

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

**O PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS DA REGIÃO URBANA DE
PELOTAS E ALGUNS DE SEUS DETERMINANTES**

Mestranda : Helena Barreto dos Santos
Orientadora : Ana Maria Baptista Menezes
Co-orientador : Roberto Xavier Piccini

PELOTAS
Agosto de 1999

Agradecimentos

Ao meu pai, à minha mãe, à Pati e à Guga, pela confiança, pelo incentivo e pelo apoio, não só durante este período, mas, principalmente, em todos os momentos.

Ao Rodrigo, ao Júlio, ao Othello, à Cristina, à Helena, à Andréa, ao Paulo Roberto, ao Paulo, à Daniela e ao Ricardo, amigos que tornaram leve a trajetória.

À Moema, ao Ricardo e ao Enrique, que tornaram-se especiais para mim, porque foram companheiros presentes durante todo este período, compartilhando seus melhores momentos e ajudando naqueles mais difíceis.

À minha orientadora, Ana, e ao Piccini, meu co-orientador, que, através da ajuda perspicaz, da compreensão e da amizade, permitiram que eu transformasse um projeto em realidade.

Aos demais colegas e professores do Mestrado, e às funcionárias do Centro de Pesquisas.

Aos entrevistadores, incansáveis na realização do trabalho de campo; e à Ana Paula e à Sílvia, pela ajuda dedicada na digitação.

ÍNDICE

1. Projeto de pesquisa.....	1
1.1. Introdução.....	2
1.2. Revisão da Literatura.....	4
1.3. Alguns Aspectos sobre Pelotas.....	7
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo Geral.....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5. Hipóteses.....	8
1.6. Modelo Teórico.....	9
1.7. Descrição das Variáveis.....	11
1.7.1. Variáveis Independentes.....	11
1.7.2. Variável Dependente.....	14
1.8. Metodologia.....	14
1.8.1. Delineamento.....	14
1.8.2. População-alvo e amostragem.....	15
1.8.3. Instrumentos.....	16
1.8.4. Recursos Humanos.....	16
1.8.5. Seleção e Treinamento de Entrevistadores.....	16
1.8.6. Estudo Piloto.....	17
1.8.7. Logística.....	17
1.8.8. Material.....	18
1.8.9. Processamento e Análise de Dados.....	18
1.8.10. Orçamento.....	19
1.8.11. Controle de Qualidade.....	19
1.8.12. Princípios Éticos.....	19
1.8.13. Cronograma.....	20
1.9. Referências Bibliográficas.....	21

2. Relatório do Trabalho de Campo.....	24
2.1. Seleção de Entrevistadores.....	25
2.2. Treinamento dos Entrevistadores.....	25
2.3. Estudo Piloto.....	26
2.4. Trabalho de Campo.....	26
2.5. Controle de Qualidade.....	27
2.6. Codificação, Digitação e Análise dos Dados.....	27
2.7. Perdas e Recusas.....	29
3. Artigo 1.....	33
3.1. Resumo.....	34
3.2. Abstract.....	35
3.3. Introdução.....	36
3.4. Metodologia.....	38
3.5. Resultados.....	39
3.6. Discussão.....	46
3.7. Referências Bibliográficas.....	52
4. Artigo 2.....	56
4.1. Resumo.....	57
4.2. Abstract.....	58
4.3. Introdução.....	59
4.4. Metodologia.....	64
4.5. Resultados.....	67
4.6. Discussão.....	79
4.7. Referências Bibliográficas.....	85

5. Anexos.....	90
5.1. Anexo 1 – Manual de Instruções.....	91
5.2. Anexo 2 – Questionário.....	115
5.3. Anexo 3 – Questionário para recusas.....	127

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

PROJETO DE PESQUISA

**O PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS DA REGIÃO URBANA DE
PELOTAS E ALGUNS DE SEUS DETERMINANTES**

Mestranda : Helena Barreto dos Santos
Orientadora : Ana Maria Baptista Menezes
Co-orientador : Roberto Xavier Piccini

PELOTAS
Janeiro de 1998

INTRODUÇÃO

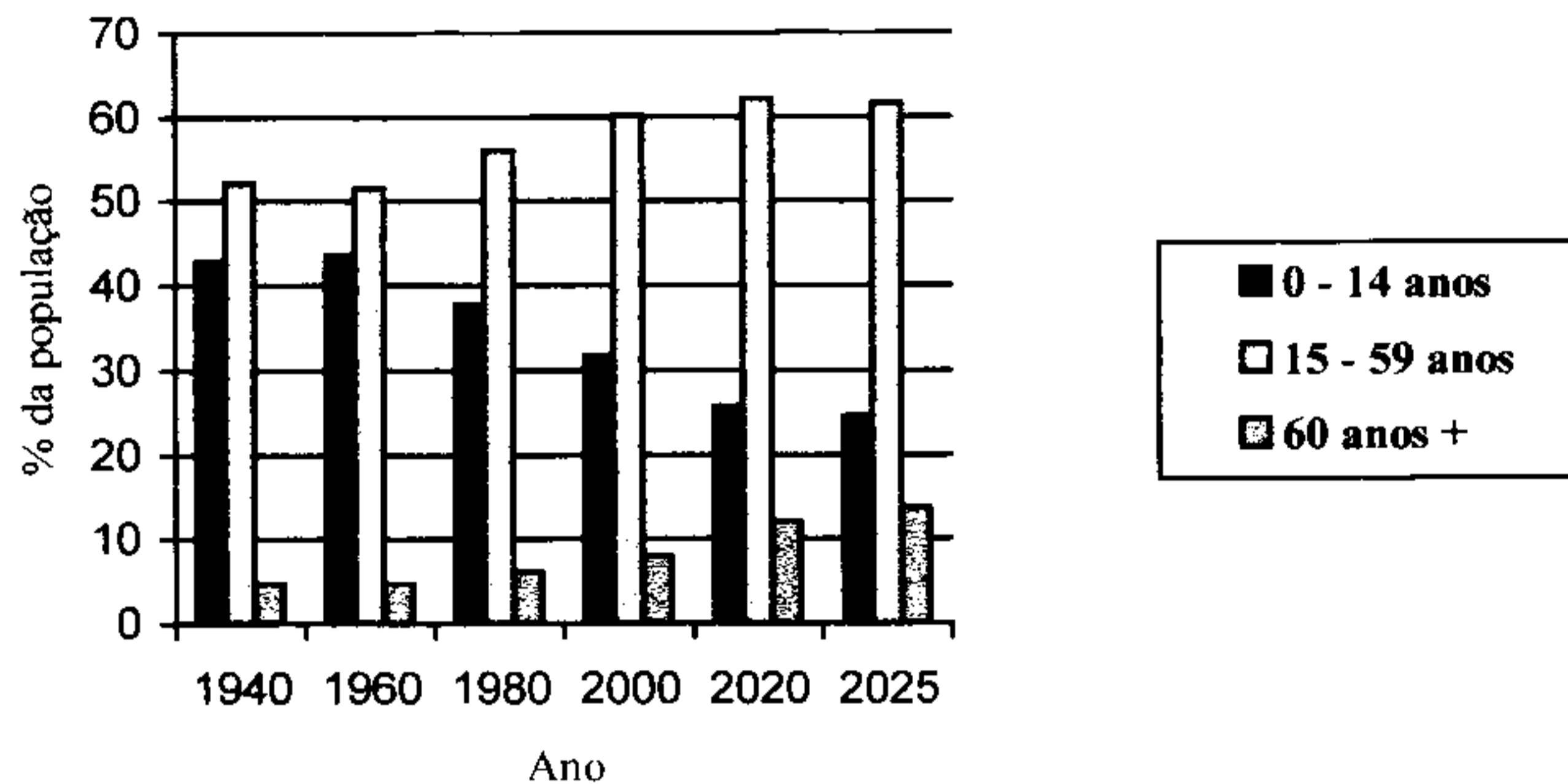
A população de idosos vem aumentando mundialmente. Este aumento tem ocorrido tanto em países desenvolvidos como nos países do Terceiro Mundo; espera-se que dois terços da população mundial de pessoas com 60 anos ou mais esteja nesses países, no início do próximo século.

O número crescente de idosos na população implica uma freqüência maior de doenças crônico-degenerativas. Essas doenças impõem um sofrimento individual – por resultarem em incapacidade funcional e necessidade de gastos maiores com saúde – e sobrecarregam a sociedade como um todo: há diminuição da população economicamente ativa e necessidade de políticas de atendimento específicas.

No Brasil, a população idosa já representa 7 % da população total e sua taxa de crescimento vem sendo maior do que a das demais faixas etárias¹. A Figura 1 mostra o crescimento do número de idosos nas últimas décadas e sua perspectiva para o ano 2025, quando a população idosa do Brasil alcançará o sexto lugar no mundo^{1, 4}. Vários trabalhos têm sido publicados explicando os motivos deste crescimento^{1, 2, 3, 4}. Um dos aspectos importantes que merece ser citado é o fato de que este crescimento foi conseguido pela diminuição de mortalidade das populações mais jovens, através de ações médico-sanitárias a elas dirigidas, mas, ao contrário do que ocorreu em países desenvolvidos, não foi impulsionado por mudanças estruturais na sociedade, que melhorassem as condições de vida dos habitantes. Assim, as dificuldades que surgem como conseqüência do envelhecimento pelo aumento na prevalência das doenças crônicas são agravadas na população de idosos, no Brasil, pelas condições socioeconômicas desta, as quais ainda tendem a piorar no momento da aposentadoria, quando há uma diminuição dos rendimentos mensais⁸.

Outros aspectos relacionados à urbanização e migração no país, como mudanças no tipo de estrutura familiar, colaboram para tornar o aumento da população idosa um problema de saúde pública importante, que ainda carece de planejamento para enfrentá-lo.

Figura 1 - Evolução e Projeção da População do Brasil por categorias de idade em anos ^{1,4}



Desta maneira, o ganho em anos na esperança de vida da população no Brasil pode ser “perdido”, se for analisada a maneira como este acréscimo de anos está sendo vivido. É preciso, então, acrescentar outro índice na avaliação desta situação: a esperança de vida sem incapacidade, ou seja, além do ganho na expectativa de vida, é importante que se tenha conhecimento de como estes anos acrescidos estão sendo vividos (anos de vida a mais, *versus* vida a mais nos anos) ^{5, 6}. Um estudo realizado por Silvestre e colaboradores ⁷ mostrou que os custos no atendimento da população mais idosa é maior, não se traduzindo isto em benefícios maiores, já que as necessidades básicas de saúde desta faixa etária não são reconhecidas.

Portanto, os estudos realizados nesta população devem ter, entre seus objetivos, a descrição do perfil socioeconômico, demográfico, de saúde (prevalência de doenças e necessidades do uso de serviços de saúde) e também uma avaliação da capacidade funcional dos idosos (ou seja, a capacidade para a realização de atividades da vida cotidiana). Tais estudos permitem identificar fatores de risco determinantes de uma menor capacidade funcional nos idosos, facilitando o planejamento de ações de saúde que fatalmente englobarão aspectos preventivos em populações mais jovens, além de projetos específicos para diminuir a morbidade em pessoas de 60 anos ou mais, para que este acréscimo em anos de vida seja vivido de maneira mais satisfatória. Esta prevenção dos problemas de saúde tem papel

importante também na redução dos custos sociais desta população, apesar de sabermos que não poderemos reduzi-los a um nível semelhante ao dos custos de atendimento de uma população mais jovem. Na Inglaterra, os custos per capita em saúde desta população são três vezes maiores do que o das pessoas mais jovens; nos Estados Unidos, a população de idosos consome um terço dos gastos com saúde apesar de constituírem 12% da população total ⁸. Pode-se estimar que no Brasil a necessidade de gastos será ainda maior, pois a prevalência e as conseqüências de doenças crônicas têm relação direta com o perfil socioeconômico de um país.

REVISÃO DA LITERATURA

Existem, na literatura médica, tanto no Brasil como no exterior, vários trabalhos publicados, abordando aspectos relativos à capacidade funcional dos idosos e alguns de seus determinantes.

No Brasil, a maioria dos trabalhos são com delineamentos transversais, realizados em cidades grandes.

O trabalho de Veras ⁹, no final da década de 1980, no Rio de Janeiro, estudou três regiões da cidade com perfis socioeconômicos distintos, para identificar diferenças na prevalência de doenças mentais (depressão, síndrome cerebral orgânica) associadas com classe social, na população de 60 anos de idade ou mais. Este estudo mostrou que a prevalência de déficit cognitivo e de depressão é maior na população da região a qual apresentava piores índices socioeconômicos. A depressão esteve associada com o sexo feminino, nível de instrução baixo e má saúde, sendo que o déficit cognitivo esteve associado com estes mesmos fatores e, ainda, com faixa etária mais avançada.

Em São Paulo, um inquérito domiciliar usando o mesmo tipo de amostragem (setores censitários estratificados e sorteados de acordo com o nível socioeconômico da população)¹⁰ encontrou algum problema de saúde em mais de 85% dos idosos, e completa autonomia para

atividades da vida diária em apenas 53% da população estudada. Entretanto, a maioria desta população apresentava renda *per capita* baixa e baixo nível de escolaridade.

Outros estudos realizados em São Paulo (Fundação SEADE) e Belo Horizonte (Fundação João Pinheiro) mostraram que a presença de incapacidade funcional aumentava com o avançar da idade⁸.

No exterior, já na década de 70, foram identificados estudos avaliando a capacidade funcional dos idosos. Nagi¹¹, analisando uma amostra de adultos com mais de 18 anos da população dos Estados Unidos, encontrou uma prevalência de limitação na capacidade funcional ao redor de 40% na população com 65 anos de idade ou mais, que crescia nas faixas mais idosas, tendo relação com sexo feminino, pior estado de saúde e nível educacional baixo. Em Gothenburg, na Suécia, na década de 70, uma coorte de idosos de 70 anos de idade foi acompanhada por cerca de 10 anos para avaliar a incidência de doenças e o declínio da capacidade funcional. Um estudo semelhante foi iniciado em Jerusalém, em 1991¹². Comparando os achados iniciais desses estudos (a primeira avaliação transversal), algumas diferenças foram encontradas referentes à prevalência de doenças e de fatores de risco (p.ex., fumo, colesterol sérico), talvez decorrentes de mudanças sociais e culturais referentes ao local e à época. Entretanto, muitos dos achados foram semelhantes, como prevalência de queixas articulares (que têm papel importante na limitação de atividades físicas)¹³. Em Taiwan, um estudo transversal realizado em 1992 comparou idosos com índices de incapacidade funcional acima e abaixo de um limite estabelecido, visando a identificar os determinantes dessas diferenças¹⁴. Foi encontrado que hipertensão, acidente vascular cerebral e fraturas eram responsáveis por uma proporção maior de perda da capacidade funcional.

Em 1982 e 1983, foi realizado um estudo na população com 65 anos de idade ou mais, em Boston, com o objetivo de identificar fatores associados com perda da capacidade cognitiva¹⁵. Houve uma relação inversa entre idade e desempenho dos testes cognitivos; além disso, nível educacional e nível de capacidade funcional menores foram associados com pior desempenho nestes testes.

Foram também realizados estudos longitudinais para identificar fatores de risco associados com declínio da capacidade funcional nesta faixa etária. Mor e cols.¹⁶, usando

dados de um estudo do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde dos Estados Unidos, em 1984 e 1986, identificaram os fatos de ter sexo feminino, morar desacompanhado, ser solteiro, ter nível educacional mais baixo e rendimentos anuais abaixo de U\$ 25.000 como fatores de risco para declínio funcional dos idosos. Kaplan e cols.¹⁷ também demonstraram que a presença de doenças crônicas, na avaliação inicial ou surgidas durante o estudo, foram os fatores mais fortes associados com este declínio. Em Framingham, um estudo realizado em 1983, em uma coorte de idosos, mostrou uma prevalência de 8 % para alguma dificuldade em uma ou mais atividades da vida diária, sendo que idade, déficit cognitivo e acidente vascular cerebral foram os fatores mais relacionados com este desfecho¹⁸.

O estudo realizado no condado de Alameda, EUA, mostrou que não se sentir deprimido freqüentemente, praticar exercícios na forma de caminhadas e ter mais de cinco contatos sociais durante a semana estavam associados com um envelhecimento com sucesso, ou seja, a manutenção da capacidade funcional de um adulto mais jovem¹⁹. Stewart²⁰, em uma observação por um período de dois anos, também encontrou que a prática de exercícios está relacionada com um desempenho melhor das atividades e com menor perda de capacidade funcional, em idosos com problemas crônicos de saúde. Em uma coorte de idosos adventistas da Califórnia, foi selecionada uma subamostra após 15 anos do estudo inicial, e aplicado o Exame de Estado Mental (*Mini Mental State Examination*) para identificar hábitos de vida e doenças crônicas associados com pior desempenho cognitivo. Foi demonstrado que uma ingestão calórica elevada, uso de medicações psicotrópicas em geral e nível educacional baixo estiveram associados com resultados piores no Exame de Estado Mental²¹.

Outro item importante na revisão da literatura diz respeito aos diferentes instrumentos que existem para medir a capacidade funcional. Uma revisão de alguns dos questionários usados com finalidade de investigar capacidade funcional em idosos e fatores de risco associados foi realizada por Veras⁹. A literatura mostra diferentes formas de avaliar a capacidade funcional do idoso: questionários auto-aplicados ou aplicados por entrevistadores – que avaliam a capacidade referida – e avaliações baseadas na observação do desempenho ao realizar atividades necessárias para o cotidiano. A comparação destes instrumentos nem sempre mostrou que eles mediam o mesmo desfecho²². Além dessas três maneiras de avaliar a capacidade funcional, é possível medir categorias distintas de atividades, que seriam as

atividades básicas da vida diária (que medem a capacidade para atividades de manutenção e autocuidados) e as atividades instrumentais da vida diária (que medem a capacidade de interação social). Tem sido proposta uma relação hierarquizada entre essas atividades, estando a manutenção das atividades instrumentais da vida diária num nível superior de capacidade funcional, em relação à manutenção das atividades básicas da vida diária²³.

Outra maneira de avaliar a capacidade funcional foi proposta por Fried,²⁴ sugerindo que a mudança de atitude para realizar uma tarefa pode passar despercebida pelo indivíduo, mas pode indicar uma incapacidade pré-clínica.

ALGUNS ASPECTOS SOBRE PELOTAS

Pelotas é uma cidade localizada no sul do Brasil, contando com cerca de 307 mil habitantes, segundo a contagem populacional de 1996*. A maioria da população reside em área urbana e 10% da população total é constituída por pessoas com 60 anos de idade ou mais. Estima-se que esta população de idosos será de 33 mil pessoas em 1998.

Em Pelotas existem cerca de vinte e uma casas geriátricas ou asilos cadastrados pela Prefeitura. Foram contatados dezoito destes locais, para que fossem obtidas informações sobre o número de idosos que ali moram; estes locais abrigam 428 idosos (cerca de 13% do total de idosos).

Segundo dados do DATASUS, em 1996 ocorreram 1895 óbitos em pessoas com 60 anos de idade ou mais em Pelotas, sendo 45 % destas mortes causadas por problemas cardíocirculatórios e 20 % por neoplasias.

* Em 1996 o IBGE realizou um censo para completar o realizado em 1991

OBJETIVO GERAL

Estudar a capacidade funcional na população idosa da zona urbana de Pelotas e os fatores de risco associados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar a distribuição dos idosos de Pelotas de acordo com ocupação laboral e características socioeconômicas, demográficas e antropométricas.
- Estudar o perfil da capacidade funcional da população de idosos de Pelotas.
- Determinar a associação das variáveis estudadas com a capacidade funcional.
- Determinar a prevalência de doenças crônico-degenerativas nesta população.
- Determinar a prevalência de déficit cognitivo nesta população.
- Estudar a frequência do uso dos serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais nesta população.
- Determinar os gastos individuais em saúde destes idosos .

HIPÓTESES

- A capacidade funcional declina linearmente com os estratos de idade mais avançados.

- A maior prevalência de doenças crônicas está associada a piores índices de capacidade funcional, assim como a um desempenho pior no teste cognitivo.

- A prevalência de doenças crônicas está relacionada com os níveis socioeconômicos, sendo maior nos estratos mais desfavorecidos socialmente.

- No período de um ano, cerca de 60% da população de idosos usa os serviços de saúde.

- Os gastos com saúde comprometem cerca de 20% da renda mensal dos idosos que recebem até um salário mínimo.

MODELO TEÓRICO

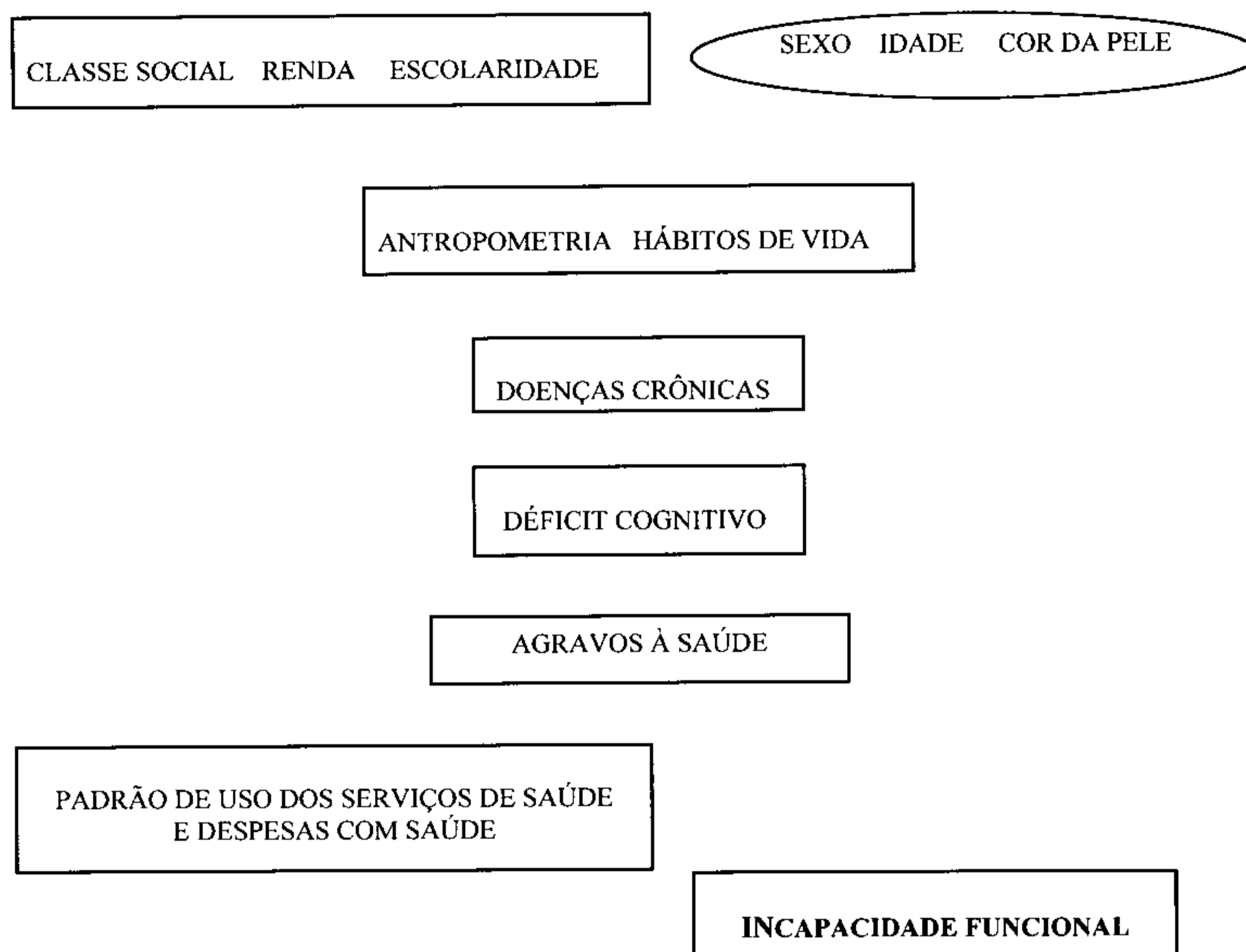
A forma de entender o processo saúde-doença está sujeito ao modo de entender os diversos fenômenos na sociedade, em diferentes épocas. A explicação desse processo, portanto, evoluiu do pensamento místico, passando pela teoria dos miasmas e da unicausalidade, até chegar à teoria da multicausalidade, pela qual a saúde ou a doença se situam no extremo de uma cadeia de causalidade.

Uma concepção a partir da teoria da multicausalidade propõe um modelo de relações hierarquizadas entre as várias exposições ou fatores de risco para um determinado desfecho.

Assim, um modelo teórico nada mais é do que uma forma de se proporem as relações explicativas entre exposições e um ou mais desfechos.

Para a realização do presente estudo, serão coletadas informações a respeito de vários aspectos dos idosos. Estas variáveis serão agrupadas segundo níveis hierárquicos, conforme mostra a Figura 2. O modelo hierarquizado permite entender a determinação do desfecho, que será a **incapacidade funcional**, a partir de níveis distais, proximais e intermediários.

Figura 2 - Modelo Hierárquico de Análise



Como primeiro nível do modelo, têm-se os fatores **demográficos** e, a seguir, **socioeconômicos**. Estas variáveis estão num nível distal de determinação do desfecho, associando-se de modo indireto com este, ao determinar padrões diferentes de comportamento e de susceptibilidade que influenciarão as categorias intermediárias subseqüentes.

As condições de vida que precedem a velhice, como **hábitos de vida**, e a **antropometria** podem determinar a presença de **doenças crônicas** e **déficit cognitivo**, nesta idade. A presença destas doenças e do déficit cognitivo pode causar **agravos à saúde**, como incontinência urinária e déficits auditivos e visuais. Têm-se, então, a partir dos fatores anteriores, um certo **padrão de uso dos serviços de saúde** e **gastos individuais** com a saúde, sendo estes os níveis mais proximais do modelo.

A variável dependente do modelo permite avaliar a capacidade do idoso para as atividades da sua vida diária e desempenho físico: banhar-se, ir ao banheiro, fazer refeições, cozinhar, caminhar pelo quarto, transferir-se da cama para a cadeira, limpar a casa, subir escadas, fazer compras, sair de casa para uma atividade ou compromisso, carregar ou empurrar algo pesado, ajoelhar-se, lidar com pequenos objetos^{19, 23}, indicando sua capacidade de manutenção em necessidades básicas e interação com o meio ambiente no seu cotidiano.

DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

VARIÁVEIS INDEPENDENTES, segundo a categoria analítica:

1.1 Fatores demográficos.

1.1.1. Sexo – variável dicotômica, classificada de acordo com o sexo de nascimento, masculino ou feminino.

1.1.2. Idade – variável ordinal, medida de acordo com a idade em anos completos no dia da entrevista.

1.1.3. Cor da pele – variável dicotômica, classificada em branca e não-branca de acordo com a observação do entrevistador.

1.2. Fatores socioeconômicos.

1.2.1. Classe social do idoso – variável categórica, segundo classificação da ABIPEME.

1.2.2. Renda mensal – variável contínua, medida através da renda mensal média, em reais, do idoso e da família.

1.2.3. Escolaridade – variável ordinal, medida em anos completos de estudo formal.

3.2. Doenças pulmonares – referência de enfisema, bronquite, asma.

3.3. Doenças osteo-musculares – referência de artrite, artrose, reumatismo, hérnia de disco, bursite.

3.4. Enfermidades neurológicas – referência de dores de cabeça, enxaqueca, convulsões, desmaios, doença de Parkinson, vertigem.

3.5. Presença de Diabetes Melito – variável dicotômica.

3.6. Neoplasias presentes ou passadas – variável dicotômica.

3.7. Outras doenças.

3.8. Depressão – variável categórica medida através de questionário específico, *Geriatric Depression Score (GDS)*²⁵.

4. Déficit cognitivo.

4.1. Exame de Estado Mental (*Mini-Mental State Examination*) – variável dicotômica medida como presença ou não de déficit cognitivo. O Exame de Estado Mental tem onze questões que, juntas, somam 30 pontos e medem a auto-orientação, a orientação espacial e temporal, memória e linguagem, e tem como ponto de corte 23 acertos²⁶.

5. Agravos à saúde.

5.1. Quedas no último ano – variável categórica medida como número de quedas no último ano igual a zero, ou uma ou mais quedas.

5.2. Incontinência urinária e fecal – variável categórica medida como não, algumas vezes ou sempre.

2. Hábitos e condições de vida e de saúde.

2.1. Antropometria.

2.1.1 Peso – variável contínua, medida em Kg.

2.1.2. Altura – variável contínua, medida em cm.

2.2. Hábitos de vida.

2.2.1. Padrão de atividade física – variável categórica, classificada de acordo com o tipo (caminhadas, outro tipo de ginástica) e a frequência (quantas vezes por semana), além de tempo de prática de exercícios em anos.

2.2.2. Participação em atividades sociais – variável categórica, capaz de medir atividades em associações, clubes, igrejas e outras.

2.2.3. Tabagismo – variável dicotômica, sim ou não. Os fumantes constituirão um grupo que será distribuído por categorias de acordo com a idade de início, interrupção, quantidade de cigarros fumados por dia.

2.2.4. Uso de álcool – variável dicotômica, sim ou não. Os usuários de álcool serão divididos em categorias de acordo com a quantidade, tipo de bebida alcoólica e tempo de uso.

2.2.5. Estrutura familiar – composta variáveis categóricas de acordo com quem o idoso mora; quantos filhos teve; com qual frequência vê os filhos e outros familiares; quem o ajuda quando está doente ou se tem dificuldade nas atividades diárias.

3. Doenças crônicas.

3.1. Doenças cardiovasculares – referência de doença coronariana, valvulopatia, arteriosclerose, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral.

5.3. Audição – variável categórica medida a partir de como o idoso julga sua audição (boa, boa com auxílio de prótese auditiva, inadequada).

5.4. Visão – variável categórica medida a partir de como o idoso julga sua visão (boa, boa com auxílio de óculos, inadequada).

6. Padrão de utilização de serviços de saúde.

6.1 Número de consultas no último ano e no último mês, hospitalizações no último ano e no último mês, medicamentos em uso.

6.2 Despesas com serviços de saúde (gasto mensal e anual, em reais), com exames (gasto mensal e anual, em reais) e com medicamentos (gastos no último mês, em reais).

VARIÁVEL DEPENDENTE

1. Incapacidade Funcional – variável contínua medida através das atividades básicas da vida diária, das atividades instrumentais da vida diária e da mobilidade do idoso, a partir de dezoito questões aplicadas, que avaliarão se o idoso tem capacidade para realizar determinada tarefa com ou sem dificuldade, ou é completamente incapaz de realizá-la, necessitando de ajuda. Tal variável será avaliada como dicotômica, usando-se um ponto de corte no número de respostas positivas para uma tarefa (positiva significando capacidade para realizar determinada tarefa sem nenhum auxílio, independentemente do grau de dificuldade para fazê-la).

METODOLOGIA

DELINEAMENTO

Será realizado um estudo transversal de base populacional.

POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRAGEM

Serão entrevistadas pessoas residentes na zona urbana de Pelotas com 60 anos de idade ou mais. De acordo com a projeção feita a partir da contagem populacional de 1996, em 1998 teremos cerca de 33.000 pessoas com 60 anos de idade ou mais, sendo cerca de 30.000 residentes na zona urbana de Pelotas. Não serão entrevistados idosos que residam em asilos ou casas geriátricas permanentemente.

Para o cálculo da amostra considerou-se uma prevalência de exposição de 10 a 20% de fatores de risco na população, com prevalência do desfecho de 20% e risco relativo (RR) de 2,0, com nível de significância de 95% e poder de 80%. Foram acrescentados 10% para perdas e 30% para controle dos fatores de confusão. O número encontrado foi de 790 pessoas.

Será feita uma amostragem sistemática por conglomerados. Pelotas tem 260 setores censitários, com 300 domicílios em média em cada setor e média de 3,4 pessoas por domicílio. A população de pessoas com 60 anos de idade ou mais, na cidade, corresponde a 10,5% da população total. Seriam necessários 40 setores, com 60 domicílios em cada setor, para atingir o tamanho de amostra necessário. Como a pesquisa será realizada junto com outra, sobre Adesão ao Tratamento da Hipertensão, serão escolhidos 49 setores da cidade. Para definir o pulo da amostragem sistemática, dividiu-se o número de setores da cidade pelo número de domicílios a serem visitados em cada um, sendo encontrado o número 5. Inicialmente, será sorteado um número de 1 a 5 para definir o primeiro setor a ser visitado; a seguir, adotando 5 como pulo, de forma sistemática serão definidos os demais setores a serem visitados, até atingir os 49 setores censitários calculados como necessários.

Em cada um destes setores serão visitados 60 domicílios, através do sorteio de um quarteirão considerado como o inicial e, neste, sorteada uma esquina como ponto de partida para os domicílios a serem visitados. A partir desta esquina serão visitados, de forma sistemática, cada quinto domicílio, com o entrevistador dirigindo-se sempre para a direita. Todas as pessoas com 60 anos de idade ou mais, no domicílio, serão entrevistadas. Se alguma pessoa da casa com 60 anos de idade ou mais estiver hospitalizada ou residindo temporariamente em alguma casa geriátrica (por agravamento do quadro de saúde, ou por

necessidade de acompanhante durante férias da família), a entrevista será feita nestes locais, na medida do possível.

INSTRUMENTOS

Será utilizado um questionário padronizado e pré-codificado, para a coleta das variáveis a serem estudadas. O instrumento utilizado para a avaliação de depressão será o GDS²⁵. O instrumento utilizado para medir demência será o MMSE^{26, 27}, e as questões referentes às atividades do idoso serão aquelas usadas no instrumento de Katz²⁸. Para as medidas de peso e altura, serão utilizadas balanças de banheiro e antropômetro.

RECURSOS HUMANOS

Pesquisadora na gestão e operacionalização geral do estudo.

Serão selecionados 15 alunos do curso de Medicina para a realização do trabalho de campo (aplicação dos questionários), codificação e digitação dos resultados. Dois alunos serão selecionados para as funções de supervisor do trabalho de campo e secretário.

SELEÇÃO E TREINAMENTO DE ENTREVISTADORES

Os entrevistadores, assim como o supervisor e secretário, serão selecionados entre os estudantes de Medicina a partir do 1º semestre do curso. O treinamento dos entrevistadores, supervisor e secretário do trabalho de campo, será realizado durante uma semana. Neste treinamento, será apresentado o questionário a ser utilizado e será feito um treinamento para sua aplicação e preenchimento corretos, baseado nas instruções do manual. Além da aplicação do questionário, haverá orientação para a codificação das respostas do questionário, que deverá ser feita no mesmo dia da aplicação deste.

ESTUDO PILOTO

O estudo piloto será realizado após o treinamento dos entrevistadores, visitando-se dois setores censitários que não tenham sido sorteados para o estudo. Estes setores serão sorteados: um, na periferia da cidade, e o outro, na área central. A escolha dos domicílios será realizada conforme descrito anteriormente na metodologia (60 domicílios em cada setor, usando-se cada quinto domicílio de forma sistemática). Após esta fase, serão revistos os pontos do questionário em cuja aplicação houve dificuldade ou dúvida, para que o estudo definitivo inicie.

LOGÍSTICA

Os alunos formarão duplas de trabalho para as visitas aos setores.

O trabalho de campo consistirá de entrevistas realizadas na casa do idoso que teve seu domicílio sorteado (exceto nas situações já descritas anteriormente), de acordo com os critérios já definidos, além da pesagem e aferição da altura. Todas as pessoas com 60 anos de idade ou mais, no domicílio sorteado, serão entrevistadas. Quando o idoso não tiver condições de responder às questões referentes à orientação espacial e temporal, será considerado incapaz de responder ao questionário e este será respondido por uma outra pessoa da casa, que seja a responsável pelos cuidados diretos do idoso, na maior parte do tempo.

O trabalho de campo deverá iniciar em janeiro de 1998, tendo duração planejada de cinco meses. Cada entrevistador deverá realizar cinco entrevistas por semana. Ao final de cada semana, será feita reunião para entrega de material para a semana seguinte, calibragem das balanças e discussão de eventuais problemas. O supervisor do trabalho de campo ficará responsável pelo apoio aos entrevistadores durante a semana. A digitação começará duas semanas a partir do início do trabalho de campo, devendo ser feita duas vezes, por pessoas diferentes. Quando não houver concordância nas duas digitações, será feita a limpeza dos dados, usando-se como padrão o questionário em que tenha ocorrido menor número de erros. Após estas etapas, será feita uma análise univariada com descrição de frequências e, a seguir, a análise bivariada das variáveis independentes e dependente. Para a análise multivariada

final, será usada Regressão Logística, de acordo com o modelo de análise proposto. Ao final, serão redigidos dois artigos a partir dos achados destas análises.

MATERIAL

Serão utilizados os seguintes materiais:

- 15.000 folhas para impressão do questionário, confecção das folhas de conglomerado, crachás e cartas de apresentação
- Lápis, apontadores e borrachas para preenchimento do questionário
- Dez pranchetas
- Dez balanças de banheiro
- Dez antropômetros
- Computador para digitação e análise de dados
- Disquetes para computador
- Tinta para impressora
- Envelopes para arquivo dos questionários
- Filmes fotográficos para documentação do trabalho

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Será usado o programa EPINFO 6.02 para a digitação dos dados e o programa SPSS for Windows 6.01 para a análise dos dados.

Após a digitação e limpeza dos dados, será feita a análise univariada com medidas de tendência central e de dispersão das variáveis estudadas, e a análise bruta das variáveis independentes com o desfecho. Para a análise multivariada, será usado o modelo hierarquizado da Figura 2.

Será considerado significativo um valor de $p \leq 0,20$ para fatores de confusão e um valor de $p \leq 0,05$ para fatores de risco permanecerem no modelo final da análise multivariada.

ORÇAMENTO

- 15.000 folhas de papel e impressão dos questionários, manual de instruções e folhas de conglomerado : R\$ 5.000,00
- Material de escritório (lápiz, borrachas apontadores, pranchetas, envelopes) : R\$ 80,00
- 24 disquetes para computador : R\$ 15,00
- Tinta para impressora : R\$ 40,00
- Balanças de banheiro : R\$ 300,00
- Antropômetros : R\$ 100,00
- Dois filmes fotográficos 24 poses ASA 400 : R\$ 10,00
- Vales-transporte : R\$ 800,00
- Revisão bibliográfica : R\$ 400,00
- Computador para análise dos dados e impressora : R\$ 2.500,00

Custo total R\$ 9.200,00

CONTROLE DE QUALIDADE

Serão refeitos 5% dos questionários pelo supervisor do trabalho de campo da pesquisa, para controle de qualidade.

PRINCÍPIOS ÉTICOS

A participação dos entrevistados será voluntária, através de seu consentimento verbal. Os dados individuais obtidos pelos questionários serão mantidos em sigilo.

Para os entrevistadores, supervisor e secretário, será fornecido certificado de participação no trabalho.

CRONOGRAMA

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Revisão Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				
Projeto		x	x	x	x									
Treinamento						x								
Estudo Piloto						x								
Trabalho de campo						x	x	x	x	x				
Processa- mento							x	x	x	x				
Análise										x	x	x		
Redação											x	x	x	x

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Saad PM. Tendências e Conseqüências do Envelhecimento Populacional no Brasil. *in* A População Idosa e o Apoio Familiar. Informe Demográfico nº 24 ,São Paulo,1991.
- 2 Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e Conseqüências na Sociedade. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21:225-233.
- 3 Berquó E. Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil. Trabalho preparado para o Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional: Uma Agenda para o Fim do Século. Brasília, julho 1996.
- 4 Ramos LR, Veras RP, Kalache A..Envelhecimento Populacional: Uma Realidade Brasileira. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21:211-224.
- 5 Robine JM. Estimation de le Valeur de l'Espérance de Vie sans Incapacité pour les Pays Occidentaux au Cours de la Dernière Décennie: Quelle peut être l'Utilité de ce Nouvel Indicateur de l'État de Santé? *Rapp. Trimest. Statist. Sanit. Mond.* 1989; 42:141-150.
- 6 Nusselder WJ, van der Velden K, van Sonsbeek JLA, Lenior ME, van den Bos GAM. The Elimination of selected Chronic Diseases in a Population: The Compression and Expansion of Morbidity. *Am J Public Health* 1996; 86:187-194.
- 7 Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde. *Arq. Geriatr. Gerontol.* 1996; (1):81-89.
- 8 Chaimowicz F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31:184-200.
- 9 Veras RP. País Jovem com Cabelos Brancos – A Saúde do Idoso no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.
- 10 Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do Idoso em Área Metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de um Inquérito Domiciliar. *Rev. Saúde Pública* 1993; 27:87-94.
- 11 Nagi SZ. An Epidemiology of Disability among Adults in the United States. *Milbank Q* 1976; 54:439-468.
- 12 Cohen A, Stessman J, Ginsberg GM, Issler C, Hammerman-Rozenberg R, Friedman R, Barid A, Haratz N, Svanborg A. The Jerusalem Seventy Year Olds Longitudunal Study: II Background Results from the Initial Home Interview. *Eur J Epidemiol* 1995; 11:685-692.
- 13 Stessman J, Hammerman-Rozenberg R, Svanborg A. Findings from Longitudinal Cohort Studies: Gothenburg and Jerusalem. *Isr J Med Sci* 1996; 32:607-610.

-
- 14 Hsieh RL, Lein IN, Lee WC, Lee TK. Disability Among the Elderly of Taiwan. *Am J Phys Med Rehabil* 1995; 74: 370-374.
 - 15 Scerr PA, Albert MS, Funkenstein HH, Cook NR, Hennekens CH, Branch LG, Ehite LR, Taylor JO, Evans DA. Correlates of Cognitive Function in an Elderly Community Population. *Am J Epidemiol* 1988; 128:1084-1101.
 - 16 Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson ME, Greer D, Katz S. Risk of Functional Decline among Well Elders. *J Clin Epidemiol* 1989; 42:895-904.
 - 17 Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors Associated with Change in Physical Functioning in the Elderly. *J Aging Health* 1993; 5:140-153.
 - 18 Kelly-Hayes M, Jette AM, Wolf PA, D'Agostino RB, Odell PM. Functional Limitation and Disability among Elders in the Framingham Study. *Am J Public Health* 1982; 82:841-845.
 - 19 Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful Aging: Predictors and Associated Activities. *Am J Epidemiol* 1996; 144:135-141.
 - 20 Stewart A, Hays RD, Wells KB, Rogers WH, Spritzer KL, Greenfield S. Long-Term Functioning and Well-Being Outcomes Associated with Physical activity and Exercise in Patients with Chronic Conditions in the Medical Outcomes Study. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:719-73.
 - 21 Fraser Ge, Singh Pn, Bennett H. Variables Associated with Cognitive Function in elderly: California Seventh-day Adventists. *Am J Epidemiol* 1996; 143:1181-1190.
 - 22 Reuben DB, Valle LA, Hays RD, Siu AL. Measuring Physical Function in Community-dwelling Older Persons: A Comparison of Self-Administered, Interviewer-Administered and Performance Based Measures. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43:17-23.
 - 23 Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP. The Hierarchical Relationship between Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. *J Chron Dis* 1987; 40:481-489.
 - 24 Fried LP, Bandeen-roche K, Williamson JD, Prasada-Rao P, Chee E, Tepper S, Rubin GS. Functional Decline in Older Adults: Expanding Methods of Ascertainment. *J Gerontol* 1996; 51A:M206-M214.

-
- 25 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report. *J Psychiat Res* 1983; 17(1):37-49.
 - 26 Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-Mental State Examination: a Comprehensive Review. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40:922-935.
 - 27 Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational level. *JAMA* 1993; 269:2386-2391.
 - 28 Katz S. Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility, and Instrumental Activities of Daily Living. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31:721-727.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

**O PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS DA REGIÃO URBANA DE
PELOTAS E ALGUNS DE SEUS DETERMINANTES**

Realizado no período de janeiro de 1998 a outubro de 1998, na área urbana da
cidade de Pelotas, RS

SELEÇÃO DOS ENTREVISTADORES

Após a elaboração do instrumento, foram selecionados 14 alunos do curso de Medicina e uma aluna do curso de Enfermagem para a realização do trabalho de campo. Depois do quinto mês do trabalho de campo, foram selecionados outros dez estudantes do curso de Medicina, sendo que seis destes foram utilizados para a aplicação do questionário do controle de qualidade. Essa seleção aconteceu porque houve desistência de seis entrevistadores originais. Todos os entrevistadores foram submetidos ao mesmo programa de treinamento, com duração de cinco dias, descrito a seguir. Quatro dos entrevistadores eram bolsistas do Departamento de Medicina Social, sendo, os demais, voluntários. A cada entrevistador participante foi oferecido certificado pela participação na pesquisa.

TREINAMENTO DOS ENTREVISTADORES

PRIMEIRO DIA

Os dois projetos a serem realizados foram apresentados aos entrevistadores, assim como esclarecimentos sobre o trabalho de campo, material utilizado e período de duração. A seguir, foram apresentados os manuais de instruções e os questionários, e feita a leitura destes.

SEGUNDO DIA

Foram distribuídos, a cada dupla de entrevistadores, questionários em branco para que fossem aplicados entre eles, com posterior discussão. No mesmo dia, também foram explicadas as técnicas para aferição da pressão e medidas de peso e altura, com posterior treinamento das medidas.

TERCEIRO DIA

Os entrevistadores aplicaram os questionários externamente, em familiares ou pessoas conhecidas nas quais os critérios de inclusão se aplicavam.

QUARTO DIA

Pela manhã, foi discutida a aplicação dos questionários e as dificuldades surgidas, e à tarde foi visitado um setor censitário para treinamento da escolha dos domicílios.

QUINTO DIA

Prosseguiu-se com a visita ao setor e aplicação de questionários sob supervisão.

ESTUDO PILOTO

Após o sorteio dos setores da pesquisa, foram selecionados outros dois setores para a realização do estudo piloto, um em área central da cidade, e outro em área periférica. A escolha dos domicílios foi realizada conforme descrito anteriormente (escolhendo-se 60 domicílios em cada setor de forma sistemática, usando-se cada quinto domicílio). Os setores escolhidos para o estudo piloto foram no bairro Fragata e centro da cidade. O estudo piloto ocorreu em dois dias e identificou sete pessoas com 60 anos de idade ou mais, no setor localizado na periferia, sendo que todas responderam ao questionário, e 16 pessoas da mesma faixa etária no setor central, sendo que apenas sete pessoas responderam o questionário. Nesse setor também houve um grande número de casas em que os moradores estavam em férias ou trabalhando.

Após a aplicação dos questionários, foram analisados e seus dados digitados em um banco de dados para que se pudessem observar algumas distribuições de frequências e falhas no preenchimento dos dados.

TRABALHO DE CAMPO

O trabalho de campo foi iniciado em 29 de janeiro de 1998, com quinze entrevistadores selecionados. Em junho de 1998, foram incluídos outros dez entrevistadores, e o trabalho de campo foi encerrado em 31 de outubro de 1998. Durante o trabalho de campo, foram realizadas reuniões semanais com os entrevistadores e,

posteriormente, quinzenais, nas quais eram discutidos aspectos da aplicação do questionário e sua codificação.

A própria pessoa com 60 anos de idade ou mais respondia ao questionário, ou uma outra pessoa da casa, quando aquela não tinha condições de respondê-lo – este julgamento ficou a cargo dos familiares ou de outro morador da casa, sendo que o idoso era sempre visto pelo entrevistador. Em alguns casos, o idoso respondeu ao questionário com ajuda de outra pessoa.

Ao final do trabalho de campo haviam sido visitados 2.591 domicílios, sendo que 56 desses estavam, na realidade, desocupados, obtendo-se essa informação posteriormente; nesses domicílios, foram identificados 8.023 habitantes, com 991 destes tendo 60 anos de idade ou mais. Foram obtidos 818 questionários, ocorrendo quatro óbitos durante o período, uma hospitalização, sem que a pessoa fosse encontrada posteriormente, uma internação permanente em casa geriátrica e 167 perdas/recusas (Figura 1).

CONTROLE DE QUALIDADE

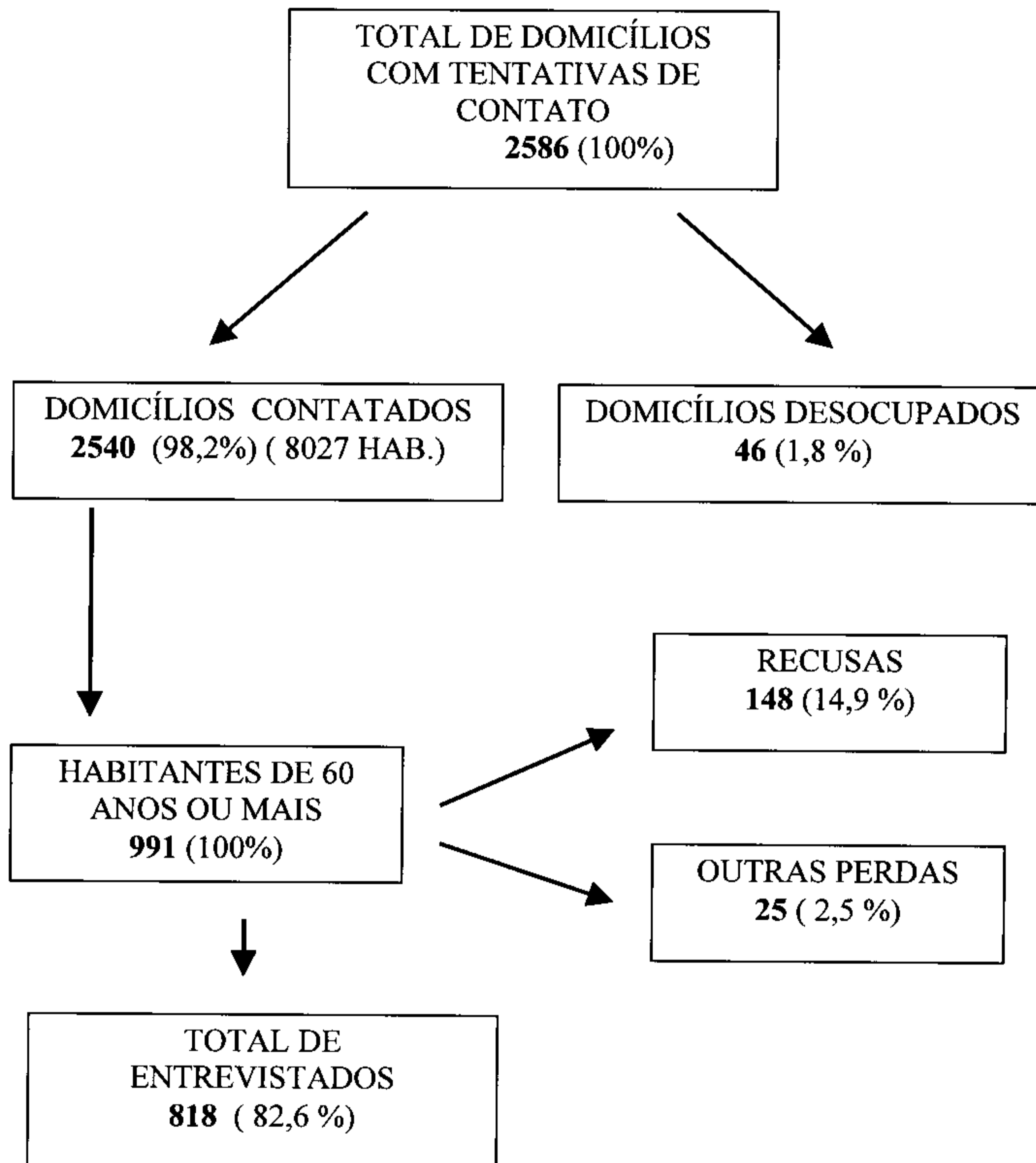
O controle de qualidade foi realizado em 5% dos entrevistados, escolhidos de forma sistemática.

CODIFICAÇÃO, DIGITAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A codificação dos questionários foi feita pelos próprios entrevistadores antes da entrega dos questionários, e revisada, posteriormente, pelos coordenadores da pesquisa. A codificação dos medicamentos foi feita utilizando-se os números do RENAME. Os questionários foram digitados em um banco de dados do programa EPIINFO 6.02, após a codificação. Cada questionário foi digitado duas vezes, em arquivos diferentes, com posterior comparação e correção dos erros existentes na digitação.

A análise dos dados foi feita pelos programas SPSS for Windows e STATA.

FIGURA 1 – Resultados do trabalho de campo



PERDAS E RECUSAS

A partir do terceiro mês do trabalho de campo, foi observado que havia um maior número de recusas do que o esperado, entre os participantes da pesquisa. Esses domicílios foram, então, revisitados pelos coordenadores da pesquisa. Como foi detectado que era difícil reverter as recusas, mesmo com a presença dos coordenadores da pesquisa, decidiu-se fazer um questionário reduzido, ao qual outros habitantes da casa, ou mesmo vizinhos, deveriam responder (Anexo3). O objetivo era obter um mínimo de informações que permitissem avaliar as características das pessoas que se recusaram a participar da pesquisa. Alguns desses dados serão apresentados a seguir, comparando-os com aqueles encontrados na amostra dos que responderam ao questionário.

Houve 148 recusas e 25 perdas (óbitos, viagem, mudança de casa). Foi possível obter o número de moradores no domicílio e os setores censitários para todas as perdas e recusas; a idade, em 53 casos, o sexo, em 99 casos.

As recusas foram mais frequentes em domicílios onde havia, em média, 2,5 habitantes (total dos domicílios com média de 3,2 habitantes; domicílios com idosos, 3,4 habitantes e domicílios com idosos onde não houve recusa, 3,6 habitantes).

Em oito setores da cidade, houve número de perdas e recusas igual ou maior do que 5% do total de idosos encontrados neles. Estes setores localizavam-se na zona central da cidade, e as pessoas entrevistadas tinham média de renda mensal maior do que a média geral do estudo.

A distribuição do sexo entre as recusas foi semelhante à encontrada entre os respondentes (61% mulheres e 39% homens). A idade média dos respondentes foi mais baixa do que a idade média dos que se recusaram a responder ao questionário (69,7 e 71,6 anos, respectivamente, com diferença estatisticamente significativa). Em 48 dos questionários reduzidos, foi possível obter a informação sobre presença ou não de doença no idoso, sendo que em 66,7% das vezes, esta presença foi referida.

Com o objetivo de considerar a amostra obtida representativa, foi realizada uma comparação com outros estudos de base populacional feitos em Pelotas e com dados do IBGE (Tabela 1). Observa-se que a distribuição dos sexos, estado civil e escolaridade foram semelhantes entre os estudos, mas a distribuição da idade mostrou diferença em alguns grupos etários.

TABELA DE COMPARAÇÃO DE DADOS

	IDOSOS* (%) n=818	BC# (%) n=337	p	SM [¶] (%) n=240	p	IBGE‡ (%) n=5061	p	IBGE† (%) N=31099	p
SEXO									
Masculino	315 (38,51)	131(38,87)		93 (38,75)		2007 (39,66)		12158 (39,09)	
Feminino	503 (61,49)	206 (61,13)	0,90	147 (61,25)	0,95	3054 (60,34)	0,53	18941 (60,91)	0,73
COR									
Branca	705 (86,19)	284 (84,27)							
Não Branca	143 (13,81)	53(15,73)	0,40						
IDADE									
60 a 64 anos	236 (28,85)	121 (35,90)		73 (30,42)		1765 (34,65)		10041 (32,29)	
65 a 69 anos	218 (26,65)	102 (30,27)	0,57	64 (26,67)	0,79	1306 (25,80)	0,03	8069 (25,95)	0,15
70 a 74 anos	165 (20,17)	57 (16,91)	0,04	40 (11,87)	0,27	899 (17,76)	0,004	12989(41,77)	0,04
75 a 79 anos	11 (13,57)	27 (8,01)	0,002	35 (14,52)	0,03	535 (10,57)	>0,001		
80 anos ou mais	88 (10,76)	30 (8,90)	0,08	28 (11,66)	0,05	556 (10,99)	0,23		

ESTADO CIVIL									
Casado	436 (53,30)	175 (51,93)		130 (54,17)					
Viúvo	292(35,70)	118 (35,01)	0,96	78 (32,50)	0,50				
Separado/divorciado	43 (5,26)	21 (6,23)	0,50	13 (5,42)	0,97				
Solteiro	47 (5,74)	23 (6,82)	0,50	19 (7,92)	0,30				
ESCOLARIDADE									
Sem escolaridade	215 (26,28)	117 (34,72)		70 (29,17)					
1 a 4 anos	307 (37,53)	109 (32,34)	0,007	77 (32,00)	0,16				
5 a 8 anos	187(22,86)	69 (20,47)	0,03	48 (20,00)	0,26				
9 a 11 anos	30 (3,67)	12 (3,56)	0,40	21 (8,74)	0,01				
12 anos ou mais	75 (9,17)	30 (8,90)	0,21	24 (10,00)	0,94				
Sem informação	4 (0,45)								

* dados do presente estudo

Menezes AMB, Victora CG, Rigatto M. Prevalence and Risk Factors for Chronic Bronchitis in Pelotas, RS, Brazil: a Population-based Study. Thorax 1994; 49:1217-1221.

¶ Lima MS. Morbidade Psiquiátrica Menor e Consumo de Psicofármacos em Pelotas, RS. Dissertação para obtenção do título de Mestre em epidemiologia pela Universidade federal de Pelotas, 1995.

‡ dados do censo de 1991 referentes aos 49 setores censitários estudados.

† dados do censo de 1991, referentes a toda a cidade de Pelotas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

ARTIGO 1

**OS IDOSOS DA ZONA URBANA DA CIDADE DE PELOTAS, RS:
QUEM SÃO E COMO VIVEM**

Helena Barreto dos Santos¹
Ana Maria Baptista Menezes¹
Roberto Xavier Piccini²

1 – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

2 – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

RESUMO

Objetivos: Traçar um perfil demográfico e socioeconômico da população urbana com 60 anos de idade ou mais da cidade de Pelotas, RS, e avaliar alguns hábitos de vida, condições de saúde, utilização de serviços de saúde e seus custos, nesta população.

Métodos: Estudo transversal de base populacional com visita a 818 pessoas moradoras em 49 setores censitários sorteados aleatoriamente, de forma sistemática. Foi aplicado questionário com questões referentes as variáveis citadas. Para avaliação da depressão, foi utilizado o *Geriatric Depression Score* e, para o cálculo do Índice de Massa Corporal, foram medidos o peso e a altura dos entrevistados.

Resultados: A população estudada apresentou maior número de mulheres (61,5%) e inserção em estratos socioeconômicos mais baixos; 56,4% morava em domicílios multigeracionais. A prevalência de consumo atual de álcool e fumo foi de 14,1% e 13,5%, respectivamente. A amostra teve alta prevalência de doenças referidas (89%) e consultas no ano anterior (79,1%), porém boa percepção de saúde (48,2% considerou-a ótima, muito boa ou boa). As doenças mais frequentemente referidas foram problemas de coluna (54,4%), hipertensão arterial sistêmica (42,4%) e artrose ou artrite (37,2%). A depressão mostrou prevalência de 20%, com somente 17,2% dos mesmos usando antidepressivos, no momento da entrevista. A assistência ao idoso em caso de doença era prestada pelos filhos ou cônjuge, na maioria das vezes. Gastos com saúde, no mês anterior ao da entrevista, foram referidos por 613 pessoas, sendo que entre aquelas que recebiam até um salário mínimo por mês, estes gastos representaram, em média, metade de seus rendimentos mensais.

Conclusões: Os idosos da amostra dispõem de bom suporte familiar e boa percepção de sua saúde; entretanto, seus baixos rendimentos, alta prevalência de doenças crônicas e falta de tratamento adequado em algumas situações são aspectos críticos nesta população.

Descritores: estudo transversal, idosos na comunidade, percepção de saúde, doenças crônicas, depressão, prevalência, uso de serviços de saúde, gastos individuais com saúde.

ABSTRACT

Objectives: To study the demographic and socioeconomic status of a urban population aged 60 years or more in Pelotas, RS, and evaluate some aspects of living habits, health status and health services use and their costs in this population.

Methods: A cross-sectional, population-based study of 818 community-dwelling elderly, was applied by an interviewer with an instrument that contained questions related to the data cited. Depression was diagnosed by the Geriatric Depression Score, and height and weight was measured to determine the Body Mass Index.

Results: The sample consisted of 61,5% women and the majority of the population had low socioeconomic status; 56,4% were living with their relatives, and the prevalence of alcohol and tobacco being currently consumed was low (14,1% e 13,5%, respectively). There was a high prevalence of referred chronic diseases (89%) and use of ambulatory services in the year before (79,1%), but their self-perception of health was good (48,2% referring it very good or good). Spine problems (54,4%), arterial hypertension (42,4%) and arthrosis or arthritis (37,2) were referred more frequently. Depression was present in 20% of the sample and only 17,2% of these were currently using antidepressive medication. Health care expenditures were referred by 613 elders, and in those who received one minimum income or even less in the last month these expenditures had represented half of their income, in media.

Conclusions: The elderly in the sample showed good familial support and good self-perception of health; otherwise, their low income, high prevalence of chronic diseases and lack of adequate treatment in some demands are critical aspects in this population.

Key words: cross-sectional study, community-dwelling elderly, health self-perception, chronic diseases, depression, prevalence, health services utilization, individual health expenditures.

INTRODUÇÃO

O aumento da população com 60 anos de idade ou mais está ocorrendo em todo o mundo; nos países de Terceiro Mundo, este fato vem acontecendo desde a década de 1950¹. No Brasil, de acordo com os dados da contagem populacional de 1996, existem 12.398.678 pessoas com 60 anos de idade ou mais (8% da população total). A principal característica desse crescimento, no Brasil, é a rapidez com que ocorre; as projeções para o início do próximo século estimam que cerca de 12% da população brasileira pertencerá a esse grupo etário².

Outra característica desse aumento é a maior proporção de mulheres nesta faixa etária, pelo excesso de mortalidade dos homens, em faixas etárias mais jovens³. É importante ressaltar que as mulheres estão inseridas em categorias socioeconômicas e culturais menos privilegiadas que os homens e, com maior frequência, são viúvas pela maior longevidade. Estes aspectos representam riscos maiores para a população feminina idosa^{3,4,5}.

A transição demográfica e a conseqüente repercussão epidemiológica implicam maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. A necessidade de destinar recursos para a assistência à saúde torna-se maior, pois sabe-se que a demanda aumenta e os custos do tratamento dessas doenças são altos^{6,7,8}. Alguns autores sugerem outros fatores, além da prevalência de doenças crônicas, a serem considerados como motivadores para o aumento do uso dos serviços de saúde por essa população, como a percepção negativa da própria saúde pelo idoso e a prevalência de incapacidade⁹ (esses fatores seriam conseqüências das doenças crônicas na população idosa, sendo que a prevalência de incapacidade aumentaria com o avançar da idade). Entretanto, é importante ressaltar que o processo de envelhecimento não necessariamente está associado a uma impossibilidade de prevenir e tratar as doenças, bem como de reabilitar os indivíduos de suas conseqüências^{10,11,12,13}. Mesmo assim, a qualidade dos cuidados de saúde da população mais velha e de doenças crônicas também é motivo de preocupação em países desenvolvidos como os Estados Unidos^{14,15,16}.

Outros aspectos a serem considerados com o aumento da população idosa são os custos do suporte social para esta população, o aumento da razão de dependência da

população idosa^{17,18} e o fato de que as condições econômicas deste segmento populacional são piores do que as da população economicamente ativa¹⁹. As modificações na estrutura familiar, com um maior número de famílias nucleares e um maior número de mulheres trabalhando fora de casa, fazem com que o idoso incapacitado encontre dificuldades de suporte por constituir uma carga maior para sua família²⁰. Acredita-se, então, que a população de idosos, em nosso país, enfrente dificuldades maiores do que os idosos de países desenvolvidos. Saad, em artigo publicado pela Fundação SEADE – SP, sugere que, “apesar de o envelhecimento populacional ser uma consequência da modernização, este pode transformar-se em um grave problema social”²⁰, levando-se em conta os efeitos adversos deste processo sobre o bem-estar da população idosa. Torna-se uma questão pertinente no Brasil, saber se o aumento em anos na expectativa de vida gera ganhos na qualidade de vida dos idosos^{21,22}.

Alguns estudos de base populacional foram realizados no Brasil, na última década, abordando, além da prevalência de doenças, aspectos socioeconômicos da população de idosos^{4,23,24}. Esses trabalhos identificaram doenças cardíacas, hipertensão e queixas articulares com elevada prevalência na população com 60 anos de idade ou mais. Também foi revelado, nesses estudos, que esta população tem nível de escolaridade e renda mensal baixos.

Os estudos no exterior mostram que as doenças cardiovasculares, reumatológicas e a diabetes têm prevalência alta nesta população, estando associadas com perda de capacidade funcional e de autonomia^{25,26,27,28}.

O presente artigo origina-se de um estudo transversal de base populacional, a partir de uma amostra de adultos com 60 anos de idade ou mais, da zona urbana de Pelotas, RS. São abordados aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida, bem como a percepção dos entrevistados sobre sua saúde, a prevalência de doenças crônicas referidas, o uso de serviços de saúde (consultas e hospitalizações), o consumo de medicamentos e as despesas destes indivíduos com saúde. As relações existentes entre as variáveis estudadas são exploradas de maneira a proporcionar um significado à descrição dessa amostra e a permitir o entendimento da realidade destas pessoas, contribuindo, desta forma, para o planejamento das

ações em saúde necessárias a este segmento da população, bem como a qualificação de seu cuidado individual .

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal de base populacional, tendo sido aplicado um questionário, padronizado e pré-codificado (Anexo 1), por alunos do curso de medicina, com questões que abrangiam aspectos socioeconômicos, estado de saúde, doenças referidas, atividades realizadas pelo idoso, depressão e cognição, além de serem medidos o peso e a altura do entrevistado, para o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC). Foram consideradas obesas as pessoas com IMC \geq 30 kg/m², segundo critério da Organização Mundial de Saúde (OMS). O instrumento utilizado para a avaliação de depressão foi o *Geriatric Depression Score* (GDS)²⁹, que consiste de 30 perguntas. Foram consideradas deprimidas as pessoas com escore 14 ou maior, no instrumento. A amostra foi selecionada de forma sistemática a partir de setores censitários do município, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Como critério de inclusão, foi usada a idade de 60 anos ou mais (critério de idoso em países do Terceiro Mundo, segundo a OMS), independentemente das condições de saúde do entrevistado. Se este não apresentasse condições de responder ao questionário, outra pessoa da casa podia ajudá-lo ou mesmo responder totalmente, exceto para as questões sobre depressão e cognição. Foi usado como critério de exclusão a habitação em asilos ou casas geriátricas.

O cálculo da amostra foi realizado considerando-se uma prevalência de 10 a 20% nas exposições estudadas, prevalência do desfecho de 20% com nível de confiança de 95% e poder de 80%. O número de entrevistas necessárias foi de 607, sendo acrescentadas 10% para perdas e 20% para controle dos fatores de confusão. O número alcançado foi de 790 pessoas. A partir deste número, e de acordo com dados do IBGE sobre a cidade de Pelotas, foi calculado que o número de setores censitários necessários seriam 40, com sorteio de 60 domicílios em cada um deles. Tanto os setores como os domicílios foram sorteados de forma sistemática. O trabalho de campo do presente projeto foi realizado em conjunto com outro

estudo sobre adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica, sendo visitados, para ambos, 49 setores com 60 domicílios em cada.

Para o cálculo do tamanho de amostra e a digitação dos dados dos questionários, foi utilizado o programa EPINFO 6.02.

A coleta dos dados do trabalho de campo foi feita no período de fevereiro até outubro de 1998; as análises estatísticas foram realizadas usando-se o programa SPSS for Windows.

RESULTADOS

A população urbana da cidade de Pelotas apresenta 29.525 pessoas com 60 anos de idade ou mais. A amostra de base populacional identificada para o presente estudo foi de 991 pessoas nesta faixa de idade; destas, 818 responderam ao questionário, passando a constituir a amostra estudada. Entre aquelas pessoas que não responderam, 148 foram recusas; das demais, 25 viajaram, faleceram ou foram hospitalizadas após o primeiro contato com o domicílio.

Entre as 818 pessoas entrevistadas, 89,4% responderam ao questionário sem qualquer auxílio, 6,4% receberam ajuda de outra pessoa e, em 4,2% dos casos, outra pessoa respondeu a todo o questionário pelo idoso. Os motivos mais freqüentes da impossibilidade de resposta foram doença (17,3%) e déficit cognitivo (31,8%).

As perdas foram mais freqüentes em setores censitários da cidade onde havia domicílios com maior renda mensal. Quando foi possível obter informações sobre as características destas pessoas, foi observado que a distribuição dos sexos era semelhante à distribuição dos que responderam e a idade média, maior.

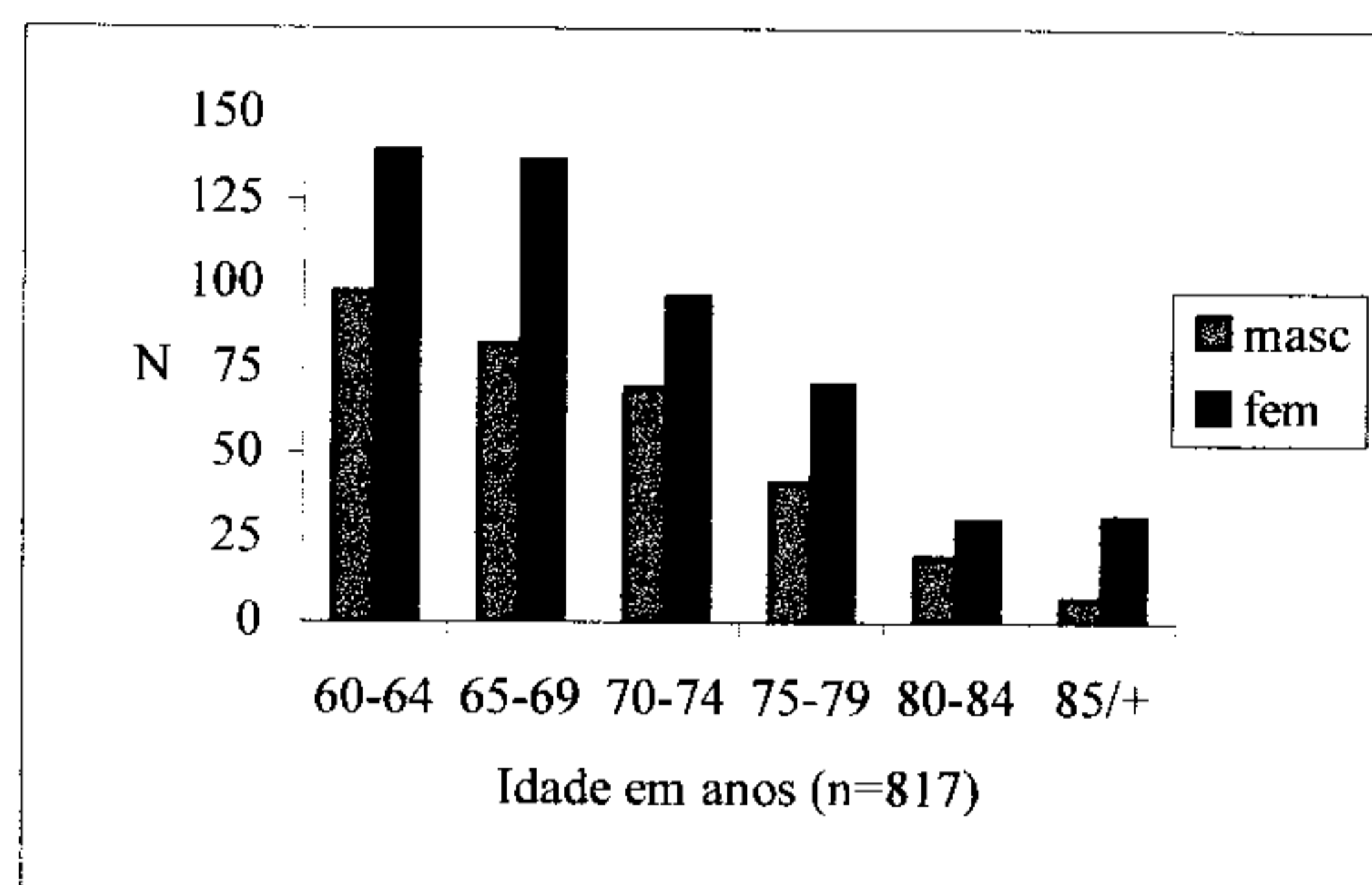
A amostra estudada ficou composta por 503 (61,5%) mulheres e 305 (38,5%) homens. A idade dos entrevistados variou de 60 a 97 anos, com média de 69,7 (desvio padrão 7,3) e moda de 62 anos. Em um caso, a idade do entrevistado foi desconhecida. Em relação à cor da

pele, 705 (86,2%) pessoas eram brancas e 113 (13,8%), não-brancas. A Figura 1 mostra as categorias de idade dos entrevistados estratificadas de acordo com o sexo. Em todas as faixas de idade, a proporção de mulheres na amostra foi maior que a de homens.

A observação do estado civil revelou que a maioria dos entrevistados era casada ou vivia com companheiro (53,3%), sendo os viúvos o segundo grupo mais freqüente (35,7%).

Figura 1 – Distribuição da idade dos entrevistados, segundo o sexo dos entrevistados.

Pelotas, RS – 1998



A distribuição dos entrevistados, conforme as variáveis socioeconômicas, está apresentada na Tabela 1. Merece atenção o fato de 64,1% dos indivíduos não terem freqüentado a escola ou apresentarem até 4 anos de escolaridade, bem como a distribuição de renda, tanto individual quanto *per capita* (p.c.), que mostrou 43% da amostra ganhando até um salário mínimo, no mês anterior ao da entrevista.

A Tabela 1 mostra ainda que 56% da amostra residia em domicílios multigeracionais (domicílios onde o idoso mora com filhos, netos ou pais). Nesses domicílios, a renda do idoso representou, em média, 54% do total de rendimentos da família (desvio padrão de 35,1%), no mês anterior ao da entrevista.

Tabela 1 – Variáveis socioeconômicas, número de habitantes por domicílio e tipo de domicílio dos idosos. Pelotas, RS – 1998

VARIÁVEL	N (%)
Escolaridade #	
9 anos ou mais	105 (12,9)
5-8 anos	187 (23,0)
1-4 anos	307 (37,7)
Não estudou	215 (26,4)
Renda individual # *	
Até 1 SM	350 (43,5)
1,01 a 3 SM	236 (29,4)
3,01 SM ou mais	218 (27,1)
Renda p. c. do domicílio # *	
Até 1 SM	351 (43,4)
1,01 SM a 3 SM	296 (36,6)
3,01 SM ou mais	162 (20,0)
Nº total de habitantes no domicílio	
1 hab.	96 (11,7)
2 hab.	300 (36,7)
3-5 hab.	344 (42,0)
6/+ hab.	78 (9,5)
Domicílio multigeracional	
Não	357 (43,6)
Sim	461 (56,4)

valores ignorados < 2,0%

* SM= salário mínimo, R\$ 130,00.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos entrevistados conforme hábitos de vida. Observou-se que a maioria dos idosos não faz uso de álcool e de fumo, atualmente. Entretanto, deve ser ressaltado que quase metade da amostra foi fumante ou ainda era no momento da entrevista. Quanto ao uso de álcool, 30% usou ou persistia no uso de álcool. Trinta por cento dos entrevistados referiu praticar algum exercício, e 25%, participar de algum tipo de associação (religiosa, comunitária, de terceira idade, assistencial, política ou esportiva).

Tabela 2 – Hábitos de vida dos idosos. Pelotas, RS – 1998

VARIAVEL	N (%)
Uso de álcool	
Nunca usou	553 (67,7)
Uso no passado	149 (18,2)
Uso atual	115 (14,1)
Tabagismo	
Nunca usou	465 (56,8)
Uso no passado	243 (29,7)
Uso atual	110 (13,5)
Prática de exercícios	
Não faz	571 (70,1)
< de 5 anos	123 (15,1)
5 anos ou mais	121 (14,8)
Participa em associações	
Não	611 (74,7)
Sim	207 (25,3)

As Figuras 2 e 3 mostram a frequência de contato dos idosos da amostra com seus filhos (entre os 739 idosos que tinham filhos) ou parentes e amigos. A maioria declarou ver seus filhos diariamente, sendo que somente 3,5% os via menos de uma vez por mês. Em relação aos amigos e parentes, 54,5% afirmaram ter contato de, no mínimo, uma vez por semana.

Figura 2 – Frequência de contato com filhos entre os idosos da amostra (n=739).
Pelotas, RS – 1998

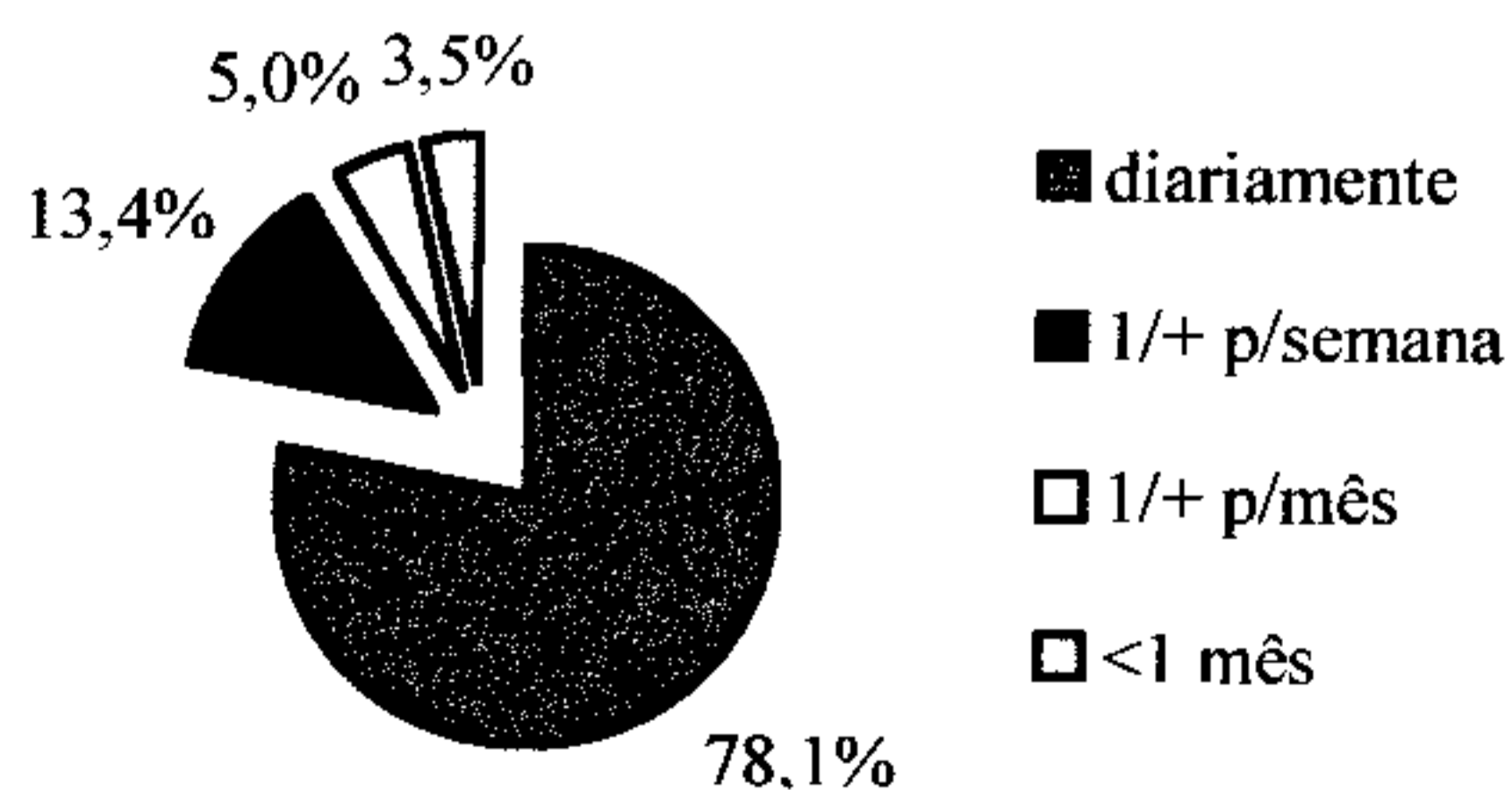
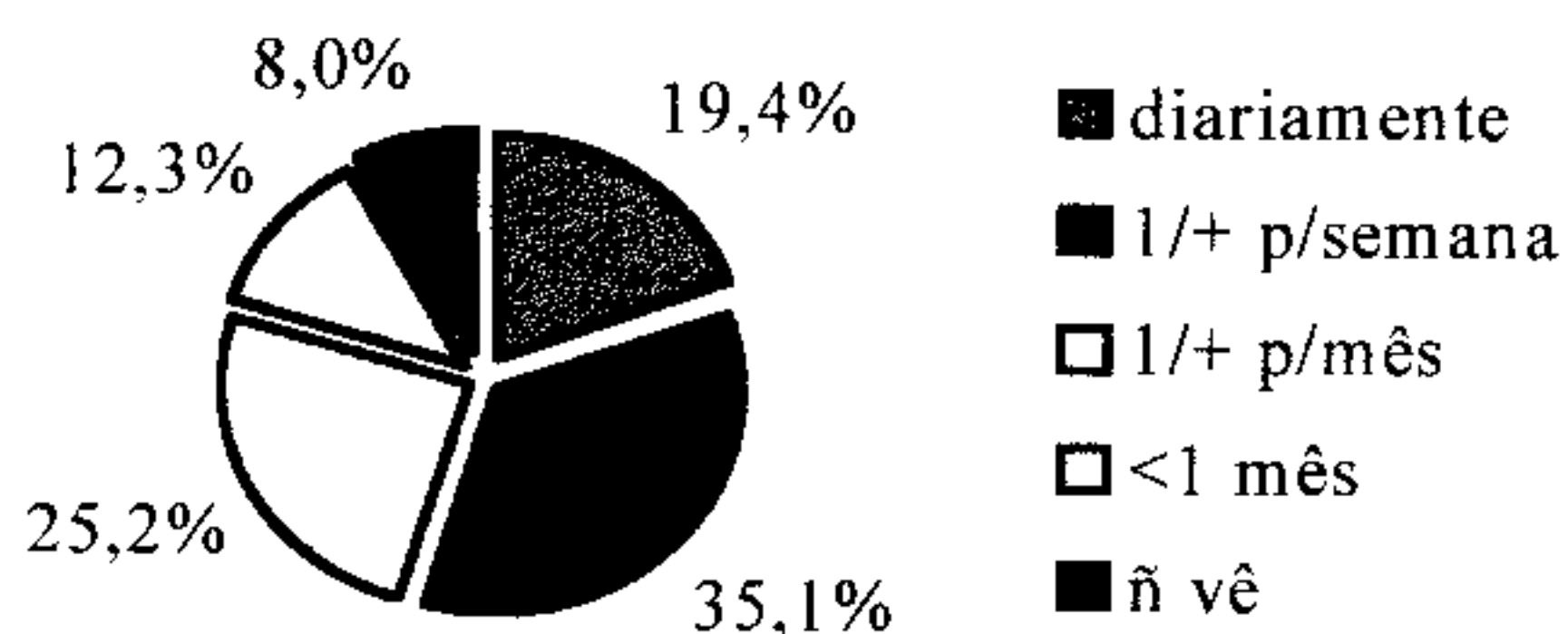


Figura 3 – Frequência de contato com amigos e parentes entre os idosos da amostra (n=818).

Pelotas, RS – 1998



Quanto às limitações apresentadas pelos componentes da amostra, 297 (36,3%) indivíduos apresentavam déficit auditivo; 257 (31,4%), déficit visual; 133 (16,3%), incontinência urinária eventual; e 34 (4,2%), incontinência urinária constante.

A ocorrência de uma ou mais quedas no último ano esteve presente em 281 (34,4%) pessoas.

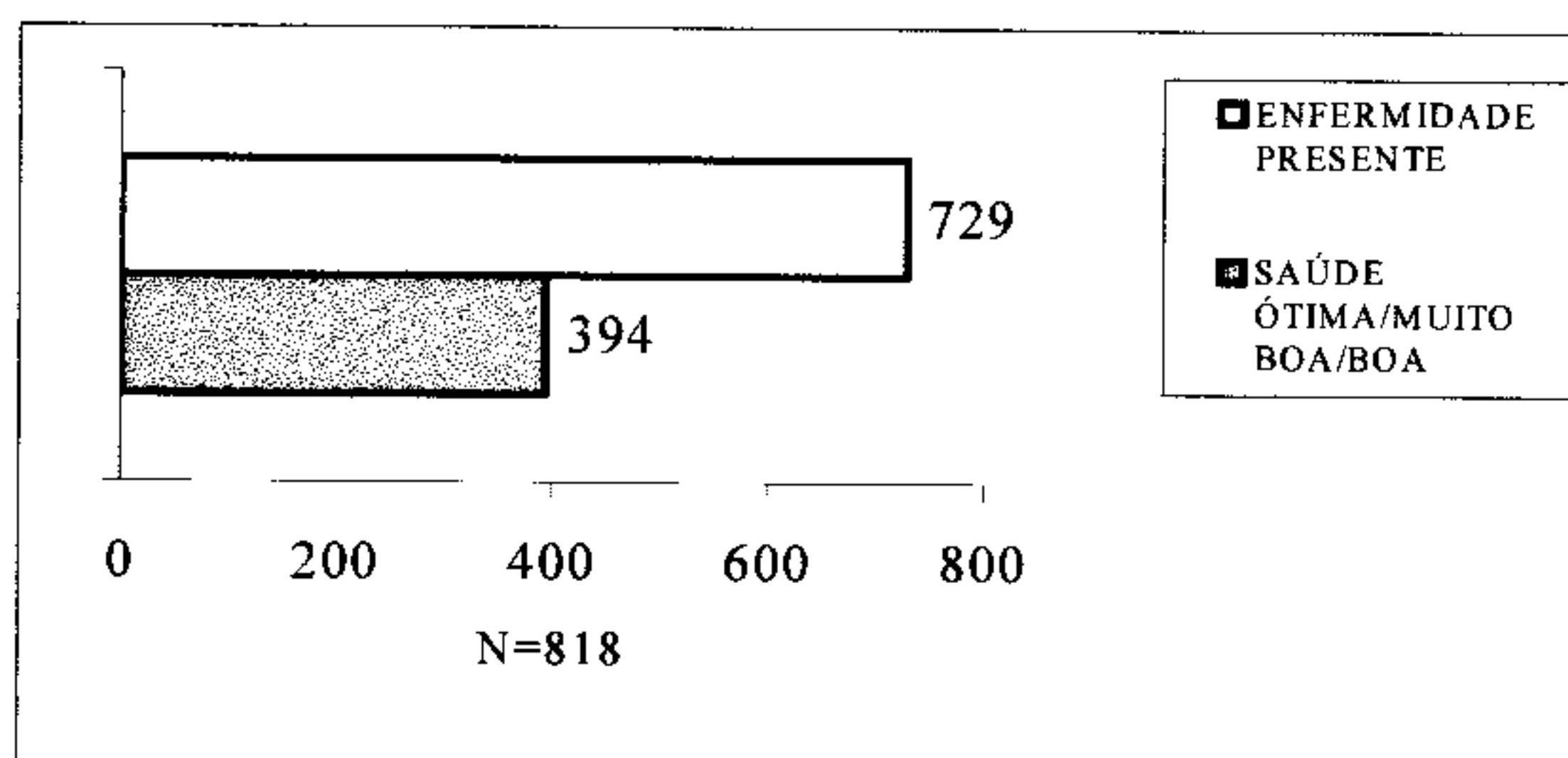
Os idosos consideraram sua saúde como ótima/muito boa em 9,1% e como boa em 39,1%, enquanto 33,1% a consideraram regular e 18,7%, ruim.

A Figura 4 ilustra a percepção positiva da própria saúde entre os entrevistados com uma ou mais doenças referidas. Apesar de a presença de uma ou mais doenças ter sido citada por 89% dos idosos, em 48% das vezes eles consideraram sua saúde boa ou ótima.

Os idosos afirmaram ter consultado, no ano anterior, em 79,1% das vezes, e 14,8% tiveram hospitalizações nesse período. Quanto ao uso de medicamentos, 75,3% os usavam no momento da entrevista.

Figura 4 - Presença de enfermidade e percepção positiva da saúde entre os idosos.

Pelotas, RS – 1998



A prevalência de algumas doenças crônicas referidas está apresentada na Tabela 3. Como portadores de artrose ou artrite, foram considerados os idosos que afirmaram ter reumatismo e/ou artrite no questionário; como portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), aqueles que mencionaram enfisema e/ou bronquite. Observou-se que os problemas ósteo-articulares foram os mais referidos pelos idosos, seguidos de doenças cardiovasculares.

Tabela 3 – Prevalência de doenças crônicas referidas pelos idosos.

Pelotas, RS – 1998

VARIÁVEIS	N (%)
Problema de coluna	445 (54,4)
HAS †	347 (42,4)
Artrose / artrite	304 (37,2)
Angina	154 (18,8)
DPOC	142 (17,4)
DM *	129 (15,8)
Insuficiência Cardíaca	124 (15,2)
AVC #	73 (8,9)
Asma	38 (4,6)
Doença de Parkinson	18 (2,2)

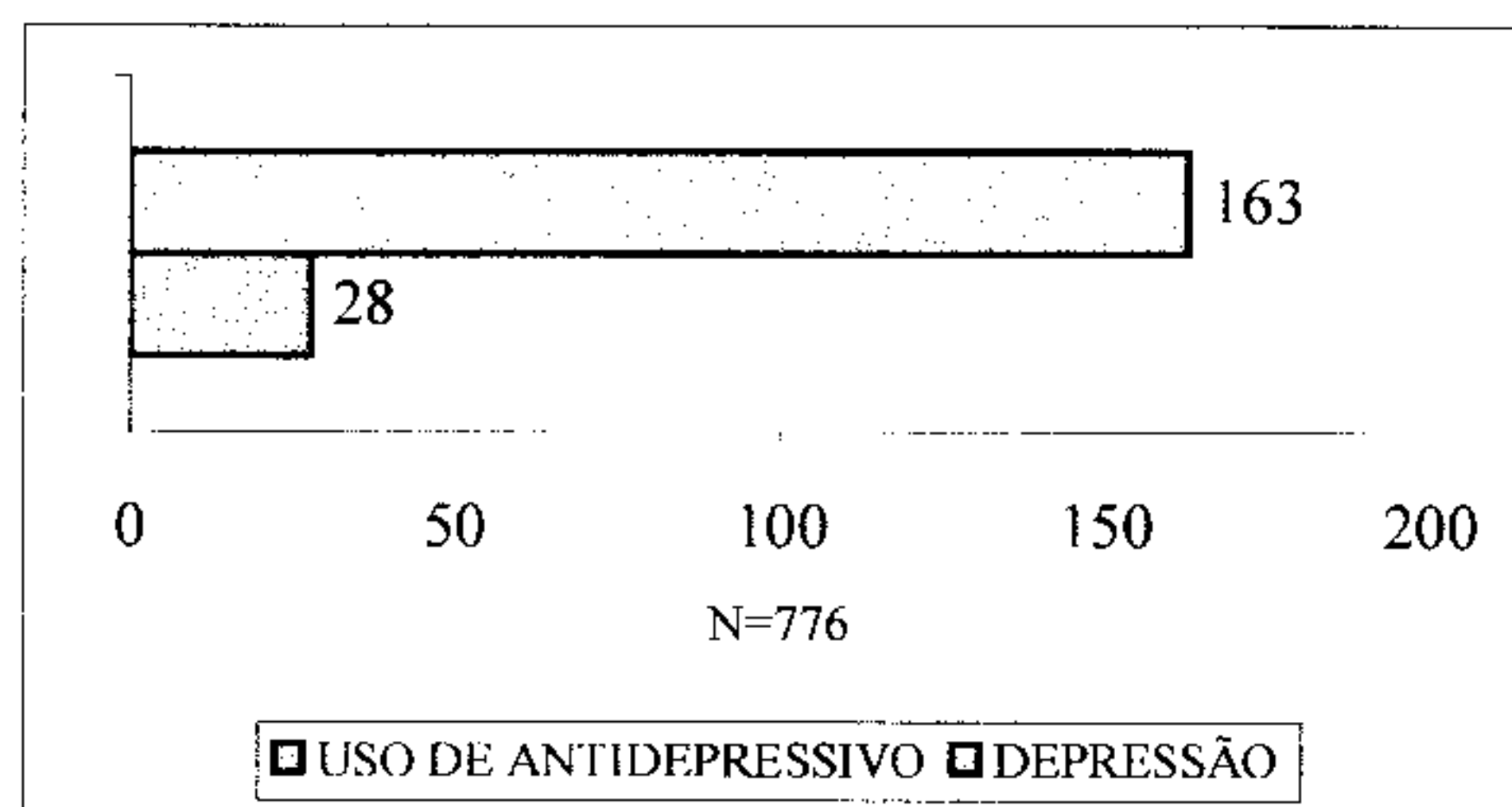
† Hipertensão Arterial Sistêmica

* Diabetes Melitus

Acidente Vascular Cerebral

A depressão foi avaliada em 776 pessoas da amostra e, entre essas, 163 (20%) apresentaram diagnóstico positivo. Destas, somente 28 tinham usado medicamento anti-depressivo, no último mês (17,2% dos casos), conforme ilustra a Figura 5.

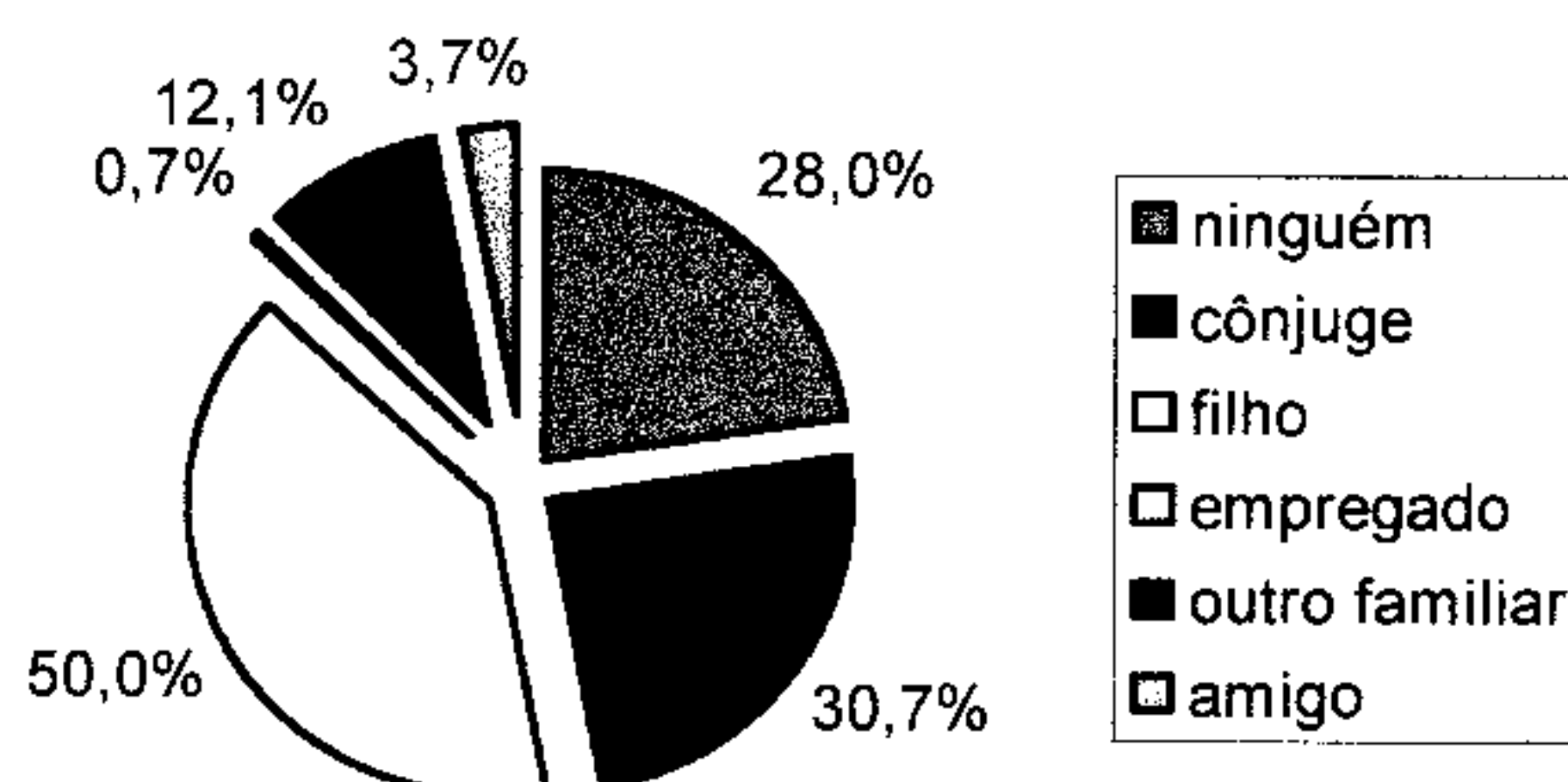
Figura 5 – Depressão e uso de antidepressivos entre os idosos. Pelotas, RS – 1998.



Em 761 idosos, foram feitas medidas antropométricas; entre esses, 242 (31,8%) apresentaram obesidade.

A Figura 6 mostra quem prestava assistência ao idoso em caso de doença, sendo observado que, na maioria das vezes, esta era prestada pelos filhos ou cônjuge.

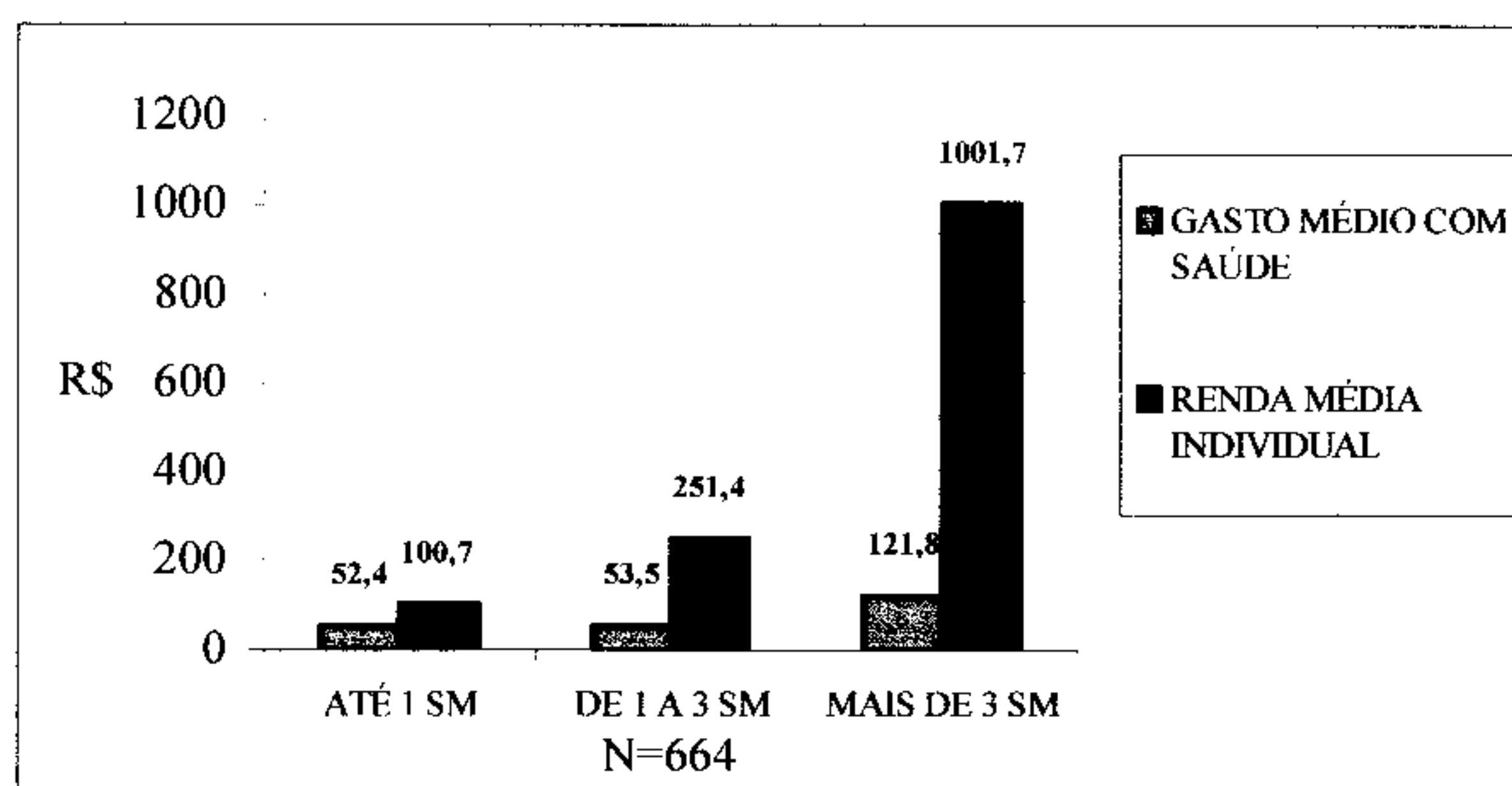
Figura 6 – Suporte ao idoso doente. Pelotas, RS – 1998.



Seiscentos e sessenta e quatro idosos citaram uso de serviços de saúde, realização de exames ou uso de medicamentos no último mês, sendo que, entre estes, 613 (92,3%) tiveram algum gasto com saúde nesse período.

A Figura 7 ilustra a média de gastos mensais dos entrevistados com saúde, em relação à média de renda (ambas em reais) nas três categorias de renda apresentadas.

Figura 7 – Relação entre renda média individual e gasto médio com saúde no mês anterior – valores em R\$. Pelotas, RS –1998.



DISCUSSÃO

O delineamento transversal utilizado no presente estudo tem como vantagens a rapidez e os custos baixos. Entretanto, apresenta como limitações a dificuldade em determinar-se causalidade, pelo fato de os dados serem coletados em um único momento do tempo (causalidade reversa), o viés de memória e as perdas e recusas.

Os resultados aqui obtidos descrevem uma população idosa na qual predominam as categorias socioeconômicas menos privilegiadas, dispendo de suporte familiar, na maioria das vezes, e com utilização freqüente de serviços de saúde. Esta população apresenta prevalência alta de doenças crônico-degenerativas, apesar de possuir uma autopercepção

positiva da saúde. Quarenta por cento dessa população gasta, em média, metade dos seus rendimentos mensais com saúde e, em situações freqüentes, como a depressão, não possuem o problema abordado da forma preconizada como adequada pelo conhecimento médico atual³⁰.

O fato de as perdas e recusas neste estudo terem sido mais freqüentes em setores da cidade com maior renda, pode ter superestimado a prevalência de doenças crônicas, pois Ramos, em seu estudo, na cidade de São Paulo, encontrou uma percentagem maior de pessoas com uma ou mais doenças nas regiões com menor renda²³.

Neste artigo, foi usada a prevalência de doenças segundo a morbidade referida, o que permite um enfoque a partir da percepção da própria população sobre suas necessidades³¹. Um estudo realizado entre idosos, na Itália, comparou a prevalência de doenças crônicas captadas através da morbidade referida ou através do diagnóstico clínico³². Este estudo revelou que HAS, insuficiência cardíaca congestiva, angina e doença de Parkinson foram sub-referidos pela população.

Dois estudos de base populacional realizados em Pelotas na década de 90 mostraram, respectivamente, o diagnóstico de HAS em 46,9% dos indivíduos do segmento da amostra compreendido entre 60 a 69 anos de idade³³, e o de bronquite crônica em 12,8% das pessoas com 60 anos de idade ou mais³⁴. Estes valores são semelhantes ao referidos pela população no presente estudo.

A maior prevalência de mulheres na amostra está de acordo com os dados demográficos do Brasil e de outros países e reflete a maior expectativa de vida para as mulheres, principalmente, nos países desenvolvidos^{1,35}. Este fato pode ser conseqüência não só da menor mortalidade das mulheres devido a doenças cardiovasculares nas categorias de idade menos avançada, mas também porque estas, durante a vida, apresentam menor exposição a riscos no trabalho, têm condutas menos agressivas, utilizam mais os serviços de saúde e consomem menos tabaco e álcool⁶.

A escolaridade desta população é mais baixa do que a da população adulta total no Brasil. O país apresenta taxas de analfabetismo de 14,7% entre os maiores de 15 anos de

idade, na contagem populacional de 1996, enquanto entre os idosos da amostra houve uma prevalência de 26,3% de analfabetos, o que pode ser atribuído, entre outras causas, à oferta inadequada de educação, no passado, para estas gerações. Achados semelhantes são descritos em outros estudos no país^{23,24}.

Cerca de 40% dos entrevistados tinham renda mensal de até um salário-mínimo, o que representa um aspecto crítico para esta população. Mesmo com esta renda mensal baixa, nos domicílios multigeracionais da amostra, ela contribuiu, em média, com metade dos rendimentos da família. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1996 revelam que, nas famílias com idosos, entre 32 a 45% dos rendimentos da família é provido por estes³⁶, constituindo proporção discretamente inferior àquela revelada pelos idosos da zona urbana da cidade de Pelotas. A comparação destas proporções deve considerar o crescente desemprego da população economicamente ativa brasileira nos últimos anos como uma das explicações para a diferença constatada.

A informação de que pouco mais da metade dos idosos da amostra moram em domicílios multigeracionais contradiz as expectativas que existem a respeito dos arranjos familiares no país²⁰. Entretanto, Ramos salienta que este pode ser um arranjo de sobrevivência que, se por um lado pode abafar a demanda por cuidados médicos, sociais, hospitalares e asilares, tende a colapsar com o aumento de idosos dependentes que cada família poderá ter no futuro²³.

A revelação de que a maioria dos idosos têm companheiro e estabelece contato com filhos e amigos freqüentemente, é um achado positivo. Outros achados positivo são os de que 25% das pessoas da amostra participam em associações coletivas e a prática de exercícios está presente em 30% dos entrevistados. Manter-se não-isolado, participar na sociedade, ter atividades de lazer e de prevenção de doenças³⁷ são atitudes relacionadas ao “envelhecer bem”, sendo estimuladas por organizações que trabalham com a terceira idade, sejam governamentais ou não³⁸. O estudo de uma coorte de idosos, realizado nos Estados Unidos, mostrou que o engajamento social é fator protetor para o surgimento de déficit cognitivo³⁹.

A prevalência de idosos morando só foi semelhante à encontrada por Veras , no Rio de Janeiro (11,8%)⁴, e por Ramos, em São Paulo (10%)²³.

A presença de doenças nesta população foi alta, semelhante à encontrada em São Paulo, que mostrou 86% da amostra com, pelo menos, uma doença crônica²³. Um estudo realizado em Belo Horizonte, pela Fundação João Pinheiro, também encontrou prevalência de doenças referidas semelhante à da população de Pelotas. Naquela amostra, os problemas de coluna foram citados em 48% das vezes; hipertensão arterial sistêmica, em 46,9%; reumatismo, em 37,6%; diabete, em 12,3%; e os problemas de coração, em geral, em 29,8%. A depressão, também captada através de informação referida, teve prevalência de 32%²⁴, proporção superior à revelada na presente pesquisa.

No exterior, a prevalência de doenças crônicas entre idosos também é alta: uma análise da prevalência de doenças crônicas e seus custos, na população dos Estados Unidos, encontrou 88% das pessoas com 65 anos de idade ou mais com, no mínimo, uma doença crônica⁸. Na Itália, um estudo com idosos com 70 anos de idade ou mais, encontrou hipertensão arterial sistêmica em 36,2% da amostra, diabete em 14,0%, DPOC em 21,7%, AVC em 5,1%, problemas cardíacos em 33,2% e doença articular degenerativa em 62,5%²⁵.

Observa-se que a prevalência dessas doenças é maior nas categorias de idade mais avançada do que na população mais jovem, fato também observado em estudos no exterior, cuja explicação pode ser a transição epidemiológica que acompanha a transição demográfica^{2,3,19}.

O fato de os idosos considerarem sua saúde como boa ou muito boa, na maioria das vezes, mesmo com uma prevalência grande de doenças, causa surpresa. Entretanto, este dado também foi encontrado no estudo realizado pela Fundação João Pinheiro²⁴.

Um estudo longitudinal executado nos Estados Unidos mostrou que a incapacidade funcional relacionava-se melhor com a percepção de saúde, sendo que a maior incapacidade estava mais associada com uma percepção ruim da saúde⁴⁰. Assim, a percepção ruim da saúde

parece estar mais relacionada à falta de autonomia do que ao fato de ser portador de uma doença.

Ao contrário da percepção de saúde, que parece não ser muito influenciada pela prevalência de doenças crônicas, os custos com a saúde aumentam à medida que aumenta a prevalência dessas doenças. Não só os gastos públicos de investimento no setor da saúde, mas também, o que deve ser ressaltado, o gasto individual, principalmente se se considerar que essas doenças crônicas estão associadas a uma maior incapacidade funcional^{27,28,41}.

O custo para o sistema de saúde, do tratamento destas doenças, é maior^{8,42}, tanto ambulatorial como hospitalar. Além disso, muitas dessas pessoas necessitam de cuidados em asilos; países como os Estados Unidos, onde o sistema público paga internações crônicas em asilos⁴³, estão preocupados em encontrar um suporte comunitário para os idosos mais incapacitados, a fim de reduzir os gastos com estas pessoas⁴⁴.

Em termos de gastos com saúde, observou-se na população de idosos de Pelotas que, nas faixas de renda mais baixa, esses chegam a gastar metade de seu rendimento mensal com saúde. Além disso, entre consultas, hospitalizações, realização de exames e compra de medicamentos, poucos obtiveram a possibilidade de tratamento sem custos (7,7%). Este fato reflete a dificuldade em obter atendimento integral na rede de saúde pública e a deficiência no fornecimento de medicamentos pelo sistema público.

A depressão encontra-se associada a uma maior prevalência de doenças, maior grau de dependência nos idosos^{45,46} e a uma pior percepção de saúde⁴⁶. Veras encontrou prevalências de depressão grave que variaram de 19,7% até 35,1%, no Rio de Janeiro, sendo a taxa mais alta referente ao distrito com índices socioeconômicos piores. No presente estudo, a depressão apresentou prevalência alta, através do instrumento utilizado. Considerando que a maior parte dos idosos consultou no último ano, tendo possibilidade de diagnóstico, e que a depressão causa tantas conseqüências entre estes, qual seria a explicação para o pequeno número de pessoas deprimidas, usando drogas antidepressivas no tratamento desta doença, como preconizado pela literatura para uma parte significativa destas?

A prevalência de obesidade também foi alta nos idosos de Pelotas. Entretanto, o IMC tende a aumentar com a idade, devido às modificações de altura e peso relacionadas à idade, e às mudanças morfológicas da coluna vertebral por osteopenia e aumento da curvatura⁴⁷. Um estudo de base populacional, em 1992, encontrou em Pelotas uma prevalência de 34,1% de obesidade entre os adultos com 60 a 69 anos de idade⁴⁸.

Esta pesquisa permitiu uma avaliação das características dos idosos em Pelotas e de suas condições de vida. Além disso, mostrou aspectos desta população que necessitam de intervenções específicas, para que seja ampliada sua autonomia, assegurando uma vida com dignidade e qualidade.

Existem aspectos estruturais, como programas de acolhimento e resolução de problemas mais prevalentes nesta faixa etária, fornecimento de medicamentos para doenças crônicas, programas de reabilitação que permitam a redução de seqüelas de algumas enfermidades, suporte para o cuidado domiciliar do idoso com algum grau de incapacidade, bem como a socialização dos idosos, que exigem a atenção dos gestores da saúde, com o conseqüente investimento de verbas públicas, a curto e médio prazo.

No trato da saúde individual, é necessário que os médicos tenham uma visão mais ampla dos problemas de saúde desta população e das suas conseqüências, enfatizando a dimensão cuidadora da ação médica sobre os problemas que surgem com a transição demográfica e o contexto social contemporâneo.

Esse conjunto de ações, individuais e coletivas, certamente, proporcionarão uma justa e efetiva “*ampliação da autonomia e da qualidade de vida dos nossos idosos*”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O Envelhecimento da População Mundial. Um Desafio Novo. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21:200-10.
- 2 Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21:211-24.
- 3 Davies AM. Epidemiology and the Challenge of Ageing. *Intern J Epidemiol* 1985; 14: 9-21.
- 4 Veras RP. País Jovem com Cabelos Brancos. A Saúde dos Idosos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, UERJ, 1994.
- 5 Stuckelberger A. Men and Women Age Differently. *World Health* 1997; 4:8-9.
- 6 Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde. *Arq Geriatr Gerontol* 1996; (1):81-89.
- 7 Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of Community Care for Older People. *B J Psychiatry* 1997; 171:56-69.
- 8 Hoffman C, Riced D, Sung HY. Persons with Chronic Conditions. Their Prevalences and Costs. *JAMA* 1996; 276:1473-1479.
- 9 Blaum CS, Liang J, Liu X. The Relationship of Chronic Diseases and Health Status to the Services Utilization of Older Americans. *JAGS* 1994; 42:1087-1093.
- 10 Kalache A, Kicknush I. A Global Strategy for Healthy Ageing. *World Health* 1997; 4:4-5.
- 11 Howard G, Goff DC. A Call for Caution in the Interpretation of the Observed Smaller Relative Importance of Risk Factors in the Elderly. *Ann Epidemiol* 1998; 8:411-414.
- 12 Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Successful Aging: Predictors and Associated Activities. *Am J Epidemiol* 1996; 144 (2):135-141.
- 13 Young J. Rehabilitation and Older People. *BMJ* 1996; 313:677-681.
- 14 Premen AJ. Research Recommendations for Cardiovascular Aging Research. *JAGS* 1996; 44:1114-1117.
- 15 Kramer AM. Health Care for Elderly Persons – Myths and Realities. Editorial. *NEJM* 1995; 332:1027-1029.
- 16 Cohen AJ. Caring for the Chronically Ill: a Vital Subject for Medical Education. *Acad Med* 1998; 12:1261-1266.
- 17 Berquó E. Algumas Considerações Demográficas sobre o Envelhecimento da População no Brasil. Trabalho preparado para o Seminário sobre o Envelhecimento Populacional: uma Agenda para o Fim do Século. Brasília, 1-3 de junho de 1996.

-
- 18 The Council of Economic Advisers on the Challenge of an Aging Population. *Population and Development Review*. 1997; 23(2):443-451.
 - 19 Chaimowicz F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(2): 184-200.
 - 20 Saad PM. Tendências e Conseqüências do Envelhecimento Populacional no Brasil *in* informe Demográfico nº 24, 1991 “ A População Idosa e o Apoio Familiar”– São Paulo.
 - 21 Bonita R. Added Years, Onus or Bonus? *Lancet* 1997; 350:1167-1168.
 - 22 Schroll M. Does Increased Life Expectancy Imply Active Life Expectancy? *Dan Med Bull* 1992; 39:258-261.
 - 23 Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do Idoso em Área Metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. *Rev. Saúde Pública* 1993; 27(2):87-94.
 - 24 FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. População Idosa em Minas Gerais e Políticas de Atendimento. Belo Horizonte, 1993.
 - 25 Rozzini R, Frisoni GB, Ferruci L, Barbisoni P, Bertozzi B, Trabuchi M. The Effect of Chronic Diseases on Physical Function. Comparison Between Activities of Daily Living Scales and the Physical Performance Test. *Age and ageing* 1997; 26:281-287.
 - 26 Kaplan G, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors Associated with Change in Physical Functioning in the Elderly: A Six-Year prospective Study. *J Aging Health* 1993; 5(1):140-153.
 - 27 Raina P, Dukeshire S, Lindsay J, Chambers LW. Chronic Conditions and Disabilities Among Seniors: An Analysis of Population-Based Health and Activity Limitation Surveys. *Ann Epidemiol* 1998; 8:402-409.
 - 28 Markides KS, Stroup-Benham CA, Goodwin JS, Perkowski LC, Lichtenstein M, Ray LA. The Effect of Medical Conditions on the Functional Limitations of Mexican-American Elderly. *Ann Epidemiol* 1996; 6:386-391.
 - 29 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: a Preliminary Report. *J Psychiat Res* 1983; 17(1):37-49.
 - 30 Depaulo JR. Affective Disorders *in* Barker LR, Burton JR, Zieve PD. Principles of Ambulatory Medicine. 5th Edition, 1999. Williams & Wilkins. Baltimore.

-
- 31 Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das Condições de Saúde e de Vida da População Urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV – Morbidade Referida em Entrevistas Domiciliárias, 1983-1984. *Rev. Saúde Pública* 1991; 25(6):452-460.
 - 32 The Italian Longitudinal Study on Aging Working Group. Prevalence of Chronic Diseases in Older Italians: Comparing Self-reported and Clinical Diagnoses. *International Journal Epidemiology* 1997, 26:995-1002.
 - 33 Piccini RX, Victora CG. Hipertensão Arterial Sistêmica em Área Urbana do Sul do Brasil: Prevalência e Fatores de Risco. *Rev. Saúde Pública* 1994; 28:261-267.
 - 34 Menezes AMB, Victora CG, Rigatto M. Prevalence and Risk Factors for Chronic Bronchitis in Pelotas, RS, Brazil: a Population-based Study. *Thorax* 1994; 49:1217-1221.
 - 35 Veras RP, Ramos LR, Kalache A. Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e Conseqüências na Sociedade. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21(3):225-233.
 - 36 Souza MMC. A Importância dos Rendimentos dos Idosos nos Rendimentos das Famílias. Como Vai?, População Brasileira, IPEA, 1998; 1:7-13.
 - 37 OMS. Active Ageing. *World Health* 1997; 4.
 - 38 Vasconcellos MCG. AA Velhice na Sociedade Moderna: Imagens e Práticas Ideológicas. Estudo Antropológico do Movimento Social em Prol da Terceira Idade em Porto Alegre. Dissertação apresentada ao curso de pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Julho 1996.
 - 39 Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social Disengagement and Incident Cognitive Decline in Community-Dwelling Elderly Persons. *Ann Intern Med* 1999; 131:165-173.
 - 40 Hoeymans N, Feskens EJM, Kromhout D, Van Der Bos GAM. Ageing and the Relationship between Functional Status and Self-Rated Health in Elderly Men. *Soc Sci Med* 1997; 45(10):1527-1536.
 - 41 Manton KG. Past and Future Life Expectancy Increases at Later Ages: Their Implications for the Linkage of Chronic Morbidity, Disability and Mortality. *J Gerontol* 1986; 41(5): 672-681.
 - 42 Lubitz J, Beebe J, Baker C. Longevity and Medical Expenditures. *NEJM* 1995; 332(15): 999-1003.
 - 43 Kane RL. Improving the Quality of Long-term Care. *JAMA* 1995; 273 (17):1376-1380.
 - 44 Champion EW. New Hope for Home Care? *NEJM* 1995; 333 (18):1213-1214.
 - 45 Whooley M. Depression and Medical Illness. Editorial, *Ann Epidemiol* 1999; 9:281-282.

-
- 46 Beekman ATF, Deeg DJH, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W. Consequences of Major and Minor Depression in Later Life: a Study of Disability, Well-Being and Service Utilization. *Psychological Medicine* 1997; 27:1397-1409.
- 47 WHO. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Technical Report Series 854, WHO: Geneva; 1995.
- 48 Gigante DP, Barros FC, Post CLA, Olinto MTA. Prevalencia de Obesidade em Adultos e Seus Fatores de Risco. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(3):236-246.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM EPIDEMIOLOGIA

ARTIGO 2

**FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE FUNCIONAL EM
IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS DA POPULAÇÃO URBANA
DE PELOTAS, RS**

Helena Barreto dos Santos ¹

Ana Maria Baptista Menezes ¹

Roberto Xavier Piccini ²

1 – Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

2 – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de Incapacidade Funcional e fatores de risco associados em uma população de idosos da comunidade, em zona urbana da cidade de Pelotas, RS.

Métodos: Estudo transversal de base populacional em 818 adultos com 60 anos de idade ou mais, sendo aplicado um questionário com questões referentes a aspectos demográficos e socioeconômicos, aos hábitos de vida, à morbidade referida e à hospitalização no ano anterior. Para avaliação de déficit cognitivo foi aplicado o *Mini-Mental State Examination*, e a Incapacidade Funcional foi avaliada através das Atividades da Vida Diária. O desfecho foi definido como a necessidade de ajuda em três ou mais Atividades Instrumentais da Vida Diária. A amostragem foi aleatória e sistemática abrangendo 49 setores censitários da cidade.

Resultados: A Incapacidade Funcional esteve presente em 17% dos idosos. A análise multivariada com regressão logística mostrou, após controle para as variáveis do modelo hierarquizado os seguintes fatores de risco para Incapacidade Funcional: sexo feminino (RO 1,78, IC 95% 1,15-2,75), idade avançada (RO 14,48, IC 95% 7,59-2,75 nos idosos com 80 anos de idade ou mais), renda individual baixa (RO 2,18, IC 95% 1,22-3,9 para os que ganhavam até um salário mínimo), diabetes (RO 2,68, IC 95% 1,63-4,42), AVC (RO 3,9, IC 95% 2,12-7,14), hipertensão (RO 1,76, IC 95% 1,15-2,7), déficit visual (RO 1,64, IC 95% 1,04-2,57), incontinência urinária constante (RO 3,11, IC 95% 1,29-7,49) e hospitalização no ano anterior (RO 2,98, IC 95% 1,76-5,05). O consumo atual de álcool (RO 0,27, IC 95% 0,09-0,79) e a prática de exercícios (RO 0,61, IC 95% 0,33-1,14 para aqueles que praticavam exercícios há menos de cinco anos e RO 0,39, IC 95% 0,18-0,86 para os que praticavam há cinco anos ou mais) foram fatores protetores para a presença de Incapacidade Funcional.

Conclusões: A prevalência de Incapacidade Funcional nos idosos de Pelotas é semelhante à de outros estudos no Brasil, mas apresenta níveis um pouco mais elevados do que em países desenvolvidos. Os fatores de risco e protetores encontrados estão de acordo com os descritos pela literatura.

Descritores: Incapacidade Funcional, atividades da vida diária, fatores de risco, estudo transversal, idosos na comunidade.

ABSTRACT

Objectives: To investigate the prevalence of disability and associated risk factors in a community-dwelling old population in the urban area of Pelotas, RS.

Methods: Cross-sectional, population based study, in 818 adults aged 60 years or more, with an interview that contained questions about demographic and socioeconomic status, living habits, referred morbidity and hospitalizations in the preceding year. Cognitive deficit was assessed by Mini-Mental state Examination and disability, using the activities of daily living. The outcome was defined as needing assistance in three or more activities of daily living. The sampling was randomly

Results: The prevalence of disability was 17%. The multivariate logistic regression found, after adjustment for the variables, as risk factors feminine sex (OR 1.78, CI 95% 1.15-2.75), age (OR 14.48, CI 95% 7.59-2.75 in those aged 80 or more), low income (OR 2.18, CI 95% 1.22-3.9 in those who received one minimum income or less), diabetes (OR 2.68, CI 95% 1.63-4.42), stroke (OR 3,9, CI 95% 2.12-7.14), hypertension (OR 1.76, CI 95% 1.15-2.7), visual deficit (OR 1.64, CI 95% 1.04-2.57), permanent urinary incontinency (OR 3.11, CI 95% 1.29-7.49) and hospitalization in the preceding year (OR 2.98, CI 95% 1.76-5.05). Currently alcohol consumption (OR 0.27, CI 95% 0.09-0.79) and exercising (OR 0.61, CI 95% 0.33-1.14 in those who exercise for less than five years and OR 0.39, CI 95% 0.18-0.86 in those who exercise for five years or more) were found as protective factors for disability.

Conclusions: The prevalence of disability in the elderly in Pelotas is similar to others populations studied in Brazil, but showed bigger values than the ones in developed countries. The risk and protective factors detected are comparable to those described in the literature.

Key words: Disability, activities of daily living, risk factors, cross-sectional, community-dwelling elderly.

INTRODUÇÃO

A mudança na estrutura etária da população brasileira vem trazendo preocupação para os profissionais da área da saúde, tanto para os que trabalham em nível coletivo, como para os que atuam na área clínica.

No âmbito coletivo, sabe-se que a transição demográfica vem acompanhada da transição epidemiológica^{1,2}, acarretando aumento da prevalência de doenças crônico-degenerativas e, conseqüentemente, o aumento dos custos de atendimento em saúde. Surge também a necessidade de planejamento de ações de saúde específicas que suportem esta demanda. Outro fato a ser ressaltado é que, nos países desenvolvidos, o aumento da expectativa de vida foi atingido não somente pelos progressos científicos, mas também por melhorias nas condições de vida que permitiram a diminuição da mortalidade em faixas etárias mais jovens. Nos países do Terceiro Mundo, a mortalidade da população mais jovem diminuiu através de ações de saúde que não foram acompanhadas de melhorias gerais nas condições sociais desses países. Como conseqüência, acredita-se que a população de idosos em países subdesenvolvidos possa ter chegado a essa idade exposta a um maior número de riscos, determinando, além de uma maior prevalência de doenças crônicas, um “envelhecimento funcional” que pode ser mais precoce do que nos países desenvolvidos³. O Brasil encontra-se na situação acima e é esperado que, no início do próximo século, 12% da população brasileira tenha 60 anos de idade ou mais⁴. Essa proporção de idosos tem diferenças regionais no país, sendo que em Pelotas, já na contagem populacional de 1996, a proporção de adultos com 60 anos de idade ou mais na população urbana do município, era de 11% .

No âmbito individual, o processo de envelhecimento acarreta uma menor adaptabilidade do organismo, pois os mecanismos homeostáticos tornam-se menos capazes de suportar variações impostas por processos patológicos⁵, e também uma prevalência maior de co-morbidades^{6,7}. Espera-se, assim, que as conseqüências das doenças crônicas nas pessoas idosas sejam mais incapacitantes⁸, podendo gerar processos que vão desde a deficiência de funcionamento de um sistema orgânico específico até a limitação funcional, permanente ou não, para a realização de atividades necessárias à vida diária. Quando esta se refere à

limitação de atividades necessárias em uma situação específica da vida do indivíduo, determinadas não só por necessidades individuais básicas, mas também por aspectos culturais⁹, é chamada de *Incapacidade Funcional*^{10,11}, podendo determinar limitação no desempenho de ações ou perda de autonomia.

Considerando esses aspectos, a dependência surgida a partir da Incapacidade Funcional torna-se uma dimensão importante a ser avaliada na morbidade das doenças crônicas. Foram então propostas maneiras de avaliação das condições funcionais da população idosa. Inicialmente, foi proposta uma medida das chamadas *Atividades Básicas da Vida Viária* (tomar banho, ir ao toalete, movimentar-se da cama para uma cadeira, vestir-se, comer, pentear-se, caminhar pelo quarto), em idosos institucionalizados. Posteriormente, foram acrescentadas as *Atividades Instrumentais da Vida Diária* (preparar refeições, fazer compras, sair de casa, lidar com dinheiro, usar telefone, subir escadas, limpar a casa) nestas avaliações, pois estas abordam melhor a capacidade de autonomia nas atividades da vida de relação e interação do idoso na comunidade^{12,13}, sendo então sugerida a multidimensionalidade do instrumento e um padrão de hierarquia na perda de autonomia^{14,15}.

Essa medida pode ser feita através de instrumentos que avaliem a incapacidade *referida* pelo idoso, ou através da *observação* do desempenho do idoso em atividades padronizadas necessárias para a realização de atividades diárias. Alguns estudos avaliaram a comparabilidade destas medidas, sendo sugerido que os testes de observação do desempenho de atividades físicas medem a incapacidade funcional “pré-clínica”^{16,17,18,19}. Ou seja, esses testes detectariam precocemente algumas dificuldades do idoso, sem que ele as tivesse percebido.

A aplicação desses instrumentos (tanto os que avaliam a incapacidade referida como a observada), em estudos com idosos, pode proporcionar uma estimativa das necessidades desta população, uma comparabilidade entre populações em diferentes ocasiões e locais, e permitir uma avaliação dos fatores de risco implicados na perda de autonomia. Dessa forma, é possível o planejamento de serviços de saúde com atenção às demandas específicas dos idosos e uma ação preventiva em populações mais jovens, visando a uma diminuição da prevalência das doenças crônico-degenerativas associadas com Incapacidade Funcional;

também torna-se possível a atenção mais cuidadosa e específica, em nível individual, no tratamento e reabilitação das doenças nas faixas etárias mais avançadas^{3, 6, 20, 21}. Além destas estimativas, os índices de Incapacidade Funcional podem ter valor prognóstico para hospitalizações e mortalidade, conforme encontraram Spector²² e Guralnik²³, servindo para identificar idosos com maiores riscos. Rubenstein²⁴ e Mercado²⁵ sugerem que, na abordagem dos idosos, na prática clínica diária, seja feita uma “revisão de funções”, para definir o desempenho funcional e melhor qualificar o atendimento desses pacientes. O valor prognóstico da Incapacidade Funcional pode ser também utilizado para ajudar na projeção de gastos em saúde com a população idosa, preocupação crescente no planejamento de saúde, dado o aumento desta população.

Outra aplicação dos índices de Incapacidade Funcional é no cálculo da medida da Expectativa de Vida Sem Incapacidade^{26,27,28,29,30}, onde também é medida a prevalência de doenças crônicas na população. Este cálculo complementa a medida da Expectativa de Vida, tentando estimar se os ganhos em anos de vida acarretam mais anos vividos com dependência.

Com esses objetivos, foram realizados vários estudos, no exterior e no Brasil, utilizando instrumentos adaptados da proposta original de Katz¹². Inicialmente, foram feitos estudos transversais para obter a prevalência de Incapacidade Funcional e seus fatores de risco, mas, atualmente, nos países desenvolvidos, a maioria dos estudos têm sido com delineamento longitudinal, permitindo uma avaliação temporal do padrão de progressão da Incapacidade Funcional e seus fatores determinantes.

Na década de 70, Nagi⁹ analisou uma amostra de adultos com mais de 18 anos, da população dos Estados Unidos, e encontrou uma prevalência de 46,6% de pessoas com 65 anos de idade ou mais, com nenhuma ou leve Incapacidade Funcional (leve significando perda de autonomia em, no máximo, uma AIVD). Houve tendência de aumento da Incapacidade Funcional nas faixas etárias mais velhas e esta foi associada com o sexo feminino, com pior estado de saúde e nível educacional mais baixo. Já em 1982, no mesmo país, os dados do *National Long Term Care Survey* para idosos com 65 anos de idade ou mais, mostram 82,7% com nenhuma ou leve Incapacidade Funcional³¹.

No Canadá, um estudo longitudinal com idosos com 65 anos de idade ou mais mostrou prevalência de cerca de 30 % de idosos com Incapacidade Funcional em uma ou mais AIVD's, estando essa associada com o sexo feminino e a presença de reumatismo, AVC e doenças cardíacas³². Além disso, a renda anual esteve inversamente associada à presença da Incapacidade Funcional. Outro estudo no Canadá, em 1991, com o objetivo de identificar fatores de risco para institucionalização de adultos, encontrou prevalência de 21,6% na perda de autonomia em uma ou mais AIVD's, em idosos com 65 anos de idade ou mais, vivendo na comunidade³³.

Alguns estudos, como o realizado em Boston, em 1982 e 1983, têm relacionado a capacidade cognitiva com Incapacidade Funcional. Este estudo foi aplicado em uma população com 65 anos de idade ou mais, com o objetivo de identificar fatores associados à perda da capacidade cognitiva. Os resultados demonstraram uma associação entre Incapacidade Funcional e desempenho em testes cognitivos³⁴.

Outro estudo longitudinal realizado³⁵ nessa faixa etária, com dados do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde dos Estados Unidos, em 1984 e 1986, mostrou que o sexo feminino, o fato de morar desacompanhado e de ser solteiro, o nível educacional mais baixo e rendimentos anuais abaixo de US\$ 25.000 estavam associados com um maior declínio funcional dos idosos. O estudo de Framingham, em 1983, avaliou uma coorte de idosos e encontrou uma prevalência de 8% para alguma dificuldade em uma ou mais atividades básicas da vida diária, sendo que idade, déficit cognitivo e acidente vascular cerebral foram os fatores mais relacionados com este desfecho¹⁹.

Na Itália, em 1992, foi encontrada uma prevalência de 52,3% de perda de autonomia em uma ou mais AIVD's em idosos com idade igual ou superior a 70 anos, estando essa associada a déficits cognitivo, visual e auditivo, além de doença cardíaca, Parkinson e AVC (acidente vascular cerebral)¹⁷. No Egito, foram encontrados como riscos para Incapacidade Funcional em ABVD's: o sexo feminino, idade mais avançada e baixa escolaridade³⁶.

Nos Estados Unidos, um estudo comparando populações de origem étnica diferente, hispânicos e brancos não-hispânicos, mostrou que o grupo de origem hispânica estava

inserido em camadas menos privilegiadas da sociedade e apresentava uma maior prevalência de Incapacidade Funcional e de doenças crônicas como DM (diabete mellitus), HAS (hipertensão arterial sistêmica) e AVC; essas doenças estiveram mais associadas com Incapacidade Funcional³⁷.

O estudo longitudinal realizado no Condado de Alameda³⁸, no período de 1984 até 1990, encontrou como riscos para o surgimento de Incapacidade Funcional: renda anual no percentil mais baixo, menos de 12 anos de escola, DM, DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica), artrite e déficit auditivo. A raça branca, a prática de exercícios, o consumo moderado de álcool e o sexo feminino foram protetores para o surgimento de Incapacidade Funcional, neste estudo.

Em Taiwan, um estudo transversal realizado em 1992, comparou idosos com índices diferentes de Incapacidade Funcional para identificar os determinantes dessas diferenças³⁹. Foi encontrado que hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral e fraturas eram responsáveis por uma proporção maior de piora na Incapacidade Funcional.

Um outro estudo, com um período de observação de dois anos, revelou que a prática de exercícios estava relacionada com um desempenho melhor das atividades e com menor perda de capacidade funcional em idosos com problemas crônicos de saúde⁴⁰.

No Brasil, os estudos são mais recentes e em menor número. No final da década de 80, Veras, no Rio de Janeiro, estudou três regiões da cidade com perfis socioeconômicos distintos com o objetivo de estudar a prevalência de doenças mentais (depressão, síndrome cerebral orgânica), na população de 60 anos de idade ou mais, nestas áreas, relacionando-as com classe social. Este estudo encontrou 15,6% de prevalência de incapacidade para realizar três ou mais atividades “do nível de maior dificuldade” (equivalente às AIVD's). O desempenho melhor nestas atividades foi encontrado nos homens, nas faixas etárias mais jovens e na população com melhor renda⁴¹.

Em São Paulo, um inquérito domiciliar usando uma amostragem com setores censitários estratificados e sorteados de acordo com o nível socioeconômico da população,

semelhante ao conduzido por Veras, mostrou algum problema de saúde em cerca de 85% dos idosos e completa autonomia para atividades da vida diária em apenas 53% da população estudada; 17% apresentou necessidade de ajuda em três ou mais das atividades estudadas. A maioria desta população apresentava renda *per capita* baixa e baixo nível de escolaridade⁴².

Finalmente, um estudo com uma abordagem tanto quantitativa como qualitativa foi conduzido em Belo Horizonte, pela Fundação João Pinheiro⁴³, no início desta década, com o objetivo de traçar um perfil do idoso na área metropolitana daquela cidade, em vários aspectos da sua vida social, e avaliar o padrão de uso de serviços de saúde. Este estudo detectou que a Incapacidade Funcional aumentava com o avanço da idade.

O presente artigo tem com objetivo avaliar o padrão de Incapacidade Funcional entre uma amostra de adultos com 60 anos de idade ou mais da cidade de Pelotas – RS, e determinar alguns fatores de risco relacionados com esta Incapacidade, a partir de um desfecho construído através da necessidade de ajuda em atividades instrumentais da vida diária.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal de base populacional, com a aplicação de um questionário padronizado e pré-codificado (Anexo 1), por alunos do curso de Medicina, em adultos com 60 anos de idade ou mais, da população urbana de Pelotas – RS, Brasil. Esta amostra foi selecionada de forma sistemática a partir de setores censitários do município, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Como critério de inclusão, foi usada a idade de 60 anos ou mais, independentemente das condições de saúde do entrevistado. Se este não tivesse condições de responder ao questionário, outra pessoa da casa podia ajudá-lo ou, então, respondê-lo pelo idoso, exceto as questões sobre depressão e cognição. Os critérios de exclusão foram a habitação em asilos ou casas geriátricas. A coleta dos dados do trabalho de campo foi realizada no período de fevereiro até outubro de 1998.

O questionário continha questões que abrangiam aspectos socioeconômicos, estado de saúde, doenças crônicas referidas, hábitos do idoso e questões específicas sobre depressão,

cognição, incapacidade funcional e atividades físicas. O instrumento utilizado para medir incapacidade cognitiva foi o *Mini-Mental State Examination* (MMSE)⁴⁴. A Incapacidade Funcional foi avaliada com as questões referentes à capacidade para realizar atividades da vida diária (AVD)¹³ no momento da entrevista, conforme utilizado no estudo no condado de Alameda^{38,45}.

Para fins da análise estatística, foi construído um desfecho dicotômico usando-se as questões seguintes: cozinhar, fazer compras, limpar a casa – alternativas de resposta (1) não tem qualquer dificuldade, (2) pode fazer com dificuldade e (3) precisa da ajuda de outra pessoa; duas questões referentes a subir um lance de escadas e caminhar a distância de uma quadra – alternativas de resposta eram (1) pode fazer sem ajuda e (2) não pode fazer sem ajuda. A outra questão usava a capacidade de sair de casa para alguma atividade ou compromisso, cujas respostas poderiam ser (1) não é nenhum problema, (2) é um pequeno problema e (3) é um grande problema ou a pessoa não pode fazê-lo. A Incapacidade Funcional foi definida como “*necessidade de ajuda ou impossibilidade de realizar três ou mais das atividades anteriores*”.

A escolha dessas atividades chamadas “*instrumentais da vida diária*”, baseou-se na premissa de uma hierarquia nas Atividades da Vida Diária, conforme já citado, sendo que as pessoas as quais já apresentassem incapacidade nas Atividades Básicas da Vida Diária seriam consideradas severamente incapacitadas, necessitando inclusive de cuidados em locais especializados (asilos, casas geriátricas), com prevalência relativamente baixa na população não-institucionalizada. Além disso, a possibilidade de identificar indivíduos com incapacitação moderada tem mais sentido para o planejamento de ações que previnam a evolução da incapacidade. A escolha do ponto de corte em três ou mais atividades com dependência, proporciona uma maior especificidade para o desfecho, excluindo pessoas com incapacidades leves ou não-permanentes.

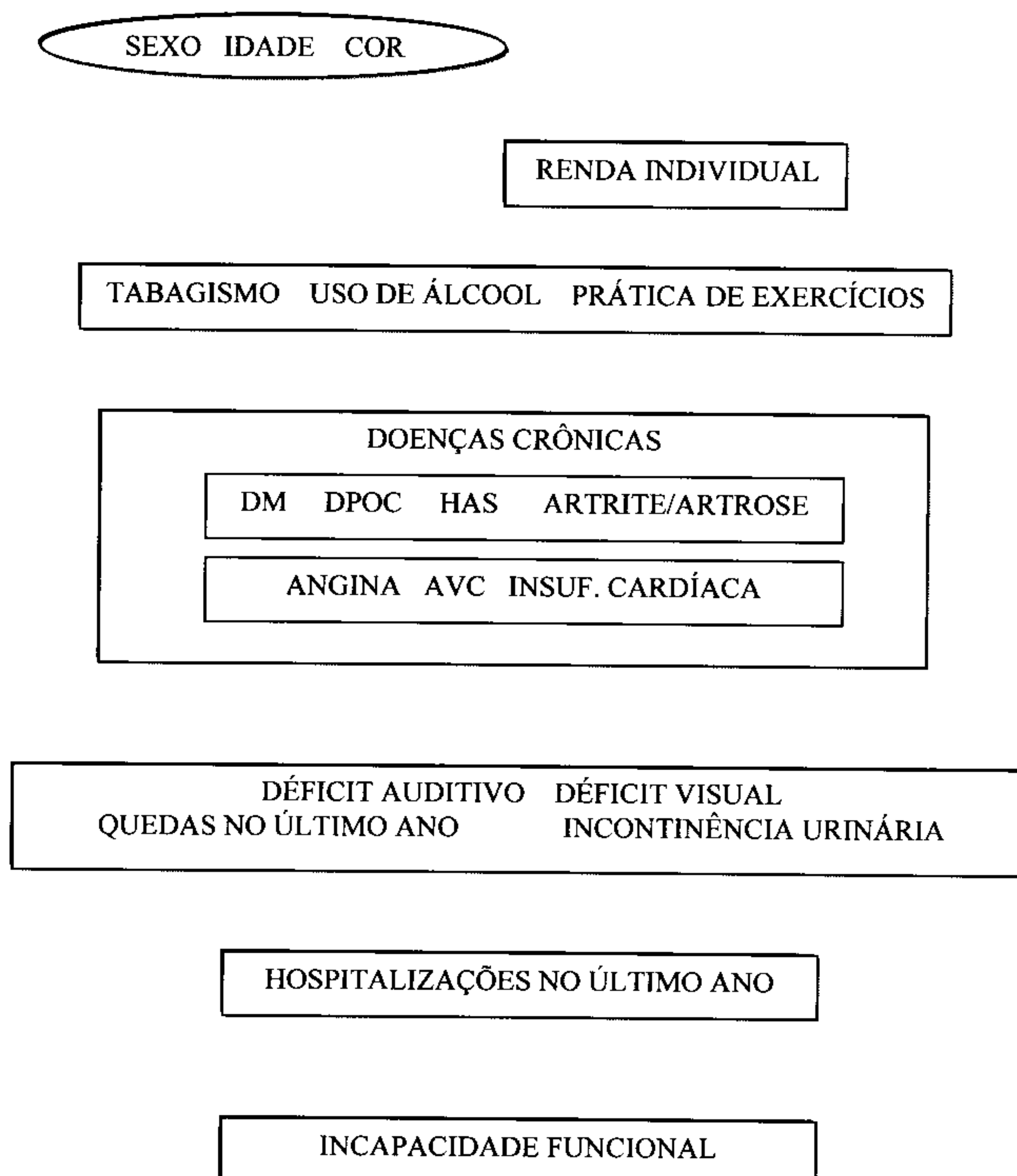
O cálculo da amostra foi realizado considerando-se prevalências de 10% a 20% nas exposições e 20% no desfecho estudado, risco relativo (RR) de 2,0, com nível de confiança de 95% e poder de 80%, sendo necessárias 607 entrevistas. Foram acrescentadas 10% para perdas e 20% para controle dos fatores de confusão. O número encontrado foi de 790 pessoas e, posteriormente, foi calculado o número de domicílios necessários para que fosse

encontrado o número de pessoas, de acordo com dados do IBGE sobre a cidade de Pelotas. Seriam necessários 40 setores com 60 domicílios em cada um deles. O estudo foi realizado concomitantemente com outro estudo de base populacional, sendo sorteados 49 setores, de forma sistemática, com 60 domicílios em cada um destes setores.

A análise estatística inicial foi uma listagem das frequências, seguida de uma análise bivariada com o cruzamento das variáveis independentes e a variável dependente. Por último, foi realizada uma análise multivariada com regressão logística, seguindo um modelo hierárquico que permite estabelecer níveis de determinação das variáveis independentes com o desfecho proposto, conforme demonstrado na Figura 1. Para que as variáveis entrassem no modelo, usou-se como limite um valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada, para controle de variáveis de confusão. Para que as variáveis permanecessem na análise multivariada, foi considerado significativo um valor de $p \leq 0,05$. A medida de efeito apresentada na análise bivariada foi o RR, com o intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e, na análise multivariada, foi a Razão de Odds (RO), também com IC 95%.

Para o cálculo do tamanho de amostra e digitação dos dados dos questionários, foi utilizado o programa EPINFO 6.02; para as análises estatísticas, usaram-se os programas SPSS for Windows e STATA.

Figura 1 - Modelo Hierárquico de Análise



RESULTADOS

Foram encontrados 991 idosos nos 49 setores censitários estudados, tendo havido um percentual de resposta de 82,5%, resultando em 818 questionários. Entre os que responderam, 89,4% o fez sem ajuda, 6,4% com ajuda e, em 4,2% das vezes, outra pessoa respondeu ao questionário pelo idoso, sendo a impossibilidade secundária, na maioria das vezes, a doença (17,3%) ou déficit cognitivo (31,8%).

Quando foi possível obter informações sobre as perdas e recusas, observou-se que a distribuição dos sexos foi semelhante mas a idade média dos não-respondentes foi maior, sendo que entre estes havia menor número de pessoas que referiram alguma doença. Além disso, o maior número de recusas ocorreu em setores cuja renda média mensal era maior do que no total da amostra.

A Tabela 1 traz a descrição da amostra estudada conforme as características demográficas e socioeconômicas, além dos hábitos de vida desta população. O sexo feminino teve prevalência maior, assim como as faixas etárias mais jovens e a cor branca. Mais da metade dos idosos era casada ou vivia com companheiro. A observação da renda individual e da escolaridade mostrou uma população com baixo nível socioeconômico.

Entre os hábitos de vida, a maioria da população estudada não fazia uso de álcool ou tabaco, atualmente. Trinta por cento mencionou a prática de algum exercício, sendo que, entre esses, a metade o fazia há mais de cinco anos.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes à saúde desta população. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi a doença crônica mais prevalente nesta população, seguida de artrite ou artrose. Houve um número grande de pessoas que afirmaram ter havido quedas no último ano (34,4%) e possuírem dificuldades auditivas e visuais (36,3% e 31,4%, respectivamente).

O déficit cognitivo, a partir do MMSE (*Mini-Mental State Examination*), só pôde ser avaliado em 152 pessoas que possuíam, no mínimo, o quinto ano escolar completo e, entre estas, apresentou prevalência de 24,3%.

Cento e vinte e uma pessoas haviam tido, no mínimo, uma internação hospitalar no ano que precedeu a entrevista (14,8%).

Tabela 1- Distribuição da amostra de idosos conforme as variáveis demográficas, socioeconômicas e hábitos de vida. Pelotas, RS – 1998

Característica	N	%
Sexo Feminino	503	68,5
Idade (em anos)†		
60-64	236	28,9
65-69	218	26,7
70-74	165	20,2
75-79	11	13,6
80/+	87	10,6
Cor da pele branca	705	86,2
Estado Civil		
Casado	436	53,3
Solteiro/viúvo/separado	382	46,7
Renda individual * ¶		
Até 1 SM	364	43,5
>1 até 3 SM	263	29,4
> 3 SM	218	27,1
Uso de álcool #		
Nunca usou	553	67,7
Uso no passado	149	18,2
Uso atual	115	14,1
Tabagismo		
Nunca usou	465	56,8
Uso no passado	243	29,7
Uso atual	110	13,5
Exercícios #		
Não faz	571	70,1
Faz há < 5 anos	123	15,1
Faz há ≥ 5 anos	121	14,8

† em um caso a idade é desconhecida

* a categoria de renda mais baixa incluiu 14 pessoas com valores ignorados para fins de análise multivariada

¶ SM = salário mínimo, R\$ 130,00

valores ignorados não ultrapassam 2%

Tabela 2 – Saúde dos idosos da amostra. Pelotas, RS – 1998.

Característica	N	%
Doenças referidas		
Diabete	129	15,8
DPOC	142	17,4
Hipertensão arterial	347	42,4
Artrite/artrose	268	32,8
Angina	154	18,8
AVC	73	8,9
Insuf. Cardíaca	124	15,2
Déficit cognitivo#	37	24,3
□ 1 queda *	281	34,4
Déficit Auditivo	297	36,3
Déficit Visual	257	31,4
Incontinência urinária		
Algumas vezes	133	16,3
Sempre	34	4,2
Hospitalizações *	121	14,8

n = 152

* no ano anterior

Na Tabela 3, está apresentada a distribuição da amostra de acordo com o número de atividades com necessidade de ajuda. Estes valores são apresentados estratificados (para cada uma das atividades perguntadas em que houve necessidade de ajuda). Observa-se que 60,4% dos entrevistados não precisava de ajuda para realizar qualquer atividade.

O desfecho estudado, necessidade de ajuda em três ou mais AIVD's, esteve presente em 17% (n=139) da amostra de idosos.

Tabela 3 – Prevalência de necessidade de ajuda nas atividades perguntadas aos idosos, conforme o número total de incapacidade. Pelotas, RS – 1998

Atividade	Necessidade de ajuda nas atividades (%)						Total (%)†
	Total de atividades com necessidade de ajuda						
	1	2	3	4	5	6	
Limpar a casa	47 (22,7)	36 (17,4)	39 (18,8)	21 (10,1)	17 (8,2)	47 (22,7)	207 (25,3)
Fazer compras	11 (6,3)	33 (18,9)	39 (22,3)	27 (15,4)	18 (10,3)	47 (26,9)	175 (21,4)
Subir lance de escadas	28 (17,1)	26 (15,9)	23 (14,0)	22 (13,4)	18 (11,0)	47 (28,7)	164 (20,0)
Sair para algum lugar	16 (12,5)	15 (11,7)	17 (13,3)	19 (14,8)	14 (10,9)	47 (36,7)	128 (15,6)
Caminhar uma quadra	8 (8,1)	10 (10,1)	9 (9,1)	14 (14,1)	11 (11,1)	47 (47,5)	99 (12,1)
Cozinhar	13 (13,5)	4 (4,2)	11 (11,5)	9 (9,4)	12 (12,5)	47 (49,0)	96 (11,7)
Total (%)*	123 (15,0)	62 (7,6)	46 (5,6)	28 (3,4)	18 (2,2)	47 (5,8)	

† a soma destes valores é maior do que o tamanho da amostra porque alguns dos entrevistados tinham incapacidade em mais de uma atividade.

* os percentuais apresentados referem-se à amostra total (N=818)

As Tabelas 4 a 8 apresentam a prevalência do desfecho de acordo com cada variável independente estudada, assim como os resultados da análise bivariada expressos como risco relativo (RR) e o respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Com exceção da cor da pele, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e presença de artrite ou artrose, todas as outras variáveis apresentaram associação significativa com o desfecho.

O sexo feminino esteve associado com Incapacidade Funcional, e a idade categorizada e a renda individual mostraram tendência linear na associação com o desfecho, o qual teve associação diretamente proporcional à idade e inversamente proporcional à renda individual.

Tabela 4 --Associação entre as variáveis demográficas e socioeconômicas e Incapacidade Funcional nos idosos. Pelotas, RS – 1998

Variável	% Incapacidade Funcional	R.R. (IC 95%)	Valor de <i>p</i> categórico	tendência
Sexo				
Masculino	11,8	1	0,002	
Feminino	20,8	1,71 (1,21-2,42)		
Idade				
60-64	7,6	1	<0,001	
65-69	9,6	1,26 (0,69-2,31)		
70-74	15,8	2,07 (1,17-3,64)		
75-79	21,6	2,83 (1,61-5,00)		
80/+	55,2	7,23 (4,46-11,72)		
Cor da pele				
Branca	16,0	1	0,11	
Não-branca	22,1	1,40 (0,93-2,10)		
Estado Civil				
Casado	10,8	1	<0,001	
Solteiro/viúvo/separado	30,7	2,21 (1,60-3,06)		
Renda individual				
> 3 SM	8,7	1	<0,001	
>1 até 3 SM	14,8	1,70 (1,00-2,88)		
Até 1 SM	23,1	2,65 (1,66-4,23)		

O uso atual, tanto de álcool como de fumo, mostraram-se como fatores protetores para perda de autonomia, com um RR de 0,18 (0,07-0,49) e RR de 0,52 (0,29-0,93), respectivamente. A prática de exercícios foi fator protetor para o desfecho, com o grupo que praticava exercícios há mais de cinco anos com RR de 0,33 (0,17-0,66).

Tabela 5 – Associação entre hábitos de vida e Incapacidade Funcional entre os idosos.

Pelotas, RS – 1998

Variável	% Incapacidade Funcional	R.R. (IC 95%)	Valor de <i>p</i> categórico	tendência
Uso de álcool				
Nunca usou	19,0	1	0,001	
Uso no passado	19,5	1,03 (0,71-1,48)		
Uso atual	3,5	0,18 (0,07-0,49)		
Tabagismo				
Nunca usou	19,4	1	0,01	
Uso no passado	15,2	0,79 (0,55-1,12)		
Uso atual	10,0	0,52 (0,29-0,93)		
Exercícios				
Não faz	20,0	1		<0,001
Faz há < 5 anos	13,0	0,65 (0,40-1,06)		
Faz há ≥ 5 anos	6,6	0,33 (0,17-0,66)		

As doenças crônicas referidas (Tabela 6) com maior risco de perda de autonomia foram o acidente vascular cerebral, com RR de 3,08 (2,25-4,22), o diabetes melitus, com RR de 1,96 (1,41-2,71) e a insuficiência cardíaca com RR 1,83 (1,31-2,56).

A presença de quedas no último ano, assim como de déficit auditivo ou visual, também esteve associada com a Incapacidade Funcional, conforme demonstrado na Tabela 7. A incontinência urinária mostrou tendência linear diretamente proporcional à frequência de vezes em que ocorria.

Por fim, as hospitalizações no ano anterior (Tabela 8) estiveram associadas com a Incapacidade Funcional, com RR de 2,43 (1,79-3,32).

Tabela 6 – Doenças crônicas e associação com Incapacidade Funcional entre os idosos.

Pelotas, RS – 1998

Variável	% Incapacidade Funcional	R.R. (IC 95%)	Valor de <i>p</i> categórico
Diabete			
Não	14,7	1	<0,001
Sim	28,7	1,96 (1,41-2,71)	
DPOC			
Não	16,0	1	0,15
Sim	21,1	1,32 (0,92-1,90)	
HAS			
Não	13,4	1	0,002
Sim	21,6	1,36 (1,14-1,62)	
Artrite/artrose			
Não	14,9	1	0,09
Sim	20,9	1,30 (0,96-1,76)	
Angina			
Não	15,2	1	0,008
Sim	24,3	1,58 (1,13-2,20)	
AVC			
Não	14,2	1	<0,001
Sim	43,0	3,08 (2,25-4,22)	
Insuf. Cardíaca			
Não	15,0	1	0,001
Sim	27,4	1,83 (1,31-2,56)	

Tabela 7 – Associação entre presença de agravos à saúde e Incapacidade Funcional entre os idosos. Pelotas, RS – 1998

Variável	% Incapacidade Funcional	R.R. (IC 95%)	Valor de <i>p</i> categórico	tendência
Quedas no último ano				
Não	13,8	1	0,001	
1 ou mais	22,8	1,65 (1,22-2,24)		
Audição				
Sem déficit	14,6	1	0,021	
Com déficit	20,9	1,43 (1,06-1,94)		
Visão				
Sem déficit	12,3	1	<0,001	
Com déficit	26,9	2,18 (1,62-2,94)		
Incontinência urinária				
Não	13,4	1	<0,001	
Algumas vezes	24,1	1,80 (1,26-2,58)		
Sempre	55,9	4,18 (2,93-5,98)		

Tabela 8 – Hospitalização no ano anterior e Incapacidade Funcional entre os idosos. Pelotas, RS – 1998

Variável	% Incapacidade Funcional	R.R. (IC 95%)	Valor de <i>p</i> categórico
Hospitalizações			
Não	13,9	1	<0,001
Sim	33,9	2,43 (1,79-3,32)	

Os resultados da análise multivariada estão apresentados na Tabela 9, de acordo com os respectivos níveis hierárquicos usados no modelo (Figura 1). Entre as variáveis socioeconômicas do modelo, foi escolhida a renda individual para a análise multivariada. Para esta análise, não foi incluído o déficit cognitivo, por não ter sido aplicado o MMSE a todas as pessoas da amostra. A coluna central mostra os valores da Razão de Odds na análise bruta, e a coluna da direita expressa os valores da Razão de Odds ajustada após o controle para as variáveis do mesmo nível e para as variáveis dos níveis anteriores que permaneceram

no modelo. É importante observar que a Razão de Odds superestima o efeito das variáveis no desfecho.

Tabela 9 – Análise Multivariada para Incapacidade Funcional entre os idosos.
Pelotas, RS –1998

Variável	R. O. bruta (IC 95%)	R. O. ajustada (IC 95%)
NÍVEL 1*		
Sexo		
Masculino	1	1
Feminino	1,89 (1,26-2,83)	1,78 (1,15-2,75)
Idade		
60-64	1	1
65-69	1,29 (0,67-2,49)	1,27 (0,65-2,46)
70-74	2,27 (1,20-4,29)	2,32 (1,22-4,40)
75-79	3,34 (1,73-6,46)	3,38 (1,74-6,58)
80/+	14,91 (7,86-28,27)	14,48 (7,59-27,63)
Cor da Pele #		
Branca	1	1
Não-branca	1,49 (0,83-2,18)	1,62 (0,94-2,78)
NÍVEL 2¶		
Renda individual		
> 3 SM	1	1
> 1 até 3 SM	1,02 (1,01-3,30)	1,64 (0,88-3,07)
Até 1 SM	3,44 (1,85-5,35)	2,18 (1,22-3,9)
NÍVEL 3±		
Uso de álcool		
Nunca usou	1	1
Uso no passado	1,03 (0,65-1,63)	1,37 (0,78-2,40)
Uso atual	0,15 (0,6-0,43)	0,27 (0,09-0,79)
Tabagismo#		
Nunca usou	1	1
Uso no passado	0,75 (0,49-1,13)	1,09 (0,62-1,92)
Uso atual	0,46 (0,24-0,90)	0,98 (0,46-2,12)

Continuação da Tabela 9 – Análise Multivariada para Incapacidade Funcional entre os idosos.

Pelotas, RS –1998

Variável	R. O. bruta (IC 95%)	R. O. ajustada (IC 95%)
Exercícios		
Não faz	1	1
Faz há < 5 anos	0,60 (0,34-1,05)	0,61 (0,33-1,14)
Faz há <input type="checkbox"/> 5 anos	0,28 (0,13-0,60)	0,39 (0,18-0,86)
NÍVEL 4±		
Diabete		
Não	1	1
Sim	2,34 (1,51-3,62)	2,68 (1,63-4,42)
DPOC #		
Não	1	1
Sim	1,41 (0,9-2,21)	1,30 (0,76-2,20)
HAS		
Não	1	1
Sim	1,78 (1,24-2,58)	1,76 (1,15-2,70)
Artrite/artrose #		
Não	1	1
Sim	1,37 (0,95-1,88)	1,23 (0,80-1,90)
NÍVEL 5±		
Angina #		
Não	1	1
Sim	1,76 (1,15-2,7)	1,31 (0,80-2,16)
AVC		
Não	1	1
Sim	4,70 (2,84-7,80)	3,90 (2,12-7,14)
NÍVEL 6±		
Insuficiência Cardíaca #		
Não	1	1
Sim	2,14 (1,37-3,35)	1,23 (0,72-2,1)
NÍVEL 7±		
Visão		
Sem déficit	1	1
Com déficit	2,61 (1,80-3,80)	1,64 (1,04-2,57)

Continuação da Tabela 9 – Análise Multivariada para Incapacidade Funcional entre os idosos.

Pelotas, RS –1998

Variável	R. O. bruta (IC 95%)	R. O. ajustada (IC 95%)
Audição #		
Sem déficit	1	1
Com déficit	1,54 (1,06-2,24)	0,88 (0,56-1,40)
Quedas #		
Nenhuma	1	1
1 ou mais	1,85 (1,27-2,68)	1,24 (0,80-1,93)
Incontinência Urinária		
Não	1	1
Algumas vezes	2,05 (1,30-3,24)	1,28 (0,74-2,12)
Sempre	8,21 (4,02-16,76)	3,11 (1,29-7,49)
NÍVEL 8±		
Hospitalizações		
Não	1	1
Sim	3,17 (2,06-4,89)	2,98 (1,76-5,05)

* controladas para as variáveis do mesmo nível

variáveis excluídas do modelo

¶ controladas para as variáveis do nível anterior que permaneceram no modelo

± controladas para as variáveis dos níveis anteriores que permaneceram no modelo e para as do mesmo nível

Observa-se que o sexo feminino manteve-se associado com Incapacidade Funcional, assim como a idade, sendo que o grupo mais idoso apresentou uma associação com medida de efeito quatro vezes maior que o grupo anterior. A faixa de renda individual mais baixa, apesar de uma diminuição de risco na análise ajustada, mostrou risco duas vezes maior para a Incapacidade Funcional.

Entre os hábitos de vida, o uso de álcool e a prática de exercícios mostraram-se associados com proteção para a Incapacidade Funcional, na análise ajustada. O fumo que, anteriormente, aparecia como um fator protetor, perdeu a significância na análise ajustada.

Com exceção de artrite ou artrose e do DPOC, todas as outras doenças mostraram associação significativa com o desfecho na análise bruta. Na análise ajustada, porém, somente

DM, HAS e AVC permaneceram com associação estatisticamente significativa com o desfecho. Em relação aos agravos à saúde, o déficit visual e a incontinência urinária também mantiveram sua associação, após o controle para as outras variáveis.

Por fim, no último nível da análise multivariada, a hospitalização no ano anterior permaneceu associada ao desfecho, apresentando um risco quase três vezes maior para a presença de Incapacidade Funcional, mesmo ajustada para todas as variáveis do modelo.

DISCUSSÃO

Ao abordar-se o envelhecimento, devem-se levar em conta duas perspectivas: a do indivíduo que envelhece e a da população que envelhece. O envelhecimento da população é visto como uma etapa de desenvolvimento e de melhoria das condições de vida de um povo; já o envelhecimento do indivíduo é, muitas vezes, associado a uma imagem negativa com perdas e deficiências. A perda de autonomia, com a conseqüente dependência, é um temor compartilhado por cada indivíduo que envelhece⁴⁶ e, também, por profissionais que trabalham na gestão de serviços de saúde ou prestam assistência à população idosa¹.

Assim, a dependência, medida através da Incapacidade Funcional, tem sido estudada e usada como um dos índices de qualidade de vida, em trabalhos publicados no Brasil e no exterior^{9,15-19,23,26-30,35,38,39,41,42,43,45}. A Incapacidade Funcional é uma conseqüência dos processos patológicos sobre os indivíduos, já que o envelhecimento torna o organismo mais suscetível aos efeitos de doenças⁵.

A Incapacidade Funcional é capaz de medir o grau de dependência de um indivíduo, ao avaliar atividades que o indivíduo realiza para sua manutenção básica e sua interação com o meio ambiente. Não há uma uniformidade dos instrumentos para avaliar a Incapacidade Funcional, no que diz respeito a cada uma das atividades que devem ser avaliadas. A maioria dos autores tem usado, para avaliar a Incapacidade Funcional, as chamadas Atividades da Vida Diária, que variam desde as atividades ditas instrumentais – AIVD – até as básicas – ABVD^{13,14,15}. A Incapacidade Funcional medida a partir da perda de autonomia para realizar

AIVD's é mais adequada para estudos que avaliem idosos da comunidade, já que as ABVD's indicam um alto grau de dependência, sendo mais adequadas para avaliação de idosos institucionalizados.

A prevalência de Incapacidade Funcional encontrada no presente estudo é alta (17%), sendo semelhante à dos resultados obtidos com idosos de outros locais do Brasil; os fatores de risco observados em Pelotas também mostraram semelhança com aqueles de estudos brasileiros^{41,42,43}.

Em outros países, a prevalência de Incapacidade Funcional mostrou algumas diferenças com o dado encontrado aqui; entretanto, os fatores de risco foram semelhantes^{9,17,31-33,36,37}.

O fato de ter sido encontrada, nesta população, uma prevalência maior de Incapacidade Funcional do que nos estudos em países do Primeiro Mundo, confirma a suposição de que as condições da nossa sociedade implicam riscos maiores para os idosos. A diminuição da Incapacidade Funcional em coortes de idosos mais jovens tem sido explicada por condições sociais melhores e melhor tratamento das doenças crônicas e de seus fatores de risco^{47,48}.

O sexo feminino, nestes estudos, esteve sempre associado com um risco maior de Incapacidade Funcional. Apesar de a mulher apresentar expectativa de vida maior, e acreditar-se que isto possa ser devido a exposições de risco menores durante sua vida², os estudos têm mostrado níveis de pobreza maiores no sexo feminino e diferenças no tratamento de algumas doenças; mais freqüentemente, as mulheres têm seus sintomas atribuídos a problemas psiquiátricos⁴⁹.

O aumento da prevalência da Incapacidade Funcional com o aumento da idade também está de acordo com os dados da literatura. É importante ressaltar a tendência observada de haver uma expectativa de vida maior para os idosos do Terceiro Mundo⁴. Isto significa que haverá uma proporção maior de idosos com Incapacidade Funcional na população, aumentando o impacto negativo desta.

A renda e a escolaridade baixas também estiveram associadas com maior risco de Incapacidade Funcional nos idosos de Pelotas.

Quanto às doenças, o estudo de Pelotas encontrou, à semelhança dos outros, DM, HAS e AVC como fatores de risco para a presença de Incapacidade Funcional; as doenças reumáticas, a cardiopatia isquêmica e a insuficiência cardíaca não mantiveram esta associação na análise ajustada. Isso demonstra que o efeito dessas variáveis estava sendo confundido com o efeito de outras variáveis do modelo. A incontinência urinária permanente manteve-se como fator de risco, assim como o déficit visual.

Em relação aos fatores protetores, a prática de exercícios tem sido associada à incidência e prevalência menores de Incapacidade Funcional, na população idosa^{35,40}. O efeito protetor da prática de exercícios é consequência de seus efeitos na diminuição das doenças cardiovasculares, dos níveis de colesterol sérico, dos níveis pressóricos e do uso de fumo⁵⁰. Além disso, um estudo de intervenção, com idosos institucionalizados com 70 anos de idade ou mais, mostrou que o grupo submetido ao treinamento físico melhorava a mobilidade e a atividade física espontânea⁵¹.

O consumo moderado de álcool esteve associado com menor Incapacidade Funcional no estudo do Condado de Alameda³⁸, sendo que o tabagismo mostrou ser fator de risco. Em outro estudo realizado nos Estados Unidos, com idosos de 65 anos de idade ou mais, de três regiões do país, o consumo de tabaco e de álcool estiveram associados com perda de mobilidade⁵². Apesar de o presente estudo não ter avaliado a quantidade de álcool consumida pelos idosos, o relato de uso atual de álcool mostrou ser fator protetor para a Incapacidade Funcional.

Em uma revisão sobre Incapacidade Funcional e Déficit Cognitivo em idosos¹⁰, os autores citam outros estudos que também encontraram uma associação protetora de consumo moderado de álcool com Incapacidade Funcional. Nessa revisão, o tabaco apareceu como fator de risco para Incapacidade Funcional, embora não tenha mostrado associação com déficit cognitivo. Os autores sugerem um viés de sobrevivência para este último achado. Esta é a provável explicação para a associação protetora encontrada para o consumo de tabaco na

análise bivariada do presente estudo. Outro estudo sobre incidência de cardiopatia isquêmica aponta também o viés de sobrevivência como o responsável pela diminuição do efeito do tabaco nesta incidência entre os idosos⁵³.

Idosos hospitalizados têm chances maiores de eventos adversos, como úlceras de decúbito, má-nutrição, infecções nosocomiais, delírio e perda da capacidade funcional⁵⁴. Entre essas pessoas, os efeitos da imobilização prolongada na ventilação, no metabolismo ósseo, no volume plasmático e na força muscular, além dos riscos do déficit do sensorio, contribuem para uma chance maior desses eventos⁵⁵. Neste estudo, o risco de Incapacidade Funcional para os idosos que se hospitalizaram no ano anterior ao da entrevista foi três vezes maior do que para aqueles que não haviam tido hospitalizações, confirmando os achados dos efeitos nocivos da hospitalização entre idosos.

Algumas limitações do estudo merecem ser consideradas. Como o MMSE só pôde ser avaliado em 152 pessoas da amostra, não foi incluído nas análises bivariada e multivariada. O MMSE não se mostrou um teste adequado para aplicação na população estudada, devido ao baixo nível escolar; mesmo entre aqueles cuja escolaridade era mais alta, a prevalência do déficit cognitivo foi alta. No Brasil, Veras utilizou um questionário adaptado de um instrumento usado amplamente na Inglaterra, chamado CARE, após a validação deste⁵⁶, para medir déficit cognitivo. No estudo de Veras, a prevalência de déficit cognitivo (29,7%) chegou a ser cinco vezes maior entre a população de categoria socioeconômica baixa em relação à população de categoria socioeconômica classificada como alta (5,9%). Em estudos no exterior, o MMSE mostrou-se adequado para aplicação em populações de idosos na comunidade^{17,19,57,58}.

As perdas e recusas desse estudo também devem ser comentadas como potenciais causas de viés de seleção, comprometendo, assim, a sua validade. O fato de que estas perdas concentraram-se, principalmente, em setores da cidade onde havia maior renda, pode ter superestimado a prevalência da Incapacidade Funcional, já que esta se mostrou associada com rendas mais baixas. Entretanto, a idade média dos não-respondentes foi mais alta do que a daqueles que responderam ao questionário, o que levaria a uma subestimação do desfecho, em razão do maior risco para Incapacidade Funcional nas pessoas de idade mais avançada.

A revisão da literatura mostra outros estudos de base populacional, nesta faixa etária, com taxas semelhantes de perdas e recusas. Ramos entrevistou 80% da amostra selecionada⁴².

O estudo realizado em San Luis, Estados Unidos, teve 18,4% de recusas e perdas; neste estudo, os autores realizaram uma pequena entrevista com os não-respondentes e, em 59% destes, conseguiram informações concluindo que a prevalência de Incapacidade Funcional foi menor nos não-respondentes⁵⁷.

Levando em consideração todos esses fatos, não parece que o número de perdas e recusas possa ter levado a uma amostra selecionada e não-representativa de Pelotas.

Outros achados do estudo merecem ser destacados. A inserção dos idosos nos níveis socioeconômicos menos privilegiados é uma realidade no Brasil, com poucas perspectivas de mudança. Este é um fator de risco para uma saúde pior, e também deve ser considerado quando se levam em conta alternativas de intervenção com gastos individuais grandes. Por outro lado, existem opções menos dispendiosas, como a prática de exercícios, que deve ser estimulada, não só nos idosos, mas também em populações mais jovens, já que se mostrou associada com risco menor de Incapacidade Funcional.

O estudo de base populacional realizado em uma amostra de idosos da cidade de Pelotas identificou vários fatores de risco para a Incapacidade Funcional, e alguns fatores protetores, como tem sido demonstrado na literatura. Quanto maior a idade dessas pessoas, maior torna-se o risco para a incapacitação, particularmente se forem do sexo feminino. Fatores de risco, como fumo (provavelmente não evidenciado no presente estudo, pelo viés de sobrevivência) e fatores protetores, como prática de exercícios e consumo moderado de álcool, podem, respectivamente, levar os idosos a adquirirem ou não determinadas doenças. Nessa cadeia de eventos, enfermidades como DM, HAS e AVC, sabidamente tratáveis e, muitas vezes, evitáveis, tornam-se presentes. Essas morbidades, por sua vez, podem acarretar outras, como déficit de visão e incontinência urinária. Nesse momento, a “aparente” solução de hospitalização desses pacientes, por razões, muitas vezes, mais sociais do que orgânicas, torna-se um fator complicador e potencializador da doença do idoso. Ao final, a resultante

dos fatores protetores e de risco, faz com que o idoso ganhe anos a mais de vida, mas pairando sobre ele o fantasma da Incapacidade Funcional.

Espera-se que o conhecimento aqui adquirido permita um melhor manejo da saúde dessa população, intervindo, dentro do possível, na prevenção de alguns fatores e estimulando outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Chaimovicz F. A Saúde dos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Perspectivas e Alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31:184-200.
- 2 Silvestre JA, Kalache A, Ramos LR, Veras RP. O Envelhecimento Populacional e o Setor Saúde. *Arq. Geriatr. Gerontol.* 1996; (1):81-89.
- 3 Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O Envelhecimento da população mundial. Um Desafio novo. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21:200-10.
- 4 Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento Populacional: Uma Realidade Brasileira. *Rev. Saúde Pública* 1987; 21:211-224.
- 5 Caird FI, Evans JG. *Medicine in Old Age in Oxford Textbook of Medicine 3rd Edition*, Oxford Medical Publications, London, 1996.
- 6 Lessa I.. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-transmissíveis versus Terceira Idade in *O Adulto Brasileiro e as Doenças da Modernidade. Epidemiologia das Doenças Crônicas Não-transmissíveis. HUCITEC. SP–Rio de Janeiro, 1998.*
- 7 Guralnik JM. Assessing the Impact of Comorbidity in the Older Population. *Ann Epidemiol* 1996; 6:376-380.
- 8 Nusselder WJ, Van Der Velden K, Van Sonsbeek JLA, Lenior ME, Van Der Bos GAM. The Elimination of Selected Chronic Diseases in a Population: The Compression and Expansion of Morbidity. *Am J Public Health* 1996; 86:187-194.
- 9 Nagi SZ. A n Epidemiology of Disability among Adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1976; 54:439-467.
- 10 Barberger-Gateau P, Fabrigoule C. Disability and Cognitive Impairment in the Elderly. *Disability and Rehabilitation* 1997; 19:175-193.
- 11 Fried LP, Herdman SJ, Kuhn KE, Rubin G, Turano K. Preclinical Disability. Hypotheses About the Bottom of the Iceberg. *Journal of Aging and Health* 1991; 3:285-300.
- 12 Katz S, Akpom CA. A Measure of Primary Sociobiological Functions. *International J of Health Services* 1976; 6:493-508.
- 13 Katz S. Assessing Self-maintenance: Activities of Daily Living, Mobility and instrumental Activities of Daily Living. *J Am Geriatrics Soc* 1983; 31:721-727.
- 14 Thomas VS, Rockwood K, McDowell I. Multidimensionality in Instrumental and Basic Activities of Daily Living. *J Clin Epidemiol* 1998; 51:315-321.

-
- 15 Dunlop DD, Hughes SL, Manhein LM. Disability in Activities of Daily Living: Patterns of Change and a Hierarchy of Disability. *Am J Publ Health* 1997; 87:278-383.
 - 16 Reuben DB, Valle LA, Hays RD, Siu AL. Measuring Physical Function in Community-Dwelling Older Persons: A Comparison of Self-Administered, Interviewer-Administered and Performance-Based Measures. *J Am geriatr Soc* 1995; 43:17-23.
 - 17 Rozzini R, Frisoni GB, Ferruci L, Barbisoni P, Bertozzi B, Trabucchi M. The Effect of Chronic Diseases on Physical Function. Comparison Between Activities of Daily Living Scales and the Physical Performance Test. *Age and Ageing* 1997; 26:281-287.
 - 18 Hoyemans N, Feskens EJM, Van Der Bos GAM, Kromhout D. Measuring Functional Status: Cross-Sectional and Longitudinal Associations between Performance and Self-Report (Zutphen Elderly Study 1990-1993). *J Clin Epidemiol* 1996; 49:1103-1110.
 - 19 Kelly-Hayes M, Jette AM, Wolf FA, D'Agostino RB, Odell PM. Functional Limitations and Disability among Elders in the Framingham Study. *Am J Publ Health* 1992; 82:841-845.
 - 20 Davies AM. Epidemiology and the Challenge of ageing. *Intern J Epidemiol* 1985; 14:9-21.
 - 21 Young J. Rehabilitation and Older People. *BMJ* 1996; 313:677-681.
 - 22 Spector WD, Katz S, Murphy JB, Fulton JP. The Hierarchical Relationship between Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. *J Chron Dis* 1987; 40:481-489.
 - 23 Guralnik JM, Lacroix AZ, Branch LG, Kasl SV, Wallace RB. Morbidity and Disability in Older Persons in the Years Prior to Death. *Am J Publ Health* 1981; 81:443-447.
 - 24 Rubenstein LZ. Exposing the Iceberg of Unrecognized Disability. Editorial. *Arch Intern Med* 1987; 147:419-420.
 - 25 Mercado A, Meza J, Lamerato L. Geriatric Functional Assessment. Letters to the Editor. *The J Family Practice* 1998; 46:11-12.
 - 26 Schroll M. Does Increased Life Expectancy Imply Active Life Expectancy? *Dan Med Bull* 1992; 39:258-261.
 - 27 Crimmins EM, Hayward MD, Saito Y. Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population. *Demography* 1994; 31:159-175.

-
- 28 Robine JM, Brouard N, Colvez A. Les Indicateurs d'Esperance de Vie sans Incapacité (EVSI): Des Indicateurs Globaux de l'Etat de Santé des Populations. *Rev Epidém et Santé Publ* 1987; 35:206-224.
- 29 Graham P, Davis P. Life Expectancy Free of Disability: A Composite Measure of Population Health Status *Community Health Studies* 1990; 14:138-145.
- 30 Katz S, Branch LG, Branson MH, Papsidero JA, Beck JC, Greer DS. Active Life Expectancy. *N Engl J Med* 1983; 309:1218-1224.
- 31 Kunkel SR, Applebaum RA. Estimating the Prevalence of Long-Term Disability for an Aging Society. *J Gerontol:Soc Sci* 1992; 47 (5): S253-S260.
- 32 Raina P, Dukeshire S, Lindsay J, Chambers LW. Chronic Conditions and Disabilities Among Seniors: An Analysis of Population-Based Health and Activity Limitation Surveys. *Ann Epidemiol* 1998; 8:402-409.
- 33 Rockwood K, Stolee P, McDowell I. Factors Associated with Institutionalization of Older People in Canada: Testing a Multifactorial definition of Frailty. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44:578-582.
- 34 Scerr PA, Albert MS, Funkenstein HH, Cook NR, Hennekens CH, Branch LG, Ehite LR, Taylor JO, Evans DA. Correlates of Cognitive Function in an Elderly Community Population. *Am J Epidemiol* 1988; 128:1084-1101.
- 35 Mor V, Murphy J, Masterson-Allen S, Willey C, Razmpour A, Jackson ME, Greer D, Katz S. Risk of Functional Decline among Well Elders. *J Clin Epidemiol* 1989; 42:895-904.
- 36 Lamb VL. Gender Differences in Correlates of Disablement Among the Elderly in Egypt. *Soc Sci Med* 1997; 45:126-136.
- 37 Haan MN, Weldon M. The Influence of Diabetes, Hypertension and Stroke on Ethnic Differences in Physical and Cognitive Functioning in an Ethnically Diverse Older Population. *Ann Epidemiol* 1996; 6:392-398.
- 38 Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema A SJ, Kaplan GA. Successful Aging: Predictors and Associated Activities. *Am J Epidemiol* 1996; 144:135-141.
- 39 Hsieh RL, Lein IN, Lee WC, Lee TK. Disability among the Elderly of Taiwan. *Am J Phys Med Rehabil* 1995; 74:370-374.
- 40 Stewart A, Hays RD, Wells KB, Rogers WH, Spritzer KL, Greenfield S. Long-Term Functioning and Well-Being Outcomes Associated with Physical Activity and Exercise in

-
- Patientes with Chronic Conditions in the Medical Outcomes Study. *J Clin Epidemiol* 1994; 47:719-73.
- 41 Veras RP. País Jovem com Cabelos Brancos - A Saúde do Idoso no Brasil. 2.ed. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1994.
- 42 Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do Idoso em Área Metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de um Inquérito Domiciliar. *Rev. Saúde Pública* 1993; 27:87-94.
- 43 FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. População Idosa em Minas Gerais e Políticas de Atendimento. Belo Horizonte, 1993 (versão preliminar).
- 44 Crum RM, Anthony JC, Basset SS, Folstein MF. Population-Based Norms for the Mini-Mental State Examination by Age and Educational Level. *JAMA* 1993; 269:2386-2391.
- 45 Kaplan GA, Strawbridge WJ, Camacho T, Cohen RD. Factors Associated with Change in Physical Functioning in the Elderly. *J Aging and Health* 1993; 5:140-153.
- 46 Vasconcellos MCG. A Velhice na Sociedade Moderna: Imagens e Práticas Ideológicas: Estudo Antropológico do Movimento Social em Prol da Terceira Idade em Porto Alegre. Dissertação apresentada ao curso de pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre. Porto Alegre, julho de 1996.
- 47 Manton KG, Corder L, Stallard E. Estimates of Change in Chronic Disability and Institutional Incidence and Prevalence Rates in the U.S. Elderly Population from the 1982, 1984, and 1989 National Long Term Care Survey. *J Gerontol: Soc Sci* 1993; 48: S153-S166.
- 48 Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic Disability Trends in the Elderly United States Populations:1982-1994. *Proc Natl Acad Sci* 1997; 94:2593-2598.
- 49 Haas J. The Cost of Being a Woman. Editorial. *NEJM* 1998; 338:1694-1695.
- 50 Fries JF. Physical Activity, the Compression of Morbidity and the Health of the Elderly. *J R Soc Med* 1996; 89; 64-68.
- 51 Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, Roberts SB, Kehayias JJ, Lipsitz LA, Evans WJ. Exercise Training and Nutritional Supplementation for Physical Frailty in Very Elderly People. *NEJM* 1994; 330:1769-1775.





- 56 Veras RP, Coutinho E. Prevalência da Síndrome Cerebral Orgânica em População de Idosos de Área Metropolitana da Região Sudeste do Brasil. Rev Saúde Pública 1994; 28:26-37.
- 57 Hamman RF, Mulgrew CL, Baxter J, Shetterly SM, Swenson C, Morgenstern NE. Methods and Prevalence of ADL Limitations in Hispanic and Non-Hispanic White Subjects in Rural Colorado: The San Luis Valley Health and Aging Study. Ann Epidemiol 1999; 9:225-235.
- 58 Grut M, Fratiglioni L, Viitanen M, Winblad B. Accuracy of the Mini-Mental State Examination as a screening test for Dementia in a Swedish Elderly Population. Acta Neurol Scand 1993; 87:312-317.

ANEXOS

MANUAL DE INSTRUÇÕES E QUESTIONÁRIOS

ANEXO 1– MANUAL DE INSTRUÇÕES

PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS DE PELOTAS E ALGUNS DE SEUS DETERMINANTES

ESTUDO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO NA HIPERTENSÃO

INSTRUÇÕES GERAIS

Estamos realizando um trabalho de base populacional que aplicará questionários em pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e em idosos com 60 anos de idade ou mais. Para isso, foram escolhidos de forma sistemática setores censitários da zona urbana de Pelotas, com domicílios também escolhidos de forma sistemática em cada um desses setores de acordo com as instruções no item 4.2.

1. Critérios de inclusão no estudo

No estudo sobre hipertensão serão incluídas na amostra todas as pessoas de 20 a 69 anos de idade desde que, obviamente, sejam hipertensos. Para isso deverão **relatar diagnóstico prévio de Hipertensão Arterial Sistêmica feito por médico.**

No estudo sobre a saúde do idoso serão incluídas na amostra todas as **pessoas com 60 anos de idade ou mais (sem limite superior de idade).** Mesmo quando o idoso não tiver condições de responder ao questionário será incluído no estudo; o questionário será respondido por outro morador da casa ou alguém que esteja cuidando do idoso.

2. Critérios de exclusão no estudo

Serão excluídas as pessoas que, embora pertencendo à faixa etária de interesse, não residam no domicílio que está sendo visitado. Por exemplo: parentes ou amigos que estejam visitando a família, naquele momento ou temporariamente e empregada doméstica que não durma no emprego. Empregados domésticos que durmam no emprego devem ser considerados como moradores do domicílio.

No estudo sobre hipertensão serão excluídas todas as pessoas que não tiverem mínimas condições físicas e/ou mentais de auto-administrar a medicação, ou ao menos de solicitá-la ao acompanhante.

Para o estudo do perfil de saúde dos idosos, não há critérios de exclusão.

3. Definição de Família: Serão considerados membros da família, todos aqueles que façam, regularmente, as refeições juntos (ou algumas das refeições do dia), mesmo que não durmam na mesma casa (e sim numa outra nos fundos, por exemplo).

4. Etapas do trabalho de campo

4.1. Reconhecimento do setor: o entrevistador deverá fazer um reconhecimento do setor com a marcação dos domicílios antes de iniciar as visitas, de acordo com os critérios abaixo

4.2. Escolha das casas a serem visitadas: para estes estudos, foram sorteados 50 setores censitários, conforme definição do IBGE. Inicialmente sortearmos a quadra por onde começarão as entrevistas. Após o sorteio da quadra, dentro do setor, sorteia-se uma das esquinas. Chegando-se na esquina sorteada, fica-se de frente para a edificação da esquina. Se esta edificação estiver com a porta de entrada voltada para você, será considerada como a primeira casa. Caminha-se para a direita e conta-se como segunda casa a próxima, escolhendo para visitar a quinta residência a partir da primeira contada; continua-se andando para a direita e conta-se mais quatro casas ou apartamentos, para então realizar a nova entrevista na quinta casa. Se a edificação da esquina estiver com a porta de entrada voltada para a rua da sua esquerda, você não a considera como a sua primeira casa; continue andando pela direita e conte como primeira a casa seguinte e após mais quatro casas, sendo que a quinta será escolhida como a ser visitada. Caso na esquina sorteada haja um terreno, a primeira casa será a próxima da direita. Quando terminar esta quadra, o entrevistador passará para a próxima da seguinte maneira: ficando de costas para a esquina por onde iniciou as entrevistas, o entrevistador enxergará três esquinas, devendo atravessar a rua no sentido da esquina mais da sua direita, continuando as visitas como descrito na primeira quadra.

Se durante a contagem das casas houver uma completamente desabitada, terreno vazio, casa comercial onde ninguém more, não conte como casa estes locais. Não esqueça que nas vilas é comum haver uma casa ou até várias atrás da outra; cada uma deve ser contada como uma casa. Nos edifícios, cada apartamento é considerado como uma casa, inclusive o apartamento do zelador, se ele morar no prédio. Quando você estiver num setor de blocos de edifícios, não esqueça que o bloco A vale como bloco 1 e assim por diante. As quadras

irregulares apresentarão mais de 4 esquinas, pois cada entrada, mesmo que não seja uma esquina convencional, deve ser considerada uma nova esquina. Após completar 60 domicílios em cada setor, considere o setor como terminado. Se você não encontrar os 60 domicílios necessários ao término do setor, considere também o mesmo como encerrado.

Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidados com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio para os vizinhos para chamar o morador da casa.

4.3. Apresentação do entrevistador ao informante: explicar que é da Universidade Federal de Pelotas e que está fazendo um trabalho sobre a saúde dos adultos em Pelotas. Mostrar a carta de apresentação e crachá. Dizer que o estudo está sendo realizado em vários locais da cidade e que gostaria de fazer algumas perguntas para algumas pessoas da família. Perguntar se há na residência alguma pessoa com pressão alta ou com 60 anos de idade ou mais, além do número total de habitantes. Sempre salientar que é muito importante a sua colaboração neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre os problemas relacionados à hipertensão e sobre os idosos. Se houver recusa, anotar na folha de conglomerado, mas não desistir antes de 3 tentativas, pois a recusa será considerada uma perda, isto é não será selecionada outra casa para substituir esta. Tente marcar um novo horário para a pessoa, diga que você sabe o quanto ela é ocupada e que responder um questionário pode ser cansativo, mas insista na importância do trabalho e na sua colaboração.

4.4. Sigilo: explicar que o estudo é absolutamente confidencial, e que as informações prestadas pelas pessoas não serão reveladas a ninguém.

4.5. Casa não incluída: se a casa estiver desabitada, anotar este dado na folha de conglomerado e selecionar uma casa a mais no final deste setor, para substituir a que faltou.

4.6. Domicílios coletivos: prisões, hospitais, casas de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis, pensões e repúblicas serão excluídos.

4.7. Folha do conglomerado: deverá ser preenchida ao término de cada setor. Cada dupla de entrevistadores receberá uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta folha deverá

constar o número de setor visitado, o endereço da casa visitada, o número de pessoas em cada faixa etária de interesse, o número total de pessoas que moram na casa, o número de casas visitadas, desabitadas, com moradores ausentes e recusas. Casa onde os vizinhos informam que não mora ninguém, devem ser excluídas e seleciona-se uma nova casa para completar o número desejado e, na folha de conglomerado anota-se como casa desabitada. Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista. Aquelas pessoas que não respondem ao questionário por outros motivos que não seja recusa, por exemplo, uma pessoa impossibilitada de falar, doente no momento, entre outras, serão consideradas como perdas e isso será anotado na folha do conglomerado. Para esses casos também não haverá substituições.

5. Instruções gerais sobre as entrevistas

Quando no domicílio houver uma pessoa com 60 anos de idade ou mais que seja também hipertensa, você deverá aplicar **primeiro** o questionário do idoso; **a seguir** aplique então o questionário sobre hipertensão, perguntando somente as questões que estão precedidas por ♥.

5.1. Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelos informantes somente no final da entrevista. SEJA GENTIL!

5.2. Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de resposta, exceto em questões onde as alternativas estão precedidas de ➔ e escritas também em *itálico*. Se necessário explicar a pergunta de uma segunda maneira e, em último caso enunciar todas as opções, tendo cuidado de não induzir a resposta.

5.3. As instruções nos questionário em letras em **NEGRITO** servem apenas para orientar o entrevistador, não devem ser perguntadas para o entrevistado. Apenas deverá ser lido o que estiver em *itálico*.

5.4. Sempre que houver dúvida escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir no final do dia.

5.5. Quando a resposta for “OUTRO”, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante. **Estas respostas serão codificadas posteriormente.**

5.6. Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário sobre a sua má qualidade.

5.7. Não deixar respostas em branco: observar a aplicação dos códigos especiais: -
IGNORADO: código 9, 99 ou 999...=resposta desconhecida do informante ou informação muito pouco confiável . Use a resposta IGNORADO somente no último caso. Aproveite mesmo as respostas aproximadas, como por exemplo, renda entre 5000 e 6000,anotar 5500.

-NÃO SE APLICA: código 8, 88 ou 888..= quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso. Quando houver instruções para pular de uma pergunta para outra mais adiante, utiliza-se o código 8 ou 88... nas perguntas que não foram aplicadas.

5.8. Não tente fazer contas durante a entrevista, porque isso muitas vezes resulta em erros. Por exemplo, se o salário for indicado sobre a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso, e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal. Isto será feito posteriormente.

5.9. Em resposta de tempo ou idade, renda ou gastos, quando for necessário arredondar, faça-o sempre para menos. Proceda da mesma maneira com o peso e a altura do entrevistado. Em caso de dúvidas escrever por extenso e deixar o supervisor decidir.

5.10. Preencha o questionário sempre a **lápiz**, e durante a entrevista leve sempre com você a borracha para correções, o apontador, a carta de apresentação e o crachá.

5.11. Preencha o questionário com letra e os números de forma legível.

5.12. Lembre-se de esclarecer aos entrevistados que as respostas dadas são sigilosas.

5.13. Ao terminar a entrevista, agradeça pela atenção e diga que o entrevistado poderá receber outra visita de nossos entrevistadores.

5.14. A codificação deverá ser feita no mesmo dia, **após** a aplicação de todos os questionários, também a **lápiz**.

5.15. Para a codificação, serão usados os campos da coluna direita dos questionários. O número a ser colocado nestes campos é o número que está ao lado da alternativa marcada como resposta, exceto nas exceções já citadas (outro, não se aplica – NSA – ou ignorado).

O MANUAL DE INSTRUÇÕES SERVE PARA ESCLARECER SUAS DÚVIDAS, PORTANTO DEVERÁ ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. RECORRA AO MANUAL DE INSTRUÇÕES **SEMPRE** QUE SURGIR UMA DÚVIDA. ERROS DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO INDICARÃO QUE VOCÊ NÃO CONSULTOU O MANUAL.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS DE PELOTAS

QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO

- ⇒<Número do questionário> Não numerar o questionário
- ⇒<Data do questionário> Coloque o dia em que foi realizada a entrevista.
- ⇒<Setor censitário> Coloque o número do setor censitário onde se localiza a residência
- ⇒<Número da casa> Coloque o número conforme a ordem da casa dentro do setor censitário.
- ⇒<Endereço> Colocar o endereço completo da casa.
- ⇒<Ponto de referência> use referências básicas e fundamentais tais como: alguma característica especial do domicílio, ônibus a usar, pontos de referência próximos da casa (bar da esquina, colégio na frente) nome do bairro, etc.

ALGUMAS VEZES, O ENTREVISTADO NÃO TEM CONDIÇÕES DE RESPONDER SOZINHO O QUESTIONÁRIO E VAI SER AJUDADO POR OUTRA PESSOA DA CASA, NÃO HAVENDO PROBLEMAS NESTA SITUAÇÃO. EM OUTRAS OCASIÕES O IDOSO NÃO TERÁ CONDIÇÕES DE RESPONDER AO QUESTIONÁRIO. QUANDO ISTO ACONTECER, NÃO CONSIDERE COMO PERDA, E INSISTA PARA QUE UM ACOMPANHANTE RESPONDA AO QUESTIONÁRIO, SALIENTANDO A IMPORTÂNCIA DE SE OBTER INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE DAS PESSOAS DESSA IDADE NA NOSSA POPULAÇÃO.

⇒<Qual seu nome completo> Colocar o nome da pessoa que está sendo entrevistada. (Este não é o nome de quem responde o questionário se o sujeito da pesquisa estiver impossibilitado de fazê-lo).

⇒ <O(A) sr(a) tem telefone?> Anote o telefone da casa.

Pergunta 1. <Sexo> Coloque o sexo do <sujeito da pesquisa>, conforme sua observação.

Pergunta 2. <Cor da pele> Nesta Pergunta, coloque a cor de pele que você observa.

Pergunta 3. < Qual sua idade? __ __ __ > Pergunte qual a idade **completa** do entrevistado na data da entrevista. Se ela for fazer aniversário no dia seguinte, assim mesmo você registrará a **idade do entrevistado no momento da entrevista**. Se houver dificuldade, peça para ver algum documento onde conste a data de nascimento do entrevistado. Algumas vezes, o entrevistado pode dizer “tenho XXX anos de idade, mas fui registrado no ano XXXX”; neste caso, considere a idade que o entrevistado diz que tem.

Pergunta 4. <Qual seu estado civil> Preencher conforme as opções.

Pergunta 5.<**O(A) sr(a) é aposentado?**> Pergunte se o <sujeito da pesquisa> é aposentado pela previdência (INSS); se ele já se aposentou mas ainda continua trabalhando coloque a informação mesmo assim. As perguntas seguintes vão contemplar este aspecto.

SE A RESPOSTA FOR **NÃO**, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 9

Pergunta 6.<**Qual o motivo de sua aposentadoria?**

- (1) completou tempo de serviço ou idade
- (2) aposentou-se por motivo de saúde
- () outro motivo(_____)>

Marcar conforme a resposta dada.

Pergunta 7.<**Com que idade o(a) Sr(a) se aposentou?**> Coloque a idade que o <sujeito da pesquisa> tinha quando se aposentou. Se ele tiver respondido **não** à pergunta 9, coloque como código 8 (não se aplica) nesta pergunta.

Pergunta 8. <**Qual era seu trabalho quando se aposentou?**> Coloque a profissão do momento da aposentadoria. Se ele tiver respondido **não** à Pergunta 9, coloque como código 8 (não se aplica) nesta Pergunta.

Pergunta 9.<**O(A) Sr(a) trabalha atualmente?** (1) **sim** (0) **não**>Pergunte se o <sujeito da pesquisa> ainda trabalha, apesar da aposentadoria. Se ele tiver respondido **não** à Pergunta 9, coloque como código 8 (não se aplica) nesta pergunta. Se a resposta for do lar, trabalho de casa ou doméstico, anote mas não faça as questões 11 e 12.

SE NÃO TRABALHA, PULE PARA QUESTÃO 13

Pergunta 10. <**Qual seu trabalho atual?**>. Coloque a ocupação atual do <sujeito da pesquisa>. Se ele não trabalha atualmente, coloque como código 8 (não se aplica).

Pergunta 11. < **Quantos dias por semana o(a) sr(a) trabalha? __ __ dias** > Preencha conforme a resposta do entrevistado. Se variar muito o número de dias de uma semana para outra, anotar o número de dias da última semana, a não ser que esta tenha sido muito diferente das habituais (doença). Se ele não trabalha atualmente, coloque como código 88 (não se aplica).

Pergunta 12. < **Quantas horas por dia o(a) sr(a) trabalha? __ __ horas** > Preencha conforme a resposta do entrevistado. Se as horas de trabalho variarem muito de um dia para outro, anotar o número de horas do último dia, tendo este sido um dia habitual. Se ele não trabalha atualmente, coloque como código 88 (não se aplica).

Pergunta 13. <**Das fontes de renda que eu vou citar, qual(is) é(são) a(s) sua(s)?**

- 1. salário ou renda como autônomo (1) **sim** (0) **não**
- 2. aposentadoria ou pensão (1) **sim** (0) **não**
- 3. recebe ajuda financeira (1) **sim** (0) **não**
- 4. outra fonte, qual? _____ () **sim** (0) **não** >

Pergunte cada um dos itens desta questão, marcando o número apropriado no campo de codificação correspondente. O **item 4** será codificado posteriormente, apenas anote qual é o tipo de fonte de renda conforme a resposta do entrevistado. Observar que a resposta não é exclusiva, portanto cabem duas respostas ou mais.

Pergunta 14. < **Até que série o(a) sr(a) estudou?**

- 0/0 não estudou**
- __ /1 série do primário**
- __ /2 série do ginásial**
- __ /3 série do primeiro grau**
- __ /4 série do científico/normal/clássico/2º grau**
- __ /5 ano do curso superior ou pós-graduação>**

Marque um X ao lado da resposta dada. Para a codificação: se o entrevistado não estudou, codifique como 0/0. Se o entrevistado estudou, coloque do lado do item correspondente até que série de que nível (p. ex., se o entrevistado estudou até a quinta série do primário, coloque 5 no espaço ao lado de __/1série do primário). se o entrevistado disser que completou um nível determinado, observe: o primário tem 5 séries, o ginásial tem 4 séries e o científico/normal/clássico têm 3 séries. Para codificar esta resposta, coloque antes da barra o número da série que o entrevistado completou. Usando o exemplo dado anteriormente a codificação ficará 5 / 1.

Se o entrevistado estudou com o modelo atual de ensino (primeiro e segundo grau), coloque o número correspondente à série no espaço indicado, ao lado de primeiro grau ou segundo grau.

Pergunta 15. < **O(A) Sr(a) tem filhos?** **(1) sim** **(0) não**> Marque conforme a resposta do entrevistado.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 19

Pergunta 16. < **Quantos filhos o(a) sr(a) teve?** _____ **(88) NSA** > Esta resposta deve ser o número total de filhos que o entrevistado teve, vivos ou já falecidos, legítimos ou adotados. Se não tem filhos, marque (88)Não Se Aplica.

Pergunta 17. < **Destes filhos, quantos estão vivos?** _____ **(88) NSA**> Coloque o número de filhos vivos. Se não tem filhos, marque (88)Não Se Aplica.

SE NÃO TEM FILHOS VIVOS, PULE PARA QUESTÃO 19

Pergunta 18. < **Com que frequência o(a) sr(a) vê esses filhos?**

- (1) todos os dias**
- (2) uma vez por semana ou mais**
- (3) uma vez por mês ou mais**
- (4) menos de uma vez por mês**
- (8) NSA** **>**

Marque conforme a resposta do entrevistado, não importando se ele recebe as visitas ou faz as visitas aos filhos. Nesta questão, marque a soma de dias de um período que o entrevistado faz ou recebe as visitas dos filhos. Se o entrevistado mora com os filhos, responda <todos os dias>. Se o entrevistado referir que recebe a visita de algum(ns) dos filhos, marque a frequência maior. Se não tem filhos, marque (88)Não Se Aplica.

Pergunta 19. <O(A) sr(a) mora com alguém mais em sua casa? (1) sim (0) não>
Marque conforme a resposta do entrevistado. Considerar como morador se fizerem as refeições juntos.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 22.

Pergunta 20. < Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o(a) sr(a)? __ __ pessoas>
Marque conforme a resposta do entrevistado. Se ele mora sozinho, marque (88) Não Se Aplica.

Pergunta 21. < Quem mora na casa com o(a) sr.(a)?:

- esposo(a), companheiro(a) (1) sim (0) não
- filho (a) com ou sem família (1) sim (0) não
- neto(s) (1) sim (0) não
- irmão(s) (1) sim (0) não
- pai e/ou mãe (1) sim (0) não
- outros, quem?: _____ () sim (0) não >

Marque a resposta correspondente para cada item da questão, colocando o número adequado em cada campo de codificação; **outros** será codificado após. Se ele mora sozinho, marque (8) NSA, e codifique cada um dos campos com este número (8)

Pergunta 22. < Além dos seus filhos, o(a) sr(a) tem amigos ou parentes que visita ou que lhe visitam?

(1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado. Se o mesmo não tem filhos, omita a primeira parte da questão.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A PERGUNTA NÚMERO 24.

Pergunta 23. < Com qual frequência? (1) todos os dias

- (2) uma vez por semana ou mais
- (3) uma vez por mês ou mais
- (4) menos de uma vez por mês
- (8) NSA >

Marque conforme a resposta do entrevistado. Se o entrevistado recebe ,por exemplo, a visita de mais de uma pessoa em um determinado período, coloque o **número total**, não importando que haja discriminação de cada uma das pessoas. Se ele não recebe ou faz visitas, marque (8)NSA.

Pergunta 24. < Eu gostaria de saber se nesta casa tem:

- Rádio () sim, quantos? __ (00) não
- Geladeira (1) sim (0) não
- Aspirador de pó (1) sim (0) não
- Máquina de lavar roupa (1) sim (0) não
- Vídeo cassete (1) sim (0) não
- TV a cores () sim, quantas? __ (00) não
- Banheiro () sim, quantos? __ (00) não
- Carro () sim, quantos? __ (00) não
- Empregada doméstica () sim, quantas? __ (00) não >

Marque a resposta correspondente para cada ítem da questão, colocando o número adequado em cada campo de codificação; os parênteses em branco devem ser preenchidos com o número dos objetos presentes na casa, sendo este o número de codificação correspondente. O ítem empregada doméstica refere-se tanto para empregada que vai todos os dias ou somente algumas vezes (faxineira/ diarista).

AGORA EU GOSTARIA DE SABER ALGUMAS COISAS SOBRE SUA SAÚDE

Pergunta. 25. < **Como o(a) sr(a) acha que é sua saúde ?** (1) ótima/muito boa
(2) boa
(3) regular
(4) ruim
(5) péssima
(6) não sabe >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta. 26. < **No último ano, o(a) sr(a) caiu alguma vez?**
() sim, ___ vezes (00) não >

Se a resposta for sim, pergunte quantas vezes e acrescente no campo adequado; este será o número usado na codificação.

Pergunta 27. < **No último ano, o(a) sr(a) perdeu urina sem controlar?**

(0) não
(1) algumas vezes
(2) sempre >

Nesta pergunta, **sempre** significa que o entrevistado não tem controle esfinteriano, e não consegue controlar a diurese; **algumas vezes** será a resposta quando o entrevistado refere que perde urina em algumas situações, como por exemplo, quando tosse ou faz esforços. **Não** será a resposta se o entrevistado não tiver perdido urina nenhuma vez no último ano.

Pergunta 28. < **O(A) sr(a) precisa usar sonda para urinar?** (1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado. A resposta sim serve tanto para sondas vesicais de demora(usando sempre) quanto para as de alívio(só usa quando sente a bexiga cheia).

Pergunta 29. < **No último ano, o(a) sr(a) perdeu fezes alguma vez sem controlar?**

(0) não
(1) algumas vezes
(2) sempre >

Nesta pergunta, **sempre** significa que o entrevistado não tem controle esfinteriano, e não consegue controlar a evacuação; **algumas vezes** será a resposta quando o entrevistado refere que não controla a evacuação em algumas situações. **Não** será a resposta se o entrevistado não tiver evacuado sem controle nenhuma vez no último ano.

Pergunta 30. < **O(A) sr(a) acha que escuta bem?** (0) não

(1) sim, com ajuda de aparelho
(2) sim, sem ajuda de aparelho >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 31. < O(A) sr(a) acha que enxerga bem?

- (0) não
- (1) sim, com ajuda de óculos ou lente de contato
- (2) sim, sem ajuda de óculos >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 32. < O(A) sr(a) usa prótese dentária (chapa)? (1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA QUESTÃO 34

Pergunta 33. < O(A) sr(a) acha que a prótese lhe atrapalha para alimentar-se?

- (1) sim (0) não (8) NSA >

Marque conforme a resposta do entrevistado. Se não usa prótese, marque (8)NSA.

Pergunta 34. < O entrevistado precisa usar sonda para alimentar-se? (1) sim (0) não > NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR. Marque de acordo com o que você está observando.

Pergunta 35. < Eu gostaria de saber se o(a) sr(a) tem algum problema de coração ou de circulação dos que eu vou citar:

- Angina ou problema de coronárias (1) sim (0) não
- Insuficiência cardíaca ou coração crescido (1) sim (0) não
- Problema em válvula do coração ou sopro (1) sim (0) não
- Pressão alta ou hipertensão (1) sim (0) não
- Derrame ou isquemia cerebral (1) sim (0) não
- Entupimento de artérias ou veias nas pernas (1) sim (0) não >

Marque a resposta correspondente a cada item da pergunta. Observar que a resposta não é exclusiva, portanto cabem duas respostas ou mais.

Pergunta 36. < O(A) sr(a) tem algum problema de pulmão?

- Asma (1) sim (0) não
- Bronquite (1) sim (0) não
- Enfisema (1) sim (0) não >

Marque a resposta correspondente a cada item da pergunta.

Pergunta 37. < O(A) sr(a) tem açúcar no sangue ou diabetes? (1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 38. < O(A) sr(a) tem algum tipo de reumatismo?

- Artrite (1) sim (0) não
- Reumatismo ou artrose (1) sim (0) não
- Problema de coluna (1) sim (0) não
- Hérnia de disco (1) sim (0) não
- Bursite (1) sim (0) não >

Marque a resposta correspondente a cada item da pergunta.

Pergunta 39. < **Eu gostaria de saber se o(a) sr(a) tem algum destes outros problemas**

- **Enxaqueca** (1) sim (0) não
- **Convulsões** (1) sim (0) não
- **Doença de Parkinson** (1) sim (0) não
- **Desmaios** (1) sim (0) não
- **Tontura ou vertigem** (1) sim (0) não >

Marque a resposta correspondente a cada item da pergunta.

Pergunta 40. < **O(A) sr(a) tem algum tipo de tumor?** (1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 41. < **O(A) sr(a) precisa usar algum destes aparelhos?**

- **Cadeira de rodas** (1) sim (0) não
- **Bengala** (1) sim (0) não
- **Muleta** (1) sim (0) não
- **Bolsa de colostomia ou ileostomia** (1) sim (0) não
- **outro, _____** () sim (0) não >

Leia todas as alternativas e marque a resposta correspondente a cada item da pergunta. O item **outro** deve ser preenchido conforme a resposta dada e será codificado posteriormente.

AS PERGUNTAS QUE EU VOU FAZER AGORA SÃO SOBRE TRATAMENTO DE SAÚDE

Pergunta 42. < **Nos últimos trinta dias, o(a) sr(a) consultou alguma vez?**

() sim, ___ vezes (00) não >

Se a resposta for **sim**, pergunte quantas vezes e marque no espaço correspondente o número de vezes; este número será o da codificação.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 44.

Pergunta 43. < **Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) consulta(s)?** ___ __ __ reais
(888) NSA >

Marque o total do custo de todas as consultas, se houver mais de uma, conforme a resposta do entrevistado, não usando centavos. Se o entrevistado não souber com exatidão, pergunte pelo custo médio. Quando a consulta foi feita na rede pública ou por convênio, use **000** reais; use **888** quando esta questão for pulada.

Pergunta 44. < **No último mês, o(a) sr(a) baixou hospital alguma vez?**

() sim, ___ vezes (00) não >

Se a resposta for **sim**, pergunte quantas vezes e marque no espaço correspondente o número de vezes; este número será o da codificação.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 46.

Pergunta 45. < **Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) baixa(s)?** ___ __ __ __ __ reais
(88.888) NSA >

Marque o total do custo de todas as internações, se houver mais de uma, conforme a resposta do entrevistado, não usando centavos. Se o entrevistado não souber com exatidão, pergunte

pelo custo médio. Quando a internação foi feita na rede pública ou por convênio, use **00.000** reais; use. **88888** quando esta questão for pulada.

Pergunta 46. < **O(A) sr(a) fez algum exame de laboratório ou radiografia mês passado?**
(1)sim **(0) não** >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

SE NÃO FEZ EXAMES, PULE PARA QUESTÃO 48.

Pergunta 47. < **Quanto o(a) sr(a) gastou com esses exames?** _____
(8.888) NSA >

Preencha com o total dos custos de todos os exames feitos, usando **0.000** se foram feitos na rede pública ou por convênio. Use **8.888** quando a questão for pulada.

Pergunta 48. < **O(A) sr(a) consultou alguma vez desde <mês do ano> do último ano?**
() sim, ___ vezes **(00) não** >

Substitua <mês do ano> pelo mês em que estamos. Se a resposta for **sim**, pergunte quantas vezes e marque no espaço correspondente o número de vezes; este número será o da codificação.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 50

Pergunta 49. < **Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) consulta(s)?** _____ **reais**
(888) NSA >

Marque o total do custo de todas as consultas, se houver mais de uma, conforme a resposta do entrevistado, não usando centavos. Se o entrevistado não souber com exatidão, pergunte pelo custo médio. Quando a consulta foi feita na rede pública ou por convênio, use **000** reais; use **888** quando esta questão for pulada.

Pergunta 50. < **O(A) sr(a) baixou hospital alguma vez desde <mês do ano> do último ano?**
() sim, ___ vezes **(00) não** >

Substitua <mês do ano> pelo mês em que estamos. Se a resposta for **sim**, pergunte quantas vezes e marque no espaço correspondente o número de vezes; este número será o da codificação.

SE A RESPOSTA FOR NÃO, PULE PARA A QUESTÃO 52.

Pergunta 51. < **Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) baixa(s)?** _____ **reais**
(88.888) NSA >

Marque o total do custo de todas as internações, se houver mais de uma, conforme a resposta do entrevistado, não usando centavos. Se o entrevistado não souber com exatidão, pergunte pelo custo médio. Quando a internação foi feita na rede pública ou por convênio, use **00.000** reais; use. **88888** quando esta questão for pulada.

Pergunta 52. < **O(A) sr(a) fez algum exame de laboratório ou radiografia desde <mês do ano> do último ano?**

(1) sim **(0) não** >

Substitua <mês do ano> pelo mês em que estamos. Marque conforme a resposta do entrevistado.

SE NÃO FEZ EXAMES, PULE PARA QUESTÃO 54

Pergunta 53. < Quanto o(a) sr(a) gastou com esses exames? _____
(8.888) NSA >

Preencha com o total dos custos de todos os exames feitos, usando 0.000 se foram feitos na rede pública ou por convênio. Use 8.888 quando a questão for pulada.

Pergunta 54. < O(A) sr(a) usa algum remédio atualmente? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

SE NÃO USA REMÉDIOS, PULE PARA QUESTÃO 57

Pergunta 55. < Quais são os remédios?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____
- 9. _____
- 10. _____

Preencha conforme a resposta do entrevistado. Se o mesmo não lembrar-se do nome dos medicamentos, peça para ver a(s) receita(s). Qualquer dúvida, anote e discuta depois com o coordenador. Estes campos de codificação serão preenchidos posteriormente. Se o entrevistado não usa medicamentos, codifique os campos com (88).

Pergunta 56. < Quanto o(a) sr(a) gastou no último mês comprando esses remédios?
(_____) reais
(888) NSA >

Preencha com o total dos custos dos medicamentos comprados, usando 000 se foram todos ganhos na rede pública. Use 888 quando a questão for pulada.

Pergunta 57. < Quando o(a) sr(a) está com algum problema de saúde, quem mais lhe ajuda?

- (1) esposo(a), companheiro(a) (6) amigo ou vizinho
- (2) filho (a) () outra pessoa: _____
- (3) nora ou genro
- (4) neto(s)
- (5) irmão(s)

Marque conforme a resposta do entrevistado; o item outra pessoa será codificado posteriormente.

Pergunta 58. < O(A) sr(a) tem algum convênio de saúde?
(1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 60)>

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 59. < Quanto o(a) sr(a) paga por mês para este convênio? _____ reais
(888) NSA >

Preencha com o valor da mensalidade. Marque (888) se o entrevistado não tem convênio.

AS PEGUNTAS A SEGUIR SÃO SOBRE ALGUNS DE SEUS HÁBITOS

Pergunta 60. < **O(A) sr(a) faz algum tipo de exercício? (1) sim (0) não** >
 Marque conforme a resposta do entrevistado. Nesta questão, é considerado exercício qualquer atividade esportiva.

SE NÃO FAZ EXERCÍCIO, PULE PARA QUESTÃO 65

Pergunta 61. < **Há quanto tempo o(a) sr(a) faz exercícios? ___ anos (88) NSA** >
 Marque conforme a resposta do entrevistado; se o exercício é feito regularmente há menos de um ano, marque como 01.

Pergunta 62. < **Qual tipo de exercício o(a) sr(a) faz com maior regularidade?**
 () _____ (88) NSA >
 Preencha com o tipo de exercício que o entrevistado faz; se houver mais de um exercício que seja praticado, coloque o que é mais freqüente.

Pergunta 63. < **Com qual freqüência semanal? ___ vezes por semana (88) NSA** >
 Preencha com a freqüência semanal com que o exercício citado anteriormente é realizado.

Pergunta 64. < **Quanto tempo de cada vez? ___ minutos (88) NSA** >
 Preencha com o tempo gasto em cada sessão de exercícios.

Pergunta 65. < **O(A) sr(a) participa de alguma atividade**
 → em associação comunitária? (1) sim (0) não
 → em associação assistencial/ de caridade? (1) sim (0) não
 → em associação religiosa? (1) sim (0) não
 → em associação esportiva? (1) sim (0) não
 → em associação sindical/ política? (1) sim (0) não
 → em grupo de terceira idade (idosos) (1) sim (0) não >

Marque a resposta correspondente a cada item. Ir a missa somente não é considerada atividade em associação religiosa.

Pergunta 66. < **O(A) sr(a) fuma ou alguma vez já fumou? (1) sim (0) não** >
 Marque conforme a resposta do entrevistado.

SE NÃO FUMA OU NUNCA FUMOU, PULE PARA QUESTÃO 68

Pergunta 67. < **Eu gostaria de saber algumas coisas sobre seu hábito de fumar:**

Tipo de cigarro	Idade início	Idade parou	Inter- rupção	Quanto s p/dia	Quantos p/seman	Outros
cigarro						1=cachimbo
outros()						2=charuto >

Marque conforme as respostas do entrevistado. No espaço **interrupção**, coloque o número de anos de interrupção do hábito. Preencha o número de cigarros fumados por dia e por semana conforme a resposta (repare que o preenchimento do campo "quantos por dia" exclui o preenchimento do campo "quantos por semana" e vice-versa. Para a codificação: preencha o campo cigini com a idade em que o entrevistado iniciou a fumar; o campo cigar com a idade

em que o entrevistado parou de fumar e o campo ciginter com os anos de interrupção. Os campos qdiacig e qsemcig referem-se a quantidade fumada por dia ou por semana. Quando preencher a quantidade por dia, coloque 88 na quantidade semanal e vice-versa. Observe que há campos de codificação também para **outro** tipo de fumo; você deverá proceder da mesma maneira. Quando o entrevistado responder que fuma xxx gramas , ou um pacote de fumo, pergunte de quantas gramas é o pacote e observe: uma grama de fumo equivale a um cigarro.

Pergunta 68. < **O(A) sr(a) costuma ou costumava tomar bebidas alcoólicas?**

(1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

SE NÃO TOMA OU NUNCA TOMOU BEBIDAS ALCOOLICAS, PULE PARA QUESTÃO 70

Pergunta 69. < **Eu gostaria de saber algumas coisas sobre seu hábito de beber:**

Tipo	Idade início	Idade parou	Inter- rupção	Reci- piente	doses /dia	doses /semana
Cachaça						
Cerveja						
Vinho						
Outra:-						

(1)copo(200ml)(2)martelo(100ml)(3)1/2 garrafa(300ml)(4)garrafa(600ml)

(5) litro(1000ml) (6) dose(50ml) (7) lata(350ml) >

Preencha os quadros conforme os títulos de cada coluna. Preencha com a idade de início, idade em que parou e interrupção do hábito em anos. Coloque depois o tipo de recipiente e o número de doses **por dia ou por semana**, de acordo com a resposta do entrevistado. Para a codificação dos campos, use xxxini para idade de início, xxxpar para idade em que parou, xxxint para anos de interrupção, xxxrec para tipo de recipiente, xxxdia para recipientes por dia xxxsem para recipientes por semana. Se ele bebe duas garrafas de cerveja por semana, não coloque nada na coluna de doses por dia, e codifique esta coluna como **(88)**. **Codifique também como (88)** os tipos de bebida que o entrevistado não bebe.

AGORA EU GOSTARIA DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE A SUA RENDA E A DAS PESSOAS QUE MORAM NA CASA

Pergunta 70. < **Quanto o Sr(a) recebeu no último mês? R\$ _____** >

Preencha com a renda recebida no último mês. Se o entrevistado não tem rendimento nenhum, preencha com zeros (0) os espaços.

Pergunta 71. < **No mês passado, quanto receberam as pessoas da casa?**

→ Pessoa 1 R\$ _____

→ Pessoa 2 R\$ _____

→ Pessoa 3 R\$ _____

→ Pessoa 4 R\$ _____

→ Pessoa 5 R\$ _____ >

Preencha com a renda recebida no último mês por cada uma das pessoas da casa. Observe que há espaço para cinco pessoas; se houver menos pessoas com rendimento em casa, preencha os campos que sobram com 88888 e os campos de codificação correspondentes com 88888.

PARA ESTAS QUESTÕES, OBSERVE QUE O ÍTEM 'NÃO PODE SEM AJUDA DE OUTRA PESSOA REFERE-SE À SITUAÇÃO EM QUE O ENTREVISTADO (IDOSO) TEM DEPENDÊNCIA **SEMPRE** DE OUTRA PESSOA PARA REALIZAR A TAREFA; QUANDO O MESMO TEM AJUDA SOMENTE EM ALGUNS MOMENTOS, PODENDO ENTRETANTO FAZER A ATIVIDADE SOZINHO, NÃO MARQUE ESTE ÍTEM.

A SEGUIR EU VOU LHE FAZER VÁRIAS PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA, E GOSTARIA QUE O(A) SR(A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR AGORA:

- *não tem dificuldade alguma*
- *tem pouca dificuldade*
- *tem média dificuldade*
- *tem muita dificuldade*
- *precisa de outra pessoa para lhe ajudar*

Pergunta 72. < Quando o(a) sr(a) vai tomar seu banho,

- **não tem dificuldade alguma** → **tem pouca dificuldade**
- **tem média dificuldade** → **tem muita dificuldade**
- **precisa de outra pessoa para lhe ajudar** >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 73. < Para fazer suas refeições,

- **não tem dificuldade alguma** → **tem pouca dificuldade**
- **tem média dificuldade** → **tem muita dificuldade**
- **precisa de outra pessoa para lhe ajudar** >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 74. < Quando o(a) sr(a) vai se vestir,

- **não tem dificuldade alguma** → **tem pouca dificuldade**
- **tem média dificuldade** → **tem muita dificuldade**
- **precisa de outra pessoa para lhe ajudar** >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 75. < Quando o(a) sr(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades:

- **não tem dificuldade alguma** → **tem pouca dificuldade**
- **tem média dificuldade** → **tem muita dificuldade**
- **precisa de outra pessoa para lhe ajudar** >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 76. < Para caminhar, o(a) sr(a):

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 77. < Para passa da cama para uma cadeira, o(a) sr(a):

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 78. < Quando o(a) sr(a) quer se pentear ou fazer a barba ou lavar o rosto

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 79. < Para empurrar um objeto grande como por exemplo, um poltrona, o(a) sr(a):

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 80. < Para carregar um saco de cinco quilos de arroz, o(a) sr(a):

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 81. < Se o(a) sr(a) quiser agachar-se ou ajoelhar-se no chão:

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 82. < Para levantar seus braços acima da cabeça, o(a) sr(a):

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 83. < Quando o(a) sr(a) quer lidar com objetos pequenos como por exemplo, uma chave,

- não tem dificuldade alguma → tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade → tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

PARA AS PERGUNTAS ABAIXO, AS ALTERNATIVAS SÃO:

- não tem qualquer dificuldade
- pode fazer com dificuldade
- precisa da ajuda de outra pessoa >

Pergunta 84. < Quando o(a) sr(a) quer cozinhar:

- (4) não tem qualquer dificuldade (2) pode fazer com dificuldade
- (0) precisa da ajuda de outra pessoa >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 85. < Para fazer suas compras, o(a) sr(a):

- (4) não tem qualquer dificuldade (2) pode fazer com dificuldade
- (0) precisa da ajuda de outra pessoa >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 86. < Quando o(a) sr(a) quer limpar sua casa:

- (4) não tem qualquer dificuldade (2) pode fazer com dificuldade
- (0) precisa da ajuda de outra pessoa

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 87. < Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) sr(a):

- (0) não pode sem ajuda de outra pessoa
- (4) pode fazer sem ajuda >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 88. < Para subir um lance de escadas, o(a) sr(a):

- (0) não pode sem ajuda de outra pessoa
- (4) pode fazer sem ajuda >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

Pergunta 89. < Quando o(a) sr(a) precisa sair para algum lugar, isto:

- (4) não é nenhum problema (2) é um pequeno problema
- (0) é um grande problema ou o sr não consegue ir >

Leia todas as alternativas para o entrevistado e marque conforme a resposta dada.

As questões a seguir (90 até 119) serão respondidas somente quando o próprio idoso tiver condições de responder ao questionário; caso contrário, pule-as e codifique todas como (8) NSA

Pergunta 90. <O(A) sr(a) está satisfeito com sua vida? (1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 91. <O(A) sr(a) desistiu de muitas de suas atividades e interesses? (1) sim (0) não > Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 92. <O(A) sr(a) acha que sua vida é vazia? (1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 93. <O(A) sr(a) sente-se freqüentemente chateado? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 94. <O(A) sr(A) acha-se esperançoso quanto ao futuro? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 95. <O(A) sr(a) sente-se incomodado por pensamentos que não consegue tirar da cabeça? (1) sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 96. <O(A) sr(a) tem boa disposição a maior parte do tempo? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 97. <O(A) sr(a) tem medo de que alguma coisa ruim possa lhe acontecer? (1)sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 98. <O(A) sr(a) sente-se contente a maior parte do tempo? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 99. <O(A) sr(a) acha que lhe falta ajuda freqüentemente? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 100. <O(A) sr(a) está freqüentemente sem descanso e angustiado? (1) sim (0) não> Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 101. <O(A) sr(a) prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas? (1)sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 102. <O(A) sr(a) preocupa-se muitas vezes com o futuro? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 103. <O(A) sr(a) acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas da sua idade? (1)sim (0) não >

Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 104. <O(A) sr(a) acha bom estar vivo? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 105. <O(A) sr(a) sente-se triste e sem disposição freqüentemente?(1) sim (0) não >Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 106. <O(A) sr(a) acha que é pouco útil agora? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 107. <O(A) sr(a) pensa muito sobre o passado? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 108. <O(A) sr(a) acha a vida algo prazeroso? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 109. <O(A) sr(a) acha difícil iniciar novos projetos? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 110. <O(A) sr(a) sente-se com bastante energia? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 111. <O(A) sr(a) acha sua situação sem esperança? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 112. <O(A) sr(a) acha que a maioria das pessoas estão melhores do que o(a) sr(a)? (1)sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 113. <O(A) sr(a) chateia-se frequentemente com coisas pequenas? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 114. <O(A) sr(a) sente vontade de chorar frequentemente? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 115. <O(A) sr(a) tem problemas para concentrar-se? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 116. <O(A) sr(a) gosta de levantar-se pela manhã? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 117. <O(A) sr(a) prefere evitar encontros sociais? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 118. < O(A) sr(a) acha fácil tomar decisões? (1) sim (0) não >
Marque conforme a resposta do entrevistado.

Pergunta 119. <O(A) sr(a) acha sua mente tão clara como costumava ser? (1) sim (0) não>
Marque conforme a resposta do entrevistado.

As perguntas de número 120 até número 136 serão marcadas conforme o entrevistado responder as mesmas corretamente ou não. Quando outra pessoa estiver respondendo ao questionário, mesmo assim tente fazer as perguntas para O PRÓPRIO IDOSO.

Pergunta 120.< 1.Qual o endereço do local onde estamos?> Marque se a resposta dada pelo idoso está correta ou não, de acordo com o endereço que você anotou anteriormente.

Pergunta 121.<O(A) sr(a) sabe o dia e o mês em que estamos?> Marque se a resposta dada pelo idoso está correta ou não.

Mostrar seu relógio e o lápis para o entrevistado. Marque a opção correspondente ao número de acertos.

Pergunta 133. < **Eu gostaria que o(a) sr(a) repetisse o que eu vou dizer agora : *NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ***>.

Considere como certa a resposta que mantém a ordem de AQUI, ALI, LÁ, e marque a opção correspondente.

Pergunta 134. < **Eu gostaria que o(a) sr(a) lesse este papel e obedecesse o que está escrito (APRESENTAR FOLHA ANEXA, ONDE ESTÁ ESCRITO FECHÉ OS OLHOS)**>

Destaque a última folha do questionário e apresente-a para que o idoso leia, pedindo para que faça o que está escrito na mesma. Marque conforme a ação do entrevistado. Se o mesmo não souber ler ou não enxergar, não faça esta questão e anote o motivo ao lado das opções.

Pergunta 135. < **Eu gostaria que o(a) sr(a) as instruções que eu vou lhe dar a seguir: *PEGUE ESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO E COLOQUE-O NO CHÃO***

(APRESENTAR FOLHA ANEXA) >

Destaque a última folha do questionário e leia as instruções para o entrevistado, observando suas ações . Cada uma das três ações (pegar papel com a mão direita; dobrá-lo, colocá-lo no chão) deve ser considerada como uma resposta, sendo marcada a opção correspondente.

Pergunta 136. < **O(a) sr(a) poderia escrever uma frase para neste papel: (a frase deve ter sujeito e objeto; ignorar erros gramaticais)**>

Peça ao paciente para escrever uma frase de sua escolha. Marque como **certa** a resposta **se a frase tiver** sujeito e objeto. Se o mesmo não souber ler ou não enxergar, não faça esta questão e anote o motivo ao lado das opções

Pergunta 137. <**Eu gostaria que o(a) sr(a) copiasse este desenho aqui ao lado: (MOSTRAR FOLHA ANEXA)**

Apresente a folha anexa e mostre o desenho dos polígonos ao entrevistado para que ele possa copiar o desenho na mesma folha. Considere como **certa** se os ângulos das figuras estiverem preservados e se as mesmas estiverem uma sobre a outra.

AGORA EU GOSTARIA DE VER SEU PESO E SUA ALTURA. PARA ISSO, EU VOU PEDIR-LHE QUE FIQUE DESCALÇO E TIRE ALGUM CASACO QUE ESTEJA VESTINDO.

Peso ___ kg

Altura ___ cm

< **Quem respondeu o questionário?**

(1) **o próprio idoso**

(2) **o próprio idoso com ajuda**

() **outra pessoa(_____)**

>

Marque conforme a resposta do entrevistado; **outra pessoa** será codificado após.

<SE OUTRA PESSOA RESPONDEU AO QUESTIONÁRIO, COLOQUE O MOTIVO> . Esta questão será codificada posteriormente.

⇒<**Nome do entrevistador**> Coloque seu nome. Se você fez o questionário substituindo algum colega, você é o responsável.

COMENTÁRIOS SOBRE A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Neste espaço você colocará as dúvidas surgidas durante a aplicação do questionário.

A ÚLTIMA FOLHA DO QUESTIONÁRIO DEVERÁ SER DESTACADA PARA AS QUESTÕES CORRESPONDENTES, MAS DEVERÁ SER PRESA A ELE APÓS.

TÉCNICAS PARA A TOMADA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

As medidas antropométricas serão obtidas ao final da entrevista. Anote no espaço correspondente, completando com o peso em kg (sem marcar gramas) e a altura em centímetros inteiros (se houver uma medida 0,5 cm, arredonde para o número menor)

PESO

- O entrevistado deve estar vestindo o mínimo possível de roupas no momento da pesagem.
- Verificar se a balança está zerada.
- O entrevistado deve subir no centro de balança, e você (entrevistador) deverá posicionar-se bem em frente o visor da balança.
- Se o entrevistado estiver usando roupas muito pesadas e não puder tirá-las, anote quais roupas ao lado do peso medido.

ALTURA

- O entrevistado deverá estar descalço ou com meias finas. Deverá ficar em pé em uma superfície plana e a cabeça no plano horizontal de Frankfurt.
- Os braços devem estar soltos ao lado do corpo, com as palmas das mãos viradas para as coxas. Os calcanhares devem estar juntos; as costas e as nádegas devem estar encostando no antropômetro.
- A parte móvel do antropômetro deve ser colocada no ponto mais superior da cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo, mas sem forçar a pessoa a encolher-se.
- A medida deve ser registrada com aproximação de 1 cm.

PROCEDIMENTOS PARA AFERIÇÃO DA BALANÇA

- As balanças deverão ser zeradas **sempre** antes de cada medida. Para isto, use o botão que fica na lateral da balança e posicionando-se bem em frente ao visor, coloque o ponteiro bem acima do ZERO da balança.
- Antes de cada dia de entrevistas, as balanças deverão ser aferidas com o peso de um(1) kg.
- Uma vez por semana, as balanças serão aferidas pelo coordenador da pesquisa com o peso de cinco(5) kg.

ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS EM PELOTAS

⇒ Número do questionário: _____	numero _____
⇒ Data do questionário: ____/____/____	data ____/____/____
⇒ Setor censitário: _____	setor: _____
⇒ Número da casa: _____	nucasa _____
⇒ Endereço: _____ _____	
⇒ Ponto de referência: _____ _____	

Eu agora vou fazer algumas perguntas sobre o(a) sr(a) para saber de aspectos relacionados a seus hábitos e alguns problemas de saúde para uma pesquisa que Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas está realizando. Eu gostaria de lhe lembrar que as coisas que falarmos aqui são sigilosas

⇒ Qual seu nome completo? _____ _____	
⇒ O(A) sr(a) tem telefone? _____	
1. Sexo: (NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR) (1) masculino (2) feminino	sexo ____
2. Cor da pele : (NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR) (1) branca (2) não branca	cor ____
3. Qual sua idade? _____ anos	idade _____
4. Qual seu estado civil ? (1) casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) viúvo (3) separado/divorciado (4) solteiro	estcivil ____
5. O(A) sr(a) é aposentado? (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 9)	apos ____
6. Qual o motivo de sua aposentadoria? (1) completou o tempo de serviço ou idade (2) aposentou-se por motivo de saúde () outro motivo(_____ (8) NSA	motapos ____
7. Com qual idade o(a) sr(a) se aposentou? _____ anos (88) NSA	idadapo ____
8. Qual era seu trabalho quando se aposentou? _____ (888) NSA	trabapos _____

9. O(A) sr(a) trabalha atualmente?
(1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 13) contrab __
10. Qual seu trabalho atual? _____ (888) NSA trabatu ____
11. Quantos dias por semana o(a) sr(a) trabalha? ____ dias (88) NSA diatrab __
12. Quantas horas por dia o(a) sr(a) trabalha? ____ horas (88) NSA hstrabb __
13. Agora eu vou falar sobre algumas fontes de renda e gostaria de saber qual ou quais são as suas:
- 1. salário ou renda como autônomo (1) sim (0) não fonren1 __
 → 2. aposentadoria ou pensão (1) sim (0) não fonren2 __
 → 3. recebe ajuda financeira de outra pessoa (1) sim (0) não fonren3 __
 → 4. outra fonte, qual? _____ () sim (0) não fonren4 __
14. Até que série o(a) sr(a) estudou?
 () 0/0 não estudou escol __/
 () __/1 série do primário
 () __/2 série do ginásial
 () __/3 série do primeiro grau
 () __/4 série do científico/ normal/ clássico/ segundo grau
 () __/5 ano do curso superior ou pós-graduação
15. O(A) Sr(a) tem ou teve filhos?
(1) sim (0) não (PULE PARA PERGUNTA 19) filhos __
16. Quantos filhos o(a) sr(a) teve? ____ (88) NSA quafilh __
17. Destes filhos, quantos estão vivos? ____ (88) NSA filvivo __
(SE NÃO TEM FILHOS VIVOS, PULE PARA 19)
18. Com que frequência o(a) sr(a) vê seus filhos?
 (1) todos os dias vefilho __
 (2) uma vez por semana ou mais
 (3) uma vez por mês ou mais
 (4) menos de uma vez por mês
 (8) NSA
19. O(A) sr(a) mora com mais alguém em sua casa?
(1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 22) morasoz __
20. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o(a) sr(a)? ____ pessoas (88) NSA npes __
21. Quem mora na casa com o(a) sr.(a)?
 #esposo(a), companheiro(a) (1) sim (0) não (8) NSA moraesp __
 # filho (a) com ou sem família (1) sim (0) não (8) NSA morafil __
 # neto(s) (1) sim (0) não (8) NSA moranet __
 # irmão(s) (1) sim (0) não (8) NSA morairm __
 # pai e/ou mãe (1) sim (0) não (8) NSA morapai __
 # outros, quem? _____ () sim (0) não (8) NSA moraout __
22. Além dos seus filhos, o(a) sr(a) tem amigos ou parentes que visita ou que lhe visitam?
(1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 24) amigo __

23. Com qual frequência?

- (1) todos os dias
- (2) uma vez por semana ou mais
- (3) uma vez por mês ou mais
- (4) menos de uma vez por mês
- (8) NSA

veamigo __

24. Eu gostaria de saber se nesta casa tem:

- Rádio? () sim, quantos? __ (00) não
- Geladeira? (1) sim (0) não
- Aspirador de pó? (1) sim (0) não
- Máquina de lavar roupa? (1) sim (0) não
- Vídeo cassete? (1) sim (0) não
- TV a cores? () sim, quantas? __ (00) não
- Banheiro? () sim, quantos? __ (00) não
- Carro? () sim, quantos? __ (00) não
- Empregada doméstica? () sim, quantas? __ (00) não

radio ____
gelad ____
aspipo ____
maqlav ____
video ____
tvcor ____
banhei ____
carro ____
emp ____

Agora eu vou lhe perguntar algumas coisas sobre sua saúde

25. Como o(a) sr(a) acha que é sua saúde?:

- (1) ótima / muito boa (4) ruim
- (2) boa (5) péssima
- (3) regular (6) não sabe

saude __

26. No último ano, o(a) sr(a) caiu alguma vez?

- () sim, __ vezes (00) não

quedano ____

27. No último ano, o(a) sr(a) perdeu urina sem controlar?

- (0) não
- (1) algumas vezes
- (2) sempre

incurin __

28. O(A) sr(a) precisa usar sonda para urinar? (1) sim (0) não

sves __

29. No último ano, o(a) sr(a) perdeu fezes sem controlar?

- (0) não
- (1) algumas vezes
- (2) sempre

incfec __

30. O(A) sr(a) acha que escuta bem?

- (0) não
- (1) sim, com ajuda de aparelho
- (2) sim, sem ajuda de aparelho

escuta __

31. O(A) sr(a) acha que enxerga bem?

- (0) não
- (1) sim, com ajuda de óculos ou lente de contato
- (2) sim, sem ajuda de óculos

enxerga __

32. O(A) sr(a) usa prótese dentária (chapa)?

- (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 34)

protiden __

33. O(A) sr(a) acha que a prótese lhe atrapalha para se alimentar?

- (1) sim (0) não (8) NSA

protatrap __

34. O entrevistado precisa de sonda para alimentar-se? (1) sim (0) não
(NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR)

sondent __

35. Eu gostaria de saber se o(a) sr(a) tem algum problema de coração ou de circulação dos que eu vou citar:

- Angina ou problema de coronárias? (1) sim (0) não
- Insuficiência cardíaca ou coração crescido? (1) sim (0) não
- Problema em válvula do coração ou sopro? (1) sim (0) não
- Pressão alta ou hipertensão? (1) sim (0) não
- Derrame ou isquemia cerebral? (1) sim (0) não
- Entupimento de artérias ou veias nas pernas? (1) sim (0) não

angina __
inscard __
valvul __
has __
avc __
obstart __

36. O(A) sr(a) tem algum desses problemas de pulmão?

- Asma? (1) sim (0) não
- Bronquite? (1) sim (0) não
- Enfisema? (1) sim (0) não

asma __
bronqui __
enfise __

37. O(A) sr(a) tem açúcar no sangue ou diabetes? (1) sim (0) não

diabet __

38. O(A) sr(a) tem algum tipo de reumatismo desses que eu vou falar?

- Artrite? (1) sim (0) não
- Reumatismo ou artrose? (1) sim (0) não
- Problema de coluna? (1) sim (0) não
- Hérnia de disco? (1) sim (0) não
- Bursite? (1) sim (0) não

artrit __
reumat __
probcol __
herdis __
bursit __

39. Eu gostaria de saber se o(a) sr(a) tem algum destes outros problemas:

- Enxaqueca? (1) sim (0) não
- Convulsões? (1) sim (0) não
- Doença de Parkinson? (1) sim (0) não
- Desmaios? (1) sim (0) não
- Tontura ou vertigem? (1) sim (0) não

enxaq __
convul __
parkin __
desma __
vertig __

40. O(A) sr(a) tem algum tipo de tumor? (1) sim (0) não

neopl __

41. O(A) sr(a) precisa usar algum destes aparelhos?

- Cadeira de rodas (1) sim (0) não
- Bengala (1) sim (0) não
- Muleta (1) sim (0) não
- Bolsa de colostomia ou ileostomia (1) sim (0) não
- outro, _____ () sim (0) não

cadro __
bengala __
muleta __
colost __
aparout __

As perguntas que eu vou fazer agora são sobre tratamento de saúde

42. Nos últimos trinta dias, o(a) sr(a) consultou alguma vez?

() sim, ___ vezes (00) não (PULE PARA QUESTÃO 44)

conmes __

43. Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) consulta(s)? _____ reais
(888) NSA

cuscome

44. Nos últimos trinta dias, o(a) sr(a) baixou hospital alguma vez?

() sim, ___ vezes (00) não (PULE PARA QUESTÃO 46)

hospmes __

45. Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) baixa(s)? _____ reais
(88888) NSA

cuhosme

46. O(A) sr(a) fez algum exame de laboratório ou radiografia nos últimos trinta dias?
(1) sim (0) não (9 PULE PARA QUESTÃO 48)

exames __

47. Quanto o(a) sr(a) gastou com esses exames? _____
(8.888) NSA

cusexme

48. E o(a) sr(a) consultou alguma vez desde <mês do ano> do último ano?
 sim, ___ vezes (00) não (PULE PARA QUESTÃO 50) conano ___
49. Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) consulta(s)? _____ reais
 (8888) NSA cuscoan

50. E o(a) sr(a) baixou hospital alguma vez desde <mês do ano> do último ano?
 sim, ___ vezes (00) não (PULE PARA QUESTÃO 52) hospano ___
51. Quanto o(a) sr(a) gastou com essa(s) baixa(s)? _____ reais
 (88888) NSA cuhosan

52. O(A) sr(a) fez algum exame de laboratório ou radiografia desde <mês do ano> do último ano?
 (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 54) examan ___
53. Quanto o(a) sr(a) gastou com esses exames? _____
 (8888) NSA cusexan

54. O(A) sr(a) usa algum remédio atualmente?
 (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 57) remed ___
55. Quais são os remédios?
- | | | |
|-----------|------------|--------------|
| 1. _____ | (8888) NSA | qrem1 _____ |
| 2. _____ | (8888) NSA | qrem2 _____ |
| 3. _____ | (8888) NSA | qrem3 _____ |
| 4. _____ | (8888) NSA | qrem4 _____ |
| 5. _____ | (8888) NSA | qrem5 _____ |
| 6. _____ | (8888) NSA | qrem6 _____ |
| 7. _____ | (8888) NSA | qrem7 _____ |
| 8. _____ | (8888) NSA | qrem8 _____ |
| 9. _____ | (8888) NSA | qrem9 _____ |
| 10. _____ | (8888) NSA | qrem10 _____ |
56. Quanto o(a) sr(a) gastou no último mês comprando esses remédios?
 (_____) reais (888) NSA custrem

57. Quando o(a) sr(a) está doente ou com problemas de saúde, quem mais lhe ajuda?
 (1) esposo(a), companheiro(a) (2) filho (a)
 (3) nora ou genro (4) neto(s)
 (5) irmão(s) (6) amigo ou vizinho
 () outra pessoa: _____ ajudoenc ___
58. O(A) sr(a) tem algum convênio de saúde?
 (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 60) conven__
59. Quanto o(a) sr(a) paga por mês para este convênio? _____ reais (888) NSA pagaconv _____
- As perguntas a seguir são sobre alguns de seus hábitos
60. O(A) sr(a) faz algum tipo de exercício?
 (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 65) exerc__

61. Há quanto tempo o(a) sr(a) faz exercícios? ___ anos (88) NSA

62. Qual tipo de exercício o(a) sr(a) faz com maior regularidade?
() _____ (88) NSA

63. Quantas vezes por semana o sr faz este exercício? ___ vezes por semana
(88) NSA

64. Quanto tempo de cada vez? ___ minutos (88) NSA

65. O(A) sr(a) participa de alguma atividade

- em associação comunitária? (1) sim (0) não
- em associação assistencial/ de caridade? (1) sim (0) não
- em associação religiosa? (1) sim (0) não
- em associação esportiva? (1) sim (0) não
- em associação sindical/ política? (1) sim (0) não
- em grupo de terceira idade (idosos)? (1) sim (0) não

66. O(A) sr(a) fuma ou alguma vez já fumou?
(1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 68)

67. Eu gostaria de saber algumas coisas sobre seu hábito de fumar:

Qual tipo de cigarro	Idade iniciou	Idade parou	Inter-ruptão	Quanto s p/dia	Quantos p/semana
cigarro					
Outros ()					

Outros: 1=cachimbo 2=charuto

Uma grama de fumo = um cigarro

68. O(A) sr(a) costuma ou costumava tomar bebidas alcoólicas?
(1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 70)

69. Eu gostaria de saber algumas coisas sobre seu hábito de beber:

Qual tipo de bebida?	Idade iniciou	Idade parou	Inter-ruptão	Recipiente	recip./ dia	recip./ semana
Cachaça						
Cerveja						
Vinho						
Outra: _____						

- (1) copo(200ml) (2) martelo(100ml) (3) 1/2 garrafa(300ml)
- (4) garrafa(600ml) (5) litro (1000ml) (6) dose (60ml)
- (7) lata(350ml)

Agora eu gostaria de saber algumas informações sobre seus rendimentos e das pessoas que moram na casa. Eu gostaria de lembrar que essas informações são sigilosas

70. Quanto o Sr(a) recebeu no último mês? R\$ _____

71. No mês passado, quanto receberam as outras pessoas da casa?

- Pessoa 1 R\$ _____ (88888) NSA
- Pessoa 2 R\$ _____ (88888) NSA
- Pessoa 3 R\$ _____ (88888) NSA
- Pessoa 4 R\$ _____ (88888) NSA
- Pessoa 5 R\$ _____ (88888) NSA

texer ___

exerc ___

freqexe ___

duxer ___

asscom ___

asscar ___

assrel ___

assesp ___

asspol ___

fumo ___

cigini ___ cigpar ___

ciginter ___ qdiacig ___

qsemcig ___

inioutr ___ paroutr ___

intoutr ___

qdiaout ___ qsemout ___

alcool ___

cachini ___ cachpar ___

cachint ___ cachrec ___

cachddi ___ cachdsem ___

cervini ___ cervpar ___

cervint ___ cervrec ___

cervdia ___ cervsem ___

vinini ___ vinpar ___

vinint ___ vinrec ___

vindodi ___ vindsem ___

outalc ___ outini ___ outrec ___

outpar ___ outint ___

outdia ___ outsem ___

renda _____

renda1 _____

renda2 _____

renda3 _____

renda4 _____

renda5 _____

A seguir eu vou lhe fazer perguntas sobre algumas atividades do seu dia a dia e gostaria que o(a) sr(a) me respondesse de acordo com as alternativas que eu vou lhe dar agora:

- não tem dificuldade alguma
- tem pouca dificuldade
- tem média dificuldade
- tem muita dificuldade
- precisa de outra pessoa para lhe ajudar

72. Quando o(a) sr(a) vai tomar seu banho,

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

banho __

73. Para fazer suas refeições (para comer)

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

alimen __

74. Quando o(a) sr(a) vai se vestir

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

vestir __

75. Quando o(a) sr(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades:

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

toailete __

76. Para caminhar, o(a) sr(a):

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

camin __

77. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) sr(a):

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

cadeir __

78. Quando o(a) sr(a) quer se pentear ou fazer a barba ou lavar o rosto:

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

arruma __

79. Para empurrar um objeto grande como por exemplo, uma poltrona, o(a) sr(a):

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

empurra __

80. Para carregar um saco de cinco quilos de arroz, o(a) sr(a):

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

pesocin __

81. Se o(a) sr(a) quiser agachar-se ou ajoelhar-se no chão:

- (4) não tem dificuldade alguma
- (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
- (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar

ajoelha __

82. Para levantar seus braços acima da cabeça, o(a) sr(a):
 → (4) não tem dificuldade alguma
 → (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
 → (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar
 braço __
83. Quando o(a) sr(a) quer lidar com objetos pequenos como por exemplo, uma chave:
 → (4) não tem dificuldade alguma
 → (3) tem pouca dificuldade → (1) tem muita dificuldade
 → (2) tem média dificuldade → (0) precisa de outra pessoa para lhe ajudar
 objpeq __
- Para as perguntas seguintes, as respostas podem ser:
 → (4) não tem qualquer dificuldade
 → (2) pode fazer com dificuldade
 → (0) precisa da ajuda de outra pessoa
84. Quando o(a) sr(a) quer cozinhar:
 → (4) não tem qualquer dificuldade → (2) pode fazer com dificuldade
 → (0) precisa da ajuda de outra pessoa
 comida __
85. Para fazer suas compras, o(a) sr(a):
 → (4) não tem qualquer dificuldade → (2) pode fazer com dificuldade
 → (0) precisa da ajuda de outra pessoa
 compra __
86. Quando o(a) sr(a) quer limpar sua casa:
 → (4) não tem qualquer dificuldade → (2) pode fazer com dificuldade
 → (0) precisa da ajuda de outra pessoa
 limpeza __
87. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) sr(a):
 → ((0) não pode sem ajuda de outra pessoa
 → (4) pode fazer sem ajuda
 quadra __
88. Para subir um lance de escadas, o(a) sr(a)
 → ((0) não pode sem ajuda de outra pessoa
 → (4) pode fazer sem ajuda
 escada __
89. Quando o(a) sr(a) precisa sair para algum lugar, isto:
 → (4) não é nenhum problema
 → (2) é um pequeno problema
 → (0) é um grande problema ou o(a) senhor(a) não consegue ir
 sair __

AS QUESTÕES DE NÚMERO 90 ATÉ 119 SERÃO RESPONDIDAS SOMENTE QUANDO O PRÓPRIO IDOSO ESTIVER RESPONDENDO AO QUESTIONÁRIO; CASO CONTRÁRIO, PULE-AS

As perguntas que eu vou fazer agora, eu gostaria que o(a) sr(a) me respondesse com sim ou não

90. O(A) sr(a) está satisfeito com sua vida? (1) sim (0) não satisf __
91. O(A) sr(a) desistiu de muitas de suas atividades e interesses? (1) sim (0) não desis __
92. O(A) sr(a) acha que sua vida é vazia? (1) sim (0) não vazia __
93. O(A) sr(a) sente-se freqüentemente chateado? (1) sim (0) não chatea __
94. O(A) sr(a) acha-se esperançoso quanto ao futuro? (1) sim (0) não esper __

95. O(A) sr(a) sente-se incomodado por pensamentos que não consegue tirar da cabeça? (1) sim (0) não	pensam__
96. O(A) sr(a) tem boa disposição a maior parte do tempo? (1) sim (0) não	dispos__
97. O(A) sr(a) tem medo de que alguma coisa ruim possa lhe acontecer? (1) sim (0) não	temor__
98. O(A) sr(a) sente-se contente a maior parte do tempo? (1) sim (0) não	conten__
99. O(A) sr(a) acha que lhe falta ajuda freqüentemente? (1) sim (0) não	semaju__
100. O(A) sr(a) está freqüentemente sem descanso e angustiado? (1) sim (0) não	cansado__
101. O(A) sr(a) prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas? (1) sim (0) não	ficasa__
102. O(A) sr(a) preocupa-se muitas vezes com o futuro? (1) sim (0) não	futuro__
103. O(A) sr(a) acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas da sua idade? (1) sim (0) não	memoria__
104. O(A) sr(a) acha bom estar vivo? (1) sim (0) não	vivo__
105. O(A) sr(a) sente-se triste e sem disposição freqüentemente? (1) sim (0) não	triste__
106. O(A) sr(a) acha que é pouco útil agora? (1) sim (0) não	inutil__
107. O(A) sr(a) pensa muito sobre o passado? (1) sim (0) não	passado__
108. O(A) sr(a) acha a vida algo prazeroso? (1) sim (0) não	excit__
109. O(A) sr(a) acha difícil iniciar novos projetos? (1) sim (0) não	projet__
110. O(A) sr(a) sente-se com bastante energia? (1) sim (0) não	energia__
111. O(A) sr(a) acha sua situação sem esperança? (1) sim (0) não	esperan__
112. O(A) sr(a) acha que a maioria das pessoas estão melhores do que o(a) sr(a)? (1) sim (0) não	melhor__
113. O(A) sr(a) chateia-se freqüentemente com coisas pequenas? (1) sim (0) não	pequena__
114. O(A) sr(a) sente vontade de chorar freqüentemente? (1) sim (0) não	chorar__
115. O(A) sr(a) tem problemas para concentrar-se? (1) sim (0) não	concent__
116. O(A) sr(a) gosta de levantar-se pela manhã? (1) sim (0) não	amanhe__
117. O(A) sr(a) prefere evitar encontros sociais? (1) sim (0) não	evento__
118. O(A) sr(a) acha fácil tomar decisões? (1) sim (0) não	decide__
119. O(A) sr(a) acha sua mente tão clara como costumava ser? (1) sim (0) não	mente__

Agora eu vou fazer as últimas perguntas

120. Qual o endereço do local onde estamos? (1) certo (0) errado ender __
121. O(A) sr(a) sabe o dia e o mês em que estamos? (1) certo (0) errado diames __
122. Qual o dia da semana em que estamos? (1) certo (0) errado diasem __
123. Em que ano estamos? (1) certo (0) errado ano __
124. Em que estação do ano estamos? (1) certo (0) errado estacao __
125. Qual o nome do nosso estado? (1) certo (0) errado estado __
126. Qual o nome da nossa cidade? (1) certo (0) errado cidade __
127. Em que bairro estamos? (1) certo (0) errado lugar __
128. Em qual peça da sua casa estamos? (1) certo (0) errado peça __
129. Agora eu vou lhe dizer o nome de três objetos e quero que o senhor me repita esses nomes: **(FALAR PENTE, RUA E CANETA PAUSADAMENTE)** repete __
(1) uma resposta certa (2) duas respostas certas
(3) três respostas certas (0) todas erradas
130. Eu gostaria que o (a) sr(a) fizesse um cálculo agora: iniciando do número 100, vá diminuindo sete (1) uma resposta certa (2) duas respostas certas calculo __
(3) três respostas certas (4) quatro respostas certas
(5) cinco respostas certas (0) todas erradas
131. O(A) sr(a) lembra das três palavras que eu falei há pouco? Então eu gostaria que repetisse para mim. lemb __
(1) uma resposta certa (2) duas respostas certas
(3) três respostas certas (0) todas erradas
132. Qual o nome dos objetos que eu estou apontando? aponta __
(MOSTRAR O LÁPIS E O RELÓGIO)
(1) uma resposta certa (2) duas respostas certas (0) todas erradas
133. Eu gostaria que o(a) sr(a) repetisse o que eu vou dizer agora : nemaqui __
NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ
(1) resposta correta (0) resposta errada
134. Agora eu vou lhe dar um papel que tem uma frase escrita. Eu gostaria que o(a) sr(a) lesse a frase e fizesse o que está escrito nela. fechar __
(MOSTRAR FOLHA ANEXA, ONDE ESTÁ ESCRITO FECHER OS OLHOS)
(1) resposta correta (0) resposta errada
135. Agora eu vou lhe dar algumas instruções que eu gostaria que o(a) sr(a) seguisse: comand __
(APRESENTAR FOLHA ANEXA)
PÉGUE ESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO E COLOQUE-O NO CHÃO
(1) uma ação certa (2) duas ações certas
(3) três ações certas (0) todas erradas

136. O(a) sr(a) poderia escrever uma frase para mim neste papel?

(**MOSTRAR FOLHA ANEXA**; a frase deverá ter sujeito e objeto, ignore erros gramaticais)

(1) resposta correta (0) resposta errada

frase __

137. Eu gostaria que o(a) sr(a) copiasse este desenho nesta folha:

(**MOSTRAR FOLHA ANEXA**)

(1) resposta certa (0) resposta errada

desenho __

Agora eu gostaria de medir seu peso e sua altura. Para isso, eu vou pedir-lhe que fique descalço e tire algum casaco que esteja vestindo

Peso ____ kg

peso ____

Altura ____ cm

altura ____

Quem respondeu o questionário?

(1) o próprio idoso

(2) o próprio idoso com ajuda

() outra pessoa(_____)

queresp ____

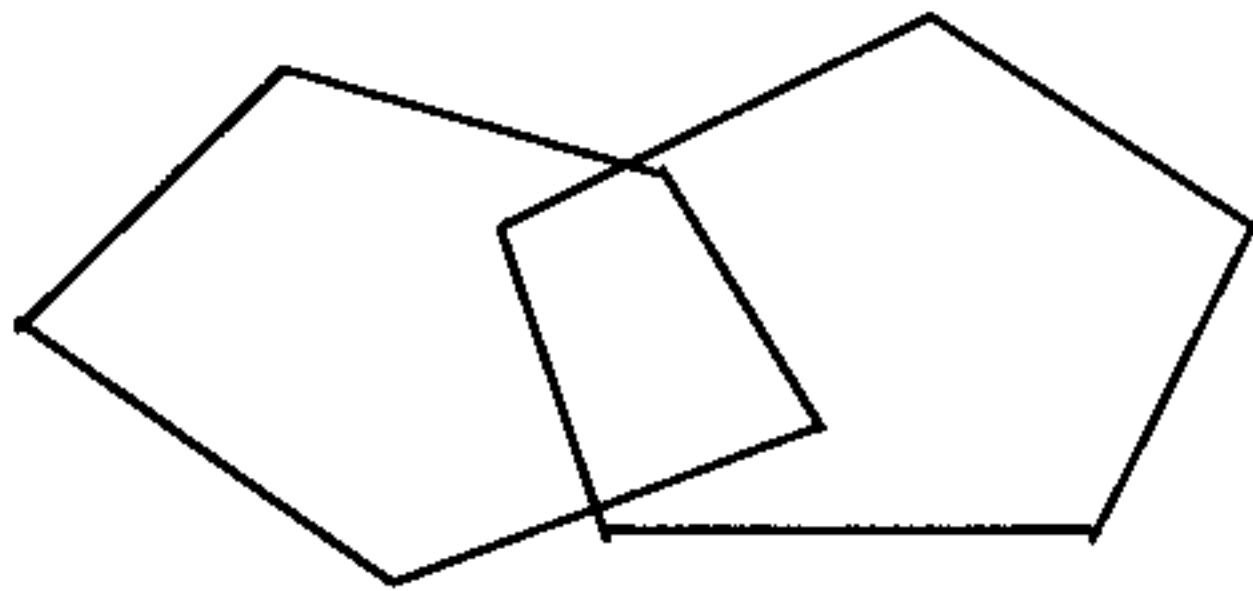
SE OUTRA PESSOA RESPONDEU AO QUESTIONÁRIO, COLOQUE O MOTIVO:

motivo__

⇒ Nome do entrevistador : _____

COMENTÁRIOS SOBRE A APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO:

FECHE OS OLHOS



ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO PARA AS RECUSAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
QUESTIONÁRIO SOBRE O PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS EM PELOTAS

⇒ Número do questionário: _____	numero _____
⇒ Data do questionário: ____/____/____	data ____/____/____
⇒ Setor censitário: _____	setor: _____
⇒ Número da casa: _____	nucasa ____
⇒ Endereço: _____ _____	
⇒ Ponto de referência: _____ _____	

Eu agora vou fazer algumas perguntas sobre o(a) sr(a) para saber de aspectos relacionados a seus hábitos e alguns problemas de saúde para uma pesquisa que Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas está realizando. Eu gostaria de lhe lembrar que as coisas que falarmos aqui são sigilosas

⇒ Qual seu nome completo? _____

⇒ O(A) sr(a) tem telefone? _____

1. Sexo: **(NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR)** (1) masculino (2) feminino sexo ____

2. Cor da pele : **(NÃO PERGUNTAR, OBSERVAR)** (1) branca (2) não branca cor ____

3. Qual sua idade? _____ anos idade _____

4. Qual seu estado civil ? (1) casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) viúvo (3) separado/divorciado (4) solteiro estcivil __
5. O(A) sr(a) é aposentado? (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 7) apos __
6. Qual era seu trabalho quando se aposentou? _____ (88) NSA trabapos ____
7. O(A) sr(a) trabalha atualmente? (1) sim (0) não (PULE PARA QUESTÃO 9) contrab __
8. Qual seu trabalho atual? _____ (88) NSA trabatu ____
9. Agora eu vou falar sobre algumas fontes de renda e gostaria de saber qual ou quais são as suas:
- 1. salário ou renda como autônomo (1) sim (0) não fonren1 __
- 2. aposentadoria ou pensão (1) sim (0) não fonren2 __
- 3. recebe ajuda financeira de outra pessoa (1) sim (0) não fonren3 __
- 4. outra fonte, qual? _____ () sim (0) não fonren4 __
10. Até que série o(a) sr(a) estudou?
- () 0/0 não estudou escol __/__
- () __/1 série do primário
- () __/2 série do ginásial
- () __/3 série do primeiro grau
- () __/4 série do científico/ normal/ clássico/ segundo grau
- () __/5 ano do curso superior ou pós-graduação
11. O(A) Sr(a) tem ou teve filhos? (1) sim (0) não (PULE PARA PERGUNTA 13) filhos __
12. Quantos filhos o(a) sr(a) teve? _____ (88) NSA quafilh ____
13. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo o(a) sr(a)? _____ pessoas npes ____

14. Como o(a) sr(a) acha que é sua saúde?:

- | | |
|-----------------------|--------------|
| (1) ótima / muito boa | (4) ruim |
| (2) boa | (5) péssima |
| (3) regular | (6) não sabe |

saude __

15. O(A) sr(a) precisa usar algum destes aparelhos?

- | | | |
|-------------------------------------|---------|---------|
| → Cadeira de rodas | (1) sim | (0) não |
| → Bengala | (1) sim | (0) não |
| → Muleta | (1) sim | (0) não |
| → Bolsa de colostomia ou ileostomia | (1) sim | (0) não |
| → outro, _____ | () sim | (0) não |

cadro __

bengala __

muleta __

colost __

outro __

16. E o(a) sr(a) baixou hospital alguma vez desde <mês do ano> do último ano?

() sim, ___ vezes (00) não (**PULE PARA QUESTÃO 52**)

hospano __

17. O(A) Sr. (a) tem algum problema de saúde? (01) sim (00) não

Qual? _____

Saude __

18. Quem respondeu o questionário? _____

Qresp __

19. Nome do entrevistador: _____

Entrev __