

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E SAÚDE MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS NA
CIDADE DE GOIÂNIA – GO

Por

Andrea Cintia da Silva

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do
título de Mestre em Educação Física

Florianópolis – SC
Fevereiro / 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE DESPORTOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

A dissertação **ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E SAÚDE MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS NA CIDADE DE GOIÂNIA-GO**

elaborada por **Andrea Cintia da Silva,**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Área de Concentração: Atividade Física Relacionada à Saúde

Linha de Pesquisa: Inter-relação Atividade Física, Aptidão Física e Saúde

Florianópolis, 23 de fevereiro de 2005.

Prof. Dr. Adair da Silva Lopes
Coordenador do Programa de Mestrado em Educação Física

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a Maria de Fátima da Silva Duarte – UFSC
(Orientadora)

Prof. Dr Markus Vinicius Nahas – UFSC (Membro)

Prof. Dr Renato Peixoto Veras – UERJ (Membro)

Prof^a. Dr^a Giovana Zarpellon Mazo – UDESC (Membro)

Dedicatória

Minha Família . . .

Fernanda, minha maninha “bebê”, trouxe a música e a doçura à minha vida;

Nilton César, meu cunha “irmão”, trouxe a espiritualidade e a brandura à minha vida;

Júlio César, meu mano “herói” e “coração de dragão”, trouxe a força e a organização à minha vida;

Vilma, minha cunha “irmã”, trouxe o estudo e o trabalho à minha vida;

Juliane, Anashelle e Philippe, meus sobrinhos “filhos”, trouxeram a alegria e a ternura à minha vida;

Marco Antonio, “meu bem”, trouxe o pensar e o amar à minha vida;

Hélia, “eterna criança”, trouxe o prazer de se cuidar e a vaidade à minha vida;

Meiry, minha madrinha “chic”, trouxe a classe e a sofisticação à minha vida;

Pedro, Luzia, Henrique e Teodora, meu avós queridos, trouxeram a fantasia e a saudade à minha vida;

Antonio e Elvira, meus amados pais, trouxeram o carinho, a admiração, o respeito, a determinação e, nada menos que, a *Vida* à minha vida;

E *todos*, trouxeram o *Amor Verdadeiro* à minha vida.

Muito Obrigada!!

AGRADECIMENTOS

À professora, orientadora e amiga Prof^a Dr^a Maria de Fátima da Silva Duarte, por seu exemplo de dedicação e compromisso, que a fez acreditar no meu potencial, muito mais que eu mesma.

Ao professor Prof. Dr. Markus Vinicius Nahas, pela chance de lutar pelo meu sonho, permitindo que eu me tornasse aprendiz no NuPAF, mesmo não tendo nenhum pré-requisito.

À Prof^a Giovana Zarpellon Mazo e Prof. Renato Peixoto Veras, por todas as maravilhosas contribuições que deram à este trabalho.

Ao Prof. Dr. Juarez Vieira do Nascimento, pela confiança depositada mesmo quando eu era uma “estranha no ninho”, e pelo exemplo de ética e profissionalismo no trabalho.

Ao Prof Dr. Adair da Silva Lopes, Prof. Dr. Édio Luiz Petroski e Joaquim Felipe de Jesus, por terem estado presentes todas as vezes que precisei.

Ao Prof. Sidney Ferreira Farias, por todas as palavras de carinho e sabedoria nas horas difíceis deste “Mestrado Compostela”.

À Prof^a Rosane Carla Rosendo da Silva por brilhar como uma estrelinha em meu caminho.

À Prof^a. Dr^a Ana Márcia Silva e Prof. Dr Maurício Roberto da Silva, por todas as “viagens filosóficas” ao mundo de Edgard Morin e Merleau-Ponty, onde pude entender, pelo menos, que “nada sei, nada é o que parece, o nada é o tudo e o tudo é o nada”.

Ao Prof. Júlio César Schmitt Rocha, Prof. Osni Jacó da Silva e Prof. Luciano Lazzaris Fernandes pela simpatia e conversa boa e imediata.

Aos Prof. Jolmerson de Carvalho, Prof. Edson e Prof. Carlos Roberto Duarte, pelas “Voltas à Ilha” e IRONMANS.

À Prof^a Tânia Rosane Bertoldo Benedetti e Prof^a Marize Amorim Lopes pelo exemplo de dedicação e trabalho com os idosos.

Ao Prof. Pedro Alberto Barbeta, pela compreensão e dedicação com que me ajudou a utilizar a estatística.

Aos colegas do NuPAF: Simone Storino Honda (pelas horas de ouvinte), Lisandra Konrad (pelos “primeiros passos” na informática), Camila Vieira Hazan (pelo seu sorriso), Jair Sindra Virtuoso Júnior, Themis Cristina Soares e Joseani Simas (pelas horas de diversão e trabalho), Paola Neiza, Silvio Aparecido Fonseca (pelo exemplo de competência e dedicação), Elto Legnani, Marcelo Romanzini (pelas invasões ao NuBEM), Elusa Santana Oliveira (pelo artigo do Prof. Ramos), Patty Zimba (por ser nossa mascote), Mauro Virgílio Gomes de Barros (por reconhecer o meu esforço), Mathias Roberto Loch (pelas intermináveis ajudas com a amostra), Clarissa Rios Simoni (pela flor), Lucinéia Daleth da Silveira (pelos livros, carinho e sensação de família num começo muito difícil), Aldemir Smith Menezes, Gustavo Sá Souza, Letícia de Matos Malavasi, Catiana Leila Possamai (pela “irmandade” e carinho), e a TODOS pela amizade sincera.

Aos colegas do COAFiS: Eduardo Caldas da Silva, Júlia, Vinícius Moretto e Helena Pereira pelo companheirismo e bom humor.

Aos colegas do NuCiDH: Roberto Jerônimo (pelos “braços abertos” na minha chegada), José Henrique Ramos (por me dizer: “Vai lá!”), Marcelle de Oliveira Martins (por me dizer: “Claro que é possível!”), Paula Mercedes Vilanova Ilha e Rodrigo Siqueira Reis (pelas intermináveis horas de amizade e socorro para o SPSS e Cia.), Cassiano Ricardo Rech (Dick Tracy), Sheila Tribess e Priscila Marques.

Aos colegas do Mestrado: Rogerio Massarotto e Taise Soares Costa (pela amizade, carinho, risos, música, dança, praias, melancias, trilhas, Rave Party...), Marcelo Rosa (pelas horas de alegria e descontração na dança), Éden Peretti (pelo encantamento dos corpos), Sérgio Dorenski e Cássia Hack (pelas horas de reflexão), Luciane Arantes, Carla Lettnin, Charles Schnorr (pela amizade).

Às amigas da “Pensão da Dn^a Anita”: Marisol Parra Alvarez, Ana Marilza Pernas e Dorotéia Höfelmann, por me compreenderem e me admirarem, mesmo com tanta “chatice”. Também, à Sr^a Anita Shulze e Sr. Heiz Shulze que cuidaram de mim como à uma filha.

À todos os idosos que participaram voluntariamente deste trabalho, mas em especial, àqueles que estiveram comigo num começo confuso e difícil: Maria Rossetti, Denis Copetti, Laci Zamperetti Copetti, Neide Corrêa Marcus, Paulo Corrêa Marcus, Maria Geralda Mota, Gildo Mota, Edla Kargel, Gerda Wolf, Maria Mirtes, Nílcia, Dora, Romeu, Terezinha Vandernilde, Oswaldo Furlan, Raulino Bussarelo, Zoraida Yazigi Mamede e Benevide Mamede.

Aos acadêmicos de Educação Física e Fisioterapia da UFG, UCG e UEG que, por compreensão ou por interesse, colaboraram de forma imprescindível com este trabalho.

Aos Funcionários do CDS: Natalino, Sônia, Cristiane, Naira, Jairo e Novânia (pelas horas de paciência), Neuza (pelo carinho e lanchinhos), Olga (pelas flores e lanchinhos).

Ao Prof. Marco Schultz que, com suas aulas de Yoga, ensinou-me a trabalhar o interno mantendo “a mente quieta, a espinha ereta e o coração tranquilo”.

À Prof^a Maria Zita Ferreira, Prof^a Izabel Alves Galvão Collus, Prof Valtuir Laureano Marques, Prof. João Eduardo Batista e Prof. Paulo Roberto Vila Ventura, funcionários Herênios, Leandro e Angélica (UCG), Prof. Marcus Fraga Vieira, Prof^a Maria Sebastiana Silva, Prof. Francisco Luiz de Marchi Netto, Prof. José Pedro de Oliveira Alvarenga, Prof. Juracy da Silva Guimarães e Prof. Nivaldo Antonio Nogueira David (UFG), Prof. Ferdinand Eugene Persijin, Prof. João Henrique Suanno e Prof^a Carmencita Márcia Balestra (UEG), pela forma receptiva, amistosa e interessada com que me receberam em suas instituições de ensino.

Aos amigos(as) Maria Fernanda Felipe Nogueira de Almeida, Cátia Dias Marques, Keila Cristina Dutra Santos de Paiva, Luciano Carnaúba de Paiva, Juliano Aarão, José Eduardo Silveira Vaula, por estarem sempre presentes, física ou espiritualmente, nas horas em que mais precisei.

À turma da “Tia Ilka Natação”: Cláudia, Carla, Régis, Sandra, Érica e Ilka por aceitarem a minha ausência e compreenderem a minha necessidade de crescer.

Ao CNPq pelo incentivo financeiro, sem o qual, a minha jornada teria sido muito mais difícil. **À todos, o meu muitíssimo obrigada!**

CIRCUNLÓQUIO

A Estrada - Cidade Negra

Você não sabe o quanto eu caminhei, pra chegar até aqui.
 Percorri milhas e milhas antes de dormir. Eu não cochilei!
 Os mais belos montes escalei...
 Nas noites escuras de frio chorei, hei, hei, ...hei, hei, hei, hei, heeeeei...
 A vida ensina e o tempo traz o tom. Pra nascer uma canção.
 Com a fé o dia-a-dia, encontrar solução. Encontrar solução!
 Quando bate a saudade eu vou pro mar. Fecho os meus olhos e sinto você chegar.
 Você chegar,... físico, físico, físico!
 Quero acordar de manhã do teu lado e aturar qualquer babado!
 Vou ficar apaixonado, no teu seio aconchegado!
 Ver você dormindo e sorrindo, é tudo que eu quero pra mim! Tudo que eu quero pra mim!
 Quero acordar de manhã do teu lado e aturar qualquer babado!
 Vou ficar apaixonado, no teu seio aconchegado!
 Ver você dormindo é tão lindo! É tudo que eu quero pra mim! Tudo que eu quero pra mim!
 Meu caminho só meu Pai pode mudar.
 Meu caminho só meu Pai, meu caminho só meu Pai pode mudar.

O Mundo - Capital Inicial

Você que já esteve no céu. Foi tudo divertido pra você?
 Chega a hora então, de provar tudo que existe.
 Tire agora os sapatos, jogue tudo pro alto. Sinta o chão!
 Aprender a andar descalço, num mundo de asfalto e sem coração.
 Até que o mundo gire ao seu redor.
 Obrigado por passar, mas estou de saída. Tem alguma coisa nova pra fazer?
 Vamos lá então, ter um dia diferente.
 Eu só quero curtir, ficar a toa, viver numa boa.
 E você quer respostas, exige provas, músicas novas.
 Até que o mundo gire ao seu redor.
 Vão falar que você não é nada. Vão falar que você não tem casa.
 Vão falar que você não merece, que anda bebendo e está perdido.
 E não importa o que você dissesse, você seria desmentido.
 Vão falar que você usa drogas e diz coisas sem sentido.
 Se eu for ligar para o que vão falar, não faço nada.
 Eu procuro tentar entender, porque eu sou importante pra você.
 Já que é, bem melhor, ser importante pra si mesmo.
 Eu não quero mudar, ser mais discreto, ser mais esperto.
 Já cansei de propostas, de dar respostas e ter que dar certo.
 Até que o mundo gire ao seu redor.
 Vão falar que você não é nada. Vão falar que você não tem casa.
 Vão falar que você não merece, que anda bebendo, e está perdido.
 E não importa o que você dissesse, você seria desmentido.
 Vão falar que você usa drogas e diz coisas sem sentido.
 Se eu for ligar para o que vão falar, não faço nada.

Ser Idoso e ser Velho

“Idoso é aquele que tem muita idade; velho é aquele que perdeu a jovialidade.

A idade causa a degenerescência das células; a velhice causa a degenerescência do espírito.

Por isso, nem todo idoso é velho, e há velho que ainda nem chegou a ser idoso.

Você é idoso, quando se pergunta se vale a pena; você é velho, quando sem pensar responde que não.

Você é idoso, quando está pronto para correr riscos; você é velho, quando corre dos riscos.

Você é idoso, quando sonha; você é velho, quando apenas dorme.

Você é idoso, quando ainda aprende; você é velho, quando já nem ensina.

Você é idoso, quando sente amor; você é velho, quando só sente ciúme e possessividade.

Você é idoso, quando o dia de hoje é o primeiro do resto de sua vida; você é velho, quando todos os dias parecem o último de sua jornada.

Idoso é aquele que têm tido a felicidade de viver uma longa vida produtiva, de ter adquirido uma grande experiência. O idoso é a ponte entre o passado e o presente, assim como, o jovem é a ponte entre o presente e o futuro. E é no presente que os dois se encontram.

Velho é aquele que têm carregado o peso dos anos, que em vez de transmitir experiência as gerações vindouras, transmite pessimismo e desilusão. Para o velho, não existe ponte, existe um fosso que o separa do presente pelo apego ao passado.

O idoso se renova a cada dia que começa; o velho se acaba a cada noite que termina. Pois, enquanto o idoso tem seus olhos postos no horizonte onde o sol desponta e a esperança se ilumina, o velho tem sua miopia voltada para os anos que passaram.

O idoso leva uma vida ativa, plena de projetos e esperanças. Para ele o tempo passa rápido, mas a velhice nunca chega. O velho cochila no vazio de sua vidinha, e suas horas se arrastam destituídas de sentido.

As rugas do idoso são bonitas porque foram marcadas pelo sorriso, já as do velho, foram marcadas pela amargura.

Sou idoso, tenho 73 anos, mas espero nunca ficar velho... “

José Ricardo (<http://www.idoso.ms.gov.br/>)

Resumo

ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E SAÚDE MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS NA CIDADE DE GOIÂNIA – GO

Autora: Andrea Cintia da Silva

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria de Fátima da Silva Duarte

Realizou-se um estudo descritivo transversal de inquérito (*survey*) exploratório, com o objetivo de caracterizar o perfil de saúde multidimensional e o nível de atividade física habitual de idosos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade de Goiânia – GO. A amostra do estudo constituiu-se de 420 idosos, com idade de 60 a 92 anos, residentes nas 11 regiões da cidade de Goiânia, sendo 37,6% de homens e 62,4% de mulheres. Para a caracterização da saúde multidimensional e do nível de atividade física habitual, foram utilizados dois instrumentos na forma de roteiros de entrevista, já validados para a população idosa: Questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) e o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), adaptado para idosos. Para a organização, registro dos dados e a elaboração dos relatórios estatísticos, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 11.0. Como resultados, o 5º Grupo/Região (Central/Campinas/Vale Meia Ponte), possui maior concentração dos idosos estudados, onde 53,5% estão na faixa de idade de 60 a 69 anos. Somente 12,4% dos idosos moram sozinhos. Sobre o nível de escolaridade máxima, 50,5% completou o ensino fundamental e 11% completou ensino superior. A maioria, 88,3% pertence às classes “B” e “C” tendo a aposentadoria, a maior fonte de sustento para 71,3%. A auto-percepção do estado de saúde, em geral, foi considerada positiva apesar de 80,2% referir ser portador de até duas doenças crônicas não transmissíveis. Para o nível de capacidade funcional 74,4% são ‘independentes’ fisicamente. Estão ‘socializados’ em sua comunidade 54,4%. Como suspeitos de debilidade cognitiva 15,9% e 11,8% com suspeita de depressão, onde as mulheres são a maioria com 20,9%. Os idosos dos níveis ‘inativo’ e ‘insuficientemente ativo’ (48,1%) têm idade superior a 70 anos, reforçando a idéia de que o nível de atividade física habitual declina com a idade. Já nos níveis ‘ativo’ e ‘muito ativo’ 51,8% têm idades de 60 a 69 anos. As mulheres estão mais suscetíveis a estarem sem um companheiro ($p = 0,374$). A auto-percepção do estado de saúde está associada à ‘satisfação com a vida’ ($p = 0,350$), à ‘quantidade de doenças crônicas’ ($p = 0,475$) e à suspeita de depressão ($p = 0,425$). Há associações entre capacidade funcional e integração social ($p = 0,357$), capacidade funcional e atividade física total ($p = 0,361$). Para todas as associações $p = 0,000$. Pode-se concluir que, apesar dos resultados positivos, de um modo geral, faz-se necessário compreender, o que faz com que uma minoria de idosos não tenha condições favoráveis de saúde multidimensional e de atividade física habitual para desenvolver ou manter um envelhecimento bem sucedido.

Palavras-chave: Idosos, saúde multidimensional, atividade física.

Abstract

HABITUAL PHYSICAL ACTIVITY AND MULTIDIMENSIONAL HEALTH FROM ELDERLY PEOPLE LIVING IN GOIÂNIA – GO

Author: Andrea Cintia da Silva

Advisor: Prof^a Dr^a Maria de Fátima da Silva Duarte

This research is a exploratory survey cross-sectional descriptive study with purpose of characterizing the profile of the multidimensional health and habitual physical activity level of old people, in both genders, that were inhabitants in Goiânia - GO. The sample was constituted by 420 seniors from 11 areas of Goiânia, composed by 37,6% of men and 62,4% of women. For the characterization of the health multidimensional and the habitual physical activity level, two instruments were utilized to interview the subjects and they were already validated for this population: Questionnaire Brazil Old Acts Schedule (BOAS), and International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). For the organization, registration and elaboration of the statistical reports, it was used the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 11.0. It was identified that the 5th Group/Area (Central/Campinas/Vale Meia Ponte) possesses the largest concentration of seniors, where 53,5% were in age group 60 to 69 years. Only 12,4% seniors live alone. When asked about education level, 50,5% answered that they completed high school and 11% completed higher education. In relation to socio economic status, it was identified that 88,3% belong to "B" and "C" classes and their retirement income was the largest economical support for 71,3%. The health self-perception condition in general was considered positive although 80,2% said that they have up to two chronic diseases not transmitted. For the functional capacity level scale 74,4% are considered physically 'independent'. It was also found that 54,4% socialize with the community. The ones who were suspected with cognitive disability 15,9% and 11,8% has depression suspicion, where women are most common with 20,9%. Seniors with 'inactive' and 'insufficiently assets' levels (48,1%) were over 70 years old, reinforcing the idea that habitual physical activity level reduces with age. In 'activate' and 'very active' levels it was identified that 51,8% of the elderly were from 60 to 69 years old. Women were more susceptible to be without a companion ($p = 0,374$). The health self-perception condition was associated to 'life satisfaction' ($p = 0,350$), 'amount of chronic diseases' ($p = 0,475$), and to depression suspicion ($p = 0,425$). There were also some associations between functional capacity, and social integration ($p = 0,357$), functional capacity and total physical activity ($p = 0,361$). For all of these results, it can be said that after all this research more things need to be done to understand this phenomenon, which is what makes a minority of seniors not having favorable conditions of multidimensional health, and habitual physical activity to develop or maintain an well and healthy aging.

Key-words: Elderly, multidimensional health, physical activity.

ÍNDICE

	Página
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xii
LISTA DE ANEXOS.....	xiii
LISTA DE FIGURAS.....	xiv
LISTA DE QUADROS.....	xvi
LISTA DE TABELAS.....	xvii

Capítulo

I. O PROBLEMA19

Introdução
 Formulação da Situação Problema e Justificativa
 Objetivos:
 Geral
 Específicos
 Delimitação do Estudo
 Limitações do Estudo
 Definição de Termos

II. REVISÃO DE LITERATURA.....27

Envelhecimento Populacional
 Histórico dos Estudos Sobre Envelhecimento
 Aspectos Multidimensionais
 Marco Teórico
 Dimensão Física
 Envelhecimento e Saúde Funcional
 Envelhecimento e Atividade Física
 Dimensão Psíquica
 Envelhecimento e Saúde Mental
 Dimensão Social
 Envelhecimento e Relações Sociais

III. METODOLOGIA.....	37
Modelo do Estudo	
População	
Seleção da Amostra	
Instrumentos de Coleta	
Critérios para Classificação Categórica dos Dados	
Coleta de Dados	
Tratamento Estatístico para Análise dos Dados	
Estudo Piloto	
Coleta Oficial	
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
ANEXOS.....	106

LISTA DE ABREVIATURAS

Abreviatura	Significado
1. DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis;
2. NCF	Nível de Capacidade Funcional;
3. SCO	Síndrome Cerebral Orgânica;
4. DCog	Debilidade Cognitiva;
5. Dp	Depressão;
6. NAFH	Nível de Atividade Física Habitual;
7. TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
8. IMC	Índice de Massa Corporal;
9. NISP	Nível de Integração Social Participativa;
10. ATLs	Atividades no Tempo Livre;
11. AIVDs	Atividades Intermediárias da Vida Diária;
12. ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária;
13. IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
14. BOAS	<i>Brazil Old Age Schedule</i>

LISTA DE ANEXOS

Anexo	Página
1. Folha de Rosto e Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.....	107
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	110
3. Questionário <i>Brazil Old Age Schedule – BOAS</i>	112
4. Questionário <i>International Physical Activity Questionnaire – IPAQ</i> Versão 8 – IDOSOS.....	149
5. Resultados do Estudo Piloto.....	150
6. Matriz de Análise.....	157

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Marco teórico para investigação dos fatores determinantes da incapacidade funcional do idoso, estruturado em blocos hierarquizados (Rosa <i>et al</i> , 2003).....	31
2. Identidade visual do projeto.....	55
3. Distribuição dos idosos por faixa de idade e sexo.....	61
4. Distribuição dos idosos por sexo e região de moradia	61
5. Distribuição dos idosos por companhia de moradia.....	63
6. Distribuição dos idosos por sexo e nível de escolaridade.....	64
7. Distribuição dos idosos por sexo e atividade ocupacional.....	65
8. Fontes de sustento para os idosos.....	67
9. Faixas de renda para os idosos e suas famílias (1 SM = R\$ 260,00).....	68
10. Utilização dos serviços médicos e dentários pelos idosos.....	69
11. Setores de maior carência por parte dos idosos.....	70
12. Prevalência de idosos com DCNT.....	72
13. Doenças crônicas não transmissíveis relatadas pelos idosos.....	72
14. Comparação do estado de saúde atual.....	73
15. Utilização de próteses e órteses pelos idosos.....	73
16. Classificação do IMC dos idosos.....	74
17. Problemas causados pelo uso do fumo e do álcool.....	75
18. Problemas incapacitantes.....	76
19. Classificação para NCF.....	77

20. Distribuição dos idosos por tipo de atividade realizada no tempo livre.....	78
21. Classificação para o NISP.....	78
22. Classificação para SCO em relação à DCog.....	80
23. Classificação para SCO em relação à Dp.....	80
24. Média de METs min/sem por AFH realizada.....	81
25. Distribuição dos idosos por NAFH Ocupacional e faixa de idade.....	82
26. Distribuição dos idosos por NAFH Deslocamento e faixa de idade.....	82
27. Distribuição dos idosos por NAFH Casa/Jardim e faixa de idade.....	83
28. Distribuição dos idosos por NAFH Exercício/Lazer e faixa de idade.....	83
29. Distribuição dos idosos por NAFH Total e faixa de idade.....	84
30. Sentido e força da correlação em função do coeficiente (ρ ou r)	85
31. Distribuição dos idosos por sexo e faixa de idade (Estudo Piloto).....	152
32. Distribuição dos idosos por companhia na moradia (Estudo Piloto).....	153
33. Fontes de sustento dos idosos (Estudo Piloto).....	155
34. Distribuição dos idosos por tipo de atividade realizada no tempo livre (Estudo Piloto).....	156
35. Problemas de saúde percebidos/referidos pelos idosos(Estudo Piloto).....	157

LISTA DE QUADROS

Quadro	Página
1. Tratamento estatístico.....	53
2. Matriz de análise para aspectos sócio-demográficos.....	160
3. Matriz de análise para aspectos sócio-econômicos.....	162
4. Matriz de análise para aspectos de saúde física.....	165
5. Matriz de análise para aspectos de saúde funcional.....	167
6. Matriz de análise para aspectos de saúde mental.....	168
7. Matriz de análise para aspectos de atividade física habitual.....	168
8. Matriz de análise para aspectos de avaliação do entrevistador.....	171

LISTA DE TABELAS

Tabela	Página
1. Distribuição da população dos idosos por sexo e faixa de idade.....	38
2. Distribuição amostral por quota estratificada proporcional (SEXO, GRUPO/REGIÃO e FAIXA DE IDADE).....	40
3. Limites de corte para IMC.....	45
4. Escores e limites de corte para NCF.....	47
5. Escores e limites de corte para NISP.....	48
6. Sistema de pontos para classificação econômica.....	49
7. Escore para classificação econômica.....	49
8. Peso e escore máximo para SCO.....	50
9. Classificação para SCO.....	50
10. Gasto energético estimado em METs.....	51
11. Escore contínuo para classificação do NAFH	52
12. Aspectos sócio-demográficos dos idosos.....	62
13. Aspectos sócio-econômicos dos idosos.....	66
14. Utilização de serviços médicos e dentários pelos idosos.....	68
15. Auto-percepção do estado de saúde.....	71
16. Comportamentos de risco relacionados à saúde dos idosos.....	75
17. Média de tempo gasto sentado.....	84
18. Associação em relação aos aspectos sócio-demográficos.....	86
19. Associação em relação aos aspectos sócio-econômicos.....	88
20. Associação em relação aos aspectos de saúde física.....	89

21. Associação em relação aos aspectos de saúde funcional.....	90
22. Associação em relação aos aspectos saúde mental.....	91
23. Associação em relação aos aspectos do NAFH.....	92
24. Aspectos sócio-demográficos dos idosos (Estudo Piloto).....	152
25. Aspectos sócio-econômicos dos idosos (Estudo Piloto).....	154
26. Aspectos de saúde funcional social dos idosos (Estudo Piloto).....	155
27. Aspectos de saúde funcional física e psicológica dos idosos (Estudo Piloto).....	158

CAPÍTULO I

O PROBLEMA

Introdução

A elevação da expectativa de vida populacional foi inicialmente observada em países desenvolvidos. Recentemente, é nos países em desenvolvimento que a população idosa tem aumentado de forma mais rápida (Lima-Costa *et al*, 2000a). Nestes países, o contingente de pessoas prestes a envelhecer é proporcionalmente expressivo, quando comparado com o contingente do início do século, nos países desenvolvidos. A tendência é haver transformações drásticas na estrutura etária desses países, sem que as adaptações sociais tenham ocorrido de uma maneira adequada à maioria da população.

O Brasil, como os demais países da América Latina, vive um processo de envelhecimento populacional rápido e intenso. De acordo com estimativas e projeções do IBGE-2000, de um total de 6,11%, em 1980, as pessoas com 60 anos ou mais, eram 8,23% em 2004, passarão a representar 14,26%, em 2025 e 21,93% em 2050. Em números absolutos, uma das maiores populações de idosos do mundo (IBGE, 2000a).

Esse crescimento contínuo da população idosa nas sociedades modernas tem se tornado o centro das atenções do mercado e dos especialistas. No Brasil, atualmente, existem vários grupos de pesquisa que realizam estudos epidemiológicos com o objetivo de caracterizar o idoso brasileiro. Esses grupos e suas linhas de pesquisa podem ser encontrados na página do CNPq, na Internet (www.cnpq.br >Diretório de Grupos de Pesquisa), utilizando-se das palavras-chave: idosos, envelhecimento e epidemiologia.

As universidades para pessoas idosas estão sendo criadas mesmo no interior de instituições que, durante séculos, foram pensadas como lugar da juventude. A importância disso vem aumentando por meio das modificações tecnológicas e sociais que ajudaram a prolongar a expectativa de vida. Saúde, bem-estar, qualidade de vida e longevidade tornaram-se valores a serem

alcançados, assim como campo de investimentos econômicos, intelectuais e simbólicos. As ciências sociais estão dirigindo seu olhar para essa nova realidade. O mercado gera, cada vez mais, produtos e serviços para os idosos: casas residenciais ou de repouso, engenhos tecnológicos adequados às suas necessidades, alimentos, transportes, lazer, educação, enfim, tudo aquilo que, supõe-se, melhora a qualidade de vida dessas pessoas. A demanda gerada pelo rápido crescimento da população idosa aumenta a necessidade de planejamentos criteriosos e adequados a esta nova realidade populacional. Isto faz com que o tema ganhe especial relevância como objeto de estudo, pois cada vez mais, torna-se necessário conhecer as condições de vida das populações idosas. Hoje, a tendência mundial é o estabelecimento de pesquisas envolvendo estudos multidimensionais sobre o fenômeno do envelhecimento humano. Estudos de base populacional sobre a saúde do idoso foram desenvolvidos somente em algumas cidades brasileiras: Rio de Janeiro-RJ (Veras, 1992), São Paulo-SP (Ramos *et al*, 1993, 1998); Fortaleza-CE (Coelho Filho & Ramos, 1999); Pelotas-RS (Santos, 1999); Bambuí-MG (Lima-Costa *et al*, 2000a); Veranópolis-RS (Marafon *et al*, 2003); Florianópolis-SC (Benedetti *et al*, 2004b); São Carlos-SP (Feliciano *et al*, 2004). Outras pesquisas demonstram, que os idosos estão lutando pela autonomia e pela independência com estratégias diferenciadas, agindo no campo das atividades físicas relacionadas à saúde, das associações coletivas e da interação social, até mesmo, em níveis competitivos (Lovisol, 1997).

Apesar dos recentes desenvolvimentos, os mecanismos biológicos básicos envolvidos no processo de envelhecimento mantêm-se, em grande parte, inexplicados. O envelhecimento é comum a todos os membros de uma espécie, é progressivo e envolve mecanismos debilitantes que afetam a capacidade de realizar diversas funções. A maneira como as pessoas envelhecem e experimentam este processo, não depende apenas da constituição genética, mas também do que se faz ao longo da vida, de como e onde se vive (estilo de vida). Segundo Kane (citado por Heikkinen, 2003), a capacidade funcional pode ser definida como condição de um indivíduo realizar as atividades associadas ao seu bem-estar, ou também, o grau de facilidade com que o indivíduo pensa, sente, age ou se comporta em relação ao seu ambiente e o gasto energético. Isto representa, a integração de três aspectos multidimensionais: física, psíquica

(cognitiva e afetiva) e social. Portanto, a avaliação multidimensional é derivada de um modelo que observa como se dá a inter-relação dessas dimensões e como ela contribui para os comportamentos e desempenhos ocorridos na vida diária. Em idosos, as respostas adaptativas aos estímulos advindos de cada uma dessas dimensões têm grande importância. Indicadores de saúde incluem: doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), condições atuais de saúde, sintomas, deficiências, medicamentos utilizados, quantificação da utilização de serviços médicos e auto-percepção de saúde (APS), escalas de capacidade funcional, que se referem às atividades da vida diária (AVDs – banhar-se, alimentar-se, vestir-se, deslocar-se, etc.) e àquelas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs – cuidar da casa, fazer compras, usar medicamentos, usar meios de transporte, telefonar, cozinhar e administrar o dinheiro), geralmente necessárias para uma vida independente. Doenças e limitações não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento, mas o uso de serviços preventivos, eliminação de fatores de risco à saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes de um envelhecimento bem sucedido.

Formulação da Situação Problema e Justificativa

De acordo com informações fornecidas pelo Censo-2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade de Goiânia, capital do estado de Goiás, possui 1.093.007 habitantes, 99,34% vivendo na zona urbana. Os idosos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), são pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em países em desenvolvimento e igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos. Em Goiânia, 75.695 pessoas, 6,93% da população, são idosos alfabetizados (76,81%) e residentes na zona urbana (99,36%) (IBGE, 2000b).

Goiânia possui entidades da prefeitura e do estado, que proporcionam aos idosos, de todas as classes sócio-econômicas, atividades de socialização, orientação sobre saúde e lazer.

A “Vila Vida”, mantida pela Organização das Voluntárias de Goiás – OVG, privilegia com residências, idosos que não apresentam dependência física nem problemas mentais. Os idosos que têm onde morar, são atendidos como freqüentadores e os que não tem residência são admitidos como moradores. Uma

equipe comandada por profissionais especializados na área gerontológica trabalha de forma integrada para apresentar soluções que atendam o problema do idoso respeitando a situação especial de cada um. O trabalho da “Vila Vida” estimula os idosos a retomar uma rotina ativa e participante, por meio de oficinas ocupacionais e de atividades de convivência e lazer. Natação, dança, ginástica diferenciada, hidroginástica, coral, oficinas laborativas e artísticas, forró e palestras educativas sobre assuntos de interesse da comunidade idosa.

A Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário – FUMDEC, desde 1999, é o órgão responsável pela implementação da Política de Assistência Social em Goiânia. Este trabalho é feito dentro da perspectiva democrática e participativa de busca da inclusão social, proposta pela administração municipal. O Programa de Atenção à Terceira Idade, atende mais de 1800 idosos em 55 grupos, que funcionam nas unidades próprias e conveniadas instaladas nos diversos bairros da cidade. Os idosos participam de palestras, oficinas laborativas (bordado, crochê e macramê), atividades físicas (yoga e natação), oficinas de teatro, jogos e coral.

A Universidade Católica de Goiás – UCG fundou em outubro de 1992, a Universidade Aberta à Terceira Idade – UNATI. O programa é operacionalizado por meio de uma abordagem interdisciplinar e interdepartamental, fundamentando-se em pressupostos gerontológicos e de natureza sócio-política e educativa.

Programas como estes, existentes na cidade de Goiânia, são realizados na grande maioria das capitais brasileiras. E, embora haja todo um esforço, por parte desses programas em atender às necessidades dos idosos, ainda existem poucos estudos relativos às implicações sociais, econômicas e ambientais causadas pela mudança na estrutura etária que vem ocorrendo na população brasileira. As informações sobre as condições de saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos e sociais são fundamentais para o planejamento da atenção e promoção da saúde. Os estudos epidemiológicos com base populacional, ou seja, aqueles que estudam idosos residentes na comunidade, podem fornecer este tipo de informação, mas ainda são muito escassos no país. De uma maneira semelhante, há uma carência na cidade de Goiânia e no estado de Goiás, de estudos epidemiológicos na área da atividade física relacionada à saúde integrando fundamentos científicos que caracterizem a

população idosa nas dimensões física, psíquica e social, sob os aspectos sócio-demográficos, sócio-econômicos, funcionais e de nível de atividade física habitual. Quais as condições de saúde multidimensional e nível de atividade física habitual destes idosos? A ausência de uma resposta reforça a crença na relevância quanto à realização deste estudo que pretende caracterizar a *ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL E SAÚDE MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS NA CIDADE DE GOIÂNIA – GO.*

Objetivos

Geral

O objetivo principal do estudo foi caracterizar o perfil de saúde multidimensional e nível de atividade física habitual de idosos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade de Goiânia – GO.

Específicos

Mais especificamente, pretendeu-se:

- a) identificar os aspectos sócio-demográficos (idade, sexo, estado conjugal, escolaridade, composição familiar) e sócio-econômicos (renda, situação ocupacional, local e situação do domicílio);
- b) caracterizar a saúde física (auto-percepção de saúde, DCNTs, visão, audição, dentição, IMC, uso de fumo e álcool), funcional (problemas de saúde incapacitantes, AIVDs, ABVDs, ATLS e NISP), mental (suspeitos e prováveis casos de SCO para Dcog e Dp);
- c) classificar os idosos quanto ao NAFH para atividades ocupacionais, de deslocamento, casa/jardim e exercício/lazer;
- d) verificar a presença de diferenças estatisticamente significativas entre os aspectos sócio-demográficos e sócio-econômicos com os aspectos de saúde funcional e nível de atividade física habitual.

Delimitação do Estudo

Este estudo delimitou-se em estudar idosos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade de Goiânia – GO, distribuídos nas 11 regiões (Oeste, Leste, Mendanha, Noroeste, Norte, Central, Campinas, Vale Meia Ponte, Sudoeste, Sul e Sudeste), agrupadas em cinco grupos, para uma melhor operacionalidade.

Limitações do Estudo

Os resultados e as conclusões deste estudo podem ter sido influenciados por alguns fatores, como os que são citados a seguir:

- a) o estado de saúde (física e mental), nível de escolaridade e cognição dos idosos pode dificultar a aplicação da entrevista;
- b) a aplicação de roteiros de entrevista como método de coleta de dados pode influenciar a veracidade das respostas, mesmo sob a forma de entrevista face a face; visto que, os resultados consistem, simplesmente, no que as pessoas dizem que fazem ou no que dizem acreditar ou gostar ou desgostar (Thomas e Nelson, 2002).

Definição de Termos

Atividades da Vida Diária (AVDs): Termo utilizado para descrever os cuidados essenciais e elementares à manutenção do bem-estar do indivíduo, o que compreende aspectos pessoais como: banho, vestimenta, higiene e alimentação, e aspectos instrumentais como: realização de compras e cuidados com as suas finanças (Gordilho, *et al* 2000).

Capacidade Funcional: Capacidade de o indivíduo manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. A avaliação do grau de capacidade funcional é feita mediante o uso de instrumentos multidimensionais (Gordilho, *et al* 2000).

Envelhecimento Bem Sucedido: É o processo de envelhecimento com preservação da capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida (Gordilho, *et al* 2000).

Envelhecimento: A maioria dos autores conceitua como “uma etapa da vida em que há um comprometimento da homeostase, isto é, do equilíbrio do meio interno, o que fragilizaria o indivíduo, causando uma progressiva vulnerabilidade do indivíduo perante uma eventual sobrecarga fisiológica” (Gordilho, *et al* 2000).

Estilo de vida: Conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas. Importante determinante da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades (Nahas, 2003).

Idoso: A Organização das Nações Unidas, desde 1982, considera idoso as pessoas com idade igual ou maior a 60 anos para países em desenvolvimento e 65 anos para países desenvolvidos. (Gordilho, *et al* 2000)

Incapacidade Funcional: Presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-la (Rosa *et al*, 2003).

Morbidade “Percebida” ou “Referida”: Em inquéritos por interrogatório, a morbidade, ou seja, o número de casos de agravos à saúde de maneira geral, é “percebida” ou “referida” pelo indivíduo ou por um informante que tenha conhecimento do estado de saúde da pessoa incluída no estudo. Os resultados obtidos refletem “percepções” do agravo referidas durante a entrevista e não, propriamente, freqüências da doença (Pereira, 1999).

Nível Insuficiente de Atividade Física Habitual: Prática de atividades físicas por menos de 30 minutos por dia e com freqüência semanal de cinco dias por semana ou duração de até 150 minutos por semana ou ≤ 450 MET min/sem. (Pate *et al*, 1995).

Saúde Funcional na Velhice: Bem-estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso (física, psicológica e social), sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões (Ramos, 2003).

Saúde: Condição humana com dimensões físicas, psíquicas e sociais, cada uma caracterizada em um contínuo com pólos positivos e negativos. Saúde positiva está associada com a capacidade de desfrutar a vida e resistir a desafios; isto não sendo apenas ausência de doença. Saúde negativa está associada com morbidade e, de modo extremo com mortalidade prematura. Assim, quando se considera o modelo de atividade física para a promoção da saúde, deve-se reconhecer a importância do bem-estar psicológico, bem como, a saúde física (Bouchard *et al* citado por USDHHS, 1996).

CAPÍTULO II

REVISÃO DE LITERATURA

Envelhecimento Populacional

O controle das doenças infecciosas e parasitárias iniciou-se no final do século XIX em alguns países da Europa Ocidental, estendendo-se pelos países desenvolvidos, aumentando a expectativa de vida das populações. Nas últimas décadas, esse controle também pôde ser observado nos países em desenvolvimento juntamente com a queda a fecundidade. No Brasil, a partir dos anos 60, observou-se uma rápida e generalizada queda na fecundidade e, conseqüentemente, um aumento na expectativa de vida da população. Atualmente, a população brasileira é da ordem de 15 milhões de habitantes, sendo que a proporção de idosos dobrou nos últimos 50 anos; passando de 4% em 1940, para 9%, no ano de 2000 (Camarano, 2002). Esse aumento na expectativa de vida da população brasileira será, necessariamente, mais rápido e com mudanças estruturais mais profundas do que nos países desenvolvidos, por duas razões: o declínio da fecundidade, no país, deu-se num ritmo maior e originou-se de uma população mais jovem do que aquela dos países desenvolvidos (Carvalho & Garcia, 2003). Em 1900, no Brasil, a expectativa de vida ao nascer era de 33,7 anos; nos anos 50 aumentou para 43,2 anos, e na década de 60, era de 55,9 anos. De 1960 a 1980, essa expectativa ampliou-se para 63,4 anos, isto é, foram acrescentados vinte anos em três décadas, segundo revela o Anuário Estatístico do Brasil – IBGE de 1982. De 1980 a 2000, o aumento estimado foi de cinco anos, ou seja, esperança de vida de 68,5 anos. As projeções para o período de 2000 a 2025 supõem uma expectativa média de vida do brasileiro, próxima de 80 anos para homens e mulheres (Kalache et al, 1987). Observa-se também, que o número de mulheres idosas, se comparado ao de homens com 60 anos ou mais de idade, é expressivamente maior.

Deve-se considerar, também, o fato de que o estilo de vida, daquelas pessoas que sobrevivem até idades mais avançadas nos países em desenvolvimento, está associado a fatores de risco menos acentuados para determinadas doenças. Kalache et al (1987), lembra que além do fumo, a hiperalimentação, a relativa falta de atividade física e a exposição constante a fatores de estresse, são todos componentes do estilo de vida do mundo moderno mais desenvolvido, mas que agora já atingem também os países em desenvolvimento e provocam o aumento da incidência de doenças cardiovasculares, de certos tipos de câncer e de certos distúrbios, como o diabetes. Por outro lado, as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias são baixas na idade adulta, mesmo nos países em desenvolvimento. Uma vez atingida a idade adulta, as causas de morte variam pouco e, para a maioria das pessoas, está relacionada à doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), quer vivam em países desenvolvidos ou não. Em termos de saúde, o aumento do número de idosos em uma população está intimamente relacionado com um maior número de problemas crônicos que, freqüentemente, dispendem altos custos e tecnologias complexas para o cuidado adequado.

Segundo Gordilho et al (2000), o processo de urbanização e a conseqüente modificação do mercado de trabalho aceleram a redistribuição da população entre as zonas rural e urbana do país. Em 1930, dois terços da população brasileira vivia na zona rural; hoje, mais de três quartos vive na zona urbana. Com o aumento da expectativa de vida, as famílias passaram a ser constituídas por várias gerações, requerendo os mecanismos de apoio mútuo entre as que compartilham o mesmo domicílio.

Histórico dos Estudos sobre Envelhecimento

Achenbaum (citado por Papaléo Netto, 2002), fala sobre Elie Metchnikoff, renomada cientista, que em 1903, defendeu a idéia de uma nova especialidade, a gerontologia, palavra derivada de gero (velhice) e logia (estudo). Metchnikoff propunha um campo de investigação dedicado ao estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos idosos, prevendo sua importância para o alcance de uma velhice fisiológica normal, contra a simples aceitação da

inevitabilidade da decadência e da degeneração do ser humano com o passar dos anos.

Em 1909, Ignatz L. Nascher, médico vienense radicado nos Estados Unidos propôs que se criasse uma nova especialidade médica, que visava tratar das doenças dos idosos e da própria velhice, a geriatria. Nascher, que foi considerado o pai da geriatria, fundou a Sociedade de Geriatria de Nova Iorque em 1912; publicou o livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age, home and institutional care, and medico-legal relations* em 1914; e foi convidado para ser editor da seção de geriatria da revista *The Medical Review of Reviews* em 1917, despertando o interesse da comunidade científica pelo assunto (Papaléo Netto, 2002).

Lopes (citado por Papaléo Netto, 2002), destaca também, a colaboração de G. Stanley Hall, psicólogo que em 1922 publicou o *Senescence: the last half of life*. Hall procurou comprovar em sua obra que as pessoas idosas tinham recursos até então não apreciados, contradizendo a crença de que a velhice é simplesmente o reverso da adolescência.

Porém, a gerontologia estava restrita aos aspectos biológicos do envelhecimento e da velhice. E foi Majory Warren, em 1930 quem delineou os primórdios da avaliação multidimensional e a importância da inter-disciplinaridade no estudo do envelhecimento e da velhice (Papaléo Netto, 2002).

A partir de 1930, houve um aumento nos estudos em áreas da ciência do envelhecimento e a criação de sociedades de interesse na área. Nos anos de 1980 e 1990, abriram-se novas áreas de interesse geradas pelas necessidades sociais associadas ao envelhecimento populacional e à longevidade, como, por exemplo, o apoio a familiares que cuidam de idosos dependentes, os custos dos sistemas de saúde e previdenciário, a necessidade de formação de recursos humanos, a necessidade de ofertas educacionais e ocupacionais para idosos e pessoas de meia-idade (Neri, 2001).

Segundo Papaléo Netto (2002), apesar dos avanços na área das ciências do envelhecimento, muitos obstáculos tiveram de ser superados. Dentre aqueles associados às pesquisas biológicas, podemos citar a relutância dos modernos cientistas por medo de arriscarem sua reputação em uma área vista com desdém; a falta de fundamentação teórica que levasse a um planejamento experimental adequado; a idéia de fatalismo fisiológico com relação ao

envelhecimento. Quanto aos motivos de ordem social temos o interesse prioritário das políticas de desenvolvimento das sociedades industrializadas e urbanizadas, na assistência materno-infantil e dirigida aos jovens, pois o investimento em uma criança tem um retorno potencial de 50 a 60 anos de vida produtiva, enquanto cuidados médico-sociais para a manutenção de uma vida saudável de um idoso não são encarados como investimento. E, como principal causa, temos o fato dos idosos constituírem um grupo etário politicamente ainda muito frágil, não sendo atendidos, nem mesmo, em suas necessidades básicas.

Felizmente, as circunstâncias vêm mudando, seja pelo crescimento acentuado do número de idosos, seja pela mudança na forma dos pesquisadores pensarem sobre gerontologia. A criação e aprovação da Política Nacional de Saúde dos Idosos (1999), e o Estatuto do Idoso (2003), são bons reflexos políticos destas mudanças (Brasil, 1994, 1999, 2003).

Aspectos Multidimensionais

As dimensões (física, psíquica e social) definem o enfoque a ser dado na caracterização dos aspectos (sócio-demográficos, sócio-econômicos, saúde funcional e nível de atividade física habitual) aqui estudados.

Segundo Papaléo Neto (2002), para a tender-se a uma visão abrangente de saúde deve-se levar em consideração a complexa inter-relação entre os aspectos físicos, funcionais e psicológicos da saúde e da doença, além das condições sócio-econômicas e dos fatores ambientais.

Marco Teórico

Para a investigação e análise dos quatro aspectos norteadores deste estudo, utilizou-se o modelo teórico apresentado por Rosa *et al* (2003), incluindo-se um questionamento sobre a influência no nível de atividade física habitual dos idosos (Figura 1).



Figura 1. Marco teórico para investigação dos fatores determinantes da incapacidade funcional do idoso, estruturado em blocos hierarquizados (Rosa *et al*, 2003)

Dimensão Física

A Dimensão Física é aqui representada pelo conjunto de condições, situações, atitudes e valores modificáveis e não modificáveis, relacionados à saúde física e independência funcional, percebido e/ou presente no organismo dos indivíduos resultantes dos hábitos de vida, de herança genética ou predisposição orgânica.

A saúde funcional e a atividade física habitual podem representar bem esta dimensão e, em paralelo com os resultados encontrados nas pesquisas define melhor o campo de estudo.

Envelhecimento e Saúde Funcional

No estudo realizado por Ramos (1993), na cidade de São Paulo – SP, em relação ao estado de saúde de idosos, 86% referiram pelo menos uma doença crônica não transmissível (DCNT). Sendo altamente relacionado com o local de moradia, onde aqueles que têm melhor estado de saúde residiam na área central e os idosos da área periférica foram os que mais referiram a presença de cinco ou mais DCNT. Quanto a capacidade funcional, entre os idosos entrevistados, quase 20% precisa de alguma ajuda para realizar suas AVDs, e 7% não as realiza sem ajuda.

De acordo com o estudo de Rosa *et al* (2003), realizado em São Paulo – SP, idosos com nível mais baixo de escolaridade (apenas lê e escreve / analfabeto) apresentam chances cinco vezes maior de desenvolverem dependência moderada/grave. A dependência nos idosos pode aumentar em seis vezes por ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC) e para aqueles considerados possíveis “casos” de saúde mental (depressão ou demência). Deficiência visual e auditiva apresentam chances de dependência moderada/grave, maiores que quatro vezes.

Avaliações subjetivas mais pessimistas mostraram-se altamente associadas com dependência moderada/grave. A chance foi de nove vezes maior naqueles que perceberam sua saúde como sendo má ou péssima e 11 vezes naqueles que, comparando sua saúde com a de outros, perceberam-na como pior ou muito pior (Rosa *et al* 2003).

Lima-Costa (2003), em seu estudo com idosos brasileiros, incluídos na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), encontrou para indicadores da condição de saúde, 53,7% dos idosos com auto-percepção de saúde regular/muito boa. Pelo menos uma doença crônica foi relatada por 69%, sendo esta proporção maior entre mulheres (74,5%), aumentando com a idade, em ambos os sexos. Para indicadores de capacidade funcional, 2% dos idosos sofrem de incapacidades que os impedem de alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro.

Envelhecimento e Atividade Física

No estudo de Rosa *et al* (2003), chances elevadas para dependência moderada/grave foram observadas, em idosos de São Paulo – SP, que responderam *não freqüentar cinema e não praticar esportes*, 16 e 15 vezes maior, respectivamente.

Koltin (2001), realizou uma investigação para examinar a associação entre atividade física e qualidade de vida em mulheres idosas dos Estados Unidos. Os resultados indicaram que, as mulheres que viviam independentemente, tinham níveis de atividade física significativamente mais altos quando comparadas com mulheres levemente dependentes, bem como, qualidade de vida, estado de saúde física, relacionamento social e ambiente. Análises de correlação revelaram que os níveis de atividade física estavam significativamente correlacionados com qualidade de vida e saúde física.

Chang *et al* (2001), estudaram a relação entre estado de aptidão funcional e satisfação com a vida em idosos japoneses, em uma perspectiva de qualidade de vida. Os resultados apontaram correlação positiva significativa entre alguns fatores de satisfação com a vida e alguns fatores de aptidão funcional.

Kallinen *et al* (2002), em um estudo com mulheres de 76-78 anos, treinadas por 18 semanas em exercícios de força e resistência aeróbica constataram um aumento, ainda que pequeno, no pico de potência aeróbica no cicloergômetro quando comparadas com não treinadas.

Okuma (citada por Freitas *et al*, 2002) salienta que a atividade física aumenta a massa e diminui a perda óssea, independente de idade, sexo ou nível de densidade óssea inicial. Na infância e na adolescência são idades ideais para se começar a pensar na prevenção da osteoporose.

A atividade física deve ser constante e duradoura pois, pessoas com história de atividades físicas habituais, apresentam maior densidade óssea do que em inativos fisicamente (Freitas *et al* 2002).

Qualquer tipo de atividade física aumenta a massa muscular, mas são os exercícios resistidos que estimulam melhor esse ganho. Exercícios de força, ainda trazem benefícios gerais para a saúde do idoso, melhorando a mobilidade, impedindo a atrofia muscular, revertendo quadros de hipertensão e alta

freqüência cardíaca durante a realização das atividades da vida diária (AVDs) (Fleck *et al*, 1997).

McArdle *et al* (1992), afirmam que ainda não se sabe se as alterações cardiovasculares são conseqüência do envelhecimento ou da inatividade física, mas que essas alterações podem ser minimizadas com a prática de atividade física regular. Segundo ele, indivíduos treinados preservam o funcionamento cardiovascular num nível muito acima do observado em indivíduos inativos fisicamente.

Dimensão Psíquica

Para representar a Dimensão Psíquica considera-se o conjunto de habilidades, conhecimentos, funções e atitudes do indivíduo frente aos papéis (individual, familiar e profissional) assumidos e redefinidos ao longo dos eventos de transição ocorridos durante a vida, bem como, suas conseqüências para a saúde mental nos aspectos do ego e da cognição.

Envelhecimento e Saúde Mental

Segundo Darnton-Hill (1995), em geral entre as pessoas idosas, o estado de saúde está fortemente associado com a satisfação com a vida. Os estudiosos têm chegado à conclusão de que, é menos provável que, idosos com satisfação de vida tenham fumado, abusado do álcool ou tiveram peso excessivo.

Ramos (1993), encontrou em seu estudo 27% dos idosos de São Paulo – SP, com indícios de comprometimento da saúde mental.

DiPietro (1996), apresenta a função física como uma série de passos cada vez mais integrados, começando com vários componentes básicos e progredindo por três níveis mais integrados de atividades da vida diária, que incluem o cumprimento do papel social (trabalho voluntário) ou atividades recreacionais. Estes componentes básicos como força, equilíbrio, coordenação, flexibilidade e resistência são necessários na construção de um desempenho mais integrado de tarefas funcionais. Cada sucessivo nível de integração emprega mais e mais os básicos, bem como, habilidades cognitivas, sensoriais e afetivas.

Grainer *et al* (1996), investigaram a baixa função cognitiva e subsequente baixa independência para atividades da vida diária. Foram avaliadas as funções cognitivas e físicas de 678 freiras idosas, dos Estados Unidos, em 1992/93 e 575 em 1993/94. As participantes com baixa função cognitiva na primeira avaliação tinham dobrado o risco de perder independência em atividades da vida diária na segunda avaliação, em relação àquelas com alta função cognitiva. A progressão de uma baixa função cognitiva para uma função cognitiva deteriorada foi associada com menos independência em atividades da vida diária.

Dimensão Social

Aqui representada pelo conjunto de acontecimentos que interferem nas condições de vida das pessoas em sociedade como a renda, condições de moradia, relações intergeracionais, capacidade para o trabalho, exercício de papéis sociais, auto-integridade e a continuidade.

Envelhecimento e Relações Sociais

Coelho-Filho & Ramos (1999), em estudo epidemiológico sobre o envelhecimento no Nordeste do Brasil, encontraram a maioria dos idosos (75,3%) morando em domicílio multigeracional. Diferenças significativas foram encontradas quanto aos arranjos familiares nas três áreas sócio-econômicas (central, periférica e intermediária), sendo predominantes os domicílios de três gerações, na região periférica (56,7%), idosos morando sozinhos (9,6%) ou em domicílios de duas gerações (47,8%), na região central. O domicílio multigeracional pode estar sendo um arranjo de sobrevivência, em vez de ser uma opção cultural humanitária.

A situação ocupacional (aposentado e dona de casa) pode aumentar em até oito vezes as chances de dependência moderada/grave. O sexo e a idade estão fortemente associados à ocorrência de dependência sendo duas vezes maior a chance para mulheres em relação aos homens e até 36 vezes maior entre os idosos com mais de 80 anos. Todos os fatores de risco potenciais referentes às relações sociais apresentam forte associação com dependência

moderada/grave; a chance é seis vezes maior para os idosos que responderam *não visitar os amigos e não visitar parentes* (Rosa *et al*, 2003).

Ao observar-se o desenvolvimento dos estudos epidemiológicos, aqui citados, atentou-se para o fato de que, na cidade de Goiânia-GO, ainda não foi realizado um estudo semelhante.

Tendo, a presente revisão de literatura, contribuído para o embasamento e caracterização do estudo, pretende-se também comparar os resultados encontrados, no estudo realizado, com a literatura aqui apresentada.

CAPÍTULO III

METODOLOGIA

Modelo do Estudo

Segundo Pereira, 1999 este foi um estudo descritivo transversal de inquérito (*survey*) exploratório, para determinar a prevalência, ou seja, o número ou a proporção de idosos residentes na cidade de Goiânia, que percebe e/ou refere saúde multidimensional negativa e nível insuficiente de atividade física habitual para a aquisição e/ou manutenção da autonomia, independência e um envelhecimento bem sucedido.

Este estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, obtendo um parecer favorável à sua realização. (ANEXO 1)

População

Tem-se como população os idosos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade de Goiânia que, segundo o Censo Demográfico 2000 – IBGE, perfazem 75.695 idosos (6,93% da população total).

Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos que apresentaram uma ou mais das características abaixo:

- a) se o idoso se encontrasse, física ou psicologicamente, incapacitado;
- b) se o idoso se recusasse a responder a entrevista;
- c) se o idoso estivesse hospitalizado ou internado em asilos.

Seleção da Amostra

Foram utilizadas como universo amostral os 62 setores censitários selecionados pelo IBGE para a realização do Censo 2000, que estão contidos nas 11 regiões da cidade (Oeste, Leste, Mendanha, Noroeste, Norte, Central, Campinas, Vale Meia Ponte, Sudoeste, Sul e Sudeste); de acordo com o Mapa Urbano Básico Digital de Goiânia de agosto de 2002. Para uma melhor distribuição na quantidade de idosos em cada região, optou-se por agrupar os setores censitários em cinco grupo/regiões: **Norte** (+ Noroeste), **Sul**, **Leste** (+ Sudeste), **Oeste** (+ Mendanha e Sudoeste), **Central** (+ Campinas e Vale do Meia Ponte).

Para melhor visualização do universo amostral, observe-se a Tabela 1:

Tabela 1
Distribuição da população dos idosos por sexo e faixa de idade.

Goiânia	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
60 a 64 anos	11.773	15,55%	14.386	19,01%	26.159	34,56%
65 a 69 anos	8.216	10,85%	10.805	14,27%	19.021	25,13%
70 a 74 anos	5.723	7,56%	7.910	10,45%	13.633	18,01%
75 a 79 anos	3.529	4,66%	5.023	6,64%	8.552	11,30%
80 anos ou mais	3.218	4,25%	5.112	6,75%	8.330	11,00%
Total	32.459	42,88%	43.236	57,12%	75.695	100,00%

O tamanho da amostra foi calculado segundo Barbeta (2001), que apresenta a seguinte fórmula para o cálculo do tamanho mínimo de uma amostra aleatória simples:

$$n_o = 1 / E_o^2$$

Onde: n_o tamanho mínimo da amostra total;

E_o erro amostral tolerável.

Calculando:

$$n_o = 1 / (0,05)^2$$

$$n_o = 1 / 0,0025$$

$$n_o = 400$$

O *erro amostral* foi admitido em 5% (0,05) por ser o usual para pesquisas na área de Educação Física.

Para uma melhor distribuição da amostra, calculou-se o “ n_e ” em quotas proporcionalmente estratificadas (sexo, grupo/região e faixa de idade), utilizando-se da fórmula abaixo, também sugerida por Barbetta (2001):

$$n_e = n_o * (N_e / N)$$

Onde: N tamanho (n° de elementos) da população;

N_e tamanho (n° de elementos) da população do estrato;

n_e tamanho (n° de elementos) da quota proporcional estratificada;

n_o tamanho mínimo da amostra total;

Aos valores de “ n_e ” amostral da quota proporcional estratificada, foram acrescidos 10% (dez por cento) como margem de segurança. Então, o tamanho da amostra deveria ser de 189 homens e 251 mulheres, num total de 440 pessoas.

A Tabela 2 apresenta a distribuição amostral por quota estratificada proporcional seguida na Coleta Oficial dos dados:

Tabela 2
Distribuição amostral por quota estratificada proporcional (SEXO, GRUPO/REGIÃO e FX. DE IDADE).

GRUPO/REGIÃO	Ne Homens	ne	ne + 10%	Ne Mulheres	ne	ne + 10%	Ne Total	ne total	ne Total +10%
Norte/Noroeste	3.732	20	22	4.100	22	24	7.832	41	46
60 a 64 anos	1.440	8	8	1.511	8	9	2.951	16	17
65 a 69 anos	959	5	6	1.065	6	6	2.024	11	12
70 a 74 anos	626	3	4	725	4	4	1.351	7	8
75 a 79 anos	387	2	2	415	2	2	802	4	5
80 e + anos	320	2	2	384	2	2	704	4	4
Sul	5.392	28	31	7.161	38	42	12.553	66	73
60 a 64 anos	2.075	11	12	2.494	13	14	4.569	24	27
65 a 69 anos	1.350	7	8	1.693	9	10	3.043	16	18
70 a 74 anos	942	5	5	1.263	7	7	2.205	12	13
75 a 79 anos	542	3	3	835	4	5	1.377	7	8
80 e + anos	483	3	3	876	5	5	1.359	7	8
Leste / Sudeste	3.809	20	22	4.721	25	27	8.530	45	50
60 a 64 anos	1.452	8	8	1.629	9	9	3.081	16	18
65 a 69 anos	985	5	6	1.209	6	7	2.194	12	13
70 a 74 anos	614	3	4	860	5	5	1.474	8	9
75 a 79 anos	385	2	2	526	3	3	911	5	5
80 e + anos	373	2	2	497	3	3	870	5	5
Oeste / Mandanha / Sudoeste	6.982	37	41	8.831	47	51	15.813	84	92
60 a 64 anos	2.652	14	15	3.162	17	18	5.814	31	34
65 a 69 anos	1.783	9	10	2.284	12	13	4.067	21	24
70 a 74 anos	1.216	6	7	1.548	8	9	2.764	15	16
75 a 79 anos	733	4	4	920	5	5	1.653	9	10
80 e + anos	598	3	3	917	5	5	1.515	8	9
Central / Campinas / Vale Meia Ponte	12.544	66	73	18.423	97	107	30.967	164	180
60 a 64 anos	4.150	22	24	5.595	30	33	9.745	51	57
65 a 69 anos	3.140	17	18	4.546	24	26	7.686	41	45
70 a 74 anos	2.323	12	14	3.516	19	20	5.839	31	34
75 a 79 anos	1.483	8	9	2.331	12	14	3.814	20	22
80 e + anos	1.448	8	8	2.435	13	14	3.883	21	23
Total	32.459	172	189	43.236	228	251	75.695	400	440
Erro Padrão		7,64%	7,28%		6,62%	6,31%		5,00%	4,77%

Os bairros que compõem os cinco grupo/regiões são:

1º Grupo/Região: Norte/Noroeste

Norte: Aeroporto Internacional Santa Genoveva, Campus Universitário/Conjunto Itatiaia, Goiânia II, Jaó, Jardim Guanabara, Santa Genoveva, Vila Jardim São Judas Tadeu/Jardim Pompéia; **Noroeste:** Finsocial, Jardim Primavera (Área Urbana Isolada), Mutirão/Curitiba, São Domingos.

2º Grupo/Região: Sul

Sul: Alto da Glória/Redenção, Bueno, Jardim América, Jardim Goiás, Marista, Nova Suiça, Parque Amazônia, Pedro Ludovico/Bela Vista/Jardins das Esmeraldas, Santo Antonio.

3º Grupo/Região: Leste/Sudeste

Leste: CEASA/Aldeia do Vale, Jardim Novo Mundo, Riviera/Água Branca, Santo Hilário, Vila Pedroso; **Sudeste:** Autódromo ou Parque Lozandes, Parque das Laranjeiras/Jardim da Luz.

4º Grupo/Região: Oeste/Mendanha/Sudoeste

Oeste: João Braz, Parque Bom Jesus, Parque Oeste Industrial, Vera Cruz, Villa Rizzo; **Mendanha:** Cândida de Moraes/Maria Dilce, Capuava, Chácaras São Joaquim, Jardim Petrópolis, Vila Regina/Parque Industrial Paulista/Santos Dumont; **Sudoeste:** Baliza-Itaipu, Caravelas, Celina Park/Recreio dos Funcionários, Jardim Atlântico, Jardim Europa, Novo Horizonte/Faiçalville, Parque Santa Rita, Sudoeste.

5º Grupo/Região: Central/Campinas/ValeMeiaPonte

Central: Aeroporto, Bairro Feliz, Central, Criméia Leste, Leste Universitário, Negrão de Lima, Norte Ferroviário, Oeste, Sul, Vila Nova; **Campinas:** Aeroviários, Campinas, Cidade Jardim, Coimbra, Marechal Rondon; **Vale Meia Ponte:** Jardim Balneário Meia Ponte/Mansões Goianas, Urias Magalhães.

Instrumentos de Coleta

Quando os dados não existem em registros rotineiros, de modo que não é possível preparar estatísticas, nem fazer levantamentos, uma alternativa viável para obtê-los é a realização de um inquérito. Este termo é usado com o sentido amplo de investigação não-experimental, na qual os indivíduos da amostra são interrogados ou examinados para determinar o nível, a presença e a ausência das características de interesse. Desta maneira, procede-se a inquirição direta

das pessoas nos postos de saúde ou em domicílios, obedecendo a um protocolo previamente definido (Pereira, 1999).

Segundo Pereira (1999), o inquérito realizado seguiu a caracterização abaixo:

- a) quanto à forma de obtenção das informações – ENTREVISTA (Questionário *Brazil Old Age Schedule – BOAS* e *International Physical Activity Questionnaire - IPAQ*);
- b) quanto à extensão de alcance – LOCAL (cidade de Goiânia);
- c) quanto ao tipo de evento investigado em particular ou grupo de condições afins – ESPECÍFICO (saúde funcional e nível de atividades físicas habituais)
- d) quanto à função estimativa – PREVALÊNCIA (idosos que percebem/referem saúde funcional negativa (SFN), ou seja, presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incapacidades funcionais (IF), nível insuficiente de atividade física habitual (NIAFH), auto-percepção negativa de saúde (APNS) e suspeitos de Síndrome Cerebral Orgânica (SCO));
- e) quanto à base de dados – POPULAÇÃO (idosos residentes nas 11 regiões - Oeste, Leste, Mendanha, Noroeste, Norte, Central, Campinas, Vale Meia Ponte, Sudoeste, Sul e Sudeste - da zona urbana da cidade de Goiânia);
- f) quanto à unidade de observação – DOMICÍLIO (processo de seleção conveniente para cumprir as quotas da amostra).

Para a caracterização da saúde funcional multidimensional e do nível de atividade física habitual foram utilizados dois instrumentos na forma de inquérito por entrevista (*survey*), já validados para a população idosa.

Questionário *Brazil Old Age Schedule – BOAS*, (Veras & Dutra, 2000) (ANEXO 3)

O Questionário BOAS é um questionário de avaliação funcional multidimensional, que visa cobrir as áreas consideradas mais importantes da vida do idoso: saúde física, saúde mental, condição social, condição econômica e atividades do dia-a-dia. Foi desenvolvido para a população idosa de um centro urbano (Rio de Janeiro), baseado em outros instrumentos que encontram padrões aceitáveis de validade e confiabilidade, como os questionários CARE, para a

seção de saúde mental, e OARS e o PAHO, para as demais seções. Veras *et al* (1989), realizaram um estudo de confiabilidade e validação para a seção de saúde mental do BOAS. O estudo-piloto, que fazia parte do projeto de doutorado do Prof. Renato Peixoto Veras, foi realizado no distrito de Copacabana em 18 idosos, selecionados a partir de um levantamento das pessoas com 60 anos ou mais, residentes nos setores censitários incluídos aleatoriamente no universo da pesquisa. Os resultados apontaram para a necessidade de melhoria da especificidade e aplicação do instrumento em um número maior de pessoas.

Seções do Questionário

O questionário é composto por 75 questões, distribuídas em nove seções. Juntas, estas seções objetivam assegurar informações sobre as principais características, necessidades e problemas da população idosa de um grande centro urbano. Cada seção específica pretende explorar com alguma profundidade as áreas consideradas importantes devido ao seu impacto nos padrões de vida do grupo etário em estudo.

As seções de I a VIII contêm perguntas dirigidas ao entrevistado. Existem muitas perguntas ao longo das seções que são subdivididas em perguntas relacionadas. Na seção IX as perguntas são dirigidas ao entrevistador e devem ser respondidas ao final da pesquisa.

International Physical Activity Questionnaire – IPAQ / Versão 8 – Idosos (Benedetti *et al*, 2001, 2004a) (ANEXO 4)

O Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) foi inicialmente proposto por um grupo de pesquisadores durante uma reunião científica em Genebra, Suíça, em abril de 1998. Como parte da Organização Mundial da Saúde – Comitê Internacional em Atividade Física e Saúde, o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS) foi um dos 12 selecionados pelo mundo (Austrália, Canadá, Finlândia, Guatemala, Itália, Japão, Portugal, África do Sul, Suécia, Inglaterra e Estados Unidos), para desenvolver o IPAQ e ajudar outros centros da América Latina, já que exerce um importante

ponto de liderança na *International Council of Sport Science and Physical Education* (ICSSPE), para países em desenvolvimento.

O IPAQ se propõe a medir o nível de atividade física, sendo utilizado internacionalmente, o que possibilita a realização de um levantamento mundial da prevalência de atividade física. Muito pouco é conhecido sobre os hábitos de atividade física de pessoas que vivem em países em desenvolvimento, embora isto possa ser razoavelmente especulado que a AF no tempo livre seja realizada em pequenas proporções na atividade total.

Matsudo *et al* (2001), realizaram um estudo com o objetivo de determinar a validade e reprodutibilidade do questionário internacional de atividade física (IPAQ-versão 8) em uma amostra de sujeitos brasileiros. Os resultados mostraram que os coeficientes de validade e reprodutibilidade assemelham-se a outros instrumentos internacionalmente utilizados, com a vantagem de ser prático, rápido e possibilitar levantamentos de grandes grupos populacionais, tanto na forma curta como na forma longa, representando uma boa alternativa para comparações internacionais.

O IPAQ é um instrumento que permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer). Há a possibilidade de estimar o tempo despendido em atividades passivas (realizadas na posição sentada). Benedetti *et al* (2004a) realizaram o estudo de validação para a aplicação do IPAQ em pessoas idosas.

Seções do Questionário

O IPAQ divide-se em 13 questões distribuídas por cinco seções:

- a) Seção I: Atividade Física no Trabalho
- b) Seção II: Atividade Física como Meio de Transporte
- c) Seção III: Atividade Física em Casa, Tarefas Domésticas e Atenção à Família
- d) Seção IV: Atividade Física de Recreação, Esporte, Exercício e Lazer
- e) Seção V: Tempo que Passa Sentado

Critérios para Classificação Categórica dos Dados

Algumas variáveis foram utilizadas para calcular níveis de classificação categórica para a amostra estudada. Para tanto, foram utilizados os critérios abaixo descritos:

Critério de Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC)

O peso (kg) e estatura (m) utilizados no cálculo do IMC não foram aferidos diretamente e sim, auto-referidos pelos idosos entrevistados. Segundo Fonseca *et al* (2004), o peso e estatura auto-referidos têm sido utilizados em estudos epidemiológicos, principalmente para favorecer a economia de recursos e a simplificação do trabalho de campo. Trata-se de indicadores válidos, com níveis aceitáveis de validade, até mesmo entre os obesos (que poderiam subestimar o peso) e entre grupos com baixa escolaridade. Algumas limitações estão no fato de há uma tendência de subestimação dos valores de peso (mais marcante entre mulheres), superestimação dos valores de estatura (mais marcante entre homens) e, além disso, a prevalência populacional de obesidade também pode estar subestimada, principalmente entre mulheres e idosos. Para Cabrera & Jacob Filho (2001), o nível de definição das categorias do IMC não se diferencia para população idosa, apesar de uma tolerância maior dos idosos com o aumento do IMC podendo ser definidas em um patamar mais elevado nesta faixa etária. Em seus estudos, Cabrera & e Jacob Filho (2001); Anjos (1992); Barreto (2003) e Marcenes (2003) adequaram os limites de corte do IMC, sugeridos pela OMS, em função da faixa de idade acima dos 60 anos. A Tabela 3 mostra os limites de corte utilizados nestes estudos com idosos.

Tabela 3
Limites de corte para IMC.

Faixa em kg/m²	Classificação
≤19,99*	Baixo peso
20* a 24,99	Faixa recomendável
25 a 29,99	Sobrepeso
≥30	Obesidade

*Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) igual a 18,5.

Critério de Classificação do Nível de Capacidade Funcional (NCF)

Mazo *et al* (2001), apresenta as diferentes classificações sobre as atividades da vida diária (AVDs) propostas pela *American Geriatrics Society*:

- a) Atividades Básicas da Vida (ABVDs): auto-cuidados como: alimentar-se, vestir-se, pentear os cabelos, caminhar em superfície plana, deitar-se e levantar-se da cama, tomar banho e ir ao banheiro em tempo;
- b) Atividades Intermediárias da Vida Diária (AIVDs): auto-cuidados, manutenção e independência como: sair de casa utilizando meios de transporte coletivo ou particular, caminhar curtas distâncias pela vizinhança, preparar refeições, arrumar a casa, tomar remédios, subir/descer escadas, cortar as unhas dos pés;
- c) Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVDs): funções necessárias para se viver sozinho; entre elas, estão as funções ocupacionais, recreacionais e prestação de serviços comunitários.

A partir desta classificação Spirduso (1995) apresenta uma classificação para o Nível de Capacidade Funcional:

- a) **Nível I** - Fisicamente Dependente: indivíduos que realizam apenas algumas ou nenhuma das ABVDs, são dependentes de outras pessoas para alimentar-se, vestir-se, tomar banho e ir ao banheiro. Não realizam nenhuma das AIVDs;
- b) **Nível II** - Fisicamente Frágil: indivíduos que podem realizar todas as ABVDs, mas realizam apenas algumas ou nenhuma das AIVDs. Realizam tarefas domésticas leves como: preparar as refeições, fazer compras, caminhar curtas distâncias pela vizinhança.
- c) **Nível III** - Fisicamente Independente: indivíduos que podem realizar todas as ABVDs e todas as AIVDs. Vivem de modo independente, usualmente sem sintomas de doenças crônicas, mas com baixo nível de saúde e de condicionamento físico por não realizarem atividades físicas de forma regular.
- d) **Nível IV** - Fisicamente Condicionado: indivíduos que exercitam-se, pelo menos, duas a três vezes por semana para sua saúde, prazer ou bem-estar. Realizam atividades físicas habituais de intensidade moderada no

trabalho, nos deslocamentos, no lar ou como exercício físico, esporte, recreação e lazer.

- e) **Nível V – Atletas de Elite:** indivíduos que treinam uma modalidade esportiva quase diariamente, podendo competir em sua categoria em nível nacional e internacional.

Os pontos de corte e escores foram gerados a partir da definição arbitrária, de peso: '0' para respostas 'NÃO', tanto nas ABVDs como nas AIVDs, '2' para respostas 'SIM' nas ABVDs e '1' para respostas 'SIM' nas AIVDs. O número de questões assinaladas com 'SIM' é multiplicado pelo peso da AVD chegando-se ao escore para classificação do NCF. A Tabela 4 mostra estes pontos de corte e escores.

Tabela 4
Escore e limites de corte para NCF.

Classificação	ABVDs Ponto de corte (nº de questões marcadas com 'sim')	AIVDs Ponto de corte (nº de questões marcadas com 'sim')	Escore (pts. Mín e Máx.)
Dependente	0 a 4 questões	0 questões	0 a 8 pts
Frágil	4 a 7 questões	1 a 5 questões	9 a 19 pts
Independente	7 questões	6 a 8 questões	20 a 22 pts

Critério de Classificação do Nível de Integração Social Participativa (NISP)

As atividades de integração social participativa (AISP) foram classificadas arbitrariamente em três níveis, a saber:

- a) **Atividades Individualistas (AIs):** atividades desenvolvidas de forma individual sem, necessariamente haver a presença de outra pessoa. Ouvir rádio, assistir televisão, fazer compras, trabalhos manuais, ler revistas e/ou livros;
- b) **Atividades de Contato Moderado (ACMs):** atividades desenvolvidas em contato com pessoas de convívio mais próximo ou íntimo ao indivíduo. Receber visitas, andar pelo bairro, visitar parentes, ler jornais, ir ao cinema ou teatro, jogos de salão e jardinagem;
- c) **Atividades em Grupo (AGs):** atividades desenvolvidas em contato com pessoas conhecidas ou não, de caráter comunitário e lúdico. Ir a jogos de campo e quadra, praticar esportes e/ou exercícios físicos, ir à passeios

longos e/ou excursões, participar de encontros sociais e/ou comunitários, ir à cultos religiosos e visitar amigos.

Dependendo do tipo e do número de atividades desenvolvidas, segue-se a classificação para o NISP:

- a) **Nível I – Socialmente Isolado:** indivíduos que realizam nenhuma ou até três das AIs. Realizam nenhuma ou até três das ACMs. Realizam nenhuma ou até uma das AGs;
- b) **Nível II – Comportamento Sociável:** indivíduos que realizam de três a quatro das AIs. Realizam duas a cinco das ACMs. Realizam duas a três das AGs;
- c) **Nível III – Socialmente Integrado:** indivíduos que realizam quatro ou todas AIs. Realizam quatro ou todas ACMs. Realizam quatro ou todas AGs.

Os pontos de corte e escores também foram gerados a partir da definição arbitrária, de peso: '0' para respostas 'NÃO', tanto nas AIs, ACMs como nas AGs. Quando a resposta for 'SIM' nas AIs vale '1', nas ACMs vale '2' e nas AGs vale '3'. O número de questões assinaladas com 'SIM' é multiplicado pelo peso da AISP chegando-se ao escore para classificação do NISP. A Tabela 5 mostra estes pontos de corte e escores.

Tabela 5
Escore e limites de corte para NISP.

Classificação	AIs Ponto de corte (nº de questões marcadas com 'sim')	ACMs Ponto de corte (nº de questões marcadas com 'sim')	AGs Ponto de corte (nº de questões marcadas com 'sim')	Escore (pts. Mín e Máx.)
Isolado	0 a 3 questões	0 a 3 questões	0 a 1 questão	0 a 12 pts
Sociável	3 a 4 questões	2 a 5 questões	2 a 3 questões	13 a 23 pts
Integrado	4 a 5 questões	4 a 6 questões	4 a 6 questões	24 a 35 pts

Critério de Classificação Econômica Brasil

Este critério enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de classes 'sociais'. A divisão do mercado definida é, exclusivamente, de classes 'econômicas' (ANEP, 2000). A pontuação adotada é apresentada na

Tabela 6 (considerou-se, para efeito de cálculo, a presença de apenas um item para bens e benefícios) e a classificação econômica na Tabela 7

Tabela 6
Sistema de pontos para Classificação Econômica.

Item	Pontos
Escolaridade máxima	
Nenhuma	0
Primário (até 4º ano)	1
Ginásio ou 1º grau completo (Ensino Fundamental)	2
2º grau completo (Ensino Médio)	3
Curso Superior (Graduação)	5
Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado)	5
Bens e Benefícios	
Água encanada	1
Eletricidade	1
Ligação com a rede de esgoto	1
Geladeira / congelador	2
Rádio	1
Televisão	2
Vídeo-cassete	2
DVD	2
Computador	2
Telefone	2
Automóvel	2

Tabela 7
Score para Classificação Econômica.

Classe Econômica	Score	% no Brasil
A (1 e 2)	25 a 34 pontos	6%
B (1 e 2)	17 a 24 pontos	23%
C	11 a 16 pontos	36%
D	6 a 10 pontos	31%
E	0 a 5 pontos	4%

Critério de Classificação para Síndrome Cerebral Orgânica (SCO)

Para se chegar a classificação para SCO, à cada questão da Seção de Saúde Mental do *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), foi dado um peso à cada questão, de acordo com a sugestão de Veras & Dutra (2000) (Tabela 8). A classificação foi feita utilizando-se os pontos de corte sugeridos por Veras & Coutinho (1991) (Tabela 9).

Tabela 8
Peso e Escore máximo para SCO.

Questões do BOAS Seção VII – Saúde Mental	Peso da questão
Debilidade Cognitiva (DCog)	
Q.10	1 ponto
Q.52 até Q.59	1 ponto cada Q.
Escore máximo	9 pontos
Depressão (Dp)	
Q.60a até Q.69	1 ponto cada Q.
Q.69b	1 a 4 pontos
Q.70	1 a 3 pontos
Q.71	1 a 2 pontos
Q.72	1 ponto
Q.72a	1 ponto
Q.73	1 ponto
Escore máximo	29 pontos

Tabela 9
Classificação para SCO.

Síndrome Cerebral Orgânica	Pontos de Corte
Debilidade Cognitiva (DCog)	
Sem suspeita	0 a 1 ponto
Suspeitos	2 a 3 pontos
Prováveis casos	4 a 9 pontos
Depressão (Dp)	
Sem suspeita	0 a 6 pontos
Suspeitos	7 a 8 pontos
Prováveis casos	9 a 29 pontos

Critério de Classificação para Nível de Atividade Física Habitual (NAFH)

Para calcular-se os METs min/sem necessários para a classificação do NAFH, utilizou-se a fórmula sugerida pelo *IPAQ Research Committee* (2004):

METs min/sem AF Questão = dias/semana X minutos/dia X MET estimado por intensidade da AF

METs min/sem AF por Seção = MET min/sem AF_Q.a + Q.b + Q.c + Q.d

METs min/sem AF Total = MET min/sem AF Ocupacional + Deslocamento + Quintal/Jardim + Casa + Exercício/Lazer

O gasto energético estimado em MET, indicado para cada seção de atividade física do IPAQ versão longa, foi sugerido por Craig *et al* (2003) (Tabela

10). Para as atividades de caminhada e andar de bicicleta, utilizou-se o ritmo moderado para o MET estimado.

Tabela 10
Gasto energético estimado em METs.

Dimensão de Atividade Física	Tipo de atividade ou intensidade	Ritmo informado	MET estimado*
Ocupacional	(Q.1b) Vigorosa		8
	(Q.1c) Moderada		4
	(Q.1d) Caminhada	Vigorosa	5
		Moderada	3,3
	Leve	2,5	
Deslocamento	(Q.2a) Sentado		1
	(Q.2c) Caminhada	Vigorosa	5
		Moderada	3,3
		Leve	2,5
	(Q.2b) Bicicleta	Vigorosa	8
		Moderada	6
Leve		4	
Quintal e Jardim	(Q.3a) Vigorosa		5,5
	(Q.3b) Moderada		4
Dentro de Casa	(3c) Moderada		3
Exercício e Lazer	(Q.4b) Vigorosa		8
	(Q.4c) Moderada		4
	(Q.4a) Caminhada	Vigorosa	5
		Moderada	3,3
		Leve	2,5
Sentado**	(Q.5) Dias de semana		1
	(Q.5) Fim de semana		1

*Os MET's estimados foram baseados no *Compendium of Physical Activities* (Ainsworth et al, 2000) **O tempo sentado deve ser analisado separadamente.

Fonte: (Craig et al, 2003).

Finalmente, para o cálculo do escore contínuo da classificação do NAFH, recorreu-se a uma comunicação pessoal, via e-mail com o Prof. Timóteo Leandro de Araújo¹, do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS). Nesta comunicação, o Prof. Timóteo falou sobre a classificação do NAFH por MET min/sem, que vem sendo utilizada em estudos do CELAFISCS, sugerida pelo Dr. Adrian Bauman, membro do *IPAQ Research Committee*. O Prof. Timóteo, reforçou ainda que, o ponto de corte para a classificação, enviado por ele, foi elaborado para ser usado no IPAQ versão curta. Porém, o ponto de corte em MET min/sem para o IPAQ versão longa, ainda não está disponível na página do IPAQ, apesar de ter sido prometido para

¹ Agradecemos imensamente as contribuições do Prof. Timóteo para o nosso estudo. Sem suas sugestões, este trabalho não teria alcançado seus objetivos. Obrigada! [comunicação pessoal via e-mail em 11 / novembro / 2004].

novembro de 2004. Sendo assim, acatou-se a sugestão dada pelo Prof. Timóteo, que é apresentada na Tabela 11.

Tabela 11
Escore contínuo para Classificação do NAFH.

Classificação	Escore contínuo em METs min/sem
Inativo	MET min/sem AF Total < 600 MET min/sem
Insuf. Ativo	MET min/sem AF Total ≥ 600 a < 1500 MET min/sem
Ativo	MET min/sem AF Total ≥ 1500 a < 3000 MET min/sem
Muito Ativo	MET min/sem AF Total ≥ 3000 MET min/sem

Fonte: Araújo, 2004.

Coleta de Dados

Devido à falta de recursos financeiros, a pesquisa não pôde ser divulgada por meios de comunicação como rádio, televisão e imprensa. Então, a divulgação do projeto foi feita de forma direta pelos pesquisadores, de uma maneira clara e o mais explicativa possível, para alcançar uma maior credibilidade por parte dos participantes. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa de maneira voluntária, sendo reforçada a importância desta contribuição para o melhoramento dos programas de atendimento ao idoso. Aqueles que se dispuseram a participar, assinaram, antes da realização da entrevista, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em duas vias), ficando uma via do termo sob guarda do entrevistado e outra com o pesquisador principal (ANEXO 2).

O presente estudo não expôs seus participantes a riscos, danos ou constrangimentos que pudessem prejudicar sua integridade física, psíquica, moral, social ou religiosa. Visto que, os instrumentos aplicados já foram testados, validados e aplicados em outros estudos semelhantes.

Para a coleta de dados, seguiu-se os seguintes passos:

1. composição de uma equipe de apoio com pesquisadores voluntários (estudantes de Educação Física e Fisioterapia);
2. realização de um Estudo Piloto com o objetivo de padronizar os procedimentos de entrevista e treinar os entrevistadores quanto ao tempo de resposta (máx. 60 minutos) e forma de abordagem;

3. seleção conveniente dos idosos, atendendo às quotas por grupo/região, faixa de idade e sexo, de acordo com a Tabela 2.

Tratamento Estatístico para Análise dos Dados

O tratamento estatístico adotado para análise dos dados do estudo, seguiu duas técnicas:

a) descritiva: amostragem, seleção, coleta, tabulação dos dados, descrição das observações coletadas;

b) indutiva: análise das observações, testes de associação e significância, estimativa de proporções para a amostra estudada.

Para a organização, registro dos dados e a elaboração dos relatórios estatísticos, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* – SPSS, versão 11.0 e as sugestões de análise de Barros & Reis (2003).

Para a análise dos dados foram utilizados procedimentos de análise univariada para organizar os dados, verificar-se a distribuição de freqüências, medidas de posição, dispersão e normalidade dos dados. Num segundo momento, a análise bivariada foi utilizada para observar-se o relacionamento entre duas variáveis (p.e.: sexo X nível de atividade física habitual).

O Quadro 1 apresenta o tratamento estatístico adotado de acordo com a escala de medida da variável estudada. Para todos os procedimentos foi adotado um nível de significância de $p \leq 0,05$.

Quadro 1
Tratamento estatístico.

VARIÁVEL	ESCALA	ESTATÍSTICA	GRÁFICOS
Categórica	Nominal e Ordinal	❖ Distribuição de freqüências;	❖ Barras;
		❖ “U” de Mann-Whitney;	❖ Pizza;
		❖ Kruskal-Wallis;	❖ Dispersão
		❖ Qui-quadrado;	❖ Linhas
		❖ Correlação de Spearman	
Contínua	Intervalar e Razão	❖ Ordenação dos dados;	❖ Histogramas;
		❖ Média;	❖ Pontos;
		❖ Desvio padrão;	❖ Caixas e
		❖ Teste “t” para amostras independentes;	bigodes
		❖ ANOVA;	
		❖ Post-hoc de Scheffé;	
❖ Correlação de Pearson;			

A matriz de análise foi dividida a partir dos aspectos estudados: sócio-demográficos, sócio-econômicos, saúde física, saúde funcional, saúde mental e atividade física habitual (ANEXO 6)

Estudo Piloto

Devido ao fato de estar-se utilizando instrumentos já validados para a população idosa, este Estudo Piloto teve como objetivo, somente, padronizar os procedimentos de entrevista, treinar os pesquisadores quanto ao tempo de aplicação e forma de abordagem, bem como, familiarizá-los com as variáveis de estudo e exercitar a descrição dos dados. Não pretendeu-se, neste momento, fazer associações entre as variáveis.

Procedimentos

Aquisição do Material

Várias foram as tentativas para conseguir-se um financiamento para a realização da pesquisa. Foram consultados, em vão, vários órgãos competentes como a Prefeitura de Goiânia, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Estadual do Idoso e Organização das Voluntárias de Goiás. A resposta obtida foi a espera que, até este momento, se mantém. Sendo assim, a pesquisa teve de ser financiada com recursos financeiros próprios da pesquisadora e por empréstimos.

Foi criada uma identidade visual para o projeto (Figura 2), a qual foi elaborada por uma estudante de Design da Universidade Católica de Goiás (UCG). Esta identidade, elaborada a partir do conceito do projeto, teve o propósito de dar maior visibilidade e credibilidade ao mesmo, na fase de coleta de dados. A versão colorida foi utilizada nas camisetas dos pesquisadores e a versão em escala de cinza nos roteiros de entrevista e documentos impressos referentes ao projeto.

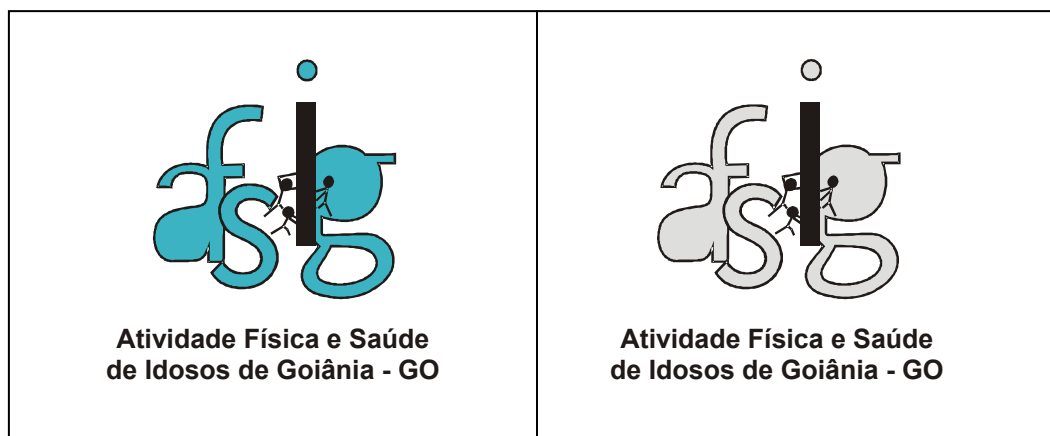


Figura 2: Identidade visual do Projeto (Silva, F. C., 2004).

Adquiriu-se o material de papelaria (tinta para impressora, CD-R, papel A4, canetas, crachás), foram confeccionados 550 (quinhentos e cinqüenta) roteiros de entrevista e 60 (sessenta) camisetas.

Seleção dos Pesquisadores

Para a seleção dos pesquisadores voluntários, foram realizadas visitas à Faculdade de Educação Física da Universidade Federal de Goiás (FEF/UFG), ao Departamento de Educação Física e Desportos da Universidade Católica de Goiás (DEFD/UCG) e à Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia do Estado de Goiás da Universidade Estadual de Goiás (ESEFFEGO/UEG), nos cursos de Educação Física e Fisioterapia. A Diretoria e Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação das três faculdades, nas pessoas do Prof. Dr. Marcus Fraga Vieira e Prof^a Dr^a Maria Sebastiana Silva (FEF/UFG); Prof^a Ms. Maria Zita Ferreira e Prof. Ms. Paulo Roberto Vila Ventura (DEFD/UCG); Prof. Ferdinand Eugene Persijin e Prof. Ms. João Henrique Suanno, autorizaram prontamente a entrada da pesquisadora nas salas de aula para efetuar o convite aos alunos para participarem como pesquisadores voluntários na coleta de dados do projeto. Ao todo, foram visitadas 24 salas.

Treinamento dos Pesquisadores

O treinamento dos pesquisadores foi elaborado segundo Veras *et al* (1988; 1989). Foram realizadas reuniões de apresentação do projeto e cadastro dos alunos interessados em participar da pesquisa como pesquisadores voluntários. Houve presença satisfatória dos alunos às reuniões, com o cadastramento de 56 (cinquenta e seis) pesquisadores.

Após três convocações para as reuniões de treinamento, que seriam realizadas no decorrer de um mês, a falta de coro por parte dos pesquisadores voluntários convocados, forçou a pesquisadora principal a decidir por reduzir o número de dias de treinamento devido à aproximação dos prazos para a entrega do relatório final. Infelizmente, as reuniões para o treinamento e distribuição dos roteiros de entrevista para a coleta de dados do Estudo Piloto, contou com a presença de, somente, 30 (trinta) pesquisadores. Na primeira semana da Coleta Oficial, outros 18 (dezoito) pesquisadores voluntários foram incluídos para trabalharem na pesquisa, recebendo seu treinamento antes de iniciar as entrevistas. O treinamento aplicado é apresentado a seguir:

a) **primeiro dia:** Apresentação detalhada da justificativa, objetivos, revisão de literatura e metodologia adotada para o projeto; apresentação do roteiro de entrevista a ser utilizado e das diretrizes a serem seguidas na entrevista (abordagem ao entrevistado, condução e duração da entrevista);

b) **segundo dia:** Distribuição de um roteiro de entrevista em branco à cada dupla de pesquisadores (realização de um simulado entre eles); esclarecimento das dúvidas; entrega de um crachá e dois roteiros de entrevista à cada um dos pesquisadores presentes, para a coleta de dados do Estudo Piloto;

c) **terceiro, quarto e quinto dias:** Aplicação externa do roteiro de entrevista (coleta do Estudo Piloto). Os pesquisadores deveriam entrevistar familiares ou pessoas conhecidas nas quais, os critérios de inclusão, se aplicassem;

d) **sexto dia:** Recolhimento dos roteiros de entrevista (piloto) preenchidos; identificação e esclarecimento das dúvidas; distribuição de uma camiseta, 10 (dez) roteiros de entrevista e das quotas da coleta oficial, para cada um dos pesquisadores, separadas por grupo/região, setor censitário,

sexo e faixa de idade para coleta de entrevistas. As quotas, dos cinco grupo/regiões da cidade (Norte/Noroeste, Sul, Leste/Sudeste, Oeste/Mendonha/Sudoeste, Central/Campinas/Vale Meia Ponte), foram distribuídas respeitando-se o local de moradia do pesquisador para facilitar a coleta das entrevistas.

Análise de Dados do Estudo Piloto

Durante a análise dos dados obtidos no Estudo Piloto, pôde-se testar e definir quais os procedimentos estatísticos que melhor descreveriam o futuro conjunto de dados da Coleta Oficial.

Algumas variáveis contínuas de escala de razão foram transformadas em variáveis categóricas, de escala nominal e ordinal, para que pudessem ser melhor descritas e analisadas. Os resultados encontrados no Estudo Piloto são apresentados no ANEXO 5.

Considerações

Pelo decorrido no processo de treinamento dos pesquisadores e pelo exercício de descrição dos dados, entende-se que este Estudo Piloto, cumpriu bem sua função de preparar os pesquisadores para a Coleta Oficial e para a redação do relatório final.

O estudo das associações entre as variáveis do Estudo Piloto, será realizado posteriormente, com publicação dos resultados.

Coleta Oficial

A escolha dos domicílios para Coleta Oficial foi feita de maneira conveniente, utilizando-se de indicações de pessoas que conheciam idosos residentes nas regiões e bairros de coleta, cujas características, satisfaziam a quota designada à cada pesquisador. Os idosos eram contatados pessoalmente ou por telefone. Se estavam disponíveis para a entrevista, naquele momento, eram entrevistados; se não, marcava-se um horário de sua preferência. Infelizmente, por um descuido operacional, não foram contabilizados o número de idosos que recusaram-se a participar do estudo, por pensarem que era uma

pesquisa de fundo político (a coleta foi realizada em período eleitoral municipal), que era algum “golpe” para cancelar suas aposentadorias, que ao informarem sobre seus bens poderiam ser assaltados (semanas antes da coleta, houve assaltos em várias casas de um dos setores censitários, depois de uma falsa pesquisa domiciliar sobre itens domésticos eletro-eletrônicos).

O trabalho de Coleta Oficial foi iniciado em 16 de setembro de 2004 e finalizado em 22 de outubro de 2004. Ao final de cada semana, houve uma reunião com o supervisor para recolhimento dos roteiros de entrevista preenchidos, esclarecimento de dúvidas e inclusão de novos pesquisadores. Na primeira semana, houve desistência de três pesquisadores e a inclusão de outros 18 (dezoito) novos pesquisadores. Na segunda semana, mais duas desistências. Na terceira semana, a equipe se manteve. Na quarta e última semana de coleta, mais cinco pesquisadores abandonaram o projeto, finalizando-se a coleta com 38 (trinta e oito) pesquisadores voluntários.

Entende-se como didaticamente importante mencionar, as observações feitas em relação aos pesquisadores voluntários, que contribuíram para a realização deste trabalho.

Eram todos muito jovens e com muitas expectativas ‘imediatas’ para o futuro. Alguns bastante maduros, outros “ainda crescendo”.

Eles podem ser classificados em cinco categorias de profissionais:

1^a- aqueles que compreenderam sua importância para a pesquisa e a importância da pesquisa para si. Esforçaram-se, discutiram, perguntaram, sugeriram e cumpriram sua quota de entrevistas;

2^a- aqueles que, mesmo compreendendo sua importância, não foram organizados o suficiente, ou por motivos de força maior, não cumpriram sua quota de entrevistas;

3^a- aqueles que não compreenderam sua importância, mas cumpriram sua quota pelo certificado;

4^a- aqueles que não compreenderam sua importância para a pesquisa, nem a importância da pesquisa para si, e não cumpriram sua quota;

5^a- aqueles que, infelizmente, desprezando todos os valores éticos, científicos e humanos, forjaram as entrevistas, somente pelo certificado.

Felizmente, a dinâmica da vida se encarregará de presentear cada profissional de acordo com seu merecimento.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo e sua discussão apresentam-se descritos, em análise descritiva e indutiva, sob a forma de seções, como são apresentadas à seguir:

- a) aspectos sócio-demográficos: idade, sexo, região de moradia, país de nascimento, região e estado brasileiro de nascimento, estado conjugal, escolaridade máxima, composição familiar;
- b) aspectos sócio-econômicos: situação ocupacional, renda, classificação econômica, situação do domicílio, relacionamento familiar e social, utilização de serviços médicos e dentários, principal carência social;
- c) aspectos de saúde física: auto-percepção geral de saúde, problemas de saúde percebidos, utilização de próteses e órteses, índice de massa corporal (IMC), uso de fumo e álcool
- d) aspectos de saúde funcional: auto-percepção de problemas de saúde incapacitantes, nível de capacidade funcional, participação em atividades no tempo livre,
- e) aspectos de saúde mental: suspeitos de serem portadores de Síndrome Cerebral Orgânica, em relação à debilidade cognitiva (DCog) e depressão (Dp);
- f) aspectos de atividade física habitual: MET min/sem gastos em atividades ocupacionais, de deslocamento, domésticas, de exercício e lazer, classificação para o nível de atividades físicas habituais (NAFH).

Análise Descritiva dos Dados

Para a Coleta Oficial dos dados, definiu-se quotas de 10 e 11 roteiros de entrevista para cada pesquisador. Na primeira semana de coleta, o projeto

contava com a participação de 45 pesquisadores voluntários, totalizando em 446 o número de roteiros de entrevista destinados para a coleta.

Dos 446 roteiros de entrevista distribuídos para a Coleta Oficial, foram realizadas 420* (94,17%) entrevistas. Das entrevistas não realizadas 5,8% (n=26), cinco (19,23%) não foram realizadas por desistência do entrevistado durante a entrevista, 13 (50%) por falta de tempo do pesquisador e 8 (30,76%) por recusa do idoso selecionado após realizada a entrevista.

O tempo para aplicação das entrevistas na Coleta Oficial foi de 40 a 60 minutos para 66,59% (n=279) delas, 61 a 120 minutos ou mais para 32,22% (n=135) e seis (1,19%) das entrevistas não tiveram seu tempo de aplicação anotado pelo pesquisador. De acordo com a opinião dos pesquisadores, 97,1% (n=407) das entrevistas têm respostas confiáveis, 96,2% (n=403) dos idosos compreenderam bem as perguntas formuladas, somente 4,5% (n=19) tiveram uma reação negativa à entrevista e 57% (n=239) responderam à entrevista na presença somente do pesquisador. Dos pesquisadores que participaram como voluntários 23,4% (n=11) são homens e 76,6% (n=36) são mulheres com média de idade de 21,5 anos (DP \pm 4,73).

Aspectos Sócio-demográficos

A amostra do estudo constituiu-se de 420 idosos residentes nos cinco grupo/regiões da cidade de Goiânia, sendo 37,6% (n=158) homens e 62,4% (n=262) mulheres. A idade dos idosos variou de 60 a 92 anos, sendo a média de idade entre os homens de 70,16 anos (DP \pm 7,57) com moda de 60 anos e entre as mulheres de 70,03 anos (DP \pm 8,42) com moda de 64 anos. A Figura 3 mostra a distribuição dos idosos por faixa de idade e sexo. Pode-se observar que a amostra estudada era, em geral, relativamente jovem, com 53,5% (n=223) com idade abaixo de 70 anos e 14,9% (n=62) com 80 anos ou mais. Estes dados equivalem-se aos dados encontrados em estudo realizado na região metropolitana de São Paulo onde, 58% estão abaixo dos 70 anos e 10% acima de 80 anos (Ramos *et al*, 1993).

* Sete roteiros de entrevista foram inutilizados e substituídos devido a ilegitimidade dos dados.

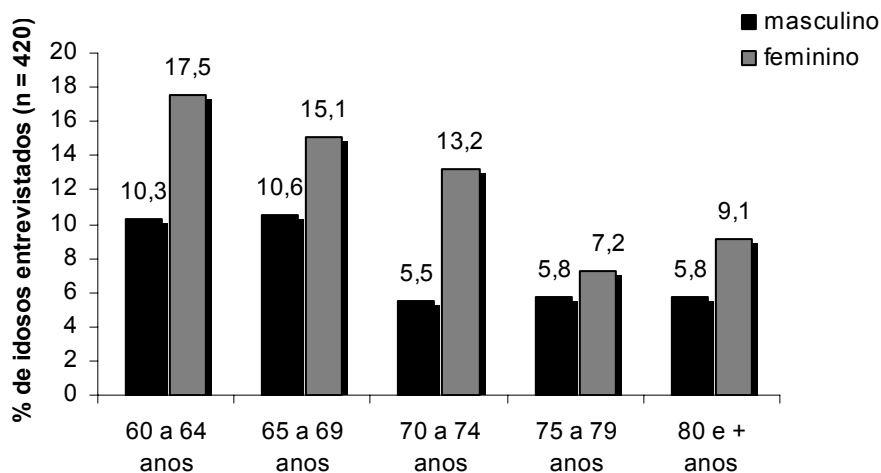


Figura 3: Distribuição dos idosos por faixa de idade e sexo.

O grupo/região Central/Campinas/Vale Meia Ponte possui maior concentração dos idosos estudados (Figura 4), onde 53,5% (n=223) estão na faixa de idade de 60 a 69 anos. Dos 62 setores censitários utilizados como universo amostral do estudo, 44 (70,96%) foram contemplados com, pelo menos, dois idosos selecionados para entrevista, alcançando uma média de 9,54 idosos por setor censitário (DP \pm 8,43).

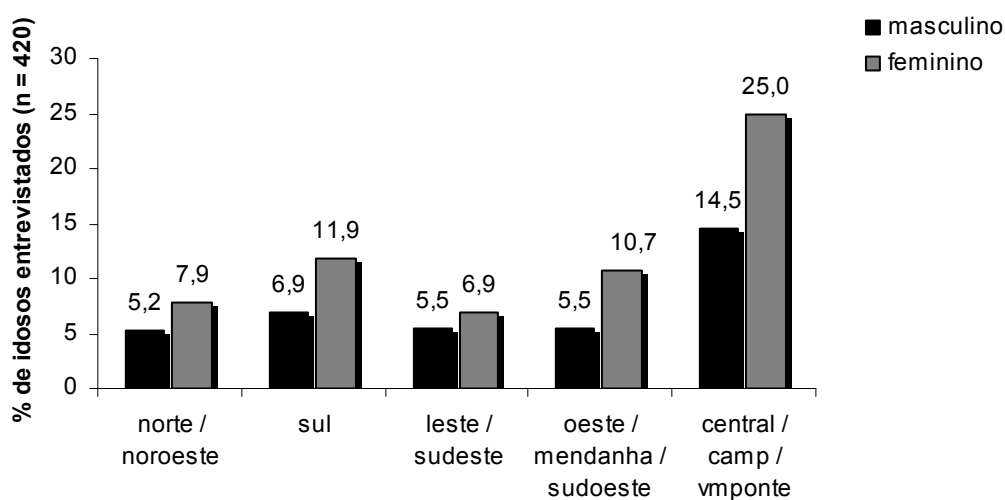


Figura 4: Distribuição dos idosos por sexo e grupo/região de moradia.

A Tabela 12, mostra a distribuição dos idosos conforme algumas variáveis sócio-demográficas. Segundo o país de nascimento, apenas 1,2% (n=5) não nasceram no Brasil sendo imigrantes de Portugal, Áustria, Itália e Argentina. Quanto à região brasileira de nascimento 46,7% (n=196) são oriundos da Região Centro Oeste seguida pelas Regiões Nordeste e Sudeste, que vêm equilibradas com 21,7% (n=91) e 26,4% (n=111) respectivamente. Para os idosos que vieram de outras cidades, a média de anos de moradia em Goiânia é de 37,91anos (DP \pm 15,8). Dos idosos estudados 51,2% (n=215) declararam-se casados ou morando junto com um companheiro, com uma média de 41,96 anos (DP \pm 12,56) de união e média de idade dos cônjuges ou companheiros de 67,14 anos (DP \pm 10,91), no entanto, outros 29,8% (n=125) estão viúvos. Sobre a composição familiar tem-se que, somente 12,4% (n=52) dos idosos moram sozinhos, 336 (80,4%) moram em domicílios multigeracionais com até cinco pessoas (média = 2,71 / DP \pm 2,06), sendo que, além da companhia dos cônjuges ou companheiros para 51% (n=214), eles contam com a presença de filhos 36% (n=151), filhas 31,9% (n=134) e netos(as) 31,9% (n=134). A média de filhos por idoso é de 4,54 (DP \pm 3,15) (Figura 5). Ramos *et al* (1993), em seu estudo em São Paulo, encontrou 10% dos idosos morando sozinhos, 34% morando com cônjuge e/ou filhos(as) e/ou genros e/ou noras e 25% morando também com os netos(as). Em estudo semelhante realizado por Coelho Filho e Ramos (1999) em Fortaleza – CE, 6,3% moravam sozinhos, 40,3% com cônjuge e/ou filhos(as) e/ou genros e/ou noras.

Tabela 12
Aspectos sócio-demográficos dos idosos.

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
País de Nascimento	Brasil	155 (36,9)	259 (61,7)	414 (98,6)
	Outro País	3 (0,7)	2 (0,5)	5 (1,2)*
	Não respondeu	0	1(0,2)	1(0,2)
Região brasileira de nascimento	Norte	3 (0,7)	9 (2,1)	12 (2,9)
	Nordeste	41 (9,8)	50 (11,9)	91 (21,7)
	Sudeste	44 (10,5)	67 (16,0)	111 (26,4)
	Sul	1 (0,2)	3 (0,7)	4(1,0)
	Centro-Oeste	66 (15,7)	130 (31,0)	196 (46,7)*
	Não se aplica	3 (0,7)	2 (0,5)	5 (1,2)
Estado conjugal	Casado(a)/morando junto	123 (29,3)	92 (21,9)	215 (51,2)*
	Viúvo	18 (4,3)	107 (25,5)	125 (29,8)
	Divorciado(a)/separado(a)	10 (2,4)	44 (10,5)	54 (12,9)
	Nunca casou-se	7 (1,7)	19 (4,5)	26 (6,2)

Nº de pessoas que moram com o idoso				
	mora sozinho	9 (2,2)	43 (10,3)	52 (12,4)
	1 a 5 pessoas	136 (32,5)	200 (47,8)	336 (80,4)*
	6 a 10 pessoas	13 (3,1)	14 (3,3)	27 (6,5)
	11 a 15 pessoas	0	2 (0,5)	2 (0,5)
	16 e + pessoas	0	1 (0,2)	1 (0,2)

*As proporções destacadas em negrito, assim estão, para chamar-se atenção à uma observação mais atenta. NÃO sendo representação de diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

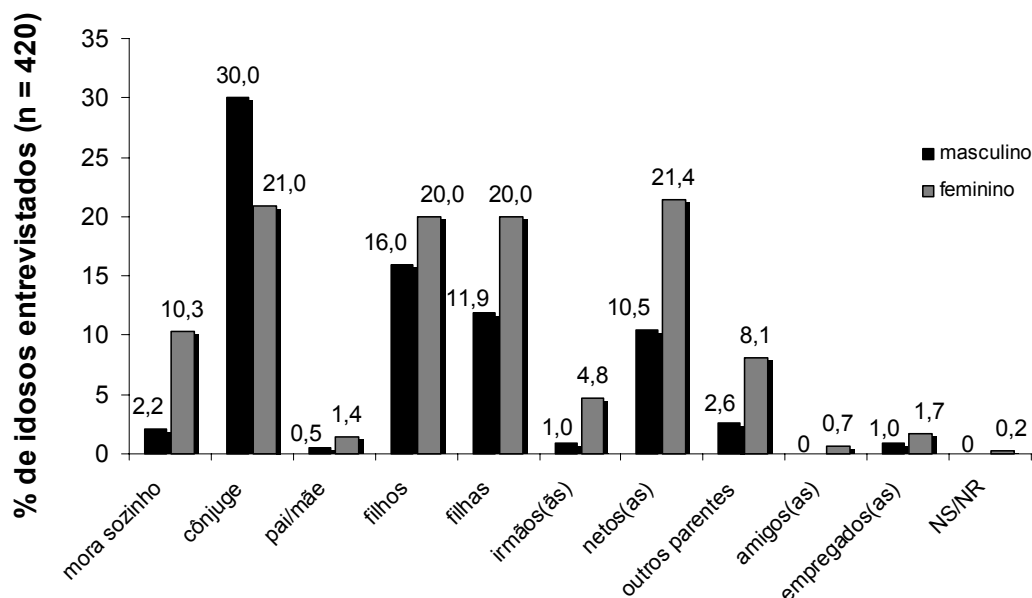


Figura 5: Distribuição dos idosos por companhia na moradia.

Quando perguntados sobre a escolaridade máxima que possuem, 21,4% (n=90) dos idosos, afirmou não saber ler e escrever, ou sabe ler e escrever, mas nunca frequentou a escola, 50,5% (n=212) completou o ensino fundamental e 11% (n=46) completou a graduação e/ou pós-graduação (Figura 6). Benedetti *et al* (2004) cita dados do IBGE, que informam uma média nacional de 4,2% de idosos com nível superior de escolaridade. No estudo de Ramos *et al* (1993), a população estudada possuía 35% de analfabetos, 47% que completaram o ensino fundamental e 18% o chamado pós-elementar (fundamental, médio e superior).

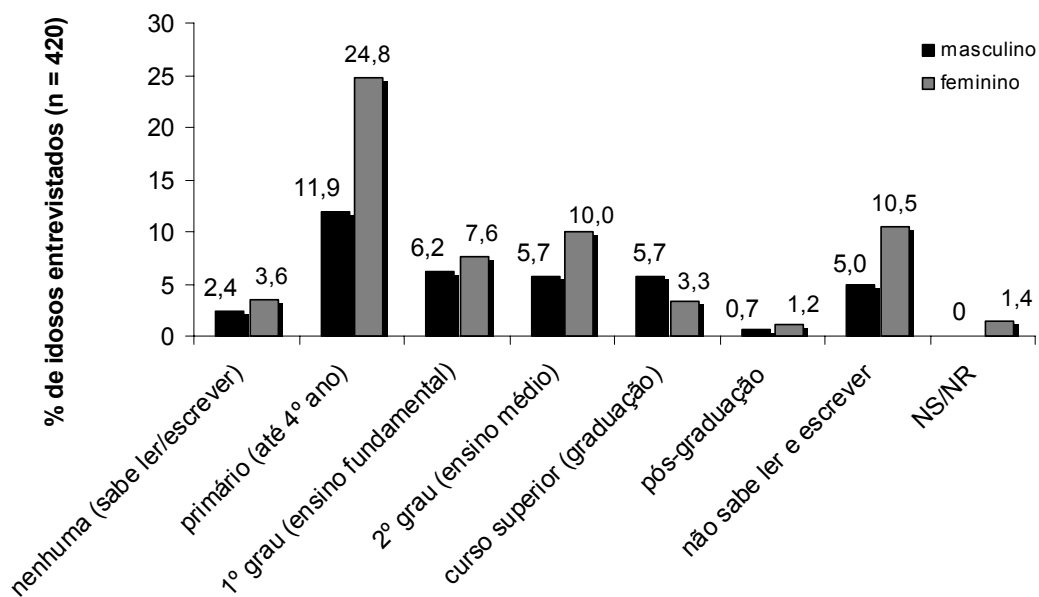


Figura 6: Distribuição dos idosos por sexo e nível de escolaridade.

Aspectos Sócio-econômicos

A seguir, demonstra-se como as variáveis sócio-demográficas estudadas estão representadas na amostra. Os idosos exerceram uma média de 32,21 anos (DP \pm 13,61) de ocupação remunerada durante a vida, onde a ocupação mais exercida pelos homens foi a de trabalhos rurais 7,4% (n=31) como: agricultor, criador de animais e administrador de fazendas. Para as mulheres, foi a de trabalhos domésticos 9,8% (n=41) como: faxineira, lavadeira, cozinheira, passadeira, empregada doméstica e babá; sem levar em conta que 25% (n=105) delas atuavam somente como donas de casa (Figura 7). Em Pernambuco, 39,9% das idosas também exerceram somente a função de donas de casa, na maior parte de suas vidas (Barreto *et al*, 2003b)

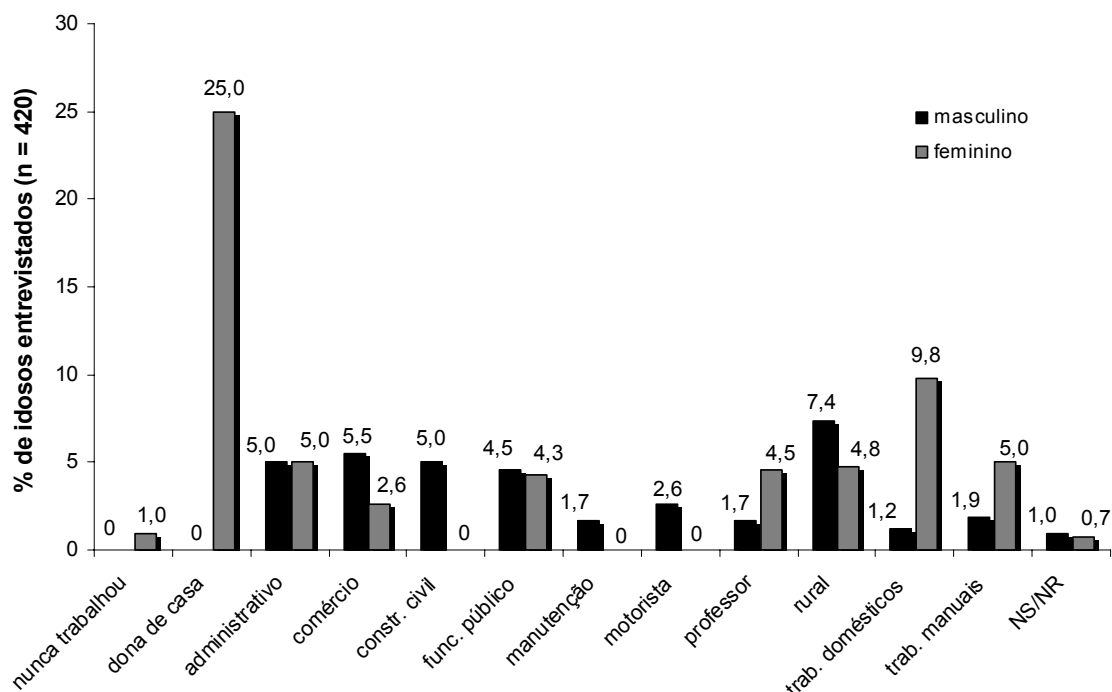


Figura 7: Distribuição dos idosos por sexo e atividade ocupacional remunerada durante a vida.

A Tabela 13, mostra que somente 18,7% (n=78) dos idosos entrevistados ainda exerce alguma atividade ocupacional remunerada. Mais da metade, 64,4% (n=269) pertence às classes “C” e “D” de acordo com os Critérios de Classificação Econômica para o Brasil (ANEP, 2000), estando 71,8% (n=300) dos idosos morando em domicílio próprio ou do casal. Esta característica, pode ter sofrido um viés, devido ao fato de que os pesquisadores (alunos de curso superior) selecionaram seus entrevistados de maneira conveniente, ou seja, idosos conhecidos, mais próximos e mais receptivos. Os idosos, em 77,7% (n=325) dos casos, informaram que sua situação financeira atual está ‘melhor’ ou ‘igual’ há quando tinham 50 anos de idade, mesmo tendo, atualmente, uma renda mensal que ‘dá na conta certa’ ou ‘sempre falta um pouco’ (70,1% n=293) para suprir suas necessidades básicas. No estudo de Barreto *et al* (2003b), 75,3% das idosas declararam morar em domicílio próprio ou do casal e 42,5% declararam perceber sua situação econômica atual melhor do que quando tinham 50 anos. Os dados de Florianópolis – SC, também são equivalentes onde, 18,3% dos idosos ainda trabalham, 79,2% moram em domicílio próprio ou do casal, 71,2% dizem que sua situação financeira atual está ‘melhor’ ou ‘igual’ há quando tinham

50 anos e 64,1% que sua renda mensal 'dá e sobra' ou 'sempre falta um pouco'. (Benedetti *et al*, 2004).

Tabela 13
Aspectos sócio-econômicos dos idosos.

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
Trabalha atualmente	Sim	42 (10,0)	36 (8,6)	78 (18,7)*
	Não	116 (27,8)	224 (53,6)	340 (81,3)
Classificação econômica ANEP	Classe "A"	0	5 (1,2)	5 (1,2)
	Classe "B"	65 (15,6)	78 (18,7)	143 (34,2)*
	Classe "C"	81 (19,4)	145 (34,7)	226 (54,1)*
	Classe "D"	12 (2,9)	31 (7,4)	43 (10,3)
	Classe "E"	0	0	0
	Não respondeu	0	1 (0,2)	1 (0,2)
Situação do domicílio	Próprio do idoso(a)/casal	126 (30,1)	174 (41,6)	300 (71,8)*
	Próprio do cônjuge	4 (1,0)	7 (1,7)	11 (2,6)
	Alugado pelo idoso(a)	7 (1,7)	30 (7,2)	37 (8,9)
	Cedida sem custo ao idoso(a)	13 (3,1)	37 (8,9)	50 (12,0)
	Outra categoria de moradia	8 (1,9)	11 (2,6)	19 (4,5)
	Não respondeu	0	1 (0,2)	1 (0,2)
Situação financeira atual X com 50 anos de idade	Melhor	63 (15,1)	113 (27,0)	176 (42,1)*
	Igual	58 (13,9)	91 (21,8)	149 (35,6)*
	Pior	36 (8,6)	55 (13,2)	91 (21,8)
	Não respondeu	0	1 (0,2)	1 (0,2)
Relação renda X necessidades básicas	Dá e sobra	30 (7,2)	42 (10,0)	72 (17,2)
	Dá na conta certa	73 (17,5)	101 (24,2)	174 (41,6)*
	Sempre falta um pouco	42 (10,0)	77 (18,4)	119 (28,5)*
	Sempre falta muito	13 (3,1)	36 (8,6)	49 (11,7)
	Não respondeu	0	1 (0,2)	1 (0,2)

*As proporções destacadas em negrito, assim estão, para chamar-se atenção à uma observação mais atenta. NÃO sendo representação de diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

A Figura 8 mostra que, a aposentadoria, é a fonte de sustento mais importante no orçamento familiar de 71,3% (n=298) dos idosos, seguida pela ajuda ou pensão do cônjuge para 31,3% (n=131) deles. Estes dados se equivalem aos que foram encontrados em Florianópolis – SC onde, os idosos estudados têm a aposentadoria (70,3%) e a ajuda ou pensão do cônjuge (41,9%) como fonte de sustento mais importante (Benedetti *et al*, 2004).

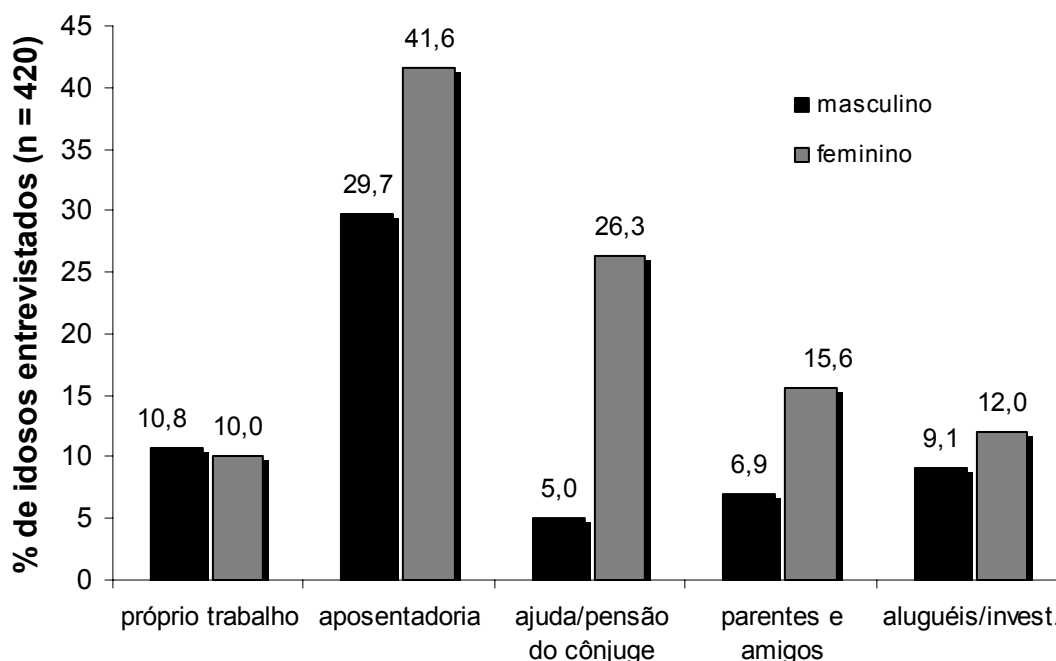


Figura 8: Fontes de sustento para os idosos.

Sobre a renda média mensal dos idosos e de suas famílias, pode-se verificar pela Figura 9, que tanto os idosos 25,6% (n=107) como suas famílias 21,8 (n=91) mantêm-se com uma renda de 1 a 3 salários mínimos (R\$ 260,00 a R\$ 780,00). Também se vê, que a renda mensal familiar é inferior à renda dos idosos em três categorias (< 1 SM, 1-3 SM e 3-5 SM), isto se deve a um déficit de informação resultante do desconhecimento ou da desconfiança dos idosos em informar seus valores aos pesquisadores. A proporção de idosos (26,3%) e famílias (24,9%) que vivem com uma renda de 1 a 3 salários mínimos também é semelhante no estudo de Benedetti *et al* (2004).

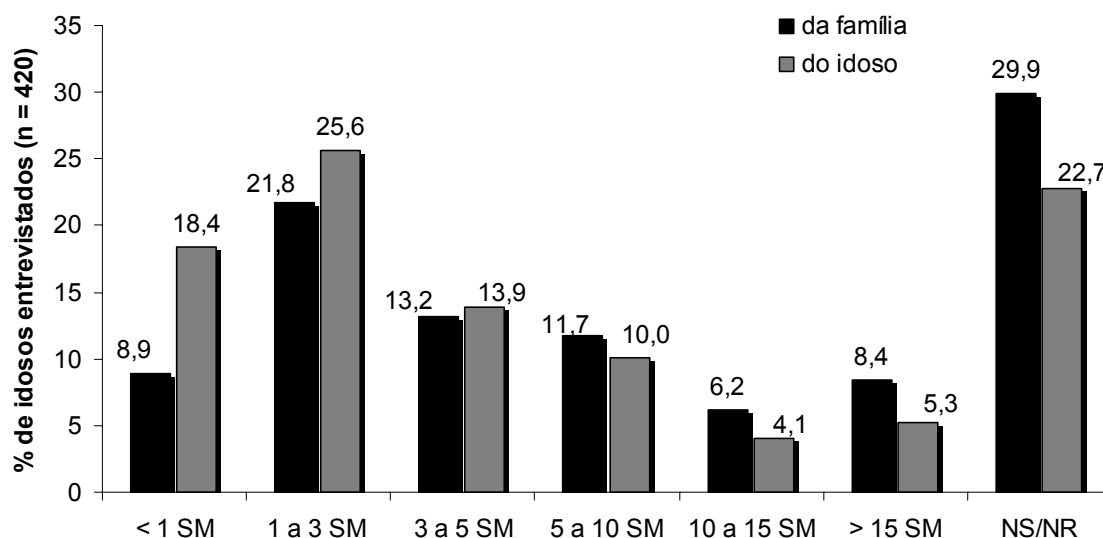


Figura 9: Faixas de renda para os idosos e suas famílias (1 SM= R\$ 260,00).

Tabela 14
Utilização de serviços médicos e dentários pelos idosos.

Variáveis	N (%)		
	Homens	Mulheres	Total
Satisfação com os serviços médicos			
Satisfeito	100 (23,8)	179 (42,6)	279 (66,4)*
Insatisfeito	50 (11,9)	76 (18,1)	126 (30,0)
Não procura/não precisa há muito tempo	8 (1,9)	7 (1,7)	15 (3,6)
Consultas e atendimentos nos últimos 3 meses			
Médicos	95 (22,6)	193 (46,0)	288 (68,6)*
Exames clínicos	86 (20,5)	180 (42,9)	266 (63,3)*
Fisioterapia	16 (3,8)	27 (6,4)	43 (10,2)
Socorro de emergência	12 (2,9)	23 (5,5)	35 (8,3)
Medicação no hospital	36 (8,6)	73 (17,4)	109 (26,0)
Internação	21 (5,0)	26 (6,2)	47 (11,2)
Dentista	33 (7,9)	45 (10,7)	78 (18,6)

*As proporções destacadas em negrito, assim estão, para chamar-se atenção à uma observação mais atenta. NÃO sendo representação de diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

Quanto à utilização dos serviços médicos, 66,4% (n=279) dos idosos dizem-se satisfeitos com a prestação dos serviços médicos (Tabela 14), sendo que, quando há a necessidade de utilização destes serviços, a categoria mais procurada é a de plano de saúde 55,2% (n=232), seguida do serviço público gratuito 31,4% (n=132). Para tratamentos dentários, o serviço mais utilizado é o particular 39,3% (n=165), no entanto, 35,2% (n=148) não procura um dentista há muito tempo ou não têm a quem recorrer em caso de necessidade odontológica (Figura 10). A prevalência pela procura por estes atendimentos também pode ser percebida quando observamos que, 68,6% (n=288) dos idosos procurou por

consultas ou atendimentos médicos nos últimos três meses, 63,3% (n=266) realizou exames clínicos e 11,2% (n=47) referiram pelo menos uma internação. Porém, apenas 18,6% (n=78) procurou atendimento dentário nos últimos três meses. No estudo de Coelho Filho e Ramos (1999), 61,4% dos idosos informou ter procurado serviços de saúde, pelo menos uma vez, nos últimos três meses e 6,6% estiveram internados. No estudo de Benedetti *et al* (2004) foram encontrados valores semelhantes aos encontrados em Goiânia – GO. Quanto à utilização de serviços de saúde 45,8% procuram atendimento em instituição pública e 43,5% utiliza plano de saúde. Para atendimento dentário 33,1% utiliza atendimento particular e 52% não tem ninguém ou não procura um dentista há muito tempo.

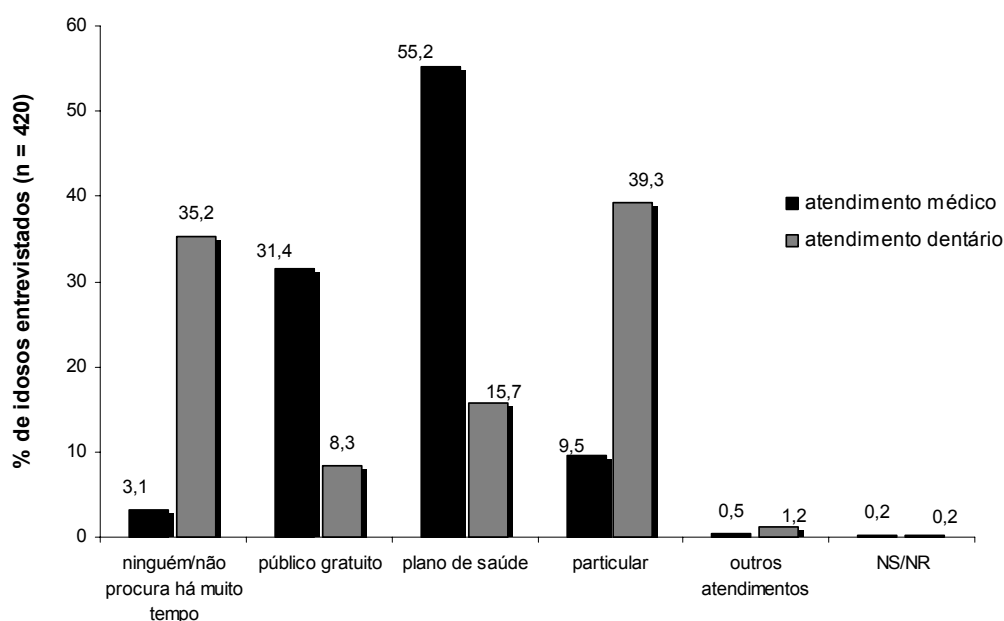


Figura 10: Utilização dos serviços médicos e dentários pelos idosos.

Em relação à vida de uma maneira geral, 87,6% (n=368) dos idosos informaram estarem satisfeitos. Nos relacionamentos com a família, amigos e vizinhos 85,2% (n=356), 95,9% (n=401) e 92,6% (n=387), respectivamente, relataram estar satisfeitos. Concordando com os 88,6% de idosos satisfeitos com seus relacionamentos sociais do estudo realizado em Bambuí – MG (Lima-Costa *et al*, 2000a) e também com o estudo de Barreto *et al* (2003b), realizado em

Pernambuco, onde 90,6% das idosas entrevistadas afirmaram estar satisfeitas com sua vida em geral. Os idosos de Goiânia – GO, quando perguntados sobre suas maiores carências, responderam que nos setores econômico 50,5% (n=211), de segurança 44,0% (n=184) e de saúde 44,5% (n=186) são os mais importantes para os idosos entrevistados (Figura 11). O estudo de Lima-Costa *et al* (2000a), realizado em Bambuí – MG, com o objetivo de identificar os fatores preditores de problemas de saúde, também apresentou uma proporção de 43,5% de idosos que relataram ter a saúde como sua maior carência. Em Florianópolis os idosos entrevistados, informaram que as maiores necessidades são: econômicas para 45,3% deles, necessidades de cuidados à saúde para 32,8% e necessidades de segurança para 21,7%, são os três problemas que mais os afetam (Benedetti *et al*, 2004).

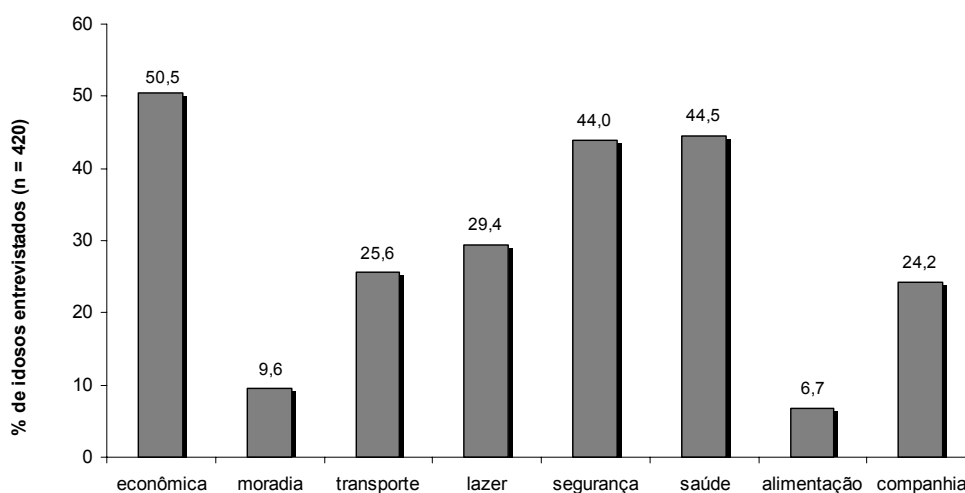


Figura 11: Setores de maior carência por parte dos idosos.

Aspectos de Saúde Física

A auto-percepção do estado de saúde, em geral, foi considerada positiva visto que 75% (n=315) dos idosos informaram perceber que sua saúde está de 'boa' a 'ótima' (Tabela 15). Situação esta, mais otimista do que a relatada pelos idosos de Bambuí – MG, onde somente 25% dos idosos diz perceber sua saúde de 'boa' a 'ótima' (Lima-Costa *et al*, 2000a). Mesmo assim, em Goiânia – GO, 80,2% (n=337) refere ser portador de até dois problemas crônicos de saúde, 18,8% (n=79) de três a cinco e 1% (n=4) mais de seis doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Figura 12). As seis doenças crônicas referidas, mais

freqüentemente, foram: hipertensão 34,8% (n=146), incontinência urinária 32,4% (n=136), problemas de coluna 14,5% (n=61), osteoporose ou osteopenia 12,6% (n=53), diabetes 10,7% (n=45) e disfunção cardíaca 10,5% (n=44) (Figura 13), havendo também, uma prevalência de 72,9% (n=306) que refere uso de remédios (Tabela 15). No estudo de Ramos *et al* (1993), 86% dos idosos referiram pelo menos uma DCNT.

Dos idosos estudados 69,8% (n=293) avaliaram sua visão como estando de 'boa' a 'ótima', e 80,2% (n=337) avaliaram as condições auditivas no mesmo grau de satisfação. Esta proporção é bem mais otimista do que a que foi encontrada por Coelho Filho e Ramos (1999), onde, 65,2% dos idosos avaliaram suas condições visuais como 'ruim' ou 'péssima' e 26,8% avaliaram a acuidade auditiva como 'ruim'. Porém, quando se fala sobre as condições odontológicas dos idosos, 73,8% (n=310) avaliam o estado de seus dentes como estando de 'bom' a 'ruim' (Tabela 15).

Tabela 15
Auto-percepção do estado de saúde.

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
Auto-percepção do estado de saúde	Ótima	29 (6,9)	39 (9,3)	68 (16,2)*
	Boa	99 (23,6)	148 (35,2)	247 (58,8)*
	Ruim	29 (6,9)	64 (15,2)	93 (22,1)
	Péssima	1 (0,2)	11 (2,6)	12 (2,9)
	Percebe/refere uso de remédios	Sim	97 (23,1)	209 (49,8)
	Não	61 (14,5)	53 (12,6)	114 (27,1)
Auto-percepção do estado da visão	Cego	2 (0,5)	0	2 (,5)
	Ótima	29 (6,9)	33 (7,9)	62 (14,8)*
	Boa	96 (22,9)	135 (32,1)	231 (55,0)*
	Ruim	28 (6,7)	74 (17,6)	102 (24,3)
	Péssima	3 (0,7)	20 (4,8)	23 (5,5)
Auto-percepção do estado da audição	Ótima	41 (9,8)	60 (14,3)	101 (24,0)*
	Boa	87 (20,7)	149 (35,5)	236 (56,2)*
	Ruim	29 (6,9)	47 (11,2)	76 (18,1)
	Péssima	1 (0,2)	6 (1,4)	7 (1,7)
	Auto-percepção do estado dos dentes	Ótimo	16 (3,8)	25 (6,0)
Bom		79 (18,8)	124 (29,5)	203 (48,3)*
Ruim		47 (11,2)	60 (14,3)	107 (25,5)*
Péssimo		14 (3,3)	42 (10,0)	56 (13,3)
Não sabe/Não respondeu		2 (0,5)	11 (2,6)	13 (3,1)

*As proporções destacadas em negrito, assim estão, para chamar-se atenção à uma observação mais atenta. NÃO sendo representação de diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

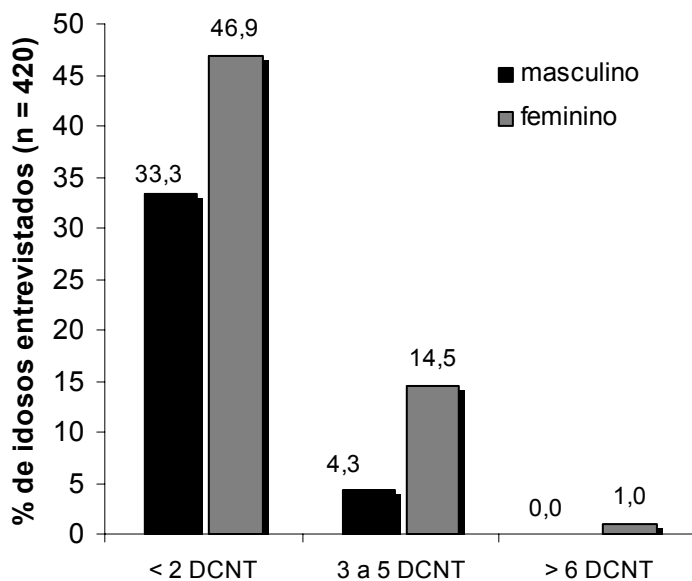


Figura 12: Prevalência de idosos com DCNT.

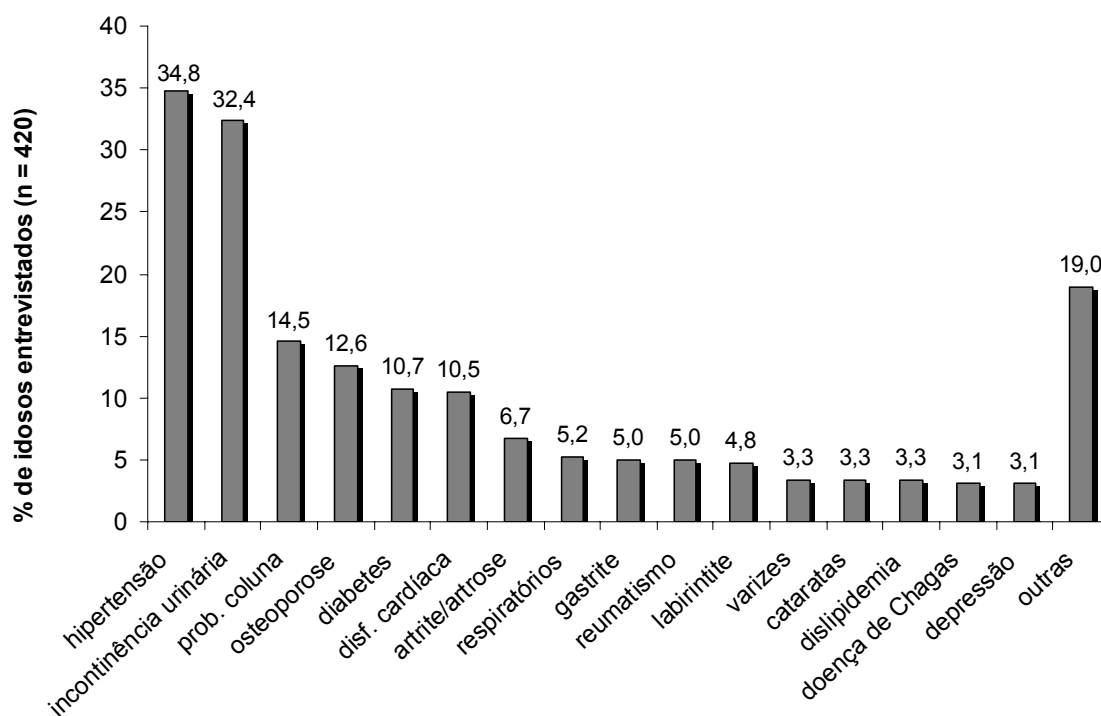


Figura 13: Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relatadas pelos idosos.

Ao fazerem comparações em relação ao seu estado de saúde, 84% (n=353) dos idosos dizem que sua saúde atual está 'igual' ou 'piorou' nos últimos cinco anos, no entanto, quando a comparação é com seus pares 85,5% (n=359) diz que sua saúde está 'igual' ou 'melhor' que a deles (Figura 14).

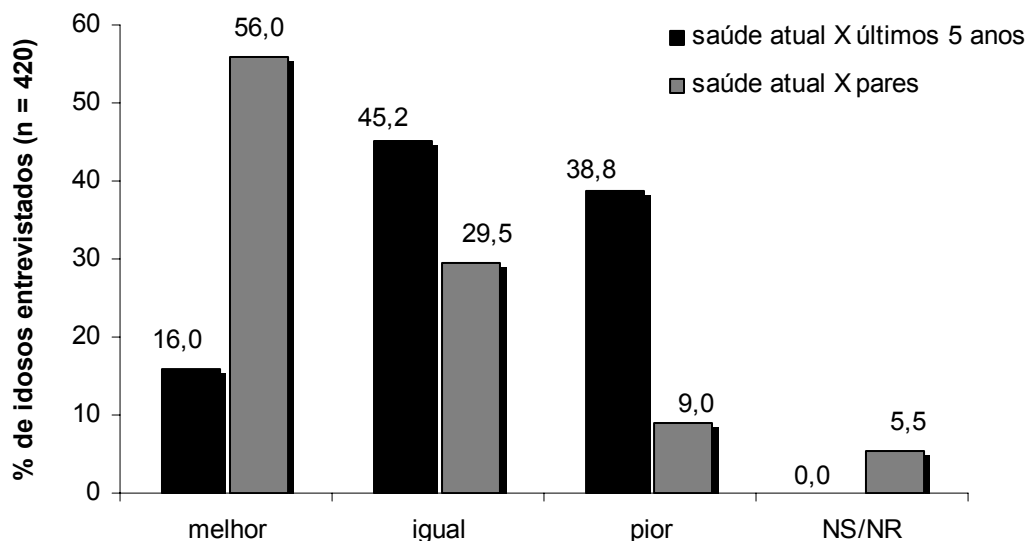


Figura 14: Comparação do estado de saúde atual.

A utilização, tanto de próteses dentárias como de óculos e/ou lentes de contato, foi referida por 79% (n=332) dos idosos (Figura 15). Uma estimativa mais positiva do que a que foi encontrada em Pernambuco onde, 95,2% das idosas utilizavam óculos e/ou lentes de contato (Barreto *et al*, 2003b)

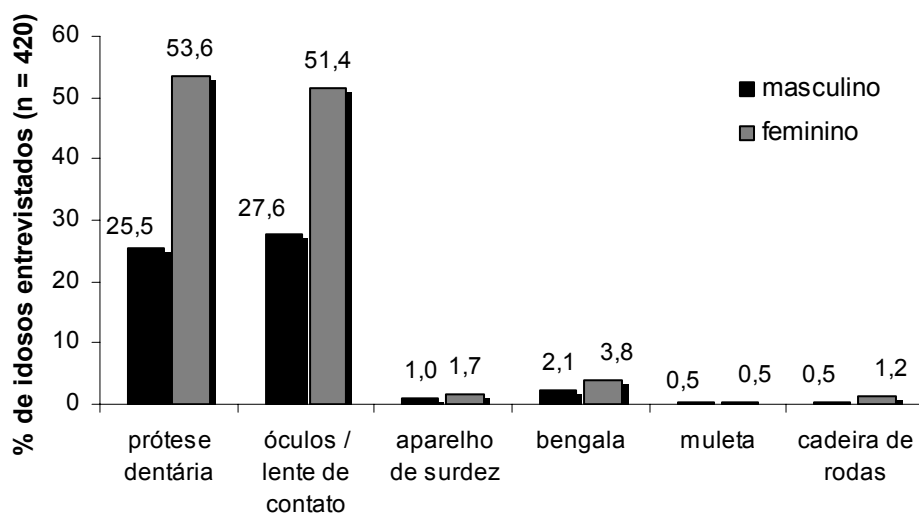


Figura 15: Utilização de próteses e órteses pelos idosos.

A média de peso encontrada foi de 66,2 kilos (DP \pm 13,1) com moda de 70 kilos, a estatura média foi de 1,63 metros (DP \pm 0,09) com moda de 1,60 metros, o Índice de Massa Corporal (IMC) médio foi de 25,09 kg/m² (DP \pm 4,20) e moda de 25,00 kg/m². A classificação do IMC leva 70,4% (n=292) dos idosos a uma

oscilação entre as categorias de 'faixa recomendável' e de 'sobrepeso' (Figura 16)

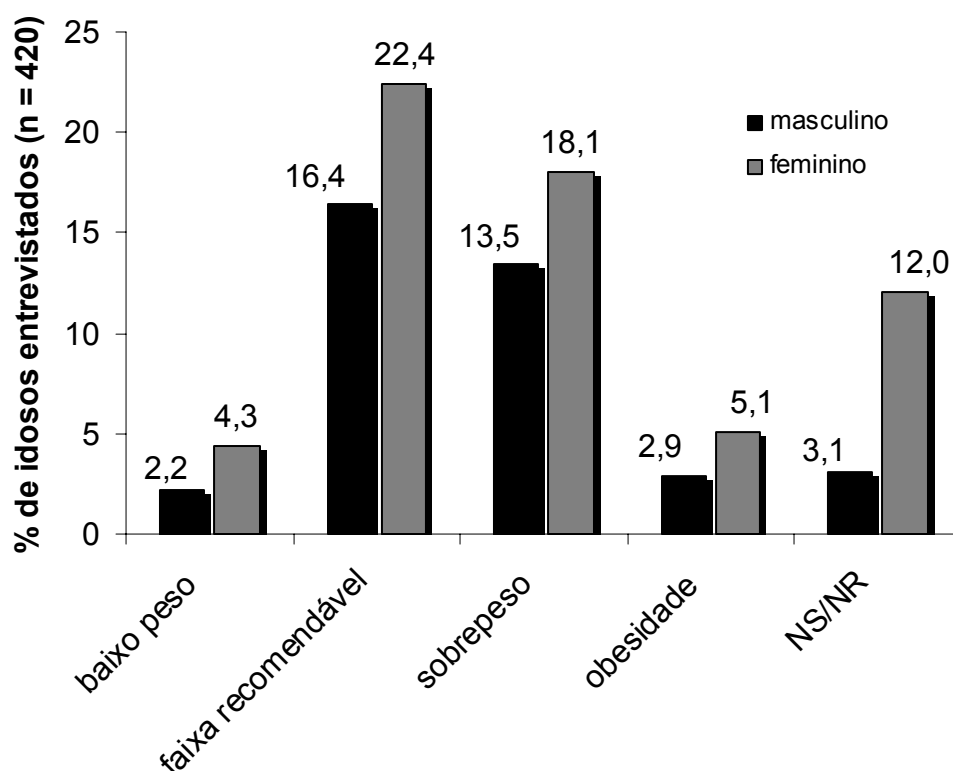


Figura 16: Classificação do IMC dos idosos.

Em relação à dois comportamentos de risco relacionados à saúde, como o uso de fumo e álcool, a maioria dos idosos apresentou bom comportamento onde, 63,1% (n=265) nunca fumou e 62,4% (n=262) nunca bebeu ou bebe somente quando, participa de eventos sociais. Os que pararam de fumar 25,7% (n=108), pararam há uma média de 19,12 anos (DP \pm 13,16) e os que pararam de beber, pararam há uma média de 16,33 anos (DP \pm 13,20) (Tabela 16). Sobre os problemas de saúde, relacionamentos e financeiros causados pelo uso de fumo e de álcool, o fumo foi maior causador de problemas que o álcool, sendo, saúde a categoria mais prejudicada (Figura 17).

Tabela 16
Comportamentos de risco relacionados à saúde dos idosos.

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
Uso de fumo	Sim	21 (5,0)	26 (6,2)	47 (11,2)
	Não, nunca fumou	79 (18,8)	186 (44,3)	265 (63,1)*
	Parou de fumar	58 (13,8)	50 (11,9)	108 (25,7)
Uso de álcool	Sim	54 (12,9)	41 (9,8)	95 (22,6)
	Não, nunca bebeu / bebe raramente	66 (15,7)	196 (46,7)	262 (62,4)*
	Parou de beber	36 (8,6)	25 (6,0)	61 (14,5)
	Não respondeu	2 (0,5)	0	2 (0,5)

*As proporções destacadas em negrito, assim estão, para chamar-se atenção à uma observação mais atenta. NÃO sendo representação de diferença estatisticamente significativa entre os sexos.

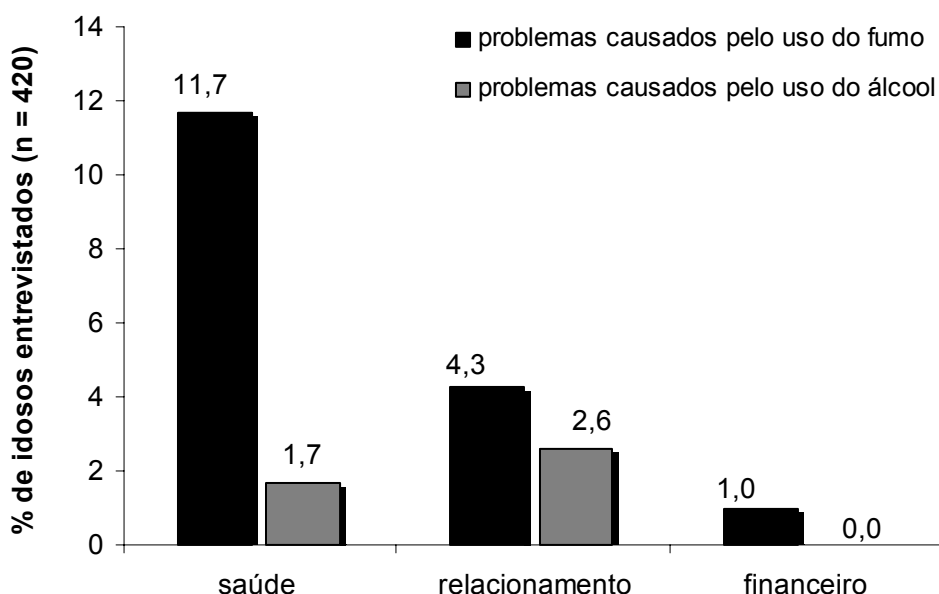


Figura 17: Problemas causados pelo uso do fumo e do álcool.

Aspectos de Saúde Funcional

Analisando os aspectos de saúde funcional, 35,2% (n=148) dos idosos, informaram que sua saúde, de modo geral, o impossibilita de realizar suas atividades diárias. Mais especificamente, a visão e a dentição precária são motivos de incapacidade funcional para 21% (n=88) deles (Figura 18). Filhos e filhas seriam as pessoas procuradas por 52,8% (n=222) dos idosos em caso de doença ou incapacidade física, esposos(as) e companheiros(as) por 34% (n=143). Vale ressaltar que, 6,5% (n=27) dos idosos não têm ninguém ou não sabem a quem recorrer em caso de doença ou incapacidade física. No estudo de Barreto *et al* (2003b), foram encontrados dados semelhantes, visto que, em caso

de incapacidade ou doenças, 42,5% das idosas recorreriam às filhas e 8,44% não têm ninguém ou não sabem a quem recorrer em caso de doença ou incapacidade física. Porém, somente 8,44% recorreria aos cônjuges.

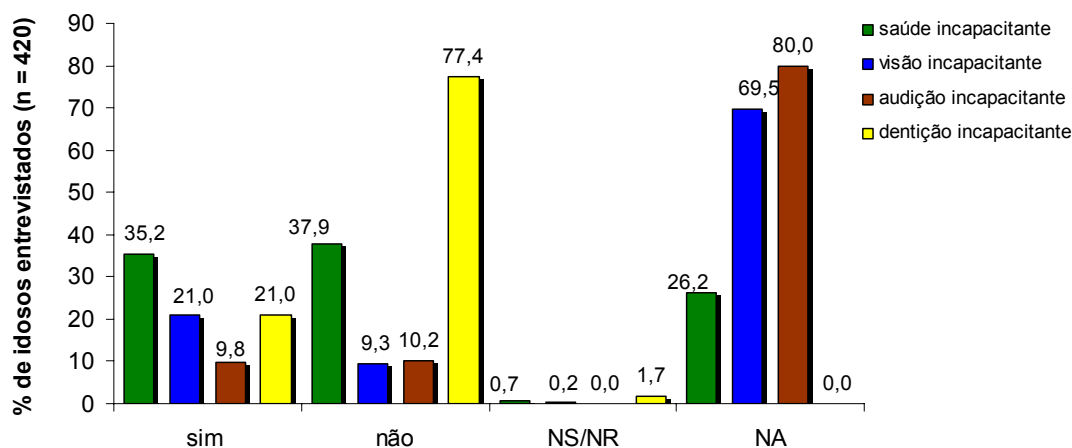


Figura 18: Problemas incapacitantes.

O nível de capacidade funcional (NCF) pode ser avaliado como positivo, visto que, de acordo com os dados coletados, 74,4% (n=312) dos idosos puderam ser classificados como 'independentes' fisicamente, sendo capazes de realizar, sem ajuda de outra pessoa, todas as atividades básicas da vida diária (ABVDs) e todas as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) (Figura 19). Ainda assim, 75,4% (n=316) têm ajuda de algum familiar ou empregado(a) para realizar suas tarefas domésticas. Em São Paulo, 53% dos idosos referiram autonomia total para realizar suas atividades da vida diária (AVDs), 39% necessitavam de ajuda parcial e 7% era completamente dependente (Ramos *et al* 1993). Em Fortaleza – CE, 52,3% mostraram-se independentes, 44,9% frágeis e 2,8% dependentes (Coelho Filho e Ramos, 1999). Em Florianópolis, 62% foram classificados como totalmente independentes, 35,4% como parcialmente independentes e 2,7% como dependentes (Benedetti *et al*, 2004).

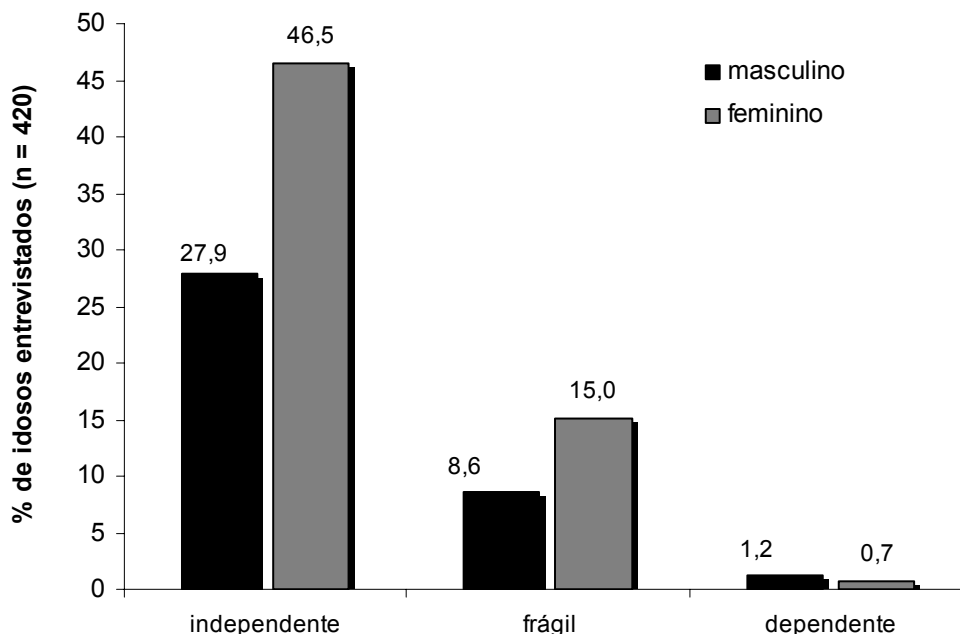


Figura 19: Classificação para o NCF.

Ao observar-se a distribuição dos idosos entrevistados por tipo de atividade sócio-participativa, percebe-se que 90,9% (n=381) estão satisfeitos. Equivalendo aos 83,8% de idosos, em Bambuí – MG e os 77,27% das idosas em Pernambuco, satisfeitos com suas atividades realizadas no tempo livre (Lima-Costa *et al*, 2000a). As atividades que têm a dedicação de mais da metade dos idosos pesquisados são: ler jornais 51,8% (n=217), ouvir rádio 70,2% (n=294), ir à cultos religiosos 71,8% (n=301), visitar amigos 76,6% (n=321), visitar familiares 78,5% (329), fazer compras 79,7% (n=334), caminhar pelas ruas de seu bairro 80,4% (n=337), receber visitas 87,1% (n=365) e, 90% (n=377) dedicam-se a ficar sentados, por algumas horas do dia, em frente a TV enquanto, somente, 32,7% (n=137) realizam jogos de salão (xadrez, quebra-cabeças, bingo, dominó, cartas) e 31,7% (n=133) pratica esportes e exercícios físicos em seu tempo livre (Figura 20). À partir da realização destas atividades, pôde-se classificar os idosos quanto ao nível de integração social participativa (NISP), onde 54,4% (n=228) foi classificado como estando ‘socializado’ em sua comunidade (Figura 21). As atividades mais realizadas pelos idosos em Florianópolis, assemelham-se às deste estudo. Ler jornais 35,7%, ouvir rádio 74,3%, ir à cultos religiosos 60,2%, visitar amigos 69,4%, visitar familiares 72,8%, fazer compras 75,8%, caminhar pelas ruas de seu bairro 79,8%, receber visitas 85,2% e, 93,5% assistem

televisão. Porém, somente 7% pratica esportes e exercícios físicos em seu tempo livre (Benedetti *et al*, 2004).

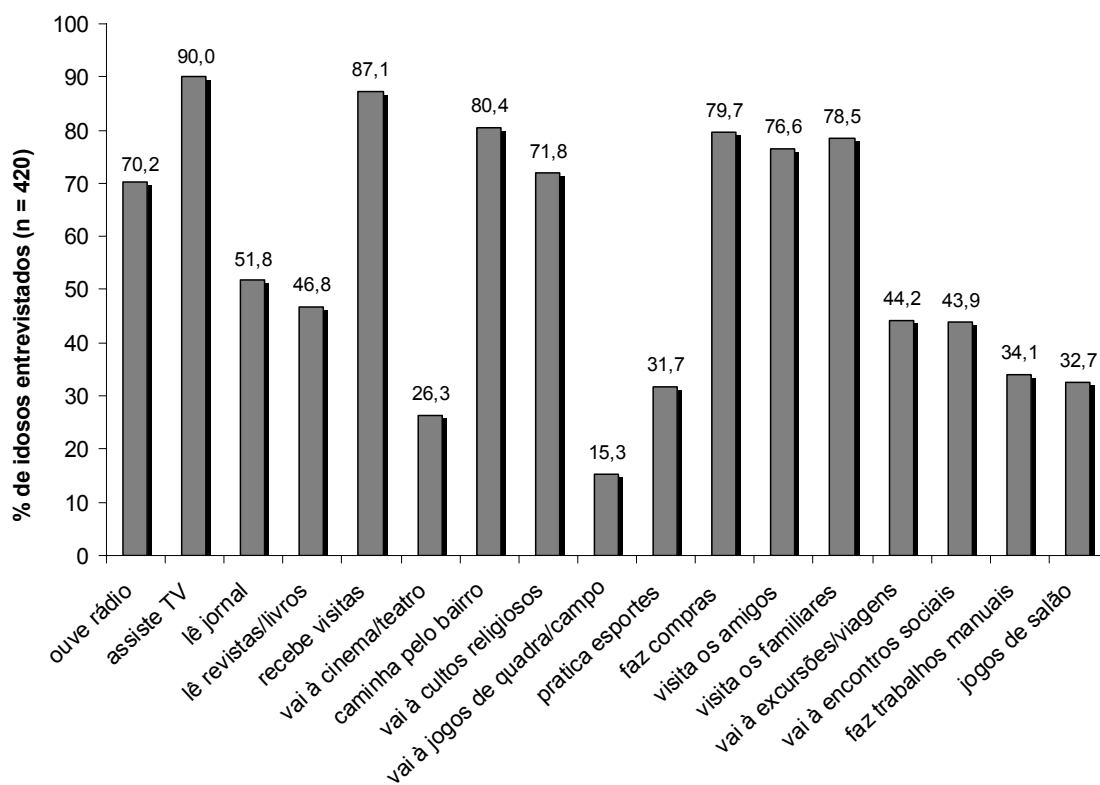


Figura 20: Distribuição dos idosos por tipo de atividade realizada no tempo livre.

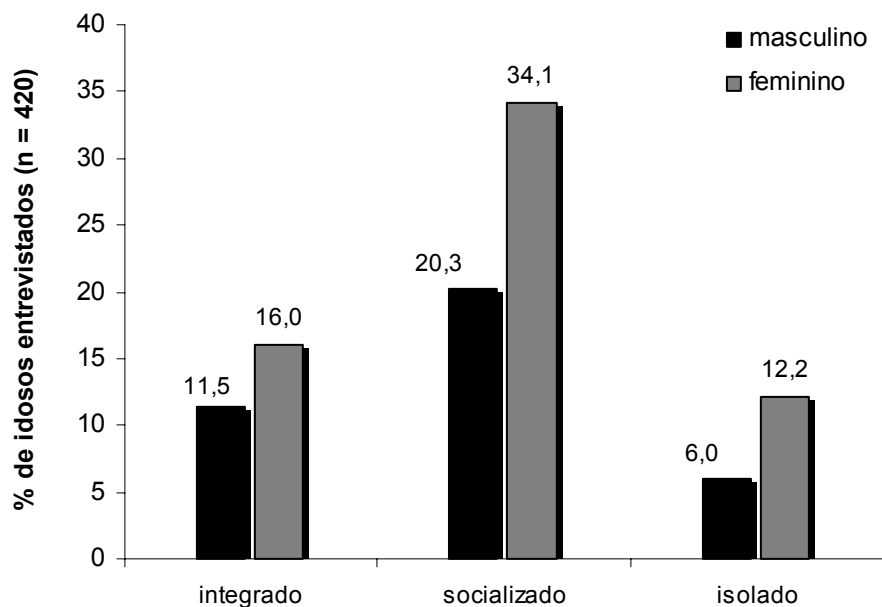


Figura 21: Classificação para o NISP.

Aspectos de Saúde Mental

Pode-se dizer que, a saúde psicológica apresentou resultados positivos, haja vista que, temos 76% (n=316) dos idosos fora de suspeita para Síndrome Cerebral Orgânica (SCO) no que se refere à debilidade cognitiva (DCog) e 61,6% (n=257) para depressão (Dp) (Figura 22). Todavia não se deve descuidar dos 15,9% (n=66) com suspeita e dos 8,2% (n=34) prováveis casos de DCog. Deve-se estar atento também, para os 11,8% (n=49) com suspeita e os 26,6% (n=111) prováveis casos de Dp, onde as mulheres são a maioria com 20,9% (n=87) (Figura 23). Apesar destes dados, 92,1% (n=385) sentem-se, de maneira geral, felizes nos dias atuais. O estudo de Benedetti *et al* (2004), aponta para 86,2% de idosos sem indicadores de DCog, 10,2% com DCog leve e 3,7% com DCog grave; 80,3% sem indicadores para Dp, 13,8% com Dp leve e 5,9% com Dp severa. No estudo de Coelho Filho e Ramos (1999), 26,4% dos idosos entrevistados foram identificados como 'casos' para síndrome cerebral orgânica. Segundo Veras e Coutinho (1994), estudos da década de 80 sugerem que esta prevalência pode ser alta demais, sugerindo que não ultrapasse 4,5% para levantamentos domiciliares. Visto que, estas prevalências são mais aceitáveis para populações institucionalizadas, onde a prevalência de SCO é mais alta. Outra observação de Veras e Coutinho (1994), é que considerando-se, a hipótese de que o nível de instrução pode alterar significativamente a avaliação da SCO, ainda que apenas para uma minoria de idosos, este problema metodológico contribui para o aumento nas taxas de prevalência em estudos em regiões pobres.

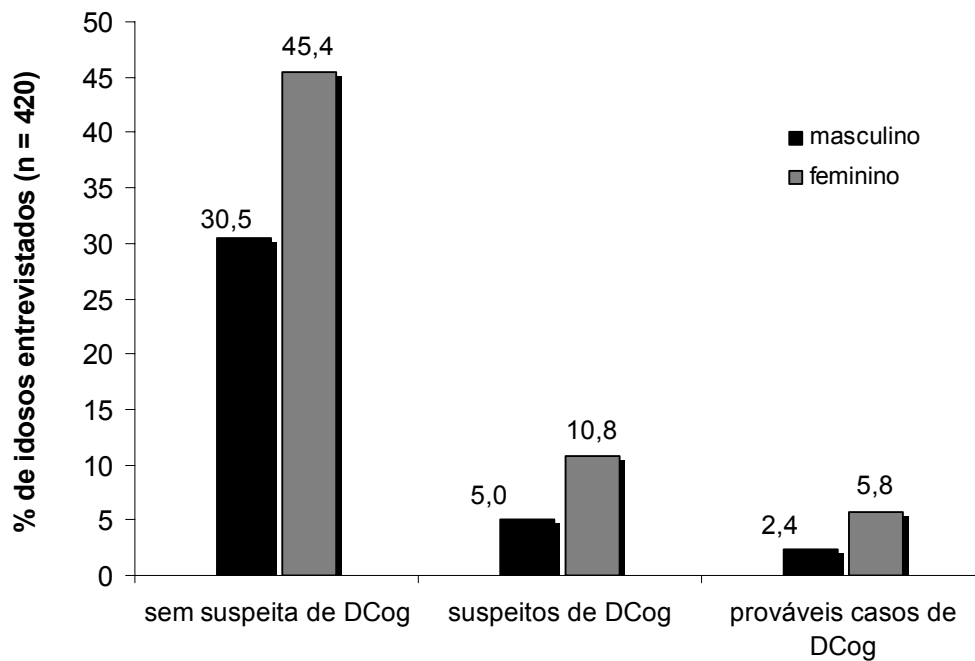


Figura 22: Classificação para SCO em relação à DCog.

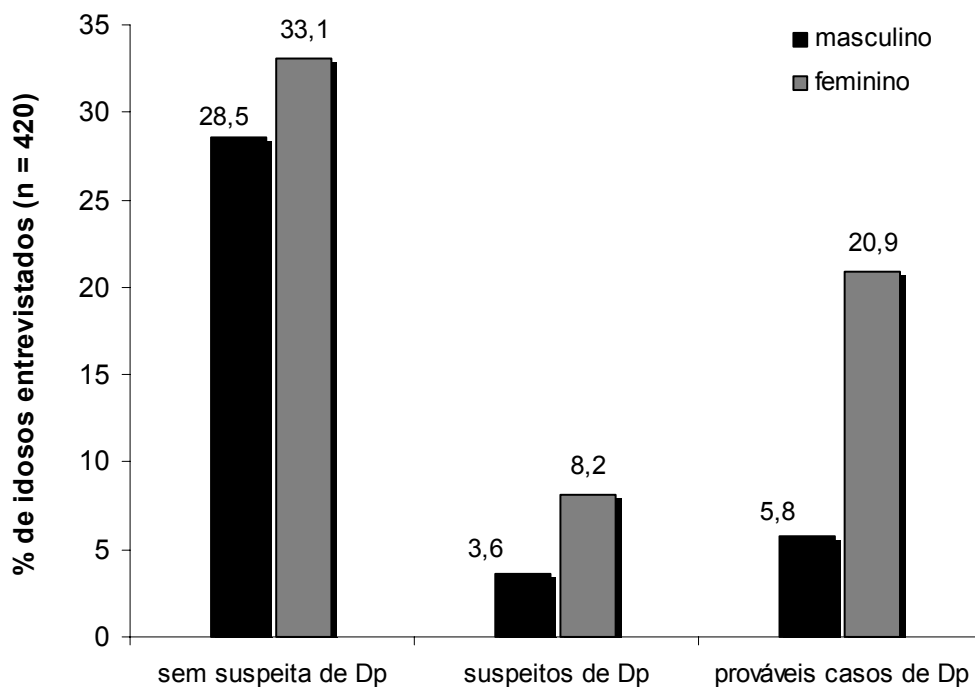


Figura 23: Classificação para SCO em relação à Dp.

Aspectos de Atividade Física Habitual

Quanto aos aspectos que descrevem a atividade física habitual (AFH), ao fazer-se a média de METs gastos por atividade física (AF) (Figura 24), a AF vigorosa no trabalho com média de 436,3 METs min/sem (DP \pm 2.523,1) e a AF vigorosa no Jardim/Quintal com média de 221,6 METs min/sem (DP \pm 1.295,2) foram as que tiveram maior variação, elevando ainda mais a variação da média dos METs min/sem das AF Ocupacional Total (média= 1050,9 ; DP \pm 3621,2) e AF Casa/Jardim Total (média= 1584,2 ; DP \pm 3173,3). Esta grande variação pode ser devido às diferentes interpretações dos idosos sobre o que seja AF vigorosa, visto que, tem-se cinco faixas de idade diferentes (60-64, 65-69, 70-74, 75-79 e 80 e + anos) e o que é uma AF vigorosa para um idoso de 75 a 79 anos pode não ser para um idoso de 60 a 64 anos.

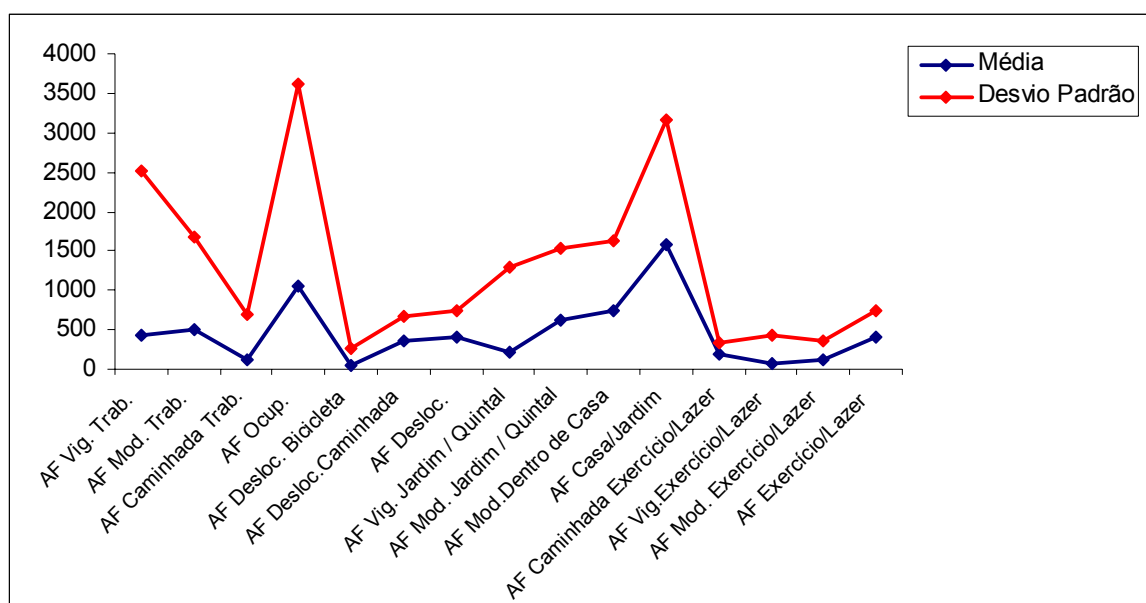


Figura 24: Média de METs min/sem por AFH realizada.

Ao analisar-se separadamente a classificação por nível de atividade física habitual (NAFH), pode-se obter maior clareza dos dados coletados.

A distribuição dos idosos por NAFH Ocupacional mostrada na Figura 25, onde, 84,3% (n=349) foram classificados como 'inativos', já era esperada, visto que, 81,3% (n=340) dos idosos já não exercem mais atividades ocupacionais remuneradas.

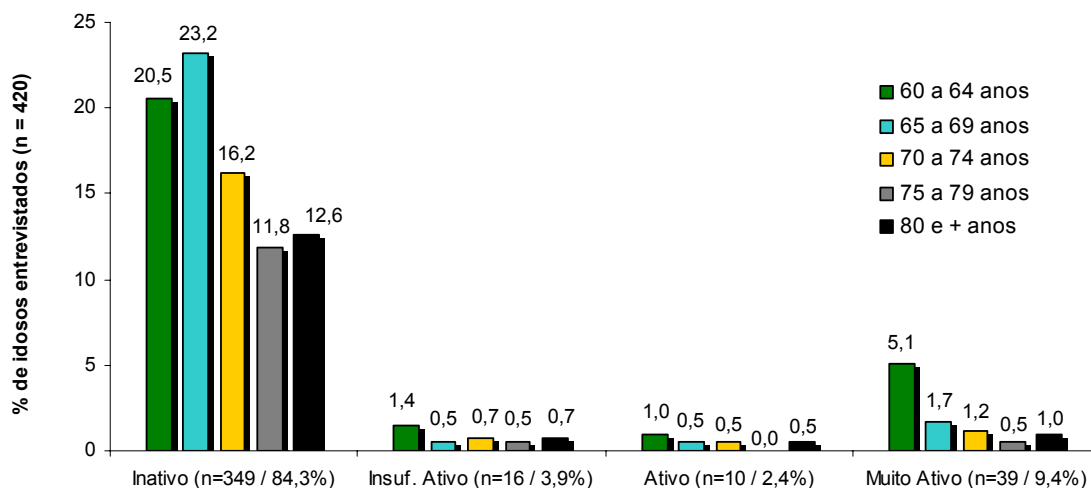


Figura 25: Distribuição dos idosos por NAFH Ocupacional e faixa de idade.

Para a distribuição dos idosos por NAFH Deslocamento, 78,9% (n=326) foram classificados como 'inativos' (Figura 26). Dos idosos entrevistados, 92,9% (n=390) informaram não utilizar a bicicleta como meio de deslocamento em nenhum dos dias da semana e 38,1% (n=160) que não se deslocam caminhando em nenhum dos dias da semana. Estes idosos, quando necessário, dirigem seu próprio carro ou são levados aos lugares (médicos, passeios, supermercados) por seus filhos, de carro ou de táxi.

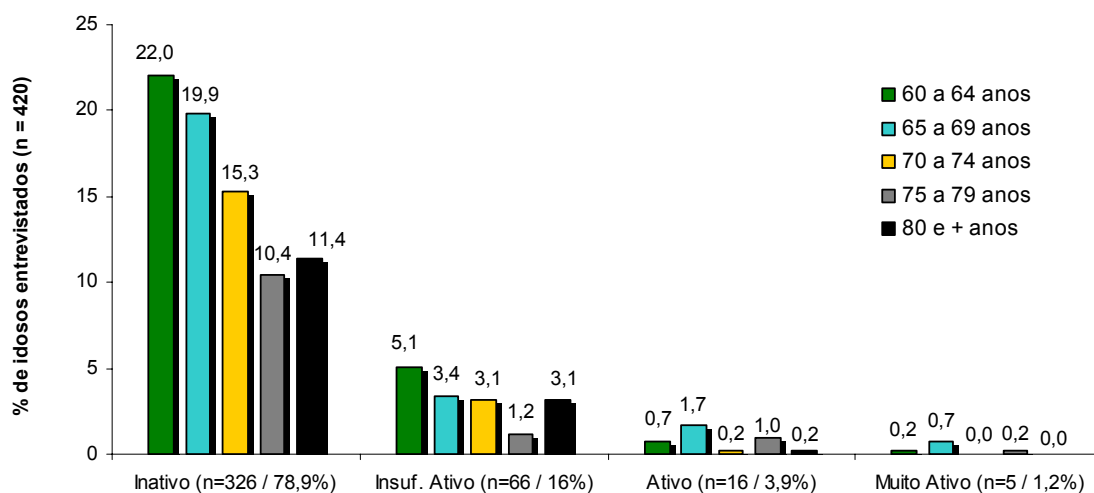


Figura 26: Distribuição dos idosos por NAFH Deslocamento e faixa de idade.

Quanto ao NAFH Casa/Jardim (atividades domésticas), 53,9% (n=223) são 'inativos', sendo 20,8% (n=86) com idade de 75 anos ou mais. Porém, 46,1% (n=191) estão entre 'insuficientemente ativos' e 'muito ativos', sendo a categoria de AF mais equilibrada em número de idosos inativos e ativos (Figura 27).

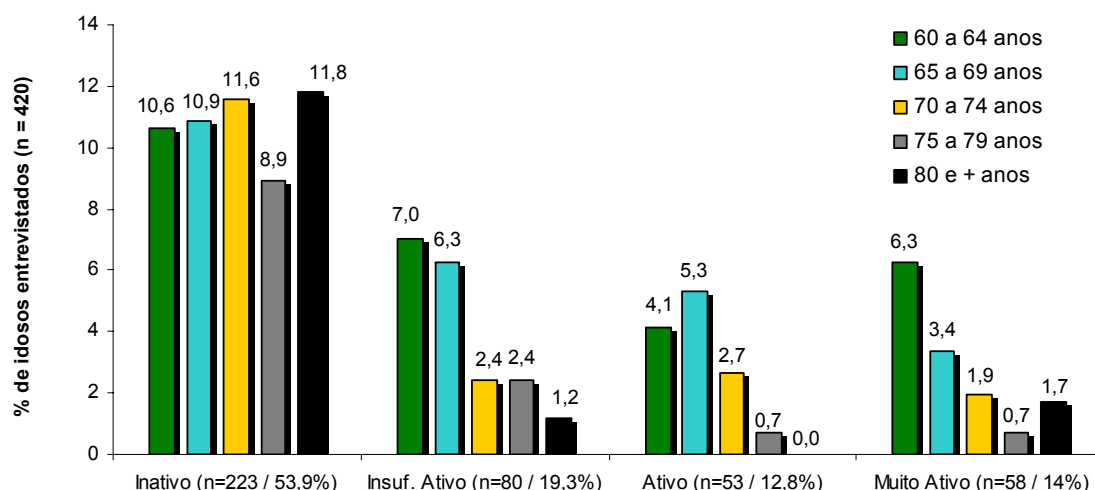


Figura 27: Distribuição dos idosos por NAFH Casa/Jardim e faixa de idade.

Concordando com os aspectos de saúde funcional no que se refere às atividades realizadas no tempo livre onde, 90% (n=377) dos idosos preferem assistir TV; a classificação do NAFH Exercício/Lazer tem, em sua maioria, idosos 'inativos' (Figura 28). Para AF vigorosas de Exercício/Lazer 92,6% (n=389) não realizam nenhum dia por semana; para AF moderadas 80,7% (n=339). Quanto a AF de caminhada como Exercício/Lazer, 64,8% (n=272) não realizam nenhum dia por semana, 8,1% (n=34) realizam de um a dois dias por semana, 16,2% (n=68) realizam de três a cinco dias por semana e 9,5% (n=40) realizam seis ou sete dias de caminhada como Exercício/Lazer por semana.

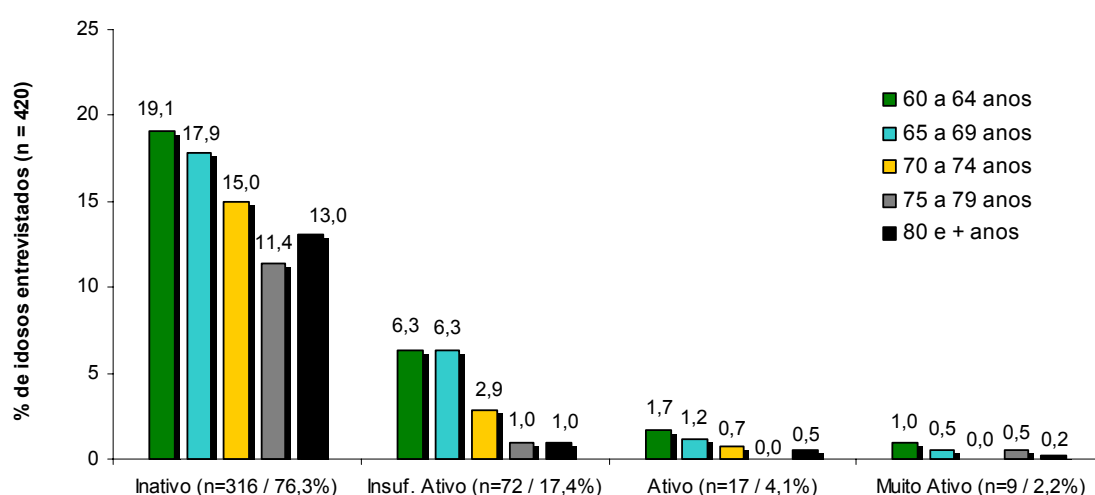


Figura 28: Distribuição dos idosos por NAFH Exercício/Lazer e faixa de idade.

Observando-se a Figura 29, vê-se um equilíbrio de percentuais entre os níveis 'inativo' e 'muito ativo'. Isso se reforça ao agregarmos os percentuais dos níveis 'inativo' e 'insuficientemente ativo', onde tem-se 48,1% (n=199) e nos níveis 'ativo' e 'muito ativo' com 51,8% (n=214). Buscando-se uma particularidade entre estas semelhanças, percebeu-se que os idosos dos níveis 'inativo' e 'insuficientemente ativo' são, em sua maioria, idosos com idade superior a 70 anos, reforçando a idéia de que o NAFH declina com a idade. Já nos níveis 'ativo' e 'muito ativo' os idosos, em sua maioria, têm idades de 60 a 69 anos.

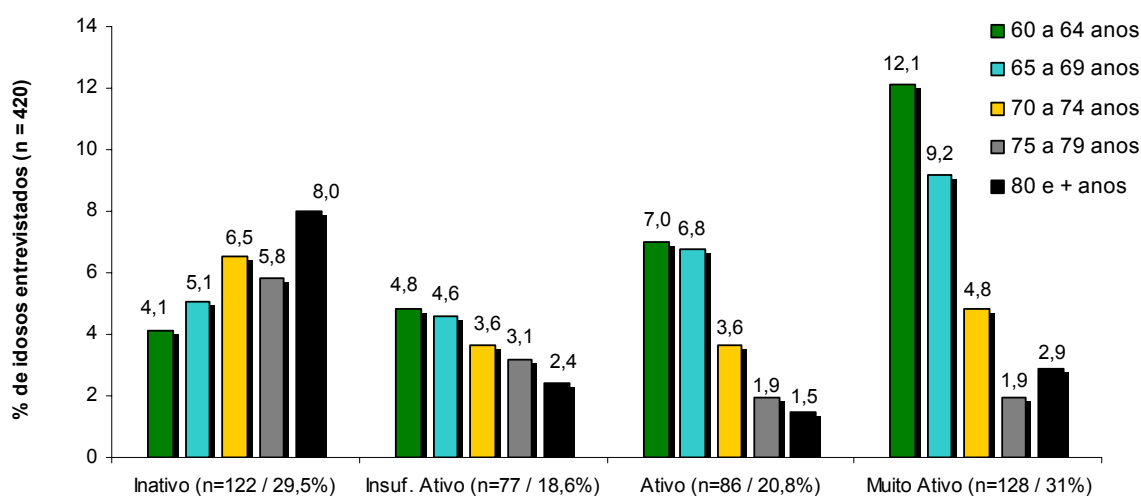


Figura 29: Distribuição dos idosos por NAFH Total e faixa de idade.

Sobre o tempo que permanece sentado durante deslocamentos em veículos a motor, 69,5% (n=292) utiliza veículos a motor em até três dias/sem e 81% (n=340) o faz em até uma hora/dia. Para o tempo gasto sentado, excluindo-se o tempo de deslocamento acima, 71,2% (n=299) fica de 1,5h a 8h sentado (assistindo TV, conversando, fazendo trabalhos manuais, lendo) durante os cinco dias de semana e, 69,8% (n=293) durante os dois dias do final de semana. A Tabela 17 mostra a média dos tempos gastos sentado.

Tabela 17
Média de tempo gasto sentado.

Tempo sentado	min/dia	
	média	DP
Durante deslocamentos em veículos a motor (média de 3 dias/sem)	41,3 (0,7 horas)	58,7 (1 hora)
Durante a semana	276,1 (4,6 horas)	195,8 (3,3 horas)
Durante o final de semana	284,4 (4,7 horas)	203,6 (3,4 horas)

Análise Indutiva dos Dados

As análises das observações e os testes de associação com sua significância ($p \leq 0,05$), serão apresentadas segundo as seções descritas no início do capítulo.

Para que se possa compreender com clareza os valores dos coeficientes de correlação linear (*Spearman* (ρ) ou *Pearson* (r)) encontrados no presente estudo, antes, faz-se necessário alguns esclarecimentos sobre como se deu o processo de correlação dos dados.

De acordo com Barbeta (2001), para um conjunto de dados, o valor do coeficiente de correlação (ρ ou r) sempre estará no intervalo de -1 a 1. Será positivo, quando os dados apresentarem correlação (associação) linear positiva; será negativo quando apresentarem correlação linear negativa. Quando os dados estão correlacionados positivamente, são diretamente proporcionais entre si, ou seja, à medida que o valor de uma variável aumenta, o valor da variável associada também aumenta. Quando os dados estão correlacionados negativamente, são inversamente proporcionais entre si, ou seja, à medida que o valor de uma variável aumenta, o valor da variável associada diminui. O valor do coeficiente de correlação (ρ ou r), será tão mais próximo de -1 ou de 1, quanto mais forte for a associação entre os dados observados (Figura 30).

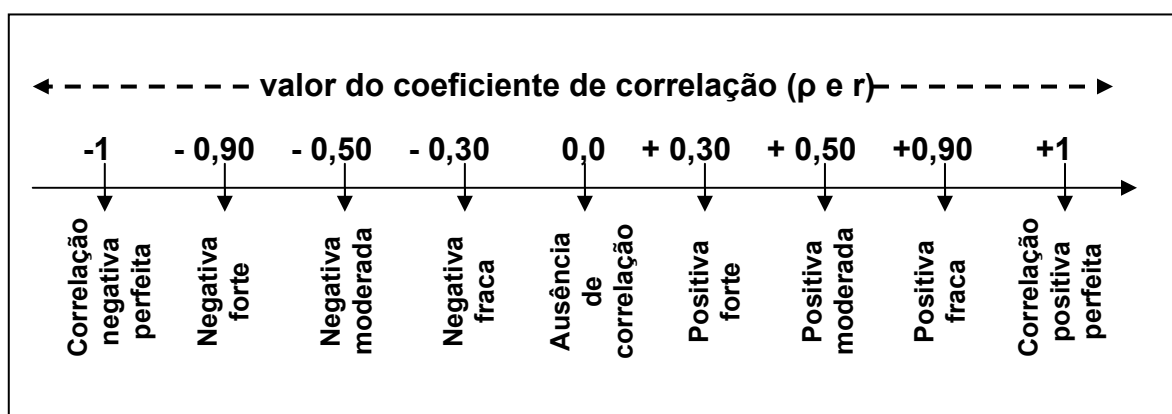


Figura 30: Sentido e força da correlação em função do coeficiente (ρ ou r).

Ainda é preciso dizer, que será necessário considerar o valor do código adotado para cada variável categórica nominal ou ordinal. À medida que o valor do código das variáveis cresce ou decresce, é que a leitura das tabelas de associação entre as variáveis, faz sentido. Veja ANEXO 6.

Aspectos sócio-demográficos

Para encontrar diferenças no comportamento dos dados em relação à variável sexo foi utilizado o teste U de *Mann-Whitney*. As diferenças entre o sexo masculino e feminino são estatisticamente significativas em relação ao estado conjugal ($U = 12254,500$; $p=0,000$), aos anos de união conjugal ($U = 10493,500$; $p=0,000$) e ao número de pessoas que moram com o idoso ($U = 18188,500$; $p=0,005$).

Utilizando-se do teste de *Kruskal-Wallis* buscou-se a variação no comportamento dos dados de algumas variáveis, em relação às cinco regiões de moradia do idoso. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para: as faixas de idade ($X^2 = 13,717$; $p=0,008$), os anos de moradia em Goiânia ($X^2 = 20,373$; $p=0,000$), a alfabetização ($X^2 = 28,868$; $p=0,000$) e número total de filhos(as) ($X^2 = 11,461$; $p=0,022$).

As diferenças entre as médias foram analisadas aplicando-se o teste ANOVA *one-way* e comparações *Post-Hoc* de *Scheffé*. A média de anos de união conjugal é estatisticamente diferente em relação às faixas de idade ($F=3,228$; $p=0,013$), sendo mais significativas entre 70 a 74 e 75 a 79 anos. Para faixas de idade também há uma variação entre a média do número total de filhos(as) ($F=11,065$; $p=0,000$), sendo significativas para todas as faixas.

Para se realizar testes de associação entre as variáveis categóricas utilizou-se o teste de correlação de *Spearman* (ρ) e o de *Pearson* (r) para variáveis contínuas. A Tabela 18, apresenta as associações mais significativas.

Tabela 18
Associação em relação aos aspectos sócio-demográficos.

Variáveis		Coefficiente de correlação Spearman (ρ)	Coefficiente de correlação Pearson (r)	Nível de significância alcançado no teste
Sexo versus	Estado conjugal	0,374		0,000*
	Anos de uso de álcool		-0,259	0,000
	Quantidade de DCNT	0,238		0,000
	Uso de prótese dentária	-0,216		0,000
	Uso de remédios	-0,200		0,000
	Classificação para Dp	0,226		0,000
	METs min/sem para AF de Deslocamento		-0,191	0,000
	METs min/sem para AF Moderada dentro de casa		0,225	0,000
	NAFH Casa/Jardim	0,235		0,000

Faixas de idade <i>versus</i>	METs min/sem para AF Total	-0,227	0,000
	Minutos/dia de semana que passa sentado	0,248	0,000
	Minutos/dia de final de semana que passa sentado	0,218	0,000
	Min/dia de deslocamento em veículos a motor	-0,210	0,000
Estado conjugal <i>versus</i>	Nº de pessoas morando com o idoso	-0,358	0,000*
	Satisfação com o relacionamento familiar	-0,301	0,000*

*As associações destacadas em negrito são as que têm maior coeficiente de correlação.

Apesar de estarem associadas e com o nível de significância desejado, a força de correlação entre as variáveis e os aspectos sócio-demográficos foi fraca. Mesmo assim, veja-se que o valor do código da variável 'sexo' aumenta a medida que aumenta o valor do código da variável 'estado conjugal' ($\rho = 0,374$), obtendo-se uma associação positiva; o valor do código da variável 'estado conjugal' diminui a medida que aumenta o 'número de pessoas que moram com o idoso', associação negativa ($\rho = -0,358$) o mesmo acontecendo em relação à variável 'satisfação com o relacionamento familiar' ($\rho = 0,301$).

Aspectos sócio-econômicos

O teste U de *Mann-Whitney* mostrou que entre as faixas de classificação econômica ($U = 18377,500$; $p=0,044$), e a relação necessidades básicas X ganhos ($U = 18099,500$; $p=0,032$) existem diferenças estatisticamente significativas por sexo. Em relação à faixa de renda mensal do idoso, aplicando-se o teste 't', também foram encontradas diferenças por sexo ($t=2,874$; $p=0,004$).

Algumas variáveis sócio-econômicas também sofreram variação em relação à região de moradia. Pelo teste de *Kruskal-Wallis* pôde-se encontrar diferenças estatisticamente significativas na faixa de renda mensal do idoso ($X^2 = 23,171$; $p=0,000$), na faixa de renda mensal da família ($X^2 = 25,664$; $p=0,000$) e na faixa de classificação econômica ($X^2 = 34,466$; $p=0,000$).

Os resultados do teste de associação (*Spearman* (ρ)) entre as variáveis estudadas e os aspectos sócio-econômicos, são apresentados na Tabela 19.

Tabela 19
Associação em relação aos aspectos sócio-econômicos.

Variáveis		Coefficiente de correlação Spearman (ρ)	Nível de significância alcançado no teste
Faixa de renda mensal do idoso <i>versus</i>	Procura por atendimento médico	-0,264	0,000
	Procura por atendimento dentário	-0,205	0,000

Para os aspectos sócio-econômicos, também houve associações negativas fracas entre a 'faixa de renda mensal' e a 'procura por atendimento médico e dentário'.

Aspectos de saúde física

Pelo teste U de *Mann-Whitney* foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres quanto à auto-percepção dos estado de saúde geral ($U = 18360,000$; $p=0,028$), categoria do IMC ($U = 18157,000$; $p=0,057$), auto-percepção do estado da visão ($U = 16622,500$; $p=0,000$) e incontinência urinária ($U = 17830,000$; $p=0,004$).

De acordo com o teste de *Kruskal-Wallis* a auto-percepção do estado de saúde geral ($X^2 = 16,535$; $p=0,002$), a comparação saúde atual X pares ($X^2 = 9,295$; $p=0,054$), auto-percepção do estado de audição ($X^2 = 12,327$; $p=0,015$) e auto-percepção do estado dos dentes ($X^2 = 28,655$; $p=0,000$) têm diferenças estatisticamente significativas em relação à região de moradia.

A Tabela 20, apresenta os aspectos de saúde física analisados à luz do teste de associação (*Spearman* (ρ)). O teste de *Pearson* (r) apresentou associação significativa somente para uso de álcool X uso de fumo ($r= 0,213$; $p= 0,000$).

Tabela 20
Associação em relação aos aspectos de saúde física.

Variáveis		Coefficiente de correlação Spearman (ρ)	Nível de significância alcançado no teste	
Auto-percepção do estado de saúde <i>versus</i>	Procura por atendimento dentário	-0,252	0,000	
	Satisfação com a vida	0,350	0,000*	
	Quantidade de DCNT	0,475	0,000*	
	Uso de remédios	-0,287	0,000	
	Problema de saúde incapacitante	-0,528	0,000*	
	Uso de álcool	0,180	0,000	
	NCF por AVDs	-0,216	0,000	
	NISP	-0,316	0,000*	
	Classificação p/ DCog	0,209	0,000	
	Classificação p/ Dp	0,425	0,000*	
	NAFH Exerc/Lazer	-0,207	0,000	
	NAFH Total	-0,177	0,000	
	Quantidade de DCNT <i>versus</i>	Sexo	0,238	0,000
		Problema de saúde incapacitante	-0,750	0,000*
NCF por AVDs		-0,175	0,000	
NISP		-0,260	0,000	
Classificação p/ DCog		0,183	0,000	
Classificação p/ Dp		0,413	0,000*	

*As associações destacadas em negrito são as que têm maior coeficiente de correlação.

Com relação aos aspectos de saúde física, as variáveis mostraram-se moderadamente associadas. Com associação positiva moderada com a variável 'auto-percepção do estado de saúde' tem-se: 'satisfação com a vida' ($\rho = 0,350$), 'quantidade de DCNT' ($\rho = 0,475$), 'classificação para Dp' ($\rho = 0,425$) ($\rho = 0,425$), onde, quando o valor do código de uma variável aumenta, o valor do código da variável associada também aumenta. Associadas de maneira negativamente moderada tem-se: 'problemas de saúde incapacitante' ($\rho = -0,528$) e 'NISP' ($\rho = 0,316$) associadas com 'auto-percepção do estado de saúde'; 'problemas de saúde incapacitante' ($\rho = -0,750$) associada com 'quantidade de DCNT'.

Aspectos de saúde funcional

Pelo teste U de *Mann-Whitney* foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, quanto à problemas de saúde incapacitante ($U = 17212,000$; $p=0,002$) e classificação para NCF ($U = 16873,000$; $p=0,001$).

A classificação para o NCF ($X^2 = 9,516$; $p=0,049$) e para o NIS ($X^2 = 9,878$; $p=0,043$) difere de maneira estatisticamente significativa, de uma região para outra de acordo com o teste de *Kruskal-Wallis*.

O teste ANOVA *one-way* e comparações *Post-Hoc* de *Scheffé* apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias para classificação do NCF e para o NIS, em relação às faixas de idade sendo, ($F=15,234$; $p=0,000$) e ($F=10,554$; $p=0,000$) respectivamente, sendo significativas para todas as faixas de idade.

A Tabela 21, apresenta os aspectos de saúde funcional analisados por meio do teste de associação (*Spearman* (ρ)).

Tabela 21
Associação em relação aos aspectos de saúde funcional.

Variáveis		Coefficiente de correlação <i>Spearman</i> (ρ)	Nível de significância alcançado no teste
NCF por AVDs <i>versus</i>	NISP	0,357	0,000*
	Classificação p/ DCog	-0,386	0,000*
	Classificação p/ Dp	-0,243	0,000
	NAFH Exerc/Lazer	0,207	0,000
	NAFH Total	0,361	0,000*
NIS participativa <i>versus</i>	Problema de saúde incapacitante	0,256	0,000
	Classificação p/ DCog	-0,300	0,000*
	Classificação p/ Dp	-0,246	0,000
	NAFH Ocupacional	0,187	0,000
	NAFH Deslocamento	0,189	0,000
	NAFH Casa/Jardim	0,171	0,000
	NAFH Exerc/Lazer	0,272	0,000
	NAFH Total	0,314	0,000*

*As associações destacadas em negrito são as que têm maior coeficiente de correlação.

Para os aspectos de saúde funcional, as associações estão positivamente moderadas entre 'NCF' e 'NISP' ($\rho = 0,357$), 'NCF' e NAFH Total ($\rho = 0,361$), 'NISP' e 'NAFH Total' ($\rho = 0,314$). Negativamente associadas estão: 'NCF' e 'classificação para DCog' ($\rho = -0,386$), 'NISP' e 'classificação para DCog' ($\rho = -0,300$).

Aspectos de saúde mental

Diferenças estatisticamente significativas foram encontradas, aplicando-se o teste U de *Mann-Whitney* para diferenças na classificação para DCog ($U =$

17803,000; $p=0,016$) e para Dp ($U = 15708,000$; $p=0,000$) entre homens e mulheres.

Utilizando-se do teste de *Kruskal-Wallis* encontrou-se, diferenças estatisticamente significativas para a classificação de Dcog ($X^2 = 11,300$; $p=0,023$) e para Dp ($X^2 = 9,969$; $p=0,041$) em relação às regiões estudadas.

Para classificação de DCog ($F=11,090$; $p=0,000$) e Dp ($F=2,354$; $p=0,053$), em relação às faixas de idade, o teste ANOVA *one-way* e comparações *Post-Hoc* de *Scheffé* apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias, sendo mais significativas entre 60 a 69 e 80 e + anos. A Tabela 22, apresenta os resultados do teste de associação (*Spearman* (ρ)).

Tabela 22
Associação em relação aos aspectos de saúde mental.

Variáveis		Coefficiente de correlação Spearman (ρ)	Nível de significância alcançado no teste
Classificação p/ DCog versus	Problema de saúde incapacitante	-0,193	0,000
	NAFH Exerc/Lazer	-0,159	0,001
	NAFH Total	-0,279	0,000
Classificação p/ Dp versus	Problema de saúde incapacitante	-0,417	0,000*
	NAFH Exerc/Lazer	-0,109	0,026

*As associações destacadas em negrito são as que têm maior coeficiente de correlação.

Nos aspectos de saúde mental tem-se 'classificação para Dp' associada negativamente com 'problemas de saúde incapacitante' ($\rho = -0,417$) de modo que, à medida que aumentam os valores dos códigos para uma variável, diminuem os valores dos códigos para a outra variável.

Aspectos de atividade física habitual

Para os aspectos de atividade física habitual foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, para as médias de METs min/sem, entre homens e mulheres. Aplicando-se o teste 't' encontrou-se diferenças para METs min/sem AF Ocupacional Total ($t=2,015$; $p=0,045$), METs min/sem AF Deslocamento ($t=3,321$; $p=0,001$), METs min/sem AF Casa/Jardim ($t=2,988$; $p=0,003$). Porém não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para METs min/sem AF Exercício/Lazer e para METs min/sem AF Total.

Em comparação com as cinco regiões de moradia as médias para METs min/sem mostraram diferenças estatisticamente significativas quando aplicou-se o teste de *Kruskal-Wallis*. Encontrou-se diferenças para METs min/sem AF Deslocamento ($X^2 = 12,230$; $p=0,016$), METs min/sem AF Casa/Jardim ($X^2 = 15,942$; $p=0,003$) e para METs min/sem AF Total ($X^2 = 9,910$; $p=0,042$).

Para encontrar diferenças estatisticamente significativas entre as médias METs min/sem em relação às faixas de idade, aplicou-se o teste ANOVA *one-way* e comparações *Post-Hoc* de *Scheffé*. Diferenças significativas entre todas as faixas de idade, foram encontradas para METs min/sem AF Ocupacional ($F=3,419$; $p=0,009$), METs min/sem AF Casa/Jardim ($F=7,067$; $p=0,000$), METs min/sem AF Exercício/Lazer ($F=2,691$; $p=0,031$), METs min/sem AF Total ($F=8,885$; $p=0,000$), min/dia de semana que passa sentado ($F=9,008$; $p=0,000$) e minutos/dia de final de semana que passa sentado ($F=8,475$; $p=0,000$).

A Tabela 23, apresenta os aspectos de saúde física analisados à luz do teste de associação (*Spearman* (ρ)).

Tabela 23
Associação em relação aos aspectos do NAFH.

Variáveis		Coefficiente de correlação <i>Spearman</i> (ρ)	Nível de significância alcançado no teste
NAFH Ocupaciona <i>versus</i>	Problema de saúde incapacitante	0,172	0,000
NAFH Deslocamento <i>versus</i>	Faixa de renda mensal do idoso	-0,181	0,000
NAFH Casa/Jardim <i>versus</i>	Sexo	0,235	0,000
NAFH Exerc/Lazer <i>versus</i>	Problema de saúde incapacitante	0,175	0,000
NAFH Total <i>versus</i>	NAFH Ocupacional	0,460	0,000
	NAFH Deslocamento	0,373	0,000
	NAFH Casa/Jardim	0,692	0,000
	NAFH Exerc/Lazer	0,404	0,000

*As associações destacadas em negrito são as que têm maior coeficiente de correlação.

Aqui, não se tem associações pertinentes de serem relatadas, visto que, as que o foram, já foram relatadas nas seções dos aspectos anteriores.

CAPÍTULO V

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Sendo, o objetivo principal deste estudo, caracterizar o perfil de saúde multidimensional e nível de atividade física habitual de idosos, de ambos os sexos, residentes na zona urbana da cidade de Goiânia – GO, à partir dos resultados apresentados no capítulo IV, pôde-se chegar a algumas conclusões sobre a amostra estudada.

Quanto aos aspectos sócio-demográficos, os idosos estudados foram considerados idosos jovens, sendo, em sua maioria, mulheres. Os idosos estão mais populosamente concentrados no grupo/região Central/Campinas/Vale Meia Ponte, provavelmente, por conter os bairros mais antigos da cidade. São oriundos da Região Centro-Oeste do País, mais especificamente do estado de Goiás. Apesar de uma maioria de idosos casados ou morando junto com um companheiro, em domicílios multigeracionais, com filhos(as), genros, noras e netos, há que se ter uma atenção especial àqueles 12,4% que moram sozinhos. Sugere-se que, em análises futuras, busque-se compreender quais as influências deste tipo de moradia para a auto-percepção de saúde, prevalência de DCNTs, NCF, NISP, NAFH, suspeita de DCog e Dp enfim, como estes idosos se sentem em relação ao fato de morarem sós. Mais da metade completou somente o ensino fundamental, talvez, sendo um reflexo da cultura dos anos 60 onde, alguns jovens de menor poder aquisitivo, abandonavam os estudos para dedicarem-se ao trabalho.

Dentro dos aspectos sócio-econômicos, a atividade ocupacional mais exercida pelas mulheres durante a vida, era o serviço doméstico como atividade ocupacional remunerada e, um quarto, exerceu somente a função de dona de casa. Mais da metade pertence às classes econômicas 'B' e 'C' com uma renda

de 1 a 3 salários mínimos, morando em domicílio próprio ou do casal. A fonte de sustento mais importante para os idosos é a aposentadoria e, dizem estar satisfeitos com a prestação de serviços médicos, utilizando, quando necessário, planos de saúde ou serviço público gratuito. Para tratamentos dentários a escolha é o atendimento particular, estando, esta procura, associada à renda mensal média do idoso; o que força uma maioria a não fazer tratamentos dentários há muitos anos. Têm, em geral, um bom relacionamento com familiares, amigos e vizinhos. Porém, o que dizer de 29,4% que sente carência de lazer e de 24,2% que sente falta de uma companhia? É possível, que a falta de lazer esteja relacionada às carências econômicas, de segurança e de saúde. Já, para a falta de companhia, é necessário compreender se há uma solidão acarretada pelo abandono familiar e social, que também, pode estar aumentando o número de suspeitos de DCog e Dp. Os conflitos familiares e a preocupação com os filhos e netos também merecem atenção.

Para os aspectos de saúde física, apesar dos idosos referirem perceber sua saúde, de uma maneira geral, de 'boa' a 'ótima', existe um quarto de idosos que têm uma percepção de 'ruim' a 'péssima' sobre sua saúde. Esta percepção negativa pode estar sendo provocada pela prevalência de DCNTs, já que, 18,8% possui de uma a cinco doenças, estando a hipertensão e a incontinência urinária presentes em cerca de 34% dos idosos. Quando comparam seu estado de saúde atual com o de há cinco anos atrás, uma maioria de 84%, diz que está 'igual' ou 'pior', mas se comparado aos pares, pouco mais da metade sente que está em 'melhores' condições de saúde que eles. A composição corporal precisa de cuidados. Apesar de ser uma pequena proporção, 6,5% dos idosos foi classificado com baixo peso, provavelmente, por não se alimentarem de forma a suprir suas necessidades nutricionais ou por causa de incapacidades odontológicas. Também, não se pode deixar de pensar nos 39,6% que estão na faixa de 'sobrepeso' e 'obesidade', muito provavelmente, devido à falta de atividades físicas e a maus hábitos alimentares. Análises futuras poderão trazer um melhor esclarecimento destas associações. O uso do fumo e do álcool, não são comportamentos preocupantes nesta população de idosos, mas o incentivo à eliminação total dos vícios é sempre válida.

Nos aspectos de saúde funcional, a saúde física é motivo de incapacidade funcional para 35,2% dos idosos, muitos têm dificuldade de ler e até mesmo sair à rua ou alimentar-se devido à falta de óculos ou de dentes. As ABVDs e as AIVDs são desempenhadas de maneira independente, mas a falta de atividades físicas como deslocamento e exercício/lazer pode estar transformando, 23,6% dos idosos, em pessoas frágeis fisicamente. Os idosos estão muito satisfeitos com suas atividades sociais participativas, mesmo utilizando seu tempo livre para ficar sentado em frente à televisão, receber visitas ou caminhar pelas ruas do bairro; sendo categorizados como ‘socializados’ em sua comunidade.

Sobre os aspectos de saúde mental, a maioria está fora de suspeita tanto para DCog como para Dp, mas há uma minoria que não pode ser ignorada. Alguns idosos relataram sentirem-se sós, abandonados, ignorados e desrespeitados pela sociedade e pelos familiares, principalmente filhos, mesmo que estes, estejam morando na mesma casa. Abaixo, estão alguns relatos feitos por eles:

“Você pode me ajudar de alguma maneira?”

“Nós idosos, precisamos de ajuda! Eu vejo as entidades na TV dizendo que estão fazendo isso e aquilo, mas eu não sei como fazer para receber ajuda!”

“Agora, quando eu precisar de ajuda, vou te procurar?”

“Os atendimentos, ditos especiais para idosos, na verdade, estão é marginalizando o idoso!”

“Sinto muita tristeza com essa minha situação. A gente cria os filhos, e eles não estão nem aí para nada que eu preciso. Aqui em casa, eu até pago aluguel para eles!”

“Depois que você se formar, você vai cuidar dos idosos?”

“O que me conforta em tanta solidão e sofrimento é a religião. Se minha vida é assim, é porque Deus quer!”

“Eu penso que os idosos, no Brasil, não são valorizados, nem respeitados pelos governantes, nem pela sociedade! Na verdade, nós somos mais explorados que respeitados!”

“Porque o idoso sofre tanta discriminação, se a história mostra que o idoso é experiente e, essa experiência, é válida e útil aos mais jovens?”

“O desamor, o descaso e o abandono são muito ruins! Gera depressão!”

“Uma boa alternativa para a solidão dos idosos, era viabilizar animais domésticos treinados.”

“Ah! Se o jovem soubesse e o velho pudesse!”

“Para quê esta pesquisa? Para quando teremos resultados?[...] É... tenho prazer em ajudá-lo... mesmo que eu não viva para usufruir dos benefícios, ao menos, algum dia, os idosos serão amparados e respeitados como merecem!”

“Minha avó já tentou suicídio! Nossa!! Eu nem sabia disso!!! [fala de um pesquisador]”

Há a necessidade de se analisar, se o nível de escolaridade, as atividades no tempo livre e até mesmo o NAFH total, estão influenciando nesta prevalência de 24% de idosos suspeitos ou prováveis casos de Dcog e 38,5% suspeitos ou prováveis casos de Dp. A quantidade de DCNT, NCF, NISP, DCog e Dp estão associadas à auto-percepção de saúde.

Os aspectos de atividade física habitual merecem uma atenção especial. Em termos de deslocamento, os mais inativos são os mais jovens (60 a 65 anos). Provavelmente, porque ainda dirigem seu próprio carro ou utilizam-se de outros veículos automotores em seus deslocamentos. Em casa ou no jardim, os mais idosos são os menos ativos, isso pode estar agravando o estado de fragilidade ou dependência física, sendo as mulheres, mais ativas que os homens. No exercício/lazer, são na maioria inativos, independente da idade ou do sexo. Algumas hipóteses a serem analisadas futuramente, são as de que estes idosos não têm acesso às informações básicas para uma prática autônoma de atividades físicas, estão isolando-se socialmente por desconhecimento dos programas de atendimento aos idosos que acontecem nas universidades, ou ainda, o baixo rendimento mensal seja uma das justificativas para esta inatividade no exercício/lazer. Quando se analisa o NAFH Total, percebe-se claramente o declínio do NAFH com o passar dos anos. É de se preocupar que, a maioria dos idosos, passe até 8h sentado durante os dias de semana e final de semana. O NCF e o NISP estão associados ao NAFH Total.

Faz-se necessários, estudos futuros que apresentem outras associações destas variáveis estudadas, para que possa-se compreender melhor o universo de saúde multidimensional dos idosos estudados. Além disso, sugere-se estudos mais específicos sobre os aspectos de saúde mental e nível de atividade física habitual, onde inclua-se: testes mais detalhados para saber-se mais sobre a

intensidade da debilidade cognitiva e depressão, bem como, testes que avaliem a aptidão física relacionada à saúde destes idosos.

De toda esta jornada, o que fica é o aprendizado com a experiência dos idosos e com a ansiedade dos jovens. O percurso foi longo e árduo e, tem-se a certeza, de não haver arrependimentos. Somente o desejo de que, todo este trabalho, possa reverter-se à curto, médio e longo prazo, em benefícios para a comunidade como um todo, mais especialmente, para aquelas pessoas que preenchem nossa vida com sabedoria, histórias e saudades – OS IDOSOS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANEP (2000) Associação Nacional de Empresas de Pesquisa – Dados com base no levantamento sócio-econômico – IBOPE. Disponível em: <http://www.anep.org.br> [Acessada em 12/12/04].
- Anjos, L. A. (1992) Índice de massa corporal como indicador do estado nutricional de adultos: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 26 (6):431-436. ISSN 0034-8910.
- Araújo, T. L. (2004) Escore contínuo para classificação do nível de atividade física habitual. *Comunicação pessoal, via e-mail em 11/nov.* <timoteo@celafiscs.com.br>
- Barbeta, P. A. (2001). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. (4º ed.) Florianópolis – SC: Editora da UFSC.
- Barreto, M. S.; Passos, V. M. A.; Lima-Costa, M. F. F. (2003a) Obesidade e baixo peso em idosos brasileiros. Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(2):605-612.
- Barreto, K. M. L.; Carvalho, E. M. F. de; Falcão, I. V.; Lessa, F. J. D.; Leite, V. M. M. (2003b) Perfil sócio-epidemiológico demográfico das mulheres idosas da Universidade Aberta à Terceira Idade no estado Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 3(3):339-354.
- Barros, M. V. G. & Reis, R. S. (2003). *Análise de Dados em Atividade Física e Saúde: demonstrando a utilização do SPSS*. 1ª ed. Londrina: Midiograf.
- Benedetti, T. B.; Mazo, G. Z.; Barros, M. V. G. (2004a) Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento* (no prelo).
- Benedetti, T. R. B.; Mazo, G. Z.; Bottega, L. H. & Barros, M.V.G. (2001) Validade concorrente e reprodutibilidade do questionário internacional de atividades físicas – IPAQ para idosos (sumário). *Anais do 3º Congresso Brasileiro de*

Atividade Física & Saúde, Florianópolis, SC. Promoção da Atividade Física: da pesquisa à ação. v. 1, p. 141.

Benedetti, T. R. B.; Petroski, E. L.; Gonçalves, L. H. T. (2004b) Perfil do idoso do município de Florianópolis. Relatório Final de Pesquisa. Centro de Ciências da Saúde – CCS/UFSC.

Brasil, (2003). Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso /Ministério da Saúde.–1ª ed. 2.ª reimpr.–Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, (1999). Ministério de Estado da Saúde -Política Nacional de Saúde do Idoso – Portaria nº 1395 / GM em 10 de dezembro.

Brasil, (1994). Presidência da República – Subchefia para Assuntos Jurídicos. Política Nacional de Saúde do Idoso – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

Cabrera, M. A. S. & Jacob Filho, W. (2001) Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo*, São Paulo, 45(5):494-501.

Camarano, A. A. (2002). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. da. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 58-71). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Carvalho, J. A. M. & Garcia, R. A. (2003) O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):725-733, mai-jun.

Chang, M., Kim, H., Shigematsu, R., Nho, H., Nishijima, T. & Tanaka, K. (2001). Functional fitness may be related to life satisfaction in older Japanese adults. *International Journal of Aging Human Development*. 53(1):35-49.

Coelho Filho, J. M. & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de Inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 33:445-453.

Craig, C. L.; Marshall, A. L.; Sjöström, M.; Bauman, A. E.; Booth, M. L.; Ainsworth, B. E.; Pratt, M.; Ekelund, U.; Yngve, A.; Sallis, J. F.; Oja, P. (2003) International

- Physical Activity Questionnaire: 12-Country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35(8):1381-1395.
- Darnton-Hill, I. (1995). El envejecimiento com salud y la calidad de la vida. *Foro Mundial de la Salud*; 16:381-391.
- DiPietro, L. (1996). The epidemiology of physical activity and physical function in older persons. *Gerontology*; 46(6):333-41.
- Feliciano, A. B.; Moraes, S. A.; Freitas, I. C. M. (2004) O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos-SP/Brasil: um estudo epidemiológico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro-RJ, 20(6):1575-1585, nov-dez.
- Fleck, S.J.& Kramer, W. J. (1997). *Fundamentos do Treinamento de Força Muscular*. Porto Alegre-RS: Artes Médicas.
- Fonseca, M. J. M.; Faerstein, E.; Chor, D.; Lopes, C. (2004) Validade de peso e estatura informados e índice de massa corporal: estudo pró-saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 38(3):392-398.
- Freitas, E.V. de; Gorayeb, N.; Pereira, J. B. M.; Gorayeb. C. (2002). Atividade Física no Idoso. In: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. da. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 857-865). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gordilho, A. C., Nascimento, J. S. F., Silvestre, J. A., Ramos, L. R., Freire, M. M. P. A., Costa, N. E., Guimarães, R. M., Veras, R. P. & Karsh, U. M. S. (2000). Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção integral ao idoso. UnATI – UERJ, Rio de Janeiro, 92 p.
- Grainer, P.A., Snowdon, D.A. & Schmitt, F.A. (1996). The loss independence in activities of daily living: the role of low normal cognitive function in elderly nuns. *American Journal of Public Health*; 86(1):62-66.
- Heikkinen, R. L. (2003) O papel da atividade física no envelhecimento saudável. Trad.: Duarte, M. F. S. & Nahas, M. V. – Florianópolis – SC. (trabalho original publicado pela Organização Mundial da Saúde em 1998).
- IBGE (2000b). Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Censo Demográfico 2000: Resultados relativos à população idosa residente

em área urbana do município de Goiânia – GO. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br> [Acessada em 09/08/2004].

IBGE (2000). Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, População – Estimativas de população: Resultados relativos à estimativas para a população idosa – 1980 a 2050. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> [Acessada em 04/08/2004].

IPAQ *Research Committee* (2004) Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire – Short Form. Version 2.0. Disponível em: <http://www.ipaq.ki.se> [Acessada em 21/11/2004].

Kalache, A., Veras, R. P. , Ramos, L. R. (1987). O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 21(3):200-210.

Kallinen, M., Sipilä, S., Alen, M. & Suominen, H. (2002). Improving cardiovascular fitness by strength or endurance training in women aged 76-78 years: a population-based randomized controlled trial. *Age Ageing*; 31(4):247-254.

Koltin, K.F. (2001). The association between physical activity and quality of life in older women. *Womens Health Issues*; 11(6):471-80.

Lima-Costa, M.F.F., Uchoa, E.; Guerra, H. L.; Firmo, J. O. A.; Vidigal, P. G.; Barreto, S. M. (2000a). 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, 34(2):126-135.

Lima-Costa, M.F.F., Guerra, H.L., Barreto, S.M. & Guimarães, R.M. (2000b). Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*; 9(1):23-41.

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

Lovisoló, H (1997). Terceira idade em movimento. *Motus Corporis*; Rio de Janeiro, v.4 (2):9-13.

- Marafon, L. P.; Cruz, J. B. M.; Schwanke, C. H. A. & Moriguchi, E. H. (2003) Preditores cardiovasculares da mortalidade em idosos logevos. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, 19:797-806.
- Marcenes, W.; Steele, J. G.; Sheiham, A.; Walls, A. W. G. (2003) A relação entre estado dentário, seleção alimentar, ingestão de nutrientes, estado nutricional e índice de massa corporal em idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):809-816.
- Matsudo, S.; Araújo, T.; Matsudo, V.; Andrade, D.; Andrade, E.; Oliveira, L. C.; Braggion, G. (2001) Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ: Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, 6(2): 5-18.
- Mazo, G. Z.; Lopes, M. A.; Benedetti, T. R. B. (2001) *Atividade Física e o Idoso – Conceção Gerontológica*. Porto Alegre: Sulina
- McArdle, W. D.; Katch, F. L.; Katch, V. L. (1992). *Fisiologia do Exercício: Energia, Nutrição e Desempenho Humano*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nahas, M.V. (2003). *Atividade física, saúde e qualidade de vida – Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo*. (3º ed.) Londrina - PR: Midiograf.
- Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. In: Neri, A. L. (org). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. (pp. 161-200) Campinas: Papirus.
- Papaléo-Netto, M. (2002) O estudo da velhice no século XX: Histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E. V., Py, L., Neri, A. L., Cançado, F. A. X., Gorzoni, M. L. & Rocha, S. M. da. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (pp. 02-12). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Pate R.R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskel, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C. *et al* (1995) Physical Activity and Public Health: A recommendation from the Centers of Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273(5): 402-407.
- Pereira, M.G. (1999). *Epidemiologia – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro – RJ: Guanabara Koogan.

- Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(3):793-798, mai-jun.
- Ramos, L. R.; Rosa, T. E.; Oliveira, E. M.; Medina, M. C. & Santos, F. R. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana da Região Sudeste do Brasil: Resultado de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 27(2) 87-94.
- Ramos, L. R.; Toniolo, J.; Cendoroglo, M. S.; Garcia, J. T.; Najas, M. S.; Perracini, M.; Paola, C. R.; Santos, F. C.; Bilton, T.; Ebel, S. J.; Macedo, M. B.; Almada, C. M.; Nasri, F.; Miranda, R. D.; Gonçalves, M.; Santos, A. L.; Fraietta, R.; Vivacqua, I.; Alves, M. L. & Tudisco, E. S. (1998). Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: Methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 32:397-407.
- Rosa, T. E. C., Benício, M. H. D'A., Latorre, M. R. D. O. & Ramos, L. R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 37(1):40-48.
- Santos, H.B. (1999). O perfil de saúde dos idosos da região urbana de Pelotas e alguns de seus determinantes. Dissertação de Mestrado em Epidemiologia na Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS.
- Silva, F. C. (2004) Identidade visual para o projeto 'Atividade Física e Saúde de Idosos de Goiânia - GO'. Curso de Design da Universidade Católica de Goiás.
- Spiriduso, W. (1995) *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Thomas, J. R. & Nelson, J. K. (2002) *Métodos de Pesquisa em Atividade Física*. Trad.: Petersen, R. D. S.; Rodrigues, F. S.; Dornelles, M. S.; Larronda, A. C.; Oliveira, M. A. – 3ª ed. – Porto Alegre: Artmed.
- US Department of Health and Human Services (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center of Chronic Disease Prevention and Health Promotion, The President's Council on Physical Fitness and Sports.
- Veras, R. P.; Coutinho, E. & Ney Jr., G. (1990). População idosa no Rio de Janeiro: estudo-piloto da confiabilidade e validação do segmento de saúde

mental do questionário BOAS. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social da UERJ.

Veras, R. P.; Coutinho, E. (1991). Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 25(3):209-217.

Veras, R. P.; Coutinho, E. (1994). Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 28(1):26-37.

Veras, R. P.; Souza, C. A. M.; Cardoso, R. F.; Milioli, R.; Silva, S. D. da (1988) Pesquisando populações idosas – a importância do instrumento e o treinamento de equipe: uma contribuição metodológica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 22:513-518.

Veras, R. P. (1992) A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brasil. London. Tese de Doutorado pela *Division of Psychiatry, United Medical e Dental Schools, Guy's Hospital University of London*.

Veras, R. & Dutra, S. (2000) BOAS – Brazil Old Age Schedule. Questionário e Manual. Instituto de Medicina Social da UERJ. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br> [Acessada em 21/09/03]

ANEXOS

ANEXO 1

**Folha de Rosto e Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa
com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina.**

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

ANEXO 3

Questionário *Brazil Old Age Schedule – BOAS*

**QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL PARA ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS
DA POPULAÇÃO IDOSA
BRAZIL OLD AGE SCHEDULE – BOAS**

Descrição das Seções

Seção I: Informações Gerais (perguntas 1 a 10)

Esta seção do questionário, destina-se a obter informações sobre o sexo, idade, naturalidade, grau de instrução e estado conjugal do idoso, composição geral do lar que ele(a) vive, e nível geral de satisfação em relação à sua vida. A informação obtida fornecerá uma idéia geral da situação pessoal e doméstica da pessoa idosa permitindo relacionar-se características demográficas com possíveis problemas de saúde a serem investigados na seção seguinte.

Seção II: Saúde Física (perguntas 11 a 24 + E1 a E4b)

Na seção saúde física inclui-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 com outras pessoas de sua faixa etária; seus maiores problemas de saúde, e como estes podem afetar seus padrões habituais de atividade. São incluídas também perguntas sobre problemas específicos que afetam os padrões funcionais do idoso. Foram acrescentadas ao instrumento original quatro questões EXTRAS (perguntas E1 a E4b): duas sobre peso e estatura; outras duas relacionadas ao uso de fumo e álcool.

Seção III: Utilização de Serviços Médicos e Dentários (perguntas 25 a 31)

O propósito desta seção é obter informações quanto ao conhecimento, direitos, uso e grau de satisfação por parte do idoso em relação a vários tipos de serviços médicos.

As informações obtidas darão uma indicação da saúde do idoso, das instituições e serviços que ele faz uso, 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 da 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. Por fim, há uma pergunta relativa à frequência com que nos últimos três meses utilizou-se dos serviços médicos e dentários.

Seção IV: Atividades da vida diária (AVD) (perguntas 32 a 35a.)

Esta seção inclui um total de seis perguntas. A primeira compreende um total de quinze itens que, juntos, indicam graus relativos de autonomia funcional na execução das atividades do dia-a-dia. As outras são voltadas para a verificação de assistência real ou potencial nessas atividades identificando a pessoa que mais ajuda o entrevistado. Assim, pode ser feita uma pesquisa do grau de dependência e relativa adaptabilidade do idoso com o seu ambiente físico e social. Também há perguntas que visam a verificar sua participação social, as atividades domésticas e comunitárias e o grau de satisfação com as mesmas.

Seção V: Recursos Sociais (perguntas 36 a 41)

As perguntas nesta seção objetivam avaliar vários aspectos e dimensões de satisfação do idoso nas suas relações com família e vizinhos, os tipos de ajuda e/ou assistência recíprocas, o grau de interação familiar e comunitária e/ou de isolamento.

Seção VI: Recursos Econômicos (perguntas 42 a 50)

O propósito desta seção é obter informações sobre a situação de trabalho/aposentadoria do idoso. Assim, destina-se a mostrar o tempo em que esteve vinculado ao mercado de trabalho, sua condição atual frente ao mesmo, a regularidade e a fonte de renda atual; o padrão de renda recebida, a participação dessa renda na manutenção doméstica. Incluem-se perguntas relativas às

condições de conforto doméstico e ao tipo de ocupação do imóvel. Por fim, há perguntas que buscam a comparação de renda atual com a dos anos anteriores e o grau de satisfação do idoso em relação às suas necessidades básicas supridas pela sua renda.

Seção VII: Saúde Mental (perguntas 51 a 73)

Esta seção inclui perguntas destinadas a detectar, no quadro de saúde mental do idoso, os casos de depressão e demência. Todas as perguntas são completamente estruturadas, e o entrevistador não precisa fazer avaliações pessoais. Pontos de cortes foram desenvolvidos para indicar a presença de “casos” (“suspeitos”).

Seção VIII: Necessidades e Problemas que afetam o Entrevistado (perguntas 74 a 75)

Esta seção inclui perguntas destinadas a fornecer uma indicação mais específica dos tipos de necessidades que o idoso experimenta em sua vida diária, a extensão em que essas necessidades se verificam, e os problemas que ele considera mais importantes. Fornecerá também informações sobre a relação entre as atitudes do idoso e as condições objetivas em que ele vive.

Seção IX: Avaliação do Entrevistador (itens 1 a 6)

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



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE DESPORTOS - CDS
PROGRAMA DE MESTRADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA
NÚCLEO DE PESQUISA EM ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE

**QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL PARA ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS DA
POPULAÇÃO IDOSA**

BRAZIL OLD AGE SCHEDULE – BOAS

Número do questionário:

--	--	--

(001 a 999)

Grupo/Região:

--	--

(01 a 05)

Setor Censitário:

--	--

(01 a 62)

Nome do Entrevistado:

Endereço: (Rua, Av.)

Nº:

Bairro:

Cidade: **Goiânia**

CEP: **74.** -

Telefone: **(62)** -

Nome do Entrevistador:

Data da Entrevista: / /2004.

Seção I: Informações Gerais (perguntas 1 a 10)

1. Sexo do Entrevistado:**ENTREVISTADOR:** Indique o sexo da pessoa entrevistada

- (1) Masculino
- (2) Feminino

2. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?

_____ (anos completos)
 (998). N.S./N.R

3. Em que país o(a) Sr.(a) nasceu?

- (1) Brasil
- (2) Outros países (especifique): _____
- (8) N.S./N.R

ENTREVISTADOR: Se 1 (Brasil) vá para questão 3a., se 2 (outros países) vá para questão 4 e marque N.A. na questão 3a.

3a. Em que estado do Brasil o(a) Sr.(a) nasceu?

Nome do estado: _____

- (1) Região Norte
- (2) Região Nordeste
- (3) Região Sudeste
- (4) Região Sul
- (5) Região Centro-Oeste
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R

4. Há quanto tempo (anos) o(a) Sr.(a) mora nesta cidade?

_____ (anos completos)
 (98) N.S./N.R.

5. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 6 e marque N.A. para a questão 5a.**)
- (8) N.S./N.R.

5a. Qual é sua escolaridade máxima completa?

- (1) Nenhuma
- (2) Primário (até o 4º ano)
- (3) Ginásio ou 1º grau completo (Ensino Fundamental)
- (4) 2º grau completo (Ensino Médio)
- (5) Curso superior (Graduação)
- (6) Pós-Graduação (especialização, mestrado, doutorado, pós-doutorado?) _____
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

6. Atualmente qual é o seu estado conjugal? ENTREVISTADOR: Marque apenas uma alternativa

- (1) Casado/morando junto
 (2) Viúvo (a) (**Vá para questão 7 e marque N.A. para as questões 6a. e 6b.**)
 (3) Divorciado(a) / separado (a) (**Vá para questão 7 e marque N.A. para as questões 6a. e 6b.**)
 (4) Nunca casou (**Vá para questão 7 e marque N.A. para as questões 6a. e 6b.**)
 (8) N.S./N.R.

6a. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está casado(a) / morando junto?

ENTREVISTADOR: A pergunta se refere ao casamento atual

_____ (anos completos)

(97) N.A.

(98) N.S./N.R.

6b. Qual a idade de seu (sua) esposo (a)?

_____ (anos completos)

(97) N.A.

(98) N.S./N.R.

7. O(a) Sr.(a) teve filhos (as)? (em caso positivo, quantos?) ENTREVISTADOR: Especifique o número.

_____ filhos

_____ filhas

_____ (número total de filhos/as)

(00) Nenhum

(98) N.S./N.R.

8. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa?

_____ pessoas

(00) Entrevistado(a) mora só. (**Vá para questão 9 e marque N.A. para a questão 8a.**)

(98) N.S./N.R.

8a. Quem são essas pessoas? ENTREVISTADOR: Para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado marque a resposta **SIM**.

- (a) Esposo(a) / companheiro(a)
 (b) Pais
 (c) Filhos
 (d) Filhas
 (e) Irmãos(ãs)
 (f) Netos(as)
 (g) Outros parentes(especificar) _____
 (h) Amigos (as)
 (i) Empregado(a)

SIM	NÃO	NA	NS/NR
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8

9. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?**ENTREVISTADOR:** Leia para o entrevistado as alternativas listadas.**(Marque apenas uma opção).**

- (1) Satisfeito(a) **(Vá para a questão 10 e marque N.A. para a questão 9a.)**
- (2) Insatisfeito(a)
- (8) N.S./ N.R.

9a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?**ENTREVISTADOR:** Não leia para o entrevistado as alternativas listadas

- (a) Problema econômico
- (b) Problema de saúde
- (c) Problema de moradia
- (d) Problema de transporte
- (e) Conflito nos relacionamentos pessoais
- (f) Falta de atividades
- (g) Outro problema (especificar) _____

SIM	NÃO	NA	NS/NR
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8

10. OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR:**O entrevistado informou sua idade na questão 2. Você acha esta informação:**

- (1) Idade plausível/ consistente/ correta
- (2) O entrevistado informou idade que não corresponde à impressão do observador; ou é obviamente errada ou não sabe ou forneceu resposta incompleta.

Seção II: Saúde Física (perguntas 11 a 24)*“Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde”.***11. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:****ENTREVISTADOR:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.**(Marque apenas uma opção).**

- (1) Ótima
- (2) Boa
- (3) Ruim
- (4) Péssima
- (8) N.S./N.R

12. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:**ENTREVISTADOR:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.**(Marque apenas uma opção)**

- (1) Melhor
- (2) Mesma coisa
- (3) Pior
- (8) N.S./N.R

13. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.
(Marque apenas uma opção).

- (1) Melhor
- (2) Igual
- (3) Pior
- (8) N.S./N.R.

14. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

- (1) Sim
- (2) Não **(Vá para questão 15 e marque N.A. para as questões. 14a, 14b. e 14c.)**
- (3) N.S./ N.R.

14a. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando? **ENTREVISTADOR:** Especifique os problemas.

	NA	NS/NR
(a) (especificar) _____	97	98
(b) (especificar) _____	97	98
(c) (especificar) _____	97	98

14b. Há quanto tempo?

ENTREVISTADOR: Anote em meses o período de duração dos problemas

	MESES	96 meses ou mais (8 anos)	NA	NS/NR
(a) (especificar) _____		96	97	98
(b) (especificar) _____		96	97	98
(c) (especificar) _____		96	97	98

14c. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?

- (1) Sim
- (2) Não
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

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

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas.
(Marque as respostas correspondentes).

	SIM	NÃO	NS/NR
(a) Problema nos pés que inibe sua mobilidade (Ex.: joanete, calos, dedos torcidos, unha do pé encravada, etc.)	1	2	8
(b) Problemas nas articulações dos braços, mãos, pernas, pés.	1	2	8
(c) Falta algum braço, mão, perna, pé.	1	2	8

15a. O Sr.(a) recebeu alguma ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma outra terapia para este problema ?

- (1) Sim
- (2) Não
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

16. O(a) Sr.(a) teve alguma queda(tombo) nos últimos 3 meses ?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 17 e marque N.A. para as questões 16a. e 16b.**)
- (8) N.S./N.R.

16a. O(a) Sr.(a) pode se levantar sozinho(a) do chão ?

- (1) Sim (**Vá para questão 17 e marque N.A. para a questão 16b.**)
- (2) Não
- (7) N.A.
- (8) N.S./ N.R.

16b. Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou no chão até receber ajuda?

- _____ minutos
- (997) N.A.
 - (998) N.S./N.R.

17. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão (com ou sem a ajuda de óculos) está:

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

- (0) o entrevistado é cego(a)
- (1) Ótima (**Vá para questão 18 e marque N.A. para a questão 17a.**)
- (2) Boa (**Vá para questão 18 e marque N.A. para a questão 17a.**)
- (3) Ruim
- (4) Péssima
- (8) N.S./N.R.

17a. Este seu problema de visão atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?

- (1) Sim
- (2) Não
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

18. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua audição (com ou sem a ajuda de aparelhos) está:

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

- (1) Ótima (**Vá para questão 19 e marque N.A. para a questão 18a.**)
- (2) Boa (**Vá para questão 19 e marque N.A. para a questão 18a.**)
- (3) Ruim
- (4) Péssima
- (8) N.S./N.R.

18a. Este seu problema de audição atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?

- (1) Sim
- (2) Não
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

19. Em geral, qual é o estado dos seus dentes ?

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

- (1) Ótimo
- (2) Bom
- (3) Ruim
- (4) Péssimo
- (8) N.S./N.R.

20. Está faltando algum dos seus dentes ?

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

- (1) Não estão faltando dentes
- (2) Estão faltando poucos dentes
- (3) Está faltando a maioria ou todos os dentes
- (8) N.S./N.R.

21. O(a) Sr.(a) tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

22. O(a) Sr.(a) tem algum problema de dente que lhe atrapalhe mastigar os alimentos?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

“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”.

23. Já aconteceu de o senhor(a) perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando estava dormindo, ou quando tosse, espirra, ou faz força?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 24 e marque N.A. para a questão 23a.**)
- (8) N.S./N.R.

23a. Com que frequência isso acontece?

- (1) Uma ou duas vezes por dia
- (2) Mais de duas vezes por dia
- (3) Uma ou duas vezes por semana
- (4) Mais do que duas vezes por semana
- (5) Uma ou duas vezes por mês
- (6) Mais de duas vezes por mês
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

24. OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR: Há sinais de incontinência? (cheiro de urina)

- (1) Sim
- (2) Não

QUESTÕES EXTRAS**E1. Pode me dizer quantos kilos o Sr. (a) pesa, atualmente? (massa corporal)**

_____Kg.
(998) N.S./N.R.

E2. Qual a sua altura? (estatura)

_____metros.
(998) N.S./N.R.

E3. O Sr. (a) fuma? (cigarro, palha, cachimbo, charuto)

- (1) Sim (**Vá para a questão E3a**)
- (2) Não, nunca fumou. (**Vá para a questão E4 e marque N.A. para a questão E3a e E3b**)
- (3) Parou de fumar (**Vá para a questão E3a**)
- (8) N.S./N.R.

E3a. Há quanto tempo?

_____anos
OU _____meses
OU _____semanas
 (997) N.A.
 (998) N.S./N.R.

E3b. O Sr. (a) tem algum problema causado pelo seu uso de cigarro?

- (a) Saúde (tosse, enfisema, câncer)
- (b) Relacionamento (familiares, amigos, trabalho)
- (c) Financeiro (dívidas, empréstimos)

SIM	NÃO	NA	NS/NR
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8

E4. O Sr. (a) toma bebida alcoólica?

- (1) Sim (**Vá para a questão E4a**)
 (2) Não, nunca bebeu. (**Vá para a questão 25 e marque N.A. para a questão E4a e E4b**)
 (3) Parou de beber (**Vá para a questão E4a**)
 (8) N.S./N.R.

E4a. Há quanto tempo?

- _____anos
OU _____meses
OU _____semanas
 (997) N.A.
 (998) N.S./N.R.

E4b. O Sr. (a) tem algum problema causado pelo seu uso de bebidas alcoólicas?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
(a) Saúde (cirrose, úlcera, câncer)	1	2	7	8
(b) Relacionamento (familiares, amigos, trabalho)	1	2	7	8
(c) Financeiro (dívidas, empréstimos)	1	2	7	8

Seção III: Utilização de Serviços Médicos e Dentários (perguntas 25 a 31)

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

25. Quando o Sr.(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?

ENTREVISTADOR: Se 0.(Ninguém), faça a pergunta 25a.: se 1,2,3,4 ou 8, vá para questão 26 e marque N.A. para a questão 25a.

(Marque apenas uma alternativa)

Nome de onde ou a quem procura: _____

- (0) Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.
 (1) Serviço médico de uma instituição PÚBLICA GRATUITA.
 (2) Serviço médico credenciado pelo seu PLANO DE SAÚDE
 (3) Médicos/ Clínica PARTICULARES
 (4) Outros (especifique): _____
 (8) N.S. /N.R.

25a. O Sr.(a) não procura um médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
(a) Porque não precisou	1	2	7	8
(b) Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
(c) Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
(d) Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
(e) Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
(f) Porque tem medo de ir ao médico	1	2	7	8
(g) Por outra razão (especificar) _____	1	2	7	8

26. O(a) Sr.(a) está satisfeito com os serviços médico que utiliza normalmente?

- (1) Sim
 (2) Não
 (3) Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo
(Vá para questão 27 e marque N.A. para a questão 26a.)
 (8) N.S. /N.R.

26a. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços médicos?

ENTREVISTADOR: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Classifique as respostas nas categorias listadas, de acordo com as instruções do Manual para esta pergunta. Na dúvida, registre a resposta do entrevistado no item "h". Outros problemas.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
(a) O custo dos serviços médicos	1	2	7	8
(b) O custo dos medicamentos que são prescritos	1	2	7	8
(c) Os exames clínicos que são prescritos	1	2	7	8
(d) A demora para a marcação das consultas /exames	1	2	7	8
(e) O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório	1	2	7	8
(f) O tratamento oferecido pelos médicos	1	2	7	8
(g) O tratamento oferecido pelo pessoal não médico	1	2	7	8
(h) Outro problema (especificar) _____	1	2	7	8

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

ENTREVISTADOR: Classifique a resposta e marque apenas uma alternativa

Nome de onde ou a quem procura: _____

- (0) Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo. **(Vá para questão 28 e marque N.A. para a questão 27a.)**
 (1) Serviço dentário de uma instituição PÚBLICA GRATUITA.
 (2) Serviço dentário credenciado pelo seu PLANO DE SAÚDE
 (3) Dentista PARTICULAR
 (4) Outros (especifique): _____
 (8) N.S. /N.R.

27a. O Sr.(a) não procura um dentista há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao dentista? Que dificuldade?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
(a) Porque não precisou	1	2	7	8
(b) Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
(c) Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
(d) Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
(e) Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
(f) Porque tem medo de ir ao dentista	1	2	7	8
(g) Por outra razão (especificar) _____	1	2	7	8

28. Nos últimos três meses, o(a) Sr. (a):

- (a) Consultou o médico no consultório ou em casa
- (b) Fez exames clínicos
- (c) Fez tratamento fisioterápico
- (d) Teve de ser socorrido(a) na Emergência
- (e) Foi ao hospital / clínica para receber medicação
- (f) Esteve internado em hospital ou clínica
- (g) Foi ao dentista

SIM	NÃO	NS/NR
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8

28a. Dos serviços acima, qual (is) o(a) Sr.(a) utilizou mais de uma vez?

ENTREVISTADOR: Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque NA.

- (a) Consultou o médico no consultório ou em casa
- (b) Fez exames clínicos
- (c) Fez tratamento fisioterápico
- (d) Teve de ser socorrido(a) na Emergência
- (e) Foi ao hospital / clínica para receber medicação
- (f) Esteve internado em hospital ou clínica
- (g) Foi ao dentista

SIM	NÃO	NA	NS/NR
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8
1	2	7	8

29. O(a) Sr.(a) normalmente usa:

- (a) Dente postiço, dentadura, ponte
- (b) Óculos ou lente de contato
- (c) Aparelho de surdez
- (d) Bengala
- (e) Muleta
- (f) Cadeira de rodas

SIM	NÃO	NS/NR
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8

29a. Atualmente, o(a) Sr.(a) está precisando ter ou trocar:

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado apenas as ajudas mencionadas na questão anterior. Marque as respostas correspondentes.

- (a) Dente postiço, dentadura, ponte
- (b) Óculos ou lente de contato
- (c) Aparelho de surdez
- (d) Bengala
- (e) Muleta
- (f) Cadeira de rodas
- (g) Outros (especificar) _____

SIM	NÃO	NS/NR
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8

30. O(a) Sr.(a) toma remédio?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 31 e marque N.A. para as questões 30a., 30b. e 30c.**)
- (8) N.S./N.R.

30a. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?**ENTREVISTADOR** Se nenhum, vá para a questão 31 e marque NA para as questões 30b. e 30c.

	NA	NS/NR
(a) (especificar) _____	97	98
(b) (especificar) _____	97	98
(c) (especificar) _____	97	98

30b. Quem receitou?

	NA	NS/NR
(a) (especificar) _____	97	98
(b) (especificar) _____	97	98
(c) (especificar) _____	97	98

30c. Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
(a) Problema financeiro	1	2	7	8
(b) Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia	1	2	7	8
(c) Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	1	2	7	8
(d) Outro problema ou dificuldade (especificar) _____	1	2	7	8

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

- (0) Nenhuma
- (1) Esposo(a) / companheiro(a)
- (2) Filho
- (3) Filha
- (4) Outra pessoa da família (especificar) _____
- (5) Outra pessoa de fora da família (especificar) _____
- (8) N.S./N.R.

Seção IV: Atividades da vida diária (AVD) (perguntas 32 a 35a.)
--

32. O(a) Sr.(a), capaz de fazer sozinho(a) as seguintes atividades:

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

No caso de o entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque NÃO em "o".

	SIM	NÃO	NS/NR
(a) Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, etc.)	1	2	8
(b) Sair de casa dirigindo seu próprio carro	1	2	8
(c) Sair de casa para caminhar curtas distâncias pela vizinhança	1	2	8
(d) Preparar sua própria refeição	1	2	8
(e) Comer a sua refeição	1	2	8
(f) Arrumar a casa, a sua cama	1	2	8
(g) Tomar os seus remédios	1	2	8
(h) Vestir-se	1	2	8
(i) Pentear seus cabelos	1	2	8
(j) Caminhar em superfície plana	1	2	8
(k) Subir/descer escadas	1	2	8
(l) Deitar e levantar da cama	1	2	8
(m) Tomar banho	1	2	8
(n) Cortar as unhas dos pés	1	2	8
(o) Ir ao banheiro em tempo	1	2	8

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

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 34 e marque N.A. para a questão 33a.**)
- (8) N.S./N.R.

33a. Qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas?

ENTREVISTADOR: marque apenas uma alternativa

- (1) Esposo(a) / companheiro(a)
- (2) Filho
- (3) Filha
- (4) Uma outra pessoa da família (quem?) _____
- (5) Um(a) empregado(a)
- (6) Outro (quem?) _____
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

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

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

	SIM	NÃO	NS/NR
(a) Ouve rádio	1	2	8
(b) Assiste à televisão	1	2	8
(c) Lê jornal	1	2	8
(d) Lê revistas e livros	1	2	8
(e) Recebe visitas	1	2	8
(f) Vai ao cinema, teatro, etc	1	2	8
(g) Anda pelo seu bairro	1	2	8
(h) Vai à igreja (culto religioso)	1	2	8
(i) Vai a jogos (esportes)	1	2	8
(j) Pratica algum esporte, exercício físico	1	2	8
(k) Faz compras	1	2	8
(l) Sai para visitar os amigos(as)	1	2	8
(m) Sai para visitar os parentes	1	2	8
(n) Sai para passeios longos (excursão, viagens)	1	2	8
(o) Sai para encontros sociais ou comunitários (bailes, feiras, beneficentes)	1	2	8
(p) Costura, borda, tricota, faz crochê, pinta	1	2	8
(q) Faz alguma atividade para se distrair (bingo, cartas, xadrez, jardinagem)	1	2	8
(r) Outros (especifique) _____	1	2	8

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

- (1) Sim (**Vá para questão 36 e marque N.A. para a questão 35a.**)
 (2) Não
 (8) N.S./N.R.

35a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre?

ENTREVISTADOR: Marque apenas uma alternativa

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
(a) Problema com o custo financeiro	1	2	7	8
(b) Problema de saúde que o(a) impede	1	2	7	8
(c) Problema com falta de motivação para fazer as coisas (tédio, aborrecimento)	1	2	7	8
(d) Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir	1	2	7	8
(e) Outras razões (especificar) _____	1	2	7	8

Seção V: Recursos Sociais (perguntas 36 a 41)

“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 idosas costumam usar na sua comunidade.”

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

- (0) Entrevistado(a) mora só
 (1) Sim
 (2) Não
 (8) N.S./N.R.

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

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	SIM	NÃO	NS/NR
(a) Dinheiro	1	2	8
(b) Moradia	1	2	8
(c) Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
(d) Outro tipo de cuidado / assistência(especificar)_____	1	2	8

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

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	SIM	NÃO	NS/NR
(a) Dinheiro	1	2	8
(b) Moradia	1	2	8
(c) Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
(d) Cuidar de criança	1	2	8
(e) Outro tipo de cuidado / assistência(especificar)_____	1	2	8

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

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

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

- (0) Entrevistado(a) não tem relacionamento com seus vizinhos
- (1) Sim
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

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

	SIM	NÃO	NS/NR
(a) Vizinhos / amigos	1	2	8
(b) Filhos(as)	1	2	8
(c) Outros familiares (especificar)_____	1	2	8
(d) Outras pessoas (especificar)_____	1	2	8

Seção VI: Recursos Econômicos (perguntas 42 a 50)

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

ENTREVISTADOR: Anote o tipo de trabalho: _____

- (01) Nunca trabalhou (**Vá para questão 43 e marque N.A. para a questão 42a.**)
- (02) Dona de casa (**Vá para questão 43 e marque N.A. para a questão 42a.**)
- (98) N.S./N.R.

42a. Por quanto tempo?

_____ anos

(97) N.A.

(98) N.S./N.R.

43. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.(1) Sim (**Vá para questão 44 e marque N.A. para a questão 43a.**)

(2) Não

(8) N.S./N.R.

43a. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?

_____ anos completos

(97) N.A.

(98) N.S./N.R.

44. De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

- (a) do próprio trabalho
- (b) da própria aposentadoria
- (c) da ajuda/pensão do(a) seu (sua) esposo(a)/companheiro(a)
- (d) da ajuda de parentes ou amigos
- (e) de aluguéis, investimentos
- (f) Outras fontes (especificar) _____

SIM	NÃO	NS/NR
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8

45. Em média, qual é a sua renda mensal?**ENTREVISTADOR:** Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores.
 Rendimento mensal (**Atenção! Valor líquido**): R\$ _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ , _____ . _____
 N.S./N.R. 8 0 0 0 0 0 0 0 8

45a. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer-me o valor aproximado.

ENTREVISTADOR: Se o entrevistado vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na questão 45. Se o entrevistado vive sozinho e não tem rendimento, marque N.A. nesta questão e na questão 45b.

 Rendimento mensal (**Atenção: valor líquido**): R\$ _____ . _____ . _____ . _____ . _____ . _____ , _____ . _____
 N.A. 7 0 0 0 0 0 0 0 7
 N.S./N.R. 8 0 0 0 0 0 0 0 8
45b. Quantas pessoas vivem do seu rendimento familiar, incluindo o(a) Sr.(a). (Renda do entrevistado)

_____ pessoas incluindo o entrevistado.

(97) N.A.

(98) N.S./N.R.

46. Por favor, informe se, em sua casa / apartamento, existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado as alternativas listadas:

	SIM	NÃO	NS/NR
(a) Água encanada	1	2	8
(b) Eletricidade	1	2	8
(c) Ligação com a rede de esgoto	1	2	8
(d) Geladeira/congelador	1	2	8
(e) Rádio	1	2	8
(f) Televisão	1	2	8
(g) Vídeo–cassete	1	2	8
(h) DVD	1	2	8
(i) Computador	1	2	8
(j) Telefone	1	2	8
(k) Automóvel	1	2	8

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

ENTREVISTADOR: Para cada uma das três categorias (PRÓPRIEDADE, ALUGUEL OU USA DE GRAÇA) verifique em qual o entrevistado se enquadra.

(Especifique apenas uma alternativa).

- (1) Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal
- (2) Propriedade do cônjuge do entrevistado
- (3) Alugado pelo entrevistado
- (4) Morando em residência cedida sem custo para o entrevistado
- (5) Outra categoria (especifique) _____
- (5) N.S./N.R.

48. Em comparação a quanto o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

(Marque apenas uma opção)

- (1) Melhor
- (2) A mesma
- (3) Pior
- (8) N.S./N.R.

49. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr.(a) ganha:

ENTREVISTADOR: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 1 a 4.

(Marque apenas uma opção).

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

50. OBSERVAÇÃO DO ENTREVISTADOR: Qual é a condição da residência do(a) entrevistado(a)?

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

Seção VII: Saúde Mental (perguntas 51 a 73)
--

“É bastante comum as pessoas terem problemas de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez, não sejam apropriadas para o(a) Sr.(a), outras bastante inadequadas, no entanto, eu gostaria que o(a) Sr.(a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.”

51. Esta pesquisa está sendo realizada pela UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) repetisse para mim este nome e guardasse na memória.

- (1) Repete UFSC ou algo próximo
- (2) Não consegue/não repete/não responde

52. Em que ano o(a) Sr.(a) nasceu? Ano do nascimento: _____

- (1) Ano do nascimento aparentemente correto
- (2) Informa ano do nascimento que: não corresponde à impressão do observador; ou é inconsistente com a data anteriormente obtida; ou é obviamente errada; ou não sabe ou fornece resposta incompleta.

53. Qual é o endereço de sua casa?

- (1) Informa endereço correto
- (2) Informa endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta

54. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora neste endereço? _____ anos

- (1) Informação sobre tempo de residência aproximadamente correto/plausível
- (2) Informa tempo de residência obviamente errado, ou não sabe.

55. O(a) Sr.(a) sabe o nome do atual presidente do Brasil?

(Anotar): _____

- (1) Nome do presidente correto/quase correto
- (2) Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente

56. Em que mês do ano nós estamos? (Anotar): _____

- (1) Mês correto
- (2) Informa incorretamente o mês ou não sabe

57. Em que ano nós estamos? (Anotar): _____

- (1) Ano correto
- (2) Informa incorretamente o ano ou não sabe

**58. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios.
O(a) Sr.(a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos?**

ENTREVISTADOR: Marque SIM para correto e NÃO para incorreto.

- (a) Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito
(b) Agora com a mão esquerda o seu ouvido direito
(c) Agora com a mão direita o seu ouvido esquerdo

SIM	NÃO
1	2
1	2
1	2

59. O(a) Sr.(a) se lembra do nome da Universidade que está realizando esta pesquisa? Anotar: _____

- (1) UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina (ou algo próximo)
(2) Não se lembra ou fornece outros nomes

“Agora, eu gostaria de fazer-lhe algumas perguntas a respeito de como o(a) Sr.(a) vem se sentindo ultimamente em relação a certas coisas. Vou começar perguntando sobre suas últimas quatro semanas”.

60. O(a) Sr.(a) sentiu-se solitário(a) durante o último mês?

- (1) Sim
(2) Não (**Vá para questão 61 e marque N.A. para a questão 60a.**)
(8) N.S./N.R.

60a. Com que frequência o(a) Sr.(a) se sentiu solitário(a)?

- (1) Sempre
(2) Algumas vezes
(7) N.A.
(8) N.S./N.R.

61. O Sr.(a) esteve preocupado durante o último mês?

- (1) Sim
(2) Não (**Vá para questão 62 e marque N.A. para a questão 61a.**)
(8) N.S./N.R.

61a. O(a) Sr.(a) esteve preocupado(a) no último mês em relação a que tipo de coisa?

Anotar: _____

ENTREVISTADOR: após esta introdução, segue-se o complemento desta pergunta:

O(a) Sr.(a) diria que se preocupa em relação a quase tudo?

- (1) Sim
(2) Não
(7) N.A.
(8) N.S./N.R.

62. O(a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir?

ENTREVISTADOR: Se o entrevistado **NÃO TEM DIFICULDADE PARA DORMIR**, marque **NÃO** na opção "a" e **N.A.** na opção "b". Se ele tiver dificuldade em dormir, **CONTINUE** a questão, **sondando**, como se segue:

O que impede o(a) Sr.(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite?

Anotar: _____

O que é que o(a) Sr.(a) fica pensando quando está acordado na cama?

Anotar: _____

O(a) Sr.(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)?

Anotar: _____

Ou porque o(a) Sr.(a) se sente deprimido(a)?

Anotar: _____

Ou devido a outras razões?

Anotar: _____

(a) Dificuldade para dormir

(b) Dificuldade para dormir devido a preocupação ou ansiedade, depressão ou pensamento depressivo

SIM	NÃO	NA	NS/NR
1	2	7	8
1	2	7	8

63. O(a) Sr.(a) teve dor de cabeça no mês passado?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

64. O(a) Sr.(a) tem se alimentado bem no último mês?

- (1) Sim (**Vá para questão 65 e marque N.A. para a questão.64a.**)
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

64a. Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem?

Anotar: _____

- (1) Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a) preocupado(a)/nervoso(a)
- (2) Outras razões
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

65. O(a) Sr.(a) sente que está ficando mais lerdo(a) ou com menos energia?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 66 e marque N.A. para as questões 65a., 65b. e 65c.**)
- (8) N.S./N.R.

65a. Em alguma hora do dia o(a) Sr.(a) se sente mais lento(a) ou com menos energia?

- (0) Mais lento(a), com menos energia no período da manhã
- (1) Mais lento(a), com menos energia em outros períodos do dia ou não especifica período determinado.
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

65b. No último mês o(a) Sr.(a) tem estado com menos energia ou como de costume?

- (1) Com menos energia
- (2) Como de costume ou com mais energia
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

65c. Atualmente o(a) Sr.(a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?

- (1) Sim, sinto falta de energia
- (2) Não, não sinto falta de energia
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

66. Durante o último mês o(a) Sr.(a) se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

67. O(a) Sr.(a) sai de casa sempre que precisa ou quer sair?

- (1) Sim (**Vá para Q.68 e marque N.A. na Q.67a.**)
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

67a. Como o(a) Sr.(a) se sente a respeito?

Anotar: _____

- (1) Fica chateado(a)/ aborrecido(a)
- (2) Não fica chateado(a)/ aborrecido(a)
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

“Agora mais algumas perguntas rápidas sobre como o(a) Sr.(a) se sente:”

68. O(a) Sr.(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 69 e marque N.A. para as questões 68a., 68b. e 68c.**)
- (8) N.S./N.R.

68a. O(a) Sr.(a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este estado se mantém por mais tempo?

- (1) Triste ou deprimido(a) por um período maior que poucas horas
- (2) Triste ou deprimido(a) por um período de poucas horas ou menos
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

68b. Quando o(a) Sr.(a) está se sentindo triste ou deprimido(a) a que horas do dia o(a) Sr.(a) se sente pior?

- (1) Pior no início do dia
- (2) Pior em outros períodos ou em nenhum período particular
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

68c. O(a) Sr.(a) tem sentido vontade de chorar?

ENTREVISTADOR: Em caso negativo, anote a resposta Não, em caso afirmativo pergunte:

O(a) Sr.(a) chorou no último mês?

Anotar: _____

- (1) Sim
- (2) Não
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

69. Alguma vez durante o mês o(a) Sr.(a) sentiu que viver não valia a pena?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 70 e marque N.A. para as questões 69a. e 69b.**)
- (8) N.S./N.R.

69a. No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para Q.70 e marque N.A. na Q.69b.**)
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

69b. O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?

ENTREVISTADOR: Em caso negativo marque resposta 1, caso afirmativo, pergunte:

a. Com que frequência o(a) Sr.(a) teve este pensamento?

Anotar: _____

b. O que o(a) Sr.(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?

Anotar: _____

c. O(a) Sr.(a) chegou a tentar acabar com sua vida?

Anotar: _____

- (1) Rejeita suicídio
- (2) Apenas pensamentos suicidas
- (3) Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática
- (4) Tentou suicídio
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

70. O(a) Sr.(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida?

ENTREVISTADOR: Caso negativo marque resposta 0, caso afirmativo pergunte:

a. Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que?

Anotar: _____

b. O(a) Sr.(a) pensa bastante no assunto?

Anotar: _____

- (0) Sem arrependimento
- (1) Arrepende-se mas não se culpa
- (2) Arrepende-se, culpa-se mas atualmente não pensa no assunto
- (3) Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto
- (8) N.S./N.R.

71. Quando o(a) Sr.(a) olha para o futuro, como o(a) Sr.(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?

- (1) Menciona expectativas e pensa no futuro
- (2) Não menciona expectativas mas também não refere a nenhuma afirmação negativa
- (3) O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável
- (8) N.S./N.R.

72. Atualmente o(a) Sr.(a) sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas?

- (1) Sim
- (2) Não (**Vá para questão 73 e marque N.A. para a questão 72a.**)
- (8) N.S./N.R.

72a. O que o(a) Sr.(a) acredita ser a causa disto?

ENTREVISTADOR AVERIGUAR: "Isso é por que o(a) Sr.(a) tem se sentido doente, deprimido(a) ou nervoso(a)?"

- (1) Perda de interesse causada por depressão/nervosismo
- (2) Perda de interesse causada por outros motivos
- (7) N.A.
- (8) N.S./N.R.

73. De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) N.S./N.R.

Seção VIII: Necessidades e Problemas que afetam o Entrevistado (perguntas 74 a 75)

74. Atualmente (da lista abaixo), quais são as suas principais necessidades ou carências?

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

- (a) Carência econômica
- (b) Carência de moradia
- (c) Carência de transporte
- (d) Carência de lazer
- (e) Carência de segurança
- (f) Carência de saúde
- (g) Carência de alimentação
- (h) Carência de companhia e contato pessoal

SIM	NÃO	NS/NR
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8
1	2	8

75. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual o problema mais importante do seu dia-a-dia.

ENTREVISTADOR: Anote apenas uma alternativa

- (0) Entrevistado(a) não relata problemas importantes
- (1) Problema econômico
- (2) lema de saúde (deterioração da saúde física ou mental)
- (3) O medo da violência
- (4) Problema de moradia
- (5) Problema de transporte
- (6) Problemas familiares (conflitos)
- (7) Problemas de isolamento (solidão)
- (8) Preocupação com filhos/netos
- (09) Outros problemas (especifique) _____
- (98)N.S/N.R.

ENTREVISTADOR: LEIA PARA O(A) ENTREVISTADO(A) O PARÁGRAFO SEGUINTE:

“Muito obrigado(a) pela sua colaboração”.

O(a) Sr.(a) tem alguma pergunta que gostaria de fazer?

Anotar: _____

O(a) Sr.(a) gostaria de acrescentar alguma coisa a mais sobre o que já mencionou?

Anotar: _____

Seção IX: Avaliação do Entrevistador (itens 1 a 6)

“Estas perguntas deverão ser respondidas pelo entrevistador imediatamente após deixar a residência do(a) entrevistado(a)”

1. Tempo de duração da entrevista (especifique) _____ minutos

2. No geral, as respostas são confiáveis?

- (1) Sim
- (2) Não

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

- (1) Sim
- (2) Não

4. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista:

- (1) Positiva
- (2) Negativa

5. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente:

- (1) Sim
- (2) Não(Vá para questão 6 e marque N.A. para as questões 5a. e 5b.)

5a. Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da entrevista em algum aspecto importante?

- (1) Sim
- (2) Não
- (7) N.A

5b. Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?

- (1) Positiva
- (2) Negativa
- (7) N.A

6. Por favor, faça alguma outra observação sobre a entrevista, que você julga importante.

ENTREVISTADOR: POR FAVOR, LEIA E ASSINE SEU NOME

Eu reli o questionário após a entrevista e certifico que todas as respostas às perguntas formuladas foram anotadas de acordo com as respostas dadas pelo entrevistado e que todas as colunas e espaços que requerem preenchimentos foram completados de acordo com as instruções recebidas. Eu me comprometo a manter sob estrita confidencialidade o conteúdo das perguntas, das respostas e dos comentários do entrevistado, como também sua identidade.

NOME DO ENTREVISTADOR:

SEXO DO ENTREVISTADOR

(1) Masculino

(2) Feminino

IDADE DO ENTREVISTADOR: _____ ANOS COMPLETOS

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR

DATA: ____/____/____.

NOME DO SUPERVISOR: _____

ANEXO 4

**Questionário *International Physical Activity Questionnaire* – IPAQ / Versão 8
– IDOSOS**

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE

FÍSICA – IPAQ

VERSÃO 8 / IDOSOS (FORMA LONGA, SEMANA TÍPICA)

DESCRIÇÃO DAS SEÇÕES

Seção I: Atividade Física no Trabalho

Esta seção, inclui atividades que a pessoa faz no seu trabalho, seja remunerado ou voluntário. Incluindo atividades que faz na universidade, faculdade ou escola. Não devem ser incluídas atividades domésticas como: cuidar do jardim e da casa ou da família. Estas atividades serão incluídas na Seção III.

Seção II: Atividade Física como Meio de Transporte

As perguntas desta seção, estão relacionadas às atividades que a pessoa realiza para deslocar-se de um lugar para outro. Devem ser incluídos os deslocamentos para o trabalho (se a pessoa trabalha), encontros em grupo comunitário, cinema, supermercado, lojas ou qualquer outro local.

Seção III: Atividade Física em Casa, Tarefas Domésticas e Atenção à Família

Esta seção, relaciona-se com às atividades que a pessoa realiza na sua casa e ao redor de sua casa. Nestas atividades estão incluídas as tarefas no jardim ou quintal, manutenção da casa e aquelas que a pessoa faz para tomar conta da família.

Seção IV: Atividade Física de Recreação, Esporte, Exercício e Lazer

As perguntas desta seção, estão relacionadas às atividades que a pessoa realiza em uma semana normal (habitual) unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Devem ser incluídas somente as atividades físicas realizadas

por pelo menos dez minutos contínuos. Não incluir atividades que já foram relatadas para as seções anteriores.

Seção V: Tempo que Passa Sentado

Esta seção contém uma pergunta sobre quanto tempo, em média, a pessoa passa sentada em cada dia da semana. Devem ser incluídos o tempo que passa sentado em casa, no trabalho, lendo, assistindo TV, visitando amigos, sentado no ônibus, etc.



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA
Versão 8 – Idosos (forma longa, semana típica)

Nome: _____

Data da entrevista: ____/____/____ Idade: ____ anos completos



Orientações ao Entrevistado

Nesta entrevista, estou interessado em saber que tipo de atividades físicas o (a) Sr. (a) faz em uma semana normal (típica). Suas respostas ajudarão a entender quão ativos são os idosos.

As perguntas que irei fazer estão relacionadas ao tempo que o (a) Sr. (a) gasta fazendo atividades físicas no trabalho, em casa (no lar), nos deslocamentos a pé ou de bicicleta e no seu tempo de lazer (esportes, exercícios, recreação).

Portanto, o (a) Sr. (a) deve considerar como **ATIVIDADES FÍSICAS**, todo movimento corporal que envolva algum esforço físico. Lembre-se que as **atividades físicas LEVES** são aquelas atividades realizadas com tranquilidade, sem alteração nos batimentos cardíacos ou na respiração. As **atividades físicas MODERADAS** são aquelas que exigem algum esforço físico e aumentam UM POUCO os batimentos cardíacos e a respiração. E as **atividades físicas VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um GRANDE ESFORÇO FÍSICO, fazem o coração bater MUITO FORTE e a respiração ficar ofegante.

Seção 1- Atividade Física no Trabalho

Esta seção, inclui as atividades que o (a) Sr. (a) faz no seu trabalho, seja ele **remunerado ou voluntário**. Inclua as atividades que o (a) Sr. (a) faz na universidade, faculdade ou escola. O (a) Sr. (a) **NÃO** deve incluir as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na Seção 3.

1a. Atualmente o (a) Sr. (a) tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

Sim

Não (Vá para a Seção 2 - Transporte)



Orientações ao Entrevistado

- ✓ As próximas questões são em relação ao tempo que o (a) Sr. (a) passa no trabalho (fora de casa) seja ele remunerado ou voluntário.
- ✓ Por favor **NÃO INCLUA** o transporte para o trabalho.
- ✓ Pense apenas, naquelas atividades que durem **pelos menos 10 minutos contínuos**.

1b. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) participa (realiza) atividades físicas VIGOROSAS, de forma contínua por PELO MENOS 10 MINUTOS (ex.: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas)?

DIAS por semana NÃO FAZ atividades físicas vigorosas (Vá para a questão 1c)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.
TEMPO														

1c. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) participa (realiza) atividades físicas MODERADAS, de forma contínua por PELO MENOS 10 MINUTOS (ex.: levantar e transportar pequenos objetos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupas com as mãos)?

DIAS por semana NÃO FAZ atividades físicas moderadas (Vá para a questão 1d)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.

1d. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) participa (realiza) CAMINHADAS no seu trabalho, de forma contínua por PELO MENOS 10 MINUTOS?



Orientações ao Entrevistado

- ✓ Lembre-se que **NÃO DEVE INCLUIR** a caminhada que o (a) Sr. (a) realiza **COMO DESLOCAMENTO** da sua casa para o trabalho ou do trabalho para casa.

DIAS por semana NÃO FAZ caminhadas (Vá para a Seção 2 - Transporte)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.

Seção 2 - Atividade Física como Meio de Transporte



As perguntas desta seção estão relacionadas com as atividades que o (a) Sr. (a) realiza para deslocar-se de um lugar para outro. O (a) Sr. (a) **DEVE INCLUIR** os deslocamentos para o trabalho (se trabalha), encontros com grupos da Terceira Idade, cinema, supermercado, lojas, etc.

2a. Em quantos dias, de uma semana normal, o (a) Sr. (a) anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

DIAS por semana NÃO UTILIZA veículos a motor (Vá para a questão 2b)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.



Orientações ao Entrevistado

- ✓ Agora, pense somente em relação aos deslocamentos que o (a) Sr. (a) realiza **A PÉ OU DE BICICLETA** para ir de um lugar para outro. **NÃO INCLUA** as atividades que você faz por diversão ou exercício.

2b. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) **ANDA DE BICICLETA**, por PELO MENOS 10 MINUTOS contínuos, para ir de um lugar para outro?

DIAS por semana NÃO anda de bicicleta (Vá para a questão 2c)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2c. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) CAMINHA, por PELO MENOS 10 MINUTOS contínuos, para ir de um lugar para outro?

DIAS por semana NÃO FAZ caminhada (Vá para a Seção 3)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.
TEMPO														

Seção 3 - Atividade Física em Casa, Tarefas Domésticas e de Atenção à Família



As perguntas desta seção estão relacionadas com as atividades que o (a) Sr. (a) realiza **EM SUA CASA E NOS ARREDORES**. Nestas atividades, **ESTÃO INCLuíDAS** as tarefas no jardim ou quintal, manutenção da casa e aquelas que o (a) Sr. (a) faz para cuidar da sua família.

3a. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) participa (realiza) atividades físicas VIGOROSAS, no jardim ou no quintal, de forma contínua por PELO MENOS 10 MINUTOS (ex.: levantar e transportar objetos pesados, cortar madeira, cortar grama, pintar casa)?

DIAS por semana NÃO FAZ atividades físicas vigorosas NO JARDIM OU QUINTAL (Vá para a questão 3b)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.
TEMPO														

3b. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) participa (realiza) atividades físicas MODERADAS, no jardim ou no quintal, de forma contínua por PELO MENOS 10 MINUTOS (ex.: levantar e transportar pequenos objetos, limpar a garagem, jardinagem, caminhar ou brincar com crianças)?

DIAS por semana NÃO FAZ atividades físicas moderadas NO JARDIM OU QUINTAL (Vá para a questão 3c)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.
TEMPO														

3c. Em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) participa (realiza) atividades físicas MODERADAS, dentro de sua casa, de forma contínua por PELO MENOS 10 MINUTOS (ex.: limpar vidros ou janelas, lavar roupas à mão, limpar banheiro, esfregar o chão, carregar crianças pequenas no colo)?

DIAS por semana NÃO FAZ atividades físicas moderadas DENTRO DE CASA (Vá para a seção 4)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.
TEMPO														

Seção 4 - Atividade Física de Recreação, Esporte, Exercício e Lazer



As perguntas desta seção estão relacionadas com as atividades que o (a) Sr. (a) realiza em uma semana normal (habitual) **UNICAMENTE** por recreação, esporte, exercício ou lazer. Pense somente nas atividades físicas que o (a) Sr. (a) realiza por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor, **NÃO INCLUA** atividades que você já tenha citado em seções anteriores.

3a. No seu tempo livre, SEM INCLUIR qualquer caminhada que você já tenha citado nas questões anteriores, em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) CAMINHA, de forma contínua por PELO MENOS 10 MINUTOS?

DIAS por semana NÃO FAZ caminhadas no tempo livre (Vá para a questão 4b)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.

4b. No seu tempo livre, durante uma semana normal em quantos dias, o (a) Sr. (a) participa (realiza) atividades físicas VIGOROSAS por PELO MENOS 10 MINUTOS contínuos (ex.: correr, nadar rápido, pedalar rápido, remo, musculação, esportes em geral)?

DIAS por semana NÃO FAZ atividades físicas vigorosas no tempo livre (Vá para a questão 4c)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.

4c. No seu tempo livre, em uma semana normal, em quantos dias, de uma semana normal o (a) Sr. (a) participa (realiza) atividades físicas MODERADAS, por PELO MENOS 10 MINUTOS contínuos (ex.: pedalar em ritmo moderado, voleibol recreativo, natação, hidroginástica, ginástica, dança)?

DIAS por semana NÃO FAZ atividades físicas moderadas no tempo livre (Vá para a seção 5)

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.

Seção 5 – Tempo que passa Sentado



Nesta última pergunta, preciso saber quanto tempo EM MÉDIA, o (a) Sr. (a) passa sentado em cada dia da semana. **INCLUA TODO O TEMPO** que passa sentado **EM CASA, NO TRABALHO, LENDO, ASSISTINDO TV, CONVERSANDO COM OS AMIGOS, SENTADO NO ÔNIBUS.**

DIA	Seg		Ter		Qua		Qui		Sex		Sáb		Dom	
TEMPO	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.	hs.	min.

ANEXO 5

Resultados do Estudo Piloto

Resultados do Estudo Piloto

Para a realização do Estudo Piloto definiu-se uma quota de duas entrevistas por pesquisador. Nas datas de realização do Estudo Piloto o projeto contava com apenas, 30 pesquisadores voluntários, totalizando em 60 o número de entrevistas que deveriam ser realizadas no prazo de três dias.

Dentre os 60 roteiros distribuídos, foram realizados somente 33 (55%). Das entrevistas não realizadas (n=27), cinco (19%) não foram realizadas por desistência do entrevistado durante a entrevista, 10 (37%) por falta de tempo do pesquisador e 12 (44%) por recusa do idoso selecionado.

O tempo para aplicação das entrevistas, em média, foi de 40 a 60 minutos para 66% (n=22) delas, e de 61 a 120 minutos ou mais para 34% (n=11). De acordo com a opinião dos entrevistadores, todas as entrevistas realizadas têm respostas confiáveis, 97% (n=32) dos idosos compreenderam bem as perguntas formuladas, somente 9,1% (n=3) tiveram uma reação negativa à entrevista e 60,6% (n=20) responderam à entrevista na presença somente do pesquisador.

Dos 33 idosos entrevistados para o Estudo Piloto, 7 (21,2%) eram homens e 26 (78,8%) mulheres, a idade dos entrevistados variou de 60 a 78 anos, com média de 66,76 (DP \pm 11,7) e moda de 73 anos. Um dos entrevistados não informou a idade. Quanto à região de moradia em Goiânia, os idosos estão distribuídos em número de 12 (36,4%) para a Região Central/Campinas/Vale Meia Ponte; 7 (21,2%) para a Região Oeste/Mendonha/Sudoeste; 5 (15,2%) para a Região Leste/Sudeste; 6 (18,2%) para a Região Sul e 3 (9,1%) para a Região Norte/Noroeste. A Figura 31 mostra a distribuição dos idosos por faixa de idade e sexo. Pode-se observar uma maioria de mulheres para todas as faixas de idade.

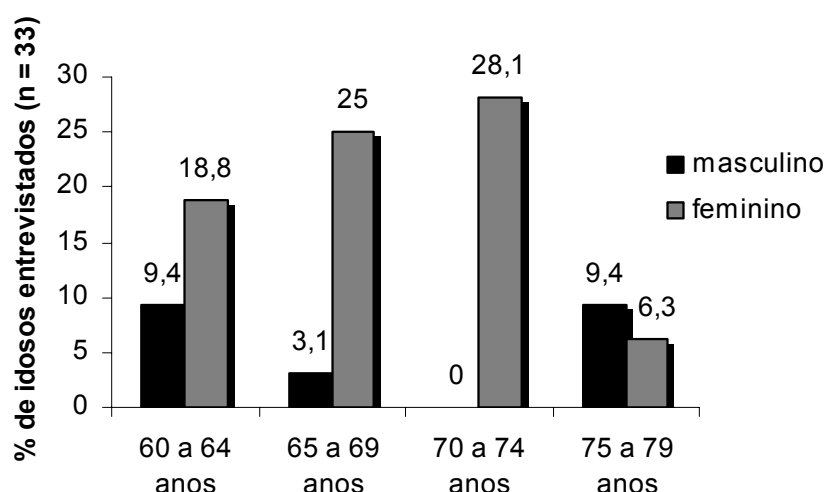


Figura 31: Distribuição dos idosos por sexo e faixa de idade (Estudo Piloto).

A Tabela 24, mostra a distribuição dos idosos conforme algumas variáveis sócio-demográficas. Segundo a região brasileira de nascimento 42,45% dos idosos residentes em Goiânia nasceram em estados da Região Centro-Oeste e outros 30,3% nasceram em estados da Região Sudeste. Uma grande maioria 93,9% informa saber ler e escrever, mas somente 54,5% completou o ensino fundamental. Quanto ao estado conjugal, 51,5% informou estar casado ou morando junto com um companheiro e outros 30,3% estão viúvos. Dos idosos entrevistados, somente três moram sozinhos, estando a maioria 90,9% morando em domicílios multigeracionais.

Tabela 24
Aspectos sócio-demográficos dos idosos (Estudo Piloto).

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
Região brasileira de nascimento	Norte	0	2 (6,1)	2 (6,1)
	Nordeste	1 (3,0)	4 (12,1)	5 (15,2)
	Sudeste	3 (9,1)	7 (21,2)	10 (30,3)
	Sul	0	1 (3,0)	1 (3,0)
	Centro-Oeste	3 (9,1)	11 (33,3)	14 (42,45)
Alfabetização	Sabe ler e escrever	7 (21,2)	24 (72,7)	31 (93,9)
	Não sabe ler e escrever	0	2 (6,1)	2 (6,1)

Escolaridade máxima	Nenhuma	0	1 (3,0)	1 (3,0)
	Primário (até 4º ano)	4 (12,1)	10 (30,3)	14 (42,4)
	1º Grau (ensino fundamental)	1 (3,0)	3 (9,1)	4 (12,1)
	2º Grau (ensino médio)	0	9 (27,3)	9 (27,3)
	Curso superior (graduação)	2 (6,1)	1 (3,0)	3 (9,1)
Estado conjugal	Casado(a)/morando junto	6 (18,2)	11 (33,3)	17 (51,5)
	Viúvo	1 (3,0)	9 (27,3)	10 (30,3)
	Divorciado(a)/separado(a)	0	4 (12,1)	4 (12,1)
	Nunca casou-se	0	2 (6,1)	2 (6,1)
Com quem mora	Mora sozinho(a)	0	3 (9,1)	3 (9,1)
	De 1 a 5 pessoas	7 (21,2)	23 (69,7)	30 (90,9)

A Figura 32 mostra o grau de relacionamento das pessoas que moram com o idoso. Pode-se perceber, que a proporção de cônjuges 45,5%, aparece equilibrada à proporção de filhas 42,4% e netos(as) 39,4%, confirmando a prevalência acentuada de domicílios multigeracionais.

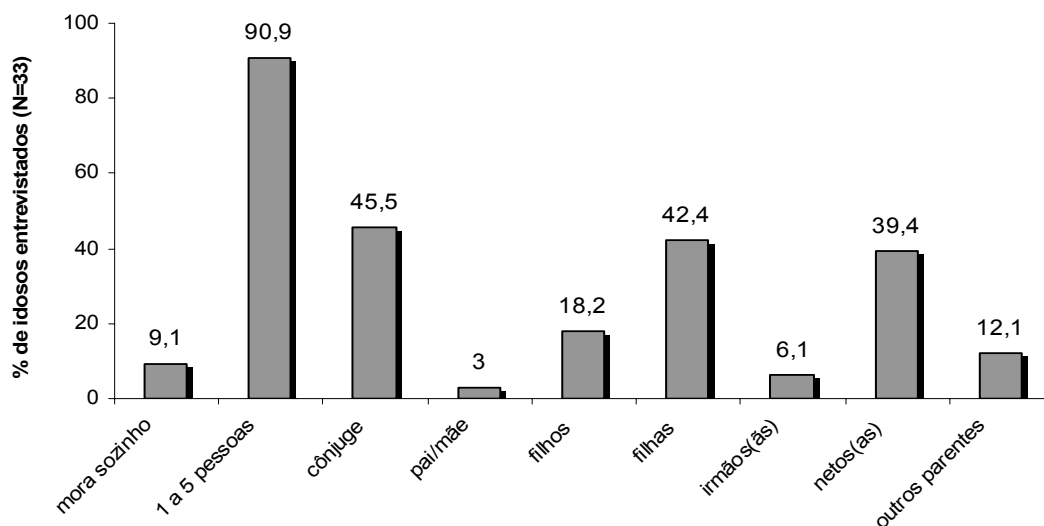


Figura 32: Distribuição dos idosos por companhia na moradia (Estudo Piloto).

As variáveis sócio-econômicas apresentadas na Tabela 25, mostram que 63,6% dos idosos entrevistados não mais exercem alguma atividade ocupacional remunerada. A grande maioria 94% pertence às classes “B” e “C” de acordo com os Critérios de Classificação Econômica para o Brasil (ANEP, 2000), estando 63,6% dos idosos morando em domicílios de propriedade dos mesmos ou do casal. Os idosos, em 87,9% dos casos, informaram que sua situação financeira atual está melhor ou igual há quando tinham 50 anos de idade, mesmo tendo

uma renda atual que “dá na conta certa” ou que “sempre falta um pouco” (75,8%) para suprir suas necessidades básicas.

Tabela 25
Aspectos sócio-econômicos dos idosos (Estudo Piloto).

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
Trabalha atualmente	Sim	2 (6,1)	10 (30,3)	12 (36,4)
	Não	5 (15,2)	16 (48,5)	21 (63,6)
Classificação econômica ANEP	Classe “E”	0	0	0
	Classe “D”	0	2 (6,1)	2 (6,1)
	Classe “C”	5 (15,2)	14 (42,4)	19 (57,6)
	Classe “B”	2 (6,1)	10 (30,3)	12 (36,4)
	Classe “A”	0	0	0
Situação do domicílio	Próprio do idoso(a)/casal	5 (15,2)	16 (48,5)	21 (63,6)
	Próprio do cônjuge	0	1 (3,0)	1 (3,0)
	Alugado pelo idoso(a)	0	3 (9,1)	3 (9,1)
	Cedida sem custo ao idoso(a)	2 (6,1)	6 (18,2)	8 (24,2)
Situação financeira atual X com 50 anos de idade	Melhor	3 (9,1)	9 (27,3)	12 (36,4)
	Igual	4 (12,1)	13 (39,4)	17 (51,5)
	Pior	0	4 (12,1)	4 (12,1)
Relação renda X necessidades básicas	Dá e sobra	2 (6,1)	5 (15,2)	7 (21,2)
	Dá na conta certa	4 (12,1)	11 (33,3)	15 (45,5)
	Sempre falta um pouco	1 (3,0)	9 (27,3)	10 (30,3)
	Sempre falta muito	0	1 (3,0)	1 (3,0)

A Figura 33 mostra que, a aposentadoria, é a fonte de sustento mais importante no orçamento familiar de 69,7% dos idosos entrevistados.

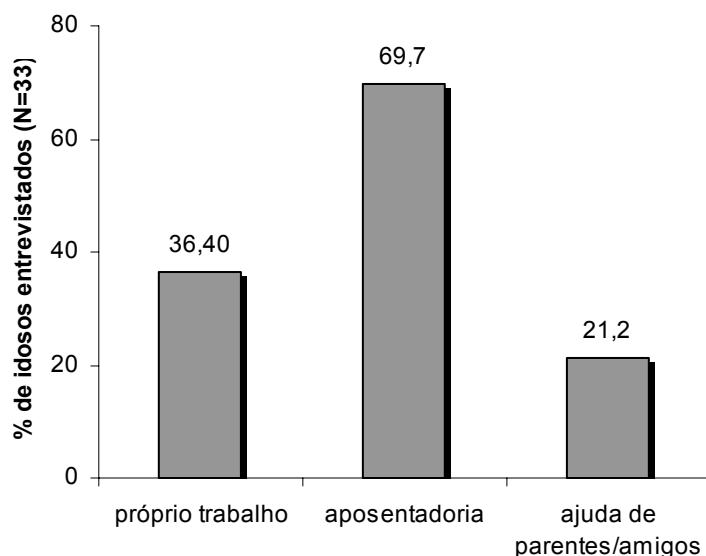


Figura 33: Fontes de sustento dos idosos (Estudo Piloto).

Sobre o envolvimento do idoso em atividades sociais, pode-se sugerir, com base nos dados apresentados na Tabela 26 que, os entrevistados estão relativamente saudáveis sob os aspectos de saúde funcional social. Somente 6,1% informou estar insatisfeito com sua vida em geral, 57,6% são atendidos por algum plano de saúde, 42,4% se mostraram integrados socialmente a partir de suas atividades realizadas no tempo livre tendo, as mesmas, uma aprovação de 90,9% deles.

Tabela 26
Aspectos de saúde funcional social dos idosos (Estudo Piloto).

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
Satisfação geral com a vida	Satisfeito(a)	6 (18,2)	25 (75,8)	31 (93,9)
	Insatisfeito(a)	1 (3,0)	1 (3,0)	2 (6,1)
Atendimento médico que procura	Público gratuito	3 (9,1)	6 (18,2)	9 (27,3)
	Plano de saúde	2 (6,1)	17 (51,5)	19 (57,6)
	Particular	2 (6,1)	3 (9,1)	5 (15,2)
Classificação participativa em atividades no tempo livre	Isolado(a)	2 (6,1)	5 (15,2)	7 (21,2)
	Sociável	3 (9,1)	9 (27,3)	12 (36,4)
	Integrado(a)	2 (6,1)	12 (36,4)	14 (42,4)
Satisfação com atividades no tempo livre	Satisfeito(a)	6 (18,2)	24 (72,7)	30 (90,9)
	Insatisfeito(a)	1 (3,0)	2 (6,1)	3 (9,1)

Ao observar-se a distribuição dos idosos entrevistados por tipo de atividade realizada no tempo livre, percebe-se que assistir TV (93,9%), fazer compras (84,8%), receber visitas e/ou visitar familiares (78,8%) e ir à cultos religiosos (75,8%), são as cinco atividades mais procuradas pelos idosos. É lamentável que, atividades como ler jornais, revistas e livros, ir à cinemas e teatros e participar de jogos de salão como xadrez, quebra-cabeças, bingo, dominó, cartas, não estejam fazendo parte do universo social destes idosos (Figura 34)

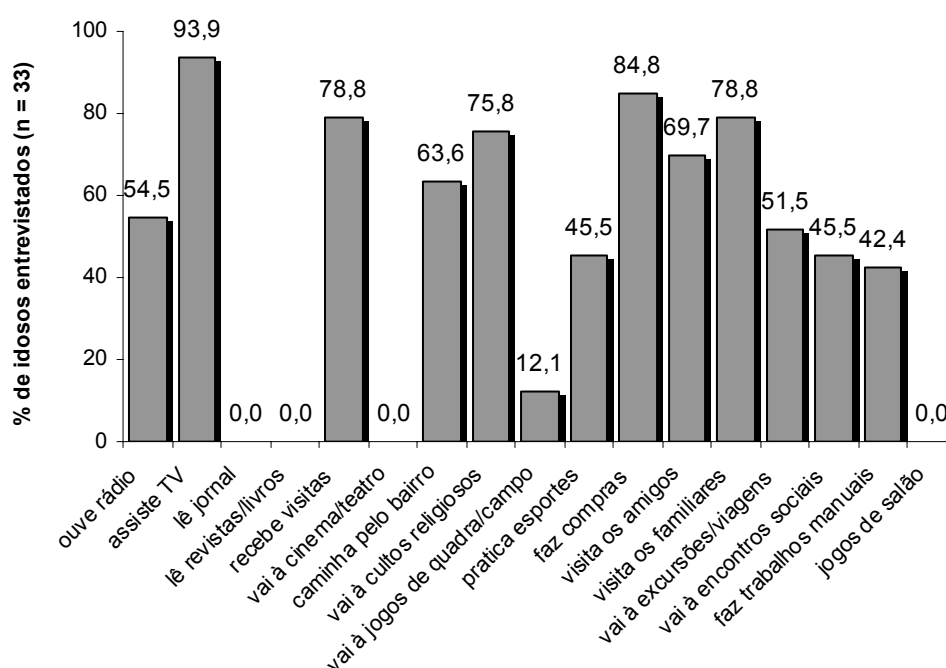


Figura 34: Distribuição dos idosos por tipo de atividade realizada no tempo livre (Estudo Piloto).

Nos aspectos de saúde funcional física e psicológica, os dados encontrados pedem uma reflexão mais atenta à esta dimensão. Apesar de 63,6% dos idosos terem informado que se auto-percebem em bom estado de saúde, 84,8% pensam que seu estado de saúde se manteve ou piorou nos últimos cinco anos. Porém, quando se comparam a seus pares, relatam estar em melhores condições de saúde que eles (66,7%). Quando se observa, os aspectos de percepção da presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), 72,7% referem possuir, pelo menos duas delas, dando maior destaque à hipertensão 39,4% (Figura 35). A classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) leva 85,7%

dos idosos à uma classificação que supera a “faixa recomendável” pela de “sobrepeso”. Em relação a dois comportamentos de risco relacionados à saúde como o uso de fumo e álcool, os idosos apresentaram um bom comportamento; onde, 75,8%, nunca fumou e 63,6% nunca bebeu ou bebe somente quando, raramente, participa de eventos sociais. Quanto ao nível de capacidade funcional (NCF), 69,7% foram classificados como ‘independentes’. A saúde psicológica não apresentou dados alarmantes, visto que, 90,6% foram classificados como fora de suspeita para Síndrome Cerebral Orgânica (SCO) no que se refere a deficiência cognitiva e 57,6% para depressão. Quanto ao nível de atividade física habitual (NAFH), 57,6% dos idosos foram classificados como “ativos” ou “muito ativos” a partir da soma dos METs min/semana gastos em atividades ocupacionais, de deslocamento, domésticas e de exercício/lazer (Tabela 27)

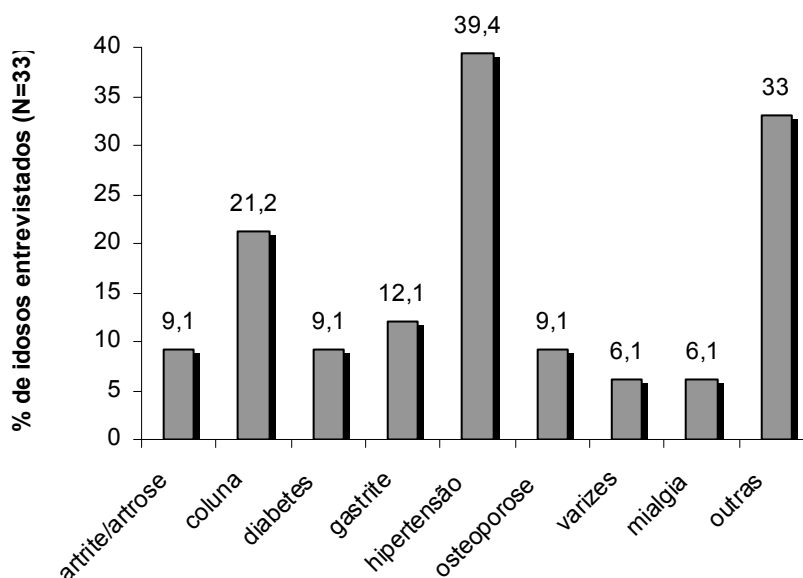


Figura 35: Problemas de saúde percebidos/referidos pelos idosos (Estudo Piloto).

Tabela 27
Aspectos de saúde funcional física e psicológica dos idosos (Estudo Piloto).

Variáveis		N (%)		
		Homens	Mulheres	Total
Auto-percepção do estado de saúde	Ótima	2 (6,1)	3 (9,1)	5 (15,2)
	Boa	3 (9,1)	18 (54,5)	21 (63,6)
	Ruim	2 (6,1)	5 (15,2)	7 (21,2)
Saúde atual X últimos 5 anos	Melhor	1 (3,0)	4 (12,1)	5 (15,2)
	Igual	4 (12,1)	13 (39,4)	17 (51,5)
	Pior	2 (6,1)	9 (27,3)	11 (33,3)
Saúde atual X pares	Melhor	4 (12,1)	18 (54,5)	22 (66,7)
	Igual	3 (9,1)	7 (21,2)	10 (30,3)
	Não respondeu	0	1 (3,0)	1 (3,0)
Percebe/refere problemas de saúde (DCNT)	Sim	4 (12,1)	20 (60,6)	24 (72,7)
	Não	3 (9,1)	6 (18,2)	9 (27,3)
Classificação do IMC	Baixo peso	0	1 (3,6)	1 (3,6)
	Faixa recomendável	3 (10,7)	8 (28,6)	11 (39,3)
	Sobrepeso	4 (14,3)	9 (32,1)	13 (46,4)
	Obesidade	0	3 (10,7)	3 (10,7)
	Não informaram peso ou estatura	2 (6,1)	3 (9,1)	5 (15,2)
Uso de fumo	Sim	2 (6,1)	2 (6,1)	4 (12,1)
	Nunca fumou	4 (12,1)	21 (63,6)	25 (75,8)
	Parou de fumar	1 (3,0)	3 (9,1)	4 (12,1)
Uso de álcool	Sim	3 (9,1)	5 (15,2)	8 (24,2)
	Nunca bebeu/bebe raramente	3 (9,1)	18 (54,5)	21 (63,6)
	Parou de beber	1 (3,0)	3 (9,1)	4 (12,1)
Classificação do NCF por AVDs	Frágil	3 (9,1)	7 (21,2)	10 (30,3)
	Independente	4 (12,1)	19 (57,6)	23 (69,7)
Classificação para SCO DCog	Sem suspeita	5 (15,6)	24 (75,0)	29 (90,6)
	Suspeitos	1 (3,1)	1 (3,1)	2 (6,3)
	Prováveis casos	1 (3,1)	0	1 (3,1)
Classificação para SCO Dp	Sem suspeita	4 (12,1)	15 (45,5)	19 (57,6)
	Suspeitos	1 (3,0)	3 (9,1)	4 (12,1)
	Prováveis casos	2 (6,1)	8 (24,2)	10 (30,3)
Classificação do NAFH por METs min/sem	Inativo	3 (9,1)	5 (15,2)	8 (24,2)
	Insuf. Ativo	2 (6,1)	4 (12,1)	6 (18,2)
	Ativo	0	5 (15,2)	5 (15,2)
	Muito Ativo	2 (6,1)	12 (36,4)	14 (42,4)

Sobre o tempo que permanece sentado durante uma semana e um final de semana habitual, encontrou-se os seguintes intervalos:

Tempo sentado	min/dia	
	Média	DP
Durante a semana	242,7 (4 a 4,5h)	137,3 (2 a 2,5h)
Durante o final de semana	229,9 (3,5 a 4h)	147,3 (2 a 2,5h)

ANEXO 6

Matriz de Análise

Quadro 2
Matriz de análise para aspectos sócio-demográficos

Variável	Categoria	Cód.	Critério	Escala
Aspectos Sócio-demográficos				
Sexo	Masculino	1	Referido	Categ./nominal
	Feminino	2	Referido	Categ./nominal
Idade em anos completos			Referido	Cont./razão
Faixa de idade	60 a 64	1	Discretização	Categ./ordinal
	65 a 69	2	Discretização	Categ./ordinal
	70 a 74	3	Discretização	Categ./ordinal
	75 a 79	4	Discretização	Categ./ordinal
	80 e +	5	Discretização	Categ./ordinal
País de nascimento	Brasil	1	Referido	Categ./nominal
	Outros	2	Referido	Categ./nominal
Região brasileira de nascimento	Região Norte	1	Referido	Categ./nominal
	Região Nordeste	2	Referido	Categ./nominal
	Região Sudeste	3	Referido	Categ./nominal
	Região Sul	4	Referido	Categ./nominal
	Região Centro-Oeste	5	Referido	Categ./nominal
Tempo de moradia em Goiânia			Referido	Cont./razão
Faixa de tempo de moradia em Goiânia	< 10 anos	0	Discretização	Categ./ordinal
	11 a 20 anos	1	Discretização	Categ./ordinal
	21 a 30 anos	2	Discretização	Categ./ordinal
	31 a 40 anos	3	Discretização	Categ./ordinal
	41 a 50 anos	4	Discretização	Categ./ordinal
	51 a 60 anos	5	Discretização	Categ./ordinal
	> 61 anos	6	Discretização	Categ./ordinal
Escolaridade máxima	Nenhuma	1	Referido	Categ./ordinal
	Primário (até o 4º ano)	2	Referido	Categ./ordinal
	Ginásio ou 1º grau completo (Ensino Fundamental)	3	Referido	Categ./ordinal
	2º grau completo (Ensino Médio)	4	Referido	Categ./ordinal
	Curso superior (Graduação)	5	Referido	Categ./ordinal
	Pós-Graduação	6	Referido	Categ./ordinal
Estado conjugal	Casado/morando junto	1	Referido	Categ./nominal
	Viúvo (a)	2	Referido	Categ./nominal
	Divorciado(a) / separado (a)	3	Referido	Categ./nominal

	Nunca casou	4	Referido	Categ./nominal
Tempo de união conjugal			Referido	Cont./razão
Faixa de tempo de união conjugal	< 10 anos	0	Discretização	Categ./ordinal
	11 a 20 anos	1	Discretização	Categ./ordinal
	21 a 30 anos	2	Discretização	Categ./ordinal
	31 a 40 anos	3	Discretização	Categ./ordinal
	41 a 50 anos	4	Discretização	Categ./ordinal
	51 a 60 anos	5	Discretização	Categ./ordinal
	> 61 anos	6	Discretização	Categ./ordinal
Idade do cônjuge			Referido	Cont./razão
Faixa de idade do cônjuge	60 a 64	1	Discretização	Categ./ordinal
	65 a 69	2	Discretização	Categ./ordinal
	70 a 74	3	Discretização	Categ./ordinal
	75 a 79	4	Discretização	Categ./ordinal
	80 e +	5	Discretização	Categ./ordinal
Nº da prole	Filhos		Referido	Cont./razão
	Filhas		Referido	Cont./razão
	Total		Referido	Cont./razão
Faixa de nº total de filhos(as)	Nenhum	0	Discretização	Categ./ordinal
	1 a 5	1	Discretização	Categ./ordinal
Faixa de nº total de filhos(as)	6 a 10	2	Discretização	Categ./ordinal
	11 a 15	3	Discretização	Categ./ordinal
	16 e +	4	Discretização	Categ./ordinal
Nº de pessoas que moram com o idoso			Referido	Cont./razão
Faixa de nº de pessoas que moram com o idoso	Ninguém	0	Discretização	Categ./ordinal
	1 a 5	1	Discretização	Categ./ordinal
	6 a 10	2	Discretização	Categ./ordinal
Quem mora com o idoso	Esposo(a) / companheiro(a)	1	Referido	Categ./nominal
	Pais	1	Referido	Categ./nominal
	Filhos	1	Referido	Categ./nominal
	Filhas	1	Referido	Categ./nominal
	Irmãos(ãs)	1	Referido	Categ./nominal
	Netos(as)	1	Referido	Categ./nominal
	Outros parentes	1	Referido	Categ./nominal
	Amigos (as)	1	Referido	Categ./nominal
	Empregado(a)	1	Referido	Categ./nominal
	Ninguém	2	Referido	Categ./nominal
Observação do entrevistador	Idade aceitável	1	Referido	Categ./nominal
	Idade incorreta	2	Referido	Categ./nominal

Quadro 3
Matriz de análise para aspectos sócio-econômicos

Variável	Categoria	Cód	Critério	Escala
Aspectos Sócio-econômicos				
Auto-percepção da vida em geral	Satisfeito	1	Referido	Categ./ordinal
	Insatisfeito	2	Referido	Categ./ordinal
Motivos de insatisfação com a vida	Financeiro	1	Referido	Categ./nominal
	Saúde	1	Referido	Categ./nominal
	Moradia	1	Referido	Categ./nominal
	Transporte	1	Referido	Categ./nominal
	Relacionamentos	1	Referido	Categ./nominal
	Ociosidade	1	Referido	Categ./nominal
	Nenhum	2	Referido	Categ./nominal
Tipo de trabalho durante a vida	Nunca trabalhou	1	Referido	Categ./nominal
	Dona de casa	2	Referido	Categ./nominal
Outro tipo de trabalho	Administrativo	1	Referido	Categ./nominal
	Comércio	1	Referido	Categ./nominal
	Constr. civil	1	Referido	Categ./nominal
Outro tipo de trabalho	Func. público	1	Referido	Categ./nominal
	Manutenção	1	Referido	Categ./nominal
	Motorista	1	Referido	Categ./nominal
	Professor	1	Referido	Categ./nominal
	Rural	1	Referido	Categ./nominal
	Trab. domésticos	1	Referido	Categ./nominal
	Trab. manuais	1	Referido	Categ./nominal
Tempo de trabalho			Referido	Cont./razão
Faixa de tempo de trabalho	< 10 anos	0	Discretização	Categ./ordinal
	11 a 20 anos	1	Discretização	Categ./ordinal
	21 a 30 anos	2	Discretização	Categ./ordinal
	31 a 40 anos	3	Discretização	Categ./ordinal
	41 a 50 anos	4	Discretização	Categ./ordinal
	51 a 60 anos	5	Discretização	Categ./ordinal
	> 61 anos	6	Discretização	Categ./ordinal
Trabalho atual	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Idade que parou de trabalhar	< 49 anos	1	Discretização	Categ./ordinal
	50 a 54 anos	2	Discretização	Categ./ordinal
	55 a 59 anos	3	Discretização	Categ./ordinal
	60 a 64 anos	4	Discretização	Categ./ordinal
	65 a 69 anos	5	Discretização	Categ./ordinal
	70 a 74 anos	6	Discretização	Categ./ordinal

	> 75 anos	7	Discretização	Categ./ordinal
Renda média mensal do idoso			Referido	Cont./razão
Faixa de renda média mensal do idoso	> R\$ 3.901,00	0	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00	1	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 1.301,00 a R\$ 2.600,00	2	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00	3	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 261,00 a R\$ 780,00	4	Discretização	Categ./ordinal
	< R\$ 260,00	5	Discretização	Categ./ordinal
Renda média mensal da família			Referido	Cont./razão
Faixa de renda média mensal da família	> R\$ 3.901,00	0	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 2.601,00 a R\$ 3.900,00	1	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 1.301,00 a R\$ 2.600,00	2	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 781,00 a R\$ 1.300,00	3	Discretização	Categ./ordinal
	R\$ 261,00 a R\$ 780,00	4	Discretização	Categ./ordinal
	< R\$ 260,00	5	Discretização	Categ./ordinal
Pontuação ANEP	A (1 e 2)	1	ANEP, 2000	Categ./ordinal
	B (1 e 2)	2		Categ./ordinal
	C	3		Categ./ordinal
	D	4		Categ./ordinal
	E	5		Categ./ordinal
Tipo do domicílio	Próprio/do casal	1	Referido	Categ./nominal
	Próprio	2	Referido	Categ./nominal
	Alugado	3	Referido	Categ./nominal
	Cedido	4	Referido	Categ./nominal
	Outra	5	Referido	Categ./nominal
Comparação renda atual X 50 anos de idade	Melhor	1	Referido	Categ./ordinal
	Igual	2	Referido	Categ./ordinal
	Pior	3	Referido	Categ./ordinal
Rendimentos X necessidades básicas	Dá e sobra	1	Referido	Categ./ordinal
	Dá na conta certa	2	Referido	Categ./ordinal
	Sempre falta um pouco	3	Referido	Categ./ordinal
	Sempre falta muito	4	Referido	Categ./ordinal
Procura por atendimento médico	Ninguém/não procura há muito tempo	0	Referido	Categ./nominal
	Público gratuito	1	Referido	Categ./nominal
	Plano de saúde	2	Referido	Categ./nominal
	Particular	3	Referido	Categ./nominal
	Outros	4	Referido	Categ./nominal
Satisfação com os serviços	Sim	1	Referido	Categ./nominal

médicos	Não	2	Referido	Categ./nominal
Procura por atendimento dentário	Ninguém/não procura há muito tempo	0	Referido	Categ./nominal
	Público gratuito	1	Referido	Categ./nominal
	Plano de saúde	2	Referido	Categ./nominal
	Particular	3	Referido	Categ./nominal
	Outros	4	Referido	Categ./nominal
Atendimentos nos últimos 3 meses	Médico	1	Referido	Categ./nominal
	Exames Clínicos	1	Referido	Categ./nominal
	Fisioterapia	1	Referido	Categ./nominal
	Emergência	1	Referido	Categ./nominal
	Medicação no hospital	1	Referido	Categ./nominal
	Internação	1	Referido	Categ./nominal
	Odontológico	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Satisfação com relacionamento familiar	Mora só	0	Referido	Categ./nominal
	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Satisfação com relacionamento com os amigos	Não tem	0	Referido	Categ./nominal
	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Satisfação com relacionamento com os vizinhos	Não se relaciona	0	Referido	Categ./nominal
	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Principal necessidade/carência	Econômica	1	Referido	Categ./nominal
	Habitacional	1	Referido	Categ./nominal
	Transporte	1	Referido	Categ./nominal
	Lazer	1	Referido	Categ./nominal
	Segurança	1	Referido	Categ./nominal
	Saúde	1	Referido	Categ./nominal
	Nutricional	1	Referido	Categ./nominal
	Companhia pessoal	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Principal problema diário	Nenhum	0	Referido	Categ./nominal
	Econômica	1	Referido	Categ./nominal
	Saúde	2	Referido	Categ./nominal
	Violência	3	Referido	Categ./nominal
	Moradia	4	Referido	Categ./nominal
	Transporte	5	Referido	Categ./nominal
	Conflitos familiares	6	Referido	Categ./nominal

Solidão	7	Referido	Categ./nominal
Preocupação c/ filhos	8	Referido	Categ./nominal
Outros	9	Referido	Categ./nominal

Quadro 4
Matriz de análise para aspectos de saúde física

Variável	Categoria	Cód	Critério	Escala
Aspectos de Saúde Física				
Auto-percepção da saúde	Ótima	1	Referido	Categ./ordinal
	Boa	2	Referido	Categ./ordinal
	Ruim	3	Referido	Categ./ordinal
	Péssima	4	Referido	Categ./ordinal
Comparação saúde X últimos 5 anos	Melhor	1	Referido	Categ./ordinal
	Igual	2	Referido	Categ./ordinal
	Pior	3	Referido	Categ./ordinal
Comparação com os pares	Melhor	1	Referido	Categ./ordinal
	Igual	2	Referido	Categ./ordinal
	Pior	3	Referido	Categ./ordinal
Problema de saúde atualmente	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Problema de saúde referido	Artrite/artrose	1	Referido	Categ./nominal
	Cataratas	1	Referido	Categ./nominal
	Depressão	1	Referido	Categ./nominal
	Diabetes	1	Referido	Categ./nominal
	Disfunção cardíaca	1	Referido	Categ./nominal
	Dislipidemia	1	Referido	Categ./nominal
	Doença de Chagas	1	Referido	Categ./nominal
	Gastrite	1	Referido	Categ./nominal
	Hipertensão	1	Referido	Categ./nominal
	Incontinência urinária	1	Referido	Categ./nominal
	Labirintite	1	Referido	Categ./nominal
	Osteoporose/osteopenia	1	Referido	Categ./nominal
	Prob. Coluna	1	Referido	Categ./nominal
	Respiratórios	1	Referido	Categ./nominal
	Reumatismo	1	Referido	Categ./nominal
	Varizes	1	Referido	Categ./nominal
Não	2	Referido	Categ./nominal	
Auto-percepção do estado da visão	Cego(a)	0	Referido	Categ./ordinal
	Ótima	1	Referido	Categ./ordinal

	Boa	2	Referido	Categ./ordinal
	Ruim	3	Referido	Categ./ordinal
	Péssima	4	Referido	Categ./ordinal
Auto-percepção do estado da audição	Ótima	1	Referido	Categ./ordinal
	Boa	2	Referido	Categ./ordinal
	Ruim	3	Referido	Categ./ordinal
	Péssima	4	Referido	Categ./ordinal
Auto-percepção do estado dos dentes	Ótimo	1	Referido	Categ./ordinal
	Bom	2	Referido	Categ./ordinal
	Ruim	3	Referido	Categ./ordinal
	Péssimo	4	Referido	Categ./ordinal
Dentes que faltam	Não faltam	1	Referido	Categ./ordinal
	Faltam poucos	2	Referido	Categ./ordinal
	Falta a maioria	3	Referido	Categ./ordinal
Uso de prótese dentária	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Peso (kg)			Referido	Cont./razão
Estatura (m)			Referido	Cont./razão
Índice de Massa Corporal (IMC)			$\frac{MC (Kg)}{(ESTATURA)^2}$	Cont./razão
Classificação do IMC	Baixo peso	0	Critério de Cabrera & e Jacob Filho, 2001; Anjos, 1992; Barreto, 2003 e Marcenes, 2003	Categ./ordinal
	Faixa recomendável	1		Categ./ordinal
	Sobrepeso	2		Categ./ordinal
	Obesidade	3		Categ./ordinal
Uso de fumo	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Anos de uso de fumo			Referido	Cont./razão
Anos que parou de fumar			Referido	Cont./razão
Problemas causados pelo uso do fumo	Saúde	1	Referido	Categ./nominal
	Relacionamento	1	Referido	Categ./nominal
	Financeiro	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Uso de álcool	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Anos de uso de álcool			Referido	Cont./razão

Anos que parou de usar álcool			Referido	Cont./razão
Problemas causados pelo uso do álcool	Saúde	1	Referido	Categ./nominal
	Relacionamento	1	Referido	Categ./nominal
	Financeiro	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Uso de próteses e/ou órteses	Dentária	1	Referido	Categ./nominal
	Visual	1	Referido	Categ./nominal
	Auditiva	1	Referido	Categ./nominal
	Bengala	1	Referido	Categ./nominal
	Muleta	1	Referido	Categ./nominal
	Cadeira de rodas	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Refere uso de remédios	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal

Quadro 5
Matriz de análise para aspectos de saúde funcional

Variável	Categoria	Cód	Critério	Escala
Aspectos de Saúde Funcional				
Problema de saúde incapacitante	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Problema de visão incapacitante	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Problema de audição incapacitante	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Problema dentário incapacitante	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Cuidador em caso de doença/incapacidade	Ninguém	0	Referido	Categ./nominal
	Esposo(a) / companheiro(a)	1	Referido	Categ./nominal
	Filhos	2	Referido	Categ./nominal
	Filhas	3	Referido	Categ./nominal
	Outro parente	4	Referido	Categ./nominal
	Outra pessoa	5	Referido	Categ./nominal
Nível de Capacidade Funcional (NCF)			Arbitrário p/ pontos de corte e escores	Cont./razão

Classificação do NCF	Dependente	1		Categ./ordinal
	Frágil	2	Mazo <i>et al</i> (2001)	Categ./ordinal
	Independente	3	e Spirduso (1995)	Categ./ordinal
Nível de Integração Social Participativa (NISP)			Arbitrário p/ pontos de corte e escores	Cont./razão
Classificação do (NISP)	Isolado	1	Arbitrário p/ pontos de corte e escores	Categ./ordinal
	Sociável	2		Categ./ordinal
	Integrado	3		Categ./ordinal
Satisfação com atividades sócio-participativas	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal

Quadro 6

Matriz de análise para aspectos de saúde mental

Variável	Categoria	Cód	Critério	Escala
Aspectos de Saúde Mental				
Pontos para Debilidade Cognitiva (DCog)			Veras & Dutra (2000)	Cont./razão
Classificação para Dcog	Sem suspeita	1	Veras & Coutinho (1991)	Categ./ordinal
	Suspeitos	2		Categ./ordinal
	Prováveis casos	3		Categ./ordinal
Pontos para Depressão (Dp)			Veras & Dutra (2000)	Cont./razão
Classificação para Dp	Sem suspeita	1	Veras & Coutinho (1991)	Categ./ordinal
	Suspeitos	2		Categ./ordinal
	Prováveis casos	3		Categ./ordinal

Quadro 7

Matriz de análise para aspectos de atividade física habitual

Variável	Categoria	Cód	Critério	Escala
Aspectos de Atividade Física Habitual				
Exerce ocupação remunerada/voluntária	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Dias/semana de AF			Referido	Cont./razão

vigorosa no trabalho

Minutos/dia de AF vigorosa no trabalho	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF vigorosa no trabalho	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Dias/semana de AF moderada no trabalho	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF moderada no trabalho	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF moderada no trabalho	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Dias/semana de AF caminhada no trabalho	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF caminhada no trabalho	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF caminhada no trabalho	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
MET min/sem para AF Ocupacional	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Classificação do NAFH Ocupacional por MET min/sem	Araújo, (2004)	Categ./ordinal
Dias/semana de AF deslocamento com veículos a motor	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF deslocamentos com veículos a motor	Referido	Cont./razão
Dias/semana de AF deslocamento com bicicleta	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF deslocamentos com bicicleta	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF deslocamentos com bicicleta	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Dias/semana de AF deslocamento por caminhada	Referido	Cont./razão

Minutos/dia de AF deslocamentos por caminhada	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF deslocamentos por caminhada	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
MET min/sem para AF Deslocamento	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Classificação do NAFH Deslocamento por MET min/sem	Araújo, (2004)	Categ./ordinal
Dias/semana de AF vigorosa no jardim ou quintal	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF vigorosa no jardim ou quintal	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF vigorosa no jardim ou quintal	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Dias/semana de AF moderada no jardim ou quintal	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF moderada no jardim ou quintal	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF moderada no jardim ou quintal	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Dias/semana de AF moderada dentro de casa	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF moderada dentro de casa	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF moderada dentro de casa	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
MET min/sem para AF Casa/Jardim	<i>IPAQ Research Committee (2004) & Craig et al (2003)</i>	Cont./razão
Classificação do NAFH Casa/Jardim por MET min/sem	Araújo, (2004)	Categ./ordinal
Dias/semana de AF caminhada no tempo livre	Referido	Cont./razão

Minutos/dia de AF caminhada no tempo livre	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF caminhada no tempo livre	<i>IPAQ Research Committee</i> (2004) & Craig et al (2003)	Cont./razão
Dias/semana de AF vigorosa no tempo livre	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF vigorosa no tempo livre	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF vigorosa no tempo livre	<i>IPAQ Research Committee</i> (2004) & Craig et al (2003)	Cont./razão
Dias/semana de AF moderada no tempo livre	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de AF moderada no tempo livre	Referido	Cont./razão
MET min/sem para AF moderada no tempo livre	<i>IPAQ Research Committee</i> (2004) & Craig et al (2003)	Cont./razão
MET min/sem para AF Exercício/Lazer	<i>IPAQ Research Committee</i> (2004) & Craig et al (2003)	Cont./razão
Classificação do NAFH Exercício/Lazer por MET min/sem	Araújo, (2004)	Categ./ordinal
MET min/sem AF Total	<i>IPAQ Research Committee</i> (2004) & Craig et al (2003)	Cont./razão
Classificação do NAFH por MET min/sem	Araújo, (2004)	Categ./ordinal
Dias de semana que passa sentado	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de semana que passa sentado	Referido	Cont./razão
Dias de final de semana que passa sentado	Referido	Cont./razão
Minutos/dia de final de semana que passa sentado	Referido	Cont./razão

Quadro 8
Matriz de análise para aspectos de avaliação do entrevistador

Variável	Categoria	Cód	Critério	Escala
Avaliação do Entrevistador				
Tempo de duração da entrevista			Referido	Cont./razão
Faixa de tempo de duração da entrevista	40 a 50 min	1	Referido	Categ./ordinal
	51 a 60 min	2	Referido	Categ./ordinal
	61 a 90 min	3	Referido	Categ./ordinal
	91 a 120 min	4	Referido	Categ./ordinal
	> 120 min	5	Referido	Categ./ordinal
Respostas confiáveis	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Bom entendimento das questões	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Reação à entrevista	Positiva	1	Referido	Categ./nominal
	Negativa	2	Referido	Categ./nominal
Presença de outra pessoa	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Outra pessoa afetou a entrevista	Sim	1	Referido	Categ./nominal
	Não	2	Referido	Categ./nominal
Efeito da presença de outra pessoa	Positiva	1	Referido	Categ./nominal
	Negativa	2	Referido	Categ./nominal

***Para todas as questões: Julgamento do pesquisador

Não aplicável (NA) = 7 Categ./nominal

Não sabe/não respondeu (NS/NR) = 8 Categ./nominal