

**Biaze Manger Knoll**

**Saúde e Envelhecimento: Resultados de um Inquérito  
Populacional**

**Florianópolis  
2005**

K72s Knoll, Biaze Manger, 1956-  
Saúde e envelhecimento: resultados de um inquérito populacional / Biaze  
Manger Knoll, 2005  
80p; tab.  
Anexos  
Cópia de computador (Printout(s)).  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.  
“Orientador : Prof. Dr Nelson Blank”  
Bibliografia

1. Saúde do idoso – Itajaí. 2. Serviços de saúde ao idoso. 3. Geriatria.
4. Envelhecimento populacional. 5. Assistências a idosos. I . Título.

CDU: 616-053.9

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
SAÚDE PÚBLICA**

**Saúde e Envelhecimento: Resultados de um Inquérito  
Populacional**

Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina como parte  
dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

**Biaze Manger Knoll**

Florianópolis, março de 2005

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Professor Nelson Blank, meu orientador, co-autor e amigo;

Às Professoras Juliana Sandri e Kátia Ploner que comigo planejaram e realizaram todo o trabalho de campo e contribuíram decisivamente para os seus resultados;

À Prefeitura Municipal de Itajaí e à UNIVALI que garantiram a infra-estrutura necessária à realização da pesquisa;

Aos 22 alunos entrevistadores e digitadores que participaram de todo o processo com extremo entusiasmo e responsabilidade;

À Rosálie, ao Daniel e ao Pedro pelo seu incentivo e paciência durante todo este período.

Resumo da Dissertação apresentada à UFSC como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública.

## **Saúde e Envelhecimento: Resultados de um Inquérito Populacional**

**Biaze Manger Knoll**

Março/2005

Orientador: Prof. Dr. Nelson Blank

Área de Concentração: Epidemiologia.

Palavras-chave: Idoso, envelhecimento, saúde auto-avaliada, inquérito domiciliar

O presente trabalho objetiva apresentar as condições demográficas e sócio-econômicas e suas relações com aspectos da saúde da população idosa não-institucionalizada da cidade de Itajaí, litoral sul de Santa Catarina, Brasil, e estudar a influência destes fatores sobre a auto-avaliação da saúde, aqui assumida como um preditor de mortalidade, incapacidades e de utilização de serviços de saúde especialmente na população idosa. Em 2001, uma amostra de 994 idosos (60 anos ou mais) foi selecionada por amostragem probabilística, aleatória, por conglomerados, em múltiplos estágios e, entrevistada no domicílio através de questionário de avaliação multidimensional. A maioria dos idosos era do sexo feminino (70,7%) com média de idade de 70 anos e renda média de R\$ 496, sendo que 67% recebiam até dois salários-mínimos; 17% eram analfabetos e 68% tinham freqüentado até o primário; 82% referiram pelo menos uma doença crônica, 25% algum episódio de queda no último ano e 23% foram considerados possíveis casos de transtorno afetivo; 62% referiram algum grau de incapacidade para a realização das atividades da vida diária e 42% avaliaram sua saúde como ruim ou péssima. As características que apresentaram maiores magnitudes de associação com a auto-avaliação da saúde ruim ou péssima foram: possível caso de transtorno afetivo, ter referido mais de três doenças crônicas e ao menos um episódio de queda no último ano, apresentar grau de dependência moderada ou severa e baixa escolaridade. As mulheres, os mais velhos e mais pobres apresentaram as maiores prevalências de incapacidades e problemas de saúde física e mental. Pode-se prever o importante impacto que esta demanda tem e terá sobre os serviços sociais e de saúde. Estudos epidemiológicos que abordem aspectos particulares da população idosa no Brasil são necessários e, ao se utilizar a auto-avaliação da saúde, como um indicador sumário do estado de saúde do idoso, deve-se levar em conta a influência do nível de escolaridade, das condições de saúde mental e da presença de múltiplas doenças crônicas.

Abstract of the Dissertation presented to UFSC as part of the necessary requirements for obtaining of Master's degree in Public Health.

## **Health and Aging: Results of a Population Survey**

**Biaze Manger Knoll**

March/2005

Advisor: Prof. Dr. Nelson Blank

Area of Concentration: Epidemiology.

Keywords: ageing, elderly, self-rated health, household survey

This study aims to present the demographic and socioeconomic conditions and their relationships with aspects of health in the elderly population living in the city of Itajaí, south coast of Santa Catarina, Brazil, and to study the influence of these factors on the self-rated health, here assumed as a mortality, disabilities and use of health services predictor, especially in the elderly population. In 2001, a sample of 994 elderly (60 years old and over) was selected by a multistage random probabilistic sampling and interviewed by a household survey through a multidimensional questionnaire. The majority of the elderly was female (70,7%) with a medium age of 70 years-old and medium income of R\$ 496 with 67% receiving up to two Brazilian minimum-wages; 17% were illiterate and 68% had up to 4 years of schooling; 82% referred at least one chronic disease, 25% referred at least one fall episode in the last year and 23% were considered possible psychiatric cases; 62% referred some degree of incapacity for the activities of the daily living and 42% self-evaluated his/her health as bad or very bad. The characteristics that presented the strongest association with the pessimistic self-rated health were: possible psychiatric case, to have referred more than three chronic diseases and at least one fall episode in the last year, to present moderate or severe dependence degree and low education. The women, the oldest and the poorest people presented the largest prevalences of incapacities and problems of physical and mental health. It is possible to anticipate the important impact that this demand will provoke on the social and health services. It is necessary to realize epidemiologic studies to approach peculiar aspects of the elderly population in Brazil and, in the use of self-rated health as a summary indicator of the elderly health status, it should be taken into account the influence of the education degrees, the mental health conditions and the presence of multiple chronic diseases.

## Sumário

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	15
2.1. Objetivo Geral .....	15
2.2. Objetivos Específicos .....	15
3. Métodos .....	16
3.1 Amostragem .....	17
3.2 Instrumento de coleta.....	19
3.3 Aspectos éticos .....	24
3.4 Pesquisa de campo.....	24
3.5 Banco de dados.....	28
4. Resultados.....	28
Artigo 1: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: resultados de inquérito populacional. ....	29
Introdução.....	30
Métodos .....	33
Resultados.....	38
Discussão.....	46
Bibliografia.....	53
Artigo 2: Fatores associados à auto-avaliação do estado de saúde na população de idosos residentes na área urbana de Itajaí, SC.....	56
Introdução.....	57
Métodos .....	59
Resultados.....	63
Discussão.....	68
Bibliografia.....	71
5. Considerações Finais .....	74
6. Bibliografia.....	77
7. Anexos.....	81
Anexo 1 – Questionário.....	81
Anexo 2 – Manual .....	118
Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética.....	142
Anexo 4 – Consentimento Informado .....	144
Anexo 5 – Convênio Prefeitura Municipal de Itajaí/Univali.....	146

## 1. Introdução

O aumento da longevidade e da proporção de pessoas idosas na população mundial é um dos mais marcantes fenômenos demográficos deste século com importantes repercussões sociais e econômicas.

Estima-se que a população idosa no mundo (definida como aquela com 60 anos de idade ou mais) saltará de 605 milhões no ano 2000 para 1,2 bilhões em 2025 (1). Tal fenômeno vem ocorrendo desde o final do século dezenove nos países desenvolvidos e nos últimos 40 anos nos países “em desenvolvimento”.

Atualmente 60% das pessoas idosas vivem nos países “em desenvolvimento” e estes experimentarão um íngreme crescimento deste grupo populacional nos próximos 25 anos. A China, por exemplo, deverá aumentar sua população idosa de 128 milhões no ano 2000 para 288 milhões em 2025. A Nigéria de 5,5 milhões para 10 milhões e, na Indonésia, Colômbia, Quênia e Tailândia esta população deverá crescer entre 300 e 400% no mesmo período. No Brasil, estima-se que a população idosa passará de 14 milhões para 32 milhões entre 2000 e 2005 (2).

A velocidade com que este processo vem ocorrendo nos países “em desenvolvimento” é bem maior quando comparada com a que ocorreu nos países desenvolvidos. Enquanto que na França onde a proporção de pessoas com 60 anos e mais levou 114 anos (de 1865 á 1979) para passar de 7% para 14% da população total ou na Suécia onde demorou 82 anos, na China e no Brasil esta mesma mudança deverá ocorrer em 30 anos (3).

O processo de envelhecimento populacional decorre, basicamente, da transição desde um padrão demográfico com altas taxas de natalidade e mortalidade para outro com

baixas taxas de fecundidade e baixa mortalidade e vem ocorrendo em, praticamente, todos os países do mundo.

As razões para explicar a transição demográfica não são muito claras mas provavelmente se devam às melhores condições de nutrição, moradia e higiene (2). Os avanços médico-tecnológicos devem ter tido sua contribuição neste processo, mas certamente desempenhando um papel menor. Nas populações europeias, por exemplo, os significativos ganhos na expectativa de vida estão ligados historicamente a uma melhor qualidade de vida experimentada pela maioria da população. As conquistas médico-tecnológicas de relevância foram, quase todas, subseqüentes a este processo (4).

Na medida em que as nações alcancem um nível mínimo de desenvolvimento econômico, as taxas de mortalidade na infância caem rapidamente. Verifica-se, então, uma lacuna de 20 a 40 anos entre a queda na mortalidade infantil e uma subseqüente queda nas taxas de fecundidade. Esta lacuna produz uma “bolha” demográfica que deverá determinar um incremento na proporção de pessoas idosas cerca de 70 anos depois. O Reino Unido, por exemplo, está emergindo de uma primeira “onda” de envelhecimento devido a sua transição demográfica ocorrida nos primeiros anos do século XX, mas espera-se um incremento ainda maior na segunda década do século XXI devido às altas taxas de natalidade das décadas de 50 e 60 (5).

A expectativa de vida ao nascer tem crescido nos últimos 25 anos na maioria dos países do mundo, para ambos os sexos, enquanto que as taxas de fecundidade têm sofrido importante declínio.

Segundo relatório das Nações Unidas (1) estima-se que no ano 2025 a maioria dos países terá taxa de fecundidade total próxima ou mesmo abaixo dos níveis de reposição populacional.

Além do crescimento em números absolutos, deverá ocorrer importante aumento na proporção das pessoas idosas em quase todos os países do mundo (com exceção de alguns países do continente africano).

No ano 2025 a Itália deverá ser o país com a maior proporção de idosos no mundo (34% da população total terá 60 anos ou mais) seguido do Japão (32%) e da Alemanha (31%). O Brasil deverá ter 14% de sua população total composta de pessoas com 60 anos de idade ou mais e, em números absolutos, será a quinta maior população idosa do mundo (2).

Em quase todo o mundo a expectativa de vida das mulheres é maior que a dos homens. Na Federação Russa, por exemplo, as mulheres chegam a viver, em média, doze anos a mais do que o homem enquanto que na França e no Brasil vivem, em média, oito anos a mais e nos Estados Unidos e Japão, cerca de seis anos, enquanto que em Bangladesh e Kwait não há, virtualmente, nenhuma diferença. Os motivos desta diferença na expectativa de vida entre os gêneros ainda não estão completamente compreendidos mas se reconhecem determinantes biológicos e socioeconômicos (2).

O Brasil, dadas as dimensões e as características de sua população, tem um papel de destaque no cenário do envelhecimento populacional mundial.

Durante as quatro primeiras décadas do século XX a população brasileira apresentou relativa estabilidade na sua estrutura etária principalmente devido às pequenas oscilações das taxas de natalidade e mortalidade.

A expectativa de vida ao nascer no Brasil, em 1900 que era de 33,3 anos para os homens e 34,1 anos para as mulheres aumentou, em 1940, para cerca de 39,0 e 43,0 respectivamente (6) e o coeficiente de mortalidade geral caiu 16% no período (de 29,1/1000 para 24,4/1000) (7).

A partir de 1940 inicia-se o processo de declínio rápido da mortalidade que se prolongaria até a década de 70.

A importante queda dos coeficientes de mortalidade – com um ganho de dez anos na esperança de vida ao nascer (de 41,5 anos em 1940 para 51,6 anos em 1960) – aliada às altas taxas de fecundidade geral (6,2 filhos por mulher em média no período de 1940 a 1960) determinaram o alto crescimento vegetativo da população brasileira verificado entre 1940 e 1960, que passou de 2,34% ao ano na década de 40 para 3,05% no decênio seguinte (8).

A partir de 1960 observa-se um declínio na taxa de fecundidade total e, conseqüentemente, uma redução no ritmo de crescimento populacional passando de uma média anual de 2,8% para 2,58% nos períodos de 1960-70 e 1970-80, respectivamente.

Mas é entre 1980 e 1991 quando mais declina esse ritmo de crescimento, atingindo a taxa anual de 1,94% tornando evidente o processo de envelhecimento populacional no Brasil (8).

A taxa de fecundidade total que em 1970 era de 5,8 filhos por mulher reduziu-se para 2,7 em 1991 e 2,3 em 2000, e a proporção de jovens e idosos na população total que era de 41,9% e 3,1% respectivamente em 1970 mudou para 34,7% e 4,8% em 1991 e 29,6% e 8,6% em 2000.

Se no início do século XX a proporção dos indivíduos que conseguiam alcançar os 60 anos se aproximava de 25%, em 1990 ela superava 78% entre as mulheres e 65% entre os homens e a esperança de vida ao nascer então, já ultrapassava os 65 anos (9).

O ritmo de crescimento da população idosa no Brasil deverá sofrer uma redução até 2010, voltando a crescer entre 2010 e 2020, para alcançar uma taxa de 3,8% ao ano

enquanto que deverá continuar o descenso no ritmo de crescimento da população total, chegando a uma taxa de 1% entre 2010 e 2020 (8).

Segundo um estudo divulgado pelo IBGE sobre o perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil a partir de dados do censo demográfico de 2000 (10), a população de 60 anos ou mais de idade, naquele ano, era de 14,5 milhões de pessoas, contra 10,7 milhões em 1991. Enquanto a população total cresceu 15,6%, o grupo com 60 anos ou mais cresceu 35,5% entre 1991 e 2000.

O peso relativo da população idosa que, no início da década, representava 7,3% da população total, em 2000 atingia 8,6%. O sub-grupo com idades mais avançadas foi o que teve o maior aumento relativo. A faixa etária com 80 anos ou mais cresceu 62,2% nos últimos dez anos e a de 100 anos ou mais que somava 13.865 pessoas em 1991 chega a 24.576 pessoas em 2000, com um aumento de 77% no período (10).

Do total da população idosa do Brasil, 42,6% estão no sudeste, 28,1% no nordeste, 14,8% no sul, 6,9% no centro-oeste e 7,6% no norte do país. As regiões norte, nordeste e centro-oeste possuem uma proporção de idosos menor do que as respectivas proporções de suas populações em relação à população total do país (11).

Quanto à escolaridade, 32,3% dos homens e 37,4% das mulheres de 60 anos e mais declararam-se analfabetos no último censo. Sendo que a proporção de idosos alfabetizados cresceu 16,1% entre 1991 e 2000. Embora o quadro educacional para os idosos tenha melhorado na última década, este continua sendo muito desfavorável e é tanto pior quanto mais velhas são as coortes estudadas (11).

Em relação à chefia de domicílios por idosos o censo de 2000 demonstra que 62,4% são exercidas por homens e 37,6% por mulheres enquanto que na população geral este

diferencial é de 75,1% e 24,9% respectivamente. E que, 67% dos domicílios unipessoais eram ocupados por mulheres.

Quanto à renda, segundo o IBGE, no ano 2000, cerca de 45% dos idosos responsáveis por domicílios no Brasil declararam receber até um salário mínimo, 24% recebiam mais de um até três salários mínimos e 31%, mais de três. A renda média mensal deste grupo populacional era de R\$ 657,00, 17% menor do que a das pessoas com 10 anos ou mais de idade. Considerando que a renda de um indivíduo é responsável pela determinação de sua capacidade de aquisição de bens e serviços, esta pode ser interpretada como um indicador aproximado de bem-estar individual e de pobreza (11). Entre os sub-grupos com menor renda, na população idosa, estão as mulheres, os mais idosos e os que vivem em área rural.

O modelo de arranjo familiar mais freqüente entre os idosos responsáveis por domicílios no Brasil, segundo o censo de 2000, foi aquele composto por casal com filhos e/ou outros parentes (36%). Quando o idoso responsável pelo domicílio era do sexo masculino, 81% viviam num modelo de casal com ou sem filhos. Já quando o responsável era mulher, 93,3% vivia sem o cônjuge (11).

Segundo um estudo de Elza Berquó sobre o envelhecimento da população no Brasil a partir de dados do censo de 1991, ao se analisar o estado conjugal das pessoas de 65 anos ou mais, verificou-se que mais de três quartos dos homens estavam em união conjugal e mais da metade das mulheres permaneciam viúvas. O re-casamento para viúvos idosos era maior do que para viúvas da mesma faixa etária enquanto que a superioridade de viúvas em relação aos viúvos era da ordem de 3,6 para 1 (8).

Outro fato que acompanha o envelhecimento populacional e acarreta importantes desafios para o planejamento e gerência das políticas e serviços de saúde são as mudanças

ocorridas nas causas de morbi-mortalidade das populações. As doenças transmissíveis deixam de figurar entre as primeiras causas de morte sendo substituídas pelas doenças não-transmissíveis e causas externas configurando, assim, a chamada “transição epidemiológica”. Durante este processo observa-se o deslocamento das maiores cargas de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos da população além da mudança de uma situação na qual predominava a mortalidade para outra com predomínio da morbidade (9).

Esta transição tem sido observada virtualmente em todos os países desenvolvidos e atualmente verifica-se esta mesma tendência nos países “em desenvolvimento”.

A transição epidemiológica que ocorre no Brasil apresenta características próprias, diferentes até mesmo de países vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa Rica. Verifica-se, aqui, uma superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e as crônico-degenerativas persistindo índices de morbi-mortalidade elevados por ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada. Além disto, há o recrudescimento de doenças como a malária, a hanseníase e a leishmaniose bem como a re-introdução de outras como a dengue e o cólera.

Outra característica observada são as situações epidemiológicas contrastantes que ocorrem nas diferentes regiões do país quando se compara as regiões sul e sudeste com o norte e nordeste, refletindo as diferenças de condições sociais e econômicas entre estas regiões ao que Araújo (12) denominou de polarização epidemiológica.

É evidente que, com o envelhecimento populacional aumentam a prevalência, a mortalidade e, em particular, a simultaneidade das doenças crônicas não-transmissíveis, nas pessoas idosas, com graus variados de incapacidade, muitas vezes com perda de autonomia.

Um estudo realizado na Inglaterra em 1985, demonstrou que os indivíduos com idades entre 65 e 74 anos sofriam, em média, de 4,6 doenças crônicas e que aqueles com mais de 75 anos tinham, em média 5,8 destas condições (13).

O impacto do envelhecimento populacional sobre os serviços de saúde também é evidente.

Nos Estados Unidos, em 1989, um terço dos recursos destinados aos cuidados individuais com saúde foram gastos com as pessoas com 65 anos de idade ou mais que representavam 12% da população total (9).

Na Inglaterra, em 1980, as pessoas com 60 anos ou mais que representavam 17% da população total, utilizavam 60% dos recursos do Departamento Nacional de Saúde e Cuidados Sociais (9).

No Brasil, em 2000, as pessoas com 60 anos ou mais, 8,6% da população total, consumiram 27% dos recursos hospitalares do SUS (14).

A prevalência das doenças crônicas aumenta com a idade independentemente de outros fatores e uma grande parte das perdas funcionais associadas à idade, encontradas nos estudos sobre envelhecimento, refletem os efeitos do aumento da prevalência das doenças crônicas na capacidade funcional e não uma consequência natural do processo de envelhecimento (15).

O aumento da população idosa tornou extremamente importante a investigação sobre o estado de saúde do idoso. Saúde é o determinante “chave” para a autonomia e a independência da pessoa idosa (16).

Um dos fatores considerados capaz de melhor refletir o estado de saúde do idoso, e de melhor sinalizar as reais necessidades de cuidados que esta população requer é a medida da capacidade funcional (17).

A incapacidade funcional pode ser definida pela presença de dificuldades no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (18). É um conceito complexo que abrange outros como os de deficiência, desvantagem, autonomia e independência.

A independência funcional é um importante componente da qualidade de vida, tanto sob a perspectiva do idoso quanto da pessoa responsável por seu cuidado.

As evidências científicas sugerem a existência de uma forte correlação entre perda funcional e idade, e que ações preventivas apropriadas e intervenções reabilitativas podem preservar e melhorar o status funcional em indivíduos idosos (15).

As perdas funcionais não são apenas um produto da morbidade crônica mas são, também, particularmente em idades avançadas, um fator de risco primário para doenças como: acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana, doença vascular periférica, diabetes e câncer (19).

As questões relativas à capacidade funcional e autonomia da pessoa idosa podem ser consideradas mais importantes do que a própria questão da morbidade, pois estão relacionadas à vida independente e à qualidade de vida (4, 9).

A medida da capacidade funcional (capacidade de realizar de forma independente as atividades da vida diária) tem se mostrado um valioso indicador de morbidade e um preditor de institucionalização e de mortalidade na velhice (20).

Segundo projeções sobre a população de idosos nos Estados Unidos, até o ano 2060 os idosos institucionalizados deverão crescer 245%, a população de pessoas com incapacidade 208%, enquanto que a população não-incapacitada, 126% (15).

O problema da medida do estado de saúde e da capacidade funcional das pessoas idosas é a complexidade dos conceitos e os fatores interativos. Um dos principais

problemas que surge quando se utilizam índices funcionais é que diferentes indivíduos reagem de maneira distinta frente a níveis aparentemente similares de alterações físicas, em função de suas expectativas, prioridades, objetivos, rede de apoio social ou outros fatores. A incapacidade, como a dependência, é um conceito multidimensional que pode estar relacionado com fatores físicos, mentais, cognitivos, sociais, econômicos e ambientais (21).

Uma outra medida do estado de saúde geral muito utilizada em estudos epidemiológicos é a auto-avaliação subjetiva do estado de saúde individual.

É freqüentemente medida pelas respostas, que variam numa escala de 4 ou 5 pontos, que vai de excelente/muito boa a muito ruim/péssima. São respostas à uma simples pergunta ou à algumas variações dela, como: “Você diria que sua saúde, hoje, é: excelente, boa, razoável, ruim ou péssima?”.

Pode-se dizer que esta medida representa uma síntese de como os vários aspectos que compõem o estado geral de saúde entre estes, as dimensões física, mental e social, repercutem emocionalmente no indivíduo (22, 23).

A associação entre saúde auto-avaliada e mortalidade, especialmente em populações idosas, tem sido bem demonstrada na literatura, mesmo após ser controlada para uma série de variáveis como, estado de saúde física objetivamente medido, idade, sexo, satisfação com a vida, renda, local da residência urbano/rural, hábitos de saúde, participação social, educação e profissão (23, 24, 25, 26).

Entre os vários trabalhos sobre o tema, pode-se citar um estudo prospectivo, publicado em 2000, desenvolvido por Idler e colaboradores, utilizando como base os dados do NHANES Epidemiologic Follow-up Study (27), uma amostra representativa dos adultos norte-americanos com idades entre 25 e 74 anos, conduzido de 1971 a 1975, com re-entrevistas em 1982 e 1992, que concluiu que a auto-avaliação da saúde como “excelente”

estava associada a um menor risco de morte, para ambos os sexos, mas com maior força para os homens, como demonstrado também por outros estudos (28, 29). A Saúde auto-avaliada como ruim/péssima estava também associada a um maior risco de perda de capacidade funcional para ambos os sexos.

Outro estudo prospectivo com 11 anos de seguimento de uma coorte de homens de meia-idade na Suécia, publicado em 2001 demonstrou que, naquele contexto, a auto-avaliação da saúde foi um preditor forte e independente de incapacidades (29).

Embora não totalmente coincidente com medidas objetivas do estado de saúde ou com a presença de doenças, alguns estudos demonstraram que a auto-avaliação da saúde expressa grandemente as condições médicas pré-existentes no indivíduo (23), é influenciada pelas condições físicas, emocionais, sócio-econômicas e culturais e pode ser considerada uma medida de risco para mortalidade, morbidade e incapacidades, especialmente em populações idosas (30). Assim, é cada vez mais reconhecido que a auto-avaliação da saúde individual é uma medida bastante útil do estado geral de saúde para ser utilizada em estudos epidemiológicos (31).

Enquanto que, até o final da década de 70 os estudos sobre o estado de saúde da pessoa idosa se baseavam nas relações diretas entre auto-avaliação de saúde e uma variedade de possíveis fatores causais, a partir da década de 80 os estudos passaram a enfocar o estado de saúde do idoso através de um modelo estrutural no qual se examinam as inter-relações entre suas várias dimensões (20).

Em 1980 foi desenvolvido e validado por uma equipe multidisciplinar liderada por Gerda Fillenbaum da Duke University (Carolina do Norte, EUA), o questionário OARS\* Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (OMFAQ) com o objetivo de

---

\* Older Americans Resources and Services Program

avaliar, de forma integrada, o perfil das pessoas idosas vivendo em comunidade, através de suas dimensões: sociais, econômicas, saúde física, saúde mental e capacidade funcional (32).

A partir de então, vários inquéritos populacionais foram realizados visando estudar o perfil multidimensional da população idosa, particularmente nos Estados Unidos e Europa, utilizando versões adaptadas deste instrumento, permitindo a comparabilidade entre os distintos contextos estudados (33, 34). Outros instrumentos foram também desenhados e validados com o mesmo objetivo, tais como: Comprehensive Assessment and Referral Evaluation (CARE) e o Philadelphia Geriatric Center Multilevel Assessment Instrument (MAI) (33) mas é o questionário da Duke University ainda o mais utilizado no mundo e, particularmente, nos estudos realizados no Brasil (35).

O primeiro inquérito domiciliar objetivando traçar o perfil do idoso residente em zona urbana no Brasil foi realizado na cidade de São Paulo, em 1984, por Ramos e cols., como parte de um estudo multicêntrico coordenado pela Organização Panamericana da Saúde, no qual foi utilizada uma versão brasileira do questionário OMFAQ (36). Posteriormente Veras, em 1988, no Rio de Janeiro (37) e Coelho Filho, em 1998, em Fortaleza (38), realizaram estudos com metodologia e instrumentos semelhantes.

No inquérito realizado em 1984 por Ramos e cols., na região metropolitana de São Paulo, no qual foi entrevistada uma amostra de 1602 pessoas com 60 anos de idade ou mais, estratificada por nível socioeconômico, segundo o distrito de residência, verificou-se que 70% da população tinha renda per capita de menos de 100 dólares, vivendo predominantemente em domicílios multigeracionais (59% viviam com os filhos e/ou netos), com alta prevalência de doenças crônicas (somente 14% referiu não ter nenhuma doença) e distúrbios psiquiátricos (27% foram considerados casos psiquiátricos) e com uma elevada

proporção de pessoas com perda de autonomia (47% precisavam de ajuda para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária) (39).

No Rio de Janeiro, Veras e cols., em amostra aleatória de 242 pessoas com 60 anos ou mais, submetidos a entrevista domiciliar, encontrou predominância do sexo feminino (60%), casados (49%) ou viúvos (35%), residentes em domicílio com até 2 pessoas (73,8%), com renda mensal entre 1 e 2,99 salários mínimos (62%). Grande proporção dos indivíduos (42%) referia “má visão”, 17% “má audição” e 63% problemas dentários. Os resultados dos testes padronizados identificaram 30% de déficits cognitivos significativos e 35% de depressão (40).

Em outro inquérito domiciliar realizado em Fortaleza, em 1999, por Coelho Fº e cols., numa amostra aleatória de 667 indivíduos com 60 anos ou mais se verificou que a maioria dos idosos era do sexo feminino (66%) e residia em domicílio multigeracional (75,3%). Mais da metade (52%) vivia sem cônjuge; 92,4% referiam pelo menos uma doença; 26,4% foram classificados como casos psiquiátricos e a perda de autonomia foi observada em 48%; 6,6% foram internados e 61,4% procuraram serviços de saúde nos últimos seis meses. Nas áreas mais pobres houve maior prevalência de domicílio multigeracional, perda de autonomia e morbidade psiquiátrica (38).

Verifica-se bastante semelhança nos principais resultados encontrados nestes inquéritos. A maioria dos idosos foi do sexo feminino, detentores de baixa renda, vivendo em domicílio multigeracional, com alta prevalência de doenças crônicas, distúrbios psiquiátricos e perda de autonomia (8, 38, 39).

Estes estudos utilizaram uma metodologia de amostragem aleatória, estratificada em áreas geográficas por nível socioeconômico, com múltiplos estágios, onde uma amostra de

pessoas com 60 anos ou mais, residentes em distritos previamente selecionados como de alto, médio e baixo nível socioeconômico, foi entrevistada em seu domicílio. (38, 41).

Os estudos epidemiológicos sobre o envelhecimento populacional realizados no Brasil foram desenvolvidos em grandes áreas metropolitanas e tiveram, quase todos,, um delineamento transversal. As exceções são: um estudo de coorte que está em desenvolvimento no pequeno município de Bambuí, Minas Gerais (35) e outro estudo de seguimento realizado em São Paulo (42).

Em áreas urbanas de porte médio no Brasil não são conhecidos estudos deste tipo que analisem as condições das pessoas idosas em suas múltiplas dimensões.

O município de Itajaí é uma cidade de porte médio localizada no litoral de Santa Catarina. Possui 304 Km<sup>2</sup> de área territorial e, segundo os resultados do censo de 2000, Itajaí tinha uma população total de 147.494 habitantes, de característica predominantemente urbana (96,24%) e um crescimento demográfico estimado em 1,8% ao ano. A população de 60 anos de idade ou mais residente no município no ano 2000 era de 11.106 pessoas representando 7,53% da população total (43).

Itajaí, dadas as suas características de pequena extensão territorial e alta densidade demográfica (488 habitantes por Km<sup>2</sup>), com uma população predominantemente urbana (apenas 3,7% da população vive em área rural) e a sua distribuição etária semelhante à de Santa Catarina e brasileira, apresentou-se como um campo privilegiado para a realização de um estudo de base populacional que procurasse levantar um perfil multidimensional da sua população idosa. Assim, em 2001, foi realizado um inquérito domiciliar numa amostra probabilística, selecionada de forma aleatória, por conglomerados, das pessoas de 60 anos de idade ou mais residentes na área urbana do município. O inquérito teve o apoio da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e da Prefeitura Municipal de Itajaí (44).

O presente estudo pretende, a partir dos dados levantados neste inquérito domiciliar, responder às seguintes questões:

Como estão distribuídas as variáveis sociais, econômicas, demográficas e aquelas relacionadas à auto-avaliação da saúde e à capacidade funcional entre a população de 60 anos de idade ou mais residente no município de Itajaí?

Em que medida os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde física e mental se associam à auto-avaliação subjetiva da saúde na população de idosos de Itajaí?

Os resultados serão apresentados na forma de dois artigos.

No primeiro artigo serão analisadas a distribuição das variáveis demográficas, sociais e econômicas e as suas associações com fatores relacionados à saúde na população de estudo.

No segundo artigo serão analisadas as relações entre os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde física e mental com a auto-avaliação subjetiva da saúde, esta última entendida como um indicador do estado do geral de saúde na população idosa.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Estudar as relações entre saúde e envelhecimento na população não-institucionalizada, de 60 anos de idade e mais, residente na área urbana do município de Itajaí.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Descrever a população urbana de 60 anos de idade ou mais residente em Itajaí, quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde auto-avaliada e de capacidade funcional.

- Estimar as prevalências das condições de saúde auto-avaliada, capacidade funcional e suas distribuições entre as variáveis demográficas, sociais e econômicas
- Estimar a magnitude das possíveis associações entre as variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde física e mental e as condições de saúde auto-avaliada.

### **3. Métodos**

O presente estudo utilizou o banco de dados da pesquisa “Envelhecimento e saúde: Inquérito domiciliar no município de Itajaí” realizado entre os meses de setembro e dezembro de 2001. Esta pesquisa teve como principal objetivo, coletar dados individuais de uma amostra representativa da população urbana de 60 anos de idade ou mais, a fim de levantar um perfil multidimensional deste grupo populacional. Os dados e informações coletadas pretenderam contribuir para o estabelecimento de políticas e estratégias voltadas à população idosa do município. (44).

Por perfil multidimensional entendia-se ser um conjunto articulado das maiores prevalências de respostas a uma série de questões agrupadas nas seguintes dimensões: demográfica, econômica, social, saúde física, saúde mental, capacidade funcional e utilização de serviços de saúde.

Para se alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo domiciliar do tipo transversal em amostra aleatória de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

A população de estudo, portanto, é composta pelas pessoas de 60 anos de idade ou mais, não-institucionalizadas, residentes na área urbana do município, no ano 2001.

### 3.1 Amostragem

O cálculo do tamanho da amostra foi feito utilizando-se o programa STATCALC do software Epi-Info 6.0, a partir dos seguintes pressupostos (Tabela 1):

a) tamanho estimado da população de idosos na área urbana de Itajaí para o ano 2001 = 10.709 pessoas;

b) tamanho estimado da população total de idosos (área urbana e rural) de Itajaí para o ano 2001 = 11.178 pessoas;

Entre o censo de 1991 e a contagem de domicílios de 1996, segundo os dados do IBGE, a média de crescimento da população de Itajaí foi de 2,5% ao ano, enquanto que a média de crescimento da população de 60 anos e mais foi de 3,5% ao ano. Neste inquérito, uma vez que não se conheciam os resultados do censo 2000 (11.106 pessoas idosas foram recenseadas no total, em 2000, sendo 10.699 na área urbana), optou-se por utilizar a taxa média de crescimento anual da faixa etária de 60 anos e mais de 1991 a 1996 (3,5%) e a mesma proporção de idosos residentes na área urbana (95,8%) (45, 46);

c) prevalência esperada = 45%. Optou-se pela prevalência de “incapacidade funcional”, de 45% (8, 38, 39); por ser a exposição de maior relevância para o estudo e por determinar, nos testes com outras exposições, o maior tamanho amostral;

d) Admitiu-se como aceitável uma margem de erro de 4% e um nível de confiança de 95%;

e) Por se tratar de amostragem por conglomerados acrescentou-se 20% (efeito de desenho) mais 20% pelas estratificações que se farão necessárias, e 15% para compensar possíveis não-respostas.

**Tabela 1** - Tamanho de amostras segundo as principais exposições (Nível de confiança= 95% e margem de erro = 4%)

Exposição	Prevalência esperada	N (Epi-Info)	Efeito Conglomerado: 20%	Não-resposta: 15% (100/85)	Estratificações 20%	n final
Incapacidade funcional	45%	566	113	122	160	962
Saúde auto avaliada (Boa/Muito boa)	40%	548	110	118	155	931
Ausência doença referida	14%	282	56	61	80	479
Caso escala saúde mental	26%	444	89	96	126	754
Melhor situação econômica	30%	482	96	104	137	819
Escolaridade (analfabeto)	30%	482	96	104	137	819
Idade de 80 anos e mais	9%	193	39	42	55	328

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: resultados de um inquérito domiciliar.

O tamanho da amostra foi estabelecido em 960 e ampliado para 1000 a fim de distribuir-se equitativamente o número de conglomerados entre os supervisores e entrevistadores.

A amostra da população de 60 anos e mais foi selecionada por uma técnica de amostragem probabilística, aleatória, por conglomerados, em múltiplos estágios, baseada na metodologia proposta por Barros e Victora (47) para estudos epidemiológicos com a população infantil, bem como nos métodos utilizados por Ramos e Coelho F<sup>o</sup> em estudos e instrumentos semelhantes (38, 39).

Para a seleção dos conglomerados partiu-se da relação dos 140 setores censitários da área urbana de Itajaí utilizados no censo demográfico de 2000, e seus respectivos croquis. Excluíram-se os setores compostos exclusivamente de estabelecimentos coletivos inclusive os destinados aos idosos e selecionaram-se, por sorteio, 100 conglomerados.

Em cada conglomerado foram realizadas, pelo menos, 10 entrevistas, selecionando-se os indivíduos através da busca sistemática de casa em casa.

O ponto de início do percurso assim como a esquina inicial de cada quarteirão foi sorteado. A busca foi feita caminhando-se sempre no sentido horário. Para propiciar melhor distribuição e para evitar o efeito de vizinhança, foi selecionado um domicílio e saltados quatro. Quando não coincidiu a casa escolhida com a presença do idoso, este foi procurado no domicílio seguinte, reiniciando-se o processo em cada entrevista. Quando coincidiu a existência de mais de um idoso no domicílio foi realizado o sorteio de um entre eles.

Nos casos em que se chegou ao final do setor sem atingir a meta de 10 entrevistas realizadas, retornou-se ao ponto de partida reiniciando-se a seleção à partir do segundo domicílio e, quando o indivíduo selecionado, após três tentativas, não foi encontrado ou se negou, buscou-se selecionar outro para completar 10 entrevistas realizadas por conglomerado.

### **3.2 Instrumento de coleta**

O instrumento utilizado no inquérito teve como base o questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule), desenvolvido, para estudos comunitários, no Projeto de Epidemiologia da Terceira Idade da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (40) e o questionário MFAQ (Multidisciplinary Functional Assessment Questionnaire) do programa OARS (Old Americans Research Schedule) desenvolvido por Fillenbaun e colaboradores na Duke University para estudos de avaliação multidimensional de populações idosas (32).

O instrumento finalizado (Anexo 1) é um questionário de avaliação multidimensional, direcionado para a população idosa composto por doze seções:

I – Identificação: identifica o questionário, o entrevistado através de código, área, setor e endereço além de informações sobre a entrevista como: número de visitas, tempo da entrevista, etc.

II – Questionário Preliminar: escala de 10 itens para avaliação preliminar do estado mental do entrevistado (Short Portable Mental Status Questionnaire – Pfeifer, 1975) (32).

III – Informações Gerais: busca obter informações demográficas como sexo, idade, escolaridade, número de filhos, etc.

IV – Saúde Física: o objetivo desta seção é verificar a percepção do entrevistado quanto ao seu estado de saúde, além de questões sobre morbidade referida e outros problemas de saúde de relevância para o idoso.

V – Utilização de Serviços de Saúde: visa obter informações sobre a utilização dos serviços de saúde e o nível de satisfação com estes serviços (Esta seção não está incluída entre os objetivos do presente trabalho).

VI – Atividades da Vida Diária: visa obter informações relativas ao grau de autonomia e independência na execução das atividades da vida diária e assistência real ou potencial nessas tarefas.

VII – Recursos Sociais: o propósito dessa seção é obter informações sobre o grau de interação e satisfação familiar e comunitária e/ou isolamento do idoso.

VIII – Recursos Econômicos: busca obter informações sobre ocupação, aposentadoria, fonte e padrão de renda, nível de satisfação com situação financeira, etc.

IX – Saúde Mental: procura obter escores em escalas de avaliação mental e avaliar o grau de satisfação com sua própria saúde mental.

X – Necessidades e Problemas que Afetam o Entrevistado: busca, através de uma lista, obter do entrevistado a informação sobre o principal problema que afeta sua vida no momento.

XI – Questionário para o Informante: compõe-se de doze questões objetivas sobre os aspectos levantados nas seções anteriores relativas ao idoso entrevistado, para serem feitas exclusivamente ao informante, quando este existir.

XII – Informações do entrevistador: parte final do questionário, à ser respondida exclusivamente pelo entrevistador, composta por dez perguntas com informações que procuram avaliar a confiabilidade das informações obtidas.

### **Variáveis do questionário**

As variáveis presentes no questionário completo estão listadas à seguir, bem como os indicadores e escalas utilizadas:

#### **Demográficas:**

<b>Variáveis</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escalas</b>
Sexo	Sexo	Masculino/feminino
Idade	Faixa etária	Anos completos
Local de residência	Distribuição geográfica	Nº do setor, nome da rua, nome do bairro
Local de nascimento	Local de nascimento	Cidade, estado, país
Tempo de moradia na cidade	Grau de adaptação	Anos completos

**Sociais:**

Variáveis	Indicadores	Escalas
Escolaridade	Anos de estudo/nível sócio-econômico	Analfabeto, primário, ginásio, colegial, superior.
Estado Conjugal	Situação marital/grupo familiar	Casado, solteiro, viúvo, etc.
Nº de filhos	Nº de filhos	Nº de filhos
Nº de pessoas que moram com o entrevistado	Apoio/interação social/familiar	Nº de pessoas
Identificação das pessoas que co-habitam	Interação social/familiar	Cônjuge, pais, filhos, netos, etc.
Satisfação no relacionamento com co-habitantes	Interação social/familiar	Muito insatisfeito, insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito
Assistência fornecida pela família ao entrevistado	Apoio familiar/isolamento	Sim, não/ dinheiro, moradia, cuidados pessoais, etc.
Assistência fornecida pelo entrevistado à família	Interação familiar/papel do entrevistado na família	Sim, não/ dinheiro, moradia, cuidados de criança, etc.
Visitas recebidas semana passada	Interação social	Sim, não/ vizinhos, amigos, filhos, parentes, etc.
Visitas realizadas semana passada	Interação social/ atividade	Sim, não/ vizinhos, amigos, filhos, parentes, etc.

**Econômicas:**

Variáveis	Indicadores	Escalas
Ocupação atual referida	Ocupação atual	ex.:adm./técnico, liberal, operar. aposentado, agricultor, etc.
Ocupação anterior referida	Ocupação anterior	ex.:adm./técnico, liberal, operar, agricultor, etc.
Idade na aposentadoria	Tempo de aposentadoria	Anos completos
Motivo da aposentadoria	Forma de aposentadoria	Tempo de serviço, idade, invalidez.
Fontes de renda	Frequência e natureza das fontes de renda atuais	Salário, aposentadoria, pensão, aluguéis, ativ. Informais, etc.
Montante da renda pessoal	Nível de renda pessoal no último mês	Em salários mínimos atuais
Renda total do grupo familiar	Peso da renda individual em relação à renda familiar	Em salários mínimos atuais
Situação financeira e satisfação das necessidades básicas	Nível de satisfação com situação financeira	Muito bem, bem, mal, muito mal
Comparação da situação financeira própria com a de pessoas da mesma idade	Nível de satisfação com situação financeira	Muito pior, pior, melhor, muito melhor
Situação da moradia	Situação da moradia/nível sócio-econômico	Própria, alugada, cedida, etc.
Tipo de residência	Nível sócio-econômico/grau de independência	Casa térrea, apartamento, barraco, sobrado, etc.
Infraestrutura da residência	Integração social, nível sócio-econômico, qualidade de vida	Água, esgoto, eletricidade, TV, telefone, geladeira, etc.

### Saúde Física:

Variáveis	Indicadores	Escalas
Percepção do estado de saúde atual	Saúde auto-avaliada/ bem-estar/ satisfação pessoal	Ótima, boa, ruim, péssima
Comparação da saúde atual com os últimos 5 anos	Saúde auto-avaliada/ bem-estar/ satisfação pessoal	Melhor, igual, pior
Comparação da saúde pessoal com outras pessoas idosas	Saúde auto-avaliada/ bem-estar/ satisfação pessoal	Melhor, igual, pior
Existência de problemas de saúde atuais	Auto-avaliação da existência de problemas de saúde atuais	Sim, não
Morbidade	Frequência e tipos de problemas de saúde referidos	Lista de morbidades
Interferência das morbidades referidas nas atividades da vida diária	Auto-avaliação de incapacidades atribuídas à morbidades	Lista de morbidades/ interfere, não interfere
Existência de problemas de mobilidade	Grau relativo de autonomia funcional	Paralisias totais, parciais, ausência de membros, dificuldades de movimentos, etc.
Acuidade visual	Auto-avaliação do estado da visão/ incapacidade atribuída à morbidade	Cega, péssima, ruim, boa, ótima/ interfere, não interfere
Audição	Auto-avaliação do estado da audição/ incapacidade atribuída à morbidade	Surda, péssima, ruim, boa, ótima/ interfere, não interfere
Dentição	Auto-avaliação do estado dos dentes	Ótimo, bom, ruim, péssimo
Uso de prótese dentária	Utilização de prótese dentária	Sim, não
Problemas de mastigação	Presença de problemas de mastigação	Sim, não
Perda acidental de urina	Presença de incontinência urinária	Sim, não
Frequência da perda acidental de urina	Grau de severidade da incontinência urinária	Mais de duas vezes por dia, uma ou duas vezes por dia, uma ou duas vezes por semana, etc.
Quedas referidas no ano	Capacidade física	Sim, não
Uso de medicamentos regulares	Utilização de medicamentos/ medicalização	Sim, não/ lista de grupos de medicamentos
Uso de órteses, aparelhos	Utilização de órteses, aparelhos	Sim, não/ bengala, andador, muleta, cadeira de rodas, apar. auditivo, etc.

### Saúde Mental:

Variáveis	Indicadores	Escalas
Escore de avaliação do estado cognitivo (Questionário Preliminar)	Possível caso de demência/ distúrbio psiquiátrico/déficit cognitivo	Questionário preliminar (OARS – Pfeffer)
Escore de saúde mental	Possível caso de distúrbio afetivo (depressão, hipocondriase, reações paranóides, etc.)	OARS/BOAS

### Capacidade Funcional:

Variáveis	Indicadores	Escalas
Prática de atividade física regular	Capacidade funcional	Sim, não/ lista de atividades físicas
Atividades da vida diária – dimensão física	Capacidade funcional/ grau de autonomia	Escore de Katz (comer, vestir, caminhar, sair da cama, etc.)
Atividades da vida diária – dimensão instrumental	Capacidade funcional/ grau de autonomia	Escore de Lawton (uso do telefone, fazer compras, preparar comida, manejar dinheiro, etc.)

### **3.3 Aspectos éticos**

Este estudo está dentro da categoria I da regulamentação de pesquisa com seres humanos no Brasil (pesquisa sem risco) e foi analisado e aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da UNIVALI – CEP/UNIVALI através do Parecer N° 78/2001 (Anexo 3). Todos os entrevistados e/ou informantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, garantido a eles o sigilo absoluto em relação às respostas e deles se obteve o consentimento por escrito (consentimento informado) (anexo 4).

### **3.4 Pesquisa de campo**

Inicialmente foi realizada uma pré-testagem do questionário pelos quatro supervisores do trabalho de campo numa amostra não-aleatória de pessoas com 60 anos de idade ou mais participantes de grupos de idosos no município de Itajaí. Dos quatro supervisores, três eram professores de cursos da área da saúde da UNIVALI<sup>1</sup> e um representava o Departamento de Atenção ao Idoso da Prefeitura Municipal de Itajaí<sup>2</sup>. Esta pré-testagem determinou algumas modificações no questionário que foi novamente testado, desta vez pelos entrevistadores já treinados e selecionados.

Para que não se deixasse de fora da amostragem os idosos que eram incapazes de responder ao questionário foi incluído um questionário preliminar que, de fato, é um teste de rastreamento para distúrbios cognitivos em idosos, composto por 10 questões, extraído do questionário MFAQ/OARS (32), que avalia a capacidade mental do idoso em responder ou não ao instrumento. Se o idoso não era considerado apto para responder havia a necessidade de se selecionar um informante. O teste é composto por 10 questões objetivas e o seu ponto de corte, segundo os estudos de validação do questionário MFAQ para os níveis sócio-econômicos e de escolaridade mais baixos, foi determinado em 6 ou mais

---

<sup>1</sup> Biaze Manger Knoll (médico geriatra), Kátia Ploner (psicóloga) e Juliana Sandri (enfermeira).

<sup>2</sup> Leni Tessele (pedagoga).

erros. Assim, se o entrevistado alcançava esta pontuação deveria ser buscado um informante confiável para responder no lugar do entrevistado ou auxiliá-lo nas respostas. Para isto o questionário estava estruturado com questões subjetivas marcadas com molduras para que fossem, se possível, respondidas somente pelo idoso e questões objetivas que poderiam ser respondidas pelo informante. A Seção XI do instrumento era o questionário para o informante com questões subjetivas sobre o idoso entrevistado.

Para ser considerado um informante confiável era preciso ter 18 anos de idade ou mais ou ser casado e estar física e mentalmente apto para responder no lugar do entrevistado e, por ordem de preferência ser: a) um membro da residência do idoso vinculado à este por laços sanguíneos, de casamento ou de adoção; b) uma pessoa responsável pelos cuidados com o idoso (um cuidador); c) um membro da residência do idoso mas sem vínculos com este e; d) um parente direto do idoso mas que não vive na mesma residência que este.

Foi, também, elaborado um manual detalhado com instruções sobre a metodologia de seleção, aspectos sobre a abordagem dos domicílios e informações sobre cada questão e forma de condução da entrevista (Anexo 2).

Em agosto de 2001 ocorreram a seleção e o treinamento da equipe de entrevistadores. Para isto foi firmado um convênio entre a Prefeitura Municipal de Itajaí e a UNIVALI no qual a primeira comprometia-se a repassar os recursos financeiros na forma de bolsas de estudos para a remuneração dos entrevistadores e a segunda comprometia-se a fornecer o material e o apoio logístico necessário (Anexo 5).

A seleção inicial se deu através de edital público que estabeleceu os valores da bolsa de trabalho mensal para os alunos/entrevistadores durante sua participação na pesquisa e tinha como critérios: ser maior de 18 anos, estar cursando entre o quarto e o oitavo períodos

de um dos cursos do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI, ter disponibilidade de 20 horas semanais para participar do treinamento e da pesquisa, prevista para estar concluída em três meses.

Inscreveram-se trinta e dois alunos que participaram de todo o treinamento. O treinamento teve duração de 20 horas/aula e o seu conteúdo contemplou: os objetivos da pesquisa, a metodologia da seleção da amostra e da coleta de dados (o princípio da aleatoriedade, a localização nos mapas, o movimento nos quarteirões, a seleção dos domicílios e dos indivíduos, o instrumento, um estudo do manual e situações e entrevistas simuladas). Dos trinta e dois participantes, vinte foram selecionados através de critérios como: frequência e desempenho no treinamento e em situações simuladas e análise de carta de interesse redigida na última etapa do curso.

A equipe de 20 entrevistadores foi dividida entre os quatro supervisores de campo que tinham como atribuição: acompanhar e controlar o processo de coleta de dados dentro da metodologia proposta e corrigir e codificar os questionários realizados. Para isto reuniram-se periodicamente com seus supervisionados e semanalmente entre si.

A estrutura de apoio administrativo para o trabalho de coleta e processamento dos dados foi sediada na sala de extensão do Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI e contou com a participação de duas alunas bolsistas para as funções de classificação, distribuição e guarda de materiais e documentos, comunicação e apoio logístico em geral.

O sorteio dos 100 conglomerados incluídos na pesquisa foi realizado partindo-se dos 140 setores censitários previamente numerados pelo IBGE e, utilizando-se uma lista de números aleatórios gerada pelo software Epiinfo 6.0, escolheu-se os 100 primeiros setores que foram reunidos em 20 grupos de 5 de acordo com suas proximidades e, por sua vez, distribuídos aleatoriamente entre os 20 entrevistadores.

O sorteio do ponto de início do percurso de cada conglomerado e o sentido a ser percorrido foram definidos em conjunto com os respectivos supervisores.

Para garantir-se o número suficiente de entrevistas decidiu-se que: quando da ocorrência de um idoso selecionado e/ou um informante não responder ao questionário por negativa ou ausência após três tentativas, outro idoso era buscado em outro domicílio a fim de completar-se o número de 10 entrevistas por conglomerado.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2001 e transcorreu sem maiores problemas. Duas entrevistadoras foram substituídas, uma por desistência e outra por não estar cumprindo a metodologia proposta.

Todos os questionários preenchidos eram revisados e codificados pelo supervisor e, em alguns casos, informações contraditórias faziam com que o entrevistador voltasse ao domicílio do idoso para correções.

A duração das entrevistas foi de 44 minutos em média e foram realizadas em, no mínimo, três tentativas. Os motivos mais freqüentes para a não realização da entrevista foram a recusa por parte do idoso selecionado ou a ausência deste após três tentativas.

Foram selecionados 1059 idosos nos 100 conglomerados. Destes, 59 (5,57%) não responderam e 6 (0,57%) foram excluídos por razões diversas (respostas consideradas não-confiáveis pelo entrevistador; idoso não-apto a responder sem informante selecionado), completando um total de 994 registros.

Destes, 39 (3,9%) questionários foram respondidos principalmente por um informante e em 77% destes casos o informante era uma pessoa que morava com o entrevistado, vinculado a ele por laços sanguíneos, de matrimônio ou de adoção.

Chamou a atenção a alta proporção de mulheres na amostra (70,7%), maior do que o encontrado pelo Censo de 2000 para o município de Itajaí (57%). É possível que no

processo de seleção de casa em casa, a mulher, estando mais disponível para a entrevista e mais presente em casa do que o homem, possa ter sido mais selecionada. Embora tenha sido enfatizado no treinamento o rigor no caráter aleatório da seleção e, que na ocorrência de mais de um idoso no domicílio a escolha seria por sorteio e, ainda, se o indivíduo selecionado não estivesse presente a entrevista deveria ser agendada para outra ocasião, os supervisores não têm como garantir que houve o controle desta situação e que não tenha ocorrido um viés de seleção sobre-estimando o sexo feminino. Ainda assim, considerou-se que, dados os objetivos do estudo, este fato não teve influência nos seus resultados.

### **3.5 Banco de dados**

Para a estruturação do banco de dados foi utilizado o software Epi-info 6.0 com duas digitações paralelas que foram comparadas e conferidas. A maioria das questões do questionário tinha respostas codificadas e foram automaticamente digitadas. Algumas questões abertas como a profissão atual e anterior e a morbidade referida requereram codificação subsequente realizada pelos supervisores.

## **4. Resultados**

O relatório com as prevalências relativas à todas as questões pesquisadas foi elaborado e entregue às instituições envolvidas (44).

Os resultados do presente estudo serão apresentados na forma de dois artigos:

1- Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: resultados de um inquérito populacional e, 2- Fatores associados à auto-avaliação do estado de saúde na população de idosos residentes na área urbana de Itajaí.

## **Artigo 1: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: resultados de inquérito populacional.**

### **Resumo**

#### **Objetivo**

Apresentar as características demográficas e socioeconômicas de maior relevância e suas associações com aspectos relacionados à saúde na população idosa residente numa cidade de porte médio do litoral sul do Brasil.

#### **Métodos**

Uma amostra de 994 idosos (60 anos ou mais) da cidade de Itajaí, Santa Catarina foi selecionada por amostragem probabilística, aleatória, por conglomerados, em múltiplos estágios sendo entrevistada no domicílio através de questionário de avaliação multidimensional.

#### **Resultados**

A maioria dos idosos era do sexo feminino (70,7%) com uma média de idade de 70,16 anos e renda média de R\$496, sendo que 67% recebiam até dois salários-mínimos. Mais da metade (55%) vivia sem cônjuge e a maior parte (52,6%) residia em domicílio multigeracional; 17% eram analfabetos e 68% tinham freqüentado o primário; 81,7% referiram a presença de pelo menos uma doença crônica e 24,6% algum episódio de queda no último ano. A grande maioria (62%) referiu algum grau de incapacidade para a realização das atividades da vida diária enquanto 41,6% avaliaram sua saúde como ruim ou péssima. Quanto à saúde mental, 23% foram considerados possíveis casos de transtorno afetivo e 3,8% de transtorno cognitivo.

#### **Conclusões**

Entre os idosos da cidade de Itajaí, as mulheres, os mais velhos e mais pobres tinham as maiores prevalências de incapacidades e problemas de saúde física e mental. Como a grande maioria da população idosa de Itajaí tem estas características pode-se prever o importante impacto que o envelhecimento populacional tem e terá sobre as políticas sociais e os serviços de saúde tanto em relação aos custos quanto às necessidades de pessoal e equipamentos adequados e suficientes.

## **Abstract**

### **Objective**

*To present the demographic and socioeconomic characteristics of strongest relevance and their associations with health aspects in the elderly residents in a medium sized city of the south coast of Brazil.*

### **Methods**

*A sample of 994 elderly (60 years old and over) residents in the city of Itajaí, Santa Catarina was selected by a multistage random probabilistic sampling and interviewed by a household survey through a multidimensional questionnaire.*

### **Results**

*The majority of the elderly was female (70,7%) with a medium age of 70,16 years-old, with a medium income of R\$ 496 and 67% received up to two Brazilian minimum-wages.*

*More than half (55%) of the elderly lived without a partner and most (52,6%) was living in multigenerational households; 17% were illiterate and 68% had up to 4 years of schooling; 81,7% referred the presence of at least one chronic disease and 24,6% referred at least one fall episode in the last year. The great majority (62%) referred some degree of disability for the for the activities of the daily living while 41,6% self-rated his/her health as bad or very bad. In the screening of mental health, 23% were considered possible cases of affective disorders and 3,8% of cognitive disorders.*

### **Conclusions**

*Among the elderly population of the city, the women, the oldest and the poorest people had the largest prevalences of disabilities and problems of physical and mental health. As the great majority of the elderly population of Itajaí has these characteristics, it is possible to anticipate the important impact that this demand will provoke on the social and health services, in the costs of the assistance and in the needs of appropriate and enough personnel and equipments.*

## **Introdução**

O envelhecimento populacional foi o fenômeno demográfico mais importante do último século e vem ocorrendo na maioria dos países representando um desafio para a saúde pública nos próximos anos. Embora o aumento da população idosa tenha sido

observado inicialmente nos países desenvolvidos, nos últimos anos tem se verificado com grande intensidade nos países “em desenvolvimento”.

A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 1960, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional. O peso relativo da população de 60 anos de idade ou mais em relação à população total passou de 5% na década de 60 para 6,2% na de 80, 7,3% na década de 90 e 8,6% em 2000 (1).

Considerando a continuidade das tendências verificadas para as taxas de fecundidade e longevidade da população brasileira, as estimativas para os próximos 20 anos indicam que a população idosa poderá exceder 30 milhões de pessoas ao final deste período, chegando a representar quase 13% da população total (1).

Este fenômeno demográfico vem ocorrendo, no Brasil, com importantes diferenças regionais.

As regiões sudeste e sul têm as maiores proporções de pessoas de 60 anos de idade ou mais sobre a sua população total, 9,3% e 9,2% respectivamente, enquanto que a região nordeste está próxima da média brasileira com 8,4% e as regiões centro-oeste e norte têm os menores percentuais, 6,6% e 5,5%.

Entre os estados da região sul, o Rio Grande do Sul tem a maior proporção de idosos, 10,5%, seguido do estado do Paraná com 8,5% e de Santa Catarina com 8,0% (1).

Estas diferenças regionais refletem, em parte, o contexto de desigualdades sociais e econômicas no qual vem se desenvolvendo o processo de envelhecimento da população brasileira.

O Estado brasileiro, ainda às voltas com os desafios do controle da mortalidade infantil e doenças transmissíveis, não foi capaz de aplicar estratégias para a efetiva

prevenção e tratamento das doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Neste contexto, os idosos não encontram amparo adequado no sistema público de saúde e previdência, acumulam seqüelas, desenvolvem incapacidades e perdem autonomia e qualidade de vida (2).

Alguns estudos de base populacional foram realizados no Brasil visando traçar as características multidimensionais e explorar as diferenças socioeconômicas e aquelas relacionadas à saúde da população idosa (3, 4, 5, 6, 7, 8). Estes estudos, em sua maioria, foram realizados em grandes centros urbanos como São Paulo, Rio de Janeiro ou Fortaleza, com exceção de um estudo de seguimento realizado no pequeno município de Bambuí (3) e do levantamento do perfil do idoso no estado do Rio Grande do Sul (7), que teve abrangência estadual.

Em 2001 foi realizado um inquérito domiciliar numa amostra da população idosa do município de Itajaí, Santa Catarina, com o objetivo de traçar o seu perfil multidimensional. Este inquérito serviu de base para a realização do presente trabalho.

O município de Itajaí é uma cidade de porte médio localizada no litoral de Santa Catarina, região sul do Brasil. Possui 304 Km<sup>2</sup> de área territorial com uma população total de 147.494 habitantes no ano 2000 e 11.106 pessoas com 60 anos de idade ou mais. No censo de 1991 a proporção de pessoas com 60 anos de idade ou mais, em Itajaí, era de 6,7% enquanto que no ano 2000 cresceu para 7,5%. Neste período a população total do município aumentou 23,3% enquanto a população idosa cresceu 37,3%.

Itajaí é um município de característica predominantemente urbana uma vez que apenas 3,7% da sua população residem em área considerada rural. Tem uma pequena extensão territorial, 304 Km<sup>2</sup> e alta densidade demográfica (485 habitantes/km<sup>2</sup>), sendo um campo privilegiado para a realização de um estudo de base populacional com o objetivo de

traçar um perfil da população idosa nos seus aspectos demográficos, socioeconômicos e de saúde.

O presente artigo tem como objetivo apresentar as características demográficas e socioeconômicas de maior relevância e suas associações com aspectos relacionados à saúde do idoso na população de 60 anos de idade ou mais residente numa cidade de porte médio do sul do Brasil.

## **Métodos**

### **Fonte de dados**

Utilizou-se do banco de dados da pesquisa: “Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar” realizada no município de Itajaí, Santa Catarina, em 2001, através de convênio estabelecido entre a Prefeitura Municipal de Itajaí e a Universidade do Vale do Itajaí-UNIVALI.

Esta pesquisa teve um desenho transversal e foi realizada numa amostra aleatória das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos residentes no município de Itajaí.

### **Amostragem**

O tamanho da amostra foi calculado a partir do tamanho estimado da população de idosos na área urbana de Itajaí para o ano de 2001 (10.709 pessoas); a prevalência esperada de “incapacidade funcional” (45%) por ser a exposição de maior relevância para o estudo e por determinar, nos testes com outras exposições, o maior tamanho amostral; uma margem de erro de 4% e um nível de confiança de 95%. Acrescentou-se 20% pelo efeito do desenho (amostragem por conglomerados), 15% para possíveis não-respostas e 20% para as

estratificações. O tamanho da amostra foi estabelecido em 960 indivíduos através do programa STATCALC do software EPIINFO 6.0.

A seleção da amostra da população de 60 anos e mais foi realizada por uma técnica de amostragem probabilística, aleatória, por conglomerados em múltiplos estágios (5, 6, 9). Partindo-se da relação dos 140 setores censitários da área urbana do município de Itajaí, utilizados pelo IBGE no censo de 2000, foram sorteados 100 setores (conglomerados). Em cada conglomerado foram selecionados, pelo menos, 10 indivíduos com 60 anos de idade ou mais através de busca sistemática de casa em casa feita por entrevistadores previamente treinados. Foram sorteados o ponto de início do percurso e a esquina inicial de cada quarteirão sendo que a busca foi feita caminhando-se no sentido horário e saltando-se quatro domicílios a cada um selecionado. Quando coincidia a presença de mais de um idoso num mesmo domicílio era feito o sorteio de um entre estes.

Foram selecionados 1059 indivíduos sendo que 65 (6,14%) foram excluídos, na sua maioria por não terem respondido ao questionário. Destes, 42 (65%) eram mulheres e 23 (35%) eram homens. A amostra estudada se constituiu, portanto, de 994 indivíduos.

### **Variáveis de estudo**

Para a realização da pesquisa foi utilizado um instrumento próprio baseado nas versões brasileiras do questionário OARS (BOAS e BOMFAQ) desenvolvidos por Veras e cols. (10) e Ramos e cols. (6) respectivamente, e utilizados em inquéritos domiciliares realizados no Rio de Janeiro, São Paulo e Fortaleza. O instrumento finalizado foi um questionário de avaliação multidimensional, direcionado para a população idosa composto por questões sobre a situação demográfica, socioeconômica, condições de saúde física e mental, de capacidade funcional e de utilização de serviços de saúde.

As variáveis que utilizaremos neste artigo são aquelas que se mostraram com maior significância estatística nos testes de análise de proporções por gênero, faixas etárias e faixas de renda.

Variáveis demográficas:

-Gênero: masculino e feminino

-Idade: foram criadas três classes: de 60 a 69 anos, de 70 a 79 anos e 80 anos e mais.

-Estado conjugal: solteiro ou separado (incluindo os divorciados), com cônjuge (casados formalmente ou vivendo em qualquer forma de união conjugal) e viúvos.

-Arranjo familiar: quatro classes conforme o número e a qualidade dos co-habitantes do idoso: mora só; mora com cônjuge (união conjugal formal ou informal); mora em três gerações (co-habita com cônjuge ou não, mais filhos(as) e/ou genros ou noras e netos); mora com outros (co-habita com outros parentes ou cuidadores ou empregados).

Variáveis socioeconômicas:

-Escolaridade: nenhuma (nunca frequentou a escola); primário completo/incompleto (frequentou o nível primário parcial ou completamente); ginásial/2º grau/superior (frequentou até o ginásial ou 2º grau ou nível superior parcial ou completamente).

-Renda: foi coletada a renda mensal individual referida em Reais e, a partir do valor do salário-mínimo da época da entrevista (R\$180,00), foram criados três estratos que representam aproximadamente os tercis da distribuição da renda referida: Até 1 Salário-Mínimo; de 1 a 2 Salários-Mínimos; mais de 2 Salários-Mínimos.

Variáveis de saúde:

-Número de problemas de saúde referidos: nenhum, de 1 a 3 e mais de 3.

-Quedas: ocorrência de um ou mais episódios de quedas no último ano: sim; não.

-Saúde auto-avaliada: auto-avaliação do estado de saúde do idoso na época da entrevista: ruim/péssima; boa/ótima.

-Escala de avaliação de saúde mental: esta variável foi medida por um teste de rastreamento para distúrbio afetivo composto por 15 questões, baseado na escala “Short Psychiatric Evaluation Schedule” componente do questionário OARS (Older American Resources and Services) (11) e traduzido e validado para o Brasil (10, 12). Nesta escala, os escores são contados a partir das respostas dadas a cada questão (sim ou não, que correspondem a zero ou um) e cujo ponto de corte para se considerar um possível caso de transtorno psiquiátrico, especialmente o transtorno afetivo é um escore igual ou maior que 7, conforme estabelecido pelos estudos de validação do questionário OARS (11) bem como de sua versão traduzida no Brasil (12). Esta variável é dicotômica e os idosos foram assim classificados: possível caso (pontuação maior ou igual a 7 no teste de saúde mental); não-caso (pontuação menor que 7).

-Escala de avaliação do estado cognitivo: medida através de um teste de rastreamento para distúrbios cognitivos no idoso composto por 10 questões, extraído do questionário OARS e que serviu como um questionário preliminar a fim de verificar a capacidade mental do idoso em responder ao instrumento sozinho ou se havia a necessidade de se selecionar um informante. O escore, nesta escala, é determinado pelo número de respostas erradas a uma série de dez perguntas. O ponto de corte, segundo os estudos de validação do questionário OARS, para os níveis socioeconômicos e de escolaridade mais baixos, foi determinado em 6 ou mais erros. Esta variável é dicotômica e foi classificada em duas categorias: possível caso (pontuação maior ou igual que 6); não-caso (pontuação menor que 6).

-Capacidade funcional:

A capacidade funcional do idoso foi avaliada a partir da aplicação da escala de atividades da vida diária composta por 14 atividades: alimenta-se: sem ajuda, com alguma ajuda ou é incapaz completamente de alimentar-se por si só; consegue vestir e tirar as roupas; cuida de sua aparência (como se pentear ou barbear-se); locomove-se; deita-se e levanta-se da cama; toma banho em chuveiro ou banheira; já teve problemas para chegar em tempo ao banheiro (incontinência) - estas são consideradas as atividades básicas da vida diária e, usa o telefone; usa condução (para ir a lugares distantes); faz compras; coloca e corta suas refeições no prato; faz limpeza e arrumação na sua casa; toma seus medicamentos; lida com suas próprias finanças – são as atividades instrumentais da vida diária. Esta escala é baseada no instrumento original de Katz e Lawton e foi adaptada e utilizada em outros estudos semelhantes no Brasil (5, 6, 13).

Partindo-se desta escala criou-se uma variável utilizando-se dos critérios de Ramos e cols.(6, 13) com quatro classes: independente (não necessita de ajuda para a realização de nenhuma das atividades da vida diária); dependência leve (necessita de ajuda ou é incapaz de realizar de 1 a 3 atividades da vida diária); dependência moderada (necessita de ajuda ou é incapaz de realizar de 4 a 6 atividades da vida diária) e dependência severa (necessita de ajuda ou é incapaz de realizar 7 ou mais).

### **Análise estatística**

A análise dos dados foi baseada no teste do qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) para proporções. A probabilidade (p) de cometer erro tipo 1 foi assinalada em cada teste realizado, considerando-se estatisticamente significantes valores de  $p \leq 0,05$ .

Nos resultados dos testes estatísticos apresentados não foram considerados os valores não informados.

A análise dos dados foi feita utilizando-se o software STATA 6.0..

## **Resultados**

Neste artigo, as variáveis que se mostraram com maior significância estatística nos testes de análise de proporções são apresentadas estratificadas por gênero, faixas etárias e faixas de renda.

De uma maneira geral, a perda de informações por conta das não-respostas variou de 0,4% a 11,9% dependendo da variável estudada sendo que a idade e gênero não tiveram perda. Apenas as variáveis faixas de renda e capacidade funcional tiveram proporções de não-respostas maiores (11,9% e 6,9% respectivamente. Entre as demais variáveis as perdas oscilaram de 0,4% a 1,7%).

Dos 994 idosos entrevistados 291 (29,3%) eram do sexo masculino e 703 (70,7%) do feminino.

A idade variou de 60 a 97 anos, com média de 70,16 anos, mediana de 69 e moda de 61 anos. A população era predominantemente pertencente à faixa etária mais jovem: 52,7% abaixo de 70 anos e 13,3% tinham 80 anos de idade ou mais.

A renda mensal individual declarada variou de R\$40,00 à R\$6.500,00 com uma renda média de R\$495,60 (IC95%: 447,79 – 543,51) e mediana de R\$250,00.

Ao estabelecer-se faixas de renda observou-se que 67% dos idosos recebiam renda mensal de até dois salários-mínimos.

Um total de 26 (2,6%) dos entrevistados referiu não receber renda alguma e 118 (11,9%) não informou a sua renda.

A renda das mulheres foi significativamente menor do que a dos homens ( $p < 0,001$ ). Enquanto que, praticamente o dobro da proporção de mulheres (47%) em comparação com os homens (23%) declarou receber renda até um salário mínimo, o contrário ocorreu na faixa de renda mais alta, com 50% de homens contra 25% de mulheres.

A renda média de mulheres e homens também foi significativamente diferente ( $p < 0,001$ ). As mulheres tinham uma renda média de R\$417,46 (IC95%: 368,75 – 466,18) e os homens de R\$676,99 (IC95%: 567,33 – 786,14).

Em relação à distribuição da renda por grupos etários observou-se que os mais velhos recebiam renda mais baixa e que, inversamente, a maior proporção do grupo mais jovem encontrava-se na faixa de renda mais alta, com uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

Quanto ao estado conjugal verificou-se que mais da metade dos idosos era de viúvos ou separados (55%) e a outra metade (45%) era composta por idosos casados formal ou informalmente. Entre os viúvos, as mulheres eram, proporcionalmente, mais do que o dobro dos homens e, os grupos mais velhos e com renda mais baixa também eram, na sua maioria, viúvos. Entre os casados encontrou-se 71% dos homens e 34% das mulheres assim como, também, os grupos mais jovens e com renda mais alta eram, em suas maiores proporções, casados. Entre os solteiros ou separados também se observou diferenças significativas sendo que as mulheres, os mais jovens e com renda mais baixa predominavam nesta condição.

**Tabela 1:** Distribuição proporcional (%) por gênero e faixas de renda de amostra da população de 60 anos de idade ou mais segundo o número de problemas de saúde referidos, Itajaí, 2001.

	Nº de problemas de saúde			p
	Nenhum	De um a três	Mais de três	
<b>Gênero</b>				< 0,001
Masculino	26,5	60,2	13,3	
Feminino	16,0	60,1	23,9	
<b>Faixas de renda</b>				< 0,001
Até 1 SM	14,9	60,9	24,1	
Mais de 1 a 2 SM	16,7	59,6	23,8	
Mais de 2 SM	26,4	59,7	13,9	
<b>Total</b>	19,2	60,2	20,7	

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

Mais da metade (52,6%) dos idosos entrevistados morava em domicílios de três gerações, ou seja com filhos(as) e netos(as). Entre os que moravam sós (17%), as maiores proporções eram de mulheres e dos grupos mais idosos.

Verificou-se diferenças significativas quanto aos arranjos familiares entre as diferentes faixas de renda ( $p < 0,001$ ). Entre os idosos que residem em domicílios de três gerações, as maiores proporções são daqueles pertencentes às faixas de renda mais baixas enquanto que os que moram com o cônjuge ou com outros arranjos familiares são, na maior parte, pertencentes à faixa de renda mais alta.

Do total de entrevistados, 17% referiram não ter nenhuma escolaridade. A grande maioria (68%) tinha apenas o nível primário completo ou incompleto e, 15% tinham frequentado o ginásio, segundo grau ou curso superior. Os graus de escolaridade mais baixos foram observados entre as mulheres, entre os grupos mais idosos e naqueles de renda mais baixa, ocorrendo o inverso nos níveis mais altos de escolaridade ( $p < 0,001$ ).

Apenas 18,3% referiram não ter nenhum problema de saúde e, entre estes, predominaram significativamente os homens e os idosos com renda mais alta. A grande maioria (80,8%) referiu ter pelo menos um problema de saúde (Tabela 1).

Entre os que referiram mais de três problemas de saúde a maioria era mulher, com quase o dobro da proporção dos homens e, também, o grupo mais pobre.

**Tabela 2:** Distribuição proporcional (%) por gênero, grupos etários e faixas de renda de amostra da população de 60 anos de idade ou mais segundo a ocorrência de quedas no último ano, Itajaí, 2001.

	Quedas		p
	Sim	Não	
Gênero			< 0,001
Masculino	14,9	85,1	
Feminino	29,1	70,9	
Grupos etários			< 0,001
60 a 69 anos	19,6	80,4	
70 a 79 anos	27,5	72,5	
80 anos e +	36,8	63,2	
Faixas de renda			0,005
Até 1 SM	25,7	74,3	
Mais de 1 a 2 SM	30,8	69,2	
Mais de 2 SM	18,8	81,3	
Total	24,8	75,2	

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

Na questão sobre a ocorrência de quedas nos últimos doze meses (Tabela 2), 24,8% dos idosos responderam afirmativamente. Houve uma diferença significativa entre os

gêneros, sendo que a proporção de mulheres que referiram quedas foi quase o dobro quando comparadas aos homens como, também, os grupos mais velhos e aqueles com rendas mais baixas tiveram proporções maiores.

A maioria dos entrevistados (62,3%) relatou necessidade de ajuda parcial ou total para a realização de, pelo menos, uma entre as atividades da vida diária (AVD) estudadas: alimentar-se, vestir-se, cuidar da aparência, locomover-se, deitar/levantar-se da cama, tomar banho, chegar ao banheiro em tempo, usar o telefone, tomar condução, fazer compras, colocar e cortar refeições, arrumar a casa, tomar medicamentos e cuidar das finanças. O percentual de pessoas que não souberam ou não responderam a alguma das questões sobre as atividades da vida diária foi de cerca de 7% (n= 69) sendo que as maiores proporções são de homens, do grupo etário mais jovem e praticamente sem diferenças entre as faixas de renda. O sexo feminino apresentou uma maior proporção de dependência para as atividades da vida diária em relação ao masculino, assim como os grupos etários mais idosos. Quase a metade dos idosos que pertenciam à classe de renda mais alta foi considerada independente para realizar as atividades da vida diária enquanto que apenas um terço dos que recebiam a menor renda estavam nesta situação.

**Tabela 3:** Distribuição proporcional (%) por gênero, grupos etários e faixas de renda de amostra da população de 60 anos de idade ou mais segundo graus de capacidade funcional, Itajaí, 2001.

	Capacidade funcional				P
	Independente	Dependência leve	Depend. moderada	Dependência severa	
<b>Gênero</b>					< 0,001
Masculino	47,8	38,2	6,6	7,5	
Feminino	33,3	43,2	17,1	6,5	
<b>Grupos etários</b>					< 0,001
60 a 69 anos	49,8	43,1	4,7	2,5	
70 a 79 anos	31,3	42,1	19,7	6,9	
80 anos e +	7,5	35,8	34,0	22,6	
<b>Faixas de renda</b>					< 0,001
Até 1 SM	27,8	39,5	22,5	10,2	
Mais de 1 a 2 SM	37,2	48,2	8,0	6,6	
Mais de 2 SM	49,2	39,0	9,1	2,7	
<b>Total</b>	<b>37,3</b>	<b>41,8</b>	<b>14,1</b>	<b>6,8</b>	

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

Quando foram analisados os graus de dependência (Tabela 3) observou-se que 6,8% da população estudada estavam classificados no nível de dependência severa. Entre estes, verificou-se certa igualdade entre os gêneros com leve predominância masculina. Entre os grupos etários, os mais velhos tinham uma proporção dez vezes maior de dependência severa do que os mais novos. Os grupos com renda mais baixa também tinham maiores proporções de dependência severa. As mulheres apresentaram maiores graus de dependência leve e moderada.

**Tabela 4:** Distribuição proporcional (%) por gênero e faixas de renda de amostra da população de 60 anos de idade ou mais segundo escala de rastreamento de transtorno afetivo, Itajaí, 2001.

	Transtorno afetivo		P
	Possível caso	Não-caso	
<b>Gênero</b>			0.030
Masculino	17,6	82,4	
Feminino	25,5	75,5	
<b>Faixas de renda</b>			< 0,001
Até 1 SM	29,9	70,1	
Mais de 1 a 2 SM	24,1	75,9	
Mais de 2 SM	12,2	87,8	
<b>Total</b>	<b>22,4</b>	<b>77,6</b>	

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

No rastreamento de saúde mental, mais especialmente o transtorno afetivo (Tabela 4), 22,4% dos entrevistados foram considerados “possíveis casos” sendo que entre as mulheres observou-se uma proporção significativamente maior do que entre os homens. O grupo etário mais idoso também apresentou a maior proporção de possíveis casos, porém sem significância estatística. Já entre as faixas de renda, verificaram-se diferenças significativas. Praticamente um terço dos idosos mais pobres foram considerados “possíveis casos” enquanto que apenas 12,2% daqueles pertencentes à classe de renda mais alta estavam nesta condição.

Quanto ao rastreamento do estado cognitivo, 3,8% dos entrevistados foram identificados como “possíveis casos”. A proporção de “possíveis casos” aumentou significativamente com a idade e também no grupo de renda mais baixa onde foi quase

quatro vezes maior do que os de renda mais alta. Entre os gêneros não houve diferença significativa.

Em relação à saúde auto-avaliada (Tabela 5), 41,2% dos idosos avaliaram a sua saúde como ruim/péssima. Entre os gêneros, as mulheres avaliaram pior a sua saúde em comparação aos homens e, entre os grupos etários, os mais velhos avaliaram sua saúde como ruim/péssima em maiores proporções. A parcela de idosos de baixa renda que considerou sua saúde ruim ou péssima foi quase o dobro daqueles com renda superior.

**Tabela 5:** Distribuição proporcional (%) por gênero, grupos etários e faixas de renda de amostra da população de 60 anos de idade ou mais segundo a auto-avaliação do estado de saúde, Itajaí, 2001.

	Saúde auto-avaliada		P
	Ruim/péssima	Boa/ótima	
<b>Gênero</b>			0,048
Masculino	37,1	62,9	
Feminino	42,9	57,1	
<b>Grupos etários</b>			0,004
60 a 69 anos	36,5	63,5	
70 a 79 anos	43,2	56,8	
80 anos e +	53,1	46,9	
<b>Faixas de renda</b>			< 0,001
Até 1 SM	51,8	48,2	
Mais de 1 a 2 SM	43,2	56,8	
Mais de 2 SM	27,1	72,9	
<b>Total</b>	<b>41,2</b>	<b>58,8</b>	

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

## **Discussão**

De um modo geral os estudos transversais apresentam algumas particularidades que limitam as possibilidades de inferências causais. Além disso, no presente estudo, os participantes eram idosos não-institucionalizados, provavelmente, mais saudáveis e mais resistentes a determinados agravos e, residiam na área urbana de Itajaí. Embora a população considerada rural deste município seja de apenas 3,76% do total, estes não estavam representados na amostra. Sendo assim, os resultados refletem a situação dos idosos não-institucionalizados, residentes na área urbana de Itajaí, uma cidade de médio porte do litoral sul do Brasil.

Os resultados sugerem que a amostra representa a população de estudo pela sua semelhança com os resultados do censo de 2000 (IBGE), tanto em relação à distribuição etária, estado civil e escolaridade quanto pela similaridade com as características sociodemográficas observadas para a população idosa brasileira, tais como: o predomínio do sexo feminino, maior número de filhos nas faixas etárias mais idosas, menor renda mensal em comparação à população em geral, maior proporção de viúvas em comparação à de viúvos, entre outras.

A acentuada proporção de mulheres verificada neste estudo também foi observada em outros trabalhos (3, 5, 7, 8). Embora a predominância do sexo feminino na população de Itajaí com 60 anos de idade ou mais também tenha sido observada nos resultados do censo de 2000 (57% de mulheres e 43% de homens), esta não era tão acentuada quanto à encontrada neste inquérito. É possível que, no processo de amostragem de casa em casa, a mulher, estando mais disponível para a entrevista e mais presente em casa do que o homem, possa ter sido mais selecionada. Entretanto, a predominância de idosos pertencentes ao sexo

feminino pode estar refletindo a sua maior longevidade em relação aos homens, fenômeno que tem sido atribuído a menor exposição a determinados fatores de risco, notadamente no trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (5).

Em relação à distribuição da amostra entre as três faixas etárias, estas coincidem com as proporções levantadas pelo IBGE no censo de 2000 para a população brasileira e para o município de Itajaí (1, 14).

Em que pese as distorções inerentes à informação da renda por parte das pessoas em entrevistas como estas, pode-se considerar que o nível de rendimento encontrado refletiu a renda mensal individual dos idosos estudados, com a predominância feminina e das classes socioeconômicas mais pobres já mencionadas. Este nível de renda reflete a situação de pobreza na qual vivem os idosos no Brasil e, particularmente na região estudada.

Quanto ao estado conjugal observou-se, coincidentemente com outros estudos (3, 5, 6) e com os dados do censo de 2000, o elevado contingente de viúvas, em contraste com o alto percentual de homens casados. Segundo Berquó (15), estas diferenças por sexo quanto ao status marital são decorrentes da maior longevidade das mulheres. Por outro lado, normas sociais e culturais prevaletentes em nossa sociedade levam os homens a se casarem com mulheres mais jovens do que eles. Além disso, o recasamento para viúvos idosos é maior do que para viúvas em idades avançadas. Em conjunto, essas diferenças seriam responsáveis pelo maior número de viúvas em relação aos viúvos (15).

Quanto ao predomínio de mulheres entre os descasados, Berquó (15) afirma que isto pode ser fruto do mesmo processo que associa as mulheres em geral e as idosas em particular a menores oportunidades de um recasamento.

A proporção de idosos, principalmente mulheres, vivendo em domicílios unipessoais em Itajaí se assemelha ao que foi encontrado pelo IBGE no censo de 2000 para o Brasil (1). A viuvez feminina mais elevada determina um crescimento de famílias monoparentais sob responsabilidade feminina ou ainda de unidades domiciliares unipessoais (15). A maior longevidade das mulheres pode explicar a alta prevalência dos mais velhos vivendo em domicílios unipessoais.

A maior parte dos idosos estudados vivia em domicílios multigeracionais, com filhos(as) e netos(as). Na América Latina, idosos que moram em domicílios multigeracionais tendem a ser mais pobres e com maior grau de dependência. Assim, o domicílio multigeracional antes de ser uma opção de bem-estar ou humanitária, pode ser simplesmente um arranjo de sobrevivência, capaz, muitas vezes, de se contrapor às vantagens que teoricamente teria a vida em família (5, 6). O cuidado intergeracional (filhos e netos, por exemplo, cuidando de pais e avós) pode representar uma espécie de institucionalização comunitária do idoso, na ausência de sistemas formais de cuidados para esta faixa etária (5).

No presente estudo, a proporção de idosos sem nenhum grau de escolaridade coincide com o que foi verificado no censo de 2000, assim como o fato de que os homens têm um nível de escolaridade superior ao das mulheres. Este diferencial vem diminuindo quando se comparam os resultados do censo de 2000 com o de 1991 observando-se um crescimento relativo do número médio de anos de estudo das mulheres idosas em relação aos homens (1), refletindo, assim, o maior acesso à escola por parte das mulheres a partir da década de 1940. De uma maneira geral é bastante baixa a escolaridade da população idosa e esta é tanto pior quanto mais velhas as coortes (15). O nível educacional é um dos indicadores na caracterização do perfil socioeconômico da população e, no caso dos idosos

reflete as políticas educacionais brasileiras no passado. Nas décadas de 1930 até, pelo menos, os anos 1950, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos (1). Assim, a situação de escolaridade das pessoas atualmente idosas remete a períodos quando as chances de acesso à educação se davam de forma bastante assimétrica e desigual por classe social e gênero (15).

Praticamente 80% dos idosos referiram a presença de, pelo menos, uma doença crônica. Esta proporção está de acordo com o observado no inquérito realizado por Ramos e cols. (6) na cidade de São Paulo ( 86%), e é menor do que o encontrado por Coelho Fº e cols. (5) na cidade de Fortaleza( 92%). Embora, não se possa considerar que as doenças crônicas auto-referidas representem, de fato, as prevalências destas doenças, a morbidade auto-referida é muito utilizada em estudos epidemiológicos como um indicador do estado de saúde, especialmente de pessoas idosas. O número de doenças crônicas referidas foi maior entre as mulheres, fato este que é similar também ao encontrado em outros estudos (3, 5, 6). A maior longevidade das mulheres pode ser um fator que influencia este achado , uma vez que a idade, por si só, é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de doenças crônicas.

De um modo geral, indivíduos idosos são portadores de múltiplos problemas médicos coexistentes. Tender a morar mais sozinha ou sem cônjuge e apresentar mais doenças crônicas coloca o envelhecimento e seus riscos associados como um processo fortemente ligado ao sexo feminino.

As quedas são determinantes comuns e preveníveis de mortalidade e morbidade em pessoas idosas e são, em sua maioria, multifatoriais na sua origem, resultando de interações entre distúrbios da estabilidade característicos do idoso, além de fatores de risco do ambiente. Estão associadas, também, com a ocorrência de incapacidades, de isolamento

social, de piora na qualidade de vida e de internação precoce em instituição para idosos (16). De acordo com outros inquéritos de base populacional, especialmente na Europa e Estados Unidos, a prevalência de pelo menos um episódio de quedas em 1 ano é de cerca de 30% na população idosa (17). Praticamente um quarto dos idosos relatou pelo menos um episódio de queda em um ano, achado semelhante ao encontrado no projeto SABE (8) para o município de São Paulo e por Coelho F<sup>o</sup> e Ramos em seus estudos em Fortaleza e São Paulo (5, 6). O aumento do risco de ocorrência de quedas com o avançar da idade está bem estabelecido (16) e deve estar relacionado a alterações próprias do envelhecimento na capacidade de manter adequada estabilidade postural, mobilidade e mecanismos de defesa, assim como à maior presença de doenças crônicas e de utilização de medicamentos (17). Uma proporção maior de quedas entre as faixas de renda mais baixas também foi observada em outros inquéritos (5) assim como, entre as mulheres, embora em relação a estas últimas, os resultados têm sido contraditórios (8, 16).

Apenas cerca de 38% dos idosos referiram autonomia total para a realização das atividades da vida diária enquanto que a maioria dos idosos (62%) referiu necessidade de ajuda total ou parcial para a realização de, pelo menos uma das quatorze atividades da vida diária estudadas. Nos inquéritos realizados em São Paulo e Fortaleza (5, 6) este percentual de dependência foi também alto, mas não com a mesma proporção (50% e 47% respectivamente). Esta diferença pode ter ocorrido pela maior presença proporcional de mulheres idosas no presente trabalho, assim como pela maior média de idade em nossa amostra. Os níveis de dependência são piores para as mulheres e se agravam com a idade, como foi observado em outros estudos (8, 18, 19). Os homens, em estudos longitudinais, são mais independentes quando comparados às mulheres e estas, com maior longevidade, experimentam maior grau de incapacidades de modo geral (5). Neste estudo, 21% dos

idosos apresentaram graus de dependência moderada e severa, necessitando de ajuda para a realização de, pelo menos 4 atividades da vida diária, representando o contingente de idosos em situação crítica de dependência o que, na prática, impossibilita o indivíduo de viver sem assistência constante.

Os melhores níveis de capacidade funcional entre os homens, mais jovens e com melhor renda também foram observados em outros estudos. Verifica-se ainda que as maiores proporções de dependência ocorreram para as atividades instrumentais da vida diária (57,3%) em comparação às atividades básicas (23,8%).

A incapacidade funcional representa uma medida sensível, especialmente na população idosa, de alterações fisiológicas e de saúde associadas à idade e tende a demandar maiores gastos dos serviços de saúde e de assistência social (19).

A escala utilizada para o rastreamento de saúde mental é, de fato, uma escala para a detecção de transtorno depressivo (10, 11). A prevalência de “possível caso” de transtorno depressivo no presente estudo (23,0%) foi semelhante ao verificado em Fortaleza 26,4% (5), em São Paulo 27,0 % e 18,0 % (6, 9), além da literatura em geral, que estabelece esta prevalência entre 17 e 30% para a população de 60 anos de idade ou mais (20). A variação observada entre os diversos estudos decorre, além das diferenças regionais, de diferenças na metodologia utilizada. A predominância da depressão em mulheres tem sido explicada por questões metodológicas como o viés de relato: mulheres costumam relatar mais sintomas, por questões psicopatológicas: as mulheres são mais vulneráveis e estão mais expostas a fatores etiológicos e, ainda questões sociais: os papéis femininos na sociedade são mais conflitivos e sem reconhecimento (8). Acrescenta-se, ainda, que as mulheres podem estar mais expostas a condições socioeconômicas mais desfavoráveis. Também coincide com

outros estudos a maior prevalência de transtorno afetivo entre os idosos com pior situação socioeconômica (5, 6, 8, 10, 19).

Os estudos de prevalência de transtornos cognitivos em idosos residentes na comunidade têm mostrado resultados bastante variáveis. Esta variabilidade é atribuída, por diversos autores, às características da população estudada e à metodologia empregada, destacando-se, neste aspecto, o uso de diferentes critérios diagnósticos e de diferentes instrumentos de avaliação (8). Estudos comunitários realizados nos Estados Unidos encontraram uma prevalência de demências estimada em 2 a 4% na população de 65 anos de idade ou mais (20). Em Buenos Aires (Argentina) e Havana (Cuba), cidades participantes do projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento) patrocinado pela OPAS, as prevalências observadas de transtornos cognitivos, medidas por dois instrumentos diferentes e complementares, em amostra representativa da população de 60 anos de idade ou mais, foram de 1,2% a 3,9% e de 1,2% a 3,6% respectivamente (8). Na cidade de São Paulo, participante do mesmo projeto, as proporções encontradas foram de 3,4% a 6,9% (8). A prevalência observada em nosso estudo (3,8%) está dentro da faixa de variação dos percentuais encontrados para cidades da América Latina, embora o instrumento utilizado tenha sido diferente dos demais estudos e o desenho e objetivos da presente pesquisa não buscassem, especificamente, responder a esta questão. Em todos os estudos se verifica o aumento da prevalência de distúrbios cognitivos com o aumento da idade. Para as demências, a idade é o principal fator de risco (20).

Este estudo procurou descrever, especificamente, algumas variáveis associadas à realidade dos idosos de uma cidade de porte médio do litoral sul do Brasil, embora os seus resultados, de modo geral, tenham sido similares ao que foi observado por outros estudos realizados no contexto brasileiro para este mesmo grupo populacional. Estas similaridades

sugerem que, considerando algumas características próprias da amostra, os resultados obtidos dos dados do inquérito realizado em Itajaí podem expressar situações encontradas em outras comunidades deste país. Ademais, dadas as limitações de um desenho transversal, estudos longitudinais são recomendados para testarem as hipóteses aqui levantadas e oferecem informações que possam melhor subsidiar o desenvolvimento de programas e intervenções no campo da saúde do idoso.

### **Bibliografia**

- [1] FUNDAÇÃO IBGE. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- [2] CHAIMONICZ, F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.5, p.184-200, 1997.
- [3] COSTA, M.F.L.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L. et al. Estudo de Bambuí Sobre Saúde e Envelhecimento: Metodologia e Resultados Preliminares de Coorte de Estudo de Idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.2, p.126-135, 2000.
- [4] VERAS, R.P.; SILVA, S.D.; SOUZA, C. et al. Proposta Metodológica para Inquérito Domiciliar com Populações Idosas em um Centro Urbano do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.5, p.429-438, 1989.
- [5] COELHO Fº, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.5, p. 445-453, 1999.
- [6] RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M. et al. Perfil do Idoso em Área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.27, n.2, p.87-94, 1993.
- [7] HERÉDIA V.B.M.; CASARA, M.B. *Tempos Vividos: Identidade, Memória e Cultura do Idoso*. 1ª ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- [8] LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma Abordagem Inicial. Brasília DF: OPAS/OMS, 2003.

- [9] BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. Indicadores Socioeconômicos, Ambientais e Demográficos. In: \_\_\_\_\_. *Epidemiologia da Saúde Infantil: Manual para Diagnósticos Comunitários*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC/UNICEF, 1994.
- [10] VERAS R.P.; COUTINHO, E.; NEY, G. J. População idosa no Rio de Janeiro (Brasil): Estudo Piloto da Confiabilidade e Validação do Segmento de Saúde Mental do Questionário BOAS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.24, n.2, p.156-163, 1990.
- [11] FILLENBAUM, G.G. *Multidimensional Functional Assesment of Older Adults: the Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. 1ª ed. E.U.A.: Lawrence Erlbaum, 1988.
- [12] BLAY S.L.; RAMOS, L.R.; MARI, J.J. Validity of a Brazilian Version of the Older American Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society*, E.U.A., v.36, n.8, p.687-692.
- [13] ROSA, Tereza Etsuko da Costa. *Determinantes da Capacidade Funcional de Idosos Residentes no Distrito de São Paulo*. São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- [14] FUNDAÇÃO IBGE. *Censo Demográfico 2000: Resultados do Universo*. Rio de Janeiro, 2002.
- [15] BERQUÓ, E. Considerações Sobre o Envelhecimento da População no Brasil. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. *Velhice e Sociedade*. 1ª ed. Campinas: Papirus, 1999. p.11-40.
- [16] TINNETI, M.E. Falls. In: HAZZARD, W.R.; BIERMAN, E.L.; BLASS, J.P. et al. *Principles of geriatric Medicine and Gerontology*. 3ª ed. E.U.A.: McGraw-Hill, 1994, p.1313-1320.
- [17] TINETTI, M.E. Preventing Falls in Elderly Persons. *New England Journal of Medicine*, E.U.A., v.348, n.1, p.42-49, 2003.
- [18] ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE M.R.D.O. et al. Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, 2003.
- [19] MANTON, K.G.; CORDER, L.; STALLARD, E. Chronics Disability Trends in Elderly United States Populations: 1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, E.U.A., v.94, p.2593-2598, 1997.
- [20] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV*. 4ª ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

- [21] MOSSEY, J.; SHAPIRO, E. Self Rated Health: a Predictor of Mortality among the Elderly. *American of Public Health*, E.U.A., v.72, n.8, p.800-808, 1982.
- [22] IDLER, E.L.; RUSSEL, L.B.; DAVIS, D. Survival, Functional Limitations, and Self-Rated Health in the NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study, 1992. First National Health in the Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, E.U.A., v.152, n.9, p.874-883, 2000.

## **Artigo 2: Fatores associados à auto-avaliação do estado de saúde na população de idosos residentes na área urbana de Itajaí, SC.**

### **Resumo**

#### **Objetivo**

Investigar a influência de fatores sócio-demográficos e de saúde física, mental e de capacidade funcional sobre a auto-avaliação da saúde de idosos residentes em comunidade.

#### **Métodos**

Foi investigada uma amostra de 994 idosos (60 anos ou mais) da cidade de Itajaí, Santa Catarina, litoral sul do Brasil selecionada por amostragem probabilística, aleatória, por conglomerados, em múltiplos estágios sendo entrevistada no domicílio através de questionário de avaliação multidimensional. Destes, 776 responderam à todas as questões e foram incluídos no presente estudo. A auto-avaliação da saúde foi colhida através da pergunta "Hoje você diria que a sua saúde, de uma maneira geral, está ótima, boa, ruim ou péssima?" e investigada como uma variável dicotômica ótima/boa e ruim/péssima. A análise de regressão univariada foi realizada primeiramente e a análise de regressão logística múltipla foi aplicada aos fatores hierarquicamente agrupados.

#### **Resultados**

Não se observaram diferenças significativas entre os sexos ou faixas etárias. As características mais fortemente associadas com a auto-avaliação de saúde ruim ou péssima foram: "possível caso de transtorno afetivo", ter referido mais de três doenças crônicas, ter referido pelo menos um episódio de queda no último ano, apresentar grau de dependência moderada ou severa e não ter nenhum grau de escolaridade.

#### **Conclusões**

A auto-avaliação da saúde utilizada em estudos epidemiológicos, além de ser um indicador sumário do estado de saúde, mostrou-se ser influenciado por fatores sócio-demográficos, de saúde física e capacidade funcional e, especialmente pelas condições de saúde mental. Futuros estudos são necessários para explorarem as interações destes fatores com a auto-avaliação da saúde e desta como preditor de mortalidade e incapacidades em idosos no contexto brasileiro.

## **Abstract**

### **Objective**

*To investigate the influence of sociodemographic, health-related and functional factors on the self-rated health of elderly people living in community.*

### **Methods**

*A sample of 994 elderly (60 years old and over) residents in the city of Itajaí, Santa Catarina, south coast of Brazil was selected by a multistage random probabilistic sampling and interviewed by a household survey through a multidimensional questionnaire. Of these, 776 answered all of the questions and were included in the present study. The self-rated health was evaluated through the question: "Today you would say that your health, in a general way, is great, good, bad or very bad?" and investigated as a dicotomic variable great/good and bad/very bad. The univariate regression analysis was accomplished firstly and later the multiple logistic regression analysis was applied to hierarchically clustered factors.*

### **Results**

*Significant differences were not observed between the sexes or age groups. The characteristics more strongly associated with the pessimistic self-rated health were: "possible case of affective disorder", to have referred more than three chronic diseases, to have referred at least one fall episode in the last year, to present moderate or severe dependence degree and to be illiterate.*

### **Conclusions**

*The self-rated health, a measure used in epidemiologic studies, besides being a summary indicator of the health status, was influenced by sociodemographic factors, by physical health and functional status and, especially by the mental health conditions. Future studies are necessary to explore the interactions of these factors with the self-rated health and of this as a mortality and disability predictor in the elderly in the Brazilian context.*

## **Introdução**

A auto avaliação da saúde tem se mostrado, sistematicamente, um preditor independente de mortalidade, incapacidades e de utilização de serviços de saúde na população adulta em geral e entre os idosos em particular (1, 2, 3, 4)..

Pesquisadores do Manitoba Longitudinal Study on Aging (1) demonstraram pela primeira vez, numa amostra de idosos, que a auto-avaliação da saúde era um preditor de

sobrevivência independentemente do estado objetivo de saúde. Posteriormente, estes achados foram reproduzidos em várias regiões do mundo (1, 2, 5, 6, 7).

No Brasil alguns estudos epidemiológicos utilizaram a saúde auto-avaliada como parte da avaliação do estado geral de saúde. (8, 9, 10, 11) O mais abrangente destes estudos, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), desenvolvida pelo IBGE, incluiu no seu suplemento de saúde, em 1998, a questão sobre auto-avaliação subjetiva do estado de saúde na população de 14 anos de idade ou mais de onde derivaram alguns artigos sobre o tema no Brasil (8, 9). Outros estudos abordando aspectos da saúde da população idosa de algumas cidades brasileiras utilizaram a auto-avaliação subjetiva como parte da avaliação do estado geral de saúde (10, 11, 12). Porém, são praticamente inexistentes ou escassos os estudos que exploram os fatores que influenciam a auto-avaliação da saúde no contexto brasileiro (13).

A auto-avaliação do estado de saúde individual é freqüentemente medida pelas respostas, que variam numa escala de 4 ou 5 pontos (de excelente/muito boa a muito ruim/péssima) à simples pergunta ou à algumas variações dela: “Você diria que sua saúde, hoje, é: excelente, boa, razoável, ruim ou péssima?”.

Pode-se dizer que esta medida representa coletivamente uma síntese de como os vários aspectos que compõem o estado geral de saúde, entre estes as dimensões física, mental e social, são percebidos pelo indivíduo (5).

Embora não totalmente coincidente com medidas objetivas do estado de saúde ou com a presença de doenças, alguns estudos demonstraram que a auto-avaliação da saúde expressa grandemente as condições médicas pré-existentes no indivíduo, é influenciada pelas condições físicas, emocionais, sócio-econômicas e culturais e pode ser considerada

uma medida de risco para mortalidade, morbidade e incapacidades, especialmente em populações idosas (2, 4, 14).

A demonstração de que saúde auto-avaliada é um forte e independente preditor de futura incapacidade e mortalidade tem levado à procura de fatores que influenciem este indicador. Um número crescente de estudos vem confirmando a associação entre incapacidade funcional, doenças físicas, depressão e utilização de serviços de saúde com a saúde avaliada como ruim ou péssima. Entretanto, são estudos conduzidos em populações fora do Brasil e, com algumas exceções, sem uma análise consistente da influência independente destas variáveis sobre a saúde auto-avaliada (15).

O presente estudo visa investigar a influência dos fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde física e mental e de capacidade funcional na auto-avaliação subjetiva da saúde na população de idosos residentes (não-institucionalizados) numa cidade de porte médio do sul do Brasil.

## **Métodos**

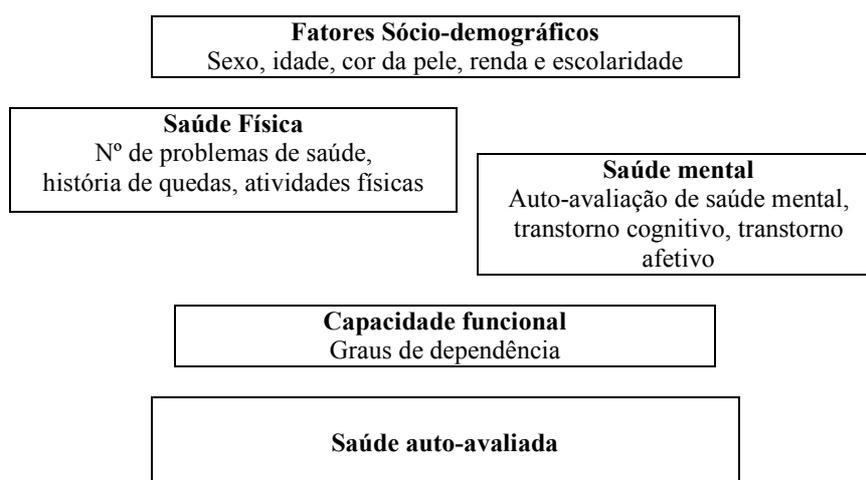
Para a realização do presente artigo foram analisados os dados da pesquisa: “Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: um inquérito domiciliar” realizada em Itajaí, Santa Catarina, no ano de 2001 cujos objetivos eram: conhecer o perfil multidimensional do idoso residente no município e contribuir para o estabelecimento de políticas e estratégias visando o bem-estar da população idosa.

Este inquérito, de desenho transversal, foi realizado numa amostra de 994 idosos (60 anos ou mais) da cidade de Itajaí, Santa Catarina, selecionada por amostragem probabilística, aleatória, por conglomerados, em múltiplos estágios. Os idosos foram entrevistados no domicílio, por entrevistadores previamente treinados (alunos do Centro de

Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Itajaí) utilizando-se um questionário de avaliação multidimensional.

A idade média era de 70,16 anos, 70,7% eram mulheres, 17% relataram nunca terem frequentado a escola, 68% frequentaram o primário, e 15% tinham escolaridade ginásial, secundária ou superior. A renda média era de R\$ 495,60, que representava 2,75 salários mínimos, com mediana de R\$ 250 (1,39 salários-mínimos).

Para o presente estudo foram selecionadas do questionário original, as variáveis incluídas no modelo conceitual esquematizado na Figura 1 (3), incluindo as dimensões sócio-demográficas, de saúde física, saúde mental e capacidade funcional.



**Figura 1-** Modelo teórico para investigação dos fatores associados à saúde auto-avaliada em idosos, estruturado em blocos hierarquizados.

A variável dependente, saúde auto-avaliada, foi medida através da questão: "*Hoje você diria que a sua saúde, de uma maneira geral, está ótima, boa, ruim ou péssima?*". A pergunta foi realizada no domicílio e diretamente ao idoso entrevistado. Para as análises

estatísticas utilizou-se a saúde auto-avaliada como uma variável dicotômica (ótima/boa e ruim/péssima).

As variáveis independentes foram:

1. Fatores sócio-demográficos: renda (menos de um salário-mínimo, mais de um salário-mínimo); escolaridade (nenhuma, frequentou a escola); sexo; idade (60-79, 80 ou mais), arranjo familiar (mora em três gerações, com outros arranjos) e cor da pele (brancos/não-brancos).

2. Saúde física: hospitalização nos últimos seis meses (sim, não); número de problemas de saúde referidos, colhido através da pergunta: *quais os problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando hoje?* e posteriormente classificados e somados (de 0 a 3, mais de 3); quedas no último ano (sim, não); atividade física (sim, não).

3. Saúde mental: auto-avaliação da saúde mental (boa/ótima, razoável/ruim); transtorno afetivo (medido por um teste de rastreamento para distúrbio depressivo composto por 15 questões, baseado na escala “Short Psychiatric Evaluation Schedule” componente do questionário OARS - Older American Resources and Services - (16) onde os escores são contados a partir das respostas – sim ou não - dadas a cada questão, que correspondem a zero ou um - e cujo ponto de corte para se considerar um possível caso de distúrbio afetivo é um escore igual ou maior que 7 conforme estabelecido pelos estudos de validação do questionário OARS bem como de sua versão traduzida no Brasil (17) - possível caso/não-caso); transtorno cognitivo (medida através de um teste de rastreamento para distúrbios cognitivos no idoso composto por 10 questões, extraído do questionário OARS cujo escore é determinado pelo número de respostas erradas à uma série de dez perguntas e cujo ponto de corte, segundo os estudos de validação do questionário OARS, para os níveis

socioeconômicos e de escolaridade mais baixos, foi determinado em 6 ou mais erros – possível caso/não-caso).

4. Capacidade funcional foi avaliada a partir da escala de atividades da vida diária composta por 14 questões (7 atividades básicas: alimenta-se, veste-se locomove-se, cuida da aparência, levanta-se, toma banho, é continente e, 7 instrumentais: usa telefone, toma condução, cuida das finanças, faz compras, coloca e corta os alimentos, limpa a casa, toma os medicamentos) (16, 18). A partir desta escala criou-se uma variável, utilizando-se os critérios de Ramos et al. (18), que apresenta níveis de dependência: com quatro classes: independente (não necessita de ajuda para a realização de nenhuma das atividades da vida diária); dependência leve (necessita de ajuda ou é incapaz de realizar de 1 a 3 atividades da vida diária); dependência moderada (necessita de ajuda ou é incapaz de realizar de 4 a 6 atividades da vida diária) e dependência severa (necessita de ajuda ou é incapaz de realizar 7 ou mais). Neste trabalho a capacidade funcional foi investigada como uma variável dicotômica (independente/dependência leve e dependência moderada/grave).

Primeiramente utilizou-se a análise de regressão logística univariada com o objetivo de conhecer a magnitude da associação de cada uma das variáveis selecionadas com saúde auto-avaliada.

Em um segundo momento foi realizada a análise de regressão logística múltipla não condicional, na qual as variáveis foram incluídas no modelo em blocos hierarquizados de acordo com a precedência com que atuam sobre a auto-avaliação de saúde no idoso conforme o modelo conceitual descrito na Figura 1 (3).

Considerou-se como estatisticamente significativa as associações com um  $p \leq 0,05$ . A magnitude das associações foi medida pela “razão de chances” (Odds ratios) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%.

## Resultados

Dos 994 idosos que responderam ao questionário, 776 responderam a todas as questões selecionadas para o presente estudo, sendo que os 218 (21,9%) que não informaram ou não souberam responder a alguma das perguntas, foram excluídos da análise. Este grupo não era diferente da amostra proporcionalmente quanto ao sexo, faixas etárias, renda ou escolaridade.

A população estudada avaliou sua saúde como ruim ou péssima num percentual de 41,2%, sendo 37,1% entre os homens e 42,9% entre as mulheres. Do total, 8,9% consideraram ótima e 49,9% boa a sua saúde em geral. Em comparação com os últimos cinco anos os entrevistados disseram que a sua saúde é melhor em 18,7%, a mesma 36,6% e pior 44,7%.

Na análise univariada (Tabela 1) observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos quanto à auto-avaliação do estado de saúde, e que, praticamente, todas as demais variáveis demográficas e socioeconômicas estudadas foram associadas com a saúde auto-avaliada como ruim ou péssima, destacando-se a variável “nível de escolaridade”, na qual aqueles idosos sem nenhuma escolaridade apresentaram uma probabilidade 3,15 vezes maior do que aqueles com algum nível de escolaridade.

**Tabela 1** - Distribuição (%) das características demográficas e socioeconômicas da população de idosos segundo a auto-avaliação do estado de saúde, Itajaí, 2001.

Variáveis	Saúde auto-avaliada		OR (IC 95%)	p
	ótima/boa	ruim/péssima		
<b>Sexo</b>				
masculino	61,4	38,6	1,00	
feminino	56,7	43,3	1,23 (0,86-1,75)	0,261
<b>Grupos etários</b>				
60 a 79	63,3	36,7	1,00	
80 e mais	43,2	56,8	1,98 (1,28-3,06)	0,002
<b>Arranjo familiar</b>				
outros arranjos	63,8	36,2	1,00	
em 3 gerações	53,8	46,3	1,43 (1,08-1,91)	0,014
<b>Cor da pele</b>				
brancos	60,8	39,2	1,00	
não-brancos	50,2	49,8	1,54 (1,12-2,12)	0,008
<b>Renda</b>				
+ de 1 SM	72,5	27,5	1,00	
até 1 SM	46,7	53,3	2,14 (1,60-2,88)	< 0,001
<b>Escolaridade</b>				
primario/ginasio/2º grau/sup.	76,1	26,9	1,00	
nenhuma	34,8	65,2	3,15 (2,13-4,66)	< 0,001

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

Na tabela 2 pode-se observar a associação da saúde auto-avaliada e os fatores relacionados à saúde.

Chamaram a atenção as razões de chances maiores do que oito vezes para avaliar a sua saúde como ruim/péssima naqueles considerados possíveis casos de transtorno afetivo e mais de cinco vezes nos que referiram mais de três problemas de saúde.

Na tabela 3 são apresentados os resultados da análise de regressão logística múltipla onde as variáveis foram incluídas passo a passo por blocos, conforme o modelo teórico apresentado na figura 1. Verificou-se que o sexo e a idade não influenciam as demais variáveis do modelo e que as diferenças observadas em relação a estas não tinham

significância estatística. Mesmo assim, foram mantidas no modelo pela sua relevância teórica.

**Tabela 2** - Distribuição (%) das características de saúde física, saúde mental e graus de dependência funcional da população de idosos segundo a auto-avaliação do estado de saúde, Itajaí, 2001.

Variáveis	Saúde auto-avaliada		OR (IC 95%)	p
	ótima/boa	ruim/péssima		
Internação em 6 meses				
não	60,1	39,9	1,00	
sim	42,6	57,4	2,04 (1,32-3,15)	0,001
Nº problemas de saúde				
De 0 a 3	97,3	2,7	1,00	
mais de 3	27,7	72,3	5,12 (3,50-7,47)	< 0,001
Quedas				
não	63,7	36,3	1,00	
sim	41,0	59,0	2,52 (1,81-3,51)	< 0,001
Atividade física				
sim	68,0	32,0	1,00	
não	49,3	50,7	2,18 (1,63-2,93)	< 0,001
Auto-avaliação saúde mental				
boa/ótima	68,2	31,8	1,00	
razoável/ruim	37,9	62,1	3,50 (2,56-4,780)	< 0,001
Transtorno afetivo				
não-caso	68,9	31,1	1,00	
possível caso	23,3	78,7	8,16 (5,48-12,15)	< 0,001
Transtorno cognitivo				
não-caso	58,9	41,1	1,00	
possível caso	32,0	68,0	3,04 (1,30-7,13)	0,011
Graus de dependência				
indep./dep. leve	64,2	35,8	1,00	
moderada/severa	32,5	67,5	3,73 (2,55-5,44)	< 0,001

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

A variável “arranjo familiar” perde significância estatística influenciada direta e independentemente pela renda, escolaridade, auto-avaliação da saúde mental, transtorno afetivo e grau de dependência, mas sua presença não altera significativamente as demais variáveis sendo, portanto, excluída do modelo. Da mesma forma a “internação nos últimos seis meses” perde significância quando se inclui no modelo a escolaridade e/ou transtorno

afetivo e/ou graus de dependência sendo, também, retirada. E, também, a variável “transtorno cognitivo” perde significância influenciada pela idade, pela escolaridade e pelos graus de dependência.

**Tabela 3** – Fatores associados à auto-avaliação de saúde ruim/péssima na população idosa segundo modelo de regressão logística múltipla hierarquizada, Itajaí, 2001.

Variáveis	Passo 1		Passo 2		Passo 3		Passo 4	
	OR (IC 95%)	p						
<b>Sócio-demográficas</b>								
<b>Sexo</b>								
Feminino	1,00		1,00		1,00		1,00	
Masculino	0,96 (0,69-1,35)	0,831	1,40 (0,96-2,03)	0,076	1,37 (0,92-2,03)	0,118	1,38 (0,93-2,05)	0,112
<b>Idade</b>								
60 a 79 anos	1,00		1,00		1,00		1,00	
80 anos e mais	1,62 (1,02-2,56)	0,041	1,36 (0,82-2,25)	0,228	1,37 (0,81-2,31)	0,244	1,16 (0,67-2,01)	0,588
<b>Cor da pele</b>								
Brancos	1,00		1,00		1,00		1,00	
Não-brancos	1,48 (1,06-2,07)	0,021	1,51 (1,06-2,16)	0,023	1,63(1,12-2,38)	0,011	1,65 (1,13-2,40)	0,010
<b>Renda</b>								
+ de 1 SM	1,00		1,00		1,00		1,00	
Até 1 SM	1,81 (1,33-2,48)	<0,001	1,85 (1,32-2,60)	<0,001	1,64 (1,15-2,35)	0,006	1,56 (1,08-2,24)	0,017
<b>Escolaridade</b>								
Prim./ginásio/2º grau/super.	1,00		1,00		1,00		1,00	
Nenhuma	2,44 (1,62-3,68)	<0,001	2,17 (1,40-3,38)	0,001	1,91 (1,20-3,06)	0,007	1,77 (1,10-2,85)	0,018
<b>Saúde física</b>								
<b>Nº problemas saúde</b>								
De 0 a 3			1,00		1,00		1,00	
Mais de 3			4,64 (3,10-6,95)	<0,001	3,43 (2,24-5,27)	<0,001	3,34 (2,17-5,14)	<0,001
<b>Quedas</b>								
Não			1,00		1,00		1,00	
Sim			2,51 (1,73-3,63)	<0,001	2,13 (1,43-3,16)	<0,001	2,05 (1,38-3,05)	<0,001
<b>Atividade física</b>								
Sim			1,00		1,00		1,00	
Não			1,83 (1,33-2,54)	<0,001	1,67 (1,19-2,36)	0,003	1,54 (1,09-2,19)	0,015
<b>Saúde mental</b>								
<b>Saúde mental auto-avaliada</b>								
Boa/ótima					1,00		1,00	
Razoável/ruim					1,96 (1,35-2,84)	<0,001	1,92 (1,32-2,79)	0,001
<b>Transtorno afetivo</b>								
Não					1,00		1,00	
Sim					4,08 (2,60-6,38)	<0,001	4,04 (2,57-6,34)	<0,001
<b>Capacidade funcional</b>								
<b>Graus de dependência</b>								
Independente/dep. leve							1,00	
moderada/severa							1,70 (1,05-2,75)	0,032

Fonte: Saúde e envelhecimento no município de Itajaí: inquérito domiciliar. UNIVALI, Itajaí, SC, 2001.

Observou-se ainda, que os fatores sócio-econômicos, considerando-se a cor da pele (não-brancos) como um destes, além da renda (até um salário-mínimo) e da escolaridade (nenhuma), estavam significativa e independentemente associados à auto-avaliação ruim/péssima da saúde em geral.

Entre todos os fatores estudados “transtorno afetivo” foi aquele com a maior força de associação com saúde avaliada em ruim ou péssima. Os idosos considerados possíveis casos de transtorno afetivo apresentaram razão de chances quatro vezes maior de avaliar mal a sua saúde mesmo após ajuste para os fatores sócio-demográficos, de saúde e de capacidade funcional. As variáveis que mais influenciaram “transtorno afetivo” na análise de regressão logística múltipla foram “número de problemas de saúde” e “saúde mental auto-avaliada”.

Os outros fatores que demonstraram importante associação com saúde auto-avaliada foram “nº de problemas de saúde” e “episódios de quedas referidos no último ano”. A variável que mais afeta o “nº de problemas de saúde” reduzindo seu efeito, foi “transtorno afetivo”, embora o primeiro mantenha significância e forte associação com avaliação de saúde, mesmo quando controlado pelo segundo.

Quedas foi uma variável que se manteve estável durante toda a análise, não sendo influenciada por, praticamente, nenhum outro fator. As chances de avaliar mal sua saúde eram duas vezes maiores nos idosos que referiram pelo menos um episódio de quedas no último ano. Ocorreu uma pequena redução da magnitude da associação de “quedas” com saúde auto-avaliada quando da inclusão de “transtorno afetivo” e “graus de capacidade” no modelo.

O grau de dependência moderada ou severa também estava associado de forma significativa e independente a uma pior auto-avaliação do estado de saúde pelos idosos.

## **Discussão**

Uma das características deste estudo é a seleção aleatória de uma amostra representativa de idosos que vivem em comunidade. Isto aumenta as possibilidades de generalizar os achados diminuindo as chances de se encontrar associações limitadas a grupos específicos.

Como limitações deste tipo de estudo epidemiológico pode-se citar: a coleta de dados auto-referidos ao invés de serem derivados de medidas objetivas, não podendo-se excluir, então, um viés de informação e, o desenho transversal, de um modo geral, não permite que se conclua inferências causais entre os fatores estudados e a auto-avaliação de sua saúde nos idosos. Além disto, as interações entre os blocos teóricos propostos são bem mais complexas do que uma simples relação linear.

Por outro lado, está bem demonstrado através de estudos longitudinais com grandes populações em diversos países que, especialmente em idosos, a auto-avaliação subjetiva do estado de saúde se associa independentemente com incapacidades, mortalidade e maior utilização de serviços de saúde no futuro, entre outras situações (1, 2, 4, 6, 7, 14). Esta medida pode ser considerada, portanto, um indicador simples do estado geral de saúde para utilização em estudos epidemiológicos.

Em relação à idade observou-se que, embora na análise univariada, os idosos com 80 anos ou mais apresentassem uma probabilidade maior que os mais jovens de avaliar mal a sua saúde, com a inclusão dos fatores relacionados à saúde física a idade perdeu significância estatística. Provavelmente os problemas de saúde física, representados pela presença de mais de três doenças referidas, pela ocorrência de quedas e a não-realização de atividades físicas, expliquem melhor do que a idade este resultado. Segundo Johnson e

Wolinsky (3) “os idosos mais velhos tendem a perceberem-se a si mesmos como mais saudáveis do que os idosos mais jovens com problemas de saúde similares”.

A variável cor da pele (“não-brancos”) foi um fator associado significativa e independentemente a uma pior auto-avaliação do estado de saúde e, este achado é coincidente com o que foi verificado em estudos realizados em outros países (2, 14, 19). Uma interpretação teórica deste achado, presente na bibliografia, é que esta condição represente principalmente aspectos sócio-econômicos e culturais. O pessimismo do grupo nesta condição, em relação à auto-avaliação da saúde, pode resultar das experiências negativas decorrentes das desigualdades sociais, econômicas além da própria discriminação racial (19).

A renda mais baixa foi um fator associado de forma significativa e independente à pior auto-avaliação da saúde na população idosa estudada. Em outros estudos, que utilizaram amostras de grandes populações, a renda individual de pessoas idosas, independentemente da renda do domicílio, estava associada com um impacto adverso na saúde auto-avaliada (20, 21). No estudo sobre envelhecimento e saúde de Bambuí, Minas Gerais (11) observou-se que pequenas diferenças na renda foram suficientemente sensíveis para identificar pessoas idosas em pior estado de saúde mesmo numa comunidade que aparenta ser uniformemente pobre.

Dentre os fatores sócio-demográficos a escolaridade foi o mais fortemente associado, sendo que, não ter freqüentado a escola associou-se fortemente à má avaliação da saúde. Esta observação está presente em, praticamente, todos os estudos que levaram esta variável em consideração e está bem determinado na bibliografia que a medida da auto-avaliação da saúde é influenciada de forma importante pelo grau de escolaridade (2, 4, 6).

Mesmo controlando-se para os fatores sócio-demográficos verificou-se que todas as variáveis de saúde física e mental estudadas mostraram associação significativa com a medida da auto-avaliação de saúde.

O número de problemas de saúde referidos representa, de certa forma, a percepção da “carga” de doenças físicas e influencia, como era de se esperar, de forma importante e independente a avaliação da saúde entre os idosos, fato, este, que é confirmado, também, por outros estudos (1, 2, 3, 6, 14).

A ocorrência de quedas associou-se à uma pior avaliação da saúde e não foi influenciada por nenhum outro fator. Sabe-se que as quedas, nos idosos, são relacionadas, direta ou indiretamente, com maior ocorrência de doenças crônicas, com o uso de medicamentos e com fragilidade sendo, em sua maioria, multifatoriais na sua origem (22). Estão associadas, também, com a ocorrência de incapacidades, de isolamento social, de piora na qualidade de vida e de internação precoce em instituição para idosos (23). Não encontramos na literatura nenhum trabalho que estudasse a associação entre quedas e auto-avaliação subjetiva da saúde em idosos. Uma hipótese a ser testada em futuros estudos é a de que, pela sua característica multifatorial, a ocorrência de quedas auto-referida pode ser um sensível indicador do estado de saúde geral de populações idosas.

Não fazer atividade física foi o único fator comportamental incluído no modelo de análise e seu efeito sobre a avaliação de saúde deve ser resultado de sua relação direta com a saúde física e a capacidade funcional.

Diversos estudos demonstraram uma associação direta e independente entre capacidade funcional e saúde auto-avaliada (2, 3, 12). No modelo conceitual de Johnson e Wolinsky (3) as incapacidades funcionais representam as limitações sociais que resultam de doenças e influem diretamente na auto-avaliação da saúde.

Confirmando os resultados de outros estudos (3, 15), a ocorrência de “possível caso de transtorno afetivo” estava fortemente associado à pior auto-avaliação da saúde. Esta associação persistiu mesmo quando controlada para possíveis fatores de confusão como os sócio-demográficos, as medidas de saúde física e de incapacidade funcional. O desenho transversal deste estudo não permite a análise de seqüências temporais ou de direção desta associação. Assim, não se pode afirmar se sintomas depressivos fazem as pessoas sentirem-se mais adoecidas e avaliarem mal a sua saúde ou se por conta de se sentirem adoecidas as pessoas avaliam pior a sua saúde e se sentem deprimidos. De qualquer forma, o complexo padrão de associações entre sintomas depressivos, doenças físicas e saúde auto-avaliada em idosos sugere várias hipóteses para futuros estudos. A depressão pode agir como uma variável mediadora entre doença física e saúde auto-avaliada: dado um certo nível de doença física e incapacidade, a presença de depressão poderia piorar a auto-avaliação da saúde. Esta interpretação causal é sustentada por outros trabalhos (3, 15).

Finalmente, a auto-avaliação da saúde no presente estudo, além de ser um indicador sumário do estado de saúde, mostrou-se ser influenciado por fatores sócio-demográficos e, principalmente pelas condições de saúde física e mental. Futuras pesquisas são necessárias para explorarem as interações destes fatores com a auto-avaliação da saúde e desta como preditor de mortalidade e incapacidades em idosos, no contexto brasileiro.

## **Bibliografia**

- [1] MOSSEY, J.; SHAPIRO, E. Self Rated Health: a Predictor of Mortality among the Elderly. *American of Public Health*, E.U.A., v.72, n.8, p.800-808, 1982.
- [2] IDLER, E.L.; RUSSEL, L.B.; DAVIS, D. Survival, Functional Limitations, and Self-Rated Health in the NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study, 1992. First National Health in the Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, E.U.A., v.152, n.9, p.874-883, 2000.

- [3] JOHNSON, R.J.; WOLINSKY, F.D. The Structure of Health Status among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation and Perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior*, E.U.A., v.34, n.6, p.105-121, 1993.
- [4] IDLER, E.L.; KASI, S.V.; LEMKE, J.H. Self-Evaluated health and Mortality among Elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986. *American Journal of Epidemiology*, E.U.A., v.131, n.1, p.91-103, 1990.
- [5] BLANK, Nelson. *Epidemiological Studies of the Social Context of Illness and Sickness*. Sundbyberg, Suécia, 1996. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet.
- [6] MACCALLUM, J.; SHADBOLT, B.; WANG, D. Self-Rated Health and Survival: a 7-Year Follow-Up Study of Australian Elderly. *American Journal of Public Health*, E.U.A., v.84, n.7, p.1100-1105, 1994.
- [7] MANSSON, N.O.; RASTAM, L. Self-Rated Health as a Predictor of Disability Pension and Death – a Prospective Study of Middle-Aged Men. *Scandinavian Journal of Public Health*, Suécia, v. 29, n.2, p.151-158, 2001.
- [8] FUNDAÇÃO IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE/Departamento de Emprego e Rendimento, 2000.
- [9] ANDRADE, M.V. A Saúde na PNAD. *Texto para Discussão N° 170*. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2002.
- [10] RAMOS, L.R. Fatores Determinantes do Envelhecimento Saudável em Idosos Residentes em Centro Urbano: Projeto EPIDOSO. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v.19, n.3, p.793-798, 2003.
- [11] LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; FIRMO, J.O.A. et al. Socioeconomic Position and Health in a Population of Brazilian Elderly: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Revista Panamericana de Salud Publica*. E.U.A., v.13, n.6, p.387-393, 2003.
- [12] ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE M.R.D.O. et al. Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, 2003.
- [13] DACHS, J.N.W. Determinantes das Desigualdades na Auto-Avaliação do Estado de Saúde no Brasil: Análise dos Dados da PNAD/1998. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.7, n.4, p.641-657, 2002.

- [14] MADDOX, G.L.; DOUGLAS, E.B. Self-Assesment of Health: A Longitudinal Study of Elderly Subjects. *Journal of Health and Social Behavior*, E.U.A., v.14, n.2, p.87-93, 1973.
- [15] MULSANT, B.H.; GANGULI, M.; SEABERG, E.C. The Relationship between Self-Rated Health and Depressive Symptoms in an Epidemiological Sample of Community-Dwelling Older Adults. *Journal of the American Geriatric Society*. E.U.A., v.45, n.8, p.954-958, 1997.
- [16] FILLENBAUM, G.G. *Multidimensional Functional Assesment of Older Adults: the Duke Older Americans Resources and Services Procedures*.1<sup>a</sup> ed. E.U.A.: Lawrence Erlbaum, 1988.
- [17] BLAY S.L.; RAMOS, L.R.; MARI, J.J. Validity of a Brazilian Version of the Older American Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Quetionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society*, E.U.A., v.36, n.8, p.687-692.
- [18] RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M. et al. Perfil do Idoso em Área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.27, n.2, p.87-94, 1993.
- [19] BOARDMAN, J.D. Health Pessimism among Black and White Adults: The Role of Interpersonal and Institutional Maltreatment. *Social Science and Medicine*. Inglaterra, v.59, n.12, p.2523-2533, 2004.
- [20] KENNEDY, B.P.; KAWACHI, I.; GLASS, R. et al. Income Distribution and Self Rated Health in Japan: Cross Sectional Analysis of Nationally Representative Sample. *British Medical Journal*. Inglaterra, v.317, n.7163, p.917-921, 1998.
- [21] YANO, E.; SHIBUYA, K.; HASHIMOTO, H. Individual Income, Income Distribution, and Self Rated Health in Japan: Cross Sectional Analysis of Nationally Representative Sample. *British Medical Journal*. Inglaterra, v.324, n.7328, p.16-20, 2002.
- [22] TINETTI, M.E. Preventing Falls in Elderly Persons. *New England Journal of Medicine*, E.U.A., v.348, n.1, p.42-49, 2003.
- [23] TINNETI, M.E. Falls. In: HAZZARD, W.R.; BIERMAN, E.L.; BLASS, J.P. et al. *Principles of geriatric Medicine and Gerontology*. 3<sup>a</sup> ed. E.U.A.: McGraw-Hill, 1994, p.1313-1320.

## **5. Considerações Finais**

A questão do idoso no país deve merecer cada vez mais o interesse dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais e da sociedade em geral, dado o volume crescente desse segmento populacional, seu ritmo de crescimento e de suas características demográficas econômicas e sociais.

A saúde é um tema fundamental quando se estuda a questão do envelhecimento, tanto em relação à alta prevalência de doenças crônicas e incapacidades com perdas de autonomia e independência, como em relação ao aumento da demanda de pacientes idosos por serviços de saúde adequados e suficientes.

O objetivo geral do presente trabalho é o de contribuir para o estudo das relações entre saúde e envelhecimento, particularmente quanto aos seus fatores sócio-demográficos, numa população idosa não-institucionalizada residente numa cidade de porte médio do sul do Brasil. Neste sentido, verificou-se que, mesmo numa região do país onde as condições econômicas e sociais são mais favoráveis, as pessoas envelhecem num contexto marcado pela baixa renda, baixo nível de escolaridade e alta prevalência de doenças crônicas e incapacidades. As mulheres e os mais velhos são os que, em maiores proporções, estão nestas condições.

De uma maneira geral, pode-se concluir que os idosos com piores situações sócio-econômicas (renda e escolaridade mais baixas) têm, também, as piores condições de saúde em todos os indicadores estudados (auto-avaliação subjetiva da saúde, número de problemas de saúde referidos, ocorrência de transtornos afetivo e cognitivo, episódios de quedas e capacidade funcional).

Conclui-se também, que a auto-avaliação subjetiva da saúde, além de ser um preditor de mortalidade, incapacidades e de utilização de serviços de saúde, já observado em outros estudos, é um indicador sumário do estado de saúde dos idosos, simples de ser utilizado em estudos epidemiológicos e pouco explorado no Brasil. Ficou demonstrado que este indicador é influenciado, de forma independente, pela escolaridade e pelas condições de saúde física (problemas de saúde referidos) e mental (transtorno afetivo). Isto deve ser levado em consideração nos estudos que utilizarem a auto-avaliação da saúde como indicador do estado de saúde de idosos no Brasil. O presente trabalho aponta para a necessidade de realizarem-se estudos que visem explorar a validade e o poder preditivo da auto-avaliação subjetiva da saúde como indicador do estado de saúde de idosos no contexto brasileiro.

Uma conclusão referente à metodologia utilizada no presente estudo, no que se refere ao inquérito domiciliar, é que esta metodologia mostrou-se simples e eficaz para ser utilizada em estudos epidemiológicos com objetivos e contextos similares, uma vez que seus resultados, em grande parte, no que é possível comparar, coincidiram com os resultados do Censo/IBGE de 2000 e com outros estudos semelhantes. Estas similaridades sugerem que os resultados obtidos no presente estudo devem expressar situações encontradas em outras comunidades com características semelhantes neste país.

Além disto, o inquérito levantou outros aspectos demográficos, psico-sociais e referentes à saúde física e mental da população de idosos da área estudada, que não foram explorados no presente trabalho, mas que deverão ser objetos de futuras análises.

Como escreve Berquó (1999), *“se por um lado, a longevidade dos indivíduos decorre do sucesso de conquistas no campo social e de saúde, o envelhecimento, como um processo, representa novas demandas por serviços, benefícios e atenções que se constituem*

*em desafios para governantes e sociedade do presente e do futuro*". Assim, este trabalho aponta para a necessidade de se desenvolverem estudos longitudinais que visem esclarecer as relações entre os fatores ligados às condições de vida e o processo de envelhecimento buscando identificar pontos passíveis de intervenção no sentido de promover o "envelhecimento saudável".

Aponta, também para o fato de que é necessário preparar os serviços de saúde no nível gerencial, incluindo nos seus processos de planejamento e programação em saúde a questão do envelhecimento, com programas de prevenção e atenção aos agravos à saúde do idoso, particularmente voltados aos grupos mais vulneráveis como as mulheres e os mais velhos, bem como programas de educação e de reabilitação de incapacidades. Além disto, capacitar os profissionais de saúde e ofertar equipamentos adequados para assistirem de forma suficiente e resolutiva à crescente demanda de pessoas idosas aos serviços.

Finalmente, como diz Magalhães (1987) *"é preciso pensar que o envelhecimento e as condições em que o indivíduo chega a ser velho, resultam de uma longa existência onde saúde, educação, trabalho, lazer, alimentação, etc. entram no somatório dos ganhos e perdas de cada um, a partir de seu nascimento. Pensar numa velhice saudável é pensar, a rigor em nossas crianças e filhos, pois serão eles os que efetivamente poderão ser beneficiários ou vítimas do que fizermos hoje. Uma política para um ciclo de vida saudável e acessível a todas as camadas da população, deve ser sempre a meta de uma autêntica política de envelhecimento que inclua questões como a conservação da saúde, condições de trabalho e de lazer, alimentação, transporte, habitação e renda."*

## 6. Bibliografia

- [1] UNITED NATIONS. *World Population Prospect. The 1998 revision*. E.U.A: United Nations publication. 1999.
- [2] KALACHE, A.; KELLER, I. The greyn world: a challenge for the twenty-first century. *Science Progress*, Genebra, v.83, n. 1, p. 33-54, 2000.
- [3] BUTLER, R.N.; HEYER, K.; SCHECHTER, M. The elderly in society – an international perspective. In: BROCKLENHURST, J.C.; TALLIS, R.C.; FILLIT, H. M. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4ª ed. Londres: Churchill Livingstone, 1993. p. 980-992.
- [4] KALACHE, A.; VERAS, R.; RAMOS, L.R. O Envelhecimento da População Mundial: Um Desafio Novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.21, n.3, p.200-210, 1987.
- [5] EVANS, J. G. Ageing and Medicine. *Journal of Internal Medicine*, Estocolmo, v.247, n. 2, p.159-167, 2000.
- [6] MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. *Previdência em Dados*. Brasília DF: Secretaria de Previdência Social, 2003.
- [7] ALMEIDA Fº, N.; ROUQUAYROL, M.Z. *Introdução à Epidemiologia Moderna*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Coopmed/Abrasco, 1992.
- [8] BERQUÓ, E. Considerações Sobre o Envelhecimento da População no Brasil. In: NERI, A.L.; DEBERT, G.G. *Velhice e Sociedade*. 1ª ed. Campinas: Papyrus, 1999. p.11-40.
- [9] CHAIMONICZ, F. A Saúde dos Idosos Brasileiros às Vésperas do Século XXI: Problemas, Projeções e Alternativas. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.31, n.5, p.184-200, 1997.
- [10] FUNDAÇÃO IBGE. *Censo Demográfico 2000: Resultados do Universo*. Rio de Janeiro, 2002.
- [11] FUNDAÇÃO IBGE. *Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.
- [12] ARAÚJO, J.D. Polarização Epidemiológica no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*. Ministério da Saúde, Distrito Federal, v.1, n.25, 5-16, 1992.
- [13] HORAN, M.A. Presentation of Disease in Old Age. In: BROCKLENHURST, J.C.; TALLIS, R.C.; FILLIT, H. M. *Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4ª ed. Londres: Churchill Livingstone, 1993. p.145-149.

- [14] MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Indicadores e Dados Básicos (IDB) – Brasil – 2002*. Rio de Janeiro, DATASUS, [www.gov.br/cgi/idb2002/apresent.htm](http://www.gov.br/cgi/idb2002/apresent.htm), 2003.
- [15] MANTON, K.G. Epidemiological, Demographic and Social Correlates of Disability among the Elderly. *The Milbank Quaterly*, Nova Iorque, v.67, n.2, p.13-58, 1989.
- [16] RAHKONEN, O.; TAKALA, P. Social Class Differences in Health and Functional Disability among Older Men and Women. *International Journal of Health Services*, E.U.A., v.28, n.3, p.511-524, 1998.
- [17] ROSA, Tereza Etsuko da Costa. *Determinantes da Capacidade Funcional de Idosos Residentes no Distrito de São Paulo*. São Paulo, 1999. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- [18] ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE M.R.D.O. et al. Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.1, p.40-48, 2003.
- [19] MANTON, K.G.; CORDER, L.; STALLARD, E. Chronic Disability Trends in Elderly United States Populations: 1982-1994. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, E.U.A., v.94, p.2593-2598, 1997.
- [20] JOHNSON, R.J.; WOLINSKY, F.D. The Structure of Health Status among Older Adults: Disease, Disability, Functional Limitation and Perceived Health. *Journal of Health and Social Behavior*, E.U.A., v.34, n.6, p.105-121, 1993.
- [21] BOWLING, A. *La Medida de la Salud: Revisión de las Escalas de Medida de la Calidad de Vida*. 1ª ed. Barcelona: Masson, 1994.
- [22] FYKESNES, K.; FORDE, O.H. Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of health. *Social Science and Medicine*, Londres, v.35, n.3, p.271-279, 1992.
- [23] BLANK, Nelson. *Epidemiological Studies of the Social Context of Illness and Sickness*. Sundbyberg, Suécia, 1996. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet.
- [24] MOSSEY, J.; SHAPIRO, E. Self Rated Health: a Predictor of Mortality among the Elderly. *American of Public Health*, E.U.A., v.72, n.8, p.800-808, 1982.
- [25] MACCALLUM, J.; SHADBOLT, B.; WANG, D. Sel-Rated Health and Survival: a 7-Year Follow-Up Study of Australian Elderly. *American Journal of Public Health*, E.U.A., v.84, n.7, p.1100-1105, 1994.

- [26] KAPLAN, G.A.; CAMACHO, T. Perceived Health and Mortality: a Nine-Year Follow-Up of the Human Population Laboratory Cohort. *American Journal of Epidemiology*, E.U.A., v.117, n.3, p.292-308, 1983.
- [27] IDLER, E.L.; RUSSEL, L.B.; DAVIS, D. Survival, Functional Limitations, and Self-Rated Health in the NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study, 1992. First National Health in the Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, E.U.A., v.152, n.9, p.874-883, 2000.
- [28] GRANT, M.D.; PIOTROWSKI, Z.H.; CHAPPELL, R. Self-Reported Health and Survival in the Longitudinal Study of Aging, 1984-1986. *Journal of Clinical Epidemiology*, E.U.A., v.48, n.3, p.375-387, 1995.
- [29] MANSSON, N.O.; RASTAM, L. Self-Rated Health as a Predictor of Disability Pension and Death – a Prospective Study of Middle-Aged Men. *Scandinavian Journal of Public Health*, Suécia, v. 29, n.2, p.151-158, 2001.
- [30] MADDUX, G.L.; DOUGLAS, E.B. Self-Assesment of Health: A Longitudinal Study of Elderly Subjects. *Journal of Health and Social Behavior*, E.U.A., v.14, n.2, p.87-93, 1973.
- [31] POWER, C.; MATTHEWS, S.; MANOR, O. Inequalities in Self Rated Health in the 1958 Birth Cohort: Lifetime Social Circumstances or Social Mobility? *British Medical Journal*, Inglaterra, v.313, n.7055, p.449-453, 1996.
- [32] FILLENBAUM, G.G. *Multidimensional Functional Assesment of Older Adults: the Duke Older Americans Resources and Services Procedures*. 1ª ed. E.U.A.: Lawrence Erlbaum, 1988.
- [33] FIBLA, G.G.; PATIÑO, P.E.; DOMINGUEZ, A.C. Versión Española del OARS Multidimensional Functional Assesment Questionnaire: Adaptación Transcultural y Medida de la Validez. *Atención Primaria*, Espanha, v.17, n.8, p.486-495, 1996.
- [34] VERAS, R.P.; SOUZA, C.; CARDOSO, R.F. et al. Pesquisando Populações Idosas – a Importância do Instrumento e o Treinamento da Equipe: Uma Contribuição Metodológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.22, n.6, p.513-518, 1988.
- [35] COSTA, M.F.L.; UCHOA, E.; GUERRA, H.L. et al. Estudo de Bambuí Sobre Saúde e Envelhecimento: Metodologia e Resultados Preliminares de Coorte de Estudo de Idosos no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.34, n.2, p.126-135, 2000.
- [36] RAMOS, Luiz Roberto. *Growing Old in São Paulo, Brazil: Assesment of Healyh Status and Family Support of the Elderly of Different Sócio-Economic Strata Living in Community*. Londres, 1987. Tese (Doutorado em Phd Gerontology)- London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.

- [37] VERAS, R.P.; SILVA, S.D.; SOUZA, C. et al. Proposta Metodológica para Inquérito Domiciliar com Populações Idosas em um Centro Urbano do Estado do Rio de Janeiro (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.5, p.429-438, 1989.
- [38] COELHO Fº, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.33, n.5, p. 445-453, 1999.
- [39] RAMOS, L.R.; ROSA, T.E.C.; OLIVEIRA, Z.M. et al. Perfil do Idoso em Área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.27, n.2, p.87-94, 1993.
- [40] VERAS R.P.; COUTINHO, E.; NEY, G. J. População idosa no Rio de Janeiro (Brasil): Estudo Piloto da Confiabilidade e Validação do Segmento de Saúde Mental do Questionário BOAS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.24, n.2, p.156-163, 1990.
- [41] RAMOS, L.R.; GOIHMAN, S. Geographical Stratification by Socio-Economic Status: Methodology from a Household Survey with Elderly in S. Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.23, n.6, p.478-492, 1989.
- [42] RAMOS, L.R.; TONIOLO, N.J.; CENDOROGLIO, M.S. et al. Two-year Follow Up Study of Elderly Residents in S. Paulo, Brazil: Methodology and Preliminary Results. *Revista de Saúde Pública*, v.32, n.5, p.397-407, 1998.
- [43] MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/IBGE. *População Residente por Sexo Segundo Faixa Etária - Itajaí*. [www.datasus.gov.br/html,2002](http://www.datasus.gov.br/html,2002).
- [44] KNOLL, B.M.; PLONER, K.S.; SANDRI, J. *Inquérito Domiciliar: Saúde e Envelhecimento no Município de Itajaí – Relatório de Pesquisa*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2003.
- [45] FUNDAÇÃO IBGE. *Contagem da População 1996*. Rio de Janeiro, 1997.
- [46] FUNDAÇÃO IBGE. *Censo Demográfico de 1991: Análises Preliminares*. Rio de Janeiro, 1992.
- [47] BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. Indicadores Socioeconômicos, Ambientais e Demográficos. In: \_\_\_\_\_. *Epidemiologia da Saúde Infantil: Manual para Diagnósticos Comunitários*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC/UNICEF, 1994.
- [48] MAGALHÃES, D.N. *A invenção Social da Velhice*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Edição do Autor, 1987.

## **7. Anexos**

### **Anexo 1 – Questionário**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ  
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

SAÚDE E ENVELHECIMENTO: INQUÉRITO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ SC

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL  
DA POPULAÇÃO IDOSA PARA ESTUDOS COMUNITÁRIOS  
VERSÃO ITAJAÍ SC**

**As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.**

Itajaí (SC) 2001

## ÍNDICE

<b>I- IDENTIFICAÇÃO .....</b>	<b>85</b>
<b>II- QUESTIONÁRIO PRELIMINAR.....</b>	<b>86</b>
<b>III- INFORMAÇÕES GERAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>IV- SAÚDE FÍSICA .....</b>	<b>89</b>
<b>V- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>95</b>
<b>VI- ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD) .....</b>	<b>99</b>
<b>VII- RECURSOS SOCIAIS.....</b>	<b>102</b>
<b>VIII- RECURSOS ECONÔMICOS .....</b>	<b>105</b>
<b>IX- SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>108</b>
<b>X- NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO .....</b>	<b>110</b>
<b>XI- QUESTIONÁRIO PARA O INFORMANTE.....</b>	<b>111</b>
<b>XII- INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADOR .....</b>	<b>114</b>

## PÁGINA DESTACÁVEL

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA ENTREVISTADA

Número do Questionário:

Área:

Setor:

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Endereço (Rua, Av. ) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Telefone : \_\_\_\_\_

Telefone para contato : \_\_\_\_\_

Recados com: \_\_\_\_\_

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Registro do entrevistador:

## I- IDENTIFICAÇÃO

Número do Questionário :

1

Área:

2

Setor:

3

Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_

Registro do entrevistador:

4

Entrevista:

Entrevistador: no item Realização anote conforme as alternativas abaixo:

1- Realizada

2- Realizada em parte

3- Negou

4- Ausente

5- Outros – especifique \_\_\_\_\_

1ª visita

Data: Dia: \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_

Realização: \_\_\_\_\_

5

6

7

2ª visita

Data: Dia: \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_

Realização: \_\_\_\_\_

8

9

10

3ª visita

Data: Dia: \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_

Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_ Tempo \_\_\_\_\_

Realização: \_\_\_\_\_

11

12

13

Inicialmente, se me permite, vou fazer umas perguntas que podem parecer meio bobas mas são importantes para avaliar sua capacidade de concentração e memória.

## II- QUESTIONÁRIO PRELIMINAR

*Entrevistador: Faça as perguntas de 1 a 10 e registre todas as respostas. Verifique se é correta ou incorreta cada resposta e registre. Anote 1 para correto e 0 para incorreto.*

<b>1</b>		<b>0</b>		
<b>+</b>		<b>-</b>		
				14
				15
				16
				17
				18
				19
				20
				21
				22
				23
				24
<p>1. Qual é a data de hoje? _____ Dia                      Mês                      Ano</p> <p>2. Que dia da semana é hoje? _____</p> <p>3. Qual é o nome deste lugar? _____</p> <p>4. Qual é o endereço da sua casa? _____ _____</p> <p>5. Quantos anos você tem? _____</p> <p>6. Quando você nasceu? _____ Dia                      Mês                      Ano</p> <p>7. Quem é o Presidente do Brasil agora? _____</p> <p>8. Quem é o Prefeito de Itajaí agora? _____</p> <p>9. Como era o nome de solteira de sua mãe? _____</p> <p>10. Peça para o entrevistado subtrair 3 de 20 e continue pedindo para subtrair 3 de cada resultado (informando o resultado correto até completar seis cálculos. _____ _____ (RESPOSTA CORRETA: 17; 14; 11; 8; 5; 2.)</p>				
<p>_____ NÚMERO TOTAL DE ERROS</p>				

**Entrevistador: Se o entrevistado for considerado apto (escore menor do que 6 erros no questionário preliminar), fazer todas as perguntas até a questão 81 (dali em diante são questões exclusivas para o informante e só serão feitas à este se a entrevista tiver sido auxiliada por um informante). Se o entrevistado não for apto (escore igual ou maior que 6) procure selecionar um INFORMANTE e faça apenas as questões dentro de “molduras” □ para o idoso entrevistado (estas serão respondidas somente pelo idoso entrevistado) e todas as demais questões sem molduras para o informante, incluindo as questões nº 82 a 91 (questionário do informante).**

### III- INFORMAÇÕES GERAIS

- 1. Sexo do entrevistado:** 25  
Entrevistador: Indique o sexo da pessoa entrevistada  
2. **Feminino**  
1. **Masculino**
- 2. Observação do entrevistador: Cor da pele predominante:** 26  
Entrevistador: Apenas observar a cor predominante na aparência  
1. **Branca** 2. **Intermediária** 3. **Preta** 4. **Amarela**
- 3. Em que data o(a) Sr.(a) nasceu?** 27  
Entrevistador: Colha a informação do questionário preliminar se o entrevistado for confiável senão, colha do informante e anote na Q.3 e 3a.  
Dia \_\_\_\_\_ Mês \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_
- 3a. Quantos anos o (a) Sr. (a) tem?** \_\_\_\_\_ anos 28
- 4. Local de Nascimento:** 29  
Cidade \_\_\_\_\_  
Estado \_\_\_\_\_  
País \_\_\_\_\_  
Outros países (especificar) \_\_\_\_\_  
0. N.S./N.R.
- 4a. O(a) senhor(a) nasceu no interior ou na cidade?** 30  
2. **Urbano**  
1. **Rural**  
0. **N.S./N.R.**
- 5. Há quanto tempo (anos) o(a) sr.(a) mora em Itajaí?** 31  
\_\_\_\_\_ (número de anos)  
00. **NS/NR**
- 6. E neste endereço?** 32  
\_\_\_\_\_ anos  
99. **Menos de um ano**  
00. **N.S./N.R.**
- 7. O(a) Sr. (a) sabe ler e escrever?:** 33  
2. **Sim**  
1. **Não**  
0. **N.S./N.R**

**8.** Qual é a sua escolaridade? 34

6. Curso superior completo  
 5. 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)  
 4. Ginásio ou 1º grau completo  
 3. Primário completo  
 2. Primário incompleto  
 1. Nenhuma  
 0. N.S./ N.R.

**9.** Atualmente qual é o seu estado conjugal? 35

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

4. Casado / morando junto  
 3. Viúvo (a) (Vá para Q.9c e marque N.A. nas Qs. 9a e 9b.)  
 2. Divorciado(a) / separado(a) (Vá para Q.9c e marque N. A. nas Qs. 9a. e 9b.)  
 1. Nunca casou (Vá para Q. 10 e marque N.A nas Qs. 9a, 9b e 9c).  
 0. N.S./N.R.

**9a.** Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está casado(a)/morando junto? 36

Entrevistador: A pergunta se refere ao casamento atual

\_\_\_\_\_ ( número de anos)

99. N.A.  
 00. N.S./N.R.

**9b.** Qual é a idade de sua (seu) esposa(o)? 37

\_\_\_\_\_ anos de idade

99. N.A.  
 00. N.S./N.R.

**9c.** Quantas vezes o(a) Sr.(a) se casou, legalmente ou não legalmente? 38

\_\_\_\_\_ vezes

99. N.A.  
 00. N.S./N.R

**10.** O(a) Sr.(a) teve filhos? (em caso positivo, quantos?) 39

2. Sim  
 1. Não  
 0. N.S./N.R.

Número de filhos homens _____	40
Número de filhas mulheres _____	41
Número total de filhos _____	42
Quantos estão vivos? _____	43

**11.□** Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa? 44

Entrevistador: O número de pessoas não inclui o entrevistado.

\_\_\_\_\_ nº de pessoas

99. Entrevistado(a) mora só. (Vá para Q.12 e marque N.A. na Q. 11a.)  
 00. N.S./N.R.

**11a.** Quem são essas pessoas?

*Entrevistador: Para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado, marque a resposta SIM*

	SIM	NÃO	NA	NS/NR	
a. <b>Esposo(a) companheiro(a)</b>	2	1	9	0	45
b. Pais	2	1	9	0	46
c. Filhos	2	1	9	0	47
d. Filhas	2	1	9	0	48
e. Irmãos/irmãs	2	1	9	0	49
f. Netos(as)	2	1	9	0	50
g. Genro/nora	2	1	9	0	51
h. Outros parentes	2	1	9	0	52
i. Outras pessoas (não parentes)	2	1	9	0	53

#### IV- SAÚDE FÍSICA

**Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.**

<p><b>12. Em geral, o(a) sr.(a) diria que sua saúde está:</b>            Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 4 a 1. Marque apenas uma opção.</p> <p>4. Ótima            3. Boa            2. Ruim            1. Péssima            0. N.S./N.R.</p>	54
<p><b>13. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:</b>            Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 3 a 1. Marque apenas uma opção.</p> <p>3. Melhor            2. Mesma coisa            1. Pior            0. N.S./N.R.</p>	55
<p><b>14. Em comparação com as outras pessoas da sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é:</b>            Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 3 a 1. Marque apenas uma opção.</p> <p>3. Melhor            2. Igual            1. Pior            0. N.S./N.R.</p>	56

- 15.** Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde?  
 2. Não (Vá para Q.16 e marque N.A. nas Qs. 15a., 15b.)  
 1. Sim  
 0. N.S./N.R.

57
----

- 15a.** Quais os problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?  
 Entrevistador: Especifique o problema. Anote o nº total de problemas referidos.  
**Problemas Referidos:**

58
----

Número total: \_\_\_\_\_

- a) .....  
 b) .....  
 c) .....  
 d) .....  
 e) .....  
 f).....  
 g).....  
 h) .....  
 i).....  
 j).....

59
60
61
62
63
64
65
66
67
68

99. NA  
 00. N.S./N.R.

- 15.b** Algum destes problemas de saúde atrapalham o(a) Sr(a) de fazer as coisas que precisa ou quer fazer?

69
----

2. Não  
 1. Sim  
 Qual(is) problemas:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

70
71
72
73

9. N.A.  
 0. N.S./N.R.

- 16.** Por favor, responda se o(a) Sr.(a) sofre de algum destes problemas:

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas.  
 Marque as alternativas correspondentes.

- |  |     |     |       |    |
|--|-----|-----|-------|----|
|  | NÃO | SIM | NS/NR |    |
| a. Problemas nos pés que atrapalham sua mobilidade (Ex.: joanete, calos, dedos torcidos, unha do pé encravada, etc.) | 2   | 1   | 0     | 74 |

74
----

	b. Problemas nas articulações (juntas) dos braços, mãos, pernas, pés.	2	1	0	75
	c. Falta algum braço, mão, perna, pé	2	1	0	76
<b>17.</b>	O(a) Sr.(a) teve alguma queda (tombo) no último ano? 2. Não(Vá para Q.18 e marque N.A nas Qs. 17a. e 17b.) 1. Sim 0. N.S./N.R.				78
<b>17a.</b>	O(a) Sr.(a ) pôde se levantar sozinho(a) do chão? 2. Sim (Vá para Q.18 e marque N.A na Q. 17b.) 1. Não 9. N.A. 0. N.S./N.R.				79
<b>17b.</b>	Quanto tempo o(a) Sr(a) ficou no chão até receber ajuda? _____ minutos 99. N.A. 00. N.S./N.R.				80
<b>18.</b>	O(a) Sr.(a) sofreu alguma fratura no último ano? 2. Não 1. Sim 0. N.S./N.R.				81
<b>19.</b>	Em geral, o(a) Sr.(a) diria que a sua visão (com ou sem ajuda de óculos) está: Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 5 até 2. Não leia a alternativa 1. Marque apenas uma opção.				82
	5. Ótima (Vá para Q. 20 e marque N.A. na Q.19a) 4. Boa (Vá para Q. 20 e marque N.A. na Q. 19a.) 3. Ruim 2. Péssima 1. O entrevistado não tem visão nenhuma 0. N.S./N.R.				

- 19a.** Este seu problema de visão atrapalha o(a) Sr(a) de fazer as coisas que o(a) Sr(a) precisa e/ou quer fazer? 83
2. Não
  1. Sim
  9. N.A.
  0. N.S./N.R.
- 20.** Em geral, o(a) Sr.(a) diria que a sua audição (com ou sem ajuda de aparelhos) está: 84
- Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 5 a 2. Não leia a alternativa 1. Marque apenas uma opção.
5. Ótima ( Vá para Q. 21 e marque N.A. na Q. 20a.)
  4. Boa ( Vá para Q. 21 e marque N.A. na Q. 20a.)
  3. Ruim
  2. Péssima
  1. O entrevistado o entrevistado não tem audição nenhuma
  0. N.S./N.R.
- 20a.** Este seu problema de audição atrapalha o(a) Sr,(a ) de fazer as coisas que o(a) Sr,(a ) precisa e/ou quer fazer? 85
2. Não
  1. Sim
  9. N.A.
  0. N.S./N.R.
- 21.** Está faltando algum dos seus dentes naturais? 86
- Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas de 4 a 1. Marque apenas uma opção.
4. Não está faltando dente
  3. Poucos dentes estão faltando
  2. A maioria dos dentes estão faltando
  1. Todos os dentes estão faltando
  0. N.S./N.R.
- 22.** Em geral, qual é o estado dos seus dentes? (mesmo que não sejam naturais) 87
- Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 4 a 1. Marque apenas uma opção.
4. Ótimo
  3. Bom
  2. Ruim
  1. Péssimo
  0. N.S./N.R.
- 23.** O(a) Sr.(a ) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos? 88
2. Não
  1. Sim
  0. N.S./N.R.

**24.** O (a) Sr.(a), freqüentemente, tem sangramento nas gengivas?  
2. Não  
1. Sim  
0. NS/NR

89

**25.** O(a) Sr.(a) tem alguma ferida na boca que não cicatriza?  
2. Não  
1. Sim  
0. NS/NR

90

**26.** Como o(a) Sr.(a) faz a limpeza dos seus dentes no dia a dia?  
5. Escovação associada  
4. Escovação  
3. Bochechos  
2. Não faz limpeza  
1. Outros (especificar: \_\_\_\_\_ )  
0. N.S./N.R.

91

A questão sexual é um assunto bastante delicado. É importante conhecer como isso está acontecendo para as pessoas com 60 anos e mais. Lembramos que esses dados são confidenciais e sigilosos. Se me permite vou lhe fazer algumas perguntas sobre isto.

**27.** O(a) Sr(a) mantém relações sexuais e/ou práticas sexuais?  
2. Sim  
1. Não (Vá para Q. 27b. e marque N.A. na Q. 27a.)  
0. N.S./N.R.

92

**27a.** O(a) Sr(a) sente prazer nestas práticas sexuais?  
2. Sim  
1. Não  
9. N.A.  
0. N.S./N.R.

93

**27b.** O Sr(a) tem interesse em ter práticas sexuais?  
2. Sim  
1. Não  
0. N.S./N.R.

94

Com o passar da idade é bastante normal aparecerem alguns problemas de bexiga ou intestino. Eu gostaria de lhe fazer duas perguntas sobre este assunto.

**28.** Aconteceu com o(a) senhor(a) de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?  
2. Não (Vá para Q. 28b e marque N.A. na Q. 28a.)  
1. Sim  
0. N.S./N.R.

95

- 28a.** Com que frequência isso acontece? 96
6. Uma ou duas vezes por mês
  5. Mais de duas vezes por mês
  4. Uma ou duas vezes por semana
  3. Mais do duas vezes por semana
  2. Mais de duas vezes por dia
  1. Uma ou duas vezes por dia
  9. N.A.
  0. N.S./N.R.
- 28b.** Observação do Entrevistador: Há sinais de incontinência? 97
2. Não
  1. Sim
- 29.** Em geral o Sr.(a) diria que o funcionamento dos seus intestinos é: 98
3. Normal
  2. Constipado (preso)
  1. Funciona demais (solto)
  0. NS/NR
- 30.** O Sr.(a) tem o hábito de fumar, atualmente? 99
2. Não
  1. Sim (Anote quanto tempo, marque N.A. na Q. 30a. e vá para a Q.31 ) 100
  0. NS/NR
- Durante quanto tempo? (anos) \_\_\_\_\_
- 30a.** O Sr. já foi fumante no passado? 101
2. Não
  1. Sim (Anote quanto tempo) 102
  99. N.A.
  00. N.S./N.R.
- Durante quanto tempo? (anos) \_\_\_\_\_
- 31.** O Sr.(a) tem ou já teve algum problema de saúde por causa de bebida alcoólica ou o seu médico tem lhe recomendado a parar de beber? 103
2. Não
  1. Sim
  0. NS/NR
- 32.** O Sr.(a) realiza regularmente alguma atividade física como: caminhadas, ginásticas, bicicleta, natação ou outras? 104
2. Sim 105
  - Quais? 106
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
1. Não
  0. NS/NR

**V- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços de saúde que o(a) Sr.(a) tem o direito de usar.

**33. Quando o(a) Sr.(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem o (a) Sr.(a) normalmente procura em primeiro lugar?**

107

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

7. Nunca procura nenhum atendimento de saúde (vá para a Q.34 e marque N.A. nas Qs. 33a., 33b., e 33c).

6. SUS/Policlínica/ Postos de Saúde.

5. Pronto Socorro do hospital

4. Médico/Clínicas particulares

3. Médicos/hospitais credenciados pelo seu Plano de Saúde

2. Farmácia

1.

Outros

(especificar).....

0. N.S./N.R.

**33a. Nos últimos meses, o(a) Sr.(a) :**

Entrevistador: Considerar cerca de 6 meses

	NÃO	SIM	N.A	N.S./N.R	
a. Consultou o médico no consultório ou em casa	2	1	9	0	108
b. Fez exames clínicos	2	1	9	0	109
c. Fez tratamento fisioterápico	2	1	9	0	110
d. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	2	1	9	0	111
e. Foi ao hospital/clínica para receber medicação	2	1	9	0	112
f. Esteve internado em hospital ou clínica	2	1	9	0	113
g. Foi ao dentista	2	1	9	0	114

**33b. O(a) Sr.(a) está satisfeito com os serviços de saúde que utiliza normalmente?**

2. Sim

1. Não

9. N.A.

0. N.S./N.R.

115

**33c. Em geral, quais os problemas que mais lhe incomodam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços de saúde?**

Entrevistador: Leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas listadas. Caso o entrevistado não relate problemas marque NÃO na opção 00 e N.A. nas demais opções. Se o entrevistado relatar problemas marque SIM na opção 00 e SIM também nos tipos de problemas referidos.

	NÃO	SIM	N.A.	N.S./N.R	
00. O(a) entrevistado(a) relata problemas?	2	1	9	0	116
01. O custo dos serviços de saúde	2	1	9	0	117
02. O custo dos medicamentos que são prescritos	2	1	9	0	118
03. Os exames clínicos que são prescritos	2	1	9	0	119
04. A demora para a marcação da consulta/exame	2	1	9	0	120
05. O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório	2	1	9	0	121
06. O tratamento oferecido pelos médicos	2	1	9	0	122
07. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico	2	1	9	0	123
08. Outros problemas (especificar).....	2	1	9	0	124

**34. Quando o(a) Sr.(a) necessita de tratamento dentário, onde ou a quem o(a) Sr.(a), normalmente procura?**

Entrevistador: Classifique a resposta do(a) entrevistado(a) e marque apenas uma alternativa.

5. Dentista particular
4. Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde
3. Serviço dentário gratuito
2. O entrevistado não procura o dentista há muito tempo (mais de dois anos) .  
(Vá para Q. 35 e marque N.A. na Q. 34a.)
1. Outros  
(especificar).....
0. N.S./N.R.

**34a. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o serviço dentário que utiliza?**

2. Sim
1. Não
9. N.A.
0. N.S./N.R.

125

126

**35. Por favor, diga-me se o(a) Sr.(a) normalmente usa:**

Entrevistador: Se todas as respostas forem NÃO, vá para a Q. 36 e marque N.A. na Q. 35a.

	NÃO	SIM	N.S/N.R	
a. Dente postiço, dentadura, ponte	2	1	0	127
b. Óculos ou lentes de contato	2	1	0	128
c. Aparelho para surdez	2	1	0	129
d. Bengala	2	1	0	130
e. Muleta	2	1	0	131
f. Cadeira de rodas	2	1	0	132
g. Outros	2	1	0	133

**35a. Atualmente o(a) Sr.(a) está precisando trocar alguma destas ajudas?**

Entrevistador: Leia para o entrevistado(a) apenas as ajudas mencionadas na questão anterior. Marque as respostas correspondentes.

	NÃO	SIM	N.A.	N.R./N.S	
a. Dente postiço, dentadura, ponte	2	1	9	0	134
b. Óculos ou lente de contato	2	1	9	0	135
c. Aparelho para surdez	2	1	9	0	136
d. Bengala	2	1	9	0	137
e. Muleta	2	1	9	0	138
f. Cadeira de rodas	2	1	9	0	139
g. Outros	2	1	9	0	140

**36. O (a) Sr.(a) toma remédios regularmente?**

2. Não (Vá para Q.37 e marque N.A. nas Qs. 36a..., 36b.e 36c)
1. Sim
0. N.S/N.R.

141

**36a.** Quem receita geralmente?

- 4. Médico
- 3. Farmacêutico/balconista de farmácia
- 2. Amigos
- 1. Outros
- 9. N.A.
- 0. N.S./N.R.

142
-----

**36b.** Em geral qual é o problema ou a dificuldade mais importante que o(a) Sr.(a) tem

- para obter os remédios que toma regularmente?
- 5. O(a) entrevistado(a) não tem problema para obter o remédio
  - 4. Problema financeiro
  - 3. Dificuldade em encontrar o remédio na farmácia
  - 2. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados
  - 1. Outro problema ou dificuldade (especifique).....
  - 9. N.A.
  - 0. N.S./N.R.

143
-----

**36c.** Quais os remédios que o Sr.(a) está tomando?

---

---

---

---

---

---

---

144
145
146
147
148
149

Número total de remédios em uso atualmente: \_\_\_\_\_

- 99. N.A.
- 00. N.S./N.R.

150
-----

**37.** No caso de o (a) Sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr.(a)?

Entrevistador: escolha apenas uma alternativa.

- 6. Esposo(a) / Companheiro(a)
- 5. Filha
- 4. Filho
- 3. Outra pessoa da família
- 2. Outra pessoa de fora da família (indique qual).....
- 1. Ninguém
- 0. N.S./N.R.

151
-----

## VI- ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

Eu vou ler para o(a) Sr.(a) uma lista de atividades que as pessoas normalmente tem de fazer durante o dia. Para cada pergunta eu gostaria de saber se o(a) Sr.(a) é capaz de desempenhar estas atividades sozinho(a) sem precisar de ajuda de alguém. Vamos às perguntas?

- 38. O(a) Sr.(a) se alimenta:** 152
2. Sem ajuda (capaz de tomar as refeições por si só)
  1. Com alguma ajuda (necessita de ajuda, como, por exemplo: cortar carne, descascar laranja).
  0. Ou é incapaz completamente de alimentar-se, por si só.
  9. N.S./N.R.
- 39. O(a) Sr.(a) consegue vestir e tirar as roupas:** 153
2. Sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só)
  1. Com alguma ajuda
  0. Não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.
  9. N.S./N.R.
- 40. O(a) Sr.(a) cuida de sua aparência como pentear-se e barbear-se (para homens):** 154
2. Sem ajuda
  1. Com alguma ajuda
  0. Não pode cuidar-se por si só de sua aparência
  9. N.S./N.R.
- 41. O (a) Sr.(a) se locomove:** 155
2. Sem ajuda (exceto com bengala).
  1. Com alguma ajuda de 1 pessoa ou com o uso de andador ou muletas, etc...
  0. É completamente incapaz de se locomover
  9. N.S./N.R.
- 42. O(a) Sr.(a) deita-se e levanta-se da cama:** 156
2. Sem qualquer ajuda ou apoio
  1. Com alguma ajuda ( de pessoas ou suporte qualquer).
  0. O(a) Sr.(a) é totalmente dependente de alguém para levantar-se da cama.
  9. N.S./N.R.
- 43. O(a) Sr.(a) toma banho em banheira ou chuveiro:** 157
2. Sem ajuda.
  1. Com alguma ajuda ( necessita de ajuda para entrar no banheiro e sair dele ou com suporte especial durante o banho).
  0. É completamente incapaz de banhar-se só.
  9. N.S./N.R.

- 44.** O(a) Sr.(a) já teve problemas em chegar em tempo ao banheiro? 158
2. Não. ( Vá para Q.46 e marque N.A. na Q. 45 )
  1. Sim.
  0. Usa sondagem vesical e/ou colostomia. ( Vá para Q.46 e marque N.A. na Q. 45 )
  9. N.S./N.R.
- 45.** Se sim, com freqüência o(a) Sr.(a) se molha ou se suja (seja de noite ou de dia)? 159
1. Uma ou duas vezes por semana.
  0. Três ou mais vezes por semana
  8. N.A.
  9. N.S./N.R.
- 46.** Quando o(a) Sr.(a) precisa usar o telefone o(a) Sr(a) o faz: 160
2. Sem ajuda, tanto para procurar na lista, tanto quanto para discar.
  1. Com uma certa ajuda (consegue atender chamados ou solicitar ajuda à telefonista para emergência, mas necessita de ajuda tanto para procurar o número, quanto para discar).
  0. É completamente incapaz de utilizar o telefone ou nunca usa.
  9. N.S./N.R.
- 47.** O(a) Sr.(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução? 161
2. Sem ajuda ( viaja sozinho de ônibus, trem, metrô, táxi ou dirige seu próprio carro)
  1. Com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudá-lo ou ir com ele na viagem).
  0. Não pode viajar, ao menos que disponha de veículos especializados ou de arranjos emergenciais como ambulância .
  9. N.S./N.R.
- 48.** O(a) Sr.(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais, quando necessita? 162
2. Sem ajuda ( incluindo o uso de transporte).
  1. Com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras).
  0. Não poderia fazer compras de modo algum.
  9. N.S./N.R.
- 49.** O(a) Sr.(a) consegue colocar e cortar as suas refeições no prato? 163
2. Sem ajuda
  1. Com certa ajuda (coloco mas não consigo cortá-la).
  0. Não consegue colocar ou cortar a sua refeição de modo algum sozinho.
  9. N.S./N.R.

**50. O(a) Sr.(a) faz limpeza e arrumação da sua casa?** 164

2. Sem ajuda (faxina e arrumação).

1. Com alguma ajuda (faz trabalhos leves, mas necessita de ajuda para trabalhos pesados).

0. Não consegue fazer qualquer trabalho em casa

9. N.S./N.R.

**51. O(a) Sr.(a) toma os seus medicamentos?** 165

Entrevistador: caso o entrevistado não tome nenhum medicamento assinale o item 2 "sem ajuda".

2. Sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento correto da dose e horário).

1. Com alguma ajuda (tomo, se alguém prepara ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios).

0. Não consegue tomar por si só os remédios recomendados.

9. N.S./N.R.

**52. O(a) Sr.(a) lida com suas próprias finanças?** 166

2. Sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão).

1. Com alguma ajuda (lida com o dinheiro para as compras do dia a dia, necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento de aposentadoria ou pensão).

0. Não consegue mais lidar com suas finanças.

9. N.S./N.R.

**53. Há alguém que ajuda o (a) Sr.(a) a fazer algumas tarefas como limpeza arrumação da casa, vestir-se, ou dar recados quando precisa?** 167

2. Sim

1. Não (Vá para Q. 54 e marque N.A. na Q. 53a.)

9. N.S./N.R.

**53a. Qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas ?** 168

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

6. Esposo(a)/companheiro(a)

5. Filha

4. Filho

3. Uma outra pessoa da família

2. Um(a) empregado(a)

1. Outro(a) quem?.....

8. N.A.

9. N.S./N.R.

VII- RECURSOS SOCIAIS

Nesta seção, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de suas relações de amizade com as outras pessoas e a respeito de recursos que as pessoas podem usar na sua comunidade.

**54. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:**

Entrevistador: Leia para o entrevistado as opções abaixo e marque todas as alternativas referidas.

	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>N.S/NR</i>	
a. Ouvir rádio	2	1	0	169
b. Assistir a televisão	<b>2</b>	1	0	170
c. Ler jornal	2	1	0	171
d. Ler revistas e livros	2	1	0	172
e. Receber visitas	2	1	0	173
f. Ir ao cinema, teatro, etc	2	1	0	174
g. Andar pelo seu bairro	2	1	0	175
h. Ir á igreja (serviço religioso)	2	1	0	176
i. Ir a jogos (esportes)	2	1	0	177
j. Participar de jogos (esportes)	2	1	0	178
k. Fazer as compras	2	1	0	179
l. Sair para visitar os amigos	2	1	0	180
m. Sair para visitar os parentes	2	1	0	181
n. Sair para passeios longos(excursão)	2	1	0	182
o. Sair para encontro social ou comunitário	2	1	0	183
p. Coser, bordar, tricotar	2	1	0	184
q. Atividade para distrair (jogos de carta, xadrez, jardinagem, etc.)	2	1	0	185
r. Outros (especificar).....	2	1	0	186

**55. O Sr(a) participa, atualmente, de algum programa dirigido à terceira idade?** 187

2. **Sim**      **Quais?** 188

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. **Não** 189

0. **N.S./N.R.**

**56. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?** 190

2. **Sim (Vá para Q. 57e marque N.A. na Q. 56a.)**

1. **Não**

0. **N.S./N.R.**

**56a. Qual é o principal motivo de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre?** 191

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

5. **Problema com o custo**

4. **Problema de saúde que o(a) impede de se engajar em uma atividade**

3. **Problema com falta de motivação em fazer coisas(tédio, aborrecimento)**

2. **Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir**

1. \_\_\_\_\_ **Outras** \_\_\_\_\_ **razões**

(especificar).....

9. **N.A.**

0. **N.S./N.R.**

**57. O(a) Sr.(a ) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?** 192

3. **Sim**

2. **Não**

1. **Entrevistado mora só**

0. **N.S./N.R.**

**58. Que tipo de ajuda ou assistência sua família lhe oferece? (familiares que vivem/ou que não vivem com o(a) entrevistado(a))**

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>NS/NR</i>	
a. Dinheiro	2	1	0	193
b. Moradia	2	1	0	194
c. Companhia/cuidado pessoal	2	1	0	195

d. Outro tipo de cuidado/assistência	2	1	0	196
(especificar).....				
....				

**59. Que tipo de ajuda ou assistência o (a) Sr.(a) oferece para sua família?**

Entrevistador: Leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas listadas.

	SIM	NÃO	NS/NR	
a. Dinheiro	2	1	0	197
b. Moradia	2	1	0	198
c. Companhia/cuidado pessoa	2	1	0	199
d. Cuidar de criança	2	1	0	200
e. Outro tipo de cuidado/assistência	2	1	0	201
(especificar).....				

**60. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos?**

3. Sim
2. Não
1. Entrevistado(a) não tem amigos
0. N.S./N.R.

202

**61. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos?**

3. Sim
2. Não
1. Entrevistado(a) não tem relação com os vizinhos
0. N.S./N.R.

203

**62. Na semana passada o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas?**

	SIM	NÃO	NS/NR	
a. Vizinhos/amigos	2	1	0	204
b. Filhos(as)	2	1	0	205
c. Outros familiares	2	1	0	206
d. Outro	2	1	0	207
(especificar).....				

### VIII- RECURSOS ECONÔMICOS

Agora, se me permite, vou fazer algumas perguntas sobre o seu trabalho e a situação econômica sua e de sua família. Quero lembrar-lhe que suas respostas são absolutamente confidenciais. Só terão conhecimento eu e a coordenação da pesquisa.

**63. Atividade profissional principal exercida atualmente.**

208

Entrevistador: marque apenas uma alternativa e especifique quando for o caso.

7. Cargo técnico/ administrativo/ profissional liberal

Especifique \_\_\_\_\_

209

6. Dona de casa

5. Operário

Especifique \_\_\_\_\_

210

4. Lavrador

3. Empregada doméstica

2. Nenhuma

1. Outros

Especifique \_\_\_\_\_

211

0. N.S./N.R.

**64. Que tipo de trabalho ocupação o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?**

212

7. Cargo técnico ou administrativo/profissão

Especifique \_\_\_\_\_

213

6. Dona de casa

5. Operário

Especifique \_\_\_\_\_

214

4. Lavrador

3. Empregada doméstica

2. Nenhuma (Vá para Q. 65 e marque N.A. nas Qs. 64a., 64b., 64c.)

1. Outros

Especifique \_\_\_\_\_

215

0. N.S./N.R.

**64a. Com que idade o(a) Sr.(a) começou a trabalhar?**

216

\_\_\_\_\_ anos

99. N.A.

00. N.S./N.R.

**64b. O(a) Sr.(a) tem trabalho remunerado atualmente?**

217

2. Sim

1. Não

9. N.A.

0. N.S./N.R.

**64c.** Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?

218
-----

- \_\_\_\_\_ anos  
11. Entrevistado(a) ainda trabalha  
99. N.A.  
00. N.S./N.R.

**65.** Atualmente o(a) Sr.(a) está:

Entrevistador: Leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas listadas.

Se ambas as respostas forem NÃO, anote, vá para Q.66 e marque N.A. na Q.65a.

	SIM	NÃO	NS/NR	
a. Recebendo aposentadoria	2	1	0	219
b. Recebendo pensão de cônjuge	2	1	0	220

**65a.** A sua aposentadoria/pensão é suficiente para suprir suas despesas?

221
-----

2. Sim  
1. Não  
9. N.A.  
0. N.S./N.R.

**66.** Eu vou ler algumas fontes de recebimento de dinheiro. O (a) Sr.(a) poderia me dizer de onde o(a) Sr.(a) recebe regularmente o seu dinheiro?

	SIM	NÃO	NSNR	
a. Trabalho (salário, negócios)	2	1	0	222
b. Pensão (aposentadoria/benefício de seguro social)	2	1	0	223
c. Investimentos, aluguéis, juros, dividendos, etc.	2	1	0	224
d. Dinheiro do cônjuge	2	1	0	225
e. Dinheiro dos filhos	2	1	0	226
f. Dinheiro de amigos/familiares	2	1	0	227
g. Outras fontes.....	2	1	0	228

**67.** Por favor, eu gostaria de saber qual a sua renda mensal. Não preciso saber o valor exato, basta me dizer o valor aproximado do rendimento mensal que o(a) Sr.(a) recebe regularmente.

Entrevistador: Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores.  
Atenção: valor líquido

229
-----

**Rendimento mensal**

-----

**N.S/N.R.**

**0 0 0 0 0**

**68.** Por favor, agora eu gostaria de saber o total mensal dos rendimentos das pessoas que vivem nesta residência. Não preciso saber o valor, basta dizer-me o valor aproximado do rendimento mensal regularmente recebido pelas pessoas.

Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na Q.67. Se o(a) entrevistado(a) vive sozinho e não tem rendimento, marque N.A. nesta questão e na Q. 68a.

230
-----

**Rendimento mensal**

-----

**N.A.**

**9 9 9 9 9**

**N.S/N.R.**

**0 0 0 0 0**

**68a.** Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (ou do seu rendimento) ?

Entrevistador: Não somente as pessoas que vivem na casa

231
-----

\_\_\_\_\_ pessoas

99. **N.A.**

00. **N.S./N.R.**

**69.** Por favor, me diga se em sua casa/apartamento existem ou estão funcionando os seguintes itens:

	SIM	NÃO	NS/NR	
a. Água encanada	2	1	0	232
b. Eletricidade	2	1	0	233
c. Ligação com a rede de esgoto	2	1	0	234
d. Geladeira/congelador	2	1	0	235
e. Rádio	2	1	0	236
f. Televisão	2	1	0	237
g. Videocassete	2	1	0	238
h. Computador	2	1	0	239
i. Telefone	2	1	0	240
j. Automóvel	2	1	0	241

**70. O(a) Sr. é proprietário(a), aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?** 242

Entrevistador: Para cada uma das três categorias (propriedade, aluguel ou usa de graça) verifique em qual o(a) entrevistado(a) se enquadra. Anote apenas uma alternativa.

- 4. Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal
- 3. Alugado
- 2. Cedida sem custo para o entrevistado. Por quem.....
- 1. Outra categoria (especificar).....
- 0. N.S./N.R.

**71. Em comparação a quando o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:** 243

Entrevistador: Leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas listadas. Marque apenas uma opção.

- 3. Melhor
- 2. A mesma
- 1. Pior
- 0. N.S./N.R.

**72. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr.(a) ganha:** 244

Entrevistador: Leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas listadas de 4 a 1. Marque apenas uma opção.

- 4. Dá e sobra
- 3. Dá na conta certa
- 2. Sempre falta um pouco
- 1. Sempre falta muito
- 0. N.S./N.R.

**73. Observação do(a) entrevistador(a): Qual é a condição da residência do(a) entrevistado(a)?** 245

- 4. Ótima
- 3. Boa
- 2. Ruim (justifique.....)
- 1. Péssima

#### IX- SAÚDE MENTAL

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre seus sentimentos. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr(a) mas no entanto, eu gostaria que o(a) Sr(a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

**74. Com que frequência o Sr.(a) diria que se sente preocupado(a):** 246

- 2. Quase nunca
- 1. Poucas vezes
- 0. Quase sempre
- 9. NS/NR

<p><b>75.</b> Em geral, o Sr.(a) acha que a sua vida é: estimulante, rotineira ou pesada?</p> <p><b>2. Estimulante</b>  <b>1. Rotineira</b>  <b>0. Pesada</b></p> <p><b>9. NS/NR</b></p>	247
--	-----

<p><b>76.</b> Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral?</p> <p>Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção.</p> <p><b>2. Satisfeito(a) (Vá para a Q. 77 e marque N.A na Q.76a.)</b>  <b>1. Razoavelmente satisfeito(a)</b>  <b>0. Insatisfeito</b>  <b>9. N.S/N.R.</b></p>	248
--	-----

<p><b>76a.</b> Qual é o principal motivo de sua insatisfação com sua vida?</p> <p>Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas</p> <p><b>7. Problema econômico</b>  <b>6. Problema de saúde</b>  <b>5. Problema de moradia</b>  <b>4. Problema de transporte</b>  <b>3. Conflito nos relacionamentos pessoais</b>  <b>2. Falta de atividades</b>  <b>1. Outro problema</b> <input style="width: 50px;" type="text"/> <b>250</b>  (especificar) _____  <b>8. N.A.</b>  <b>9. N.S./N.R.</b></p>	249
---	-----

**77.** Por favor responda as seguintes perguntas “Sim” ou “Não” conforme elas se aplicarem para você no momento. Não há respostas certas ou erradas, só a que melhor se aplica a você. Ocasionalmente uma pergunta pode não parecer se aplicar a você, mas por favor sempre escolha SIM ou NÃO.

(CIRCULE SIM OU NÃO PARA CADA UMA)		
(1) Você acorda descansado toda manhã?	sim	NÃO
(2) A sua vida diária é cheia de coisas que mantém você interessado?	sim	NÃO
(3) Algumas vezes você tem vontade de deixar a sua casa?	SIM	não
(4) Você tem a sensação de que ninguém o(a) compreende?	SIM	não
(5) Há períodos de dias, semanas ou meses em que você não consegue dar conta de suas coisas porque não se sente com forças?	SIM	não
(6) O seu sono é agitado e perturbado?	SIM	não
(7) Você se sente feliz a maior parte do tempo?	sim	NÃO

(8) Você se sente desamparado(a)?	SIM	não	258
(9) Você se sente inútil, muitas vezes?	SIM	não	259
(10) Durante estes últimos anos você tem se sentido bem, a maior parte do tempo?	sim	NÃO	260
(11) Você sente fraqueza a maior parte do tempo?	SIM	não	261
(12) Você tem tido muita dor de cabeça?	SIM	não	262
(13) Você tem tido dificuldades em manter o equilíbrio quando caminha?	SIM	não	263
(14) Você tem sentido palpitações ou respiração curta?	SIM	não	264
(15) Mesmo quando você está com outras pessoas você se sente solitário(a), a maior parte do tempo?	SIM	não	265
SOMA DAS RESPOSTAS EM LETRAS MAIÚSCULAS	.....	..	266

**78. Como você acha que está sua saúde mental ou emocional, neste momento – excelente, boa, razoável, ruim?**

3. Excelente  
2 Boa  
1. Razoável  
0. Ruim  
9. NS/NR

267

**79. Em comparação com os últimos 5 anos você diria que a sua saúde mental ou emocional é: melhor, a mesma ou pior?**

2. Melhor  
1. A mesma  
0. Pior  
9. NS/NR

268

**X- NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO**

**80. Atualmente, da lista abaixo, quais são as suas principais necessidades ou carências ?**

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque todas as alternativas correspondentes.

	NÃO	SIM	NS/NR
a. Carência econômica	2	1	0
b. Carência de moradia	2	1	0
c. Carência de transporte	2	1	0
d. Carência de lazer	2	1	0
e. Carência de segurança	2	1	0
f. Carência de saúde	2	1	0
g. Carência de alimentação	2	1	0

269  
270  
271  
272  
273  
274  
275

<b>h. Carência econômica</b>	2	1	0	276
------------------------------	---	---	---	-----

**81. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual é o problema mais importante do seu dia a dia.**  
Entrevistador: Anote apenas uma alternativa

10. Entrevistado(a) não relata problemas importantes  
09. Problema econômico  
08. Problema de saúde ( deterioração da saúde física ou mental)  
07. Medo da violência  
06. Problema de moradia  
05. Problemas de transporte  
04. Problemas familiares (conflitos)  
03. Problemas de isolamento ( solidão)  
02. Preocupação com os filhos/netos  
01. Outros problemas  
(especificar).....  
00. N.S./N.R.

277

**XI- QUESTIONÁRIO PARA O INFORMANTE**

- ENTREVISTADOR ATENÇÃO: PERGUNTAS A SEREM FEITAS EXCLUSIVAMENTE A UM INFORMANTE BASEADAS NO SEU CONHECIMENTO SOBRE O ENTREVISTADO.

**RECURSOS SOCIAIS**

**82.** Como você diria que o(a) Sr.(a)\_\_\_\_\_ (use o nome do idoso) convive com sua família e amigos – muito bem, razoavelmente bem, mal (tem conflitos e problemas consideráveis com eles)?

3. Muito bem  
2. Razoavelmente bem (tem algum conflito com eles)  
1. Mal (tem conflitos e problemas consideráveis com eles)  
0. N.R./N.S

278

**83.** Há alguém que ajudaria o(a) Sr.(a)\_\_\_\_\_ (use o nome do idoso) se ele(a) ficasse doente ou incapacitado, por exemplo, um membro de sua família, ou amigos?

2. Sim  
1. Não (Vá diretamente a questão 84 e marque NA na Q. 83a e Q. 83b)  
0. N.S./N.R.

279

**83a.** Esta pessoa que cuidaria do Sr.(a)\_\_\_\_\_ quando ele precisasse, o faria:  
Entrevistador: Anote o mais apropriado

280

- 3. Indefinidamente (tanto tempo quanto o idoso(a) necessitasse)
- 2. Por pouco tempo (algumas semanas a 6 meses)
- 1. De vez em quando (levando-o(a) ao médico, preparando comida, etc.)
- 9. N.A.
- 0. N.S./N.R.

**83b. Quem é esta pessoa?**

281
-----

Nome \_\_\_\_\_

Relação \_\_\_\_\_

9. N.A.

Códigos: Cônjuge = 1, Irmãos = 2, Filhos = 3, Netos = 4, Outro parente = 5, Amigo = 6, Outros = 10

RECURSOS ECONÔMICOS

**84. Na sua opinião as necessidades básicas do Sr.(a) \_\_\_\_\_ (usar o nome do idoso) são bem atendidas, razoavelmente atendidas, ou não estão sendo atendidas?**

Entrevistador: Marque no quadro o mais apropriado para cada necessidade.

2	1	0		
Bem Atendida	Razoavelmente Atendida	Não Atendida		
			<i>Alimentação</i>	282
			Moradia	283
			Vestimentas	284
			Cuidados de saúde	285

SAÚDE MENTAL

**85. Você diria que o Sr.(a) \_\_\_\_\_ (usar o nome do idoso) mostra bom senso em fazer julgamentos e tomar decisões?**

286
-----

2. Sim

1. Não

0. N.S./N.R.

**86. Você diria que o Sr.(a) \_\_\_\_\_ (usar o nome do idoso) está apto para enfrentar a maioria dos problemas que ocorrem em sua vida?**

287
-----

2. Sim

1. Não

0. N.S./N.R.

**87.** Você diria que o Sr.(a) \_\_\_\_\_ (usar o nome do idoso) acha a vida estimulante e agradável?

288

- 2. Sim
- 1. Não
- 0. N.S./N.R.

**88.** Como você avaliaria a saúde mental e emocional do Sr.(a) \_\_\_\_\_ no presente momento (comparando com pessoas da mesma idade) – excelente, boa, razoável ou ruim?

289

- 4. Excelente
- 3. Boa

**2. Razoável**

- 1. Ruim
- 0. N.S./N.R.

**89.** Você diria que a saúde mental e emocional do Sr.(a) \_\_\_\_\_ é – melhor, igual ou pior - do que a cinco anos atrás?

290

- 3. Melhor
- 2. Igual

**1. Pior**

- 0. N.S./N.R.

**SAÚDE FÍSICA**

**90.** Como você avaliaria o estado de saúde física do Sr.(a) \_\_\_\_\_ neste momento – excelente, boa razoável, ou ruim?

291

- 4. Excelente
- 3. Boa
- 2. Razoável

**1. Ruim**

- 0. N.S./N.R.

**91.** O quanto você diria que os problemas de saúde do Sr.(a) \_\_\_\_\_ o(a) impedem nas suas atividades da vida diária – em nada, um pouco, ou muito?

292

- 3. Nada
- 2. Um pouco
- 1. Muito
- 0. N.S./N.R.

## XII- INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADOR

Entrevistador: Estas perguntas devem ser respondidas por você imediatamente após deixar a residência do(a) entrevistado(a).

Número do questionário:

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

**1. Respondente principal:**

3. Entrevistado

2. Informante

1. Ambos

293

**2. Relação do informante com o entrevistado:**

5. Não houve informante;

4. Uma pessoa que mora com o entrevistado vinculado a ele(a) por laços sangüíneos, de matrimônio ou de adoção;

3. Uma pessoa responsável pelos cuidados com o entrevistado (cuidador);

2. Uma pessoa que mora com o entrevistado sem laços parentescos ou de cuidador;

1. Uma pessoa com laços de parentescos imediatos com o entrevistado mas que não mora na mesma residência que ele(a).

1. Outros. Especifique: \_\_\_\_\_

294

**3. Tempo de duração da entrevista (especificar)**

\_\_\_\_\_ minutos

295

**4. No geral, as respostas são confiáveis?**

2. Sim

1. Não

296

**5. No geral, o(a) entrevistado(a) entendeu as perguntas formuladas?**

2. Sim

1. Não

297

**6. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista:**

2. Positiva

1. Negativa

298

**7. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente:**

2. Não (Vá para Q.8 e marque N.A. nas Q.s. 7a. e 7b).

1. Sim

299

**7a.** Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da entrevista e algum aspecto importante?

300

- 2. Não
- 1. Sim
- 9. N.A.

**7b.** Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?

301

- 2. Positiva
- 1. Negativa
- 9. N.A.

**8.** Por favor, faça uma outra observação sobre a entrevista que você julga importante.



**3) Sexo do(a) entrevistador(a):**

- a) Masculino
- b) Feminino

**4) Idade do(a) entrevistador(a): \_\_\_\_\_ anos.**

**5) Assinatura do(a) entrevistador(a):**

---

**6) Nome do(a) supervisor(a):**

---

**7) Aprovação:**  
a) sim                      b) rever                      c) refazer a entrevista

**8) Assinatura do(a) supervisor(a):**

---

**9) Observação do(a) entrevistador(a):**

## **Anexo 2 – Manual**

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ  
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

**MANUAL**

SAÚDE E ENVELHECIMENTO: INQUÉRITO DOMICILIAR NO MUNICÍPIO DE ITAJAÍ SC

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA  
POPULAÇÃO IDOSA PARA ESTUDOS COMUNITÁRIOS  
VERSÃO ITAJAÍ SC**

Itajaí (SC) 2001

## I - DESCRIÇÃO DO QUESTIONÁRIO

### 1 - INTRODUÇÃO

Este é um questionário de avaliação funcional multidimensional desenvolvido para a população idosa, baseado em três outros instrumentos: os questionários BOAS(1) e OARS(2), além do instrumento desenvolvido por Ramos e colaboradores no "Estudo longitudinal com uma população de idosos residentes no município de São Paulo"(3). O questionário OARS, desenvolvido na Duke University, serviu de base para os dois outros (BOAS e Ramos) que são instrumentos aplicados e testados em nossa realidade brasileira. Procuramos manter a estrutura do OARS principalmente quanto à seção de saúde mental, o Questionário Preliminar(2, 4) que auxilia na identificação de entrevistados mentalmente inaptos para responder todas as questões e, a possibilidade da participação do informante, com uma seção do questionário exclusiva para este, o que propicia maior precisão nas respostas à questões objetivas e possibilita a inclusão de idosos incapacitados de responder ao questionário. As questões foram selecionadas à partir dos três instrumentos citados, especialmente aqueles aplicados no Brasil.

O questionário de Avaliação Multidimensional da População Idosa – versão Itajaí (AMI) possui 12 seções que serão detalhadas à seguir.

Cabe colocar, já na introdução, três definições básicas:

*Entrevistado:* É a pessoa sobre a qual o questionário busca colher as informações.

*Informante:* É uma pessoa que conhece bem o entrevistado (um parente, um co-habitante, ou um cuidador) que responderá algumas questões sobre e/ou pelo entrevistado.

*Respondente:* É a pessoa que está respondendo à uma questão, seja o entrevistado ou o informante.

*Entrevistador:* É a pessoa que está realizando e conduzindo a entrevista.

### 2 – SEÇÕES DO QUESTIONÁRIO

O questionário é dividido em doze seções. Juntas, essas seções objetivam assegurar informações sobre as principais características, necessidades e problemas da população idosa do município. Cada seção específica pretende explorar com alguma profundidade as áreas consideradas importantes devido o seu impacto nos padrões de vida do grupo etário em estudo, as pessoas com 60 anos de idade ou mais.

Antes da primeira seção há uma página destacável. A página destacável será destacada antes da digitação para preservar o sigilo da entrevista sem que, contudo, se perca a informação sobre a fonte das respostas para possíveis futuras checagens. Deverá ser preenchida de forma completa pelo entrevistador.

#### I – Identificação

A seção de identificação propriamente dita está na página 4. Identifica o questionário pelo seu nº de série, a área de supervisão e o setor, identifica o entrevistado e fornece informações sobre o tempo de entrevista e o nº de visitas necessárias para realizá-la.

## II - Questionário Preliminar (QP):

O QUESTIONÁRIO PRELIMINAR é composto por 10 questões que visam identificar, já no começo da entrevista, indivíduos que talvez não possam responder com precisão a todas as questões do instrumento. Por estarem física e/ou mentalmente incapacitados.

O QUESTIONÁRIO PRELIMINAR é baseado na escala desenvolvida para o questionário OARS, já extensivamente testado e, é um meio rápido e razoavelmente sensível para se identificar a presença de déficit cognitivo.

Todas as questões do QUESTIONÁRIO PRELIMINAR devem ser feitas a todos os entrevistados (a não ser que existam claras deficiências de linguagem, de entendimento ou demência) e, o número de questões erradas deve ser somado e anotado. Seis erros ou mais indicam que o entrevistado tem dificuldades de responder confiavelmente ao restante do questionário e deve-se proceder a seleção de um informante, conforme como está descrito no Capítulo II deste manual: Diretrizes para a Administração do Questionário, item 2: Preparação da Entrevista.

## III - Informações Gerais (**perguntas de 1 a 11a.**)

Esta seção do questionário destina-se a obter informações sobre os aspectos demográficos do entrevistado como: sexo, idade naturalidade, grau de instrução e estado conjugal do idoso e composição geral do lar no qual que ele(a) vive. A informação obtida fornecerá uma idéia geral da situação pessoal e doméstica da pessoa idosa permitindo estabelecer relações entre as características demográficas e os seus problemas.

## IV - Saúde Física (**perguntas 12 a 32**)

Na seção saúde física incluem-se perguntas com o sentido de verificar a opinião do entrevistado em relação ao seu estado geral de saúde, como este se compara com os últimos anos de sua vida e o de outros na sua faixa etária, seus maiores problemas de saúde, e como estes podem afetar seus padrões habituais de atividade. Estão incluídas perguntas sobre problemas específicos que afetam os padrões funcionais do idoso como problemas sensoriais e incontinências e questões sobre saúde bucal. Aqui, também, estão as questões sobre práticas sexuais e hábitos de vida como: fumo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividades físicas. Desta forma esta seção visa colher informações sobre a percepção do(a) idoso(a) quanto a sua própria saúde, a presença de alguns dos principais fatores de risco para problemas de saúde nesta faixa etária e sobre as práticas e hábitos relacionados à esta questão.

## V - Utilização de Serviços de Saúde (**perguntas 33 a 37**)

O propósito desta seção é obter informações quanto ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação por parte do idoso em relação aos serviços médicos e dentários. As informações obtidas darão uma indicação das instituições e serviços de saúde que o(a) idoso(a) faz uso, do grau de satisfação que este tem em relação aos serviços, dos problemas em ter atendidas suas necessidades médicas e dentárias, e de possíveis deficiências institucionais ou de programas que exigem atenção. São incluídas também perguntas destinadas a verificar a ajuda ou a assistência que a pessoa idosa pode obter, na área de saúde, de sua família ou de outros. Incluem-se perguntas relativas aos tipos de ajuda e/ou apoio utilizados pelo idoso, seus hábitos de consumo de medicamentos e as dificuldades para adquiri-los.

#### VI - Atividades da Vida Diária (AVD) (perguntas 38 a 53 a)

Esta seção inclui um total de 17 perguntas. As primeiras quinze indicam graus relativos de autonomia funcional na execução das atividades do dia a dia. As outras duas são voltadas para a verificação de assistência real ou potencial nas atividades diárias identificando a pessoa que mais ajuda o entrevistado. Assim pode ser feita uma avaliação do grau de dependência e relativa adaptabilidade do idoso com o seu ambiente físico e social.

#### VII - Recursos Sociais (perguntas de 54 a 63)

As perguntas nessa seção objetivam avaliar vários aspectos e dimensões de satisfação do idoso nas suas relações com família, vizinhos e vida social, os tipos de ajuda e/ou assistência recíproca, o grau de interação familiar e comunitária e/ou de isolamento. Também há perguntas que visam verificar sua participação social, as atividades domésticas, comunitárias, de lazer e o grau de satisfação com as mesmas.

#### VIII - Recursos Econômicos (perguntas de 63 a 73)

O propósito desta seção é obter informações sobre a situação econômica do entrevistado. Assim, inclui-se questões sobre a inserção do entrevistado no mercado de trabalho atual e anterior, a sua situação de aposentadoria e renda e o grau de satisfação com estas condições. Incluem-se, também, perguntas relativas às condições e equipamentos de conforto doméstico e ao tipo de ocupação do domicílio.

#### IX - Saúde Mental (perguntas de 74 a 79)

Esta é uma seção que inclui perguntas destinadas a avaliar o estado de saúde mental do idoso especialmente no que se refere ao estado de humor e possível caso de depressão. Inclui, também, questões que visam detectar o grau de satisfação do indivíduo com a sua vida em geral e a sua percepção quanto a sua saúde mental. A questão nº 79 é, na verdade, uma escala de avaliação psiquiátrica(5) composta de 15 perguntas. Todas as perguntas são completamente estruturadas, e o entrevistador não precisa fazer avaliações pessoais. As respostas que vão na direção patológica estão escritas em letras maiúsculas. O resultado da soma das respostas "em letras maiúsculas" representa um escore que, à partir de um ponto de corte pré-estabelecido, permite inferir a presença ou não de um "caso" ("suspeito"). Esta seção se complementa com o Questionário Preliminar (seção I) que procura detectar problemas cognitivos e é parte integrante da avaliação da saúde mental.

#### X - Necessidades e Problemas que Afetam o Entrevistado (perguntas 80 e 81)

Esta seção inclui perguntas destinadas a fornecer uma indicação mais específica dos tipos de necessidades que o idoso experimenta em sua vida diária e os problemas que ele considera mais importantes.

#### XI – Questionário para o informante (perguntas 82 a 91)

Esta seção contém perguntas que devem ser feitas exclusivamente ao informante se houver um(a) disponível. Estas perguntas não devem ser feitas na presença do idoso entrevistado. Se o idoso entrevistado não estiver apto para responder a todo o questionário (ver capítulo II, ítem 2 deste manual) um informante poderá responder as questões objetivas por ele e, necessariamente deverá responder ao questionário do informante. Nos casos em que o idoso estiver totalmente incapacitado, que não possa responder nem mesmo as questões subjetivas (que estão dentro de molduras), a entrevista poderá ser feita exclusivamente com um informante. Este,

então responderá as questões objetivas do questionário e mais todas as perguntas do questionário do informante.

A participação do informante na entrevista visa aumentar a acurácia das respostas, especialmente quando o idoso for incapacitado além de garantir em nossa amostra, a inclusão de informações a respeito destes idosos incapacitados de responder sózinhos a este tipo de questionário.

#### XII - Informações do Entrevistador (itens 1 a 6)

Esta seção do questionário inclui perguntas que devem ser respondidas pelo entrevistador no final da entrevista. Essas informações possibilitaram que se avalie a confiabilidade das informações obtidas do entrevistado.

### 3 – JUSTIFICATIVAS DAS PERGUNTAS

<b>Questões</b>	<b>Propósito/uso</b>
<b>I- INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O QUESTIONÁRIO</b>	Informa a localidade, setor, endereço e a data da realização das visitas.
<b>II – QUESTIONÁRIO PRELIMINAR</b>	Avalia se o(a) entrevistado(a) está apto para responder todas as questões do questionário de avaliação multidimensional.
<b>III – INFORMAÇÕES GERAIS</b>	
<b>1. Sexo</b>	Classifica a população estudada através do sexo.
<b>2. Cor da pele</b>	Indica a cor predominante, através da observação do entrevistado(a).
<b>3. Data de nascimento</b>	Indica o dia, mês e ano do nascimento do(a) entrevistado(a).
<b>3a. Idade</b>	Indica a idade do(a) entrevistado(a).
<b>4. Local de nascimento</b>	Indica a cidade, estado ou país de nascimento do entrevistado.
<b>4a. Nascimento em área rural ou urbana.</b>	Indica se a localização de nascimento corresponde ao meio rural(interior) ou urbana(cidade).
<b>5. Quanto tempo mora em Itajaí</b>	Indica o tempo de moradia na cidade de Itajaí em anos.
<b>6. E neste endereço</b>	Indica o tempo de moradia no endereço atual.
<b>7. Conhecimento de leitura e escrita.</b>	Indica se o(a) entrevistado sabe ler e escrever.
<b>8. Escolaridade</b>	Indica o nível de escolaridade..
<b>9. Estado conjugal</b>	Classifica a população estudada pelo estado conjugal.
<b>9 a. Tempo que está casado ou morando junto.</b>	Indica o tempo em que o(a) entrevistado(a) está casado ou morando junto, situa a estabilidade de laços familiares do(a) entrevistado(a).
<b>9 b. Idade do cônjuge</b>	Indica idade do(a) cônjuge.
<b>9c. Quantas vezes se casou</b>	Indica o número de vezes que o(a) entrevistado(a) conviveu com um cônjuge, seja de forma legal ou não.

10. Número de filhos	Indica se o(a) entrevistado(a) teve filhos e qual o número incluindo a discriminação do sexo e quantos estão vivos.
11. Número total de pessoas que moram com o(a) entrevistado(a)	Usado para avaliar o ambiente social imediato que cerca o(a) entrevistado(a).
11a. Com quem mora o(a) entrevistado(a)	Indica a situação familiar imediata discriminado tipo de veículo das pessoas que moram com o(a) entrevistado(a).
12. Estado geral de saúde	Avalia percepção do estado geral da saúde.
<b>IV – SAÚDE FÍSICA</b>	
13. Comparação da saúde atual com os últimos 5 anos.	Verifica a percepção do(a) entrevistado(a) em relação com à sua saúde atual em comparação com os últimos 5 anos.
14. Comparação da saúde pessoal com a de outras pessoas idosas.	Indica a percepção do(a) entrevistado(a) quanto ao relativo estado de saúde de seu grupo externo de referência.
15. Existência de um problema pessoal de saúde.	Indica a percepção do(a) entrevistado(a) quanto à existência de um problema de saúde.
15 a. Principal problema de saúde que afeta o(a) entrevistado(a).	Utilizada para conhecer quais os problemas de saúde referidos pelo(a) entrevistado(a) e sua quantidade.
15b. Problemas de saúde que atrapalham o(a) entrevistado(a) para realizar atividades.	Indica se o(s) problema(s) de saúde atrapalham as atividades que o(a) entrevistado(a) precisa realizar.
16. Existência de problemas específicos de modalidade.	Indica a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a existência de problemas nos pés, articulares ou falta de algum membro.
16 a. Tratamento, reabilitação ou terapia para aqueles problemas de saúde.	Determina se o entrevistado recebeu algum tratamento, reabilitação ou terapia para os problemas de saúde de saúde.
17. Queda no último ano.	Indica o grau de debilidade física do(a) entrevistado(a).
17a. Pode se levantar sozinho(a) do chão	Indica junto a questão anterior a intensidade deste problema.
17b. Tempo que ficou no chão até receber ajuda.	Indica o tempo ocorrido até receber auxílio.
18. Teve fratura no último ano.	Indica se sofreu alguma fratura nos últimos 12 meses.
19. Acuidade visual.	Indica a percepção do(a) entrevistado(a) sobre o estado de sua visão.
19a. Impacto dos problemas de visão e suas conseqüências em atividades necessárias desejadas.	Determina se a visão do(a) entrevistado(a) o(a) impede de se engajar em atividades necessárias ou desejadas.
20. Percepção audição.	Indica a percepção do(a) entrevistado(a) sobre sua audição.
20a. Impacto dos problemas de audição.	Determina se os problemas de audição do entrevistado impedem de se engajar em atividades necessárias ou desejadas.
21. Presença de dentes naturais.	Indica a percepção do(a) entrevistado(a) sobre a falta ou não dos seus dentes naturais.
22. Estado dos dentes.	Classifica a percepção do(a) entrevistado(a) quanto ao estado de seus dentes, mesmo não sendo naturais.
23. Problemas dentários e de mastigação.	Determina a presença de problemas dentários que dificultam a mastigação.
24. Sangramento de gengiva.	Indica se o(a) entrevistado(a) tem algum grau de doença, período, gengiva e/ou osso alveolar.

25. Ferida na boca que não cicatriza.	Indica o grau de risco de câncer bucal.
26. Higiene bucal.	Determina a forma de higienização dos dentes.
27. Relações sexuais ou práticas sexuais.	Identifica a prática ou não de relações sexuais.
27 a . Prazer nas relações sexuais.	Indica se há percepção de prazer nas práticas sexuais.
27b. Interesse nas práticas sexuais.	<b>Indica se há interesse em ter práticas sexuais.</b>
28. Perda acidental de urina.	Verifica o controle esfinteriano do(a) entrevistado(a), indica grosseiramente se o(a) entrevistado(a) sofre de incontinência urinária.
28a. Frequência da incontinência urinária.	Indica o grau de severidade da incontinência urinária.
28b. Observação do(a) entrevistador(a) de sinais de incontinência.	Indica a possível omissão do(a) entrevistado(a) em relação às questões de incontinência.
29. Funcionamento intestinal.	Verifica o funcionamento do intestino inclusive de constipação.
30. Hábito de fumar.	Indica o hábito desta prática.
30a. Fumava no passado.	Verifica se o(a) entrevistado(a) fumava no passado e o tempo de duração de exposição a esta prática.
31. Problemas de saúde pelo uso de álcool.	Indica o hábito de consumo de bebida alcoólica atual ou passada.
32 . Atividade Física.	Indica a presença do hábito de atividade física e em qual modalidade.
<b>V- UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
33. Fonte de cuidado em caso de doença.	Demonstra o local e/ou instituição que prestam serviços de saúde e cuidado, procurado pelo(a) entrevistado(a) em caso de doença.
33 a . Utilização de serviços de saúde nos últimos 6 meses.	Indica a utilização de serviços de saúde como consultório médico, tratamento fisioterápico, socorro na emergência, hospitalização ou consultório odontológico.
33b. Satisfação com os serviços médicos.	<b>Determina se há satisfação do(a) entrevistado(a) em relação aos serviços médicos utilizados.</b>
33c. Problemas mais importantes no uso de serviços médicos.	Identifica os tipos de problemas que afetam o uso dos serviços pelo(a) entrevistado(a), bem como, as informações que indicam áreas problemáticas, possíveis áreas de intervenção e inovação a níveis institucionais.
34. Fonte de cuidados dentários.	Indica se ocorre e qual a modalidade de serviço odontológico procurado pelo(a) entrevistado(a).
34a. Satisfação de serviços dentários.	Determina o grau de satisfação do(a) entrevistado(a) em relação aos serviços dentários recebidos.
35. Uso e necessidade de ajuda/apoio.	Determina os tipos de ajuda/apoio usadas pelo entrevistado e aquelas que necessita mas não tem.
35a. Necessidade de troca de ajuda/apoio.	Demonstra a necessidade ou não de trocar ajudas/apoios utilizadas pelo(a) entrevistado(a).
36. Uso de remédios.	Determina se o entrevistado está ou não tomando remédios.
36 a. Uso de remédios prescritos ou não por médicos.	Verifica se os remédios foram prescritos por um médico.
36b. Problemas de obtenção de medicamentos usados regularmente.	Determina o problema do(a) entrevistado(a) em obter remédios que usa.

<b>36c.</b> Remédios que está tomando.	Identifica e discrimina os remédios que o(a) entrevistado(a) faz uso e em qual número.
<b>37.</b> Assistência individual em caso de doença.	Usada para determinar se o(a) entrevistado(a) tem uma pessoa que cuide dele em caso de doença e identificação dessa pessoa.
<b>VI- ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA</b>	
<b>38.</b> Alimentação.	Usada para avaliar a capacidade de alimentar-se sozinho ou se precisa de ajuda.
<b>39.</b> Vestir e despir-se.	Usada para avaliar a capacidade de vestir e tirar as roupas.
<b>40.</b> Pentear-se.	Usada para avaliar a capacidade de manejar os instrumentos para pentear os cabelos.
<b>41.</b> Locomove-se.	Avalia a capacidade de locomover-se com ou sem ajuda.
<b>44.</b> Tempo para chegar ao banheiro.	Indica problemas para chegar em tempo ao banheiro e uso de sondagem.
<b>45.</b> Frequência que se molha ou se suja.	Indica grosseiramente incontinência urinária ou fecal.
<b>46.</b> Uso do telefone.	Avalia a capacidade e independência para utilização do telefone.
<b>47.</b> Pegar ônibus.	Usada para avaliar a capacidade de usar os meios de transporte mais comuns que exigem esforço substancial.
<b>48.</b> Satisfação da necessidades básicas.	Avalia a capacidade e independência para comprar roupas, alimentos e artigos de primeira.
<b>49.</b> Colocar e cortar refeições.	Indica a capacidade e independência para colocar e cortar as refeições no prato.
<b>50.</b> Tarefas domésticas.	Usada para avaliar a capacidade de desempenhar tarefas domésticas.
<b>51.</b> Ingestão de medicamentos.	Usada para avaliar a capacidade de tomar remédios de uso regular.
<b>52.</b> Controle financeiro.	Avalia a capacidade de cuidar das próprias finanças.
<b>53.</b> Disponibilidade de ajuda com as tarefas diárias.	Indica a pessoa que mais ajuda nas tarefas diárias como limpeza, arrumação da casa, etc...
<b>53 a.</b> De quem recebe assistência.	Demonstra vínculo da pessoa que auxilia o(a) entrevistado(a) nas tarefas da casa.
<b>VII- RECURSOS SOCIAIS</b>	
<b>54.</b> Participação de atividades.	Especifica quais atividades que o(a) entrevistado(a) participa em seu tempo livre.
<b>55.</b> Participação em programas de terceira idade.	Indica se o(a) entrevistado(a) participa de programas voltado especificamente para a terceira idade e aponta quais seriam.
<b>56.</b> Satisfação com atividades desempenhadas nas horas livres.	Determina o grau de satisfação do(a) entrevistado(a) com atividades levadas a cabo no tempo livre, indicador de adaptação ao meio ambiental social e imediato.
<b>56 a.</b> Razão para insatisfação com atividades executadas no tempo livre.	Determina a principal razão pela qual o(a) entrevistado(a) está insatisfeito com suas atividades desempenhadas no tempo livre.
<b>57.</b> Satisfação no relacionamento com pessoa que moram com o(a) entrevistado(a).	Determina o grau de satisfação do(a) entrevistado(a) em seu relacionamento com as pessoas com quem mora.
<b>58.</b> Assistência fornecida a família pelo(a) entrevistado(a).	Determina o tipo de ajuda ou assistência fornecida pelo(a) entrevistado(a) ao seu grupo familiar.

59. Assistência fornecida ao entrevistado(a) pela família.	Determina o tipo de ajuda ou assistência fornecida ao entrevistado(a) pelo seu grupo familiar.
60. Satisfação com relação aos amigos.	Determina o nível de satisfação do(a) entrevistado(a) em suas relações de amizade.
61. Satisfação com relação aos vizinhos.	Determina o nível de satisfação do entrevistado em relação aos seus vizinhos.
62. Recebeu visita de alguma pessoa.	Indica relacionamento social.
<b>VIII – RECURSOS ECONÔMICOS</b>	
63. Atividade profissional atualmente exercida.	Identifica se há o tipo de atividade profissional exercida atualmente.
64. Profissão exercida por mais tempo.	Determina o tipo de profissão realizada por mais tempo.
64 a. Idade que começou a trabalhar.	Indica a entrada do(a) entrevistado(a) no mercado de trabalho.
64b. Trabalho atual.	Determina se o(a) entrevistado(a) tem um trabalho remunerado atualmente.
64c. Idade em que parou de trabalhar.	Indica a saída do(a) entrevistado(a) do mercado de trabalho.
65. Recebimento de aposentadoria e/ou pensão.	Indica se o(a) entrevistado(a) atualmente está recebendo aposentadoria ou pensão.
65 a. Aposentadoria.	Indica se a aposentadoria/pensão é suficiente para suprir as despesas do(a) entrevistado(a).
66. Fonte de renda.	Determina o número e a natureza das fontes de renda regulares.
67. Montante de renda pessoal.	Determina o nível de renda pessoal e pode identificar os diferentes níveis de renda entre a população pesquisada.
68. Renda total do grupo familiar.	Determina o peso da renda individual em relação a renda total recebida pelo grupo familiar.
69. Comodidades e/ou utensílios domésticos da casa do(a) entrevistado(a)	Indicador de status sócio-econômico e grosseiramente de qualidade de vida.
70. Moradia e residência própria, alugada ou cedida.	Permite a distinção entre proprietários, inquilinos e usuários de moradia e serve como indicador grosseiro do status sócio-econômico do(a) entrevistado(a).
71. Comparação da situação financeira atual com a de quando tinha 50 anos de idade.	Usada para determinar o nível de satisfação com a situação financeira atual, comparada com a situação econômica aos 50 anos de idade.
72. Grau de satisfação das necessidades básicas.	Usada para determinar se a situação financeira permite ao entrevistado(a) suprir suas necessidades básicas.
73. 8Observação do entrevistado) Condições de moradia.	O entrevistador deve verificar as condições de moradia do(a) entrevistado(a) e classificá-las nas categorias propostas.
<b>IX - SAÚDE MENTAL</b>	
74, 75, 76, 76a, 78, 79.	Estas questões visam colher informações para avaliar-se a saúde mental do entrevistado a partir da auto-avaliação de suas condições emocionais (questionários OARS e BOAS).
77. Escala de avaliação psiquiátrica	Esta questão é, de fato, uma escala de avaliação psiquiátrica (Pfeifer, 1979) utilizada no questionário OARS adaptada para as versões brasileiras. Indica possíveis

	casos psiquiátricos.
X – NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO	
80. Principais necessidades.	Avalia qual(ais) área(s) o(a) entrevistado(a) pode apresentar alguma necessidade ou carência.
81. Problema principal.	Indica em qual área (saúde, economia, moradia, família, violência ou transporte) tem mais problemas em seu cotidiano.
<b>XI – QUESTIONÁRIO PARA O INFORMANTE</b>	
É um conjunto de perguntas, totalizando 12(doze) questões, dividida em 4 seções e são feitas exclusivamente ao informante.	Informações sobre o indivíduo entrevistado incapazes de responder ao questionário. Comparação das respostas do informante com o próprio idoso, aumentando assim, a eficácia das respostas.
82. Relacionamento familiar.	Percepção do informante quanto ao relacionamento familiar do(a) entrevistado(a).
83. Presença de alguém para ajudar em caso de doença.	Indica apoio social e/ou familiar.
83 a. Tempo de auxílio.	Indica por quanto tempo o(a) entrevistado(a) poderia receber auxílio no caso de doença.
83b. Nome e discriminação do vínculo entre o cuidador e o(a) idoso(a).	Identifica possível cuidador e demonstra o tipo de vínculo com o(a) entrevistado(a).
84. Satisfação das necessidades básicas.	Percepção do informante quanto a satisfação do(a) entrevistado(a) em relação a alimentação, moradia, vestimento e cuidados de saúde.
85, 86, 87, 88 e 89. Saúde Mental	Estas questões visam colher informações indiretas sobre o estado de saúde mental de idosos total ou parcialmente incapacitados de responder ao questionário à partir de um informante selecionado.
90. Estado de saúde física	Classificação do(a) entrevistado(a) sobre o estado de saúde física do(a) entrevistado(a).
91. Impacto dos problemas de saúde	Percepção do(a) informante quanto ao impacto nas atividades da vida diária dos problemas de saúde do(a) entrevistado(a).
XII – INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADOR	
1-6. Avaliação geral da entrevista pelo entrevistador	Verifica a confiabilidade das informações obtidas do entrevistado.

## II – DIRETRIZES PARA ADMINISTRAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

### 1 – INTRODUÇÃO

Para assegurar que os dados reunidos serão compatíveis, é imperativo que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Essas instruções devem ser seguidas na

condução da pesquisa de modo a garantir que a abordagem de coleta dos dados seja adequada. O trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores é de importância estratégica para se alcançar os objetivos do projeto. Assim essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante o processo de coleta de dados. Em projetos como esses, não há lugar para improviso. Em caso de dúvidas ou problemas que não podem ser resolvidos com a consulta a este manual, consulte o supervisor do projeto.

## **2 – PREPARAÇÃO DA ENTREVISTA**

### 2.1 – Confiabilidade do entrevistado:

A maioria dos indivíduos entrevistados estará apta para responder todas as questões mas ocasionalmente o entrevistador terá que decidir se o entrevistado tem ou não condições de responder (distúrbios sérios de memória, de saúde mental ou outros). O Questionário Preliminar - QUESTIONÁRIO PRELIMINAR (pág. 5) dá uma indicação da capacidade do idoso de responder ou não. Se obter-se um escore total de 6 (seis) erros ou mais no Questionário Preliminar será uma indicação de que o indivíduo não está apto para responder todo o questionário. Se o idoso estiver muito incapacitado (por ex. incapaz de falar por problemas neurológicos ou visivelmente com problemas mentais) deve-se considerar o entrevistado não-apto para responder todas as questões e um INFORMANTE deverá ser buscado. Neste caso faça, se possível, para o idoso, somente as questões subjetivas (aquelas que estão dentro de molduras – ou caixas - □ ) e para o informante todas as demais, inclusive todas as perguntas contidas no Questionário do Informante.

Se o idoso estiver incapacitado para responder até as questões subjetivas faça uma entrevista exclusivamente com o informante (perguntando as questões objetivas do questionário e aquelas do questionário do informante) e informe isto no questionário.

### 2.2 – Um informante aceitável:

Um informante aceitável deve ter 18 anos de idade ou mais ou ser casado(a) (se tiver menos de 18 anos), e estar apto física e mentalmente para poder responder no lugar do entrevistado.

Informantes aceitáveis por ordem de preferência são:

1. Um membro da residência do idoso vinculado à este por laços sanguíneos, de casamento ou de adoção;
2. Uma pessoa responsável pelos cuidados com o idoso (um cuidador);
3. Um membro da residência do idoso mas sem vínculos com este;
4. Um parente direto do idoso mas que não vive na mesma residência que este.

### 2.3 – Questões subjetivas e objetivas:

As questões ditas subjetivas são aquelas que procuram medir a percepção do indivíduo sobre vários assuntos e devem ser respondidas exclusivamente pelo idoso. No caso das questões objetivas a acurácia é importante e, assim, se o idoso não for considerado apto para responder, um informante aceitável deverá responder estas questões por ele.

Para facilitar, as questões subjetivas estão margeadas por uma moldura e as objetivas não.

Se o idoso for considerado *apto*:

- todas as questões (subjetivas – dentro de molduras e objetivas – sem molduras) deverão ser feitas à ele, com exceção do questionário do informante.
- se um informante aceitável estiver disponível, faça à este as questões do Questionário do Informante.

Se o idoso for considerado *não-apto*:

- faça para o idoso apenas as questões subjetivas (aquelas dentro de molduras).
- faça para o informante todas as demais questões, inclusive aquelas do Questionário do Informante.

Colha os dados da forma mais verdadeira e completa possível, isto é, se o informante não souber responder alguma questão pelo idoso mas este demonstrar que sabe, use a resposta do idoso. Ocasionalmente o idoso poderá estar completamente incapacitado para responder mesmo às questões subjetivas, neste caso faça uma entrevista exclusivamente com o informante, na qual apenas as questões "sem molduras" serão respondidas.

#### 2.4 – Privacidade:

Cada respondente, entrevistado ou informante, deve, sempre que possível, ser entrevistado à sós.

O entrevistador deve saber que para que alcancemos os objetivos do projeto é necessário que se busque entrevistar preferencialmente o idoso sozinho e, sempre que houver um informante aceitável, fazer as questões cabíveis à este, também sozinho.

Se o entrevistado insistir muito em permanecer enquanto ocorre a entrevista do informante ou vice-versa o entrevistador deve ceder e evitar fazer as questões que podem ser embaraçosas como aquelas sobre a sexualidade do idoso (Qs. 27, 27a e 27b) e o questionário do informante. Neste caso anote no questionário a razão da não-realização destas questões.

#### 2.5 – Iniciando a entrevista

Antes de começar a entrevista o entrevistador deve reafirmar (uma vez que já deve ter sido enfatizado quando da abordagem do domicílio) o caráter confidencial de todas as respostas e a importância da contribuição do respondente ao projeto. Poderá, então, ser dito ao respondente: "Eu vou lhe fazer uma porção de perguntas. Algumas delas podem parecer que não sejam aplicáveis para você mas, por favor, peço sua paciência para responde-las da melhor forma que puder. Estas questões foram construídas para serem feitas à diferentes tipos de pessoas e é importante que cada pessoa responda à todas elas."

### **3 – DIRETRIZES PARA CONDUZIR A ENTREVISTA**

Esta seção contém uma descrição detalhada, etapa por etapa, de como conduzir uma entrevista.

#### a. Orientações Iniciais

As seguintes orientações devem ser seguidas:

1. Assim que for atendido no domicílio selecionado diga seu nome e o da instituição que você representa. Tenha à mão o cartão de identificação e a cópia da carta oficial de apresentação.

2. Pergunte se naquela residência mora alguma pessoa com 60 anos de idade ou mais.
3. Se a resposta for positiva explique os objetivos do projeto e a sua importância. Tenha em mente informações claras sobre o estudo para que você possa explicá-lo de maneira a estimular o interesse e a cooperação. Peça para falar pessoalmente com a pessoa idosa. Se houver mais de uma pessoa idosa residente explique a necessidade de sorteio de uma delas.
4. Tente já estar dentro da casa e sentando antes de começar a entrevista. Tente não fazer perguntas que induzam a uma resposta negativa. Por exemplo, não pergunte: “Posso entrar?”, em vez disso diga: “Eu gostaria de entrar e conversar com o Sr.(a).” . Se o entrevistado lhe der alguma razão para que você não entre, não force a decisão; comece a entrevista.
5. Esteja preparado para responder perguntas. Quase sempre há perguntas que exigem respostas à porta antes que você receba permissão para entrar.
6. Ao iniciar a conversa com o(a) entrevistado(a) explique novamente os objetivos do projeto e a importância de sua colaboração. Observe a capacidade do(a) entrevistado(a) e, se for necessário, pergunte por um informante aceitável. Se não for evidente neste momento, a busca por um informante pode ser necessária após a aplicação do Questionário Preliminar. Se houver uma pessoa que se enquadre na condição de informante, independentemente da capacidade do entrevistado, explique à ambos a importância das respostas do informante para aumentar a precisão da pesquisa.
7. Assegure ao entrevistado que suas respostas são confidenciais. Explique que suas respostas serão codificadas e apresentadas de forma unicamente estatística. Ninguém alheio a pesquisa jamais verá seu nome ou ligará seu nome a suas respostas. Seu nome jamais será, de jeito algum, identificado por qualquer análise de dados.
8. Diga ao entrevistado como ele foi escolhido, caso ele pergunte. É importante que o entrevistado compreenda que ele é parte de um estudo sobre a população idosa na sua cidade e que foi escolhido ao acaso.
9. Tente evitar platéia. É necessário gentileza e tato para obter privacidade, mas é importante que você tente. Sugira frases como: “Poderíamos ir para algum outro cômodo pois assim não seremos interferidos no programa (TV ou rádio ou atividades) que outras pessoas estão assistindo (fazendo).” “Se eles nos desculparem, talvez pudéssemos ir para outro cômodo. A entrevista irá mais rápido e poderemos voltar logo”.  
 “Creio que você preferiria responder algumas perguntas a sós. Poderíamos ir para outro cômodo?”  
 Nos casos em que a entrevista tem que ser conduzidas numa casa de um só cômodo, tente, se possível, conseguir algum grau de privacidade. Deve ser lembrado que privacidade em si não é a chave; importante é assegurar uma atmosfera propícia a um diálogo relaxado e aberto com o entrevistado.
10. Providencie assento conveniente. Sugira sentar a uma mesa, se estiver óbvio que há uma. Sente-se **em frente** ao entrevistado – e não ao seu lado. Se você sentar ao seu lado, a atenção do entrevistado estará voltada para tentar ler o questionário adiante.
11. Avise o entrevistado de que por vezes poderá haver perguntas aparentemente muito óbvias ou não aplicáveis ao seu caso ou situação. A estrutura do questionário foi idealizada para abranger amplo número de casos e situações. Daí a necessidade de incluir um número de perguntas que podem não se aplicar a todos incluídos na amostra a ser entrevistada. Peça ao entrevistado para colaborar com você respondendo a todas as perguntas.

#### b. Conduzindo a Entrevista

Há certas regras que você, entrevistador, deve seguir para garantir uma entrevista imparcial. Sugerimos que você **leia e decore** cada uma das seguintes regras:

##### 1. **Permaneça sempre neutro**

Você deve manter sempre uma atitude neutra para com o entrevistado. Não mostre surpresa com as coisas que ouve. Através de sua atitude descontraída, embora profissional, coloque o entrevistado à vontade e ganhe a sua confiança.

##### 2. **Faça todas as perguntas exatamente como elas estão formuladas**

Não mude nem mesmo uma palavra do questionário impresso. Na maioria das vezes, a menor mudança pode afetar o sentido da pergunta. Mesmo que você sinta que a pergunta pode ser formulada de maneira mais simples, não improvise no método de fazer a pergunta. Cada palavra tem um motivo para estar lá.

3. **Faça as perguntas na ordem que elas aparecem**

Nunca mude a ordem das perguntas do questionário. As perguntas seguem-se uma às outras numa seqüência lógica. Mudar esta seqüência destruirá o intento do questionário. Se o entrevistado está falando livremente, você pode sentir que ele já respondeu a algumas perguntas antes de você ter chegado nelas. **Não pule nenhuma pergunta, mesmo que haja uma repetição.** Se algum entrevistado se irritar um pouco e disser: “já falei isso.”, você pode dizer alguma coisa agradável como: “Tenho que ter certeza de que o Sr.(a) me deu a resposta **completa** para isso.”, ou “o(a) Sr.(a) já pode ter me falado isso, mas deixe-me perguntar de novo.”.

Há perguntas, no entanto, que você será instruído para omitir ou pular, dependendo das respostas ou das perguntas. Mas elas estarão sempre claramente indicadas e haverá instruções escritas para você seguir.

4. **Certifique-se de que o entrevistado não veja as perguntas**

Os entrevistados podem ser influenciados ao saber as perguntas que virão ou ao ver categorias de respostas, que nem sempre estão prontas para o entrevistado. Quando queremos que o entrevistado saibam as diferentes respostas alternativas, você deverá lê-las literalmente. De qualquer modo, a estrutura da pergunta e/ou as instruções deverão ser seguidas.

5. **Não aceite um “não sei” sem posterior sondagem**

Sempre tente pelo menos obter uma réplica para uma resposta “**Não sei**” antes de aceitá-la como resposta final. Mas tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado ou forçar uma resposta caso ele diga de novo que não sabe. Passe para a próxima pergunta depois de codificar NS/NR como resposta.

6. **Direito do entrevistado de recusar-se a responder**

Lembre-se que o entrevistado tem o direito de se recusar a responder qualquer pergunta que ele queira. Ainda que queiramos respostas para todas as perguntas, o entrevistado tem o direito de se recusar a responder qualquer pergunta que considere inconveniente ou muito pessoal. Nesses casos passe para a pergunta seguinte e codifique NS/NR.

7. **Use sempre provas neutras**

Comprovar uma resposta é esclarecer ou certificar a informação prestada pelo entrevistado. Quando for necessário comprovar, use sempre **provas neutras**.

Perguntas estruturadas devem ser comprovadas **apenas** se o entrevistado não responder dentro das possibilidades previstas. Por exemplo, suponha que um entrevistado lhe dê uma resposta para uma pergunta estruturada que não se encaixa exatamente em nenhuma das categorias preestabelecidas. Você pode dizer: “Bem, o que se aproxima mais?” e repetir as respostas **que estão nas perguntas**.

Respostas a perguntas abertas devem ser sempre comprovadas, a menos que você seja instruído do contrário a uma pergunta determinada. Você deve provar respostas abertas para o seguinte:

- a. Esclarecer exatamente o que o entrevistado tem em mente.
  - b. Certificar-se de que sua resposta é relevante, é mesmo que a resposta para a pergunta.
  - c. Para idéias adicionais sobre o assunto, (“O que mais?” ou “Alguma coisa mais?”).
- Em perguntas abertas examine a clareza da informação com: “Poderia me falar mais sobre isso?” ou “Pode me dar um exemplo?”

Onde há alguma dúvida sobre a relevância da resposta à pergunta, repita-a devagar, enfatizando a parte que você sentiu que o entrevistado não entendeu ou não respondeu. Depois comprove com “que outras coisas...” e repita a pergunta.

8. **Desestimule irrelevâncias**

Às vezes, uma determinada pergunta pode fazer com que o entrevistado se lembre de alguma coisa ou relate alguma estória ilustrativa da resposta que ele acabou de dar, sobre tudo entre entrevistados faladores. Você fará um favor tanto para si mesmo quanto para o entrevistado se imprimir à entrevista um tom profissional. Se você se depara com um entrevistado disperso, digressivo, ou um que envereda numa conversa irrelevante, não hesite em

interromper e trazê-lo de volta ao ponto da pergunta, repetindo o que você quer saber. Ao mesmo tempo, é claro, tenha cuidado para não antagonizar o entrevistado.

- 9. Não explique palavras de uma pergunta, a menos que as especificações o recomendem**  
Algumas vezes os entrevistados lhe pedirão para explicar palavras de uma pergunta ou partes de uma pergunta. Em algumas situações **especiais**, você pode fazer isso. Mas nesses casos, as especificações pergunta-a-pergunta lhe dirão qual a explicação ou a definição que você tem permissão para dar. Se não estiver especificado, você **não** pode oferecer sua própria definição ou explicação. Você deve responder à dúvida dizendo: “o que quer que isso se signifique para o Sr.(a)”. Se o entrevistado não consegue responder à pergunta devido à sua falta de entendimento, codifique NR/NS. Lembre-se de fazer alguma anotação explicando a natureza do problema.

#### **4 – AS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO**

##### a. Tipos de Perguntas

As perguntas incluídas no questionário são de três diferentes tipos:

##### **1. Estruturadas**

O entrevistado deve escolher, dentre as alternativas apresentadas, uma resposta que reflita de modo mais acurado o seu ponto de vista. As respostas foram elaboradas, impressas e precodificadas anteriormente à entrevista e estão listadas como alternativas para o entrevistado.

##### 1.1 Fechadas

Todas as alternativas de respostas são lidas pelo entrevistador, que as oferece ao entrevistado após fazer a pergunta. Também se enquadra neste tipo as perguntas que exigem como respostas **sim** ou **não** apesar de o entrevistador não ler para ela essas opções, considerando que elas estão implícitas. Um exemplo deste tipo de questão é a nº 01.

##### 1.2 Abertas

As categorias de respostas estão listadas e precodificadas, mas o entrevistador não lê as alternativas para o entrevistado, que deve responder de acordo com a pergunta. Cabe ao entrevistador marcar a resposta correspondente na lista e, quando ela não se enquadrar nas opções, oferece-las para o entrevistado escolher. Um exemplo deste tipo de questão é a nº 04.

##### **1.3 Mistas**

Essas perguntas são uma variação de pergunta fechada e as opções de respostas também devem ser lidas para o entrevistado. A diferença é que entre as alternativas listadas, exige a possibilidade de uma resposta aberta por parte do entrevistado. Nesse caso, especifica-se na categoria outro tipo ou fonte. Um exemplo deste tipo de questão é a nº 06.

##### **2. Não Estruturadas**

Nesse tipo de questão, não existem alternativas para se escolher. Pelo contrário, a idéia é conseguir do entrevistado uma livre e aberta resposta á pergunta. Cabe ao entrevistador anotar livremente a resposta do entrevistado, que deverá ser posteriormente codificada para o processamento e análise dos dados. Em alguns casos, a própria resposta do entrevistado servirá de código para a análise. Um exemplo deste tipo de questão é a número.

b. Problemas que podem afetar as perguntas

Em alguns casos o entrevistado se defrontará com alguns problemas específicos que dificultam o manuseio das perguntas “estruturadas” (fechadas). Por exemplo:

1. O entrevistado não escolhe nenhuma das categorias dadas porque sente que nenhuma das respostas predefinidas serve ou que ele escolheria uma resposta sob certas condições e outras respostas sob condições diferentes. Neste caso, **você deve tentar induzi-lo à generalização**, repetindo a pergunta e dizendo: “De modo geral, é desse jeito ou de outro?”, ou “na maioria das vezes”, ou “quase sempre”, etc. Se ele insiste que não pode escolher, escreva a sua primeira resposta. Coloque então a sua marca de prova (comprovação) e deixe o supervisor decidir como codificar. (as marcas de prova estão explicadas na Seção 4, Registrando Respostas).

2. **Respostas vagas e generalizadas**

Nas conversas diárias, as pessoas normalmente conversam em termos vagos ou imprecisos. É compreensível que os entrevistados respondam a princípio de maneira pouca clara ou específica. É importante estimular o entrevistado a expressar-se mais corretamente, em termos bem específicos.

3. **Respostas circulares**

Algumas vezes os entrevistados pensarão que estão respondendo a uma pergunta quando tudo que estão fazendo é simplesmente repetir uma resposta que já deram ou parte da pergunta. Um entrevistado pode falar bastante e estar apenas repetindo a pergunta com palavras diferentes. Nesses casos, você deve assegurar uma resposta mais específica e precisa.

4. **Respostas “não sei”**

Algumas vezes um entrevistado poderá dizer: “Não sei”. O entrevistado pode dar essa resposta porque:

- ele não entende a pergunta e diz N.S. para evitar dizer que não entendeu;
- ele está pensando na pergunta e diz N.S. para preencher o silêncio e ganhar tempo para pensar;
- ele pode estar tentando fugir do assunto porque se sente desenformado, pode dar uma resposta errada, ou porque a pergunta lhe parece muito pessoal; ou inoportuna.

Não se apresse para esclarecer uma pergunta “não sei”. Se você ficar quieto – mas em atitude de expectativa - o entrevistado achará há algo mais para ser dito. Silêncio e espera são quase sempre as melhores provas para um “não sei”. Você também achará que outras provas úteis são: “Bem, o que acha?”, “Quero saber o que você acha disso”

“Ninguém sabe realmente, eu suponho, mas qual é a sua opinião?”

5. **Respostas e Perguntas Dependentes**

Perguntas dependentes são aquelas que perguntam somente a alguns entrevistados. A determinação de quem deve ser perguntado “depende” da resposta à pergunta específica de problemas ou questões. Assim por exemplo, se o entrevistado responde “sim” à pergunta 15 da seção Saúde Física, deve-se formular a ele as perguntas 15a e 15b; em caso de resposta negativa, o entrevistador deve pular da pergunta 15 para a 16, marcando a alternativa N. A. para as perguntas 15a e 15b. É surpreendentemente fácil começar a formular uma pergunta dependente antes de você de repente constatar que ela não devia ter sido formulada. Para evitar isso, você deve conhecer bem as instruções antes de começar a entrevista. Se acontecer de você formular indevidamente uma pergunta dependente, você deve riscar qualquer respostas que tenha sido registrada. **Nunca apague nada num questionário.**

## 5 – REGISTRANDO RESPOSTAS

a. Princípios Gerais

Já falamos como formular as perguntas e como esclarecer e completar as respostas. Ambas são tarefas muito importantes. No entanto, se você erra ao escrever ou circular a resposta, todos os seus esforços anteriores terão sido em vão.

As notas e símbolos usados neste questionário tanto para entender as respostas do entrevistado quanto para entender as suas provas fazem parte do processo de registro. Em geral, é claro, o seu registro deve ser o mais fiel possível àquilo que o entrevistado diz. Aqui há perguntas sugestões de registro.

b. Técnicas Específicas

Escrever palavra por palavra aquilo que o entrevistado diz é denominado registro literal. O registro literal é necessário tanto para as perguntas abertas quanto para o registro que pode acompanhar as perguntas semi-estruturadas ou mistas. Esse tipo de registro é difícil, mas aqui estão algumas idéias que podem ajudá-lo.

1. Esteja pronto para escrever – Tenha a caneta preparada quando você fizer as perguntas. Comece a escrever imediatamente, senão você perderá o começo.
2. **Use abreviações** – No entanto, depois de terminada a entrevista, observe as abreviações que você usou. Se alguma abreviação puder causar confusão para a pessoa que tem que ler as respostas, escreva o termo por extenso antes de entregar o trabalho. Certifique-se de que a sua caligrafia é legível.
3. Peça ao entrevistado para falar devagar – As pessoas em geral gostam quando você pede que falem mais devagar, ou repitam alguma coisa, ou que esperem um minuto até que você entenda melhor, porque você “não quer perder nada” ou “quer registrar tudo”. Outras técnicas incluem você falar mais devagar, ir lendo à medida que escreve, e ler parte do que já escreveu, pedindo ao entrevistado que complete o restante.
4. Tenha sempre material extra – Anote sempre as respostas à caneta. Leve pelo menos três para o caso de alguma falhar.
5. Desenhe um círculo em volta do número assinalado para a resposta alternativa escolhida pelo entrevistado – Deve-se dar atenção especial ao desenho do círculo a que não inclua mais do que o número precodificado naquela hora. Lembre-se: o número precodificado é aquele que depois entrará na coluna apropriada de código. Deve-se evitar esforços no sentido de evitar problemas de anotação. Problemas de contradição nessas linhas são impossíveis de se resolver depois.
6. Use um X para identificar que houve necessidade de esclarecimento – Quando houver questões cujas respostas necessitem de maiores esclarecimentos para o entrevistador, marque um X neste ponto.  
Sugerir é algo que você não deve fazer (a não ser pergunta específica que o manual e/ou o questionário assim determinem). Comprovar no entanto, é válido; significa fazer perguntas vagas ou abertas, afim de obter do entrevistado uma resposta mais completa. Comprovações válidas são perguntadas como: “Você pode me falar sobre isso?”, “Pode me dar um exemplo?”, “como você se sentiu sobre isso?”, “Quando isso aconteceu?”, “Pode explicar isso um pouco mais?”, “Onde isto aconteceu?”, “Quem mais estava lá na ocasião?” e assim por diante, dependendo das circunstâncias da pergunta.  
Anote apenas as respostas do entrevistado. É importante registrar com fidelidade as respostas que sirva, para esclarecer melhor a questão. Portanto, não queremos ver as palavras que você usou para a prova, mas queremos saber quando você comprovou.  
As respostas do entrevistado, justamente com X, nos darão um quadro de conversa que ocorreu.  
A marca de prova X é a maneira de nos dizer que houve algum comentário do entrevistador.
7. Registro literal, é claro, significa que você deve reproduzir a fala do entrevistado palavra por palavra – Não corrija ou resuma o que ele diz, deixe que o entrevistado responda por si mesmo! Estamos interessados nas palavras que o entrevistado usa para se expressar. As próprias palavras do entrevistado dão uma boa compreensão da intensidade de suas respostas.
8. Lembre-se de incluir os pronomes (ele, ela, eles). – Sem ele o significado da resposta em geral não é tão claro quanto você pensa.
9. Use os espaço em branco disponíveis no questionário, **exceto** a margem direita, onde está o código de coluna. Esse espaço deve permanecer em branco para se colocar os códigos. Lembre-se de marcar as respostas com o número da pergunta se a narrativa ou os

comentários estiverem em uma parte diferente do questionário (por exemplo, parte inferior do papel).

**Por favor, faça suas próprias observações quando sentir que algo precisa de explicação.** Mas não esqueça de colocá-las entre parênteses para que sua explicação não seja confundida com a resposta. Você pode querer dar explicações como: o entrevistado começou a se inquietar, o entrevistado riu, etc.

10. Se for necessário trocar um código, faça uma cruz, não apague – Se o entrevistado muda de idéia depois de você já ter feito o círculo erradamente, risque-o com uma cruz e circule o código certo. Quando estiver fazendo registro literal, risque a palavra ou frase que você quer eliminar e continue a escrever.

## 6 – REVISANDO A ENTREVISTA

Depois de terminada a entrevista, revise o questionário e certifique-se de que o preencheu acurada e completamente. Esse procedimento, mesmo que tome muito tempo, é parte importante do trabalho do entrevistador. Alguns dos objetivos dessa revisão são:

1. **Pegar e corrigir, ou explicar, erros ou omissões no registro** – Erros comuns que podem ser flagrados numa revisão: códigos omitidos, perguntas desnecessárias e erros ao circular os códigos. Sob a pressão da situação da entrevista, você pode cometer qualquer um desses erros; a maioria deles pode se corrigir se você faz a revisão logo após a entrevista.
2. **Aprender para que os erros não se repitam** – Normalmente os erros cometidos numa entrevista tendem a se repetir. Estude-os e fique atento a essas questões, a fim de evitar que eles voltem a ocorrer.
3. **Melhorar a caligrafia e escrever as abreviações por extenso** – a revisão deve ser feita com caneta com cor diferente. Todos os números de perguntas que contém erros por omissão ou porque você não tem certeza da prática do registro devem ser anotados na margem superior direita da capa do questionário. Isso facilitará o trabalho do supervisor no sentido de dedicar mais atenção as perguntas que lhe causaram maior dificuldade.

## 7 – GLOSSÁRIO DAS PERGUNTAS QUE REQUEREM TRATAMENTO ESPECIAL

Esta seção tem dois propósitos:

- a) oferecer um glossário dos conceitos que exigem uma definição mais detalhada de modo a que possam ser uniformemente administradas;
- b) facilitar a discussão e o entendimento das perguntas que exigem um tratamento especial.

### a. Glossário de Conceitos e Definições

<b>Pessoa Idosa</b>	Todas as pessoas com 60 anos ou mais
<b>N.A</b>	“Não aplicável”. Este deve ser checado quando uma pergunta não se aplica ao entrevistado, de acordo com as instruções do questionário.
<b>N.S.</b>	“Não sabe”. Os entrevistadores devem ter em mente o conceito deste manual. Idealmente, este só deve ser usado em casos extraordinários, ou seja, quando não há dúvida de que o entrevistado não conhece nada (ou não tem opinião) sobre o assunto da pergunta.
<b>N.R.</b>	“Não responde”. Este código só deve ser usado nos casos em que se recusa a responder ou não tem capacidade de responder..

<b>Estrutura das perguntas</b>	As perguntas são geralmente estruturadas para incluir os seguintes elementos: <ul style="list-style-type: none"> <li>o texto da pergunta</li> <li>resposta alternativa precodificada, e/ou um espaço para uma resposta específica a pergunta, e a coluna do código</li> </ul>
<b>Precodificação</b>	A maioria das perguntas foi precodificada como <b>alternativa</b> para facilitar o procedimento dos questionários. As alternativas abrangem, ou pretende-se que abranjam, todas as respostas possíveis.
<b>Coluna de código</b>	Esta coluna é reservada exclusivamente à anotação do número da alternativa precodificada que identifica a pergunta e a resposta. As anotações nesta coluna devem ser feitas por seu supervisor (ou por um grupo de codificadores treinados). Os entrevistadores não devem, sob hipótese alguma, fazer anotações/codificações nesta coluna.
<b>Idade</b>	Os resultados referem-se à idade em anos completos na data da entrevista.
<b>Estado conjugal</b>	Nas diferentes categorias incluídas nesta pergunta, levou-se em conta a condição das pessoas em relação ao fato de virem em companhia do cônjuge, em decorrência do casamento civil, considerado como condição jurídica das pessoas em relação ao matrimônio.
<b>Casada</b>	Pessoa que contraiu matrimônio civil, religioso ou civil religioso, e vive em companhia de cônjuge, assim como a que vive em união consensual estável.
<b>Viúva</b>	Pessoa cujo cônjuge morreu e ao que esteve ligada por casamento civil religioso, civil e religioso ou união consensual estável e que não contraiu novo casamento, nem viveu em companhia de outro cônjuge.
<b>Separada</b>	Pessoa casada (matrimônio civil, religioso, ou civil e religioso) que tenha se separado sem desquite ou divórcio.
<b>Divorciada</b>	Pessoa que tem este estado civil homologado por decisão judicial e não vive em companhia de outro cônjuge.
<b>Rendimento familiar</b>	Considera-se rendimento familiar a soma dos rendimentos dos componentes da família, excluindo empregados domésticos e seus parentes.

#### b. Perguntas que Exigem Tratamento Especial

##### **Questionário Preliminar**

O **questionário preliminar** é parte integrante da avaliação de saúde mental e está colocado no início do questionário para permitir ao entrevistador identificar, já no começo da entrevista, aqueles entrevistados que não estão aptos para responder todas as questões.

Esta seção deve ser aplicada com paciência e de maneira padronizada. Os entrevistados costumam responder prontamente a todas as perguntas. Entretanto, se o entrevistado se mostrar desconcertado com alguma questão, uma frase como: " Sei que estas perguntas

podem parecer bobas mas peço sua paciência pois tenho que fazer-las todas a todas as pessoas", pode ajudar.

Uma resposta é correta somente se todas as suas partes forem respondidas corretamente. Por exemplo, se o entrevistado dá a resposta correta para o mês e o ano na pergunta "Qual é a data de hoje?" mas erra no dia, toda a questão deve ser considerada errada.

Todas as 10 perguntas do questionário preliminar devem ser feitas a todos os entrevistados (à menos que hajam evidentes problemas de linguagem ou demência). Um escore de 10 erros é bastante significativo mas antes que sejam feitas todas as 10 perguntas não se pode assumir que o número total de erros é 10.

A pergunta 9, sobre o nome de solteira da mãe, pode ter que ser confirmada por outra pessoa se não for possível deduzir-se pelo sobrenome do entrevistado.

### **Questões: 3 e 3a.**

Quando as respostas para a data de nascimento e a idade forem conflitantes deve-se assumir que a data de nascimento está correta (se for razoável) e a idade será computada a partir desta.

### **Questões 27; 27a. e 27b.**

São questões claras sobre práticas sexuais. São relativamente fáceis de compreender mas podem gerar constrangimentos para o(a) entrevistado(a).

Deve-se sempre explicar, antes de perguntar, que é um tema delicado mas que é muito importante para os objetivos do projeto e que o(a) entrevistado(a) não precisa responder se não quiser (e isto deve ser anotado pelo entrevistador se acontecer).

Estas perguntas só podem ser feitas se entrevistado e entrevistador estiverem à sós.

### **Questão 77**

A questão 77 é, de fato, uma escala de avaliação psiquiátrica(5). Embora algumas das questões possam parecer ridículas para algumas pessoas é importante que sejam respondidas da forma como melhor se apliquem a elas. Cabe ao entrevistador informar que estas perguntas fazem parte de uma escala de avaliação e que serão feitas da mesma forma a todas as pessoas.

Os entrevistados podem não compreender algumas palavras desta seção e o entrevistador pode, se necessário, definir palavras mais difíceis sendo, entretanto, extremamente cuidadoso para não interpretar ou modificar o sentido da frase. Não queremos que este seja um teste de inteligência mas sim uma escala de avaliação, portanto a interpretação do entrevistado para cada pergunta é o mais importante. As respostas a estas questões que vão na direção de problemas psiquiátricos estão em letras maiúsculas. A soma das respostas em letras maiúsculas formam um escore que quanto maior, maiores são as evidências de problemas. Não cabe ao entrevistador fazer qualquer comentário diretamente ao entrevistado sobre as suas respostas, nem nesta questão nem em qualquer outro momento do questionário.

## **REFERÊNCIAS**

1. Veras, R. P. and S. D. d. Silva (1988). "Questionário BOAS (Brasil Old Age Schedule) para estudos comunitários da população idosa do Rio de Janeiro." UERJ, Rio de Janeiro.

2. Fillenbaum, G. G. (1988). Multidimensional Functional assesment of older adults: the Duke older americans resources and services procedures. New Jersey, Lawrence erlbaum.
3. Ramos, L. R. (1989). “Epidemiologia do envelhecimento: Estudo longitudinal com uma população de idosos residentes no município de São Paulo.” Escola Paulista de Medicina.
4. Pfeiffer, E. (1975). “A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.” Journal of the American Geriatrics Society(23): 433-441.
5. Pfeiffer, E. (1979). A short psychiatric evaluation schedule: A new 15 item monotonic scale indicative of functional psychiatric disorder. IV Bayer Symposium, Springer-Verlag.

**Saúde e Envelhecimento: Inquérito Domiciliar no Município de Itajaí.**  
ANEXO I ao Manual do Questionário de Avaliação da População Idosa, versão  
Itajaí SC.

**Orientações Metodológicas para a Coleta de Dados:**

- 1- O tamanho da amostra representativa das pessoas com 60 anos de idade e mais residentes em Itajaí para os objetivos do presente estudo é de: 960 pessoas.
- 2- Todas as pessoas desta faixa etária residentes no município devem ter a mesma chance / probabilidade de participarem da amostra.
- 3- A amostragem, em nosso estudo é aleatória em múltiplas etapas.
- 4- A amostra será feita por conglomerados. Um conglomerado é uma área geográfica que contém uma quantidade mais ou menos homogênea de membros da população de estudo.
- 5- O conglomerado em nossa pesquisa será o setor censitário do IBGE que é uma subdivisão do municípios em áreas que contém aproximadamente 300 domicílios em cada um.
- 6- O município de Itajaí foi dividido em 140 setores censitários para o censo do ano 2000.
- 7- Para alcançarmos o número de pessoas da amostra sortearemos 48 setores e mais 7 setores de reserva.
- 8- Os setores especiais ( asilos, presídios, creches, etc.) serão excluídos do sorteio.
- 9- Em cada setor deveremos entrevistar 20 pessoas. Para tanto estima-se que deverão ser visitados 80 domicílios, uma vez que deverá haver um idoso em cada 4 domicílios em média.
- 10- Um conglomerado deverá ser percorrido em duas semanas, no máximo, por uma dupla de entrevistadores. Cada dupla de entrevistadores fará as 20 entrevistas por conglomerado.
- 11- Em cada setor será sorteado um ponto de partida.  
Coloca-se um número em cada quarteirão e sorteia-se um deles.  
No quarteirão sorteado colocam-se letras nas esquinas e sorteia-se uma delas.  
De frente para a esquina sorteada caminha-se no sentido horário até encontrar um domicílio. Deve-se andar sempre no sentido horário com os domicílios à sua direita. Se ao percorrer todo o quarteirão não se encontrar o nº de idosos suficiente, atravessa-se a rua procurando manter o sentido horário e os domicílios sempre à direita.

- 12- Cada domicílio visitado será anotado no croqui e se utilizarão códigos para identificar: se houve resposta com idoso morador, se houve resposta sem idoso morador, se houve entrevista, se o domicílio estava vazio ou outros.
- 13- Ao ser atendido no domicílio o entrevistador se apresentará, relatará os objetivos da pesquisa e perguntará se ali reside alguma pessoa que tenha 60 anos ou mais. Caso negativo, o entrevistador agradecerá e continuará percorrendo a área. Mesmo que a pessoa informe que em outra residência tenha um idoso morador, o entrevistador deve continuar a percorrer a área conforme está descrito acima para não se perder o caráter aleatório da pesquisa.  
Se a resposta for positiva o entrevistador solicitará a entrevista, sem insistir em demasia, respeitando o direito das pessoas de não quererem participar mas enfatizando a importância da pesquisa e o sigilo da identificação das pessoas respondentes.  
Se houver a aceitação procura-se conseguir um local, dentro do domicílio, o mais adequado e confortável possível, para realizar a entrevista.
- 14- Antes de iniciar a entrevista deverá ser lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte do entrevistado. Caso ele não saiba ler, o entrevistador lerá em voz alta e o entrevistado porá sua marca digital no lugar da assinatura.
- 15- Caso a pessoa idosa esteja incapacitada de responder o entrevistador procurará selecionar um informante, conforme instruções descritas no Manual. É muito importante para os objetivos desta pesquisa que se obtenha os dados sobre as pessoas idosas com os mais altos graus de incapacidade e o questionário está preparado para isto.
- 16- Uma vez concluída a entrevista o entrevistador perguntará ao entrevistado se este não se incomodará se um supervisor fizer-lhe uma pequena visita que servirá para controlar a precisão da pesquisa.
- 17- O entrevistador continuará a percorrer a área conforme as instruções descritas acima até conseguir, pelo menos, 5 entrevistas por semana. Uma vez por semana o entrevistador se reunirá com seu supervisor para revisar e codificar o questionário.
- 18- Cada entrevistador fará, em média, 48 entrevistas ao longo de um tempo médio de 10 semanas completando um total de 960 entrevistas. Para contemplar-se imprevistos optou-se por determinar 50 como o número de entrevistas à ser realizado por cada entrevistador.
- 19- Os questionários aprovados, revisados e codificados serão remetidos para a digitação que será dupla, em máquinas diferentes, por medida de segurança.
- 20- Os entrevistadores receberão um Certificado de participação como entrevistadores da pesquisa.

Itajaí, SC, 2001.

**Anexo 3 – Parecer da Comissão de Ética**



UNIVALI

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

*Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão*

**COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVALI – CEP/UNIVALI**  
**PARECER Nº 78/2001**

TÍTULO DO PROJETO: Inquérito domiciliar: saúde e envelhecimento no Município de Itajaí

COORDENADOR: Prof. Biaze Manger Knoll

COLABORADORES: Profª. Juliana Sandri; Kátia Simone Ploner e Leni Tessele

PARECER: Após análise do presente projeto a Comissão de Ética na Pesquisa (CEP), emite: ( ) *ad referendum*, ( X ) em reunião ordinária, ( ) em reunião extraordinária o seguinte parecer:

(X) APROVADO



**Anexo 4 – Consentimento Informado**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (entrevistado)

Eu \_\_\_\_\_,  
portador do RG número \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a  
pesquisa intitulada: “Envelhecimento e Saúde: inquérito domiciliar sobre a pessoa idosa do  
município de Itajaí”, realizada por profissionais da prefeitura Municipal de Itajaí – PMI e  
Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI (Biaze Knoll, Kátia Ploner, Juliana Sandri e  
Leni Tesseli). Esta pesquisa tem como objetivo fornecer subsídios para traçar políticas  
públicas de atenção a saúde do idoso, não tendo caráter de intervenção.

Estou ciente que para participar deste estudo permitirei a entrada dos entrevistadores  
em meu domicílio e responderei a um questionário sobre minha saúde física e mental,  
recursos econômicos – sociais, utilização de serviços de saúde e possíveis problemas ou  
necessidades que enfrento. Declaro concordar que um informante seja perguntado sobre  
minha saúde e recursos que disponho. Fui esclarecido(a) que meus dados pessoais serão  
mantidos em anonimato e que serão utilizados apenas para estudos e publicações de caráter  
científico e que a qualquer momento em que eu precisar de maiores informações sobre esta  
pesquisa poderei obtê-las entrando em contato com os pesquisadores, mesmo após sua  
publicação. Sendo minha participação totalmente voluntária estou ciente de que não terei  
direito a remuneração. Caso seja necessário, permito um outro contato em tempo posterior  
para conceder nova entrevista. Estou ciente de que posso desistir em qualquer momento  
desta entrevista.

Itajaí, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2001.

Assinatura (de acordo): \_\_\_\_\_

**Anexo 5 – Convênio Prefeitura Municipal de Itajaí/Univali**



UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ

*Centro de Ciências da Saúde*



**TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ITAJAÍ E  
A FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO  
VALE DO ITAJAÍ.**

O Município de Itajaí, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à rua Coronel Eugênio Muller nº 10, Itajaí/SC, doravante denominado Município, neste ato representado pelo Chefe do Executivo Municipal, JANDIR BELLINI, e a FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, pessoa jurídica de direito privado, fundação instituída pela Lei Municipal nº 2.515, de 19 de outubro de 1989, com sede e foro na cidade de Itajaí/SC, onde funciona, à rua Uruguai nº 458, centro, entidade de fins filantrópicos, inscrita no CGC/MF sob o nº 84.307.974/0001-02, com a interveniência do Centro de Ciências da Saúde, neste ato representada pelo seu presidente e também reitor da universidade, EDISON VILLELA, doravante denominada UNIVALI, resolvem celebrar o presente convênio de cooperação técnico-científico, mediante as cláusulas e condições seguintes.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O objeto do presente Convênio é o estabelecimento de um programa de cooperação técnico-científico, visando a prestação de assessoria, através de professores e acadêmicos dos cursos pertencentes ao Centro de Ciências da Saúde da UNIVALI, com vistas à implementação do Inquérito Epidemiológico Domiciliar/ Perfil da Pessoa Idosa Residente no Município de Itajaí, conforme projeto específico que passa a constar como anexo deste Termo de Convênio.

**CLAUSULA SEGUNDA – DOS OBJETIVOS**

- 1 – Conhecer o perfil multidimensional das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes no município de Itajaí para o estabelecimento de políticas e estratégias adequadas visando o bem-estar da pessoa idosa residente no município.
- 2 – Estimar as prevalências e analisar as correlações entre os aspectos demográficos, sócio-econômicos, de saúde física e mental e de autonomia das pessoas idosas residentes no município de Itajaí.
- 3 – Identificar os mecanismos de suporte social de idosos vivendo em comunidade.

Rua Uruguai, 458 – Cx. Postal 360 – Bloco 26 – Fone (047) 341-7584 / Fax (047)341-7744  
CEP 88302-202 – Itajaí – Santa Catarina E-mail: ccs@univali.br / bottan@ccs.univali.br

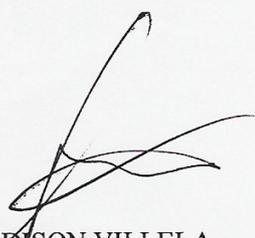
JK



**CLÁUSULA OITAVA – DO FORO**

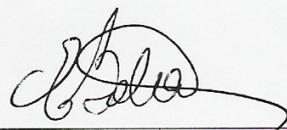
Fica eleito o Foro da Comarca de Itajaí – SC para dirimir as questões decorrentes da execução do presente Convênio, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que o seja.

E, para a completa validade do que ficou acordado, firmam o presente convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo.  
Itajaí (SC), 06 de julho de 2001.

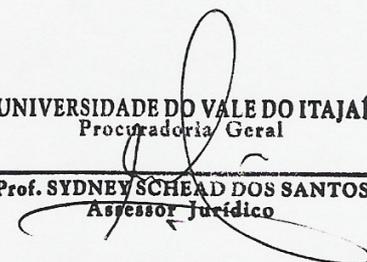
  
EDISON VILLELA  
Reitor/ Presidente UNIVALI

  
JANEDIR BELLINI  
Prefeito Municipal de Itajaí

TESTEMUNHAS:

  
Pela UNIVALI

  
Pelo Município

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ  
Procuradoria Geral  
  
Prof. SYDNEY SCHEAD DOS SANTOS  
Assessor Jurídico