi identificado em 22,2% dos idosos do Centro e em 30,0% dos idosos do Cajuru; contudo do total de entrevistados apenas 5,6% do Centro e 30% do Cajuru apresentam maior exposição ao risco nível 4. Enquanto que em 55,5% dos idosos do Centro, em 30% dos idosos do Bairro Alto e 35,0% dos idosos do Cajuru, estavam em risco (nível 3).

Na TABELA 61 são também observadas as proporções de idosos em condições avaliadas por antropometria – IMC e RCQ - adequadas, cujos valores foram maiores para o grupo de idosos do bairro do Cajuru (25%) do que nos outros 2 grupos com cerca de 10% em cada um deles.

9.2.5.2.2 Avaliação dietética

A avaliação dietética realizada no presente estudo pretendeu além de reconhecer a natureza e a quantidade dos alimentos ou dos grupos de alimentos consumidos pelos idosos, também, estabelecer o consumo adequado ou inadequado de energia e macronutrientes.

Na TABELA 62 estão registradas as contribuições médias diárias dos alimentos consumidos por cada grupo de idosos e os correspondentes macronutrientes em energia (Kcal) que estão disponíveis nos alimentos consumidos. Conforme, anteriormente, apresentados no item CONSUMO ALIMENTAR, as contribuições dos diversos componentes da alimentação variaram nos bairros estudados.

A partir destes dados, da TABELA 62, foi possível a análise da adequação alimentar dos idosos agrupados por bairro, tendo referência neste estudo o atendimento das recomendações da quantidade de energia calculada para cada indivíduo. Nesta TABELA a adequação é expressa para os grupos de idosos usando a relação da média do consumo diário total de alimentos, em energia total e em nutrientes correspondentes, e da média das recomendações estimadas da energia calculada (REE) para os grupos de idosos entrevistados.

Os idosos do bairro do Centro apresentaram o consumo médio de alimentos em energia de 97,98% do consumo alimentar estabelecido por cálculo, isto é da média dos valores das recomendações estimadas da energia para cada idoso. O valor calculado do desvio padrão (± 518 Kcal) demonstra a amplitude entre os valores de energia disponível nos alimentos consumidos de 1019 Kcal (977 Kcal*) até 2673 Kcal.

TABELA 62 – QUANTIDADE MÉDIA RECOMENDADA E CONSUMIDA DE ALIMENTOS EM ENERGIA E A RELAÇÃO DE ADEQUAÇÃO MÉDIA DO CONSUMO ALIMENTAR DOS IDOSOS DE ACORDO COM OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000

BAIRRO	VALOR	PARÂMETRO ESTATÍSTICO	ENERGIA [1]	PROTEÍNA	CARBOIDRATO	LIPÍDIO[2]
Centro	Recomendado	Média	1825	**12 - 15%**	**55 - 60%**	**< 30%**
		Desvio padrão	91			
	Consumido	Média	1778	15	66	20
		Desvio padrão	518	3	6	5
	Adequação [3]	Média	1	1,	1	0,8
		Desvio padrão	0,3	0,2	0,09	0,21
Bairro Alto	Recomendado	Média	1953	**12 - 15%**	**55 - 60%**	**< 30%**
		Desvio padrão	293			
	Consumido	Média	1920	15	61	26
		Desvio padrão	729	2	8	7
	Adequação	Média	1	0,73	0,94	1
		Desvio padrão	0,38	0,11	0,12	0,38
Cajuru	Recomendado	Média	1900	**12 - 15%**	**55 - 60%**	**< 30%**
		Desvio padrão	215			
	Consumido	Média	1655	14	56	28
		Desvio padrão	660	3	9	9
	Adequação	Média	0,86	0,68	0,87	2
		Desvio padrão	0,28	0,12	0,14	0,52
TOTAL	Recomendado	Média	1899	**12 - 15%**	**55 - 60%**	**< 30%**
		Desvio padrão	227			
	Consumido	Média	1788	15	60	25
		Desvio padrão	650	3	9	8
	Adequação	Média	0,9	0,8	1	1
		Desvio padrão	0,3	0,2	0,15	0,50

FONTE : Dados da Pesquisa de Campo

(1) a energia corresponde a média da composição total do consumo alimentar diário, expresso em Kcal

(2) os macronutrientes são expressos em Kcal do componentes em relação a 100Kcal do consumo total de alimentos - %Kcal

(3) a adequação é expressa pela relação entre a contribuição da energia total ou dos correspondentes macronutrientes dos alimentos consumidos e as recomendações estimadas da energia total e em macronutrientes

No caso dos idosos agrupados no Bairro Alto, eles apresentaram consumo médio de 1920Kcal, que corresponde à uma parcela de 99,33% da média recomendada ou à relação de 0,09. Contudo estes valores ao serem desagregados para cada idoso mostram variações entre 915Kcal até 3569Kcal, expressando diferenças nos consumos diários individuais.

O mesmo tipo de variação nos valores de consumo individual foi verificada para o grupo de idosos do bairro do Cajuru estabelecido pelo desvio padrão de ± 728 Kcal. O consumo médio diário de alimentos foi de 1655 Kcal, variando entre 826 Kcal (184 Kcal*) até 3103Kcal. A média de consumo de alimentos verificado neste grupo atende 85,70% das recomendações calculadas.

Quando a adequação alimentar em energia total é comparada entre os 3 grupos, pode ser constatado que o grupo de idosos do Cajuru possui menor valor da relação de adequação (0,86) sugerindo insuficiência alimentar.

A relação de adequação do consumo médio de alimentos em macronutrientes foi calculada considerando as proporções de proteína (PTN), carboidratos (CH) e lipídios (LPT) na alimentação diária individual ingerida comparados as recomendações gerais das necessidades diárias destes macronutrientes, como para a proteína o intervalo de 12% até 15%; para o carboidrato entre 55% e 60% e para lipídio, não mais do que 30% do consumo total da alimentação diária (QUADRO 03).

Os resultados obtidos, de acordo com a TABELA 62, indicam que os idosos do grupo do Centro estão adequados para os macronutrientes proteínas (1,01) e carboidratos (1,09) e com baixa adequação para lipídios (0,80). Os idosos do grupo do Bairro Alto estão inadequados para o consumo de proteínas (0,73) e para lipídios (1,40).

Os idosos do grupo do Cajuru foram os que apresentaram menores valores de relação de adequação para a proteína (0,68) e para o carboidrato (0,87) quando comparados aos outros grupos de idosos. O consumo de lipídios, também, está inadequado neste bairro face a alta relação encontrada de 1,53, indicando consumo médio acima do recomendado.

De acordo com a Análise de Variância, anteriormente mencionada, não foram identificadas diferenças significativas entre os componentes da alimentação diária dos idosos (energia, proteína, carboidrato e lipídios) agrupados segundo os bairros do Centro, Bairro Alto e Cajuru. No entanto foram determinadas diferenças significativas nas proporções dos macronutrientes na alimentação total (em %) – carboidrato ($f=5,40$; $p<0,01$) e lipídio ($f=4,29$; $p<0,05$) – na alimentação diária ingerida pelos grupos de idosos dos bairros do Centro e do Cajuru.

A Análise de Variância apontou que as diferenças estão nas proporções de carboidrato na alimentação dos idosos do bairro do Centro, cujos valores são maiores (65,48%) do que na alimentação dos idosos do Cajuru (56,07%). Este teste estatístico também indicou que os resultados para as proporções de lipídios na alimentação são opostas a verificada no consumo de carboidratos entre os bairros do Centro (19,91%) e Cajuru (24,90%), isto é são maiores no bairro do Cajuru.

Em função destas variações nos bairros, foi utilizada a relação das recomendações diárias (calculadas) das quantidades de energia e de macronutrientes para cada entrevistado, de modo à delinear um quadro de adequação individual. Estes dados foram, posteriormente, agrupados de acordo com o bairro a fim de indicar a proporção de idosos que tenham o consumo alimentar diário normal, abaixo e acima do recomendado (TABELA 63).

*Convém esclarecer que para compor as parcelas de idosos em diferentes níveis de adequação alimentar foram considerados na TABELA 63, acima, os dados correspondentes de mais dois entrevistados. Nas análises anteriores estes dados de idosos dos bairros do Centro e Cajuru foram desconsiderados para a análise estatística porque comprometeriam os resultados da Análise de Variância face os baixos valores relacionados as restrições nutricionais impostas a estes indivíduos (obesidade

associada a diabetes e insuficiência renal).

TABELA 63 – PROPORÇÃO DOS NIVEIS DE ADEQUAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DOS IDOSOS EM ENERGIA TOTAL E MACRONUTRIENTES, AGRUPADOS PELOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000

BAIRRO	NIVEIS DE ADEQUAÇÃO [1]	PROPORÇÃO DE IDOSOS SEGUNDO A COMPOSIÇÃO DA ALIMENTAÇÃO (%)			
		Energia[2]	Proteína	Carboidrato	Lipídio
Centro	Abaixo	57	14	7	64
	Normal	14	43	14	21
	Acima	29	43	79	14
Bairro Alto	Abaixo	44	78	44	11
	Normal	167	22	33	56
	Acima	38	0	22	8
Cajuru	Abaixo	72	84	61	17
	Normal	6	17	17	11
	Acima	2	0	22	72
TOTAL	Abaixo	58	62	38	28
	Normal	12	12	40	12
	Acima	30	26	22	60

(1) Os níveis de adequação são indicados como NORMAL quando corresponde valores entre 0,9 - 1,10 do recomendado ao consumo; como ABAIXO que corresponde a valores >0,9 do recomendado ao consumo e como ACIMA corresponde a valores < 1,10 ao consumo

(2) O valor de energia total da alimentação diária e em macronutrientes foi estimado para cada indivíduo afim de determinar a adequação individual e, posteriormente, agrupados segundo o bairro.

Deste modo, conforme a TABELA 63, os valores encontrados mostram que no bairro do Centro, 14,3% dos idosos estão com o consumo alimentar adequado em relação ao atendimento das recomendações individuais diárias, em quilocalorias. Enquanto que 85,7% dos idosos apresentam consumo inadequado de alimentos ou por estarem com valores abaixo ou acima das recomendações individuais de consumo energético. Nesta parcela de idosos, mais da metade (57,1%) possui alimentação inadequada por falta de alimentos enquanto 28,6% por exceder o consumo diário recomendado.

Em relação aos idosos do Bairro Alto, cerca de 16,7% do grupo tem o consumo alimentar adequado em energia (Kcal), por outro lado a parcela restante está

com inadequação alimentar por deficiência alimentar em 44,4% ou por consumo acima do recomendado em 38,9%.

Em 5,6% de idosos do grupo do Cajuru consomem quantidade de alimentos suficientes que atendem suas necessidades individuais. No entanto a maior parte dos idosos está com o consumo alimentar individual inadequado, isto é 22,2% consomem a mais do valor recomendado e 72,2% tem consumo insuficiente de energia.

Os valores mostrados na TABELA 63 indicam que os grupos dos bairros do Centro e do Cajuru possuem maiores proporções de idosos com consumo alimentar em energia total mais adequado. Enquanto que as proporções de idosos com consumo inadequado são maiores para a insuficiência alimentar no qual no bairro do Cajuru há a maior proporção, com 72,2% dos idosos.

A proporção de idosos em situação de consumo inadequado face a quantidade de alimentos insuficientes (em 58%) ou pelo excessivo consumo (em 30%) de fontes calóricas pode ser indicativo de que maior parte (88%) dos idosos entrevistados está em risco nutricional. Isto é, o consumo alimentar em quilocalorias ao ser comparado as recomendações diárias pode indicar risco ou vulnerabilidade do indivíduo em relação ao fornecimento calórico e de nutrientes.

Os idosos que residem no bairro do Centro apresentaram o consumo de alimentos em proteína distribuído entre o nível normal (42,9%) e acima de consumo (42,9%) deste macronutriente. Por outro lado tanto o Bairro Alto como o do Cajuru, os idosos selecionados para o estudo tiveram o consumo de alimentos entre o nível normal e abaixo. Neste dois grupos, o consumo médio diário de alimentos está demonstrado pelas indicações de altas proporções de idosos com baixo consumo de alimentos protéicos, como no Bairro Alto com 77,8% e no Cajuru com 83,3% dos idosos.

A participação de carboidratos na alimentação dos idosos pode ser observada na TABELA 63 pela distribuição dos idosos em relação ao nível de consumo deste macronutriente. O grupo de idosos no Centro tem seus consumos calóricos em carboidratos em proporções maiores, 78,6% dos idosos, no nível acima do recomendado e o restante entre o normal (14,3%) e abaixo (7,1%). Por outro lado os bairros do Bairro do Alto e Cajuru tem como evidência a distribuição distinta do Centro, isto é a parcela de idosos com consumo de carboidratos acima do recomendado é menor deste e, em ambos os casos, igual a 22,2%. Outra diferença está nas proporções de consumo abaixo do recomendado em 44,4% dos idosos do Bairro Alto e 61,1% do Cajuru.

Em relação ao conteúdo de lipídios na alimentação dos idosos, no bairro do Centro foram identificados maiores proporções de idosos com consumo médio diário abaixo do recomendado, de 64,3% dos idosos e por outro lado 14,3% com consumo de lipídios acima do recomendado para o consumo diário. Este valor sugere que este grupo de idosos esteja em situação de baixo comprometimento nutricional.

As proporções de lipídios na alimentação dos idosos no Bairro Alto e do Cajuru estão com valores maiores das recomendações em 83,3% dos idosos do Bairro Alto e em 72,2% dos idosos do Cajuru. Enquanto que as parcelas de idosos que estão inseridas no consumo normal e abaixo são, proporcionalmente, menores em ambos bairro.

Os resultados apontam para cada um dos grupos de idosos algumas características como para o bairro do Centro, no qual as inadequações ocorrem por falta ou excesso da quantidade de alimentos disponíveis entretanto com maior número de idosos com consumo de alimentos insuficientes em relação as recomendações energética calculadas para cada um dos idosos. Em alguns casos associados as

proporções acima do recomendado em proteínas e em carboidratos ou diminuídas em lipídios. Enquanto que a alimentação diária dos idosos do Bairro Alto e do Cajuru variam entre o consumo aumentado ou diminuído em energia mas associados as altas proporções de lipídios e baixas em proteínas.

Esta situação geral de consumo de alimentos, quando analisada para cada idoso, sugere que cerca de 68% dos idosos entrevistados apresentam algum tipo de comprometimento nutricional e a possibilidade de casos de desnutrição aguda ou crônica, a carência de macronutrientes e de micronutrientes e, consequentemente, o comprometimento do estado de saúde geral destes idosos.

Ainda que na estimativa da quantidade de energia necessária para cada entrevistado tenha sido considerado algumas características individuais (idade, peso adequado, nível de atividade física e outros), outros condicionantes merecem ser pontuados antes da afirmação sobre a condição de suficiência alimentar. Entre estes condicionantes tem participação o próprio estado nutricional e o estado geral de saúde do indivíduo assim como as relações destes estados com a cronicidade das doenças, com o nível de medicalização, com os níveis de autoestima e sociabilidade do idoso (NRC, 1989).

Assim estabelecida a categoria estado nutricional será, posteriormente, incorporada ou relacionada as categorias estado de saúde e situação de vida do idoso, visto as avaliações dietética e clínica serem, habitualmente, utilizadas como indicadores na avaliação das condições de saúde e de nutrição.

9.2.5.3 Estado de Saúde

Neste trabalho a composição desta categoria estado de saúde atual do idoso teve a abordagem apenas pelas várias relativas aos aspectos biológicos dos indivíduos.

A auto - avaliação do idoso sobre sua saúde e quando comparada a de outras pessoas (amigos, vizinhos e familiares) da mesma faixa etária foram determinadas para o entendimento da percepção pelo idoso de seu estado geral de saúde, ainda que esta variável possa ser utilizada para avaliação das condições psicológicas dos idosos (TABELAS 64 e 65).

TABELA 64 - AUTO AVALIAÇÃO DA SAÚDE PELO IDOSO SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

AUTO AVALIAÇÃO DA SAÚDE PELO IDOSO				
AVALIAÇÃO	Freqüência das Respostas (%)			
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Total
Excelente	6	5	15	9
Boa	69	50	60	59
Razoável	19	35	10	21
Fraca	6	10	5	7
Muito Fraca	0	0	5	2
NR	0	0	5	2

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 8,80; p >0,10

TABELA 65 - AUTO AVALIAÇÃO DA SAÚDE PELO IDOSO EM RELAÇÃO AOS OUTROS IDOSOS SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

AVALIAÇÃO DA SAÚDE PELO IDOSO EM RELAÇÃO AOS OUTROS				
AVALIAÇÃO	Freqüência das Respostas (%)			
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Total
Igual	25,0	20,0	5,0	16,1
Melhor	62,5	60,0	65,0	62,5
Não é tão boa	12,5	20,0	20,0	17,9
NS	0,0	0,0	5,0	1,8
NR	0,0	0,0	5,0	1,8

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: χ^2= 6,51; p>0,10 (não há relação)

De acordo com a TABELA 64, mais de 70% dos entrevistados descreveram como *boa* e *excelente*, sendo que a avaliação *boa* foi a determinante na auto - avaliação entre os idosos apesar das queixas presentes e crônicas referidas durante os relatos. A "saúde" quando comparada a de outras pessoas apresentou respostas conforme a TABELA 65 que de um modo geral os idosos percebem-na melhor.

Na TABELA 66 estão indicados os níveis de comprometimento da saúde pelas atividades diárias fornecidos das respostas a questão – Sua saúde afeta suas atividades diárias? - Não foi verificada relação significante entre os dados obtidos e os bairros estudados (X^2=5,31; p>0,01). Cerca de 56,4% dos idosos responderam que sua saúde não afeta suas atividades diárias em contraposição aos restantes 43,6% dos idosos, os quais referiram ter algum tipo e nível de comprometimento.

TABELA 66 – AUTO AVALIAÇÃO DO IDOSO SOBRE O COMPROMETIMENTO DA SAÚDE NAS ATIVIDADES DIÁRIAS, CONFORME OS BAIRROS, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000

COMPROMETIMENTO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS				
NÍVEL	Bairro (%)			TOTAL (%)
	Centro	Bairro Alto	Cajuru	
Afeta algumas vezes	6	16	10	11
Afeta quase todas	13	21	10	15
Não sou capaz	0	5	15	7
Praticamente não afeta	13	11	10	11
Não afeta	69	47	55	56
NR	0	9	7	4

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=5,31; p >0,10

Em 31,3% dos idosos do Centro identificam sua saúde com algum nível de restrição diária , cuja proporção é menor a apontada para o bairro do Cajuru (45%) e por sua vez também esta é menor à aquela encontrada para o Bairro Alto (55,7%). A situação encontrada para o Bairro Alto também merece atenção pelas proporções de 21,1% dos idosos que responderam ter quase todas suas atividades diárias restringidas e 5,3% dos idosos com total incapacidade.

9.2.5.3.1 Capacidade biológica

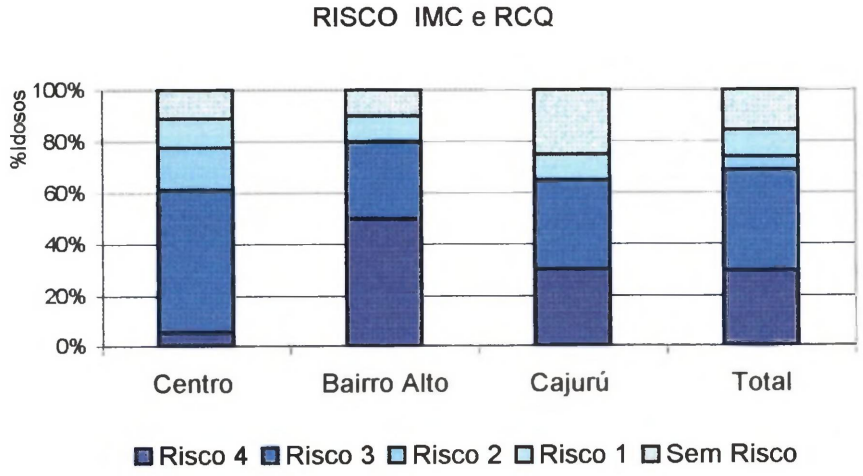
A capacidade biológica do idoso corresponde a composição das variáveis relativas as enfermidades presentes e aos fatores de riscos, os quais comprometem a manutenção da capacidade metabólica do idoso; assim como o bem estar do idoso (PALLONI et al., 1997).

Fator de risco - nutricional

Neste estudo foram considerados para compor o risco nutricional: - a relação dos Índices IMC e RCQ e a adequação alimentar.

A relação entre os dados de IMC e RCQ dos idosos agrupados por bairro foi analisada anteriormente na categoria ESTADO NUTRICIONAL, sendo representada no GRÁFICO 18 segundo a proporção de idosos com indicação de riscos.

GRÁFICO 18 – SITUAÇÃO DE RISCO A PARTIR DA RELAÇÃO ÍNDICE DA MASSA CORPÓREA E ÍNDICE CINTURA / QUADRIL PARA OS IDOSOS ENTREVISTADOS SEGUNDO O BAIRRO DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU NO MUNICÍPIO DE CURITIBA – 1999/2000



FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: Os dados deste Gráfico constam na TABELAS 62 .

A análise destes resultados indicou que os três grupos de idosos são constituídos de altas proporções de idosos em situação de risco nutricional, quando levado em conta o IMC e a RCQ. Ainda que não exista uma correlação direta entre estes índices de avaliação nutricional nos idosos (WHO, 1995; MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998), os resultados servem a um alerta da situação presente para o risco 3 e 4, em decorrência do RCQ estar acima do recomendado face o indicativo de acúmulo de gordura visceral e portanto com risco nutricional.

Em 61% dos idosos do Centro há a indicação de risco nutricional, principalmente, do tipo 3 e 4, enquanto que apenas 22% apresentaram baixo risco (risco 1) e sem risco. Este comportamento é similar ao grupo de idosos do Bairro Alto, no qual há maior proporção de idosos (80% dos idosos) em situação de maior risco nutricional (nível 3 e 4) entre os grupos estudados. No caso do Cajuru, a proporção de idosos em maior risco é idêntica ao do Centro, com 65%, mas por outro lado a sua parcela de risco 1 ou sem risco é maior (de 25,8%) de que a do bairro do Centro (22,2%).

A adequação do consumo alimentar diário dos idosos agrupados por bairro foi descrita no item ESTADO NUTRICIONAL. Aqueles resultados podem ser observados no GRÁFICO 19, indicando as proporções de idosos com consumo adequado e inadequado para com os níveis de atendimento das recomendações nutricionais diárias.

Os resultados delineiam a inadequação em os todos os grupos dos bairros em relação à alimentação disponível em energia, na proporção de 88% dos entrevistados. A inadequação foi associada à quase 58% destes casos à insuficiência alimentar e 30% associados ao consumo acima do recomendado para cada indivíduo.

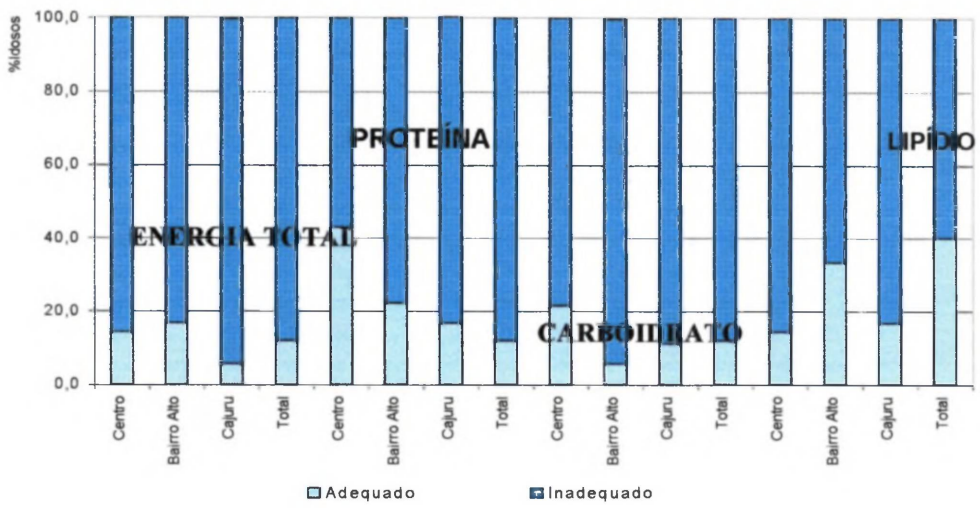
No caso do Centro e Bairro Alto, as proporções foram idênticas e altas de inadequação, ao redor de 80% dos idosos. Contudo o bairro do Centro foi o de maior inadequação em relação a deficiência energética identificada em 57% dos idosos em relação a 44,% de idosos do Bairro Alto.

Entre os bairros, o grupo do Cajuru foi o que apresentou maior inadequação alimentar entre os idosos, com 94,4%, e cuja parcela de 72,2% dos idosos indicam níveis insuficientes de conteúdo energético na alimentação média diária.

A adequação do consumo alimentar em relação aos macronutrientes pode ser observado também no GRÁFICO 19. Todos os grupos estudados apresentam níveis de inadequação em relação aos macronutrientes: proteína, lipídios e carboidratos, os quais sugerem uma alimentação desequilibrada em relação ao adequado balanço energético. Apesar desta afirmação não foram verificados níveis significativos que diferenciem os níveis de adequação do consumo alimentar e apenas podem servir de indicação ao risco nutricional.

Em relação a parcela protéica da alimentação diária as situações maior inadequação foi identificada nos grupos do Bairro Alto (77,8%) e do Cajuru (83,3%). A parcela lipídica apresentou proporções altas de inadequação em todos os bairros como podem ser observados no GRÁFICO 19, a partir de 78,6% no Centro, de 88,9% no Cajuru e até 94,4% no Bairro Alto. No caso da parcela de carboidratos na alimentação diária dos idosos, a sua inadequação ocorreu em níveis similares no Centro (85,7%) e no Cajuru (83,3%) enquanto que no Bairro Alto foi observado a inadequação deste macronutriente em 66,7% dos idosos.

GRÁFICO 19 – PROPORÇÕES DE IDOSOS COM CONSUMO ALIMENTAR DIÁRIO EM ENERGIA TOTAL E EM MACRONUTRIENTES ADEQUADOS SEGUNDO OS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000



FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: Os dados deste Gráfico constam na TABELA 63 .

Os resultados conforme analisados indicam haver inadequação alimentar seja sob o aspecto de energia total ou nas proporções dos macronutrientes na alimentação consumida diariamente pelos idosos quando analisados no agrupamento bairro.

Este quadro resultante do risco IMC e RCQ e da adequação/inadequação alimentar dos grupos estudados serve como indicativo de que além do consumo de alimentos oferecer comprometimento nutricional aos idosos, quando é relacionado a avaliação antropométrica esta situação de risco pode ser ainda mais comprometedora no estado de saúde do idoso. Isto pode ser mencionado porque associado ao sobrepeso e/ou acúmulo de gordura visceral os agravos no estado de saúde podem ser maiores quando associado a um consumo de alimentos inadequado por indivíduos acometidos por doenças crônicas ou mesmo em condições normais de envelhecimento.

Ao nível individual, este estudo não pode realizar aprofundamento o qual certamente possibilitaria discussões à definição de outros níveis de risco e adequação nutricional.

Fatores de risco - uso de drogas lícitas

Medicamentos utilizados

Os medicamentos foram listados e identificados segundo as terapêuticas relatadas pelo idoso e, posteriormente, relacionados à farmacologia científica através do/dos princípio(s) ativo(s) nas fórmulas farmacêuticas, à posologia, as interações entre os medicamentos utilizados pelo idoso e as interações com os alimentos.

Cerca de 120 medicamentos foram listados conforme referidos de uso pelos idosos entrevistados. Os medicamentos são administrados pelos idosos, na maioria das vezes, simultaneamente em função das múltiplas patologias ou da necessidade terapêutica do idoso.

Na TABELA 67 estão listados os grupos terapêuticos dos medicamentos utilizados pelos idosos agrupados pelos bairros estudados e segundo a freqüência de idosos que fazem uso destes medicamentos.

TABELA 67- MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS IDOSOS NO BAIRRO DO CENTRO, NO BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELOS IDOSOS (%)				
GRUPO TERAPÊUTICO	Centro	Bairro Alto	Cajuru	Total
Analgésicos e Antinflamatórios	50	45	45	47
Ansiolíticos	56	30	45	43
Antihipertensivo e outros Medicamentos Cardiovasculares	78	55	75	69
Diuréticos	0	25	30	19
Medicamentos para Circulação Cerebral e Periférica	67	0	25	31
Medicamentos para Distúrbios Do Aparelho Digestivo	89	15	25	41
Med. para Distúrbios Metabólicos, Nutricionais e Endócrinos	39	35	25	33
Medicamentos para Doenças Músculo-Esqueléticas	22	0	5	12
Medicamentos para Problemas Oftalmológicos	50	15	10	24
Medicamentos para Problemas Respiratória	0	30	10	16
Vitamínicos	100	0	15	40
Outros	20	5	7	16

FONTE: Pesquisa de Campo; PENTEADO et al.(2000 a, b)

Entre os grupos algumas diferenças gerais foram registradas em relação aos grupos de medicamentos, como no bairro do Centro no qual os idosos não relataram os grupos de diuréticos e para problemas respiratórios. No grupo do Bairro Alto não foram registrados os medicamentos para problemas circulatórios, músculo esqueléticos e as vitaminas assim como no Cajuru, nem os de uso músculo esquelético e nem respiratório.

Considerando a freqüência de idosos que citam o uso de algum tipo de medicamento são os do Centro que aparecem com maior nível de medicalização. Entre os medicamentos que apresentaram freqüência maior de 50% de idosos estão os polivitamínicos (100%), medicamentos para distúrbios do aparelho digestivo (89%), os medicamentos antihipertensivos e cardiovasculares (78%), os medicamentos para circulação cerebral e periférica (67%) e os ansiolíticos (56%).

Entre os idosos do Bairro Alto ocorreu menores freqüências no uso de medicamentos entretanto 55% deles listaram os antihipertensivos e outros medicamentos cardiovasculares e 45% dos idosos utilizam os analgésicos e antinflamatórios.

No grupo de idosos do Cajuru também foram relatados, por maior número de idosos, os antihipertensivos e outros medicamentos cardiovasculares (75%). Em segundo nível de freqüência estavam os analgésicos e antinflamatórios assim como os ansiolíticos de uso por 45% dos idosos.

Em 56,9% dos entrevistados foi relatado o uso de modo permanente ou crônico de 3 ou mais medicamentos (recém prescritos ou não) caracterizando a polifarmácia. No bairro do Centro maior número de idosos (88,8%) tem consumo igual ou superior a 3 medicamentos em comparação ao grupo do Bairro Alto (40,0%) e do

Cajuru (45%). Estes resultados sugerem por sua vez a ocorrência de idiossincrasias bem como possíveis interações entre os medicamentos referidos de uso pelos idosos e/ou as interações com alimentos consumidos, de maneira a gerar situações de risco à saúde do idoso.

A fim de identificar os idosos em risco medicamentoso foram relacionadas as drogas presentes nos medicamentos e que descritas na literatura causam impacto no estado no estado nutricional e/ou tem implicações fármaco – nutrientes e/ou fármaco-fármaco. Deste modo foi possível sugerir que 34,5% dos entrevistados estavam em condição de risco face o(s) tipo(s) de medicamento(s) administrado(s) de uso contínuo. Entre eles foram identificados 44,4% dos idosos do Centro e idênticas parcelas de 30,0% dos idosos do Bairro Alto e do Cajuru.

Outras drogas lícitas e condições de risco

Na TABELA 68 estão assinaladas, de forma esquemática, a situação de cada grupo de entrevistados em relação ao uso de drogas lícitas considerando a polifarmácia, as interações medicamentosas (entre medicamentos e com alimentos), o consumo do álcool e do fumo. Foi verificada haver relação (X^2=86,404, p<0,10) entre os cruzamentos destas variáveis e os bairros do estudo.

TABELA 68 - CONDIÇÕES DE RISCO NUTRICIONAL E DE SAÚDE DOS IDOSOS; NOS BAIRROS DO CAJURU, DO BAIRRO ALTO E CENTRO, NO MUNICÍPIO DE CURITIBA - 1999/2000

FATORES DE RISCO	BAIRRO (%)			TOTAL (%)
	CENTRO	BAIRRO ALTO	CAJURU	
Fuma	6	15	5	9
Fumou Passado	22	75	45	48
Toma bebida alcóolica	81	20	30	41
Polifarmácia	89	40	45	57
Interações Medicamentosas (1)	44	30	30	35

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=86,404 , p<0,10
(1) Interações medicamentosas com medicamento e/ou com alimentos

O tabagismo e o consumo de bebida alcóolica são fatores que comprometem em maior ou menor grau o estado nutricional e de saúde dos indivíduos em geral, pela possibilidade de surgimento e/ou agravamento de enfermidades. Apesar desta afirmação tanto o fumo como o álcool são considerados drogas lícitas de aceitação social e cultural.

No caso dos entrevistados foi identificado que o consumo de álcool está ou esteve presente em suas práticas de convívio social de modo a estabelecer o indicativo ao risco em saúde, pelo simples fato de haver consumo. Entretanto o nível de dependência ou de abuso do álcool, os quais são elementos críticos ao diagnóstico do alcoolismo e seus conseqüentes comprometimentos fisiológicos não foram objetivo deste trabalho; para os quais haveria necessidade de testes apropriados de avaliação diagnóstica para uma oportuna intervenção.

Nos 56 entrevistados houve 57,1% que responderam com negativa ao consumo de bebida alcóolica e outros se referiram ao seu consumo como aperitivo (7,1%), em reuniões sociais (festas e reuniões familiares) (17,9%) e nas refeições diárias em suas casas (17,9%). Por outro lado cerca de 66,7% dos não consumidores de bebida alcoólica responderam que tinham, anteriormente, este hábito e que pararam há 1 ou 2 anos ou então há mais de 5 anos.

O limite de consumo diário de bebidas alcóolicas sugerido em Fishman (1996) varia entre 2 copos para homens e 1 copo para as mulheres. Neste estudo foi registrado que parte dos entrevistados tem ingestão de álcool (como cerveja, vinho, licor e cachaça) acima do limite pelos relatos que variaram de ½ copo, em 25% dos idosos; 1 copo por 58,3% dos idosos; de 2 ou 3 copos, em 12,5% dos idosos e até o consumo de mais de 3 copos por 4,2% dos idosos.

Ainda que 23,8% dos idosos mantenham o consumo de álcool diário ou com periodicidade de 2 a 3 vezes por semana ou nos finais de semana, as doses mencionadas bem como as diversas freqüências não se caracterizam como risco para a saúde, segundo as recomendações (FISHMAN, 1996). A parcela de 14,3% de idosos que afirmaram consumir bebidas mantiveram a freqüência de ingestão em 1 ou 2 vezes por mês, sendo justificada pelos acontecimentos sociais como reuniões com amigos ou momentos festivos. Cerca de 14,3% dos idosos não responderam ou não sabiam determinar a periodicidade do seu consumo de álcool.

Em relação ao consumo de bebidas alcóolicas foi o grupo do Centro que maior freqüência (81,3%) apresentou a afirmativa em contraposição as menores proporções entre os idosos do Bairro Alto (20%) e Cajuru (30%).

Em relação à utilização do fumo é mencionada por 8,9% dos entrevistados, dos quais 60% moram no Bairro Alto. Um dado importante observado na TABELA 68 sobre o consumo do fumo está nas proporções de idosos em cada grupo em relação a sua prática anterior, como dos 75% dos idosos do grupo do Bairro Alto, 45% do Cajuru e 22,2% do Centro. Os idosos entrevistados, na maioria deles, mesmo que não façam uso do fumo no momento, se remetem à infância (14%) ou até mais de 30 anos à prática do tabagismo.

Enfermidades ou transtornos crônicos ou agudos

As enfermidades ou transtornos crônicos ou agudos foram caracterizados a partir das principais queixas e enfermidades referidas para o último mês. A outra maneira de identificar este quadro foi a partir dos medicamentos utilizados e os relatos à aplicação terapêutica; cuja farmacologia clínica foi, posteriormente, confirmada.

A TABELA 69 mostra a primeira situação ou seja das queixas referidas como recentes, contudo muitas delas correspondem a impedimentos permanentes ou crônicos, para os quais os idosos utilizam alguma, freqüente ou esporádica, terapêutica bem como buscam ou não tratamento e/ou acompanhamento clínico.

TABELA 69 - INCÔMODOS NO MÊS DA ENTREVISTA, RELATADOS PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

FREQUÊNCIA DE RELATOS (%)				
	BAIRRO			
TIPOS DE INCÔMODOS	Centro (n=97)	Bairro Alto (n=86)	Cajuru (n=107)	Total
Ardor nos olhos	**13**	7	**10**	**10**
Azia ou alguma indisposição no estômago	**10**	5	7	8
Constipação intestinal	6	**11**	**10**	**9**
Dificuldade para urinar	2	0	3	2
Dor de cabeça	7	**11**	8	9
Dor na barriga	3	1	7	4
Dores articulares	**19**	**14**	**10**	**14**
Falta de ar	1	**9**	0,9	3
Falta de memória	**9**	8	**9**	**9**
Febre	3	0	4	2
Intestino solto	2	0	4	2
Outros incômodos	1	6	3	3
Pressão alta	5	**14**	8	9
Sede constante	3	2	5	3
Tosse	**10**	7	8	8
Urina constante	4	6	4	5

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2=42,46; p<0,01

Os principais incômodos relatados pelos idosos entrevistados quando agrupados segundo os bairros do estudo estabeleceram um quadro geral de incômodos com apenas inversões na sua ordenação. Contudo foi verificada relação significativa entre as variáveis e os bairros mostrados na TABELA 69 (X^2=42,46; p<0,01).

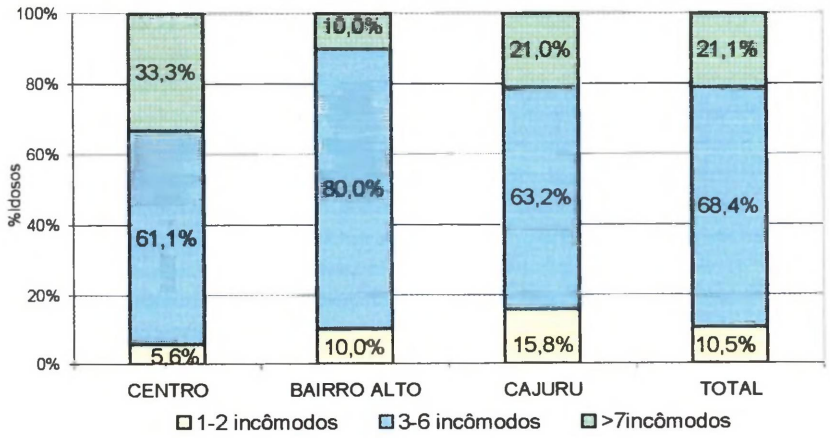
As mais freqüências queixas dos idosos estão relacionadas as dores articulares em 18,6% dos idosos do Centro, em 14,0% dos idosos do Bairro Alto e em 10,3% dos idosos do bairro do Cajuru. Em seguida foram registrados as queixas em relação as diversas irritações oculares (coceira, ardor e lacrimejamento) em 13,4 % do grupo do Centro, em 7,0% do grupo do Bairro Alto e 10,30% do Cajuru; as

indisposições referidas ao sistema digestivo nos quais a azia e a constipação intestinal merecem evidencia, as dores de cabeça associadas ou não a pressão alta, ao controle da pressão alta, a falta de memória, a tosse relacionada pelo idoso a estados gripais recentes.

No caso das dores articulares, que são as mais relatadas entre os idosos, apresentam momentos de maior ou menor agravo e limitações físicas de modo a justificar o nível e a manutenção do uso de medicamentos antinflamatórios e analgésicos.

O variado número de queixas entre os idosos resulta em um quadro com mais de 60% dos idosos em cada grupo relatando entre 3 até 6 incômodos no mês da entrevista. De acordo com o GRÁFICO 20, os idosos do Centro (94,4%) e do Bairro Alto (90%) reclamaram de maior número de incômodos entre os quais muitos persistentes ou crônicos. Foi verificada haver relação significativa entre as proporções de idosos que relatam incômodos e os bairros (X^2=33,71; p<0,01).

GRÁFICO 20 – PROPORÇÃO DO NÚMERO DE INCÔMODOS POR IDOSO SEGUNDO O BAIRRO DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU – 1999/2000



FONTE : Pesquisa de Campo

Os incômodos cotidianos referidos pela maioria dos idosos deste estudo podem também definir a morbidade crônica face o tempo estabelecido de sua(s) patologia(s), o qual foi demonstrada pelos dados da terapêutica medicamentosa prolongada.

No estudo realizado foram obtidas informações sobre o uso de medicamentos pelos idosos e as queixas referidas como crônicas e/ou recentes. Segundo Gorzoni (1995) a correlação entre tais informações pode ser utilizada para definir os grupos de morbidade referida mais freqüentes.

Os medicamentos de uso contínuo pelos idosos entrevistados foram agrupados considerando seus princípios ativos e o grupo terapêutico (TABELA 67). A partir deste quadro geral e considerando as queixas relatadas pelos idosos foi realizado o enquadramento nas morbidades referidas de acordo com a 10ª edição da Classificação Internacional das Doenças (CID – 10, v.1). O grupo de maior freqüência foi de doenças do aparelho circulatório e dentre estas a hipertensão é a de maior prevalência. A *Diabetes mellitus* foi a mais relatada no grupo de morbidade, referentes aos distúrbios metabólicos, nutricionais e endócrinos. No grupo dos transtornos mentais e comportamentais, aparece a depressão. Muitas outras queixas foram citadas, ainda que com menor freqüência, como os problemas oftalmológicos (catarata e o glaucoma); as doenças do aparelho digestivo (úlcera gástrica e a obstipação intestinal); as doenças do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e as neoplasias (mama e próstata).

Entre estes incômodos alguns estão sob controle medicamentoso mas outros idosos persistem sem tratamento adequado ou por falta de diagnóstico recente ou por falta de acompanhamento médico ou por ser considerado pelo idoso como de causa conhecida e intermitente no seu cotidiano, tais como a constipação intestinal, as dores

articulares, a pressão alta e os problemas circulatórios. As freqüências das afirmações nas situações questionadas foram para aquela que o entrevistado explica que reconhece os sinais e sintomas de suas queixas mas que não busca orientação médica por achar que sabe o tratamento - de 44,2% - ou não precisa - 40,4% - ou não tem quem o leve - 5,8% - ou outros motivos - 9,6% - tais como não ter disponibilidade financeira, dificuldade de acesso aos serviços médicos ou "não ter tempo".

A busca de orientação médica é agrupada segundo os bairros de modo a identificar diferenças de comportamento frente aos cuidados com a saúde, relacionadas ao acesso e disponibilidade de recursos do idoso e para o idoso. Não foi verificada relação entre as variáveis e os bairros, contudo na TABELA 70 pode ser observado que a falta de orientação médica aos incômodos agudos ou crônicos são justificados no bairro do Centro, principalmente, pelo conhecimento de seus tratamentos (54,3%) ou por achar que não precisa (36,4%).

TABELA 70 – MOTIVO DA NEGATIVA DE BUSCA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA PELOS IDOSOS DOS BAIRROS DO CENTRO, BAIRRO ALTO E CAJURU - 1999/2000

PORQUE NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA (%)				
	BAIRRO			
MOTIVO	Centro (n=22)	Bairro Alto (n=9)	Cajuru (n=21)	Total
Acha que não precisa	36	67	33	40
Não tem quem o leve	5	0	10	6
Outro motivo	5	11	14	10
Sabe o tratamento	55	22	43	44

FONTE: Pesquisa de Campo
NOTA: X^2= 5,58; p >0,10

No Bairro Alto, a ordem destas justificativas estão invertidas, como 66,7% responderam a opção achar que não precisa e 22,2% ao conhecimento dos seus tratamentos. Entre os idosos do bairro do Cajuru aparece como resultado uma situação intermediária quando comparada aos outros bairros, como a referida por 42,9% dos idosos ao conhecimento dos seus tratamentos, por 33,3% que acham não precisar de tratamento e por 14,3% relacionados à outros fatores.

10 DISCUSSÃO

As mudanças epidemio - demográficas associadas ao fenômeno de urbanização tem apresentado importantes repercussões sobre o meio social e físico do Município de Curitiba, acentuando as desigualdades e a segregação em seus espaços intra - urbanos.

Estas mudanças tem sido acompanhadas por novos padrões de consumo e modo de vida que se expressam, no nível da vida urbana dos vários municípios brasileiros, pelos diferenciais de saúde e nutrição de sua população (MONTEIRO, 1995). Desta maneira é possível concordar que muitos são os fatores à influenciar e à determinar a saúde tanto ao nível individual como ao populacional e, assim como, a qualidade de vida.

No caso do espaço curitibano, com reconhecido aumento da parcela da população idosa, as condições materiais disponíveis à população são compartilhadas, a princípio, da mesma maneira. Entretanto, considerando o próprio processo do envelhecer, suas conseqüências e repercussões biológicas, sociais e econômicas, é previsível que este grupo vivencie o mesmo espaço urbano de modo distinto.

Buscando a síntese das variáveis e categorias estabelecidas, houve a necessidade de utilizar a categoria situação de vida como agregadora e assim à facilitar a análise e a discussão das inúmeras variáveis deste trabalho.

Para isto, a situação de vida dos grupos de idosos selecionados foi reconhecida sob os aspectos demográficos, da saúde e da alimentação, sócio – econômicos e as condições ambientais vividas nos bairros do Centro, Bairro Alto e Cajuru.

Situação de vida

As ***condições ambientais de vida*** da população em geral são definidas normalmente pela infra-estrutura urbana disponível, em nível de oferta e qualidade de serviços. No presente trabalho para a discussão foram abordadas algumas questões referentes ao contexto vivido pelos idosos seja ao nível domiciliar ou fora dele.

Entre os vários indicadores de saúde ambiental referidos aos bairros em estudo, o sistema de saneamento básico (abastecimento de água, tratamento de esgotos, coleta de lixo e escoamento de águas pluviais) serviram para demonstrar as várias condições sanitárias em que a população idosa está submetida. Contudo não foram considerados fatores externos possíveis ao comprometimento da saúde, como aquelas relacionadas: as condições sanitárias e higiênicas do domicílio ou do idoso, a poluição ambiental, a exposição do idoso a violência ou/e acidentes por diversas causas.

Nos bairros selecionados – Centro, Bairro Alto e Cajuru - são ofertados os *serviços básicos* ao atendimento das necessidades da população e mesmo da parcela idosa, como de saúde, educação, assistência social, alimentação, transporte, limpeza pública e saneamento básico, comércio diversificado, enfim há infra-estrutura urbana.

Algumas destas variáveis, inclusive, são consideradas como indicadoras de qualidade de vida compondo por exemplo o índice de satisfação de vida dos bairros do Município de Curitiba, diferenciando os bairros deste presente estudo (IPPUC, 1996 a; IPUUC, 1996 b).

Apesar desta disponibilidade de serviços e infra-estrutura urbana, o acesso nem sempre é possível por limitações do próprio serviço ou do usuário/consumidor

idoso, de maneira que nem todos os serviços básicos são percebidos ou reconhecidos entre os idosos. Quando isto acontece, os próprios idosos identificam as principais deficiências ou carências nas condições dos bairros onde vivem, como as relatadas no - Bairro Alto em relação a qualidade dos serviços de abastecimento de alimentos cujas conseqüências são evidenciadas pelos maiores custos dos alimentos; ou - no bairro do Centro, cujos idosos registraram algumas limitações à efetivação de suas compras mesmo com a oferta, aparentemente, adequada de serviços de abastecimento de alimentos; ou – nestes dois bairros, para os quais os idosos relataram o uso inadequado de áreas de lazer e a poluição ambiental gerada pela circulação de automotores nas vias públicas próximas a seus domicílios.

Outras diferenças foram apontadas entre os idosos no Bairro Alto e Cajuru, das condições deficitárias de infra-estrutura básica, confirmadas pelos próprios dados consultados. Entre elas houveram questões sobre a periodicidade no fornecimento de água, a iluminação e a pavimentação das vias públicas secundárias e periféricas dos bairros, assim como questões relativas as condições particulares do uso do transporte coletivo para este grupo etário, decorrente de suas limitações físicas na sua utilização.

A falta de segurança pública, para minimizar a violência, é a questão urbana mais presente em todos os bairros e mencionada pelo idoso, de modo explícito ou subjetivo, pelas habituais situações de coação e insegurança para circular nas vias públicas destes bairros.

As condições ao *nível domiciliar* são diversas, assim como nos próprios bairros selecionados ao estudo e, cujas avaliações permitiram caracterizar as diferenças, foram registradas a partir da situação de construção, número de cômodos e a posse da propriedade na qual vive o idoso.

As condições da habitação são distintas entre os idosos selecionados, entretanto apresentam características similares quando agrupados segundo o bairro; de modo que os domicílios do bairro do Centro possuem situações melhores de construção e de acabamento definitivo em alvenaria. Os domicílios visitados do Bairro Alto e Cajuru eram construídos em alvenaria ou em material misto ou em madeira, no entanto entre os domicílios do Cajuru foram identificadas ampliações ou reformas das construções, indicando mobilização de recursos humanos e financeiros às melhorias de condições de vida.

Em relação aos números de cômodos e de membros da família houve como característica domiciliar para o bairro do Centro, as médias de 8,4 cômodos para o 1,9 componentes da família; no Bairro Alto eram constituídos de 6,3 cômodos onde coabitam 3,1 pessoas e nos domicílios do Cajuru, de 9,1 de cômodos para 4,1 pessoas.

Estes resultados indicam que os domicílios do Centro são maiores em média e com menor número de pessoas, os quais coabitam, proporcionalmente, em maior número de cômodos (cerca de 4 cômodos por membro familiar) quando comparados aos domicílios dos outros bairros.As famílias do bairro do Cajuru, ainda que em média maiores e vivendo em domicílios com maiores números de cômodos, compartilham do mesmo número de cômodos que as famílias do Bairro Alto (cerca de 2 cômodos por membro familiar).

Uma situação interessante foi identificada quando relacionados as condições de construção, da propriedade do domicílio e as rendas mensais do idoso e familiar. Apesar de piores condições físicas (construção e distribuição espacial por membros) encontradas nos domicílios do bairro do Bairro Alto e as famílias com menores rendas, 100% dos domicílios eram de propriedade da própria família domiciliada, dos quais 90% pertenciam ao idoso.

Por outro lado, apesar das condições melhores físicas (construção e distribuição espacial por membros) encontradas nos domicílios do bairro do Centro e melhores rendas médias das famílias, cerca de 81% dos domicílios são de propriedade da família, sendo 61,1% de todos domicílios pertencentes aos idosos.

No bairro do Cajuru, outra situação foi verificada para as famílias em relação à, apresentou diferença dos outros bairros pela distribuição da propriedade do imóvel entre o idoso (70%) e o filho (20%). Isto sugere uma dinâmica um pouco diferente do compartilhar o domicílio e relacionada as condições melhores de renda familiar, sem contudo minimizar a importante participação da renda do idoso.

Estes resultados mostram haver condições ao nível domiciliar distintas entre os bairros pesquisados, sendo melhores aos idosos do Centro. Eles também indicam que nem sempre ocorre uma relação direta da renda familiar e a propriedade do domicílio onde vivem o idoso e os seus familiares.

Nesta fase da entrevista domiciliar foram verificados que a definição dos espaços no domicílio, a propriedade formal e a manutenção familiar permeavam diferentes níveis de posse e dependência entre o idoso e família, sugerindo dinâmica social diversa e própria para cada idoso.

As **características demográficos** dos grupos de idosos foram estabelecidas considerando como critério de seleção dos idosos a idade de 60 ou mais anos; de modo a constituir o grupo etário na *faixa etária* entre 60 e 92 anos, com mediana igual à 70 anos de idade. Neste grupo puderam ser reconhecidas duas faixas etárias: de 60-69 anos, com 56,6% entrevistados e a acima de 70 anos de idade, com 53,3% dos entrevistados.

A distribuição etária deste grupo de idosos não correspondeu a proporcionalidade encontrada na população do Município de Curitiba, podendo ser justificada pelo pequeno número amostral utilizado face o caráter de um estudo preliminar, contudo pode ser constatado o perfil de comportamento demográfico do Município. Isto é, foi identificado no grupo pesquisado idosos numa faixa etária que demonstra a maior longevidade da população curitibana, indicada pelo aumento da parcela de idosos nas diversas faixas etárias acima de 60 anos.

O aumento da longevidade curitibana tem sido confirmado pelos dados entre o período de 1970/1996, quando a faixa etária entre 60-69 anos teve aumento de 21.106 pessoas para 72.855 pessoas, enquanto que a parcela com mais de 70 anos passou de 10.604 pessoas para 38.889 pessoas. Este comportamento demográfico caracterizou a população idosa curitibana na Terceira e Quarta Idade (acima de 80 anos).

Os idosos selecionados foram constituídos por 74% de mulheres e 26% de homens, na maioria viúvos ou casados e ainda, em especial, no grupo do bairro do Centro foram compostos por 22% de solteiros. Para esta variável não é possível uma análise mais precisa sobre a relação amostra do estudo e o gênero, pois, conforme mencionado nos resultados, havia maior disponibilidade e menor constrangimento entre as mulheres para a entrevista domiciliar da pesquisa de campo.

É oportuno, no entanto situar a condição geral da variável gênero da população idosa no Município de Curitiba para qual a maior participação tem sido por 59% de mulheres em relação a 41% de homens na faixa de 60 anos (em 1995 e 1996). Esta diferença nas proporções é decorrente da maior longevidade para o gênero feminino de 76,54 anos do que aos homens de 67,51 anos, explicada pelas condições de vida, cuidados com a saúde; apesar da maior exposição das mulheres desta parcela

etária às dificuldades econômicas decorrentes do próprio contexto social (viuvez, não possuir provimentos, ser dependente, etc.).

Em relação à composição familiar, os grupos estudados foram diferentes em seus números médios de membros, como também nas proporções de idosos que vivem sozinhos. O bairro do Centro apresentou maior proporção de idosos sozinhos em 35,7% dos domicílios do que os 12,5% no Bairro Alto e 6,7% no Cajuru. Estes valores e a média da composição familiar de cada grupo (de 1,9 membros no Centro, de 3,1 no Bairro Alto e de 4,1 no Cajuru) permitem presumir o convívio domiciliar do idoso com pessoas das diversas faixas etárias, o qual foi reconhecido pela participação de maior número de crianças (20,4%) e de adultos no bairro do Cajuru do que no Bairro Alto (com 7% de crianças) e a inexistência de crianças menores de 14 anos no bairro do Centro.

A associação destas variáveis - condição civil do idoso e organização – sugerem que os idosos dos diferentes bairros possuem convivência com o companheiro, os filhos, os netos e outras pessoas com ou sem vínculos consangüíneos. Entretanto independente da análise da condição das pessoas de parentesco que compõem a unidade familiar do idoso, a simples situação definida pelo estado civil do idoso e o arranjo familiar são importantes porque estabelecem níveis de consumo, de saúde e, pelas relações de convívio social, níveis de colaboração e de dependência entre seus membros e a eficácia dos cuidados ao idoso (FORUM, 2000).

Deste modo é possível predizer que, entre os idosos, aqueles do Cajuru possuem maior possibilidade de colaboração ou participação, face a estrutura familiar que lhes permitem maior convívio familiar do que entre os idosos do bairro do Centro, cuja estrutura familiar é menos numerosa e adulta.

A *condição de imigração* foi identificada em 72% dos idosos, dos quais eram oriundos 27% do interior do Estado e o restante de outros estados brasileiros. A mobilidade migratória encontrada entre os idosos entrevistados, seja entre bairros ou seja para o município de Curitiba, à fixação de moradia pode ser explicada pelo fenômeno de urbanização, particularmente, percebido pela expansão no sentido leste do Município durante a década de 60/70 e com repercussões ainda na posterior.

Tanto o bairro do Bairro Alto como o do Cajuru são exemplos desta ocupação urbana, organizada ou não, apontada também neste estudo pelos relatos dos idosos sobre a instalação de seus domicílios na década de 70/80; cujo período coincide com a própria expansão urbana destes bairros. O estabelecimento no bairro do Cajuru, também num período mais recente, pode ser explicado pelas melhorias em suas condições de infra - estrutura que favoreceram a instalação de novas famílias; concomitante à expansão de áreas invadidas e de favelização.

No caso de 67% dos idosos do Centro, o período de migração ocorreu diferente dos anteriores e em dois movimentos: - menos de 10 anos ou - mais de 50 anos. Estes períodos parecem coincidentes com a própria historicidade do bairro mais antigo, visto que as pessoas entrevistados estão onde seus antecedentes constituíram seus domicílios originais e/ou por existirem maiores ofertas de serviços e infra-estrutura no Município.

O *grau de escolaridade* possui relação significativa com os agrupamentos bairros, ainda que diverso, a maior escolaridade está no Centro e a menor escolaridade e/ou analfabetismo entre os idosos dos bairros do Bairro Alto e Cajuru; cujas conseqüências são observadas nos tipos de atividades laborais desempenhadas ao longo de suas vidas bem como na garantia de aposentadorias, pensões e outras rendas.

Estas condições – escolaridade, ocupação, tipos de provimentos mensais - podem ser relacionadas à própria condição econômica atual do idoso e familiar, de modo a agrupar idosos com maiores possibilidades pessoais em áreas com melhores condições urbanas. Para comprovar estas relações são necessários os delineamentos sobre a situação econômica e espacial dos grupos de idosos selecionados.

A ***situação econômica*** foi estabelecida pela caracterização da renda do idoso e de sua família e dos gastos com alimentação e medicamentos.

A caracterização da renda do idoso e de sua família serve à compreensão de como é realizado o gerenciamento destes recursos para suprir as necessidades básicas da família do idoso e, eventualmente, de outrem fora do contexto familiar. Conforme foi apresentado nos resultados, a caracterização da renda evidenciou não apenas à diversidade dos valores de renda como, também, a aplicação destes recursos - nas compras de alimentos para a família, de medicamentos para o idoso ou na cessão de recursos à outras pessoas ou, ainda, na utilização em outras situações de consumo.

Os idosos do Centro possuíam situação mais favorável de renda, no qual 72% dos idosos recebem rendas superiores à 10 SM, visto o identificado para os rendimentos pessoais de 85% dos idosos do Bairro Alto e, na mesma proporção, do Cajuru não ultrapassarem a 5 SM. Estes baixos rendimentos podem prever condições inadequadas de vida e de risco aos idosos, salvo para aqueles inseridos num contexto familiar com maior disponibilidade econômica.

A composição da renda dos idosos retrata algumas diferenças entre os grupos entrevistados; resultante de situações laborais anteriores, pelas aposentadorias; condição civil do idoso, pelas pensões; nível de dependência, pelo auxílio externo de familiares, etc. e, além disso, pode evidenciar o peso de cada uma destas contribuições

na manutenção desta parcela da população. No caso do grupo do Centro há maior participação das aposentadorias, pensões e aluguéis; entre os idosos do Bairro Alto estão os rendimentos por pensões, aposentadorias e auxílio familiar externo; entre os idosos do Cajuru, especialmente, a pensão familiar. Convém ressaltar que as contribuições na renda do idoso pelas aposentadorias foi referida por 50% dos entrevistados do Centro e Cajuru enquanto que no Bairro Alto, apenas 24%, e que as pensões de natureza diversa foram mencionadas em cerca de 25% dos idosos em todos os grupos pesquisados.

O trabalho ocasional, como forma de obtenção de recursos financeiros, apresentou baixa freqüência entre os idosos do Centro e Bairro Alto, justificadas pelas restrições impostas pela idade ou pelas limitações físicas ou, na entrevista, pela omissão à prática de algum trabalho remunerado. Apesar desse tipo de atividade não retratar a participação do idoso, sob o aspecto econômico, na força laboral formal, há preocupação entre eles de que a remuneração desta atividade possa oferecer risco de perda pelo seu delato por outros; face à conotação de sobreposição de alguns dos benefícios previdenciários por este tipo de remuneração

Em algumas situações o idoso identificou sua atividade laboral desvinculada da necessidade econômica, por outro lado atrelada a sua inserção na comunidade, visto o senso comum do valor dado ao trabalho. Noutras situações em que os entrevistados possuem limitação ao trabalho regular e mesmo ao ocasional por impedimentos físicos, em particular nos homens, seus descontentamentos pessoais são acrescidos quando confrontam as restrições econômicas e nas relações sociais.

A renda do idoso tem importante utilização entre os gastos pessoais e o auxílio aos familiares não domiciliados. Ao nível dos gastos pessoais em 30% dos idosos, indistintamente do grupo, mencionaram a utilização de parte de seus

rendimentos na aquisição de medicamentos. Em relação ao auxílio de pessoas não domiciliadas, a maior participação foi encontrada entre os idosos do Centro (17,0%) do que a registrada entre os do Bairro Alto (8,1%) e os do Cajuru (5,6%). Por outro lado, a disponibilidade dos recursos do idoso para a própria família foi diferente, em especial, entre os entrevistados do Centro com participação de apenas 2,1% dos idosos e parcelas maiores entre os entrevistados do Bairro Alto (10,8%) e do Cajuru (8,3%).

Estas variações no favorecimento de recursos às pessoas pelo idoso podem ser explicadas pelo montante da renda mensal do idoso disponibilizável, pela sua participação na manutenção familiar assim como por outras relações sociais de dependência, cujas particularidades mereceriam análise face as diversidades nas dinâmicas família – idoso observadas durante a realização do trabalho de campo.

A renda familiar apresentou relação significativa com os bairros selecionados ao estudo, de modo a identificar condições mais favoráveis aos idosos do Centro com renda familiar superior a 5,1 SM; condições intermediárias aos do Cajuru onde há 35% das famílias com renda entre 1-5 SM e 60% das famílias entre 5,1-20 SM. Para os idosos do Bairro Alto foram apontadas condições inferiores de rendimento familiar em 55% dos entrevistados, com renda entre 1 – 5 SM e 35%, com renda entre 5,1 – 10 SM.

Estes valores de renda familiar foram compatíveis com os registros de períodos anteriores em IPPUC (1996 a, b) sobre a população total curitibana, no qual a renda* em salários mínimos dos chefes de família por bairro havia sido estabelecida para o bairro do Centro como 6,7 S.M. e para os Bairro Alto e o Cajuru com rendas entre 3 e 5 S.M, mesmo considerando o indicador de renda estabelecido naquele estudo (*renda mediana em salários mínimos determinada pela localização onde a metade dos chefes de família estão com relação a freqüência acumulada).

A participação da renda do idoso na renda familiar e a interdependência econômica família – idoso são bastante variáveis entre os bairros, porém seguem para uma relação econômica direta. Os idosos residentes no Centro possuem um valor médio de renda mensal superior aos idosos residentes nos bairros do Cajuru e Bairro Alto. Estas rendas individuais dos idosos quando são comparadas as rendas familiares *per capita,* sugerem uma importante relação econômica de dependência *da* família para 44,4% dos idosos do Centro, cujas rendas tem participação superior à 50% da renda familiar, e para 11,1% dos idosos com participação inferior a 50% da renda familiar.

Este tipo de dependência da família pelo idoso não foi observada nos outros dois grupos, em decorrência da renda do idoso ser menor em seus valores absolutos, refletindo numa dependência maior em relação à família. Entre os grupos de idosos do Cajuru foram estabelecidas relações idênticas ao do Bairro Alto, verificadas pela dependência de 50% dos idosos mas neste mesmo grupo havia 40% de idosos com importante participação na renda total da família pela manutenção do próprio idoso e, também, pela de outros membros domiciliados.

A situação de dependência de um modo geral pode ser considerada de que no Centro há uma grau de dependência econômica da família em relação ao idoso, enquanto que nos grupos do Bairro Alto e Cajuru esta relação é do idoso dependente da família, ainda que a renda destes idosos menos favorecidos economicamente tenha participação na complementação da renda familiar.

As observações sobre a dependência do idoso neste trabalho encontra confluência às discussões sobre os idosos brasileiros, para os quais o nível de dependência do idoso é alto, particularmente, nos grupos populacionais com renda mais baixa (0 – 1 SM) e nos grupos com renda superior a 10 SM (IPEA, 1996; MEDEIROS e CAMARANO, 1997; OPS, 1998 a).

O primeiro grupo de renda é identificado, nestes estudos, pelos maiores razões de dependência relativas a menor proporção de membros da família fora das idades consideradas potencialmente ativas, bem como pelo maior número de dependentes idosos. Nesta situação, qualquer que seja a participação pelo idoso na composição da renda familiar, é significativa para a manutenção da organização familiar.

A parcela da população com renda mais alta corresponde, conforme também nos estudos anteriormente referidos, aquela com os menores valores de razão de dependência, em decorrência da associação do número médio maior de pessoas que trabalham, da baixa fecundidade e da maior longevidade presente neste grupo. Esta organização familiar é, freqüentemente, constituída de poucos membros (cerca de 3,60) com estrutura mais envelhecida ou em algumas, apenas de idosos (cerca de 26,1% e desta 9% de mulheres) e assim caracterizando alta dependência do idoso.

Esta segunda condição descreve a distribuição da população do bairro do Centro, anteriormente referida, mas que teve algumas ressalvas no presente trabalho face a renda média dos idosos selecionados ser alta; 89% referiram receber acima de 5 SM, de maneira a não configurar um idoso dependente economicamente de sua família.

Para Camarano et al. (1999), a situação de dependência do idoso tem encontrado um novo contexto, face a crise econômica nas últimas décadas, a qual tem implicado na permanência dos filhos (casados ou não) no domicílio do idoso motivado pela sua condição financeira. Mesmo a renda do idoso obtida por algum tipo de atividade remunerada ou/e previdenciária sofrendo perdas proporcionais para cada ano etário, ainda é superior a renda da PEA e tem contribuído em cerca de 45% no orçamento familiar.

Estas relações de interdependência idoso e família estabelecidas no estudo foram confirmadas pelos resultados da distribuição eqüitativa da renda familiar na manutenção de cada membro familiar (renda per capita). Estas possíveis condições econômicas individuais mostraram ser mais favoráveis ao grupo do Centro, apesar de que 11% dos entrevistados possam estar em condições de baixa disponibilidade econômica (1 – 5 SM), do que quase a maioria dos entrevistados e membros familiares dos grupos do Bairro Alto (95%) e Cajuru (75%). Sobretudo se forem ressaltadas nestas proporções, respectivamente aos bairros, de que 15% e 30% dos entrevistados estão em condição de extrema pobreza.

Este quadro de inadequação econômica *per capita* sugere repercussões nas condições de vida dos indivíduos, visto a necessidade do idoso e/ou da família em definir suas prioridades de consumo de bens frente a esta limitação de recursos financeiros.

Algumas condutas gerais de como as famílias gerenciam suas rendas são conhecidas e mesmo inseridas em estudos mais básicos da economia, nos quais descrevem as relações de renda familiar e a sua aplicação como despesa familiar ou como atendimento de necessidades da família (alimentação, habitação, vestuário, saúde, educação e lazer). Estes estudos afirmam que a distribuição da renda familiar no consumo de bens é delineada em função da limitação dos recursos frente as necessidades ilimitadas dos indivíduos (HENDERSON e QUANDT, 1976; PINTO et al., 1983; CASOTTI et al., 1998).

Os gastos com a aquisição de alimentos nas famílias comprometem menos da metade da renda mensal familiar no grupo do Centro, o que seria esperado face os valores maiores da renda familiar e da familiar per capita que estabelece uma proporção menor do total da renda familiar à aquisição de alimentos.

Entre as famílias do Bairro Alto e do Cajuru, cujas rendas são em média menores, a aquisição de alimentos utiliza parcelas proporcionalmente maiores. Isto pode ser observado nos vários resultados, como para o Bairro Alto – em 40% das famílias utilizam menos da metade da renda, 35,0% das famílias utilizam mais da metade da renda e 25% utilizam a metade da renda; ou para o Cajuru – cujas famílias foram distribuídas em parcelas idênticas, ao redor de 33%, entre as três situações de alocação de recursos à alimentação.

O quadro identificado para estes dois bairros – Bairro Alto e Cajuru - pode ser explicado pela amplitude das faixas de renda familiar que permite a distribuição quase que eqüitativa das situações de comprometimento da renda familiar na aquisição de alimentos. Ele também confirma VERAS (1995) sobre o peso maior da compra de alimentos nas faixas de rendas menores; como as verificadas, em particular, nas famílias com menor renda no bairro do Cajuru.

Esta análise quando é associada a distribuição de idosos em relação a renda familiar per capita, novamente, mostra idênticas parcelas de idosos do Bairro Alto e Cajuru em condição de extrema pobreza e que disponibilizam, segundo os dados obtidos, mais da metade da renda familiar na aquisição de alimentos.

É importante esclarecer sobre a aquisição de alimentos que sua inferência permeia não apenas o que a família dispensa em termos financeiros de sua renda, mas que para sua efetivação há um conjunto de orientações sociais, econômicas, culturais, biológicas, em constantes alterações e adaptações, gerando padrões alimentares diversos.

Neste trabalho a categoria comportamento alimentar foi utilizada como síntese de expressão de algumas destas orientações, visto o conceito nela utilizado –

compreende o reconhecimento dos alimentos, habitualmente, consumidos e o modo de apropriação dos diversos alimentos disponíveis (GROSS, 1997) - de maneira a delinear como resultado o padrão alimentar do idoso do grupo selecionado.

O comportamento alimentar, quando é agregado ao envelhecimento, pode também, revelar as alterações na alimentação e assim como no padrão alimentar dos idosos Estas alterações podem ser decorrentes das transformações no modo de vida, das circunstâncias econômicas dos idosos, das crescentes restrições físicas (como por dificuldades na mastigação e deglutição de alimentos) e doenças degenerativas estabelecidas no indivíduo idoso.

A ocorrência de mudanças no consumo de alimentos foi mencionada em 98% dos entrevistados e em proporções similares tanto em períodos maiores como menores à 5 ano, cujas proporções foram reproduzidas quando os idosos foram questionados de modo mais objetivo sobre os cuidados com a alimentação. Elas, de um modo geral, ocorreram por recomendações médicas, em 66% dos idosos, e pelo auto - cuidado, em mais do que 26% dos casos; referidas às alterações nos estados de saúde dos idosos, principalmente, decorrentes de doenças crônicas (como a hipertensão, a diabetes, os problemas digestivos, a hipercolesterolemia).

As modificações na alimentação foram descritas e identificadas na variedade (em 55% dos idosos), na freqüência (em 50%) e quantidade (em 76%) de alimentos consumidos, nas escolhas dos tipos das preparações alimentícias para consumo (de consistência, tamanho das porções ou do volume); havendo relação significativa entre os grupos pesquisados apenas para a freqüência das refeições diárias.

Convém neste trabalho ressaltar as particularidades encontradas sobre os tipos de modificações alimentares, como - a diminuição do número de refeições em

70% dos entrevistados do Bairro Alto contra cerca de 25% nos dois outros grupos; - no grupo do Cajuru, sobre o aumento do número de refeições (em 20%) e o conseqüente aumento na quantidade consumida de alimentos (em 15%); cujos resultados contrariam o referido nos grupos de idosos do Bairro Alto e Centro; - a diminuição na variedade dos alimentos entre os idosos do Centro enquanto que entre os idosos do Bairro Alto e Cajuru foram relatadas mudanças para uma maior variedade de alimentos nas refeições diárias; - a escolha de alimentos mais cozidos, triturados e em menores pedaços, da utilização de líquidos durante a refeição (em 50% dos idosos) a fim de facilitar o processo digestivo (mastigação e deglutição de alimentos).

As situações descritas de aumento na variedade de alimentos ou no número de refeições diárias foram justificadas pela maior diversidade de gêneros e produtos alimentícios disponíveis e diferentes, daqueles locais de origem dos idosos. As causas das reduções quantitativas de alimentos durante as refeições ou das freqüências das refeições foram explicitadas, mas poderiam ser dadas às restrições econômicas identificadas na aquisição de alimentos, em particular, entre os idosos do Bairro Alto e Cajuru.

As modificações na alimentação relacionadas a algum tipo de cuidado com a saúde tiveram repercussões, principalmente, na variedade de alimentos pelas escolhas frente a necessidade da inclusão (64%) ou restrição (91,4%) de algum alimento ou grupo de alimentos. O resultado pode ser observado na qualidade da alimentação e, consequentemente, no padrão alimentar e alterações no estado nutricional dos idosos.

Entre os 3 grupos entrevistados, foram os idosos do bairro do Centro que mais referiram mudanças tanto por restrição (100%) quanto por inclusão (83,3%) de alimentos e os idosos do Bairro Alto que menos incluíram alimentos na alimentação diária ainda que, em outro momento da entrevista, 45% dos entrevistados deste bairro tenha mencionado aumentado a variedade de alimentos ao longo dos anos.

Os alimentos referidos de consumo com restrição foram as preparações alimentícias açucaradas, as salgadas e as com alto teor lipídico, os quais foram contrapostos em suas composições químicas e funções bioquímicas aos alimentos incluídos como o uso de adoçantes, de óleos de girassol e outros poliinsaturados.

Este quadro também estabelece coerência com as afirmativas sobre as mudanças no estado de saúde dos idosos sugeridas por cuidados médicos ou, segundo alguns idosos como (auto-) cuidado alimentar para o controle da pressão sangüínea, da hipercolesterolemia, do peso, da diabetes, para disfunções do aparelho digestivo e outras alterações.

Em geral, os alimentos listados pelos idosos foram os mesmos, independente da localização do bairro, variando na qualidade do gênero alimentício e na freqüência de seu consumo; apesar das restrições de consumo impostas à alguns. Entre os mais mencionados estão os alimentos básicos de consumo da população brasileira e, também, componentes da cesta básica de alimentos (BRASIL, 1938); como o arroz (e massas), o feijão, a carne e, ainda, acompanhados por hortaliças e frutas; e também referidos em estudos de Sichieri et al.(199?) (como: arroz, farinha de trigo e biscoitos, açúcar, feijão, banana, laranja, carnes, ovos, leite, óleo, tomate, batata, farinhas de milho e mandioca).

O conjunto de alimentos listados de consumo entre os idosos foram agrupados em produtos alimentícios à base de cereais entre 21-26% dos idosos, de verduras em pelo menos 27–29%, de frutas em 13-15%, de carnes e derivados cárneos e ovos em 11-15% dos entrevistados.

Algumas das diferenças qualitativas entre os alimentos consumidos observadas no presente trabalho foram, anteriormente, apontadas em Galeazzi et al.

(1997) para a população curitibana. Entre elas estão as proporções semelhantes de idosos que referiram o consumo de produtos de natureza protéica, como os de origem bovina e o frango; e aos alimentos fonte de carboidratos, como o arroz, polenta, macarrão, feijão, banana, pão francês. No grupo de alimentos ricos em carboidratos, merece atenção além do arroz, o mais freqüente nos registros, outros como a batata inglesa e as farinhas de milho e de mandioca.

As diferenças de consumo entre os grupos de alimentos podem ser relacionadas ao hábito cultural, visto as proporções de idosos de procedência rural ou do interior do País. Outras explicações podem ser sugeridas como pela disponibilidade e/ou acesso dos alimentos, face a variabilidade sazonal e/ou de preços ao consumidor; e bem como às situações individuais de consumo, levantadas no estudo, relativas ao estado de saúde do idoso.

Tanto os alimentos incluídos como os restritos ou excluídos no consumo estabeleceram algumas diferenças entre os grupos de idosos pesquisados, as quais podem ser usadas à confirmação da efetiva modificação alimentar e às suas causas.

No caso dos alimentos protéicos, o predomínio do frango e peixe foi indicado entre os idosos do Centro, conferindo a restrição de carne bovina vermelha pelo cuidado alimentar ao controle da pressão alta e ao colesterol. Enquanto que nos outros grupos há o consumo tanto de carne *vermelha* como a de frango. Outro exemplo foi encontrado para o consumo de ovos, com restrição efetiva apenas entre os idosos do Centro, apesar dos relatos entre os idosos do Cajuru de evitar o consumo deste alimento como cuidado alimentar no controle do colesterol.

A freqüência dos diversos tipos de vegetais e frutas é similar entre os grupos. As frutas mais freqüentes foram, principalmente, a laranja, a banana, o mamão e

espécies sazonais, como: a melancia, abacate, manga e abacaxi; cujos consumos são dependentes da disponibilidade do gênero alimentício e do custo para a aquisição.

Em relação aos legumes, hortaliças e tubérculos, as diferenças foram evidenciadas, em especial, pela maior freqüência de consumo diário entre os idosos do bairro Centro, como vagem, alface, brócolos, cenoura. Estes resultados comprovam os relatos sobre as suas inserções na alimentação deste grupo de idosos e podem estar associados ao cuidado com a saúde face o sobrepeso e a pressão alta e à evitar disfunções gastrointestinais.

O consumo de produtos e preparações alimentícios com alto teor em gordura foi encontrado, principalmente, entre os alimentos listados pelos idosos do Bairro Alto (como os ovos, carne vermelha com e sem osso, embutidos, frituras). Por outro lado, eles são evitados ou substituídos na alimentação dos entrevistados do Centro e Cajuru devido os estados de saúde alterados em conseqüência da hipertensão, do colesterol e ao cuidado com o sobrepeso.

O cuidado com o consumo de preparações açucaradas (balas, doces, chocolates, bebidas não alcóolicas) e a substituição por adoçantes, refrigerantes e bebidas dietéticas estão relacionadas ao controle de peso e da hipertensão entre todos os grupos pesquisados e à diabetes, apenas entre os idosos do Bairro Alto e Cajuru.

Em todos os grupos estudados houve o indicativo da inclusão do leite e seus derivados, sendo mais freqüente entre os idosos do Centro (79%). Contudo para este trabalho não foram determinados o consumo quantitativo de cálcio e sua adequação na alimentação para indicar possíveis mudanças em relação ao levantamento do estudo multicêntrico realizado no Município de Curitiba ou que o consumo pudesse sugerir prevenção à possível ocorrência de ostoporose, face as queixas referidas de dores nas articulações (GALEAZZI et. al., 1997).

A correspondência quantitativa dos alimentos listados, conforme suas distribuições na alimentação mensal de cada idoso, estabeleceu para os grupos dos bairros do Centro, Bairro Alto e Cajuru valores estimados médios diários, respectivamente, para a energia na alimentação em 1778Kcal, 1920Kcal e 1655Kcal; para a proteína em 66,1g, 72,3g e 57,2g; para o carboidrato em 292,4g, 288,4g e 235,6g; para o lipídio em 39,0g, 56,1g e 50,8g, para as fibras em 19,0g, 22,5g e 14,3g.

Ainda que apenas a variável lipídio tenha apresentado relação com os grupos estudados, as proporções de carboidratos na alimentação dos idosos do bairro do Centro são maiores em média (65,5%) daquelas consumidas na alimentação dos idosos do Cajuru (56,1%) e que as proporções de lipídios são maiores na alimentação do bairro do Cajuru (24,9%) do que as dos idosos do Centro (19,9%). Assim, conforme o que foi mencionado, os idosos do Cajuru consomem menores conteúdos de proteínas e de carboidratos, sendo compensado o consumo calórico por lipídios na alimentação diária e o grupo do Bairro Alto apresenta maior consumo de carboidratos e lipídios.

Estes valores médios de consumo alimentar quantitativo foram menores do que os determinados, em 1996, no estudo multicêntrico para os idosos do Município de Curitiba (GALEAZZI et. al., 1997). Os resultados naquele estudo foram agrupados considerando a distinção de gênero masculino e feminino, cujos valores encontrados, respectivamente à cada sexo, foram para a energia 2078Kcal e 2399Kcal; para a proteína 79,0g e 85,6g; para o carboidrato 280,2g e 334,0g e para o lipídio acima de 30% da alimentação.

Os alimentos consumidos pelos idosos e suas diferenciações entre os grupos de alimentos possibilitaram reconhecer alguns dos componentes do padrão alimentar dos idosos. E, sobretudo, indicam o resultado das atitudes dos idosos com relação as suas escolhas, as suas preferências e aversões, as recomendações (restrições), as

condições de acesso dos alimentos, os ritmos da alimentação do idoso (número, tipo e local das refeições) e as relações sociais que se estabelecem na obtenção e consumo de alimentos. O conjunto destas atitudes definem o comportamento alimentar e, neste estudo, os dos idosos (GROSS, 1997).

Convém ressaltar que nestas variáveis e, consequentemente, na categoria consumo alimentar perpassam, a cada momento, a subjetividade do nível individual nas relações com o alimento, o meio social e o indivíduo. Estas relações acontecem de tal forma a caracterizar o consumo alimentar como uma forma de expressão sócio – cultural da alimentação (GARINE, 1995; GARCIA, 1999).

Um maneira de comprovar estas relações é pela constatação da efetivação das trocas e doações de alimentos entre vizinhos, amigos e familiares que não moram no domicílio, que se expressaram pelas proporções de 75% dos idosos domiciliados no Cajuru, de 60% dos idosos do Bairro Alto e de 50% do Centro.

As doações de alimentos por familiares foram mencionadas em 50% dos idosos do bairro do Centro, em 29,4% dos idosos do Bairro Alto e em 22,9% dos idosos do Cajuru. No caso do Bairro Alto, as doações de alimentos pela família apresentou a mesma proporção das trocas ou doações realizadas entre os vizinhos (29,4%). Enquanto que no bairro do Centro foram menores as proporções de doações por vizinhos (14,3%) e no bairro do Cajuru, foram similares (25,7%) àquelas doações familiares (22,9%).

Deste modo é possível indicar que nos 3 grupos de idosos ocorrem relações entre os vizinhos e pessoas não domiciliadas e com parentesco. Os valores quantitativos registrados sobre a ocorrência de trocas e doações de alimentos, a leitura dos relatos dos entrevistados apontou que a ocorrência de tais situações nem sempre

são referidas à dependência ou à necessidade do idoso de alimentos. Isto pode ser comprovado entre os idosos Centro, cuja a condição econômica melhor desconsidera a conotação à manutenção e/ou sobrevivência, encontrada nos outros grupos.

Estas trocas e doações de alimentos sugerem além do modo de obtenção dos alimentos pelos idosos e seus familiares, níveis de relação social e de dependência do idoso com estas pessoas; visto o próprio conceito gerado a partir das entrevistas de como *os alimentos doados pelos familiares são considerados, na maioria das vezes, alimentos de subsistência enquanto que os realizados entre vizinhos, são considerados os de troca de relações sociais de bom convívio*.

A outra maneira de obtenção de alimentos é pela compra, a qual é delineada, definida e/ou executada pelo idoso, em especial naquelas situações em o idoso é o chefe da família. A participação de outras pessoas apresentou relação significativa com o bairro estudado, podendo ser ressaltada para - os grupos do Cajuru e Bairro Alto a maior participação dos filhos e do companheiro(a) e menor participação de outros parentes do idoso (domiciliados ou não), - o grupo do Centro, a participação de empregados e do cônjuge, quando presentes no domicílio.

No grupo do Centro, a proporção de 68,4% idosos realizando compras de alimentos e outros produtos de uso doméstico retrata a característica da pequena composição familiar, a qual exige o auto - gerenciamento destes indivíduos na aquisição, preparo e na efetivação das refeições e, assim como, na execução de outras atividades cotidianas.

Em muitos casos, as atividades domésticas e as relativas à alimentação são partilhadas neste grupo do Centro, em função da condição mais favorável de maior disponibilidade de recursos econômicos, pelo contrato de empregados, uso de refeições prontas e em *quilo*.

No bairro do Centro como nos outros bairros, os idosos são passíveis, ao longo dos anos, de maior dependência física ou de impedimentos de locomoção; de modo que as atividades domésticas passam a ser desempenhadas por outras pessoas assim como as escolhas de alimentos e preparações, as quais deixam de estar sob o arbítrio exclusivo do idoso. Quando este fato ocorre, tanto pode ser favorável a uma alimentação mais adequada como pode ser a causa de complicações nutricionais no idoso em função do nível de conhecimento sobre as práticas dietéticas apropriadas às doenças crônicas do idoso por parte das pessoas que assumem os seus cuidados.

Os locais de aquisição de alimentos e as condições de acesso utilizados pelos entrevistados e/ou familiares de cada agrupamento por bairro são variados. A maior participação dos hipermercados com ou sem entrega domiciliar foi referida face a maior diversidade de bens de consumo e aos seus custos menores na comercialização, do que nos locais disponíveis de comércio dos gêneros alimentícios, em particular, nos bairros do Bairro Alto e Cajuru.

Uma peculiaridade foi ao acesso às grandes redes de supermercados, que apresenta diferenças em decorrência da localização entre o domicílio e o equipamento. Para as famílias dos bairros mais afastados é necessária a utilização de veículos da família ou de pessoas de convívio domiciliar e, eventualmente, o uso de taxi, ônibus ou entrega domiciliar. Por outro lado no Centro, apesar da maior proximidade dos locais de comercialização de alimentos, são freqüentes ou o uso do serviço de entrega domiciliar das mercadorias adquiridas, que acontece pela dificuldade que os idosos tem no transporte de inúmeros itens em sacolas pelas ruas, ou então alguns dos idosos optam por realizar compras parceladas ou em pequenas quantidades nos mercados ou em pequenos pontos comerciais, apesar de mais caros, mais próximos do domicílio.

Outros tipos de equipamentos de abastecimento são também utilizados como as mercearias (41,2% dos entrevistados), principalmente, nos bairros mais afastados, e as padarias (53%); o serviço de entrega domiciliar de preparações alimentícias prontas entre os idosos do Bairro Alto e, em especial, entre os idosos do Centro. E ainda, entre os idosos do Centro, são utilizados o comércio de alimentos hortifrutigranjeiros em carros ambulantes e as refeições em restaurantes em *quilo*.

Neste contexto de aquisição de alimentos acontecem, também, momentos característicos de atividade cotidiana social quando o idoso encontra pessoas para conversar. Estes momentos são importantes no estabelecimento de relações sociais informais e para motivação ao auto - cuidado pelo idoso, pelo fato de mobilizá-lo à saídas para realizar compras e refeições.

A realização das refeições foram descritas a fim de estabelecer o convívio familiar e social do idoso, decorrentes da efetivação das diversas refeições. Entre os dados obtidos foi verificado haver relação entre os tipos de refeições realizadas pelos idosos e os grupos por bairro, demonstrando haver comportamentos distintos.

As refeições mais freqüentes entre os idosos são o café da manhã, o almoço e o jantar; contudo foram evidenciadas alterações na qualidade, na quantidade, na variedade dos alimentos e na freqüência das diversas refeições diárias.

As alterações descritas pelos idosos foram decorrentes - da falta de apetite no horário do almoço ou pelo seu adiamento segundo mencionado entre os idosos do Bairro Alto, - da substituição entre as refeições tal como o jantar por *um lanche da tarde*, justificada pelo horário mais apropriado para uma refeição *completa* em função das restrições associadas ao envelhecimento, como da pouca digestibilidade dos alimentos; - da utilização da ceia, ainda que não conhecido este termo, como um

pequeno lanche noturno para tomar medicamentos ou realizado enquanto assistem os programas de televisão ou para *dar um reforço antes de dormir*; sendo constituída por café, leite, chás, biscoitos, pães, frutas e outros alimentos segundo as escolhas do entrevistado..

As refeições estabelecidas entre os idosos são demonstrações da diversidade de situações relativas à regularidade de horários, à freqüência destas refeições, da variedade de alimentos, à importância de cada uma das refeições no contexto do padrão alimentar, bem como à sociabilidade do idoso no compartilhar das refeições. Estes determinantes da efetivação das refeições comprometem a condição alimentar e as eventuais repercussões no estado nutricional e de saúde.

O almoço serve como exemplo para avaliar a motivação diferenciada para sua realização entre os idosos dos vários grupos pesquisados, como pela participação de outros membros ou pelo maior número de pessoas nos finais de semana.

Em cada grupo de idosos resultaram, em cada momento da semana, diversidade na presença de pessoas neste rito alimentar, justificadas pela jornada de trabalho dos diversos membros do domicílio, pelos horários distintos das refeições ou pelo local onde elas são efetivadas dentro do mesmo domicílio ou fora dele ou, ainda, pela proporção de idosos que vivem sozinhos.

Os idosos do Bairro Alto e do Cajuru compartilham suas refeições durante a semana com companheiros, filhos, netos e poucos sem companhia, exceto pela manutenção das proporções dos idosos que referiram realizar suas refeições sozinhos do Bairro Alto (15%). As variações no compartilhar acontecem entre os grupos e o período da semana apenas na grandeza das freqüências do número de idosos.

No caso dos idosos do Centro, nas refeições durante a semana de trabalho participam empregados, filhos, irmãos e, em menores proporções, outras pessoas

domiciliadas ou não. Nos finais de semana a proporção de idosos realizando suas refeições sozinhos diminui de 31% para 13%, devido *as refeições em família* quando participam, principalmente, os companheiros, filhos, netos e irmãos. Uma diferenciação deste grupo merece ser apontada para aqueles que vivem sozinhos e que realizam suas refeições fora do domicílio, sobre a participação de pessoas externas ao contexto domiciliar como vizinhos, parentes e estranhos ao convívio domiciliar do idoso.

A ***situação social*** do idoso foi determinada pelos comportamentos e relações do idoso com sua família e sua inserção no meio social em que vive, através de algumas questões sobre a participação do idoso nos cuidados de outra pessoa, no envolvimento em atividades sociais, coletivas, de Terceira Idade e de lazer.

A importância destes componentes visam confirmar a relação de que os idosos que interagem com outras pessoas, apresentam a tendência de serem mais saudáveis, tanto fisicamente quanto mentalmente, do que aqueles que vivem socialmente isolados (FORUM, 2000).

A avaliação da situação social do idoso seria mais completa se fossem também considerados as condições psicológicas, sob as circunstâncias sociais, referidas ao suporte social e a dependência social (trocas e coesão social) e, sob as circunstâncias psicológicas, relacionadas à dependência afetiva, as grandes decepções e frustrações, ao sentimento de abandono emocional e afetivo, aos conflitos familiares, as perdas e mudanças na vida do idoso (WATKIN, 1987, BODACHNE, 1998; MERCK.., 2000).

Neste trabalho, alguns dos componentes sociais são abordados em outras análises como no comportamento alimentar - nas relações de trocas, compras de

alimentos e no compartilhar das refeições - ou mesmo sobre as relações de trocas na dependência econômica do idoso.

Os idosos do presente estudo estabelecem, ao nível domiciliar, relações em níveis diversos com seus membros familiares seja em conversas, na discussão de problemas ou nas relações de trocas de cuidados ao/do idoso. As diferenças entre os grupos de idosos refletiram o comportamento social relacionado à composição familiar e ao seu estado civil, visto que o maior número de membros e/ou o idoso casado possibilitam maior convívio domiciliar, como ocorre entre os idosos do Cajuru e Bairro Alto. Nestes dois grupos de idosos, as conversas acontecem com o companheiro e filhos, ainda que as pessoas de fora e vizinhos também tenham papel importante nas relações de trocas sociais cotidianas, evitando o isolamento destes idosos.

Por outro lado os idosos que moram no Centro utilizam, como estratégia de convívio social, as conversas com os filhos visitantes, com empregados freqüentes e/ou esporádicos no domicílio, com pessoas de fora do domicílio.

Várias foram as pessoas não domiciliadas com o idoso mencionadas, como: porteiros, vendedores, pessoas que compartilham as refeições em restaurantes ou que convivem em atividades de recreação (esportes, lanches, festas) ou de labor. Apesar de que os idosos do Centro se refiram as conversas e o apoio de familiares não domiciliados, foram poucos os idosos que relataram encontros com eles quando comparados às proporções nos outros bairros (em mais de 70% dos entrevistados).

Situações diferentes das anteriores foram registradas quando os idosos foram inquiridos sobre a discussão de problemas, pelo fato de cerca de 10% de todos os idosos entrevistados não terem pessoas para este tipo de apoio, face a condição de isolamento, pela falta de confiança em outros ou pela própria característica individual

do *enfrentar a vida*. A outra parcela fez referência ao apoio fornecido, em particular, pelos filhos que convivem ou que estão fora do domicílio e, como no bairro do Centro, pelas pessoas de fora ou, como no bairro do Cajuru, pelo companheiro.

O nível de participação do idoso nas atividades domésticas e fora de seu ambiente familiar, mesmo com limitações físicas e emocionais, foram referidas como alternativas cotidianas de inserção social e tentativas, em alguns idosos, à amenizar o isolamento, favorável ao sentimento de solidão. O cuidado de netos e filhos, atividades na comunidade ligadas, principalmente, a religiosidade, as tarefas domésticas, os passatempos (jardinagem, leitura, assistir televisão) foram relatadas como atividades de inserção.

Alguns dos idosos realizam o cuidado de crianças e pessoas doentes, principalmente, entre os grupos do Bairro Alto e do Cajuru. No caso das crianças, foram apontadas diferenças de procedência entre elas conforme o bairro, tais como de vizinhos e parentes dos idosos do Bairro Alto enquanto que entre os idosos do Cajuru eram as do próprio domicílio.

A explicação para esta distribuição pode ser fornecida pela própria composição etária familiar, visto que os domicílios visitados do bairro do Cajuru eram constituídos de maior número de crianças. A mesma lógica pode ser aplicada aos idosos do Centro que participam, particularmente, nos cuidados de crianças não domiciliadas.

As atividades coletivas de uma maneira geral e em particular as de Terceira Idade comprometem pequena parcela de idosos, cujas proporções variam de 38,9% entre os idosos do Centro, de 30% para o Bairro Alto e de 15% para o Cajuru; justificadas pela maior inserção do idoso em atividades ao nível domiciliar.

Em cada grupo de idosos, as atividades coletivas são distintas, como no - Centro com as caminhadas, participação de lanches, o envolvimento com trabalhos comunitários e a realização de atividade física; - Bairro Alto com as atividades coletivas de autocuidado desenvolvidas nas Unidades de Saúde do Municípios, a participação em atividades de Grupo de Convivência e outras de natureza recreativa garantem o envolvimento social deste grupo; - Cajuru com atividades de lazer ligadas à igreja, à família ou aos amigos.

No caso das atividades de lazer e de ocupação cotidianas nem todas refletem a existência de inter-relações pessoais, se não o nível de auto-motivação do idoso em permanecer ativo. Como exemplo foi identificada a freqüência da participação do idoso em atividades religiosas que além do apoio emocional demonstrou a busca de relações sociais e, de modo indireto, a manutenção de alguma atividade física regular; situação mais presente entre os idosos do Bairro Alto e em contraposição aos do Cajuru.

O tipo de atividade de lazer é dependente da própria condição física, sócio - econômica e da própria localização do domicílio. Os idosos do Bairro Alto e do Cajuru, estes em menores proporções, possuem a possibilidade de desenvolverem atividades recreativas de ajardinamento e horta caseira, face a maioria dos domicílios disporem de áreas cultiváveis.

No Centro, os idosos realizam atividades de menor mobilidade como os trabalhos manuais, ouvir rádio e/ou que demandam maior escolaridade como à leitura de livros e revistas. Por outro lado neste grupo há a maior mobilidade às atividades fora do domicilio como festas (aniversário, casamento) e lanches com amigos e familiares.

Os resultados sobre a situação dos idosos mostraram que as relações do idoso com sua família e sua inserção no meio social ocorrem em níveis e maneiras diversas; sendo delimitadas pelas composição da família, do papel do idoso no contexto familiar, das limitações físicas e emocionais do idoso e pelo contexto sócio – econômico vivido pelo idoso. Deste modo, os idosos do Centro demonstraram maior inserção no meio social em relação as atividades externas ao domicílio enquanto que os idosos do Bairro Alto e Cajuru, pareceram ter comprometimento social ao nível domiciliar bem como maior apoio da família.

A ***situação saúde*** dos idosos foi caracterizada pelo conjunto de variáveis que estabeleceram os estados de saúde e nutricional e a análise da disponibilidade, o acesso e a utilização de serviços de saúde, de assistência, de alimentação e os eventuais impactos dos estados de saúde e nutricional no idoso.

As características da situação de saúde atual do idoso merece, nesta parte do trabalho, algumas reflexões frente ao contexto saúde e envelhecimento; a fim de reconhecer nos dados que constituíram o estado de saúde, o viés não apenas da alimentação, mas do idoso.

O envelhecimento ou a senescência pode ser conceituado (CARVALHO-FILHO e ALENCAR, 1994):-

> "como processo dinâmico e progressivo onde há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte".

A partir deste conceito fica claro que a velhice é um estado dinâmico de declínio de todos os processos fisiológicos, não obrigatoriamente, vinculada ao estar

doente; mas à maior vulnerabilidade do envelhecer (STOPPE JUNIOR e LOUZÃ NETO, 1997?; HAYFLICK, 1997; MERCK...2000).

Deste modo a avaliação do estado de saúde considerando sua capacidade física, biológica e mental serviria melhor não apenas para quantificar os seus limites, mas estabelecer requisitos à minimizar os riscos à saúde, frente ao envelhecimento e à vulnerabilidade do idoso às doenças crônicas - degenerativas.

A perda da capacidade das funções do sistema biológico acontece no envelhecimento, mas é modulada por fatores externos ao indivíduo, tais como as escolhas do modo de vida ou comportamentos com níveis diversos de risco à saúde.

No presente trabalho a abordagem realizada apenas utilizou variáveis para descrever o estado de saúde sob o aspecto biológico, desconsiderando os possíveis comprometimentos da saúde sob os aspectos físico e mental e por fatores externos; estes os quais relacionados as condições sanitárias e higiênicas do domicílio ou do idoso, a poluição ambiental, a exposição do idoso a violência ou/e acidentes por diversas causas.

Ainda que o trabalho não tenha descrito a capacidade cognitiva dos idosos selecionados, os aspectos subjetivos da auto - avaliação da saúde e da comparação a de outras pessoas da mesma faixa etária foram pontuados em 50% dos idosos como tendo nível de saúde *bom* e como *melhor,* apesar de que 43,6% dos entrevistados tenham referido, posteriormente, algum tipo e nível de comprometimento da *saúde* e apresentado queixas presentes e crônicas referidas com sintomas de dor. Os maiores e mais freqüentes comprometimentos foram evidenciadas, em especial, entre os idosos do Bairro Alto (55,7%) face as restrições em quase todas suas atividades diárias e de 5,3% dos idosos, com total incapacidade física.

Apesar destas situações de impedimentos, a verbalização de uma avaliação demonstra que os idosos estabelecem referenciais de avaliação a partir de outros e subsidia, com estas respostas, a existência de relações interpessoais ao se referirem a outras pessoas.

A *capacidade biológica do idoso* foi estabelecida neste trabalho pela composição das variáveis relativas as enfermidades presentes e aos fatores de riscos descritos pelas restrições alimentares impostas, o consumo do álcool, as doenças crônicas ou agudas, o uso de medicamentos sob a ótica de interações e do uso prolongado.

A associação maior ou menor destes fatores e das enfermidades comprometem o estado nutricional e de saúde e, como conseqüência, o bem estar do idoso; indicando a possibilidade de surgimento e/ou agravamento das enfermidades tais como nas doenças cardiovasculares, diabetes, câncer, doenças degenerativas e obesidade (PALLONI et al., 1997; WILKINSON e MARMOT, 2000).

As condições nutricionais dos idosos selecionados foram estabelecidas de maneira direta através das avaliações dietética e antropométrica. Em relação a avaliação antropométrica, a associação dos índices IMC com RCQ é importante pelas evidencias de aumento de risco e/ou agravamento de enfermidades (a diabetes, as doenças cardiovasculares, problemas articulares, hipertensão, câncer, hiperlipidemias, gota, osteoartrite) quando o aumento da distribuição da gordura ao nível visceral está associado a obesidade e sobrepeso (WHO, 1995; PEREIRA, 1995; MAHAN e ESCOTT-STUMP, 1998).

Considerando esta afirmação, os resultados da avaliação antropométrica sugerem vulnerabilidade e/ou agravamento de várias enfermidades em pelo menos

60% de cada grupo de idosos com risco 3 e 4, visto a distribuição inadequada de gordura corpórea e os valores obtidos de RCQ acima do considerado normal. Nesta parcela de idosos foram evidenciados 29% de idosos em condições de sobrepeso e inadequada distribuição de gordura corpórea, indicativas de alto risco nutricional (risco 4).

A distribuição nos grupos em risco 3 e 4 foram:- a) de 80% dos idosos do Bairro Alto e desta parcela 50% com sobrepeso e em situação de risco 4; - b) de 65% dos idosos do Cajuru e destes 30% em risco 4; - c) de 61% dos idosos do Centro, sendo 5,6% em risco 4. Por outro lado o baixo peso foi identificado em maior proporção (44,4%) entre aqueles idosos do bairro do Centro e as condições adequadas, segundo a avaliação antropométrica – IMC e RCQ, maiores para o grupo de idosos do bairro do Cajuru (25%) do que nos outros 2 grupos (10%).

A análise destes resultados quando comparados a distribuição da renda média familiar por bairro apresenta ao grupo do Cajuru, apesar dos baixos valores de proventos financeiros, maiores proporções de idosos em condição adequada e, também para o Bairro Alto, menores com baixo peso do que o grupo do Centro; cuja renda familiar média é superior.

Além dos riscos indicados a partir dos Índices RCQ e IMC, existe preocupação em estudos tais como de Coitinho et al. (1991) e Monteiro et al. (1995) sobre os níveis de sobrepeso e baixo peso em adultos idosos diagnosticados na população brasileira, como também no grupo de idosos (acima de 60 anos). Conforme Monteiro et al. (1995) a obesidade na população de idosos e de adultos tem aumentado, mesmo, na população com menor renda; de maneira a justificar a situação encontrada no presente trabalho de casos de obesidade entre os idosos do bairro Cajuru e Bairro Alto, como resultado da tendência da obesidade na população.

Outra maneira de indicar o risco nutricional foi pela avaliação dietética quando reconhecidos os alimentos ou grupos de alimentos consumidos pelos idosos (qualidade e quantidade), à estabelecer o consumo adequado ou inadequado de energia e macronutrientes.

A inadequação alimentar foi evidenciada em todos os grupos pesquisados seja em termos de energia ou de macronutrientes, quando considerada a relação entre os consumos e as recomendações médias diárias de alimentos.

A relação de adequação do consumo médio diário de alimentos, em energia total, foi alto para os três grupos pesquisados ainda que o grupo de idosos do Cajuru tenha menor relação (0,86) comparada às do Centro (0,98) e do Bairro Alto (0,99), de modo a sugerir um insuficiente consumo de alimentos; em especial, entre os idosos do Cajuru.

Em relação aos macronutrientes, os resultados indicam que os idosos do grupo do Centro estão adequados para os macronutrientes proteínas (1,01) e carboidratos (1,09) e com baixa adequação para lipídios (0,80). Os idosos do grupo do Bairro Alto estão inadequados para o consumo de proteínas (0,73) e para lipídios (1,40). No caso dos idosos do grupo do Cajuru, eles foram os que apresentaram menores valores da relação adequação para a proteína (0,68) e para o carboidrato (0,87), porem a maior relação (1,53) para o consumo de lipídios na alimentação.

Entretanto estas relações subestimam as situações individuais conforme demonstrado pelas proporções de idosos segundo níveis de consumo alimentar diário recomendado individual (normal, abaixo e acima); sendo possível identificar, além da inadequação alimentar existente nos grupos de idosos, as proporções de idosos com algum tipo de comprometimento nutricional. Deste modo foi reafirmada haver maior

inadequação no grupo do Cajuru (em 94% dos idosos), tendo 72% dos idosos deste grupo insuficiente consumo alimentar e o restante (22%) em excesso.

Em 80% dos idosos do Centro e do Bairro Alto houve inadequação alimentar, sendo evidenciada a falta de alimentos em proporções maiores de idosos no Centro (em 57%) em relação ao Bairro Alto (em 44%). Nestes dois grupos o consumo de alimentos acima do recomendado ocorre em 39% dos idosos do Bairro Alto e 23% do Centro.

Os valores mostrados indicam que os grupos dos bairros do Centro e do Cajuru possuem maiores proporções de idosos com consumo alimentar em energia total mais adequado. Enquanto que as proporções de idosos com consumo inadequado são maiores para a insuficiência alimentar; no qual no bairro do Cajuru há a maior proporção, com 72,2% dos idosos.

As proporções de idosos em situação de consumo inadequado, relacionada à quantidade de alimentos insuficientes (em 58%) ou ao excessivo consumo (em 30%) de fontes de energia, podem ser indicativas de que maior parte (88%) dos idosos entrevistados apresenta risco ou vulnerabilidade quanto ao fornecimento calórico e de nutrientes.

A adequação do consumo alimentar em relação aos macronutrientes também indicou uma alimentação desequilibrada. As situações de maior inadequação à parcela protéica da alimentação diária foram identificadas pelo baixo consumo nos grupos do Bairro Alto (77,8%) e do Cajuru (83,3%) quando comparada a 57,2% dos idosos do Centro. Por outro lado o alto consumo de proteína foi evidenciado apenas entre os idosos do Centro (43%).

A inadequação de consumo da parcela de carboidratos na alimentação diária dos idosos ocorreu em níveis similares no Centro (85,7%) e no Cajuru (83,3%);em parcelas menores no Bairro Alto (em 66,7% dos idosos)

As comparações estabelecidas para o consumo de carboidratos sugerem insuficiência, particularmente, entre os idosos do Bairro Alto (44%) e Cajuru (61%), cujas situações são opostas a do Centro; visto as proporções maiores (79%) de idosos do Centro apresentarem o consumo de carboidrato acima do recomendado e poucos idosos com baixo consumo (7%).

Em relação ao conteúdo de lipídios na alimentação foi encontrado alta proporção de inadequação em todos os grupos como de 78,6% no Centro, de 88,9% no Cajuru e até 94,4% no Bairro Alto. As maiores proporções de idosos com baixo consumo deste macronutriente foi no Centro (em 64,3% dos idosos), sugerindo neste bairro maior número de idosos com baixo comprometimento nutricional quando considerada a recomendação diária para este nutriente (<300mg). Contudo em relação ao alto consumo de lipídios na alimentação diária apesar de baixa e menor a proporção de idosos do Centro (14,3%) quando comparada as do Bairro Alto (83%) e do Cajurú (72%), qualquer que seja esta proporção de idosos não pode ser negligenciado as possíveis conseqüências decorrentes deste inadequação alimentar no estado nutricional e os comprometimentos na saúde do idoso.

Os resultados apontam para cada um dos grupos de idosos algumas características sobre o consumo e adequação alimentar tais como: a) para o bairro do Centro - no qual as inadequações ocorrem por falta ou excesso de consumo alimentar, podendo ser ressaltado o maior número de idosos com consumo de alimentos insuficientes. Em alguns casos a inadequação alimentar, também, mostrou estar associada ao excesso de consumo, em proporções acima do recomendado, em

proteínas e em carboidratos ou diminuídas em lipídios. b) para os bairros do Bairro Alto e do Cajurú – que variam entre o consumo de alimentos acima ou abaixo do recomendado individualmente, associados às altas proporções de lipídios, baixas em proteínas e baixas e/ou altas em carboidratos.

Este quadro geral de consumo de alimentos, quando analisado para cada idoso, sugere que cerca de 68% dos idosos entrevistados apresentam algum tipo de comprometimento nutricional e a possibilidade de casos de desnutrição aguda ou crônica, de carência de macronutrientes e de micronutrientes, problemas cardíacos, depressão e, consequentemente, o comprometimento do estado de saúde geral destes idosos.

A inadequação alimentar, seja sob o aspecto de energia total ou nas proporções dos macronutrientes na alimentação diária dos idosos, indica risco nutricional entre os idosos do estudo. Os resultados obtidos se associados aos casos de baixo peso, sobrepeso e obesidade bem como às proporções de idosos em risco nutricional (do tipo 3 e 4) servem para determinar o estado nutricional e de saúde deste grupo de idosos. Isto porque associado ao sobrepeso e/ou acúmulo de gordura visceral ou a desnutrição, os agravos no estado de saúde podem ser maiores quando verificado um consumo de alimentos inadequado por indivíduos acometidos por doenças crônicas ou mesmo em condições normais de envelhecimento.

O estado nutricional dos grupos de idosos pesquisados merece atenção quando se ratifica que as alterações fisiológicas que acontecem no envelhecimento, por si, levam o idoso ao risco de desnutrição. Isto é, que o envelhecimento biológico tem sido associado, freqüentemente, aos principais problemas nutricionais que afetam o idoso, como a carência alimentar energético - protéica, a obesidade, as deficiências de minerais e vitaminas.

A avaliação do risco nutricional não pode ser conclusiva, apesar de considerados no trabalho algumas das características individuais (idade, peso adequado, nível de atividade física), outros condicionantes específicos de cada idoso merecem ser ponderados antes da afirmação sobre a suficiência alimentar. Entre estes condicionantes devem ser considerados: - o próprio estado nutricional e o estado geral de saúde do indivíduo, suas relações com a cronicidade das doenças, com o nível de medicalização, com o nível de comorbidade, o estilo de vida, com o nível de autoestima e sociabilidade do idoso e, inclusive, com as possíveis discussões sobre as condições metodológicas presentes neste estudo preliminar com o idoso domiciliado.

Outros fatores podem contribuir ao risco da desnutrição, tais como: as restrições no preparo das refeições, na compra de alimentos, as dificuldades físicas (como a mastigação) ou fisiológicas (como por medicação, perda da sensação de sede) à alimentação.

Assim estabelecida a categoria estado nutricional é possível incorporá-la sob a categoria estado de saúde à situação de vida do idoso, visto as avaliações dietética e clínica serem, habitualmente, utilizadas como indicadores na avaliação das condições de saúde e de nutrição da população.

Como foi anteriormente mencionado e observado neste trabalho, a alimentação dos indivíduos toma características próprias a medida que estes envelhecem e passa a ser enfocada, invariavelmente, como uma questão de associação padrão alimentar e estado de saúde. Apesar desta relação imposta pela mídia, pela clínica médica e pelas concepções culturais, o próprio envelhecer, por si próprio, estabelece novas dinâmicas biológicas – físicas e metabólicas – e conseqüentes adaptações nas exigências de consumo diário de alimentos pelos indivíduos, conforme puderam ser evidenciadas. De modo ser importante, a reafirmação quanto a relação da

alimentação e o envelhecimento e, assim, justificar a necessidade de reconhecer a inserção da alimentação neste trabalho e a interpretação no estado de saúde do idoso.

Os fatores de risco à saúde pelo uso de drogas lícitas foram estabelecidos a partir do uso de medicamentos à caracterizar a polifarmácia e as interações medicamentosas e a partir dos riscos decorrentes do uso do álcool e do fumo.

O tabagismo e o consumo de bebida alcóolica são fatores que comprometem em maior ou menor grau o estado nutricional e de saúde dos indivíduos em geral, pela possibilidade de surgimento e/ou agravamento de enfermidades, tais como cirrose hepática, câncer, pancreatite, a hipertensão, as doenças cardiovasculares, as desordens gastrointestinais, os problemas de saúde física (quedas) e mental (depressão). Apesar das conseqüências à saúde, são drogas de aceitação social e cultural.

O álcool tem importância ao nível das políticas de saúde pública em decorrência dos impactos pelo seu uso e abuso na saúde das pessoas e na comunidade, sendo fortemente associado à mortalidade causada por cirrose hepática, câncer, pancreatite, infarto, a problemas de acidentes e violência urbana (suicídio, homicídios).

O álcool também contribui para problemas comuns e de significância em saúde como a hipertensão, as doenças cardiovasculares, as desordens gastrointestinais, os problemas de saúde física (quedas) e mental (depressão).

O consumo de álcool está ou esteve presente nas práticas de convívio social dos idosos entrevistados, utilizados como aperitivo, em reuniões sociais e nas refeições diárias. Em 57,1% dos idosos foi negado o consumo, destes 66,7% referiram o consumo em períodos anteriores há 1 ano ou maiores. Em 23,8% dos idosos há o

consumo de bebidas alcóolicas diário ou com periodicidade de 2 a 3 vezes por semana ou nos finais de semana, contudo as doses e as freqüências de consumo relatadas podem ser apenas indicativas de risco à saúde.

Em relação ao consumo de bebidas alcóolicas foi o grupo do Centro que maior freqüência (81,3%) respondeu com afirmativa em contraposição as menores proporções entre os idosos do Bairro Alto (20%) e Cajuru (30%).

A utilização do fumo foi mencionada por 8,9% dos entrevistados, dos quais 60% moram no Bairro Alto. Os idosos entrevistados, na maioria deles, mesmo que não façam uso do fumo no momento, se remetem à infância (14%) ou até mais de 30 anos à prática do tabagismo, conforme mencionado entre 75% dos idosos do grupo do Bairro Alto, 45% do Cajuru e 22,2% do Centro.

Apesar da diminuição do hábito de fumar entre os idosos, esta droga tem reconhecidos danos à saúde e para os idosos entrevistados é um fator de alto comprometimento mesmo considerando que a redução ou suspensão do seu uso permita reduzir de cerca de 30% os riscos nas doenças cardiovasculares e cardiopulmonares (POZETTI, 2000).

A fim de integrar a variável *Capacidade biológica do idoso,* as enfermidades presentes ou transtornos crônicos ou agudos foram caracterizados a partir de dois procedimentos. Um modo foi pela fármaco - terapêutica dos medicamentos utilizados pelos entrevistados e, o outro, pelas principais queixas e enfermidades referidas que tenham ocorrido ou persistido no último mês.

A identificação da posologia e do rol de 120 medicamentos referidos pelos idosos caracterizou a polifarmácia bem como revelou, conforme a identificação

terapêutica, também as múltiplas patologias deste grupo populacional pesquisado. Os medicamentos listados foram classificados pela fármaco - terapêutica em anti - hipertensivos e de ação cardiovascular, diuréticos, os analgésicos e antinflamatórios, os ansiolíticos, os vitamínicos, os para distúrbios metabólicos, nutricionais e endócrinos, os para distúrbios do aparelho digestivo; os medicamentos para circulação cerebral e periférica; para problemas oftalmológicos, respiratórios, doenças hematológicas e renal.

Entretanto algumas diferenças puderam ser mencionadas em relação ao uso de medicamentos, como da não utilização de diuréticos e medicamentos para problemas respiratórios entre os idosos do Centro; de medicamentos para problemas circulatórios, músculo esqueléticos e as vitaminas entre os idosos do Bairro Alto e como o uso para disfunções músculo esqueléticas e respiratórias apenas entre os idosos do Cajuru.

No grupo de idosos pesquisados foi identificado alto nível de medicalização entre 67% dos idosos, que variou de 1-4 medicamentos, até situações mais preocupantes de polifarmácia diária, em 33% dos idosos. Em termos de risco pela polifarmácia foi reconhecida, como o uso de 3 ou mais medicamentos (recém prescritos ou não) de modo permanente ou crônico, em 56,9% dos entrevistados.

O maior nível de medicalização foi encontrado entre os idosos do bairro do Centro (89%) pelo consumo concomitante de medicamentos tais como polivitamínicos, medicamentos para distúrbios do aparelho digestivo, antihipertensivos e cardiovasculares, medicamentos para circulação cerebral e periférica, os ansiolíticos e outros. A medicalização entre os idosos do Bairro Alto (40%) e do Cajuru (50%) foi menor, sendo relatados o uso dos antihipertensivos e cardiovasculares, analgésicos e antinflamatórios.

Na maioria das vezes, os medicamentos foram mencionados como administrados simultaneamente em função das múltiplas patologias (comorbidade) ou da necessidade terapêutica do idoso. Esta situação é insistentemente descrita na literatura, indicando aos idosos um quadro de maiores riscos relativos ao uso de medicamentos (efeitos colaterais e das interações medicamentosas), principalmente, porque os idosos tem o estado de saúde alterado pelo próprio envelhecimento, pelo acometimento por doenças crônicas e pela farmacoterapia prolongada (GORZONI, 1995; BIANCHI, 1998; ZUBIOLI et al., 1998?; MERCK e Co, 2000).

A utilização de medicamentos na medicina tem a finalidade de combater ou prevenir as doenças contudo a farmacoterapia na clínica geriatria possui características especiais em conseqüência das múltiplas doenças crônicas nos idosos (KOOGAN, 1995).

Os resultados obtidos sugerem, por sua vez, além da polifarmácia e a possível ocorrência de idiossincrasias face a farmacoterapia múltipla, as implicações do tipo fármaco – nutriente e/ou fármaco - fármaco em 34,5% do total de entrevistados. Esta situação de farmacoterapia múltipla com possíveis reações adversas e interações medicamentosas foi identificada em 44,4% dos idosos do Centro e em idênticas parcelas, de 30,0%, dos idosos do Bairro Alto e do Cajuru.

Considerando o conjunto resultados sobre a polifarmácia e suas implicações, a cronicidade das enfermidades reconhecidas neste estudo, as condições de uso dos medicamentos, do consumo de álcool e do fumo, entre os grupos pesquisados foram os idosos do Centro que mostraram maiores freqüências nas variáveis; de maneira a sugerir nesta parcela maior nível de comprometimento em suas condições biológicas, assim como no estado de saúde.

Em relação a polifarmácia, esta foi confirmada pelos relatos sobre os principais incômodos – dores articulares, irritações oculares, indisposições referidas ao sistema digestivo (azia e constipação intestinal), as dores de cabeça associadas ou não a pressão alta, ao controle da pressão alta, a falta de memória, a tosse relacionada pelo idoso aos estados gripais recentes. A confirmação foi fornecida seja por suas freqüências entre os idosos ou seja pela constatação de suas ocorrências simultâneas no mesmo indivíduo, de 3 até 6 incômodos em mais do que 60% dos idosos.

Entre estes incômodos agudos ou crônicos, alguns estavam sob controle medicamentoso contudo outros persistiam sem tratamento adequado, ou por falta de diagnóstico recente ou por falta de acompanhamento médico ou por ser considerado pelo idoso como de causa conhecida e intermitente no seu cotidiano, tais como - a constipação intestinal, as dores articulares, a pressão alta e os problemas circulatórios.

Outras explicações, com menor freqüência entre os idosos, foram referidas ao impedimento à busca de orientação médica como a limitação de recursos financeiros ao transporte ou compra do medicamento à ser prescrito ou por não ter quem o leve, como a dificuldade de acesso aos serviços médicos ou "não ter tempo".

É importante mencionar que, o fato da ausência de acompanhamento ou tratamento médico dos pequenos incômodos ou das doenças crônicas podem ser responsabilizadas pelas repercussões na utilização dos medicamentos bem como levar à automedicação (28,3% dos entrevistados) ou às estratégias terapêuticas de substituição de medicamentos com o mesmo fármacos ou ao uso de alternativas terapêuticas (chás, homeopatia).

Apesar da resposta afirmativa à medicalização ocorrer com prescrição médica, na maioria dos casos, a automedicação é praticada em função do longo tempo

do quadro clínico instalado e para o qual o idoso não mais busca acompanhamento médico. Por estes motivos, o idoso continua a utilizar os medicamentos, anteriormente, prescritos e, consequentemente, abrindo possibilidades à auto – administração inadequada em relação à terapêutica e/ou à posologia.

A suspensão terapêutica também foi pontuada como ausência de tratamento às enfermidades, sendo motivada por impossibilidade financeira e/ou associada à inexistência de medicamentos no serviço público de saúde, obrigando o idoso a conviver com o desconforto e os agravos na saúde.

Os incômodos cotidianos referidos pela maioria dos idosos deste estudo podem também definir a morbidade crônica face o tempo estabelecido de sua(s) patologia(s), confirmados pelos dados da terapêutica medicamentosa prolongada. Os grupos de maiores freqüências foram as doenças do aparelho circulatório, em especial à hipertensão; os distúrbios metabólicos, nutricionais e endócrinos como a *Diabetes mellitus; os* transtornos mentais e comportamentais, como a depressão. Muitas outras queixas foram citadas, ainda que com menor freqüência, como os problemas oftalmológicos (catarata e o glaucoma), as doenças do aparelho digestivo (úlcera gástrica e a obstipação intestinal), as doenças do aparelho respiratório, do sistema osteomuscular e as neoplasias (mama e próstata).

Estes resultados podem ser comparados aos de Gorzoni (1995) e Ruiz et al. (1998), principalmente, face a metodologia de obtenção de dados para caracterizar a morbidade referida na população idosa do Município de Botucatu (São Paulo), apresentando como resultados comparáveis: o grupo de doença mais freqüente como as doenças do aparelho circulatório e, em destaque, a hipertensão e a diabetes.

O quadro de morbidade encontrado neste estudo preliminar também é coincidente com os dados brasileiros de 1997, no qual os procedimentos de internação hospitalar de maiores freqüências e ascendentes com a idade eram a insuficiência cardíaca, os acidentes vasculares cerebrais, as afecções pulmonares, a hipertensão e ainda, a participação das doenças relacionadas as enteroinfecções, à asma, aos abdome e aparelho gênito urinário, à diabetes, à psiquiatria, etc. (NUNES, 1999).

Tanto o número quanto a cronicidade das doenças apresentam relações importantes na contextualização dos cuidados e dos riscos à saúde. Entre as doenças mais comuns de comorbidade, segundo estudos (CENTER..., 2000), estão incluídas a hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes e a depressão. As doenças cardiovasculares também estão presentes neste quadro de doenças degenerativas e são, freqüentemente, ocasionadas por fatores definidos pelo modo de vida como o fumo, a alimentação inadequada e a inatividade.

Ainda que seja reconhecida a importância dos fatores psicossociais (depressão, isolamento e a hostilidade social) como contribuinte para as mortalidade e morbidade de indivíduos com doenças cardiovasculares, o infarto do miocárdio e outras doenças degenerativas, neste estudo não foi o objetivo de aprofundamento sobre estes fatores.

As doenças crônicas são comprometimentos de longa duração e raramente sanadas, demandando suporte financeiro e atenção em saúde não apenas da pessoa acometida mas de seus familiares e do sistema nacional de saúde. Em algumas causas tais como as artrites, diabetes e doenças do coração há o comprometimento negativo da qualidade de vida das pessoas visto, em muitas situações, o seu gradual isolamento do convívio social pelas limitações impostas pelas doenças.

A descrição do estado de saúde dos idosos agrupados por bairro – Centro, Bairro Alto e Cajuru - sob o aspecto biológico, foi estabelecido como um dos requisitos da caracterização destes idosos e da avaliação da vulnerabilidade dos idosos segundo sua situação de vida.

Os resultados deste estudo preliminar considerando os componentes da categoria síntese *Situação de vida: condições ambientais e domiciliar, condições sócio- econômicas, de alimentação, nutrição e de saúde dos idosos* possibilitaram a caracterização dos grupos de idosos e suas diferenciações; de maneira a constatar que os níveis e tipos de ocupação urbana no Município são delineados conforme o padrão sócio - econômico da população, afirmando a relação direta da desigualdade social e a segregação espacial (BRASIL, 1995; UNIVERSIDADE...,1996).

Ainda que o próprio pressuposto deste trabalho apresentasse sua tendência lógica, o Município de Curitiba tem sido enfocado como em situação mais favorável do que outros centro metropolitanos brasileiros, em relação ao crescimento econômico e desenvolvimento social; de modo ser possível a compreensão de um compartilhar mais igualitário destes benefícios pelos idosos e à assegurar a qualidade do envelhecer.

O presente estudo não teve a preocupação da análise das dinâmicas da urbanização no espaço curitibano mas apenas com suas repercussões, em especial, numa parcela da população idosa. As constatações foram diversas conforme descritas neste capítulo, demonstrando o mesmo padrão brasileiro de desigualdades nas relações homem, sociedade e meio ambiente.

11 CONCLUSÕES

As conclusões deste trabalho foram estabelecidas a partir da síntese das principais análises dos resultados do trabalho de campo, realizado com idosos domiciliados nos bairros do Centro, Bairro Alto e Cajuru; que buscam atender os seus objetivos e a hipótese:

> *As condições vividas pelos idosos possuem relações com os bairros selecionados ao estudo, com desiguais condições de qualidade de vida.*

As condições vividas ou as situações de vida dos idosos expressas pelas condições de saúde, nutrição e ambientais agrupadas segundo os bairros selecionados, descritas como:-

Condições ambientais:

A oferta dos serviços básicos e de infra-estrutura existente nem sempre está disponibilizada de modo a atender as necessidades do idoso, como o transporte urbano inadequado para o uso deste grupo etário, a disponibilidade e o acesso de equipamentos de alimentação distintos; a insuficiência de segurança pública.

Condições de habitação:

As melhores condições físicas dos domicílios não determinam uma melhor qualidade de saúde e sociabilidade, apenas demonstra relação com a condição de renda do idoso e da família.

Condições econômicas:

As condições econômicas do idoso e da família são mais favoráveis aos idosos domiciliados no bairro com melhores habitações, melhor e maior infra-estrutura e serviços urbanos essenciais.

A dependência econômica do idoso pela família é maior nos grupos com menores rendas, ainda que nestes grupos a renda do idoso participe na complementação da renda familiar. Ambas situações garantem ao idoso sua inserção no contexto social.

A aquisição de medicamentos para o idoso e da alimentação para a família apresentam relação com a renda familiar. A parcela comprometida da renda com a alimentação é menor no grupo com renda familiar maior enquanto que nas parcelas com menores rendas, a alimentação compromete metade ou mais da metade.

As condições econômicas individuais (renda per capita) corresponde às condições gerais de renda familiar para os grupos, com situações de baixa disponibilidade econômica e de condição de extrema pobreza nos grupos com menores rendas familiar.

Condições sociais:

A composição familiar possibilita uma melhor qualidade social e de saúde ao idoso. As famílias mais numerosas e com crianças favorecem o maior compartilhar das atividades instrumentais da vida diária, de convívio e participação social do idoso, principalmente, relacionadas ao contexto domiciliar.

A estrutura familiar menor exige maior auto-gerenciamento do idoso, favorecendo atividades de lazer e relações sociais fora do domicílio; dependentes da autonomia física e emocional do idoso.

As trocas e doações de alimentos demonstram relações de dependência emocional ou econômica do idoso, com familiares e vizinhos. As doações presente entre os idosos, com menores condições econômicas, mesmo necessárias não são reconhecidas como para subsistência. As trocas de bom convívio estão presentes em todos os grupos, mas com características diversas como, no bairro do Centro, de cuidado ao idoso sozinho.

Condições de saúde: alimentação

O padrão alimentar estabelecido, conforme relatado pelos idosos, é resultado das alterações, aos longo dos últimos anos, na quantidade e na variedade dos alimentos e na freqüência das refeições. Este padrão tem repercussões na adequação alimentar e nutricional e, consequentemente, nos estados nutricionais e de saúde nos três grupos pesquisados; ainda que algumas das alterações alimentares (restrições ou inclusões) tenham sido referidas ao cuidado com a saúde.

O padrão alimentar resultante indicou a inadequação por insuficiência alimentar em parcelas maiores de idosos do Cajuru, seguido pelo Centro e Bairro Alto; enquanto que o consumo acima do recomendado foi identificado entre os idosos do Bairro Alto e do Centro. A inadequação nutricional foi significativa entre os grupos dos bairros do Centro e Cajuru, no consumo de lipídios e carboidratos na alimentação diária.

A inadequação alimentar ocorre independente das situações de vida do idoso e das condições urbanas, porem apresenta características distintas em cada grupo de idosos.

O estado nutricional indicou riscos de surgimento e agravamento de doenças crônicas associados ao sobrepeso ou obesidade e acúmulo de gordura visceral; em maiores parcelas dos idosos do Bairro Alto, seguido do Cajuru e Centro.

Condições de saúde: drogas lícitas e enfermidades

O consumo de drogas – medicamentos - e a situação presente do acometimento de enfermidades recentes e/ou crônicas apresentaram, a esperada correspondência.; isto é comorbidade e polifarmácia.

Ela foi mais evidente no grupo com maior renda familiar, cuja condição financeira favorece o maior acesso ao sistema de saúde e garante o tratamento fármaco - terapêutico mais adequado. Nos outros grupos, apesar dos relatos de enfermidades e da utilização de medicamentos ser menor, ocorre a limitação de recursos financeiros para atender a terapêutica de uso contínuo e o acompanhamento clínico sistemático da enfermidade e da terapêutica utilizada.

Ambas situações possuem comprometimento da saúde do idoso, por falta de terapêutica com agravamento das enfermidades ou por riscos da polifarmácia prolongada.

As conclusões apresentam as diferenças nos componentes da situação de vida, as quais identificam, de modo geral, o grupo de idosos do Centro em condições mais favoráveis, o grupo do Cajuru em condições intermediárias e o grupo do Bairro Alto, como nas piores. Entretanto esta conclusão merece ressalvas quanto às

particularidades na alimentação, nos riscos nutricionais e suas conseqüências no estado de saúde, e ainda em relação a inserção ao nível domiciliar e social do idoso.

De acordo com as conclusões apresentadas, este trabalho pode confirmar a premissas norteadora de que: -

> *As condições vividas pelos idosos possuem relações com os bairros selecionados ao estudo, com desiguais condições de qualidade de vida.*

12 CONSIDERAÇÕES

As conclusões obtidas neste trabalho levantam novas questões relevantes que indicam a necessidade da busca de estratégias sociais, educativas e políticas motivadoras ao cuidado do idoso, em suas práticas de alimentação e de saúde; de modo a minimizar problemas de saúde pública futuros neste grupo etário e à garantir o envelhecer com qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A POLUIÇÃO é insuportável. **Estado do Paraná**, 08 dez. 1981.

ARAUJO, R. C. Aconselhamento ao paciente sobre medicamentos: ênfase nas populações geriátrica e pediátrica. **Farmacoterapêutica,** Brasília, n. 6, p. 01-03, 1999.

ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev.Saúde Pública,** São Paulo. v.31, n. 1, p. 71-77, 1997.

BAIRRO Alto sofre com as chuvas. **Gazeta do Povo,** Curitiba, 01 mar. 1982.

BARBOSA, S.R.C.S. Ambiente, qualidade de vida e cidadania : algumas reflexões sobre regiões urbano - industriais. In: HOGAN, D.J.; VIEIRA, P.F. (Org). **Dilemas socioambientais e desenvolvimento sustentável**. Campinas: UNICAMP, 1992. p. 193-210. (Coleção Momento).

BEAUVOIR, S. de. **A velhice.** 3 ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1990.

BEHRMAN, J.R.; DURYEA, S.; SZÉKELY, M. **Decomposing Fertylity Differences Across World Regions and Over Time:** Is Improves Health More important than Women's Schooling? Inter - American Development Bank, sep. 1999. Relatório técnico.

BERCOVICH, A.M. Características regionais da população idosa no Brasil. **Rev.Bras.Estudos Populacionais**, Campinas, v. 10, n. ½, p. 125-143, 1993.

BERQUÓ, E. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa. **Revista Ciência e Cultura**, São Paulo. v. 40, n.7, ,jul. 1988.

_____. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL", 1., 1996, Brasília. ***Anais***...Brasília : MPAS, jul. 1996, p. 16-34.

BIANCHI, M.L.P. Interações alimentos e medicamentos In: DUTRA, J. E. de O. E MARCHINI, J. S. **Ciências Nutricionais,** São Paulo: SARVIER, p. 279-286,1998.

BLEIL, S.I. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Cadernos de Debate**, Campinas, v.6, p.1-25, 1998.

BÓGUS, L.M.M.; WANDERLEY, L.E.W.(Org.). **A luta pela cidade em São Paulo.** São Paulo: Cortez, 1992.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO [de] Curitiba. Análise da mortalidade no município de Curitiba 1984-1995. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, n.5, out./nov., p.2-3, 1996.

_____. Perfil de saúde do idoso em Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Curitiba, abr. / maio/ jun. 1997.

_____. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, jan. - jun. 1999.

_____. Curitiba: Secretaria Municpal de Saúde, jan. - abr. 2000.

BOLETIM SISVAN [de] Curitiba. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, out./nov./dez. 1997.

BOSI, E. **Memória e sociedade : lembranças de velhos**. São Paulo: T.A Queiroz, 1979.

BRASIL. Decreto-Lei n. 399, de 30 de abril de 1938. Institui as Comissões de Salário Mínimo. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 7 de maio de 1938, p.8600-8605.

_____. Ministério da Saúde. Brasil: saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável. **Relatório versão preliminar 10.07.95**, Brasília, 1995.

_____. Conferência Nacional de Saúde. (8. : Brasília, 1986). **Anais** ... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1996.

_____. Decreto-lei n.8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL", 1., 1996, Brasília. **Anais**...Brasília: MPAS, jul. 1996, p. 79-87.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. **Indicadores Demográficos básicos para 1998**. Brasília, 1998.

BRAY, 1989 In: PEREIRA, R. A; SICHIERI, R.; MARINS, V. M. R. Razão cintura/quadril como preditos de hipertensão arterial. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p: 333-344, abr.-jun. 1999.

BRAY, G.A. Classification and evaluation of the obesity. **The Medical Clinics of North America**, n. 73, p. 161 - 184, 1989.

_____, G.A. Overweight is risking fat. Definition, classification, prevalence and risks. **Ann. NY Acad. Sci**, n. 249, p.14, 1987.

BUZZARD, J.M. Rationale for an international conference series on dietary assessment methods. ***Am.J.Clin.Nutr.***, n.59, p.1435S-1455S, 1994.

CADERNOS COMUNIDADE SOLIDÁRIA. Brasília: IPEA, v.2, nov. 1996. p. 57.

CAJURU. Mas onde fica esse bairro? **Gazeta do Povo**, Curitiba, 23 maio 1988.

CAMARANO, A. A. **Muito além dos 60 – Os novos idosos brasileiros.** Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

_____. et al. Como vai o idoso brasileiro? **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro: IPEA, n.681, p.57, 1999.

_____.; TASCOM, A.R.P.; CARNEIRO, I.G. Idoso brasileiro: dependente da família? **Como vai? População brasileira**. Brasília: IPEA/IBGE, n.1, p. 3 - 11, maio 1999.

CAMARGO, A B.M.; SAAD, P.M. A transição demográfica no Brasil e seu impacto na estrutura etária da população. In: FUNDAÇÃO SEADE. **O idoso na grande São Paulo**. São Paulo: SEADE, 1990. p.9-25.

CAMPOS, M.D. **Representações, representantes e referenciais**. Texto de aula para o doutorado na UFPR, Curitiba, 9p. 1996.

CARDOSO, J.A.; WESPHALEN, C.M. **Atlas Histórico do Paraná**. Curitiba: Livraria do Chain. 2 ed.rev.amp. 1988. 70p.

CARVALHO-FILHO, E.T. e ALENCAR, Y.M.G. Teorias do envelhecimento. In: CARVALHO-FILHO, E.T.; PAPALEO-NETO, M. **Geriatria**. Fundamentos, Clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1999. p.1-8.

CASTELLANOS, P. L. Perfis de mortalidade, nível de desenvolvimento e iniquidade sociais na Região das Américas. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde:** contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ABRASCO, p.135-159, 1997 (Série EpidemioLógica 1).

CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto:** os domínios do homem, paz e terra, 1987.

CENTER FOR THE ADVANCEMENT OF HEALTH. **Selected evidence for behavioral risk reduction in clinical settings:** dietary practices. Disponível em: <http://www.cfah.org/menutrame.htm> Acesso em: 16 nov. 2000.

CENTRAIS DE ABASTECIMENTO DO PARANÁ S/A. **Comportamento de consumo da população participante**. Curitiba: Centrais de Abastecimento do Paraná S/A, jan. 1987. 30p.

CEPAL. **Equidad y transformacion produtiva: un enfoque integrado**. Santiago do Chile: Nações Unidas/CEPAL. 254 p. 1992.

CHAIM, N.A.; TEIXEIRA, P.H.R. Caracterização da estrutura de consumo de alimentos na pesquisa "Inquérito de consumo alimentar de Campinas". **Cadernos de Debate,** Campinas, v. 4, p. 47-65, 1996.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros. **Rev.Saúde Pública**. n.31, v.2. abr., p. 184 - 200, 1997.

_____. **Os idosos brasileiros no século XXI**. Belo Horizonte: POSTGRADUATE. 1 ed. 1998. p.92.

COITINHO, D.C. et al. **Condições nutricionais da população Brasileira: Adultos e Idosos.** Brasília: MS/INAN, 1991. (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição). Projeto concluído.

CONSEA. **Seminário de Ação Local Integrada e Segurança Alimentar**. Fortaleza, set., 1994. 88p. Relatório técnico final.

CROCKER, D. Qualidade de Vida e desenvolvimento: o enfoque normativo de SEM e NUSSBAUM. **Lua Nova**, São Paulo, n.31, p. 99-134, 1993.

CRONOS. Development of a protocol to study the interactions of nutrition, ageing, and urbanization in developing countries. **Food and Nutrition Bulletin**, Tokyo: The United Nations University/ Scrimshaw, v.18, n.3, 306p. 1997.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Relatório 1: Diagnóstico da Situação do Idoso em Curitiba**. Curitiba, fev. 1997.

_____. Prefeitura Municipal. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Relatório 2: Diagnóstico da Situação do Idoso em Curitiba**. Curitiba, fev. 1997.

_____. Secretaria Municipal de Abastecimento. **Estudo referente a comercialização nos armazéns da família**. Período acumulado out/97 – mar/97. Elaboração ABAE 2.G e dados referentes ao período de ago/97 – maio 1999. Curitiba: 1999.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Centro de Epidemiologia. Coordenação de Diagnóstico em Saúde. **Perfil de Saúde do Idoso**.1998.

DEAN, A.G. et al. **EpiInfo.Version 6**: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta. Georgia. U.S.A.: Center of Disease Control and Prevention, 1994.

DEBERT, G.G. As representações (estereótipos) do papel do idoso na sociedade atual. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL", 1., 1996, Brasília. **Anais**...Brasília: MPAS, jul. 1996. p. 35-45.

_____. A invenção da terceira idade e a rearticulação de formas de consumo e demandas políticas. **Rev.Bras.Ciên.Sociais**, São Paulo, v. 12, n. 34, p. 39-54, jun. 1997.

DEF. **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas** 98/99. 27 ed.(especial), Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas, 1138p., 1998.

DEMOS, P. **Avaliação Qualitativa: polêmicas do nosso tempo**. 5 ed. São Paulo: Autores Associados, 1995.

_____. **Combate à Pobreza: desenvolvimento como oportunidade.** Campinas: Autores Associados, 1996.

DUTRA, J.E. de O.; MARCHINI, J.S. **Ciências Nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998.

FENIANOS, E. E. **Centro: aqui nasceu Kúr'ýt'ýba**. Curitiba: UniverCidade, 1996.

FERREIRA, F.A.G. **Nutrição humana.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1983. p. 1020-22.

FERREIRA, J.C.V. **O Paraná e seus Municípios**. Maringá: Memória Brasileira. 1996.

FIBGE. **Enciclopédia dos Municípios Brasileiros: Paraná**. v.21. Rio de Janeiro: FIBGE. 1959.532p.

_____. **Estudo Nacional de Despesa Familiar - ENDEF**: tabela de composição de alimentos. FIBGE. Rio de Janeiro. 1985.

_____. Características demográficas e sócio - econômicas da população. **Anuário Estatístico do Brasil**. 54:1-1_8.32. Rio de Janeiro: IBGE. 1994.

_____. **Contagem da população 1996**. Rio de Janeiro: IBGE. v. 1. 723p. 1997. Relatório.

FISHMAN, P. Healthy people 2000: what progress toward better nutrition? Geriatrics, v.5, n. 4, p. 38 - 42, apr., 1996.

FLORIANI, D. Democracia, desenvolvimento e cidadania para América Latina no contexto de uma sociedade global do século XXI. **Universidade e Sociedade,** Curitiba, p.11-14, [199?].

FORUM. **Older americans 2000: key indicators of well-being**. Disponível em: <http://www.agingstats.gov/chartbook2000> Acesso em: 28 ago. 2000.

FRAIMAN, A .F. **Coisas da idade**. São Paulo: Editora Gente, 1995.

FUNDAÇÃO PEDROSO HORTA. **Informativo sobre a RM de Curitiba.** Palestra do Prof.Orlando Busarello. Curitiba : Fundação Pedroso Horta. mar. 1997. 45p.

GALEAZZI, M.A.M. A problemática do abastecimento, da alimentação e da nutrição para os grupos de baixa renda nos grandes centros urbanos. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. 1, p. 20-69, 1993.

_____. **Segurança alimentar e cidadania**. Campinas: Mercado de Letras, 1996.

_____ et al. Inquérito de consumo familiar de alimentos - metodologia para identificação de famílias de risco alimentar. **Cadernos de Debate**, Campinas, v.4, p.32-46, 1996.

_____ et al. Estudo multicêntrico sobre consumo alimentar. **Cadernos de Debates**, v. especial, 63p. 1997.

GARCIA, F.E.S. Curitiba: comunicação, cultura e planejamento. **Cadernos do IPPUR/ UFRJ**. Rio de Janeiro, n. 2, p. 51-66, set., 1993.

GARCIA, R.W.D. Representações sociais da comida no meio urbano: algumas considerações para o estudo dos aspectos simbólicas na alimentação. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. 2, p. 12-40, 1994.

_____. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 455-467, jul-set., 1997.

_____. **A comida, a dieta, o gosto**. Mudanças na cultura alinetar urbana, Brasil. São Paulo, 1999. 314 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

GERHARDT, T.E.; NAZARENO, E.R.; NOVAKOSKI, L.E.R. **Desigualdades sociais e situação de vida em Paranaguá.** Curitiba, dez. 1998. Relatório prévio para elaboração de tese de doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento/UFPR.

GARINE, I. Los aspectos socioculturales de la nutrición. In: Contreras, J. **Alimentación y cultura**. Necesidades, gustos y costumbres. Barcelona: Universitat de Barcelona. 1ª ed. 1995.

GIBSON,R.S. **Principles of Nutritional Assessment.** New York: Oxford University Press, 691p, 1990.

GORZONI, M.L. Medicamentos como desencadeantes de sintomas em idosos. **Gerontologia**, São Paulo, v.3, n.2, p.81-86, 1995.

GRIMBERG, E.(org.) O futuro das cidades. Meio Ambiente e Cidades : um futuro sustentável. **Pólis**. São Paulo: Instituto de Estudos Formação e Assessoria em Políticas Sociais, n.16, p.3-13, 1994.

GRIPSUL. **Indicadores para evaluar los proyetos de ciudades y pueblos sanos de Quebec: la necesidad de tomar decisiones.** Quebec: fev., 1992.

GROSS, R. CRONOS - Cross cultural research on nutrition of older subjects. **Food and Nutrition Bulletin,** v. 18, p.267-287, 1997.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HENDERSON, J.M.; QUANDT, R.E. **Teoria microeconômica**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1976.

HOFFMANN, R. A insegurança alimentar no Brasil. **Cadernos de Debates**, Campinas, n. 2, p. 01-11, 1994.

_____. Pobreza, insegurança alimentar e desnutrição no Brasil. In: GALEAZZI, M. A. M. **Segurança alimentar e cidadania:** a contribuição das universidades paulistas. Campinas: Mercado de Letras, 1996.

HOGAN, D.J. Migração, ambiente e saúde nas cidades brasileiras. In: HOGAN, D.J.; VIEIRA, P.F.(Org) **Dilemas socioambientais e desenvolvimento sustentável**. Campinas: UNICAMP, 1992. p. 149-170.

HULTSCH, D.F.; DIXON, R.A Learning and memory in aging. IN: BIRREN, J.E.; SCHAIE, K.W. **Handbook of the Psychology of aging**, 3. ed. San Diego: Academic Press, 1990, p.258-274.

HUSSAIN, A M.; LUNVEN, P. Urbanization and hunger in the cities. **Food and Nutrition Bulletin**. Japan, v. 9, n. 4, p. 50-61, dec. 1987.

IPARDES. **Trabalho de Campo 07: A compra de alimentos em Curitiba pela população de baixa renda**. Curitiba: IPARDES, fev./1984. 53p.(Projeto FAO/PNUD/BRA/82/017). Projeto concluído.

_____. **Definições de Critérios para a Determinação de Regiões Metropolitanas, Aglomerações Urbana e Microrregiões.** Curitiba: 1991.

_____. **Situação social da população do Paraná nos anos 80.** Curitiba. jul. 1992.

_____. **Temas Estratégicos para o Paraná**. Curitiba: IPARDES, dez. 1994.

_____. **Dinâmica Demográfica Regional Recente da Região Sul**. Curitiba: IPARDES/MEC/UNICAMP, jun. 1997.

IPEA. **Relatório sobre o desenvolvimento humano no Brasil**. Rio de Janeiro: IPEA; Brasília, DF: PNUD, 1996.

IPPUC. **Qualidade de vida em Curitiba**. Curitiba: IPPUC, 1996a, 158p.

_____. **Curitiba em dados**. Curitiba: IPPUC, 1996 b. 247p.

_____. **Diagnóstico da situação do idoso em Curitiba: subsídio para ações integradas no setor público**. Curitiba: IPPUC, v. 11, fev. 1997**a**, p.123.

_____. Programa municipal para idosos. In: IPPUC. **Programa de ação. Captação de recursos ministério da previdência e assistência social**. Curitiba: IPPUC, 1997 **b**.

_____. **Monitoração da gestão urbana. Gestão do uso e disfunções do crescimento urbano da RMC**. Curitiba: IPPUC, IPEA, jun. 1997c, 217 p. Relatório técnico 2.

_____. **Curitiba. Mapa Digital de Arruamento**. Curitiba: IPPUC. Setor de Geoprocessamento. Escala 1: 20.000. Curitiba, 1998.

IRELAND. Department of Health and Children. **The Irish National Health Promotion Strategy 2000/2005**. Disponível em: http ://www. inct.ie/ ft docs/ hp s/index.html> Acesso em 16 nov. 2000

JORNAL GERIATRIA. Politica Nacional do Idoso. São Paulo: UNIFESP, n.1, mar. 2000. 7p.

_____. Politica Nacional do Idoso. São Paulo: UNIFESP, n.2, maio 2000. 7p.

KARAM, K. F. et al. **Meio ambiente e desenvolvimento humano na região metropolitana de Curitiba**. Curitiba, 1998. 29f. Relatório de Pós – Graduação, Curso de Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento, Universidade Federal do Paraná.

KNECHTEL, M.R. et al. **Projeto Administração em educação**. Subprogramas de educação permanente inter-idades. Curitiba: UFPR, 1996. Projeto em andamento.

LEÃO, E.A. **Diccionário histórico e geográphico do Paraná**. Curitiba: IHDEP.1926.(coleção).

LEITE, M.A.F.P. Natureza e Sociedade de Hoje: uma leitura geográfica. In: SOUZA et ali (Org). **A natureza e a cidade:** rediscutindo suas relações. São Paulo: Hucited/ ANPUR, 1993. p.139-145.

LÉLÉ, S.M. Sustainable development: a critical review. **World Development: Grédit Brain/ Pergamont Press**. v.19, n.6, p.607-21, jun.1991.

LUZ, A A. da; LUZ, G.O F.da; MELLO, J.F.de. **Projeto e relatório de pesquisa - modelo e sugestão.** Trabalho apresentado para subsidiar apresentação de projetos e relatórios de pesquisa. Curitiba, 1996.

MACHADO, C.C. **Projeções Multiregionais da População: o caso brasileiro (1980-2020).** Belo Horizonte, 1993. Tese (Doutorado) - CEDEPLAR, Universidade Federal de Minas Gerais. In: BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL", 1., 1996, Brasília. ***Anais***...Brasília : MPAS, jul. 1996, p. 16-34.

MAFFESOLI, M. O poder dos espaços de celebração. **Ver. TB,** Rio de Janeiro, n. 116, p. 56-70, jan/mar. 1994.

MAGALHÃES, C. Comida de Comer Comida de Pensar. **Cadernos de Debate,** Campinas, v. 3, p.29-57.1995.

MAHAN, L.K.; ESCOTT-STUMP,S. **Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9 ed. São Paulo: Roca, 1998.

MALASSIS, L.; PADILHA, M. **Economie agro-alimentaire.** Paris: Cujas, 1986. Tome III: L' économie mondiale.

MALUF, R.S.; MENEZES, F.; VALENTE, F.L. Contribuição ao tema de segurança alimentar no Brasil. **Cadernos de Debate**, Campinas, v. 4, p. 66-88, 1996.

MARAFON, G. A dinâmica metropolitana no contexto de uma economia global. **Revista do Departamento de Geografia da UERJ**, Rio de Janeiro, n.1, 1997, p.4

MARUCCI, M.F.N. Nutrição na terceira idade: o que pensam os alunos de universidades abertas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 5., 1997. Águas de Lindóia, São Paulo. **Livro de Resumos**. Águas de Lindóia: ago. 1997. painel 064.

MEDEIROS, M; CAMARANO, A.A. 1997. Mudanças demograficas e a agenda social. IN: IPEA. **Como vai? População brasileira ?** Brasília: IPEA, p.11 - 16, 1997.

MEDICI, A.C. Considerações sobre a relação entre pobreza e saúde. **Rev.paranaense desenvol.**, Curitiba, n.83, p.99-113, set./ dez. 1994

_____. **Perfil de saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, abr.1997, p. 13-16. (Textos para discussão n.472).

MERCK e Co. **The Merck manual of Geriatrics**. Disponível em: <http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/1x.htm > Acesso em: 20 jun. 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Planejamento.CEDEPLAN. Universidade Federal de Minas Gerais. PRODABEL. CETEC. Indicadores de Qualidade de Vida Urbana. set.1996.

MONTEIRO, C.A. Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população. In: BARATA, R. B. et al. **Equidade e saúde:** contribuições da epidemiologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ / ABRASCO, p.189-204, 1997 (Série EpidemioLógica 1).

_____. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil**: a evolução do país e suas doenças. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MOSEGUI, G. B. G. et al. Avaliação da qualidade de uso de medicamentos em idosos. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 437- 444, 1999.

MOURA, R. e MAGALHÃES, M.V. Leitura do padrão de urbanização do Paraná nas últimas décadas. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**. Curitiba: IPARDES, n.88, p. 3 - 21, maio - ago. 1996.

NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional Sobre População e Desenvolvimento**. Cairo, Egito, set, 1994, p.199.

NAKAGAWA, C. Atendimento ambulatorial psicológico ao idoso deprimido: uma abordagem terapêutica com a família. **Gerontologia,** São Paulo, v. 3, n. 1, p. 117-33, 1995.

NARDIN, M.S.; SILVA, M.V.da; OETTERER, M. Segurança alimentar: uma necessidade brasileira. **Bol.SBCTA**, Campinas, v. 31, n. 1, p. 68-76, jan./jul. 1997.

NAVES, M.M.V. Introdução à pesquisa e informação científica aplicada à nutrição. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 11, n. 1, p. 15-36, 1998.

NAZARENO, E. R. de. **Condições de vida e saúde infantil:** heterogeneidades e desigualdades sociais na cidade de Paranaguá, Brasil. Curitiba, 1999. 256 f. Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento) - Universidade Federal do Paraná.

NRC. Commission of Life Sciences, Food and Nutrition Board. Subcommittee on the Tenth Edition of the RDAs. National Academy of Sciences. **Recommended Dietary Allowances**. 10. ed. National Academy Press. Washington. DC.1989

NUNES, A. Aspectos sobre a morbidade dos idosos no Brasil. **Como vai? População brasileira**, Brasília: IPEA, n. 2, p. 20-32, 1999.

OLIVEIRA, S.P.; MARUCCI, M.F.N. Mudanças nos hábitos alimentares em mulheres adultas e idosas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 5., 1997 : Águas de Lindóia, São Paulo. **Livro de Resumos**. Águas de Lindóia: ago. 1997. Painel 059.

_____; THÉBAUD-MONY, A. Modelo de consumo agro-industrial : homogeneização ou diversificação dos hábitos alimentares. **Cadernos de Debate,** Campinas, v. 4, p. 01-13, 1996.

OPS **La Salud en las Américas**. 1998a. Brasil. Atualizado em 09.30.1999. Disponível em: webmaster @ paho.org. prflha.htm. Acesso em 28.02.2000.

_____. **La Salud en las Américas**. 1998b. v. 1. Washington, D.C.: OPS/OMS. 368 pt.1998 (Publicación Científica n. 569).

_____. Resúmenes metodologicos en Epidemiología: Análisis de Situación de Salud. **Boletim Epidemiológico**. Washington, D.C.: PAHO. v.20. n.3. 1999.

PALLONI, A. P. et al. **Descripción del estudio multicéntrico: salud, bienestar y envejecimiento siete centros urbanos de América Latina y el Caribe.** [mensagem de trabalho]. Mensagem recebida por: <webmaster@paho.org> em: 30 jan. 1997.

PARANÁ. Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba. **Informações Gerais sobre a Região Metropolitana de Curitiba.** Curitiba, 1993.

PENTEADO, P. et al. Estudo preliminar sobre o uso de medicamentos por idosos e a morbidade referida. In: JORNADA PARANAENSE DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 10., mar. 2000, Curitiba. **Resumo dos Trabalhos**. Curitiba: Associação Médica do Paraná, 2000. p. 17.

_____. A automedicação em idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA, 12., jun. 2000, Curitiba. **Anais....** Brasília: 2000. p. 63.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 596p.1995.

PHILIPPI, S.T.; SZARFARC, S.C.; LATTERZA, A.R. **Virtual Nutri versão 1,0**; for Windows Departamento de Nutrição/ Faculdade de Saúde Pública/ U.S.P.São Paulo; 1996.

PINTO, A.; FREDES, C.; MARINHO, L.C. **Curso de Economia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Unilivros, 1983.

POZETTI, G. L. Tabagismo. **Infarma**, v.12, n.9/10, 2000.

RAMÓN, J.M.; MICALÓ, T.; BENITEZ, D. Hábitos alimentários de dos poblaciones de la provincia de Barcelona(1): diseño y validación de un cuestionario semicuantitativo de frecuencia de consumo de alimentos. **Med. Clin. (Barc).** n.103. suppl.1, p.2215-2236, 1994.

RAMOS, L. R. et al. Perfil dos idosos residentes na comunidade no município de São Paulo, segundo o tipo de domicílio: o papel dos dormitórios multigeracionais. **Informe Demográfico**. n.24, p.110-130, 1991.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 3. ed., 692 p., 1997.

REIS, Elisa P. Percepções da elite sobre pobreza e desigualdade. **Rev. bras. Ci.Soc**.vol15 n.42 São Paulo Feb.2000.

RIBEIRO, A.C.T. **Urbanidade e vida metropolitana**. Rio de Janeiro: JOBRAN, jun.1996, 117p.

RIBEIRO,L.C.Q.; LAGO, L.C. do. Dinâmica Metropolitana e os novos padrões de desigualdade social. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, n.9, v.2, p.25-32, 1995.

RITTER, M.L. **A sociedade nos campos de Curitiba na época da independência**. Porto Alegre: Pallotti, 1982. 87p.

ROCHA, A.D. et al. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? fotocópia Curitiba: IPPUC [199-].

RUIZ, T.; BARROS, M.B.A; CARANDINA, L. Morbidade em idosos na área urbana do município de Botucatu (SP). **Gerontologia**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 59-65, 1998.

SABROZA, Paulo C.; TOLEDO, L. M. de; OSANAI, C. H. A organização do espaço e os processos endêmico - epidêmicos. IN: LEAL,M.C. **Saúde, Ambiente e Desenvolvimento**. Rio de Janeiro, São Paulo: Hucited / Abrasco 1992. p.57-77.

SACHS, I. Estratégias de transição para o século XXI. _____ In: Para pensar o desenvolvimento sustentável. São Paulo: Brasiliense/IBAMA/ENAP. 2.ed., p.29-56. 1993.

SALMON, J. **Dietary Reference Values a Guide**. 3. ed. London: HMSO / Department of Health, 1991.

SANDOZ: **The 1994 Sandoz Lectures in Gerontology. Adaptations in Aging**. São Diego: Academic Press/ Dall, J.L.C. et al. 304p. 1995.

SANTOS, M. **O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1979.

_____. **Metrópole corporativa fragmentada: o caso de São Paulo**. São Paulo: Nobel, 1990.

_____. **Por uma economia Política da cidade**. São Paulo: Hucitec, 1994.

SANTOS, M.E.P. dos. Algumas considerações acerca do conceito de sustentabilidade: suas dimensões política, teórica e ontológica. In: _____. **Desenvolvimento sustentável teorias, debates, aplicabilidade.** Campinas: IFCH/UNICAMP, n.23, p.13-48, maio. 1996 (textos didáticos).

SÃO PAULO (Estado). Governo do Estado. Secretaria do Interior. CEPAM **"Contribuição ao Sistema Metropolitano".** São Paulo, 1980.

SASSON, A. **Alimentando o mundo de amanhã**. Rio de Janeiro: UNESCO/IMAGO, 1993 (Série Diversos)

SAWAYA, A L. (Org.). **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição**. São Paulo: Cortez, 1977a.

_____. (Org.). Transição: desnutrição energético-protéico e obesidade. In: ____. **Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição.** São Paulo: Cortez.1997b

SECRETARIA DE ESTUDO DO PLANEJAMENTO. **Medição do nível de vida da população de Curitiba em 1980**. Curitiba: abr.1980. Convênio: SEPL e IPPUC.

SEMINÁRIO INTERNACIONAL "ENVELHECIMENTO POPULACIONAL, 1., 1996, Brasília. **Política Nacional do Idoso. Perspectiva governamental.** Brasília: MPAS, jul. 1996 a, 31p.

_____, 1., 1996, Brasília. **Declaração de Brasília sobre o envelhecimento**. Brasília: MPAS, 1996b, p. 77-78.

SERAGELDIN, I. Praticando o desenvolvimento sustentável. **Finanças e desenvolvimento**. (São Paulo), p.06-10, dez. 1993.

SICHIERI, R. Epidemiologia da Obesidade. **Coleção Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SICHIERI, R.; EVERHART, J. Gender difference in the association of reported energy consumption with energy requirement in a sample of Brazilian workers. **Am. J. Clin. Nutr**., v.61, n.4, p.904 - 907, 1995.

_____. Validity of a Brazilian food frequency questionnaire against dietary recalls and estimated energy intake. **Nutrition Research**, v.19, n.10, p.1649 - 1659, 1998.

SOUZA, et al. **Qualidade de vida urbana**. Rio de Janeiro: Zahar.1982. (Série debates urbanos).

STOPPE JUNIOR, A.; LOUZÃ NETO, M.R. **Depressão na Terceira Idade**. São Paulo: Lemos, [1997?].

TAMAI, S. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: FORLENZA. O. V.; ALMEIDA, O. P. (Ed.). **Depressão e demência no idoso – tratamento psicológico e farmacológico.** São Paulo: Lemos Editorial. 200p. 1997.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. São Paulo: Polis, 1982.

TORRES, C.F. et al. Manual de usuário del "software"alimenta. **Bol.Inf.de la RIARE,** Cuba, [1996?], 8p.

UCHIMURA, K. Y. **Vale Vovó - Análise Química**, Curitiba: FAS, 1997.

ULTRAMARI, C.; MOURA, R. (orgs). **Metrópole. Grande Curitiba: teoria e prática**. Curitiba: IPARDES, 1994.

UM BAIRRO que cresceu muito. **Diário do Paraná**, Curitiba, 25 set. 1982.

UM POUCO de história do velho bairro Cajuru. **Curitiba Hoje**, 26 out. 1988.

UNDERWOOD, R.; UNDERWOOD, B. **Saudável depois dos 55**. São Paulo: Maltese Editorial Normal, 1992.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Entrevistas: Estudo multicêntrico sobre estado nutricional e consumo alimentar. Parte 02**. Curitiba: 1996a. Convênio: UFPR e INAN.

_____. **Mapa da pobreza**. Curitiba: UFPR, IPARDES, IPPUC, Conselho Municipal Assistência Social, 1996b.

_____. **Relatório de caracterização da Região Metropolitana de Curitiba (RMC).** Curitiba, maio 1997.

UNITED NATIONS. **International Plan of Action on Ageing**. Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/ageipaa3.htm > Acesso em: 30.05.2000.

VANNUCCHI, H. et al. Aplicações das Recomendações Nutricionais Adaptadas à População Brasileira. **Cadernos de Nutrição**, SBAN, v.2,1990.

VARGAS, H.S. Perspectivas atuais e futuras da Psicogeriatria. **Gerontologia,** São Paulo, v .3, n. 1, p. 03-08, 1995.

VASCONCELLOS, F.A.G. **Avaliação nutricional de coletividades.** Florianópolis: UFSC. 2 ed. 154p. 1995.

VERAS, R. P. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. **Rev.Saúde públ.**, São Paulo, v.25.n.6.p-476-488, 1991.

_____. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UFRJ. 1994.

WACHOWICZ, R.C. **História do Paraná**. Curitiba: EDITAR. 1972. 188p.

WATKIN, D. M. Clinics in Geriatric Medicine. **Nutrition in older persons**, v.3, n.2, May 1987.

WHO. Health of Elderly. **WHO Technical Report Series,** 779. Geneva, 1989.

_____. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: EDUSP, 10 Ed., v. 1, 1247p., 1993.

_____. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committe, **WHO Techincal Report Series**, 1995.

WILKINSON, R.; MARMOT, M. (Ed.), **Social determinants of health: the solid facts**.Disponível em: < http://www.who.dk/healthy-cities/sf.htm > Acesso em: 29 maio 2000.

YAZAKI, L.M.; SAAD, P.M. Mortalidade da população idosa. In: **O IDOSO na Grande São Paulo**. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados.1990.

ZUBIOLI, A. (Coord.) **Educação continuada à distância. Curso: A farmácia clínica na farmácia comunitária**. Módulo 3, 15p. [1998?].

ANEXOS

ANEXO 1- INQUÉRITO DOMICILIAR DO PROJETO TERCEIRA IDADE
NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS ALIMENTARES
(GALEAZZI et al., 1996; GALEAZZI et al., 1997; GROSS, 1997) 277
ANEXO 2 – COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS LISTADOS NO
QUESTIONÁRIO SEMI-QUANTITATIVO DE FREQÜÊNCIA
(FUNDAÇÃO...,1985 e PHILIPPI et al., 1996) 295

ANEXO 1 – INQUÉRITO DOMICILIAR DO PROJETO TERCEIRA IDADE NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS ALIMENTARES

(GALEAZZI et al., 1996; GALEAZZI et al., 1997; GROSS, 1997)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DOUTORADO EM MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO
ALUNA: prof. PATRICIA T. P. S. PENTEADO

INQUÉRITO DOMICILIAR DO PROJETO TERCEIRA IDADE NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS ALIMENTARES

PARTE PRIMEIRA:

CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO NO AMBIENTE SOCIAL E FAMILIAR

entrevistadores_____

_____

I. IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE

1.Questionário número:_____ 2. Nome da Pessoa com 60 ou + anos:_____ 3.Endereço_____ número_____ 4.Bairro_____CEP_____Telefone_____	
5.Dia e mês da entrevista	6.Hora do início da entrevista: 7. Hora do término:

II. IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

(IDOSO COMO MEMBRO DA FAMÍLIA OU IDOSO COMO CHEFE DA FAMÍLIA)

1.Número da entrevista da família:

2.Nome da pessoa entrevistada: 3.sexo: F M

4.Qual é a data de seu nascimento?

5.Qual sua idade?

6.Qual é o seu estado civil ?

7.Qual é o seu grau de escolaridade?

8.Qual é a religião que você segue?

III. CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA EM RELAÇÃO AO IDOSO:

1.Quantas são as outras pessoas que vivem na casa? _____

nº identificação	Nome	Condição na família	sexo	idade	Data de nascimento	Nível de instrução
		Entrevistado				

IV. INDICADORES DE RENDA <u>DO IDOSO</u>

1. O(a) Senhor(a) recebe alguma remuneração, pensão ou algum auxílio financeiro ?

2. Quais os tipos de remuneração ou auxílio financeiro que recebe mensalmente? E quanto?

3. Como o SR(a) usa os seus rendimentos, no mês?

V. INDICADORES DE RENDA <u>DA FAMÍLIA</u>

1.Qual foi a renda total de sua família incluindo salários, aposentadoria, pensões, aluguel e outros, no mês passado (em reais ou em salários mínimo) ?

2.Qual é a ocupação das pessoas que moram na mesma casa?

3.Quais as pessoas na família que recebem alguma remuneração/ seu trabalho ? E qual o valor?

4.Quais as pessoas na família que recebem alguma aposentadoria ou benefícios? E qual o valor?

5.Do total da renda familiar, quanto você gasta com a compra de alimentos?

VI. NATURALIDADE DA FAMÍLIA

1.Qual o nome do lugar de seu nascimento?

Anotar o país, se nascido fora do Brasil:_____

2.E o local de nascimento das pessoas que moram na mesma casa?

3.Há quanto tempo você mora em Curitiba?

4.E neste bairro?

5. Há quanto tempo mora nesta casa?

6.E as pessoas que moram na mesma casa, há quanto tempo moram em Curitiba?

7.E as pessoas que moram na mesma casa, há quanto tempo moram neste bairro?

8. Qual foi a razão mais importante que o levou a mudar para Curitiba?

VII. CARACTERÍSTICAS DA UNIDADE DOMICILIAR E SANEAMENTO BÁSICO

1. Qual é o tipo de construção de sua casa ? 1. Madeira, 2. Mista,3. Alvenaria,4.outro

2. Quantos cômodos tem a casa?

3.Qual é a situação da casa? 1. Acabada, 2. inacabada:

4.Qual é a situação da casa ?

1.própria quitada; 2.própria financiada;3. Alugada;4. Cedida;5. ocupada

5. De quem é a casa?

6.Como é o abastecimento de Água ?

1. com canalização interna; 2.sem canalização interna

7. Qual é o tipo de fornecimento de água de sua casa ?

8. Quantos banheiros tem a casa e onde estão localizados?

9. Quantos chuveiros tem a casa e quantos funcionam?

10. Como é o esgotamento sanitário da casa ?

1. rede geral 3. fossa rudimentar 5. não tem

2. fossa séptica 4. céu aberto 6. outro

11 Qual é o destino do Lixo em sua casa?

1. coleta pública 2. enterra/queima 3. céu aberto

12.Quais são os utilitários domésticos que estão na sua casa ?

Quantos você tem ? Quantos ainda funcionam?

Utilitários domésticos:

1.fogão à gás ; 2.fogão à lenha ; 3.geladeira; 4. liqüidificador ; 5.freezer; 6.forno microondas; 7.máquina de lavar roupa; 8. Videocassete;9.aparelho de som e rádio; 10.automóvel; 11.telefone; 12. Televisão; 13. lava-louça; 14.secadora de roupa; 15. Computador

VIII. EQUIPAMENTOS URBANOS (PARA O IDOSO)

1.Dentre os problemas abaixo, Quais são os principais do seu bairro?

Deficiência de transporte coletivo pôr freqüência de ônibus

Deficiência de transporte coletivo por dificuldade ao acesso do ônibus na rua ou proximidades

Deficiência de transporte coletivo por distância do ponto de ônibus

Poluição

Falta de coleta de lixo

Falta de áreas de lazer

Falta de infra-estrutura urbana: iluminação, esgoto, asfalto, etc.

Grande distância do trabalho e/ou escola

Muito barulho

Falta de segurança e policiamento

Falta de postos de saúde

Falta de postos de saúde específicos para o idoso

Ausência de serviços de abastecimento: supermercados, feiras, vendas, etc.

Outros

Nenhum

IX. UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS DE ABASTECIMENTO:

1.Quem faz compras de alimentos para a família?

2.O que é comprado por esta pessoa ?

3.Alguém mais faz compras para a família?

4.O que ela compra?

5.Quem prepara, diariamente, as refeições?

6.Com que freqüência você ou quem faz compras da casa vão a estes lugares ?

7.Quanto você gasta por mês *na compra de alimentos*, em cada um dos locais de fornecimento de abastecimento listados ?

1.Hipermercado ou Supermercado, 2. CEASA, 3.Mercado Municipal, 4.Armazém / mercearia; 5. Quitanda / varejões/ sacolões, 6. Mercadão popular / Armazém da Família, 7.Entregas a domicílio de alimentos; 8.feiras livres, 9. Padarias, 10. Açougue, 11.kombis/ barracas, 12.refeições por quilo,13. comida pronta em marmita,14.Entregas a domicílio de alimentos *in natura,* 15. outros

X. LOCAL DAS REFEIÇÕES DE SEGUNDA À SEXTA-FEIRA, PARA O IDOSO.

1.Quais as refeições que você habitualmente faz durante o dia?

2.Você tem costume de comer ou beber alguma coisa entre estas refeições?

3.Onde você faz refeições de *Segunda à Sexta Feira*?

4. Com que freqüência você faz estas refeições neste(s) lugar(es)?

5. E aos Sábados e Domingos, onde faz as refeições?

6. Com que freqüência você faz estas refeições neste(s) lugar(es)?

(nos finais de semana)

XI. LOCAL DAS REFEIÇÕES DE SEGUNDA À SEXTA-FEIRA, *DA FAMÍLIA.*

1. Onde habitualmente os membros da família fazem refeições de Segunda à Sexta Feira?
2. Com que freqüência os membros da família fazem as refeições de Segunda à Sexta-feira, nestes lugares?
3. E aos Sábados e Domingos, onde e com freqüência os membros da família fazem suas refeições?

XII. COMPORTAMENTO E PRÁTICAS ALIMENTARES, DO IDOSO.

1.Com quem você faz as refeições durante a semana?

2.E nos finais de semana, com quem faz refeições?

3 Quando estão em casa os membros da família fazem as refeições juntos, nos mesmos horários ?

4. Tem evitado comer algum alimento ou algum ingrediente nos alimentos ?

5.Quais os alimentos e/ou ingredientes que tem evitado ? (listar)

6. Por quê?

7. Quais os alimentos que você mais gosta de comer?

8.Tem incluído algum tipo de alimento ou algum ingrediente em suas refeições por motivo de saúde?

1.Quais os alimentos e/ou ingredientes que tem incluído ?2. Por quê?

9.Você faz alguma dieta específica?

10. Se faz (sim) alguma dieta . Que tipo de dieta?

11.Há quanto tempo tem feito a dieta ou o regime alimentar ?

12. O Sr(a) utiliza adoçantes ?

13. Come frituras?

14. Quando come frituras, o que você come?

15.Que tipo de óleo ou gordura é usado, com maior freqüência, para cozinhar em sua casa?

XIII. SEGURANÇA ALIMENTAR

1. Em relação a quantidade de alimentos, você diria da sua alimentação atual que:

1.Come a mesma quantidade (Não mudou); 2.Come maior quantidade;

3. Come menos; 4.Não sabe; 5.NR

2. Em relação a sua alimentação atual, você diria que: (freqüência)

1.Come mais vezes ao dia; 2.Come igual, não mudou;

3.Come menos vezes ao dia; 4. Não sabe; 5. NR

3. Em relação a variedade ou tipos de alimentos, você diria que na sua alimentação atual: 1.Come alimentos mais variados; 2.Come alimentos menos variados; 3.Come igual ou os mesmos tipos de alimentos; 4. NS; 5.NR

4. Você diria que estas mudanças na sua alimentação aconteceram:

1. No ultimo ano; 2. nos últimos 5 anos; 3. entre 5 e 10 anos; 4. Mais de 10 anos; 5.não mudou; 6.NS; 7.NR

5. Durante o último mês, quantos dias você deixou de fazer pelo menos uma refeição?

6 Qual ou quais foram ?

7 Qual foi a principal razão para deixar de fazer as refeições?

IVX. INFORMAÇÕES SOBRE PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO OU OUTRAS FORMAS DE OBTENÇÃO DE ALIMENTOS.

1. Além da compra de alimentos sua família consegue alimentos de outra forma ?
2. Em caso afirmativo (sim): Quais as formas de obtenção de?
3. No caso dos alimentos que foram recebidos: quais foram ?
4. Como foram distribuídos e consumidos os alimentos recebidos?

XV. COMPORTAMENTO E PRÁTICAS SOCIAIS

1. Na última semana, quantas vezes você recebeu, visitou ou encontrou amigos, vizinhos ou familiares?
2. No último mês, quantas vezes seus netos e ou seu filhos, que não moram na mesma casa, vieram visitá-lo?
3. No último mês, quantas vezes, participou de atividades religiosas?
4. No último mês participou de atividades tais como ?

   Cinema, Teatro, Concertos de músicas, Lanches, Feiras comerciais, Encontros com danças, Casamentos ou aniversários, outros (especificar)

5. Participa habitualmente de atividades em grupos?
6. Em caso afirmativo: Quais?

7. Participa de atividades específicas para a terceira idade? 8. Quais?

9. Quem organiza tais atividades?

10. Você tem algum passatempo? 11. Quais?

12. No último mês, quantas vezes participou de atividades como:

1.cuidar de crianças que moram na mesma casa

2.cuidar de crianças que não moram na mesma casa

3.cuidar de pessoas doentes que moram na mesma casa

4.cuidar de pessoas doentes que não moram na mesma casa

5.cuidar de idosos que não moram na mesma casa

6.trabalhos comunitários: asilos, creches, hospitais, igreja.

13. Na última semana, você fez alguma destas atividades:

Leu um livro? Leu uma revista ou jornal? Assistiu TV? Ouviu rádio? Usou o computador ou a Internet? Fez reparos da casa?

14. Você tem alguém com quem possa discutir seus problemas? 15. Quem?

16. Com quem você mais conversa?

17. Você se sente solitário?

18. Algumas das pessoas que moram com o(a) senhor(a) lhe ajudam normalmente?

19. Em caso de SIM. Quais as atividades que elas lhe ajudam?

20. Você recebe ajuda de pessoas que não moram na mesma casa?

21. Em caso de SIM. Quais as atividades que elas lhe ajudam?

22. Você tem alguém que lhe dê ajuda quando está doente? 23. Quem?

24. Se você tiver uma emergência, tem alguém para chamar? 25. Quem?

26. Quem procura quando sente algum mal estar?

27. Você tem algum plano ou seguro saúde privado?

XVI. PERCEPÇÃO DE SUAS CONDIÇÕES DE SAÚDE:

1.Geralmente falando, como descreve sua saúde?

2. Em geral, como você acha que sua saúde (física) afeta suas atividades diárias?

3. Você diria que em relação a maioria das outras pessoas da sua idade, sua saúde

XVII. FATORES DE RISCO

1. Você fuma?

   SE a resposta for afirmativa: (sim)

2. Quantos cigarros fuma por dia?

   SE a resposta for negativa: (não)

3. Você fumou no passado?

4. Durante quanto tempo fumou?

5 Faz quanto tempo que parou?

6. Você toma bebida alcóolica ?

7. Normalmente, com quem você bebe ?

8. Você diria que a freqüência que toma bebida alcóolica é de:

9. Quando você toma bebida alcóolica quanto toma?

10. No último mês, você chegou a perder mais do que 3 kg do seu peso?

XVIII. CONDIÇÕES DE SAÚDE (E IMPACTOS)

1. Como você acha que está sua saúde ultimamente?

2. Tem feito alguma dieta neste último mês?

   SE a resposta for afirmativa: (sim)

3. Pôr que está fazendo a dieta ?

4. Quem lhe recomendou a dieta?

SE a resposta por negativa (Não)

5. Acha que precisaria fazer alguma dieta especial?

6 Qual ?

7. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes você procurou uma assistência médica ?

8. Qual foi o motivo da visita?

9. Quantos dias esteve internado nos últimos 12 meses?

10. Qual foi a causa?

11. Quantos dias nos últimos 12 meses, precisou ficar em repouso na cama por causa de alguma doença ou mal estar?

12. Quantos dias neste último mês você não dormiu nesta casa ?

13 Quantos meses no último ano você não ficou nesta casa ?

14 Durante o último mês, você teve alguns destes seguintes incômodos ?

Tosse; Febre; Pressão alta; Dor de cabeça persistente; Ardor nos olhos; Dores nas costas, Sede constante. Dificuldade em urinar; Urina constantemente; Azia; Dor na barriga, Intestino solto, Constipação intestinal, Falta de memória; Falta de ar, Outro

15. Qual ou quais destes incômodos (queixas) você tem sentido há mais de 1 mês?

16. Por causa deste (s) incômodo (s) você procurou alguma orientação ou assistência médica ?

17 Em caso negativo, por que não procurou?

18. Você está tomando algum medicamento? 19. Qual ou quais?

20. Quem recomendou ?

21 Quanto gasta por mês na compra de medicamentos ?

XIX. IMPEDIMENTOS

1. Você ainda tem seus próprios dentes?
2. Você usa alguma prótese ou dentadura?
3. Você sente alguma dificuldade na mastigação ?
4. Qual é a consistência dos alimentos que tem preferido comer ?
5. Você bebe algum liquido nas refeições?
7. Qual é a dificuldade que você tem para comer sem ajuda?
8. Você consegue enxergar bem de longe como : ver nome de ônibus e placas de propagandas nas ruas ou ver TV?
9. Você consegue enxergar bem de perto como ler revistas, bordar, costurar?
10. Como está sua audição?
11. Qual é a dificuldade que você tem para andar cerca de um quilometro ?
12. Quantas quedas você sofreu neste último ano?
13. Você sente alguma dificuldade de movimento quando levanta pela manhã?
14. Você sente alguma dificuldade de movimento durante o dia?

XX. FUNÇÃO COGNITIVA

1. Como avalia sua memória atualmente?
2. Qual é a data (dia, mês e ano) de hoje, dia da semana e a estação do ano?

Mostre ao entrevistado 10 (dez) objetos por 1 minuto, após esconda os objetos da visão da pessoa.

3. Quais foram os objetos anteriormente mostrados?.

XXI. ANTROPOMETRIA:

Peso (Kg), Altura atual (cm), Circunferência da cintura (cm), Circunferência do quadril (cm)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
DOUTORADO EM MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO
ALUNA: prof. PATRICIA T. P. S. PENTEADO

INQUÉRITO DOMICILIAR DO PROJETO TERCEIRA IDADE NA CONSTRUÇÃO DE SUAS PRÁTICAS ALIMENTARES

SEGUNDA PARTE

CONSUMO ALIMENTAR

I. Questionário semi - quantitativo de freqüência de consumo de alimentos (individual)
II. Padrão de consumo alimentar da família

Entrevistadores _____

Identificação e controle

1.Questionário número:_____ 2. Nome da Pessoa com 60 ou + anos:_____ *Idoso( ) Idoso como chefe da Família( ) Chefe da família( ) Outro membro ( )* 3.Endereço_____número_____ 4.Bairro_____CEP_____Telefone_____	
5.Dia e mês da entrevista	6.Hora do início da entrevista: 7. Hora do término:

Questionário semi - quantitativo de freqüência de consumo de alimentos (individual)

1.IMPORTANTE esta primeira parte deve ser aplicada para o idosos
2.Preencha este formulário da seguinte forma:
Se você come arroz 2 vezes por dia, sendo 2 colheres de sopa em cada refeição e feijão 1 concha 2 vezes por semana. Preencha como o exemplo a seguir:

Produtos Alimentícios	Quantidades	Freqüência						
		Nunca ou quase nunca	1 X por dia	2 X ou mais por dia	1 X por semana	de 2 a 6 X por semana	1X por mês	2 ou mais X por mês
Arroz	Colher sopa cheia (2)			X				
Feijão	Concha média (1)					X		

QUESTIONÁRIO SEMI - QUANTITATIVO DE FREQÜÊNCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS (INDIVIDUAL)

Produtos alimentícios	Quantidades	Freqüência						
		Nunca ou quase nunca	1 X por dia	2 X ou mais por dia	1 X por semana	de 2 a 6 X por semana	1X por mês	2 ou mais X por mês
(3)Cereais, hortaliças, leguminosas e carboidratos								
Arroz	Colheres sopa cheia ( )							
Feijão	Concha média ( )							
Macarrão	Escumadeira cheia ou pegador ( )							
Farinha de mandioca	Colher sopa ( )							
Pão	Francês ( )							
Pão doce	Unidades ( )							
Biscoito doce	Unidades ( )							
Bolos	Fatias ( )							
Biscoito salgado	Unidades ( )							
Polenta ou angu	Pedaço ( )							
Batata inglesa	Unidades ( )							
Mandioca, aipim	Pedaço ( )							
Milho verde	Espiga ( )							
Pipoca	Sacos ( )							
Inhame, cará	Pedaço ( )							
Lentilha, ervilha, grão de bico	Colher sopa cheia ( )							
2. Verduras e legumes								
Abóbora	Colher sopa cheia ( )							
Abobrinha	Colher sopa cheia ( )							
Agrião	Folhas ( )							
Alface	Folhas)							
Alho	só as freqüências ( )							
Almeirão	Folhas ( )							
Beringela	Fatias ( )							
Beterraba	Fatias ( )							
Brócolos	Ramo ou flor ( )							
Cebola	Anote ( )							
Cenoura	Colher sopa cheia ( )							
Cheiro verde	Colher de sobremesa ( )							
Chicória, escarola	Colher sopa cheia ( )							
Chuchu	Colher sopa cheia ( )							
Couve verde	Colher sopa cheia ( )							
Couve-flor	Ramo ou flor ( )							
Espinafre	Colher sopa cheia ( )							
Pepino	Fatias ( )							
Pimentão	Colher sopa cheia ( )							
Quiabo	Colher sopa cheia ( )							
Repolho	Colher sopa cheia ( )							
Tomate	Unidade ( )							
Vagem	Colher sopa cheia ( )							

Continuação

1. Origem animal	Quantidade							
Bacon e toucinho	Fatias ( )							
Camarão	Unidades ( )							
Carne de boi com osso, mocotó ou rabo	Pedaço ( )							
Carne de boi sem osso	Bife média, ou 4 colheres de sopa de carne moída, ou 2( )							
Carne de porco	Pedaços ( )							
Frango	Pedaços ( )							
Leite, do tipo C	Copo ( )							
Integral ou A								
Desnatado								
Semi – desnatado								
Iogurte	Unidades ( )							
Manteiga	a freqüência ( )							
Margarina	( )							
Ovos	Unidades ( )							
Peixe enlatado (sardinha, atum)	Latas ( )							
Peixe fresco	Filé ou posta ( )							
Queijo	Fatia média ( )							
Requeijão	Anote só ( )							
Salsicha, lingüiça	Pedaços ( )							
Vísceras: fígado, coração, bucho, etc.	Pedaços ( )							
Frutas								
Abacate	½ unidade ( )							
Abacaxi	Fatia ( )							
Banana	Unidades ( )							
Goiaba	Unidade ( )							
Laranja – tangerina	Unidades ( )							
Limão	Assinalar ( )							
Maçã	Unidade ( )							
Mamão ou papaia	Fatia, ½ fatia de papaia ( )							
Manga	Unidade ( )							
Maracujá	Freqüência ( )							
Melancia/melão	Fatia ( )							
Pêra	Unidade ( )							
Uva	Cacho médio ( )							
Diversos								
Açúcar	Colher sobremesa ( )							
Caramelos, balas	Unidades ( )							
Chocolate em barra ou bombons	1 pequeno (30g) ou 2 bombons ( )							
Maionese (sem batata)	Colher chá ( )							
Salgado: quibe, pastel, etc.	Unidades ( )							
Sorvete	Bola ( )							
Pudim, doce de frutas ou de leite	Pedaço ( )							

Continuação

Bebidas								
Café	Xícara ( )							
Mate	Xícara ( )							
Outro tipo de chá	Copo ( )							
Refrigerante	Copo ( )							
Refrigerante dietético	Copo ( )							
Sucos	Copo ( )							
Cerveja	Copo ( )							
Vinho	Copo ( )							
Outras alcoólicas	Dose ( )							

ANEXO 2 – COMPOSIÇÃO NUTRICIONAL DOS ALIMENTOS LISTADOS NO QUESTIONÁRIO SEMI-QUNTITATIVO DE FREQUÊNCIA (FUNDAÇÃO...,1985 e PHILIPPI et al., 1996)

	ENERGIA (Kcal)	PT (g)	CH (g)	LIP T (g)	FIBRAS (g)	CÁLCIO (mg)	FERRO (mg)
Cereais e derivados							
Arroz	115,0	2,2	23,5	1,1	0,5	20,9	0,9
Biscoito doce	444,0	7,7	75,7	12,3	0,0	0,0	0,0
Biscoito salgado	473,0	9,3	67,3	18,5	0,0	0,0	0,0
Bolos	350,0	6,9	63,2	7,6	1,0	40,2	2,2
Broa de centeio	243,0	9,1	52,1	1,1	0,4	75,0	1,6
Farinha de milho	368,0	7,8	76,8	2,6	1,4	6,0	1,8
Farinha de trigo	346,0	10,0	74,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Lasanha	171,0	9,6	20,2	5,5	0,8	66,2	1,5
Macarrão	146,0	5,0	30,0	0,5	0,8	10,7	1,6
Maisena	363,0	0,3	87,5	0,6	1,3	0,0	0,5
Milho verde	108,0	3,3	25,1	1,3	4,7	2,0	0,6
Pão caseiro	280,0	7,0	49,3	5,4	1,8	14,1	3,0
Pão doce	237,5	7,9	45,9	2,0		162,0	2,8
Pão francês	285,6	9,4	56,8	1,6	2,8	111,0	3,1
Pipoca	444,0	9,9	69,4	14,5	0,0	5,0	2,8
Polenta ou angu	75,5	1,4	13,3	1,8	0,2	2,7	0,3
Leguminosas e derivados							
Ervilha	80,0	5,4	14,4	0,4	5,2	24,0	1,5
Feijão	61,0	3,3	8,3	1,6	4,2	18,2	1,0
Grão de bico	166,0	9,2	27,6	2,5	5,3	49,0	3,0
Lentilha	108,0	8,0	19,0	0,5	5,0	25,0	2,1
Vagem	30,9	1,9	7,3	0,1	4,5	37,2	1,3
Verduras e legumes							
Abóbora	33,7	1,1	7,9	0,3	2,2	27,5	1,4
Abobrinha	20,0	1,2	4,3	0,2	1,8	20,0	0,5
Acelga (beterraba branca)	18,0	1,3	3,4	0,2	1,5	52,0	0,8
Agrião	11,7	2,3	1,3	0,1	3,3	118,0	0,2
Alface	12,5	1,3	2,3	0,2	1,5	33,3	0,3
Beringela	26,8	1,2	6,3	0,0	1,5	36,6	0,5
Brócolos	29,4	3,0	5,6	0,3	4,1	114,0	1,1
Cheiro verde	34,0	1,6	5,5	0,4	3,1	56,0	2,2
Chicória (almeirão)	23,3	1,7	4,7	0,3	0,0	100,0	0,9
Chuchu	30,0	0,9	7,5	0,2	0,6	11,7	0,6
Couve-flor	24,0	2,0	4,9	0,2	2,7	28,0	0,6
Couve verde	49,2	3,3	10,0	0,7	5,8	134,0	1,7
Escarola	18,0	1,3	3,4	0,2	1,5	52,0	0,8
Espinafre	21,4	2,9	3,5	0,4	4,1	98,9	2,7
Pepino	14,2	1,4	2,9	0,1	0,0	14,2	0,3
Quiabo	31,7	1,9	7,2	0,2	3,2	63,0	0,5
Repolho	22,8	1,2	5,4	0,2	2,3	45,7	0,6
Rúcula							
Tomate	19,5	0,9	4,3	0,2	1,8	7,3	0,5
Enlatados de legumes	76,0	4,0	15,0	1,0	0,0	0,0	0,0

Continuação

Raízes, tubérculos e derivados							
Batata doce	106,0	1,3	24,5	0,2	2,6	21,1	0,5
Batata inglesa ou cozida	87,5	1,9	20,1	0,1	2,4	5,1	0,3
Batata salsa	81,0	1,3	19,5	0,3		37,0	0,1
Beterraba	42,0	1,7	9,5	0,1	1,0	14,0	0,8
Cebola	33,7	1,2	7,3	0,3	1,7	25,0	0,4
Cenoura	43,0	1,0	10,1	0,2	2,8	26,3	0,5
Farinha de mandioca	354,0	1,7	86,4	0,3	1,8	61,0	3,1
Mandioca, aipim	149,0	0,8	36,0	0,3	1,0	35,0	1,1
Leite e derivados							
Creme de leite	252,0	2,7	3,2	25,4	0,0	0,0	0,0
Iogurte	61,2	3,5	4,7	2,1	0,0	120,0	0,1
Leite condensado	326,0	7,6	55,2	8,4	0,0	0,0	0,0
Leite desnatado	32,5	3,1	4,8	0,1	0,0	0,0	0,0
Leite integral ou A	64,2	3,3	4,7	3,7	0,0	119,0	0,1
Leite em pó desnatado	359,0	35,1	52,2	0,8	0,0		0,3
Leite em pó integral	496,0	26,3	38,4	26,7	0,0	912,0	0,5
Leite semi desnatado	48,0	3,5	5,1	1,5	0,0	0,0	0,0
Leite do tipo C	60,6	3,3	4,6	3,0	0,0	119,0	0,1
Queijo	392,0	28,3	0,6	30,6	0,0	840,0	0,6
Requeijão	288,0	12,4	1,3	25,0	0,0	151,0	13,3
Ovos							
Ovos	158,0	12,1	1,2	11,1	0,0	56,0	2,1
Óleos e gordura vegetal							
Margarina	750,0	0,1	0,1	82,0	0,0	0,0	0,0
Óleo em lata	884,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Maionese (sem batata)	737,0	1,0	1,7	81,0	0,0	0,0	0,0
Carnes							
Apresuntado	463,0	11,9	1,1	45,2	0,0	21,0	2,7
Camarão	109,0	23,8	0,0	1,5	0,0	320,0	2,2
Carne de boi com osso, mocotó ou rabo	308,0	44,5	0,3	18,7	0,0	10,7	4,5
Carne de boi sem osso	397,2	27,3	0,0	29,9	0,0	15,1	3,3
Carne de porco	465,0	19,2	2,6	41,5	0,4	18,2	2,6
Frango	180,0	25,0	0,9	7,8	0,2	16,6	1,2
Lingüiça	369,0	19,6	1,0	31,1	0,0	30,7	1,2
Mortadela	313,0	16,4	3,1	25,4	0,0	20,0	1,4
Peixe enlatado (atum)	209,0	14,0	0,0	12,0	0,0	4,5	1,0
Peixe enlatado (sardinha)	124,0	26,0	0,0	23,2	0,0	402,0	3,2
Peixe fresco	136,0	24,2	0,0	4,0	0,0	9,6	0,3
Presunto	147,0	22,2	0,0	5,7	0,0	7,1	0,9
Salame	252,0	14,6	2,5	20,0	0,0	8,7	2,0
Salsicha	323,0	11,2	2,4	29,4	0,0	12,2	1,3
Vísceras: fígado, coração, bucho, etc.	99,0	18,0	0,0	2,4	0,0	92,0	1,8
Gordura animal							
Bacon e toucinho	900,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Banha	902,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,1	0,0
Manteiga	716,0	0,8	0,1	81,0	0,0	23,7	0,2

Continuação

Frutas							
Abacate	161,0	2,0	7,4	15,3	2,8	10,8	1,0
Abacaxi	49,0	0,4	12,3	0,4	1,9	7,1	0,4
Banana	89,0	1,3	22,8	0,3	0,4	15,0	2,0
Goiaba	69,0	0,9	17,3	0,4	5,3	22,0	0,7
Laranja	45,8	0,9	11,7	0,1	2,3	0,0	0,1
Limão	24,5	0,4	8,64	0,0	0,4	7,4	0,0
Maçã	57,9	0,2	15,2	0,4	3,1	7,2	0,2
Melancia	31,2	0,6	7,2	0,4	0,5	8,1	0,2
Melão	25,0	0,5	6,2	0,1	0,5	15,0	1,2
Mamão ou papaia	32,0	0,5	8,3	0,1	0,6	20,0	0,4
Manga	65,4	0,5	17,0	0,3	1,5	10,3	0,1
Maracujá	100,0	2,2	23,3	0,7	15,8	11,1	1,6
Pêra	59,0	0,4	15,1	0,4	3,0	11,4	0,3
Uva	71,2	0,7	17,7	0,6	2,0	10,6	0,3
Açúcares							
Açúcar	385,0	0,0	100,0	0,0	0,0	1,5	0,1
Achocolatado lata	381,0	5,0	83,5	3,0	0,0	0,0	0,0
Caramelos, balas	400,0	4,0	78,0	10,0	0,0	0,0	0,0
Chocolate em barra ou bombons	568,0	6,9	54,6	35,8	0,0	0,0	0,0
Doce de leite	316,0	5,4	58,1	6,9	0,0	0,0	0,0
Gelatina pacote	52,4	1,2	12,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Goiabada	249,0	0,5	64,1	0,1	0,9	18,0	0,9
Mel	304,0	0,3	82,3	0,0	0,0	5,0	0,5
Melado	284,0	0,5	72,6	0,2	0,5	70,0	1,2
Pudim	294,0	9,9	41,6	10,0	0,0	243,0	0,8
Sorvete	191,5	4,0	26,1	7,9	0,0	0,0	0,0
Bebidas não alcoólicas							
Café pó	41,0	5,0	13,4	1,7	0,0	84,0	3,3
Café (solúvel)	100,0	0,5	39,5	0,6	1,0	150,0	4,0
Chá, mate, chimarrão	0,8	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Refrigerante	39,0	0,0	10,0	0,0	0,0	2,0	0,0
Refrigerante dietético	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Sucos	350,0	0,0	87,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Bebidas alcoólicas							
Cachaça garrafa	231,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cerveja	41,0	0,0	3,7	0,3	0,2	5,1	0,0
Vinho	72,0	0,2	1,7	0,0	0,0	7,8	0,4
Condimentos							
Massa de tomate lata	72,0	2,0	16,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Molho de tomate pronto, lata	70,8	1,8	9,1	3,8	3,1	25,2	1,0
Sal refinado	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	247,0	0,1
Tempero pronto/tabletes	297,0	0,8	15,1	25,9	0,0	0,0	0,0
Vinagre	12,0	0,0	5,9	0,0	0,0	5,8	0,6