

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O PERFIL DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS, NO MUNICÍPIO
DE CAMPINAS-SP**

PETTERSON DE JESUS FLORIANO

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO

2005

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**O PERFIL DE IDOSOS ASSISTIDOS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS, NO MUNICÍPIO
DE CAMPINAS-SP**

PETTERSON DE JESUS FLORIANO

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO

Trabalho apresentado como parte das exigências para
obtenção de título de Mestre em Gerontologia pela
FE/UNICAMP defendida por Petterson de Jesus Floriano.
Data: 22 / 08 / 2005
Assinatura:

Comissão Julgadora:

2005

© by Petterson de Jesus Floriano, 2005.

Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP

F663f Floriano, Petterson de Jesus.
O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas - SP / Petterson de Jesus Floriano . -- Campinas, SP: [s.n.], 2004.

Orientador : Paulo Dalgalarrodo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

1. Programas de saúde. 2. Idosos. 3. Religião. 4. Saúde mental.
5. Qualidade de vida. I. Dalgalarrodo, Paulo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade Educação. III. Título.

05-158-BFE

Keywords: Family health program; Elderly; Religion; Mental health; Quality of life

Área de concentração : Gerontologia

Titulação: Mestre em gerontologia

Banca examinadora: Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Profa. Dra. Elizabeth de leone Monteiro Smeke

Profa. Dra. Maria Alice Amorim Garcia

Profa. Dra. Olga Maria Fernandes Carvalho

Data da defesa : 22/08/2005

AGRADECIMENTOS

À Deus, por estar presente na minha vida guiando e iluminando os meus passos.

Aos meus pais, Nelson e Anésia, pelo árduo trabalho no sentido de contribuição para minha formação profissional.

À minha esposa Valéria companheira inseparável de todos os momentos.

À professora Anita Liberalesso Neri que muito me ensinou, compreendeu, foi tolerante, solidária e paciente.

Ao professor Paulo Dalgarrondo, orientador e amigo, que me iluminou o caminho com esta oportunidade.

Aos professores integrantes da comissão examinadora do exame de qualificação cujas críticas e sugestões enriqueceram o trabalho.

Ao grande mestre professor Kurt Kloetzel meu respeito e gratidão por tudo que me ensinou e me inspirou.

Aos colegas da gerontologia Eduardo (in memoriam), Samila, Andréia, Flávia, Reginaldo, Roberta, Wanda, Daniele e Patrícia que muito me ensinaram e, sensivelmente, compreenderam minha ausência em muitos momentos.

À Nadir pela disponibilidade e atenção no atendimento às minhas necessidades.

À equipe de Saúde da Família e aos pacientes do Centro de Saúde do Jardim Brasil, na cidade de Amparo-SP, pela oportunidade do aprendizado e pela rica troca de experiências vivenciadas.

À equipe de Saúde da Família do Centro de Saúde de Sousas que tanto contribuiu para que o mestrado fosse possível, aceitando mudanças e se desdobrando na minha cobertura.

Aos idosos do Centro de Saúde de Sousas pela colaboração e paciência na realização deste trabalho.

Aos idosos um dos motivos do meu caminhar profissional, que muito me ensinam a respeito da vida.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
JUSTIFICATIVA	
PROCEDIMENTOS PARA A REVISÃO DA LITERATURA	
1. INTRODUÇÃO	01
1.1 CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO DESTE ESTUDO	01
1.1.1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O IDOSO	01
1.1.2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	05
1.1.3 A FEMINIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO	08
1.2 DIMENSÕES PESQUISADAS NESTE TRABALHO	09
1.2.1 A SAÚDE FÍSICA	09
1.2.2 A SAÚDE MENTAL	11
1.2.3 A CAPACIDADE FUNCIONAL	13
1.2.4 A QUALIDADE DE VIDA	15
1.2.5 A DIMENSÃO RELIGIOSA	17
1.2.6 A SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA NA VELHICE E A REDE DE SUPORTE SOCIAL	19
2. OBJETIVOS	22
3 MÉTODO	23
3.1 O DESENHO DO ESTUDO	23
3.2 O CONTEXTO DA PESQUISA	24

3.3 QUESTÕES ÉTICAS	29
3.4 COLETA DE DADOS	29
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA	30
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	36
4. RESULTADOS	37
4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS	37
4.1.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS	37
4.1.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS	39
4.1.3 DADOS SÓCIO-CULTURAIS	39
4.1.4 REDE SOCIAL	40
4.1.5 DOENÇA CRÔNICA	41
4.1.6 CAPACIDADE FUNCIONAL	41
4.1.7 QUALIDADE DE VIDA (QV)	42
4.1.8 SAÚDE MENTAL	43
4.1.9 DIMENSÃO RELIGIOSA	44
4.2 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS PRINCIPAIS (DEPENDENTES)	51
4.3 ANÁLISE DAS 2 QUESTÕES GENÉRICAS DO WHOQOL-BREF	56
4.4 ANÁLISE LOGÍSTICA	59
4.4.1 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA QV-FÍSICA	59
4.4.2 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA QV-PSICOLÓGICA	61
4.4.3 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA QV-SOCIAL	63
4.4.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA QV-AMBIENTAL	65

4.4.5 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA TOTAL DE DOENÇAS REFERIDAS	67
4.4.6 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA TRANSTORNO MENTAL	69
4.5 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA SEM O ÍNDICE DE BARTHEL	71
4.5.1 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA QV-FÍSICA (REFEITA)	72
4.5.2 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA QV-PSICOLÓGICA (REFEITA)	73
4.5.3 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA TDR (REFEITA)	74
4.5.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA PARA TRANSTORNO MENTAL (REFEITA)	75
5. DISCUSSÃO	76
5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	76
5.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	77
5.3 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS	77
5.4 SAÚDE FÍSICA E INCAPACIDADE	80
5.5 SAÚDE MENTAL	82
5.6 QUALIDADE DE VIDA	84
5.7 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O IDOSO	87
6. CONCLUSÃO	89
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
9. ANEXOS	108

LISTA DE TABELAS

NÚMERO	TÍTULO	PÁGINA
1	EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER PARA AMBOS OS SEXOS	06
2	ESTIMATIVA DE ESPERANÇA DE VIDA AO NASCER E AOS 60 ANOS POR SEXO. POPULAÇÃO BRASILEIRA 1980 A 1998	09
3	PERFIL SOCIAL DA AMOSTRA DE RESIDENTES ACIMA DE 60 ANOS CADASTRADOS NO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS, JANEIRO DE 2005	45
4	PERFIL SOCIAL DA AMOSTRA DE RESIDENTES ACIMA DE 60 ANOS CADASTRADOS NO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS, JANEIRO DE 2005	46
5	CARACTERÍSTICAS DAS DOENÇAS REFERIDAS E DIAGNOSTICADAS DA AMOSTRA DE RESIDENTES ACIMA DE 60 ANOS CADASTRADOS NO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS, JANEIRO DE 2005	47
6	CARACTERÍSTICAS RELIGIOSAS DA AMOSTRA DE RESIDENTES ACIMA DE 60 ANOS CADASTRADOS NO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS, JANEIRO DE 2005	48
7	ESCORE DOS ENTREVISTADOS EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE BARTHEL	49

8	DESCRIÇÃO DAS DIFICULDADES DOS 22 SUJEITOS COM INCAPACIDADE	49
9	COMPARAÇÕES DAS VARIÁVEIS ENTRE CATEGORIAS EM RELAÇÃO AO ÍNDICE DE BARTHEL	50
10	ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESCORES DAS 2 QUESTÕES GENÉRICAS E DOS QUATRO DOMÍNIOS DO WHOQOL-BREF	51
11	COMPARAÇÃO DOS ESCORES DA QUESTÃO GENÉRICA DO WHOQOL-BREF REFERENTE A QUALIDADE DE VIDA	57
12	COMPARAÇÃO DOS ESCORES DA QUESTÃO GENÉRICA DO WHOQOL-BREF- REFERENTE A SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	58
13	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA UNIVARIADA PARA QV-FÍSICA	60
14	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA QV-FÍSICA	61
15	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA UNIVARIADA PARA QV-PSICOLÓGICA	62
16	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA QV-PSICOLÓGICA	63

17	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA UNIVARIADA PARA QV-SOCIAL	64
18	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA QV-SOCIAL	65
19	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA UNIVARIADA PARA QV-AMBIENTAL	66
20	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA QV-AMBIENTAL	67
21	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA UNIVARIADA PARA O TOTAL DE DOENÇAS REFERIDAS (TDR)	68
22	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA O TOTAL DE DOENÇAS REFERIDAS (TDR)	69
23	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA UNIVARIADA PARA TRANSTORNO MENTAL	70
24	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA TRANSTORNO MENTAL	71
25	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA QV-FÍSICA, DESCONSIDERANDO A VARIÁVEL BARTHEL.	72

26	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA QV-PSICOLÓGICA, DESCONSIDERANDO A VARIÁVEL BARTHEL.	73
27	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA TDR, DESCONSIDERANDO A VARIÁVEL BARTHEL.	74
28	RESULTADOS DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA MULTIVARIADA PARA TRANSTORNO MENTAL, DESCONSIDERANDO A VARIÁVEL BARTHEL.	75

LISTA DE FIGURAS

NÚMERO	TÍTULO	PÁGINA
1	PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE SUJEITOS PARA A PESQUISA	25
2	LOCALIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS NA CIDADE DE CAMPINAS-SP	26
3	ÁREA DE ABRANGÊNCIAS DAS EQUIPES DO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS	27
4	DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS – 2004	28
5	DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS DO CENTRO DE SAÚDE DE SOUSAS - 2004	28
6	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA POR FAIXA ETÁRIA	38
7	DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA POR SEXO	39
8	COMO VOCÊ AVALIARIA A SUA QUALIDADE DE VIDA?	42
9	QUÃO SATISFEITO VOCÊ ESTÁ COM A SUA SAÚDE?	43
10	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO MENTAL E O NÚMERO DE DOENÇAS FÍSICAS REFERIDAS	52

11	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO MENTAL E QUALIDADE DE VIDA – DOMÍNIO FÍSICO	52
12	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO MENTAL E QUALIDADE DE VIDA – DOMÍNIO PSICOLÓGICO	53
13	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO MENTAL E QUALIDADE DE VIDA – DOMÍNIO SOCIAL	53
14	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNO MENTAL E QUALIDADE DE VIDA – DOMÍNIO AMBIENTAL	54
15	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE DOENÇAS FÍSICAS REFERIDAS E QUALIDADE DE VIDA - DOMÍNIO FÍSICO	54
16	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE DOENÇAS FÍSICAS REFERIDAS E QUALIDADE DE VIDA - DOMÍNIO PSICOLÓGICO	55
17	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE DOENÇAS FÍSICAS REFERIDAS E QUALIDADE DE VIDA - DOMÍNIO SOCIAL	55
18	FREQÜÊNCIA RELATIVA DA ASSOCIAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE DOENÇAS FÍSICAS REFERIDAS E QUALIDADE DE VIDA - DOMÍNIO AMBIENTAL	56

FLORIANO, P. J. (2005). O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do centro de saúde de Sousas, no município de Campinas-SP: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP.

RESUMO

Este trabalho investiga idosos assistidos por uma equipe de saúde da família no Centro de Saúde de Sousas, localizado na Cidade de Campinas-SP. Visou-se avaliar a prevalência de agravos físicos e mentais e a qualidade de vida no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), na área de abrangência da Equipe Girassol do Centro de Saúde de Sousas. Utilizaram-se como referenciais teóricos a “Transição Demográfica e Epidemiológica”, as Diretrizes do Ministério da Saúde para o Programa de Saúde da Família, a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso. As dimensões estudadas foram: o Perfil Sócio-demográfico, a Qualidade de Vida, a Capacidade Funcional, a Religião, a Saúde Física e a Saúde Mental. Foram incluídos no estudo 82 pessoas com idade superior ou igual a 60 anos, que residiam na área de abrangência da Equipe Girassol. Como procedimento metodológico utilizou-se uma entrevista estruturada face a face, realizada pelo autor. Nesta entrevista aplicaram-se questionários de avaliação multidimensional (INVENTÁRIO SOCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO, MINI, WHOQOL, ÍNDICE DE BARTHEL, INVENTÁRIO DE RELIGIOSIDADE). Para a análise estatística dos dados empregou-se o programa estatístico SAS 6.12, realizando-se descrições estatísticas e testes de hipóteses com procedimentos bivariados e análise multivariada. Os resultados evidenciaram uma população bastante carente (58,5% morava em bairros sem saneamento básico, com casas em péssimas condições de moradia e sem asfalto), vivendo predominantemente com outras pessoas (somente 13,4% moravam sós). Os idosos estudados apresentavam alta prevalência de doenças físicas crônicas (média de 3,5 doenças por pessoa) e de transtornos mentais (28,2% do total foram considerados “casos psiquiátricos”). Cerca de 27% da amostra apresentou perda de independência em atividades de vida diária. Apresentaram uma pior qualidade de vida percebida os idosos não aposentados, com incapacidade física, com maior número de doenças físicas referidas, que fizeram uso de benzodiazepínicos no último ano, os membros de igrejas evangélicas e os com casa própria. O presente estudo serve de base para um melhor conhecimento da realidade de idosos usuários do PSF, podendo ser útil no futuro para um planejamento mais realista de atividades de promoção e cuidado à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família, Idoso, Qualidade de Vida, Religião.

FLORIANO, P. J. (2005). O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do centro de saúde de Sousas, no município de Campinas-SP: Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Faculdade de Educação da UNICAMP, Brazil. (*Profile of elderly people assisted by family health physicians at the health care center of Sousas, Campinas, São Paulo, Brazil*) Orientador: PROF. DR. Paulo Dalgalarondo.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the prevalence of physical and mental aggravation in elderly people, focusing on their quality of life, functional capability, religiosity, physical and mental health, and socio-demographic aspects. Eighty-two subjects, age 60 or older, were assisted by the family health physicians at the health care center of Sousas, Campinas, São Paulo, Brazil. This work was based on the Epidemiological and Demographic Transition, the Health Ministry Guidelines for the Family Health Program, the National Policies for Senior Citizens' Health (PNI), and the Elderly Statute. A multidimensional evaluation questionnaire was used to interview the patients individually. The software package, SAS 6.12, was used for the statistical analyses. Results evidenced a very needed population (58.5% dwelling in rundown houses in areas lacking sewage system and asphalt) predominantly living with other people (only 13.4% live alone) and with a high prevalence of chronic diseases (an average of 3.5 per person), mental disorders (28.2% were considered "psychiatric cases"), and loss of independence (26.8% needed help to accomplish at least one of their daily activities). The individuals who reported being non-retired, going to the evangelical church, having some incapability, having a large number of physical diseases, having used benzodiazepinics, and having private houses showed the lowest scores during the evaluation of self-perceived quality of life. Data analysis focused on the overall health of the elderly, with the attempt to provide active life expectancy for the families with the highest levels of functional independence.

KEY WORDS: Family health, elderly, primary attention, religion

APRESENTAÇÃO

A HISTÓRIA PESSOAL DESTA TRABALHO

O interesse pela área da geriatria/gerontologia começou a fazer parte do meu cotidiano há vários anos, inicialmente como experiência pessoal de fazer amizades e perceber que podia me relacionar bem com idosos. Sentia-me bem em estar e conversar com idosos, conseguia entender e compreender suas necessidades diante de suas limitações físicas, fator bastante comum em idosos.

Após ingressar na universidade, no curso de medicina, procurava executar com responsabilidade as atividades que a mim eram designadas e contribuíram para a minha formação de médico, mas tinha uma tendência a ter uma maior preocupação nas atividades práticas nas quais os idosos faziam parte. Entendia que esta população necessitava de maior atenção em razão de suas carências tanto emocionais, como físicas. Dessa forma dedicava mais tempo conversando com eles ouvindo-os contar experiências acumuladas em suas vidas, suas alegrias e tristezas. Buscava assim nesses relatos a valorização e a sabedoria de quem ao longo dos anos construiu uma história.

Por ocasião de um estágio eletivo na área de saúde da família e comunidade realizado no 5^o ano na Universidade Federal do Rio Grande entrei em contato com duas formas de atendimento até então, para mim, não vivenciadas. A visita domiciliar e o atendimento em grupo me impressionaram e observei a grande quantidade de pessoas idosas que participavam de atividades em grupo e necessitavam de atendimento domiciliar. Busquei então ajuda para conhecer melhor a medicina de família e a geriatria e gerontologia. Assim conheci o professor e mestre Kurt Kloetzel, que, entre uma e outra pitada de cachimbo, com inteligência e bom humor, me apresentou a medicina de família. Dizia que o geriatra nada mais é do que um médico de família do idoso.

No 6^o ano do curso de medicina passei 4 meses em estágio do programa de saúde da família, desenvolvendo atividades extra-muros com grupos de idosos e atendimento domiciliares. Já no final do curso participei de um congresso de geriatria

e gerontologia na universidade e a cada aula, palestra e mesa redonda assistida mais reafirmava este interesse pela área.

Por motivos familiares resolvi retornar ao meu estado de origem e seguir meus estudos em Campinas. Entrei na FCM-UNICAMP em 2001 para realizar residência médica em medicina de família e comunidade, um desafio a ser vencido por ser a primeira turma e, conseqüentemente, ajudar a montar o curso.

Logo no início do curso, em uma aula teórica sobre o idoso, dada pelas professoras Maria José e Fernanda Cintra, descobri o curso de pós graduação a nível de mestrado em Gerontologia da Faculdade de Educação da UNICAMP. A descoberta me fez despertar para o tema, porém, segui com o curso pois teria que terminar a residência.

O grupo da residência (Rogério, Gustavo, Valéria, Traud) fizeram parte de um momento de grande aprendizado. Compartilhamos muitas alegrias e tristezas em Amparo, cidade onde se deu as primeiras vivências da clínica na atenção primária. Discutíamos sobre diferentes campos do conhecimento, com vistas à ação prática. Casos clínicos, atividades em grupo e certos detalhes das visitas domiciliares realizadas conjuntamente com as professoras Olga e Lurdinha.

Comecei a trabalhar com um grupo de idosos onde a temática principal era a saúde. A esta e todas as outras oportunidades agradeço demais à Dra Miriam, que pacientemente me acolheu em sua equipe. À “minha” Agente Comunitária de Saúde (Lurdinha) que também muito me ensinou. As dificuldades iniciais foram vencidas pela vontade de dar certo e aprender. Lembro-me, em especial, de um dia em que estava preparado para discutir sobre o significado da palavra saúde, esperando vir reflexões sobre alimentação, exercício físico, moradia, lazer, etc, quando, no entanto, a abordagem temática feita pelos idosos foi sobre sexualidade. Um susto que, de repente, me despertou ainda mais para o conhecimento.

Ainda na residência médica, já no segundo ano, iniciamos conjuntamente com a Secretaria de Saúde uma capacitação para Agentes Comunitários de Saúde de Amparo, muito especialmente graças ao Gustavo – colega residente - e a Cidinha - ainda hoje Secretária de Saúde – que topou nosso projeto.

Nesta capacitação coube a mim uma discussão simples e ao mesmo tempo ilustrativa perante alguns aspectos referentes ao tema idoso.

Neste mesmo tempo o Prof. Paulo Dalgalarro, generosamente, disponibilizou parte de seu tempo para ir até Amparo onde fazíamos atendimentos relacionados a saúde mental em conjunto e, posteriormente, discussões sobre os casos.

Já havia tentado sem sucesso um orientador para o mestrado na área de gerontologia pois estava quase terminando a residência, e via aí a possibilidade de seguir estudando em uma área de grande interesse. Foi então, durante uma das últimas aulas teóricas do professor Paulo, que fomos convidados (todos os residentes) a fazer mestrado na área de gerontologia. Fiquei paralisado e considerei isto como uma “força” do que estava predestinado. Aceitei o convite com o intuito de estudar a saúde mental, o idoso e a atenção primária.

Já no mestrado convivi com pessoas de diversas outras áreas (fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, psicologia, pedagogia, jornalismo e musicista), abertas a novas propostas e com espírito de conhecer e trocar novas informações. No primeiro ano isto aconteceu freqüentemente pois as disciplinas eram comuns a quase todos. A Profa. Anita, coordenadora do curso, uma pessoa incrível que busca além do aprendizado do aluno, e do reconhecimento da gerontologia, um crescimento pessoal a todos, me convidou para participar de uma mesa redonda em um congresso de Saúde da Família em São Paulo sobre atendimento domiciliar ao idoso. A partir deste evento, fui convidado várias outras vezes para dar aulas em cursos de especialização na própria UNICAMP, convidado a ser tutor de um curso de especialização em Saúde da Família e, posteriormente, convidado a participar de uma seleção para Prof. Assistencial da PUC-Campinas na área de Saúde da Família. E isto, representa, a meu ver, um exemplo prático de promoção com objetivo principal de melhor qualidade de vida a todos. Através de um evento inicial proporcionado por uma pessoa que acredita em novos talentos, hoje estou docente da PUC-Campinas, onde dentre outras atividades, desenvolvemos assistência ao Idoso, visitas domiciliares e discussão teórico prática envolvendo o Programa de Saúde da Família e o Idoso.

Todos estes eventos, somados ao trabalho diário na Prefeitura Municipal de Campinas, fizeram com que o mestrado fosse desenvolvido mais lentamente, porém, muito mais enriquecido e vivenciado com a prática.

Penso que a inquietação para estudar o idoso decorre justamente da tendência pessoal e aproximação com esta temática, sendo circunstanciada pela busca da compreensão e conhecimentos para a atenção à saúde pública desta parcela populacional, vinculado ao fato da população brasileira estar envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60, com conseqüências importantes na mudança dos padrões de morbi-mortalidade e deparando-se com um tipo de demanda por serviços médicos e sociais outrora restrita aos países industrializados. É importante que as políticas públicas voltem suas atenções para o mesmo pois existem estudos que revelam uma tendência significativa de elevação dos gastos públicos na atenção a saúde com esta população. Sendo, portanto, importante a elaboração de estratégias e ações de saúde, que visem a uma assistência mais adequada às necessidades próprias dessa faixa etária, e que possam impactar resultados efetivos e concretos em termos de produção de saúde a este grupo.

A escolha do Programa de Saúde da Família em relação a esta temática decorre do fato de que, este programa ou estratégia, denominação mais comumente usada, tem como proposta a mudança do modelo assistencial, tendo o indivíduo, a família e a comunidade como eixo de atenção, possibilitando, dessa forma, olhar para um grupo específico que necessita, mais comumente, de estratégias que envolvam ações intersetoriais para conformar uma atenção de melhor qualidade e resolutividade. Somando, portanto, com a Política Nacional do Idoso – PNI – e com o Estatuto do Idoso que prevê uma política pautada por propostas que assegurem melhores condições de saúde e vida à população idosa.

JUSTIFICATIVA

A revisão da literatura mostra que o envelhecimento da população em geral é uma preocupação mundial. Os países em desenvolvimento estão acumulando não somente mortalidade por doenças infecto-contagiosas como também um contínuo aumento da mortalidade por outras causas, como as doenças crônico-degenerativas. A necessidade de conhecer melhor a população de idosos da área de abrangência de uma equipe do Programa da Saúde da Família (PSF) é uma condição necessária para a melhoria da prestação de serviço a esta faixa etária. Entende-se por prestação de serviço para com o idoso no PSF a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma abrangente e contextualizada com o seu meio.

Este conhecimento da população deve servir de apoio no delineamento da atenção à saúde do idoso, e com isso conseguir um máximo de vida ativa na comunidade, junto às suas famílias com o maior grau de autonomia e independência funcional possível.

PROCEDIMENTOS PARA A REVISÃO DA LITERATURA

A estruturação da base teórica foi realizada a partir de pesquisa em base de dados que se tem disponíveis para a área da saúde, foram consultados ainda trabalhos disponíveis desde 1990 até 2004. O objetivo foi selecionar textos que descrevessem trabalhos que associavam o tema saúde da família, idoso, doença crônica, saúde mental, religiosidade e qualidade de vida. Os bancos de dados utilizados através da Bireme foram: Medline, Lilacs e Scielo. Os periódicos internacionais com bancos próprios foram os New Engl J Med (www.nejm.com), JAMA (www.amaassn.org/public/journals/jama) e B Med J (www.bmj.com). As palavras chaves, em português e inglês, utilizadas na busca bibliográfica foram: saúde da família, atenção primária, family health, primary care, public health, comunidade, community, idoso, velho, terceira idade, old, older, aged, elderly, doença crônica, hipertensão, diabetes, cronic degenerative disease, hipertension, saúde mental, transtorno mental, doença psiquiátrica, mental health, mental healing, depressão, depression, depressive symptom, religião, religiosidade, espiritualidade, religious, religiously, religiosity, religion, qualidade de vida, quality of life.

Todos os artigos que se relacionavam com os objetivos do estudo foram revisados e aqueles considerados relevantes foram incluídos na revisão da literatura.

1. INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO DESTE ESTUDO

1.1.1. O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA O IDOSO.

O Programa de Saúde da Família (PSF) iniciou-se em 1994 com o objetivo de ser o novo modelo de atenção primária para o Sistema Único de Saúde (SUS). O modelo de assistência à saúde do PSF visa, além do aspecto curativo da doença e de sua reabilitação, a promoção e a proteção à saúde. Neste modelo o indivíduo deixa de ser o objeto único da ação para ser visto como um sujeito integrante de uma família, de um domicílio, de uma comunidade, contextualizando-o ainda sob os aspectos social, econômico, cultural e ambiental. No PSF o saber e o poder deixa de estar centrado na figura do médico para ser distribuído junto à uma equipe (agentes comunitários de saúde, enfermeira, auxiliar de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista, dentista, etc.). As equipes do PSF são compostas, no mínimo, por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde. De uma forma geral, recomenda-se que cada equipe de

saúde da família assiste de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4500 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

Outros profissionais de saúde, tais como psicólogos, dentistas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, poderão ser incorporados a esta equipe básica, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000a).

O PSF em suas diretrizes centrais busca a integralidade da assistência através do envolvimento responsável de todos os membros da equipe, tendo por base o conhecimento da clientela na adscrição territorial, como meio de pensar a atenção aos usuários nos aspectos promocionais, preventivos e de recuperação da saúde. Tem como objetivo uma resolutividade maior das demandas que chegam até a equipe de saúde, visando a integração dos serviços de saúde e equipamentos sociais presentes na área de abrangência (CORDEIRO, 2000).

Segundo STARFIELD (2002), a atenção primária a saúde deve oferecer atenção à pessoa nas suas diversas necessidades e problemas, tendo como características primordiais o acesso universal, o trabalho em equipe, a responsabilização, a qualidade da atenção integral, as ações de prevenção, bem como as de tratamento e de reabilitação.

Uma das responsabilidades do PSF é a atenção à saúde do idoso, para tanto, cabe a esses profissionais da rede básica voltarem suas atenções a essa população, a fim de promover a saúde e prevenir agravos.

Para o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000b) a equipe de saúde deve estar apta para identificar fatores de risco junto a população idosa, estimulando a família na responsabilização para com a atenção à saúde do idoso, inserindo-o no ambiente familiar e social, buscando uma melhor qualidade de vida. A inserção do idoso em sua família e na sua comunidade é um fator fundamental para a manutenção de seu equilíbrio mental e físico.

É fato notório em muitos países de Primeiro Mundo o paralelismo existente entre a Geriatria/Gerontologia e a Medicina de Família. É que, freqüentemente, encontra-se fortíssimos departamentos de Medicina de Família dentro de

sociedades de Geriatria e vice-versa, conforme pode-se observar, por exemplo, nos Estados Unidos (LEME, 1996) .

O PSF, no que concerne aos aspectos do envelhecimento, busca oferecer suporte aos profissionais da rede básica desenvolvendo uma abordagem integral e contextualizada da atenção à saúde do idoso.

Em 1998 a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos implantou a Política Nacional do Idoso (PNI), que serve de apoio ao PSF e visa o bem estar dos mesmos com melhor condição de saúde e vida para a população idosa.

De acordo com a PNI disponível através da lei número 8842 de 4 de janeiro de 1994 – (BRASIL 1994), o idoso é considerado a pessoa com sessenta anos ou mais de idade. A PNI é um instrumento que o setor saúde dispõe para pensar a política de atenção a saúde dessa parcela populacional. Dessa forma, busca assegurar os direitos sociais do idoso e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998). Em 1999, através da portaria interministerial nº 1395, foi efetivada a Política Nacional de Saúde do Idoso, que é parte integrante da PNI.

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde do Idoso apresenta “como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade” Brasil (1999)..

A PNI possui nove diretrizes que assim a rege:

1. viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração `as demais gerações;

2. participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

3. priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

4. descentralização político administrativa;

5. capacitação e reciclagem dos recursos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;

6. implementação de sistemas de informações que permitam a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos programas e projetos em cada nível do governo;

7. estabelecimento de mecanismos que favorecem a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

8. priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviço, quando desabrigados e sem família;

9. apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento; (Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998 p. 12,13)

Já o ESTATUTO DO IDOSO (2003), projeto este que teve iniciativa do movimento de aposentados, pensionistas e idosos vinculados à Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas (COBAP), homologado através da lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003 (BRASIL, 2003), se destina a regular os direitos

assegurados às pessoas idosas, e vem fortalecer e ampliar os mecanismos de controle das ações desenvolvidas, em âmbito nacional, assim como vem complementar a Política Nacional do Idoso (COSTA et al, 2002). O Estatuto do Idoso considera idoso aquele com idade cronológica igual ou superior a 60 anos.

O artigo 5º deste Estatuto (Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei) se refere a possibilidade de penalidade perante a lei se o mesmo for descumprido. Diante disto dispõe pena através de detenção e multa aos infratores. Desta maneira, o Estatuto do Idoso vem adicionar um poder de lei perante a sociedade e principalmente aos familiares.

Há uma leitura de que o Estatuto do Idoso, de certa forma, tira a responsabilidade do Estado e a coloca sobre os familiares. WALKER (1990), apud CHAPPELL (1993), já apontavam que a impossibilidade de atender à demanda gerada pelo aumento da população idosa pode ser usada como justificativa para se repassar à família as responsabilidades e, então, as instâncias que poderiam respaldar o idoso desobrigam-se de investir nessa área.

Mesmo diante desta colocação não se pode negar que estas leis surgem em conseqüência da realidade brasileira, onde os idosos emergem como novos agentes sociais, com sua maior presença e participação, acrescentando demandas - no cenário nacional - sociais, culturais, sanitárias e econômicas, revelando-se, conseqüentemente, como novos atores sociais (MINAYO, 2000).

1.1.2 O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Em 1980, o Brasil possuía uma cifra de 6,3% de idosos na população geral, com estimativas para 2000, de ultrapassar 8%, chegando a 13,8% em 2025 (RAMOS, 1993b).

Dados do IBGE sobre o ano de 2002, mostraram que o Brasil possuía 16.022.231 de idosos, representando 9,3% da população total.

No Brasil, VERAS (1995) expõe que diante de um incontrolável crescimento da população idosa, estima-se que para 2025 o número de idosos será de 31,8 milhões de pessoas, este fator colocará o Brasil na sexta posição em número de idosos no mundo.

CHAIMOWICS (1997) prevê para 2020 que a expectativa de vida ao nascimento se aproximará de 75 anos. E ainda nos mostra que a previsão para 2025 é de que haverá cerca de 34 milhões de cidadãos com 60 anos ou mais. É pertinente ressaltar aqui o fato de que este perfil da população faz com que aumente a prevalência das doenças crônico-degenerativas, principais geradoras de incapacidades e dependência, levando assim a um aumento da demanda dos serviços de saúde.

Tabela 1. Expectativa de vida ao nascer para ambos o sexos

ANO	EXPECTATIVA DE VIDA AO NASCER
1900	33,7
1910	34
1920	34,5
1930	36,5
1940	38,5
1950	43,2
1960	55,9
1970	57,1
1980	63,5
2000	68,3
2020	72,1
2025	75,3

Fonte VERAS, R.P. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumara. 1994. p. 224.

VERAS (1995) relata que a partir da década de 30 a maioria dos óbitos ocorriam em decorrência das doenças infecciosas e parasitárias, tempo depois, com a descoberta dos antibióticos, essas mortes tiveram uma redução, um fator que contribuiu para isso foi a melhoria nas condições de saneamento básico da população, provocando um aumento na sobrevivência dos mais jovens e uma diminuição da mortalidade infantil.

Essa diminuição da mortalidade infantil contribuiu para o aumento da mortalidade proporcional do número de idosos, e nesse sentido, aumentar a mortalidade proporcional por doenças crônico-degenerativa, que são as prevalentes entre a população idosa.

Essa situação, conhecida como “transição demográfica”, é acompanhada por mudanças da morbi-mortalidade, com aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas e queda das doenças infecciosas, levando a um aumento das pessoas incapacitadas, dependentes de cuidados de longa duração, um processo denominado “transição epidemiológica” (KALACHE et al, 1987).

Outro fator que está interferindo na redução das causas de mortalidade é a questão da urbanização, cuja proporção da população mundial vivendo em grandes cidades aumentou de 5 para 50% nos últimos dois séculos, reduzindo acentuadamente as doenças infecciosas como risco de morbidade e mortalidade (MC MICHEL, 2000). Em países em desenvolvimento como o Brasil, também observa-se que a migração de pessoas das zonas rurais para as zonas urbanas ocorreram em curto espaço de tempo. Em 1940, a proporção da população urbana era de 31,2 e passou para 81,2% em 2000 (LAURENT et al, 2001).

1.1.3 A FEMINIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO

Em 2000, dos 14,6 milhões de idosos, 55% eram do sexo feminino. Isso se deve a maior taxa de crescimento relativamente à do segmento masculino IBGE (2000).

A razão de sexo, em 1940, era de 83, e em 1964 de 94, voltando a declinar até voltar às taxas de 1940 (BERQUÓ, 1994). Assim para cada 100 mulheres há 83 homens da mesma faixa etária. Em 2000 constam 81 homens para cada 100 mulheres IBGE (2000). O déficit de homens se acentua nas idades mais avançadas; em 1991, para as pessoas de 70 anos ou mais, a razão de sexo era de 79 (BERQUÓ, 1994). Isso pode ser explicado pela diferença de ritmos de crescimento das populações idosas feminina e masculina. A primeira crescendo a um ritmo maior que a segunda. As explicações são variadas tais como:

- Diferenças de exposição a risco de trabalho e às causas externas;

- Diferenças no consumo de tabaco e álcool (essa situação está se revertendo);

- Diferença de atitude em relação à doença e à incapacidade;

- Diminuição da mortalidade materna (RAMOS et al, 1987)

VERAS (1995) refere que a feminização da população idosa se explica pelos fatos das causas violentas de óbito que atingem com maior freqüência o homem, do aumento da tecnologia que permitiu a redução das complicações da gravidez, do parto e do puerpério, contribuindo assim para a diminuição das mortes entre as mulheres.

Tabela 2. Estimativas da Esperança de Vida ao Nascer e aos 60 anos por sexo. População Brasileira 1980 a 1998.

Brasil / ano	sexo	Ao nascer	60 anos
1980	Masc.	57,2	10,7
	Fem.	64,3	12,7
1985	Masc.	59,3	10,8
	Fem.	65,8	12,2
1991	Masc.	62,2	12,5
	Fem.	69,8	14,8
1996	Masc.	63,3	12,7
	Fem.	71,0	15,3
1998	Masc.	63,9	13,1
	Fem.	71,4	15,4

Fonte: CAMARANO (2002).

De 1980 a 1998, ou seja, em um intervalo de 18 anos, observou-se um aumento da longevidade da população brasileira: as mulheres ganharam 7,1 anos a mais de vida e os homens passaram a viver 6,7 anos a mais. Entre a população com idade igual ou superior a 60 anos, observou-se um ganho de 2,4 anos para os homens e 2,7 anos para as mulheres. Esse dados mostram que um homem com 60 anos em 1998 poderia esperar viver mais 13,1 anos e uma mulher mais 15,4 anos. Os ganhos foram para ambos os sexos, porém mais expressivos entre as mulheres (CAMARANO, 2002).

1.2 DIMENSÕES PESQUISADAS NESTE TRABALHO

1.2.1 A SAÚDE FÍSICA

Embora esta dinâmica esteja atrelada ao desenvolvimento humano, ela tem como resultado uma demanda crescente por serviços de saúde e pelo crescimento de doenças crônicas não transmissíveis, cujas causas são atribuídas ao modo de vida da sociedade moderna, destacando-se hipertensão arterial, diabetes, osteoporose, câncer e enfarte do miocárdio, responsáveis por 40% dos óbitos registrados em 1984. Hoje tais doenças respondem por 70% das mortes no mundo desenvolvido. Recentes projeções indicam ainda que, no ano de 2020, este índice subirá para 77% das mortes que ocorrerão nos países em desenvolvimento (KALACHE, 1996).

Dados derivados do National Center for Health Statistics (1992) nos Estados Unidos mostram estatísticas de saúde apontando para as doenças cardiovasculares como fatores principais nas causas da mortalidade e no índice de incapacidade prematura, em torno de 33,2% constituindo-se na maior parte por endemias nos países ocidentais desenvolvidos e emergentes (INSEL & ROTH, 1993).

Em levantamentos realizados recentemente BATTAGLION (1998) em um grupo de promoção comunitária de saúde do adulto desenvolvido no Programa de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, sobre a caracterização sócio-econômica, dados clínicos e hábitos de vida da clientela, observou-se a prevalência de problemas oftalmológicos (45%), hipertensão arterial (39,8%), obesidade (38,2%), diabetes (18,1%), osteoporose (17,5%) e cardiopatias (8,0%).

Nos Estados Unidos da América, de acordo com os dados do National Health and Nutrition Examination Survey, (NHANES III, 1995), a prevalência de hipertensão arterial foi de 60% entre os brancos e de 71% entre os negros, em pessoas com mais de 60 anos de idade.

A hipertensão arterial, presente em mais de 60% dos idosos, encontra-se freqüentemente associada a outras doenças também altamente prevalentes nesta faixa etária, como o diabetes. Nos últimos anos, um grande número de estudos epidemiológicos avaliou a incidência e a prevalência de diabetes mellitus na população Idosa. Embora esses estudos tenham tido variações na metodologia, todos demonstraram um aumento consistente da incidência e prevalência da diabetes no idoso. Este é um fenômeno mundial. A prevalência de diabetes mellitus

na população dos Estados Unidos da América com mais de 75 anos é de 20% (HARRIS et al 1998). Na população brasileira, a prevalência de diabetes mellitus é de cerca de 7,4 %; entretanto, na população com faixa etária entre 60 e 69 anos, é de 17,4%, cerca de 6,4 vezes mais do que a prevalência na população entre 30 e 39 anos (CONSENSO BRASILEIRO DE DIABETES, 2000).

Um levantamento feito por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde e com o apoio da FAPESP, formalmente denominado SABE (Saúde Bem Estar e Envelhecimento), mostrou que pouco mais da metade dos idosos com 60 anos ou mais que residem em São Paulo dizem ter pressão alta, um terço relatou sofrer de artrite, reumatismo ou artrose, um quinto afirmou apresentar algum problema cardíaco, 18% ter diabetes, 14% osteoporose, 12% ter problemas nos pulmões, 7% derrame e 3% câncer (LAURENTI & LEBRÃO, 2003).

1.2.2 A SAÚDE MENTAL

Graças aos recursos do self, a maioria dos idosos, principalmente os que preservam um bom estado de saúde e os que desfrutam de oportunidades de tratar das doenças crônicas de que são portadores, não chegam a desenvolver depressão clínica ou sofrer agravamento de sintomas depressivos (BALTES & GRAF, 1996).

No entanto, até um terço dos pacientes com doenças crônicas também sofrem de depressão: é mais comum nas pessoas hipertensas, com insuficiência cardíaca crônica, acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer, diabetes, doença de Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica, surdez, hemodialíticos, dor crônica, artrite e obstipação (BUTLER et al, 1995).

A depressão tem também causas endógenas ou psicossomáticas e pode acompanhar doenças crônicas (KANOWSKI, 1994).

Num estudo em São Paulo, no qual 1062 indivíduos acima de 60 anos foram avaliados, somente 14% eram livres de doenças. Dentre os grupos de menor poder aquisitivo, 17% referiram a presença de pelo menos 5 condições simultâneas e um terço foi encaminhado como possíveis casos para transtorno mental (RAMOS et. Al, 1993).

Em um pesquisa realizada no Rio de Janeiro, VERAS et al (1994), observam em uma amostra aleatória de 242 indivíduos com 60 anos ou mais, de baixa renda, que a proporção de doenças e incapacidades foi relativamente alta: má visão – 42%, má audição – 17%, problemas dentários – 63% e os instrumentos identificaram 30% de déficits cognitivos e 35% de sintomatologia depressiva .

A depressão e a ansiedade representam entre um quarto e um terço de todas as consultas em atenção primária (KLINKMAN et al, 1997). Mas, muitas vezes, a pessoa enfatiza queixas físicas sobre as quais os profissionais concentram o diagnóstico. O idoso, em particular, não recebe abordagem médica adequada pois 75% dos idosos apresentam mais de 3 queixas e 50% mais de 7. O médico dificilmente aborda todas as queixas e, geralmente, ignora o lado psico-emocional (SILVESTRE et al, 1996). Sabe-se que a prevalência de sintomas depressivos entre os idosos com 65 anos ou mais varia de 17% a 30% em unidades de atenção primária (GORDILHO, 2002).

Estudando uma amostra de 890 sujeitos acima de 65 anos LINDESAY et al (1989) encontraram a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) de 3,7% entre os idosos entrevistados. Já XAVIER et al (2001) encontraram em Veranópolis a prevalência de TAG de 10,6% entre idosos com idade superior a 80 anos.

No Brasil, um estudo com 6476 participantes adultos (maiores de 35 anos) usando o teste QMPA (Questionnaire for Multi-Phasic Avaliation), composto de 44 itens, demonstrou uma prevalência de casos com potencial psiquiátrico de 19% em São Paulo e de 34% em Brasília. As taxas de ansiedade, 18%, e alcoolismo, 8%, eram comuns nas três cidades e a taxa de depressão variou de 3% em São Paulo e Brasília a 10% em Porto Alegre (ALMEIDA et al, 1997). Almeida levantou também

uma prevalência de sintomas psiquiátricos de 51% em Brasília, 43% em Porto Alegre e 30% em São Paulo, sendo maior nas mulheres.

O sexo feminino e o aumento da idade são fatores de risco já bem estabelecidos não apenas para o uso de benzodiazepínicos, mas também para o uso prolongado de benzodiazepínicos (STRAAND & ROCKSTAD, 1997), e entre os problemas de saúde, a presença de insônia, queixas ósteo-articulares, músculo-esqueléticas e gastrintestinais (SIMON et al, 1996).

1.2.3 A CAPACIDADE FUNCIONAL

No entanto a presença de doença mental e/ou doença crônica não implica que o idoso não possa vivenciar seu cotidiano e gerir sua própria vida de forma independente, ainda que convivendo com limitações. Diante disso, um aspecto de grande relevância para os idosos, seus eventuais cuidadores e para os profissionais de saúde, é saber sobre a habilidade que esses indivíduos têm de permanecerem independentes. Daí a importância da avaliação funcional.

Embora o conceito de capacidade funcional seja bastante complexo abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, JETTE (1985) bem como os de autonomia e independência, GRIMLEY (1984) na prática trabalha-se com o conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e as das atividades básicas de vida diária ou de auto cuidado (AVD) ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.

Segundo PAVARINI & NERI (2000) o agravamento das incapacidades ocasiona aumento da dependência física, que é definida como a incapacidade para funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de terceiros ou sem o apoio de equipamentos necessários para sua adaptação.

São exemplos de capacidades relativas ao desempenho de atividades instrumentais de vida diária (AIVD): fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter a própria integridade e segurança.

As AVD se definem como aquelas funções físicas básicas diárias ou rotineiras necessárias para se viver. Entre as AVD estão aspectos de alimentação, vestuário, tomar banho, arrumar-se, usar o banheiro, capacidade de movimentar-se, fazer transferência (cama – cadeira, entrar e sair do veículo, etc.) e controle dos esfíncteres. Embora exista um acordo geral no que constitua o núcleo central das AVD, existem variações nas atividades incluídas nas escalas e algumas excluem a continência e a movimentação (CARRILLO, 1994).

Estudos epidemiológicos mundiais contradizem o senso comum sobre a existência de uma relação necessária entre velhice e incapacidade, ao revelar que apenas 4% dos idosos com mais de 65 anos apresentam grave incapacidade e alto grau de dependência. Essas mesmas pesquisas mostram que 20% apresentam um leve grau de incapacidade e que 13% dos que estão entre 65-74 anos apresentam incapacidade moderada. Na faixa dos 75-84 anos, o percentual dos que apresentam incapacidade moderada sobe para 25%. Acima de 85 anos quadruplica a sensibilidade à incapacidade e sobe para 46% o percentual de portadores de incapacidade moderada (GATZ, 1995).

Resultados de pesquisa realizada no município de São Paulo por RAMOS et al (1993), entre idosos com 60 anos ou mais, mostraram que 29% dos idosos necessitavam de ajuda parcial ou total para realizar até três atividades da vida diária, e 17% necessitavam de ajuda para realizar quatro ou mais atividades da vida diária.

É importante lembrar que idosos funcionalmente incapacitados preservam a capacidade de ativar mecanismos de compensação para enfrentar as perdas em funcionalidade, lançando mão de recursos tecnológicos, de apoios sociais e psicológicos. A perda de independência pelos idosos aciona mecanismos psicossociais que envolvem relações de apego e de solidariedade que se traduzem em cuidados instrumentais, emocionais e sociais. Tais mecanismos podem contribuir

em maior ou menor grau para a manutenção da independência dos idosos (BALTES & SILVERBERGER, 1995).

1.2.4. A QUALIDADE DE VIDA

GURALNIK et al (1989) afirmam que na perspectiva dos idosos, a qualidade de vida é avaliada mais por seu nível de função e capacidade de manutenção da independência que pelos diagnósticos específicos de seus médicos.

A independência na execução das atividades da vida diária é de grande importância na vida das pessoas no que diz respeito a qualidade de vida.

A percepção da saúde, o comprometimento das atividades cotidianas por problemas de saúde, estar acamado e o nível funcional são indicadores mais proeminentes da qualidade de vida do que doenças específicas (BERKMAN & GURLAND, 1998).

NERI (2000) baseada no modelo de LAWTON (1991) sobre qualidade de vida na velhice refere que a qualidade de vida incide sobre quatro áreas sobrepostas e interrelacionadas: competência comportamental, condições ambientais, qualidade de vida percebida e bem-estar psicológico, das quais depende a funcionalidade do idoso.

1) Competência comportamental. Representa a avaliação sócio-normativa do funcionamento pessoal quanto à saúde, à funcionalidade física, à cognição, ao comportamento social e à utilização do tempo.

2) Condições ambientais. A qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos.

3) Qualidade de vida percebida. É a dimensão subjetiva da qualidade de vida, depende estreitamente dos julgamentos do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e sobre a sua competência comportamental.

4) *Bem-estar psicológico. Reflete a avaliação pessoal sobre as três áreas precedentes e depende da continuidade do self, da capacidade do indivíduo para adaptar-se às perdas e de sua capacidade de recuperar-se de eventos estressantes do curso de vida individual e social, tais como: desemprego, doenças, desastres, mortes em família, enchentes, violência urbana, crises econômicas, guerras, e da sua capacidade para assimilar informações positivas sobre si mesmo. Então:*

Qualidade de vida na velhice é a uma avaliação multidimensional referenciada a critérios sócio-normativos e intrapessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospectivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente (LAWTON, 1991).

Na área da saúde, o termo qualidade de vida está associado a relação custo x benefício inerente à manutenção da vida principalmente de enfermos crônicos e terminais sendo focalizada tanto do ponto de vista do bem estar e dos direitos individuais, quanto dos interesses e valores da sociedade (NERI, 2000).

Um estudo realizado em Veranópolis, no Rio Grande do Sul, entre idosos com mais de 80 anos, concluiu ser possível que a qualidade negativa de vida seja equivalente a perda de saúde e qualidade de vida positiva seja equivalente a uma pluralidade maior de categorias como atividade, renda, vida social e relação com a família, categorias diferentes de sujeito para sujeito. O aspecto saúde parece assim um bom indicador de qualidade de vida negativa, porém um indicador insuficiente de velhice bem sucedida (XAVIER, 2003).

De acordo com NORDENFELT (2001), a incorporação da qualidade de vida como meta assistencial a ser alcançada pelos profissionais da saúde no atendimento aos usuários desses serviços, tem origem no processo tecnológico que tem favorecido a cura e/ou o prolongamento da vida de muitos pacientes, no caráter crônico que tem assumido algumas doenças, bem como na crítica ideológica ao modelo estritamente biológico na assistência à saúde.

Particularmente em relação a esse último aspecto, é relevante trazer a visão de Michel Foucault sobre o “corpo fragmentado” como é ensinado nos cursos da

área da saúde. O autor salienta que se essa visão é necessária do ponto de vista didático-pedagógico, é preciso permanentemente se reportar à realidade global do humano. O corpo humanizado é um corpo próprio, corpo sujeito, corpo fenomenal, corpo simbólico, sendo a anatomia, nesse olhar, a vivência do todo (FOUCAULT, 1980).

A partir da definição de saúde pela Organização Mundial da Saúde – OMS, em 1946, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente de ausência de doenças, percebe-se uma redução da dimensão biomédica, reconhecendo-se a importância do componente subjetivo, psicológico, da saúde mental como fatores importantes na qualidade de vida dos indivíduos e dos grupos, sendo aspectos essenciais que não podem ser omitidos no planejamento dos cuidados da saúde em qualquer nível (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

1.2.5. A DIMENSÃO RELIGIOSA

Desde a Assembléia Mundial de Saúde de 1983, a inclusão de uma dimensão “não material” ou “espiritual” de saúde vem sendo discutida extensamente, a ponto de haver uma proposta para modificar o conceito clássico de “saúde” da Organização Mundial de Saúde para “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não meramente a ausência de doença” (WHO/MAS/MHP/98.2).

Um dos fatores que pode contribuir para o bem-estar na velhice, segundo GOLDSTEIN & SOMMERHALDER (2002), são os hábitos religiosos, pois fazem parte da característica permanente do ser humano. As autoras chamam a atenção para o fato de que este campo é, muitas vezes, controverso já que há muitos conceitos de religiosidade e espiritualidade e ainda são poucas as pesquisas na área, apesar do interesse crescente.

Pesquisas revelam que o aumento da espiritualidade é fonte relevante de suporte emocional, tanto na área da saúde física como da saúde mental, e o quanto se faz fundamental, principalmente, na hora da morte (MONTEIRO, 2004).

Diferenças estatisticamente significativas e efeitos concretos foram encontrados em relação à saúde subjetiva, inabilidade funcional, sintomatologia física, prevalência de hipertensão, prevalência de câncer, comportamento de beber e fumar, auto-estima, enfrentamento do estresse, sintomas depressivos, ansiedade crônica, demência, solidão, felicidade e ajustamento emocional (LEVIN & CHATTERS, 1998).

BAPTISTA (2004), em um estudo com 6961 pessoas, com 60 anos ou mais, residentes no Estado do Rio Grande do Sul, encontrou que 75,7% da amostra são católicos e 15,5% são evangélicos, desses, os praticantes de fé evangélica são mais expostos ao risco de transtorno mental quando comparados à outros grupos religiosos.

Uma vez que na velhice os estresses físicos e emocionais são maiores e a prevalência de crenças e comportamentos religiosos está aumentada, esta faixa etária tem sido objeto principal de uma grande gama de estudos (KOENIG, 1991).

Altos níveis de religiosidade em pacientes idosos estão associados a menor uso de cigarro e álcool KOENIG (1991). Está claro que as pessoas idosas estão mais propensas a serem religiosas, porém não se sabe se isto representa um efeito do envelhecimento ou da observação ao longo do tempo – efeito coorte – (FERRARO & KELLEY-MOORE, 2000).

LEVIN & CHATTERS (1998) observaram em uma revisão da literatura que a religião atuou como fator protetor para suicídio, abuso de drogas e álcool, comportamento delinqüente, satisfação marital, sofrimento psicológico e alguns diagnósticos de psicoses funcionais.

Muitos possíveis fatores têm sido identificados para explicar a associação da religiosidade e o estado de saúde. Idler propôs uma explicação sociológica a partir da qual uma prática ou crença religiosa pode influenciar a saúde por oferecer e promover uma coesão social amortecendo o impacto do estresse (FERRARO & KELLEY-MOORE, 2000).

1.2.6. A SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA NA VELHICE E A REDE DE SUPORTE SOCIAL

Diversos estudos de base populacional mostraram que idosos com melhor situação sócio-econômica apresentam melhores condições de saúde (BERKMAN & GURLAND, 1998).

LIMA-COSTA (2003), utilizando dados da PNAD (1998) examinou uma amostra de 19.068 idosos representativos da população brasileira com idade maior ou igual a 65 anos. Os idosos com renda mais baixa apresentaram piores condições de saúde (pior percepção da saúde, interrupção de atividades por problemas de saúde, ter estado acamado e relato de algumas doenças crônicas), pior função física (em relação as AVD, correr, levantar objetos pesados, subir escadas, etc) e menor uso de serviços de saúde (menor procura e menos visitas a médicos e dentistas). Também encontrou que os idosos mais pobres têm pior qualidade de vida relacionada à saúde.

A maioria dos idosos que residem com famílias, no Brasil, pertencem a domicílios cuja renda total não ultrapassa 3 salários mínimos (RAMOS et al, 1993). Setenta por cento dos idosos recebem uma renda per capita que não ultrapassa US\$ 100 por mês.

Por outro lado a renda do idoso contribui de forma importante para a redução da pobreza neste país, já que parcela importante da população depende dessa renda (CAMARANO & PASINATO, 2002).

As famílias brasileiras que contêm idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais famílias (CAMARANO, 2002)

Em todo o mundo a família é fonte primária de suporte social. No Brasil 90% dos idosos vivem em família (NERI, 2001). No Canadá, os idosos que contam com o apoio da rede familiar chegam a 94% do total. Cerca de 20% dos idosos nos países desenvolvidos recebem cuidados formais de natureza médica e social. Porém, apenas 1/3 destes cuidados são fornecidos em instituições, sinalizando que é

incentivada a manutenção destes na comunidade e no convívio do núcleo familiar (KARSCH, 1990).

Por outro lado: À família ampliada anteriormente existente, sucedeu a hoje mais comum, família nuclear, em que convivem pais e filhos, sem lugar para a figura dos avós e colaterais. É evidente que, nestas condições, a assistência ao idoso pode se tornar extremamente difícil, podendo chegar a exigir mesmo a institucionalização do paciente que, de outro modo, não poderia ser adequadamente investigado ou tratado (LEME, 1996).

O cuidado informal da família e dos amigos são a primeira fonte de suporte e cuidado prestados aos idosos no Canadá. CHAPPELL (1993) acrescenta que, apesar das evidências a favor da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da necessidade de um cuidado na comunidade (community care) e do desejo pela participação e integração do idoso na sociedade, os investimentos do governo federal do Canadá nessas áreas permanecem baixos. A maior parte dos investimentos ainda vai para o cuidado curativo.

Tal condição social reflete uma realidade mais profunda e pessoal dos idosos como dependentes da estrutura familiar que representa, muitas vezes, seu mais efetivo vínculo com a saúde e a normalidade.

O paciente idoso freqüentemente apresenta uma multiplicidade de sintomas e sinais que geralmente correspondem a uma multiplicidade de doenças. É comum que o diagnóstico correto de algumas síndromes geriátricas exija o conhecimento das condições de vida e moradia do paciente para que o profissional de saúde possa chegar a um diagnóstico.

Os conhecimentos das condições de apoio familiar, ambiente físico e psíquico de vida do paciente são elementos indispensáveis para o profissional que trabalha com idosos.

Assim sendo, faz-se necessário que os profissionais de saúde da atenção primária participem ativamente na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, abordando para tanto seus aspectos físicos considerados normais e

identificando precocemente suas alterações patológicas, discutindo sobre fatores de risco e neles intervindo, se necessário e, manter a pessoa idosa integrada com sua família e fora de um isolamento social.

Para tanto, a equipe de saúde deve estar preparada para identificar sinais e sintomas de riscos ligados aos aspectos da saúde mental do idoso, nos quadros de depressão, demência ou delírios, bem como àqueles referentes as doenças crônicas, diabetes, hipertensão, osteoartrose e outros, contextualizando-o ainda com o meio social, vida religiosa e a família onde está inserido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000b).

A importância de se estudar o idoso dentro de um contexto da estratégia da saúde da família é a de que os conhecimentos gerados podem transformar-se em subsídios reais para a implantação de programas, para o planejamento de estratégias de atendimento e intervenção adequados à realidade local, contribuindo assim para um propósito muito maior, que é a adequação da atenção primária à saúde a um envelhecimento ativo e bem sucedido.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de vida percebida e a prevalência de agravos físicos e mentais de idosos no contexto do Programa de Saúde da Família na área de abrangência da Equipe Girassol do Centro de Saúde de Sousas, na cidade de Campinas - SP.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever o Perfil sócio-demográfico dos Idosos do local.
2. Identificar fatores associados à qualidade de vida e a presença de transtornos mentais e físicos desta população.

3. MÉTODO

3.1 O DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa consiste de um estudo transversal em que a população estudada é constituída por uma amostra sistemática de 82 idosos com 60 anos ou mais, residentes em uma comunidade pré-determinada, que está cadastrada no Centro de Saúde do distrito de Sousas.

Foram incluídos no estudo todos os idosos com 60 anos ou mais, pertencentes a Equipe Girassol e atendidos no período de novembro de 2003 a novembro de 2004, tanto no ambulatório do CSS, quanto em visitas domiciliares realizadas semanalmente àqueles indivíduos que fazem parte do programa de visita domiciliar da equipe girassol .

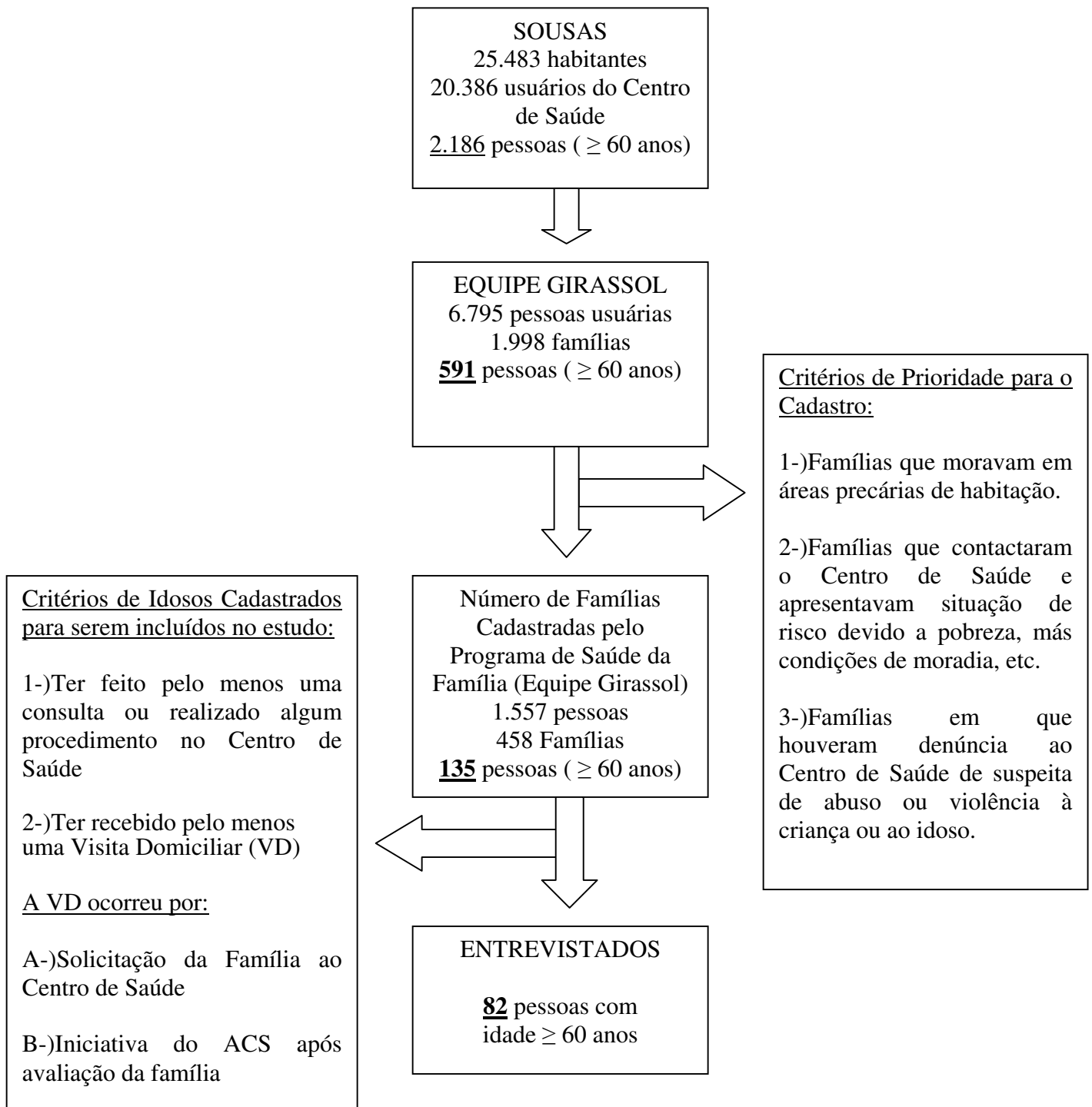
Foram excluídas do estudo as pessoas com idade menor que 60 anos.

3.2 O CONTEXTO DA PESQUISA

O Centro de Saúde de Sousas está localizado no distrito de Sousas, pertencente ao município de Campinas, no Estado de São Paulo. Desde 2001 vem trabalhando no sentido de desenvolver o Paidéia que tem como base o Programa de Saúde da Família (PSF) adotado pelo Ministério da Saúde em 1994. O projeto Paidéia de Saúde da Família, assim como o Programa de Saúde da Família, visa a trabalhar com um conceito ampliado de saúde, onde o sujeito deixa de ser observado como objeto único da ação e passa a ser visto inserido em uma família, em um domicílio, e em uma comunidade. O centro de Saúde de Sousas é composto por três equipes (Girassol, Jasmim e Manacá) de Saúde da Família para uma população aproximada de 25483 pessoas. Considerando-se que 80% da população é dependente do Sistema Único de Saúde, conclui-se que estas três equipes são responsáveis pelo atendimento de aproximadamente 20386 pessoas. Estima-se que a Equipe Girassol seja responsável por cerca de 1998 famílias, em torno de 6795 pessoas. Destas, cerca de 591 são de idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Cerca de 458 famílias utilizam cadastros familiares, conforme o modelo do PSF, perfazendo 1557 pessoas, o restante dos usuários ainda utilizam cadastros individuais estando em processo de atualização para o novo modelo (FIGURA 1).

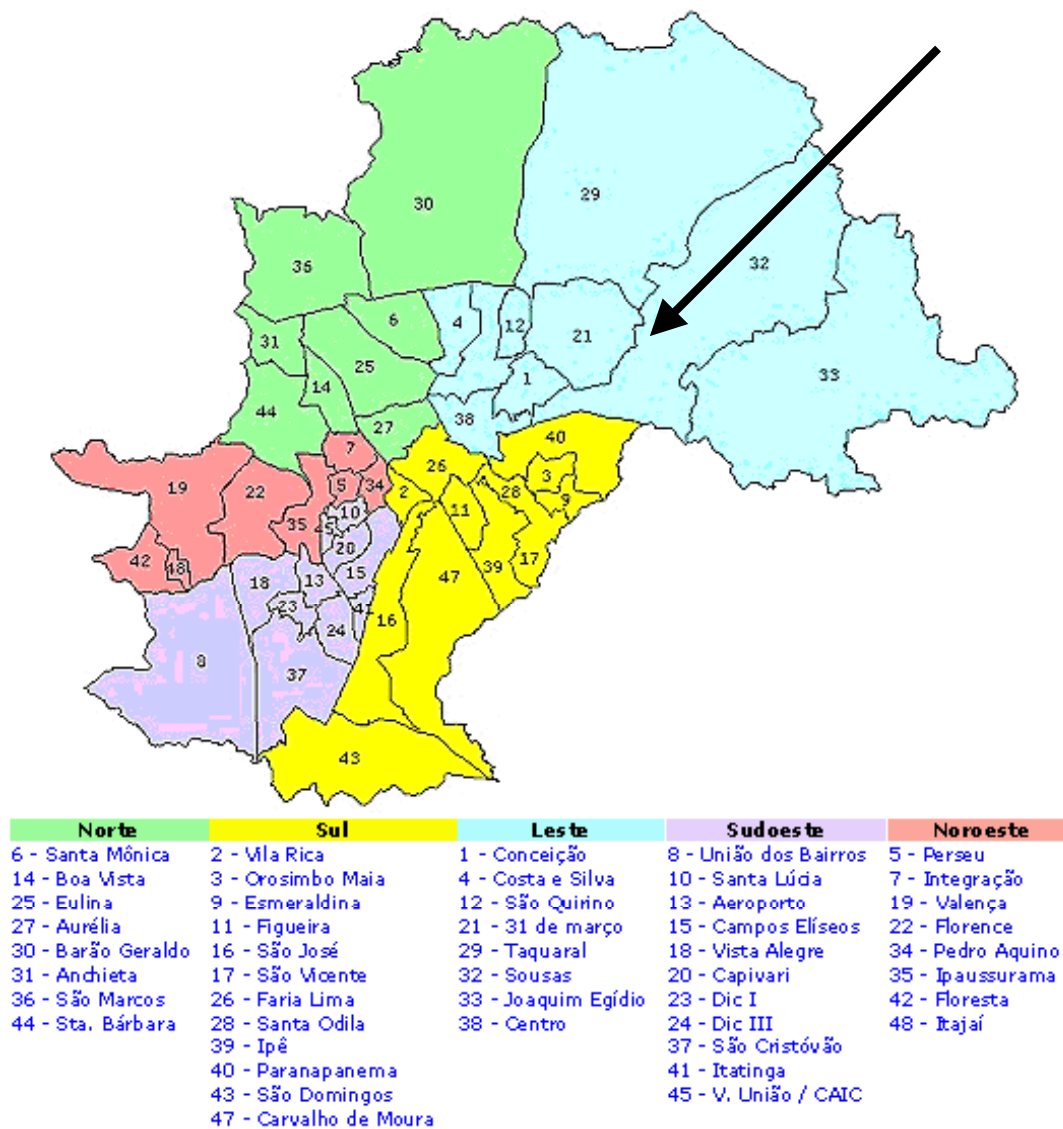
A equipe é composta por quatro agentes comunitários de saúde, um generalista, uma ginecologista, uma pediatra, dois auxiliares de enfermagem, duas auxiliares de saúde, uma psicóloga, uma enfermeira, uma dentista e uma auxiliar de dentista. A área de abrangência desta equipe inclui classes sociais diversas, onde se vêem desde áreas de invasão sem saneamento básico com moradias em péssimas condições de habitação, cuja a população é quase que totalmente SUS dependente, até condomínios fechados de alto padrão onde a população utiliza o Centro de Saúde esporadicamente, principalmente em campanhas de vacinação.

FIGURA 1. Processo de Captação de Sujeitos para a Pesquisa



Fonte: IBGE 2000/Coordenadoria de Informação em Saúde - DGDO/SMS-Campinas 2002.
Ficha de cadastramento do Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde de Sousas.

FIGURA 2. Localização do Centro de Saúde de Sosas na cidade de Campinas-SP.

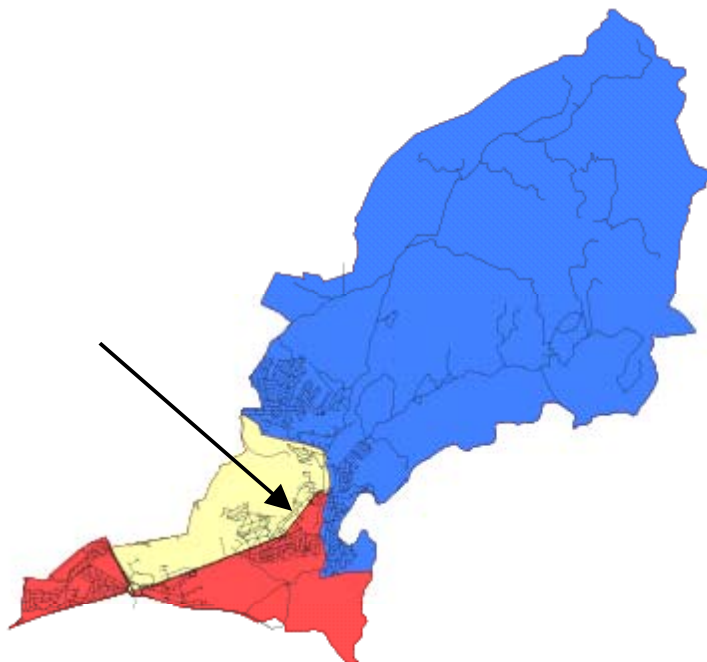


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Acesso: www.campinas.sp.gov.br/saude em 15/08/2004

Pode-se observar o mapa de Campinas com os distritos de saúde divididos por cores diferentes e os centros de saúde localizados em cada distrito. A seta indica a localização do Centro de Saúde de Sosas.

FIGURA 3. Área de Abrangência das Equipes do Centro de Saúde de Sousas.



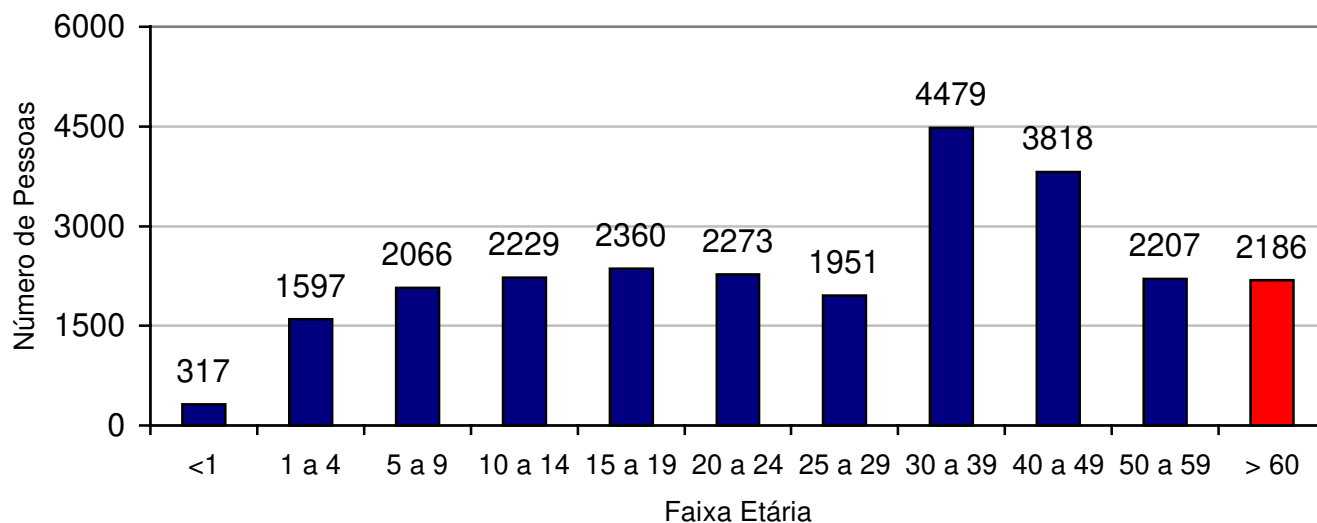
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Campinas

Acesso: www.campinas.sp.gov.br/saude em 15/08/2004

Em amarelo observa-se a área de abrangência da equipe Girassol, em vermelho a da equipe Jasmim e em azul a da equipe Manacá. A seta indica a localização do Centro de Saúde de Sousas.

FIGURA 4. Distribuição Etária do Centro de Saúde de Sousas – 2004

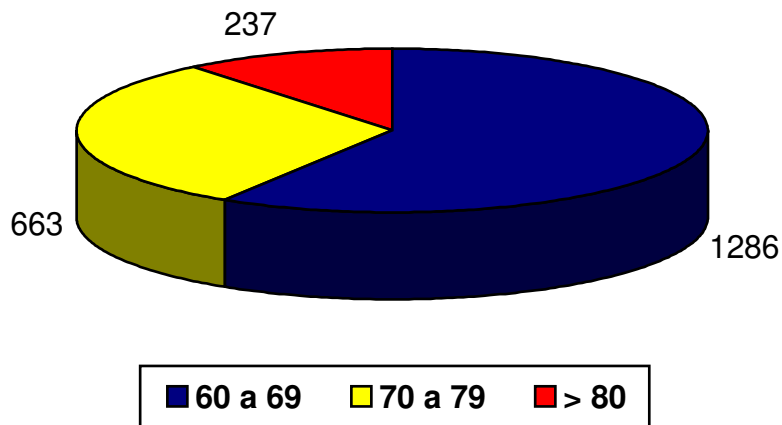
Fonte: Estimado a partir do Censo Demográfico de 2000/IBGE



Observa-se neste gráfico que existem cerca de 2186 pessoas idosas com idade igual ou maior a 60 anos, ou seja cerca de 8,57% da população.

FIGURA 5. Distribuição dos Idosos do Centro de Saúde de Sousas - 2004

Fonte: Estimativa do Censo Demográfico 2000/IBGE



Dos 2186 idosos, tem-se 58,86% com idade entre 60 a 69 anos, 30,32% entre 70 a 79 anos, e 10,81% com idade igual ou maior a 80 anos.

3.3 QUESTÕES ÉTICAS

O presente estudo teve aprovação do comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e autorização da coordenação do Centro de Saúde de Sousas para a sua realização.

Foi utilizado um instrumento de consentimento informado orientando quanto ao objetivo da pesquisa e garantindo sigilo sobre as informações prestadas (vide anexo).

3.4 COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado através de entrevistas realizadas tanto no ambulatório, quanto em atendimento domiciliar, que faz parte da rotina do trabalho do médico de família e comunidade, utilizando um instrumento similar à ficha de cadastramento familiar utilizado pelo Programa de Saúde da Família, acrescido do teste de rastreamento e diagnóstico de saúde mental (MINI), do teste para avaliação de qualidade de vida (WHOQOL), do teste para avaliação da capacidade funcional (Barthel), da aferição da pressão arterial, da glicemia de jejum e de um questionário para traçar o perfil religioso dos idosos (vide anexos).

Foi efetuado um estudo piloto com 10 idosos, para melhor adaptação do questionário perante os respondentes e colocar o entrevistador em contato direto com a situação real. Neste piloto foi observado o seguinte:

- o tempo médio necessário para a realização da entrevista é de 60 minutos
- a importância da necessidade de deixar claro para o idoso o momento final da consulta e o início da entrevista

- as perguntas relacionadas a renda não devem aparecer num primeiro momento
- houve dificuldade na compreensão das perguntas referentes ao WHOQOL
- houve dificuldade na compreensão das perguntas do (MINI) que correlacionam um determinado fator com outros sinais e sintomas (ex: Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo tempo: Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?, Tinha os músculos tensos?, Sentia-se cansado (a) ou facilmente exausto(a)?

A abordagem destes instrumentos é multidimensional e contempla uma avaliação dos dados sócio-econômicos e demográficos, das atividades de vida diária, da qualidade de vida, da saúde física e mental e da religiosidade.

3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA (vide anexos)

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Os dados sócio-demográficos representam as seguintes variáveis independentes:

- Sexo – masculino e feminino
- Data de nascimento - idade usada como variável categórica; dividido em duas categorias: de 60 a 69 anos; com 70 ou mais anos.
- Tipo de bairro: usado como variável categórica
 - 1 – bairros sem saneamento básico, casas em péssimas condições de moradia e sem asfalto
 - 2 – bairros com saneamento básico, casas em boas condições de moradia e sem asfalto

3 – bairros com saneamento básico, casas em boas condições de moradia e com asfalto

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

Os dados sócio-econômicos representam as seguintes variáveis independentes:

- Ocupação Atual: sim ou não.
- Aposentadoria: se recebe ou não
- Renda per capita: renda familiar dividido pelo número de pessoas na casa: dividido em 2 categorias (renda até 100 dólares e maior que 100 dólares)
- Tipo de moradia: casa própria ou não
- Classe social – divididas em 2 categorias:

1 – A; B; C

2 – D; E

DADOS SÓCIO-CULTURAIS

- Anos de Estudo divididos em 2 categorias (não freqüentou a escola e um ano ou mais de estudo)

REDE SOCIAL

Os dados da rede social representam as seguintes variáveis independentes:

- Número de pessoas na casa: mora só ou com uma outra pessoa ou mora com mais que uma pessoa
- Número de pessoas dormindo no mesmo quarto - dividido em 3 categorias: (uma pessoa por quarto, mais que uma até duas pessoas por quarto, mais que duas pessoas por quarto)
- Estado civil – dividido em 2 categorias: com companheiro e sem companheiro
- Atividade social regular: realiza ou não

- Utiliza regularmente algum serviço do centro de saúde: sim ou não

DOENÇAS CRÔNICAS

Os dados das doenças crônicas representam as seguintes variáveis independentes:

- Hipertensão arterial: tem ou não
- Diabetes: tem ou não

Na avaliação das doenças crônicas degenerativas – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes – foi aplicado a aferição da pressão arterial nos dois membros superiores e a dosagem da glicemia de jejum respectivamente em todos os participantes. Tendo como critério classificatório o Consenso Brasileiro de Diabetes e o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial Sistêmica.

E a seguinte variável dependente:

- Listagem de doenças definidas e referidas: dividido em três categorias:

1 – de nenhuma a duas doenças referidas

2 – de três a quatro doenças referidas

3 – de cinco a sete doenças referidas

DIMENSÃO RELIGIOSA

Os dados de dimensão religiosa representam as seguintes variáveis independentes:

- Tipo de religião: dividido em 2 categorias: católica e evangélica
- Frequência de culto por mês: dividido em 2 categorias:

1 – não freqüenta igreja, ou freqüenta uma vez por mês

2 – freqüenta mais que uma vez por mês

- O quanto se considera religioso: dividido em 2 categorias: muito religioso e não muito religioso (religioso; pouco religioso; sem religião)

AValiação DE INCAPACIDADE

Os dados de incapacidade representam a seguinte variável independente:

- Questionário do Índice de Barthel em relação às atividades diárias onde se analisa uma seleção de 10 atividades: alimentação; transferência; toalete pessoal; uso do banheiro; banho; andar em superfície plana; subir e descer escadas; vestir-se e despir-se; continência do esfíncter anal e continência do esfíncter vesical. Um indivíduo é considerado independente se executa todas as atividades sem dificuldade. Executar uma atividade com pouca ou muita dificuldade já consta algum grau de dependência. O Índice de Barthel é talvez a mais estudada das avaliações de cuidado pessoal já publicado. Vários estudos têm mostrado que a escala é sensível a mudanças com o tempo, que é um preditor significativo de reabilitação e se relaciona significativamente com outras medidas do estado do paciente. É uma escala que mede a capacidade de auto cuidar-se avaliando as Atividades de Vida Diária (CARRILLO, 1994).
- Pontuação no Índice de Barthel: dividido em 2 categorias: àqueles com autonomia na realização de todas as AVD e àqueles que necessitam de algum tipo de ajuda.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Os dados de qualidade de vida representam as seguintes variáveis dependentes:

- Qualidade de vida – dividido em quatro domínios referentes ao WHOQOL-bref:

1 - Domínio físico

2 - Domínio psicológico

3 - Domínio social

4 - Domínio ambiental

e as seguintes variáveis independentes

- Qualidade de vida: através de cinco opções – muito ruim, ruim, nem ruim nem boa, boa e muito boa.

- Satisfação com a saúde: através de cinco opções – muito insatisfeito, insatisfeito, nem satisfeito nem insatisfeito, satisfeito, muito satisfeito.

- Questionário WHOQOL-bref: é uma versão abreviada do WHOQOL 100 composta por 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídas do WHOQOL-100 . Dessas 26 questões, as 2 primeiras são questões genéricas e não entram no cálculo dos escores de nenhum dos domínios. A versão abreviada é composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio ambiente (WHOQOL – ABREVIADO, 1998). As questões (3,4,10,15,16,17,18) compõem o domínio físico; as questões (5,6,7,11,19,26) compõem o domínio psicológico; as questões (20,21,22) compõem o domínio social e as questões (8,9,12,13,14,23,24,25) compõem o domínio ambiental. O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu *qualidade de vida* como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994). Dessa forma, diferentemente de outros instrumentos utilizados para avaliação de qualidade de vida, este questionário baseia-se nos pressupostos de que *qualidade de vida* é um construto *subjetivo* (*percepção do indivíduo em questão*), *multidimensional* e composto por dimensões *positivas* (p.ex.mobilidade) e *negativas* (p.ex.dor). Este projeto foi realizado com a colaboração de 15 centros simultaneamente em diferentes culturas. Foram desenvolvidos até o momento dois instrumentos gerais de Qualidade de Vida: o WHOQOL-100 e o WHOQOL BREF. O WHOQOL-100 consta de 100 questões que avaliam 6 domínios: Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações sociais, Meio-ambiente e Espiritualidade/Crenças Pessoais.

O uso WHOQOL-BREF obedeceu a três critérios:

- 1-) A origem do instrumento: estudo científico, multicêntrico e legitimado pela Organização Mundial da Saúde.
- 2-) Sua versão em português já desenvolvida e validada sob critérios científicos e éticos rigidamente respeitados (FLECK et al, 2000)
- 3-) Facilidade de aplicação do instrumento: demanda pouco tempo para seu preenchimento e avaliação, é de fácil entendimento e características psicométricas satisfatórias.

AValiação da Saúde Mental

Os dados de saúde mental representam a seguinte variável dependente:

- Presença de doença mental: apresenta ou não. Utilizando como referência o M.I.N.I.; Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido (de 1 a 3 horas) (AMORIM, 2000). Para esta pesquisa serão utilizados seis módulos distintos servindo como base diagnóstica para seis diferentes patologias sendo elas: depressão, distímia, transtorno de pânico, ansiedade generalizada e dependência e abuso de álcool e dependência e abuso de substâncias sedativas.

E a seguinte variável independente:

- Uso de benzodiazepínico no último ano: sim ou não

3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo, estado civil, ...) e estatísticas descritivas (com medidas de posição e dispersão – média, desvio-padrão, valores mínimo, máximo e mediana) das variáveis contínuas (idade, escores de QV, ...). Para os escores dos 4 domínios de qualidade de vida (WHOQOL-Brief) também foram calculados os percentuais.

Para analisar a associação entre 2 variáveis categóricas foram utilizados os testes Qui-Quadrado ou exato de Fisher (para valores esperados menores que 5). Para analisar a correlação entre variáveis numéricas foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Para analisar o perfil dos pacientes com transtornos mentais, com doença física e com qualidade de vida baixa foi utilizada a Análise de Regressão Logística, modelo lógico. Foram feitas as análises univariada e multivariada com critério *Stepwise* de seleção de variáveis, sendo um modelo para cada variável resposta (transtorno mental, doença física e qualidade de vida (dividida pelos quartis)).

4. RESULTADOS

Todos os idosos com 60 anos ou mais pertencentes a equipe girassol e atendidos no período de novembro de 2003 a novembro de 2004, tanto no ambulatório do CSS quanto em visitas domiciliares, foram selecionados para participar do estudo, em um total de 591 indivíduos. Dos 82 atendimentos onde o questionário pode ser realizado, 2 pessoas apresentaram quadro de demência e 2 apresentaram déficit auditivo importante, não sendo possível a realização do WHOQOL e do MINI para estas 4 pessoas. No total foram analisados os 82 questionários, mesmo os incompletos.

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

4.1.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

As características demográficas das pessoas incluídas são as seguintes: dos 82 entrevistados 49 (59,8%) moram em bairros sem saneamento básico, com casas em péssimas condições de moradia e sem asfalto, 16 (19,5%) moram em bairros com saneamento básico, casas em boas condições de moradia e sem asfalto e

outros 17 (20,7%) em bairros com saneamento básico, casas em boas condições de moradia e com asfalto (tabela 3)

As Figuras 6 e 7 mostram a freqüência da distribuição por sexo e faixa etária da população estudada, sendo ela composta por 47 (57,3%) de mulheres e 35 (42,7%) de homens; a maior parte dos indivíduos encontra-se na faixa de 60 a 79 anos, sendo que 42 (51,2%) tem de 60 a 69 anos e 32 (39%) de 70 a 79 anos, ou seja 74 (90,2%) tem entre 60 e 79 anos.

FIGURA 6. Distribuição da População Estudada por Faixa Etária

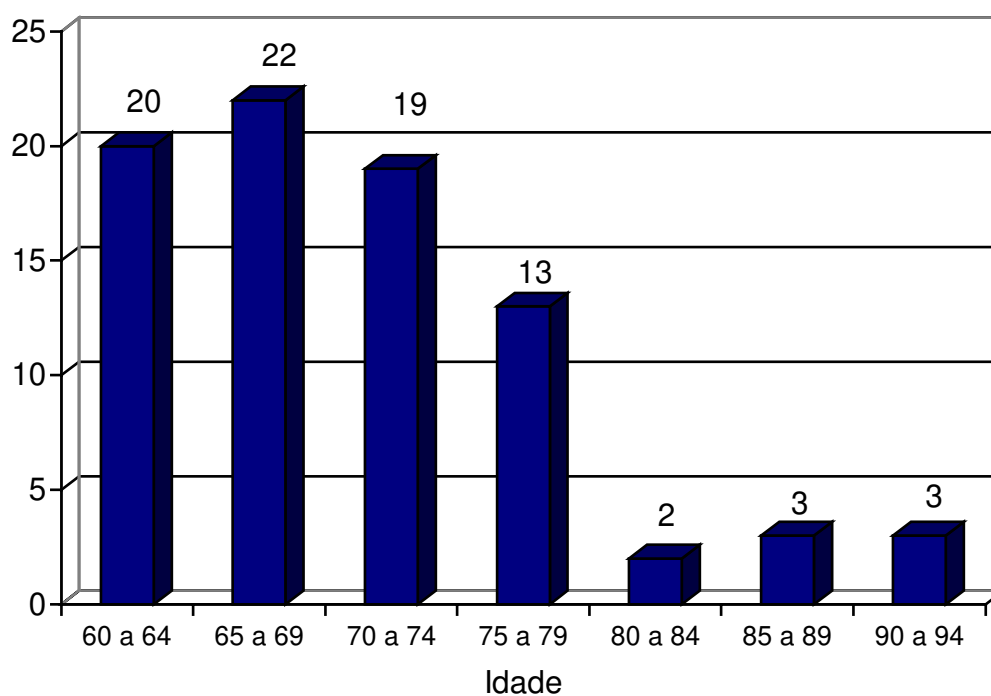
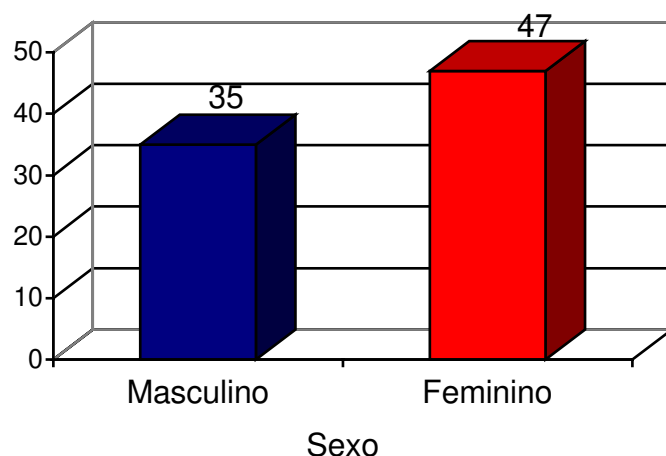


FIGURA 7. Distribuição da População Estudada por Sexo



4.1.2 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

Com relação ao trabalho 66 (80,5%) referiram como sendo do lar. 16 (19,5%) desenvolvem algum tipo de trabalho, desses 8 (50%) são jardineiros/caseiros. Sendo as pessoas entrevistadas, a maioria de baixa renda, a média da renda per capita é de 128 dólares (1 dólar = 2,6 reais), com desvio padrão de 69 dólares. 58 (70,7%) referiram ser aposentados, desses 35 (60,3%) recebem um salário mínimo. Com relação a moradia 61 (74,4%) possuem casa própria. Em relação a classe social 47 (57,3%) pertencem a classe social D e E, enquanto 27 (32,9%) pertencem a classe C e 8 (9,8%) a classe B (tabela 3).

4.1.3 DADOS SÓCIO-CULTURAIS

O nível de escolaridade dos entrevistados é baixo, representativo da população de baixa renda. Praticamente 77 (94%) não completaram 5 anos de estudo com sucesso, e 30 (36,5%) disseram não saber ler e escrever. Somente

5 (6%) alcançaram com sucesso oito ou mais anos de estudo. Nenhum dos entrevistados chegou ao nível universitário (tabela 3).

4.1.4 REDE SOCIAL

Com relação a rede social de apoio, 52 (63,4%) são casados ou moram juntos; 23 (28%) são viúvos sendo 17 (73,9%) deles mulheres; 2 (2,4%) solteiros; 3 (3,7%) divorciados e 2 (2,4%) separados. 25 (71,4%) dos homens são casados ou vivem como casado, demonstrando diferenças importantes entre o estado civil dos homens e mulheres na velhice. 17 (36,2%) das mulheres são viúvas e para somente 6 (17,1%) de homens viúvos (tabela 4).

A respeito da composição do lar: 11 (13,4%) moram sozinhos e 71 (86,6%) não (tabela 3). Daqueles que moram sozinhos, 6 (54,5%) são viúvos, 9 (83,3%) são mulheres. Daqueles que não moram sozinhos, 18 (25,6%) moram somente com uma pessoa. 50 (61%) dos lares são compostos de mais de 2 pessoas. Em média o lar é composto por 3,1 pessoas e em 15 (18,2%) dos lares moram mais de 4 pessoas juntas.

Com relação ao número de pessoas que dormem no mesmo quarto, 20 (24,4%) dormem sozinhos, 51 (62,2%) dormem com outra pessoa e 11 (13,4 %) dormem com duas ou mais pessoa no mesmo quarto. Em relação a atividade social regular 34 (41,5%) não realizam nenhuma atividade social regular, dos que realizam 43 (89,6%) têm a religião como atividade rotineira. O centro de saúde é utilizado regularmente por 64 (78%) dos entrevistados, o restante utiliza-o de maneira esporádica. (tabela 4).

4.1.5 DOENÇA CRÔNICA

Com relação as doenças físicas referidas, 2 (2,4%) não referiram nenhuma doença física, 19 (23,2%) referiram nenhuma ou até duas doenças, 38 (46,3%) referiram entre 3 e 4 doenças e 25 (30,5%) referiram 5 ou mais doenças. A média foi de 3,5 doenças por indivíduo. As mais freqüentes foram: hipertensão 60 (73,2%), doença osteoarticular 42 (51,2%), alteração visual 55 (67,1%), alteração auditiva 35 (42,7%), diabetes 25 (30,5%), doença respiratória 17 (20,7%), doença digestiva 14 (17,1%), doença urinária 11 (13,4%) e doença cardíaca 10 (12,2%). Desses foram confirmados um percentual menor de hipertensos e diabéticos, cerca de 55 (67%) e 20 (24,4%) respectivamente (tabela 5).

4.1.6 CAPACIDADE FUNCIONAL

A respeito da capacidade funcional medida através do índice de Barthel, 60 (73,2%) referiram não necessitar de ajuda para a realização de atividades de vida diária, 22 (26,8%) necessitam de ajuda em pelo menos uma atividade de vida diária e ou não conseguem fazer o controle dos esfíncteres, desses 11 (50%) têm alteração apenas no controle do esfíncter vesical e 11 (50%) em alguma atividade de vida diária. 6 (27,2%) necessitam de ajuda em quatro ou mais atividades de vida diária. Dos 22 entrevistados que apresentaram alteração no índice de Barthel, 16 (72,7%) referiram necessitar de ajuda no controle do esfíncter vesical e 3 (13,6%) estar incontinente (tabelas 7 e 8).

A comparação das variáveis entre categorias em relação ao índice de Barthel mostrou um predomínio de aposentados, hipertensos, mulheres, do lar, sem atividade social, e não muito religioso (tabela 9).

4.1.7 QUALIDADE DE VIDA (QV)

A avaliação da qualidade de vida foi feita através do WHOQOL-bref. As 2 questões iniciais genéricas mostraram o seguinte: em relação a pergunta como você avaliaria a sua qualidade de vida, apenas 2 (2,6%) responderam muito ruim, e 9 (11,5%) ruim (figura 8). Em relação a satisfação com a saúde, apenas 1 (1,3%) respondeu estar muito insatisfeito e 10 (12,8%) responderam estar insatisfeito com a própria saúde (figura 9).

FIGURA 8. Como você avaliaria a sua qualidade de vida?

n=78

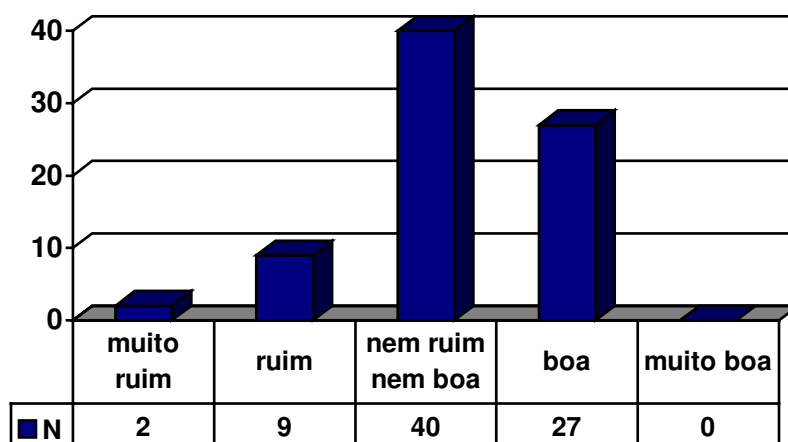
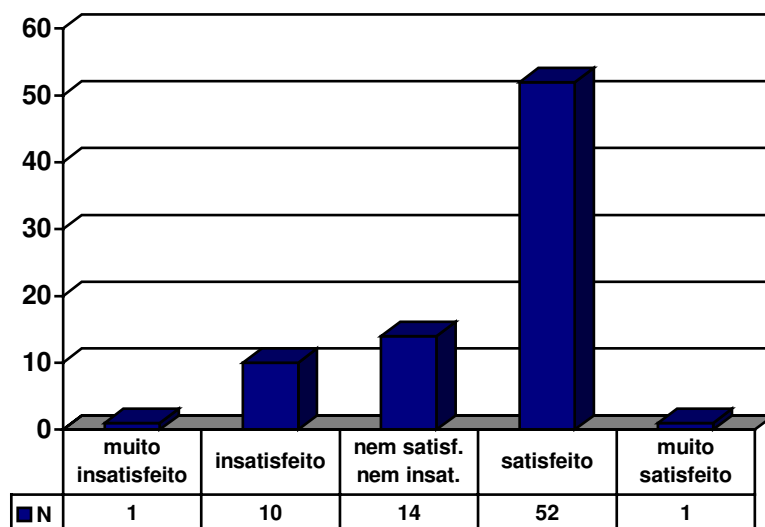


FIGURA 9. Quão satisfeito você está com a sua saúde?

n=78



Em relação ao WHOQOL-bref que é avaliado através de uma escala Likert de 100 pontos (1 a 100), 22 (28,2%) dos entrevistados obtiveram escore menor que a média no domínio físico, 32 (41%) no domínio ambiental, 27 (34,6%) no domínio social e 36 (46,2%) ficaram abaixo da média no domínio psicológico (tabela 10).

Como não há dados na literatura referente a valores para baixa qualidade de vida, optamos por trabalhar com o escore de baixa qualidade de vida pelo respectivo percentil 25 (ou 1º quartil) referente a amostra estudada.

4.1.8 SAÚDE MENTAL

Em relação a saúde mental, o MINI mostrou que 22 (28,2%) dos entrevistados apresentaram algum tipo de transtorno mental, desses 10 (45,5%) apresentaram depressão, 3 (13,6%) distímia, 7 (31,8%) transtorno de pânico, 5

(22,7%) ansiedade generalizada, 3 (13,6%) dependência de benzodiazepínico, e 1 (4,5%) dependência de álcool (tabela 5).

Em relação ao uso de benzodiazepínicos nos últimos 12 meses, 14 (17%) dos entrevistados referiram ter feito uso, desses 3 (21,4%) mostraram-se dependentes da substância e 1 (7,1%) faz uso abusivo da substância (tabela 5).

4.1.9 DIMENSÃO RELIGIOSA

Em relação a dimensão religiosa, 80 (97,6%) apresentam algum tipo de religião, desses 55 (69,6%) são católicos e 24 (30,4%) evangélicos. 38 (47,5%) dos religiosos não freqüentam a igreja ou vão a um único culto mensal, e 38 (47,5%) freqüentam o culto pelo menos uma vez por semana. 53 (64,6%) dos indivíduos referem ser muito religiosos, ter muita fé e acreditar muito em Deus (tabela 6).

Tabela 3. Perfil Social da amostra de residentes acima de 60 anos cadastrados no Centro de Saúde de Sousas, janeiro de 2005.

Variável	n	Frequência	% por categoria
Bairros	82		
Boas condições de moradia		17	20,7
Razoáveis condições de moradia		16	19,5
Péssimas condições de moradia		49	59,7
Ocupação	82		
Açougueiro		1	1,2
Ajudante geral		1	1,2
Auxiliar limpeza		1	1,2
Caseiro		1	1,2
Do lar		66	80,5
Doceira		2	2,4
Doméstica		1	1,2
Jardineiro		7	8,5
Serviços gerais		1	1,2
vendedora		1	1,2
Renda mensal em salários mínimos	80		
<1		4	5,0
1 – 4		50	62,5
5 – 8		19	23,8
9 – 13		5	6,3
14 – 19		2	2,5
Casa	82		
Própria		61	74,4
Alugada		4	4,9
Cedida		14	17,1
Em transito		3	3,7
Classe Social	82		
A		0	0
B		8	9,8
C		27	32,9
D		33	40,2
E		14	17,1
Anos de estudo com sucesso	82		
0		30	36,5
1 – 4		47	57,3
5 – 8		1	1,2
9 – 12		4	4,8
> 12		0	0

Tabela 4. Perfil Social da amostra de residentes acima de 60 anos cadastrados no Centro de Saúde de Sousas, janeiro de 2005.

Variável	n	Frequência	% por categoria
Aposentadoria	82		
Recebe		58	70,7
Não recebe		24	29,3
Estado civil	82		
Solteiro		2	2,4
Casado		48	58,5
Viúvo		23	28,0
Separado		2	2,4
Divorciado		3	3,7
Vive como casado		4	4,9
Mora com quem	82		
Mora só		11	13,4
1 pessoa		21	25,6
2 pessoas		21	25,6
3 pessoas		14	17,1
4 pessoas		10	12,2
5 pessoas		2	2,4
6 pessoas		1	1,2
7 pessoas		2	2,4
Número de pessoas/quarto	82		
0 -1		20	24,4
1,1 - 2		51	62,2
> 2		11	13,4
Atividade social regular	82		
Realiza		45	54,9
Não realiza		37	45,1
Utilização do CSS	82		
Utiliza regularmente		64	78,0
Utiliza esporadicamente		14	17,0
Apenas para vacina		1	1,2
Apenas remédio		3	3,6
Apenas exames		0	0
Não usa		0	0

Tabela 5. Características das doenças referidas e diagnosticadas da amostra de residentes acima de 60 anos cadastrados no Centro de Saúde de Sosas, janeiro de 2005.

Variável	n	Frequência	% por categoria
Quantidade de doença crônica	82		
0 – 2		19	23,2
3 – 4		38	46,3
5 – 7		25	30,5
Doença crônica referida	82		
Diabetes		25	30,4
Hipertensão		60	73,1
Doença respiratória		17	20,7
Doença Gástrica		14	17,0
Doença urinária		11	13,4
Doença cardíaca		10	12,1
Hanseníase		0	0
Alcoolismo		5	6,0
Tabagismo		9	10,9
Tuberculose		0	0
Acidente vascular cerebral		4	4,8
Uso de prótese dentária		62	75,6
Quedas recorrentes		15	18,2
Doença de Parkinson		0	0
Alzheimer		2	2,4
Transtorno Mental		2	2,4
Dificuldade auditiva		35	42,6
Dificuldade visual		55	67,0
Doença reumática		42	51,2
Hipertensão confirmada	82		
Sim		55	67,1
Não		27	32,9
Diabetes confirmada	82		
Sim		20	24,4
Não		62	75,6

Tabela 5.(continuação). Características das doenças referidas e diagnosticadas da amostra de residentes acima de 60 anos cadastrados no Centro de Saúde de Sousas, janeiro de 2005

Variável	n	Frequência	% por categoria
MINI – Saúde Mental	78		
Depressão		10	12,8
Distímia		3	3,8
Transt. de pânico		7	8,9
Dependência benzodiazepínico		3	3,8
Abuso de benzodiazepínico		1	1,2
Dependência de álcool		1	1,2
Abuso de álcool		1	1,2
Ansiedade generalizada		5	6,4
Uso de benzodiazepínico	78		
Fez		14	17,9
Não fez		64	82,1

Tabela 6. Características religiosas da amostra de residentes acima de 60 anos cadastrados no Centro de Saúde de Sousas, janeiro de 2005.

Variável	n	Frequência	% por categoria
Tipo religioso	82		
Católico		55	67,0
Evangélico		24	29,2
Espírita		1	1,2
Ateu		2	2,4
Frequência de cultos/mês	80		
0		20	25,0
1		18	22,5
2		3	3,7
3		1	1,2
4		24	30,0
>4		14	17,5
O quanto se considera religioso	82		
Muito religioso		53	64,6
Religioso		24	29,2
Pouco religioso		3	3,6
Sem religião		2	2,4

Tabela 7. Escore dos entrevistados em relação ao Índice de Barthel

Variável	n	Frequência	% por categoria
Índice de Barthel (0 – 100)	82		
5		3	3,6
50		1	1,2
75		2	2,4
80		1	1,2
90		3	3,6
95		12	14,6
100		60	73,2

Tabela 8. Descrição das dificuldades dos 22 sujeitos com incapacidade.

ITENS DA AVALIAÇÃO	N	FREQUÊNCIA
ALIMENTAÇÃO	4	
Necessita de ajuda		2
Dependente		2
TRANSFERÊNCIAS (CAMA/CADEIRA)	6	
Necessita de ajuda		3
Necessita de muita ajuda		2
Dependente		1
TOALETE PESSOAL (lavar o rosto, pentear os cabelos, barbear-se, escovar os dentes)	4	
Dependente		4
USO DO BANHEIRO – ir e voltar do toailete (segurando roupas, limpar-se, dar descarga)	4	
Necessita de ajuda		1
Dependente		3
BANHO	6	
Dependente		6
ANDAR EM SUPERFÍCIE PLANA (ou, se incapaz de andar, mover a cadeira de rodas)	6	
Necessita de ajuda		2
Só o paciente em cadeiras de roda		1
Dependente		3
SUBIR E DESCER ESCADAS	11	
Necessita de ajuda		6
Dependente		5
VESTIR-SE E DESPIR-SE (incluindo amarrar sapatos e manejar fechos)	6	
Necessita de ajuda		2
Dependente		4
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER ANAL	3	
Necessita de ajuda		0
Incontinente		3
CONTINÊNCIA DO ESFÍNCTER VESICAL	19	
Necessita de ajuda		16
Incontinente		3

Tabela 9. Comparações das variáveis entre categorias em relação ao índice de Barthel.

Variável	Categorias	Barthel (< 100) n=22	n total	Total	p valor
Categoria de Bairro	Boas condições de moradia	12	82	17	P=0.694*
	Razoável cond de moradia	04		16	
	Péssimas cond de moradia	06		49	
Sexo	masculino	06	82	35	P=0.088**
	feminino	16		47	
Estado civil	Com companheiro	12	82	52	P=0.313**
	Sem companheiro	10		30	
Idade	60 a 69	08	82	42	P=0.103**
	> 69	14		40	
Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	14	82	52	P=0.980**
	Não freqüentou escola	08		30	
Ocupação	Do lar	21	82	66	P=0.057*
	trabalha	01		16	
Atividade social	tem	07	82	45	p=0.011**
	não tem	15		37	
Centro de saúde	Utiliza regularmente	17	82	64	P=0.999*
	Utiliza esporadicamente	05		18	
Casa	Própria	14	82	61	P=0.177**
	Não própria	08		21	
Moradia	Mora só ou com uma pessoa	06	82	32	P=0.187**
	Mora com mais de uma pessoa	16		50	
Número pessoa/quarto	0 - 1	06	82	20	P=0.639**
	1,1 - 2	12		51	
	> 2	04		11	
Renda per capita	≤ 100 dólares	11	80	37	P=0.679**
	> 100 dólares	11		43	
Aposentadoria	Recebe	19	82	58	P=0.060**
	Não recebe	03		24	
Classe social	B e C	09	82	35	P=0.844**
	D e E	13		47	
Religião	Católica	12	79	55	P=0.147**
	Evangélica	09		24	
Religiosidade	Muito religioso	10	82	53	p=0.028**
	Não muito religioso/sem religião	12		29	
Freqüência de culto	Nenhuma a uma vez/mês	11	80	38	P=0.783**
	Mais que uma vez/mês	11		42	
Uso de benzodiazepínico	Fez	04	78	14	P=0.735*
	Não fez	15		64	
Hipertensão	Não tem	03	82	27	p=0.024**
	tem	19		55	
Diabetes	Não tem	14	82	62	P=0.126**
	tem	08		20	

* p-valor referente ao teste Exato de Fisher

** p-valor referente ao teste Qui-Quadrado

A tabela 9, apresenta a comparação das variáveis entre categorias em relação ao índice de Barthel. Indicando que houve associação significativa entre apresentar alteração no índice de Barthel e não ter atividade social, não ser muito religioso e ser hipertenso.

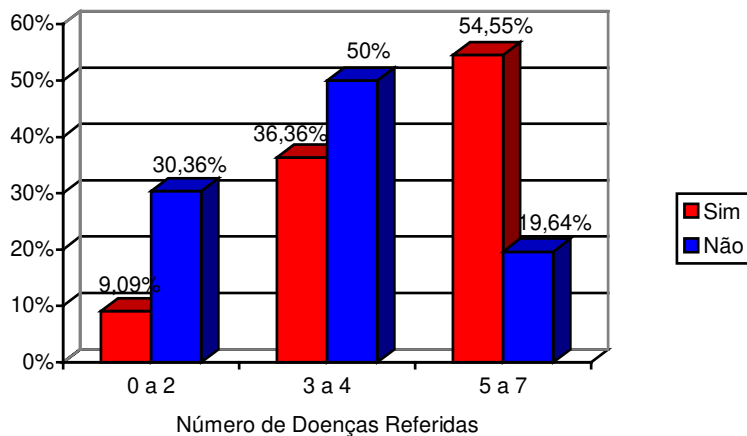
Tabela 10. Análise descritiva dos escores das 2 questões genéricas e dos quatro domínios do WHOQOL-bref.

DOMÍNIO (Escala Likert 1-5)	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	Q1	MEDIANA	Q3	MÁX
QUALIDADE DE VIDA	78	3,18	0,73	1,00	3,00	3,00	4,00	4,00
SATISFAÇÃO COM A SAÚDE	78	3,54	0,78	1,00	3,00	4,00	4,00	5,00
DOMÍNIO (Escala Likert 1-100)	N	MÉDIA	D.P.	MÍN	Q1	MEDIANA	Q3	MÁX
FÍSICO	78	63.92	15.44	21.43	57.14	71.43	75.00	85.71
PSÍQUICO	78	63.84	13.49	29.17	58.33	66.67	75.00	83.33
SOCIAL	78	66.56	10.09	25.00	58.33	66.67	75.00	75.00
AMBIENTAL	78	57.85	9.13	31.25	53.13	59.38	65.63	71.88

4.2 Análise de Associação entre Variáveis Principais (dependentes)

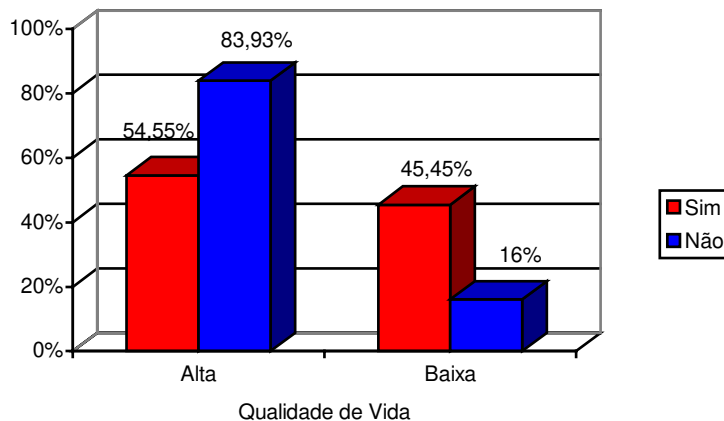
As Figuras 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18 a seguir, apresentam os cruzamentos entre as variáveis principais do estudo (transtorno mental, doenças físicas e qualidade de vida).

FIGURA 10. Frequência Relativa da Associação entre Transtorno Mental e o Número de Doenças Físicas Referidas



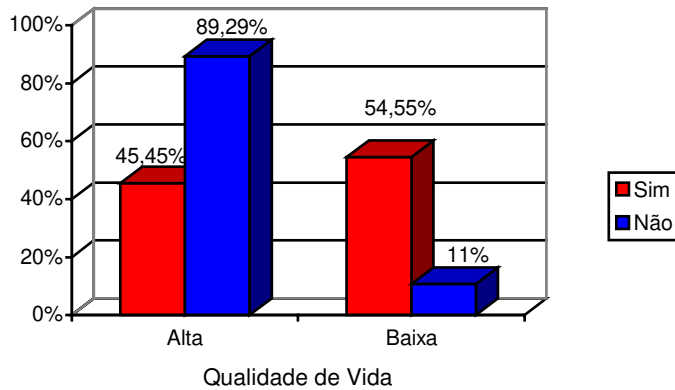
Houve associação significativa entre transtorno mental e doenças físicas referidas, ou seja, observou-se um maior número de doenças referidas naqueles com transtorno mental (teste qui-quadrado: $X^2 = 10,09$; GL = 2; $p = 0,006$).

FIGURA 11. Frequência Relativa da Associação entre Transtorno Mental e Qualidade de Vida – Domínio Físico



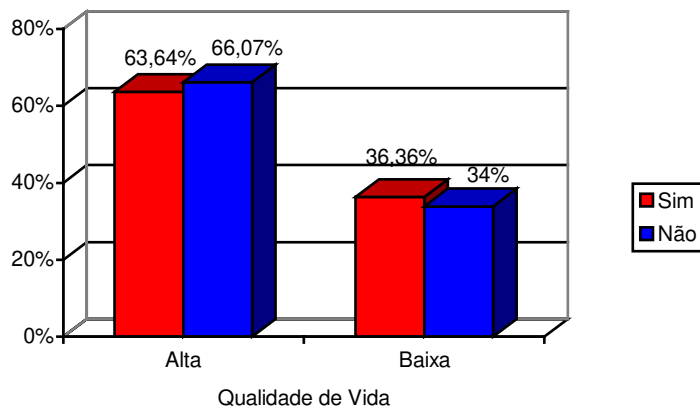
Houve associação significativa entre transtorno mental e baixa qualidade de vida no domínio físico, ou seja, observou-se uma maior frequência de baixa qualidade de vida no domínio físico para aqueles com transtorno mental (teste qui-quadrado: $X^2 = 7,40$; GL = 1; $p = 0,007$).

FIGURA 12. Frequência Relativa da Associação entre Transtorno Mental e Qualidade de Vida – Domínio Psicológico



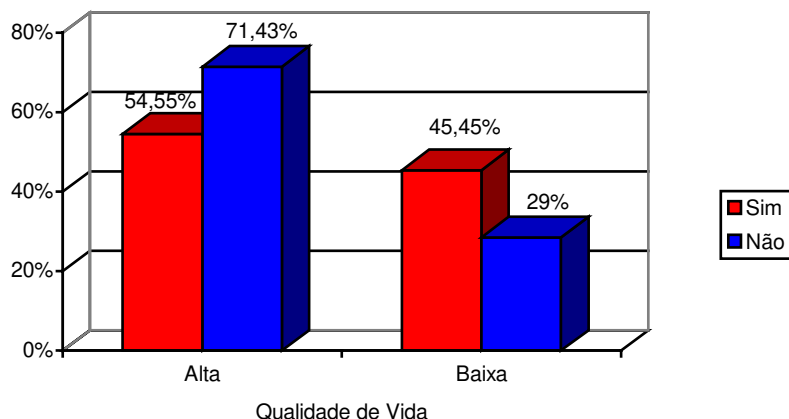
Houve associação significativa entre transtorno mental e baixa qualidade de vida no domínio psicológico, ou seja, observou-se uma maior frequência de baixa qualidade de vida no domínio psicológico para aqueles com transtorno mental (teste qui-quadrado: $X^2 = 17,09$; GL = 1; $p < 0.001$).

FIGURA 13. Frequência Relativa da Associação entre Transtorno Mental e Qualidade de Vida – Domínio Social



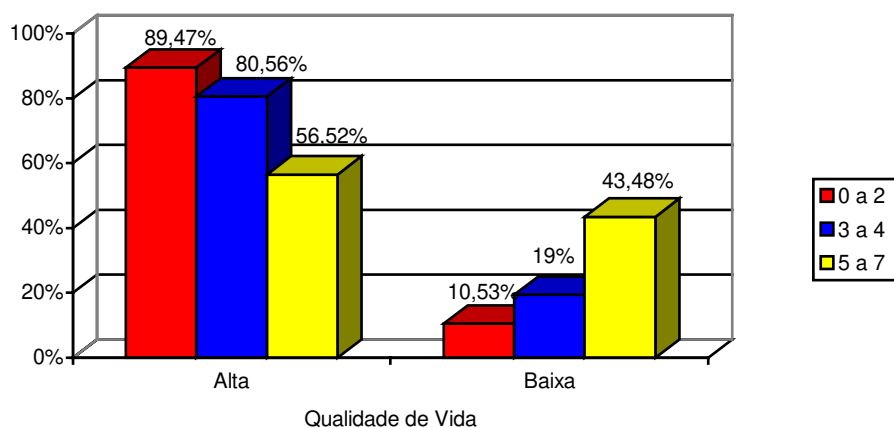
Não houve associação significativa entre transtorno mental e qualidade de vida no domínio social (teste qui-quadrado: $X^2 = 0,04$; GL = 1; $p = 0.839$).

FIGURA 14. Frequência Relativa da Associação entre Transtorno Mental e Qualidade de Vida – Domínio Ambiental



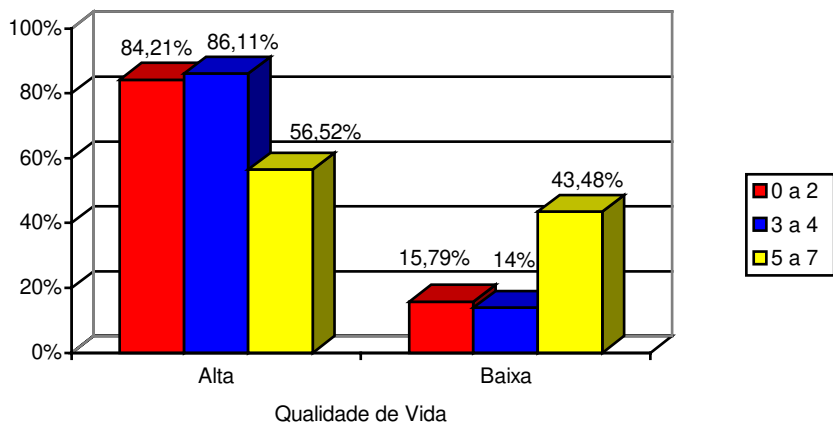
Não houve associação significativa entre transtorno mental e qualidade de vida no domínio ambiental (teste qui-quadrado: $X^2 = 2,03$; GL = 1; $p = 0,155$).

FIGURA 15. Frequência Relativa da Associação entre o Número de Doenças Físicas Referidas e Qualidade de Vida - Domínio Físico



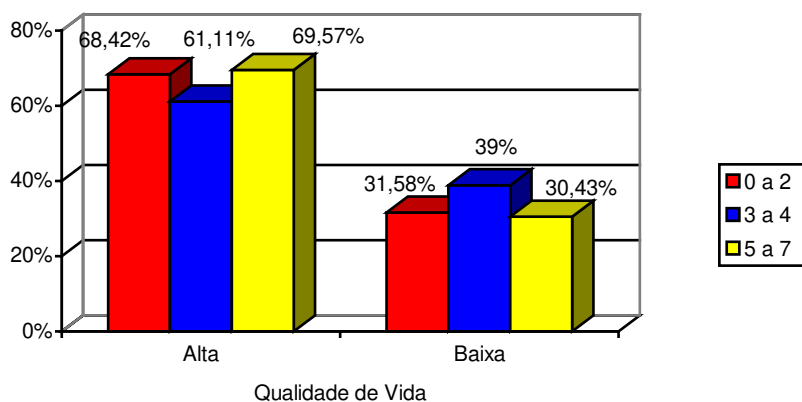
Houve associação significativa entre o número de doenças físicas referidas e baixa qualidade de vida no domínio físico, ou seja, observou-se uma maior frequência de baixa qualidade de vida no domínio físico para aqueles com maior número de doenças físicas referidas (teste qui-quadrado: $X^2 = 7,01$; GL = 2; $p = 0,030$).

FIGURA 16. Freqüência Relativa da Associação entre o Número de Doenças Físicas Referidas e Qualidade de Vida - Domínio Psicológico



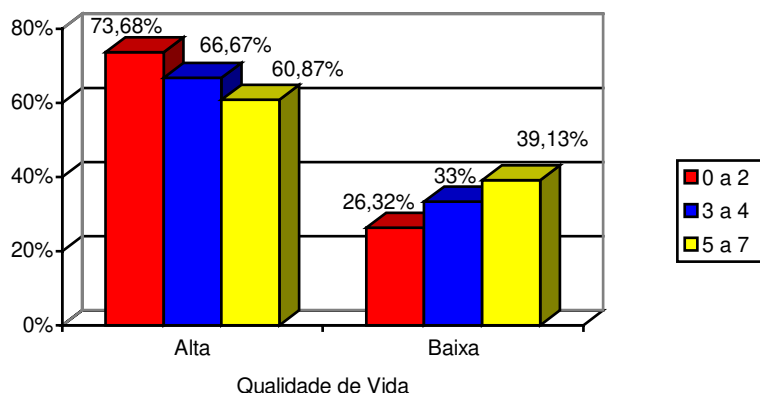
Houve associação significativa entre o número de doenças físicas referidas e baixa qualidade de vida no domínio psicológico, ou seja, observou-se uma maior freqüência de baixa qualidade de vida no domínio psicológico para aqueles com maior número de doenças físicas referidas (teste qui-quadrado: $X^2 = 7,67$; GL = 2; $p = 0,022$).

FIGURA 17. Freqüência Relativa da Associação entre o Número de Doenças Físicas Referidas e Qualidade de Vida - Domínio Social



Não houve associação significativa entre o número de doenças físicas referidas e qualidade de vida no domínio social (teste qui-quadrado: $X^2 = 0,55$; GL = 2; $p = 0,761$).

FIGURA 18. Frequência Relativa da Associação entre o Número de Doenças Físicas Referidas e Qualidade de Vida - Domínio Ambiental



Não houve associação significativa entre o número de doenças físicas referidas e qualidade de vida no domínio ambiental (teste qui-quadrado: $X^2 = 0,77$; GL = 2; $p = 0,681$).

4.3 Análise das 2 Questões genéricas do WHOQOL-Bref

As tabelas 11 e 12, a seguir, apresentam os cruzamentos entre as variáveis principais do estudo (transtorno mental, doenças físicas e qualidade de vida) com os escores das questões genéricas 1 e 2 do WHOQOL-Bref. Para efeito de análise, as mesmas serão consideradas como escores ordinais numa escala Likert de 5 pontos (1 a 5). Houve diferença significativa de escores entre os com e sem transtorno mental (os sem transtorno mental apresentaram maiores escores de qualidade de vida (questão genérica – W1) e satisfação com a saúde (questão genérica – W2)). Também houve diferença significativa de escores entre os com baixa e alta qualidade de vida para os domínios físico, psicológico e ambiental (os com baixa qualidade de vida nos domínios físico, psicológico e ambiental apresentaram menores escores de qualidade de vida (questão genérica – W1) e menores escores

de satisfação com a saúde (questão genérica – W2). Não houve diferença significativa para o domínio social do WHOQOL-bref, e nem para os 3 grupos de doenças físicas referidas.

Tabela 11. Comparação dos escores da questão genérica do WHOQOL-BREF-referente a Qualidade de Vida.

	Qualidade de Vida			
	n	Média	Desvio padrão	p-valor
Transtorno Mental				
Sim	22	2.73	0.77	p=0.001*
Não	56	3.36	0.64	
Total de Doenças Referidas				
de 0 a 2	19	3.26	0.87	p=0.248**
de 3 a 4	36	3.28	0.57	
de 5 a 7	23	2.96	0.82	
Domínio Físico				
Alta	59	3.32	0.65	p= 0.003***
Baixa	19	2.74	0.81	
Domínio Psicológico				
Alta	60	3.37	0.58	p<0.001***
Baixa	18	2.56	0.86	
Domínio Social				
Alta	51	3.24	0.74	p=0.274***
Baixa	27	3.07	0.73	
Domínio Ambiental				
Alta	52	3.40	0.5	p<0.001***
Baixa	26	2.73	0.92	

* p-valor referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre os com e sem Transtorno Mental.

**p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação dos escores entre os 3 grupos do total de doenças referidas.

***p-valor referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre os com baixa (<P25) e alta (>P25) Qualidade de Vida.

Tabela 12. Comparação dos escores da questão genérica do WHOQOL-BREF- referente a Satisfação com a Saúde .

	Satisfação com a Saúde			
	n	Média	Desvio padrão	p-valor
Transtorno Mental				
Sim	22	3.23	0.87	p=0.023*
Não	56	3.66	0.72	
Total de Doenças Referidas				
De 0 a 2	19	3.26	0.87	p=0.051**
De 3 a 4	36	3.72	0.66	
De 5 a 7	23	3.26	0.81	
Domínio Físico				
Alta	59	3.76	0.57	p<0.001***
Baixa	19	2.84	0.96	
Domínio Psicológico				
Alta	60	3.70	0.62	p=0.004***
Baixa	18	3.00	1.03	
Domínio Social				
Alta	51	3.55	0.78	p=0.274***
Baixa	27	3.52	0.80	
Domínio Ambiental				
Alta	52	3.71	0.64	p=0.009***
Baixa	26	3.19	0.94	

* p-valor referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre os com e sem Transtorno Mental.

**p-valor referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação dos escores entre os 3 grupos do total de doenças referidas.

***p-valor referente ao teste de Mann-Whitney para comparação dos escores entre os com baixa (<P25) e alta (>P25) Qualidade de Vida.

4.4 ANÁLISE LOGÍSTICA

Através do uso da regressão logística, colocando doença física, qualidade de vida (através dos quatro domínios) e doença psiquiátrica como variáveis dependentes e controlando por todas as outras, avaliaram-se as variáveis que demonstram uma importância maior, tentando discriminar aquelas que exercem uma influência independente.

4.4.1 Análise de Regressão Logística para QV-Física

Para estudar a influência das variáveis independentes de interesse na qualidade de vida foi utilizada a análise de regressão logística, classificando os idosos em sujeitos com baixa qualidade de vida pelo respectivo percentil 25 (ou 1º quartil) (indivíduos com escore abaixo do P25 serão considerados como com baixa QV). A tabela 13, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para o escore de qualidade de vida pelo domínio físico do WHOQOL. A tabela 14 apresenta os resultados da análise multivariada, usando o critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Tabela 13. Resultados da análise de regressão logística univariada para QV-Física.

Variável	Categorias (códigos)	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Categoria de Bairro	Boas condições de moradia	---	1.00	---
	Razoável cond de moradia	0.274	0.41	0.08 – 2.06
	Péssimas cond de moradia	0.691	1.29	0.37 – 4.47
Sexo	masculino	---	1.00	---
	feminino	0.881	1.08	0.38 – 3.08
Estado civil	Com companheiro	---	1.00	---
	Sem companheiro	0.749	0.84	0.28 – 2.52
Idade	60 a 69	---	1.00	---
	> 69	0.516	1.41	0.50 – 3.98
Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	---	1.00	---
	Não frequentou escola	0.610	1.32	0.46 – 3.78
Ocupação	Do lar	---	1.00	---
	trabalha	0.954	0.00*	0.00 – 999.0
Atividade social	tem	---	1.00	---
	não tem	0.021	3.64	1.21 – 10.97
Centro de saúde	Utiliza regularmente	---	1.00	---
	Utiliza esporadicamente	0.584	1.40	0.42 – 4.65
Casa	Própria	---	1.00	---
	Não própria	0.151	2.29	0.74 – 7.05
Moradia	Mora só ou com uma pessoa	---	1.00	---
	Mora com mais de uma pessoa	0.021	4.82	1.27 – 18.30
Número pessoa/quarto	0 - 1	---	1.00	---
	1,1 - 2	0.796	1.18	0.33 – 4.26
	> 2	0.487	1.88	0.32 – 11.02
Renda per capita	≤ 100 dólares	---	1.00	---
	> 100 dólares	0.876	1.09	0.38 – 3.15
Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.930	1.05	0.35 – 3.21
Classe social	B e C	---	1.00	---
	D e E	0.703	0.82	0.29 – 2.31
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.074	2.79	0.91 – 8.62
Religiosidade	Muito religioso	---	1.00	---
	Não muito religioso/sem religião	0.025	3.40	1.16 – 9.91
Frequência de culto	Nenhuma a uma vez/mês	---	1.00	---
	Mais que uma vez/mês	0.357	0.61	0.21 – 1.76
Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	<0.001	19.14	5.30 – 69.11
Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.019	0.23	0.07 – 0.78
Hipertensão	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.026	5.83	1.23 – 27.59
Diabetes	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.204	2.06	0.68 – 6.31

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=59 Alta QV e n=19 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

* divisão por zero. OR indeterminada.

Tabela 14. Resultados da análise de regressão logística multivariada para QV-Física.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	<0.001	36.14	6.60 – 197.95
2. Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.007	0.08	0.01 – 0.51

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=58 Alta QV e n=17 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Baixa Qualidade de Vida Física em relação aos com Alta Qualidade de Vida:

- Barthel (os indivíduos com incapacidade têm 36.1 vezes mais risco (associação) de menor QV Física que os que não apresentam incapacidade);
- Uso de Benzodiazepínico (os que fizeram uso têm 12.1 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.95-74.72) de menor QV Física que os que não fizeram uso).

4.4.2 Análise de Regressão Logística para QV-Psicológica

A tabela 15, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para o escore de qualidade de vida pelo domínio psicológico do WHOQOL. A tabela 16 apresenta os resultados da análise multivariada, usando o critério *Stepwise*.

Tabela 15 Resultados da análise de regressão logística univariada para QV- Psicológica.

Variável	Categorias (códigos)	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Categoria de Bairro	Boas condições de moradia	---	1.00	---
	Razoável cond de moradia	0.788	1.20	0.32 – 4.54
	Péssimas cond de moradia	0.788	1.20	0.32 – 4.54
Sexo	masculino	---	1.00	---
	feminino	0.647	1.29	0.44 – 3.77
Estado civil	Com companheiro	---	1.00	---
	Sem companheiro	0.664	1.27	0.43 – 3.78
Idade	60 a 69	---	1.00	---
	> 69	0.482	0.68	0.23 – 1.99
Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	---	1.00	---
	Não freqüentou escola	0.469	1.49	0.51 – 4.33
Ocupação	Do lar	---	1.00	---
	trabalha	0.105	0.18	0.02 – 1.44
Atividade social	tem	---	1.00	---
	não tem	0.302	1.75	0.61 – 5.06
Centro de saúde	Utiliza regularmente	---	1.00	---
	Utiliza esporadicamente	0.224	0.38	0.08 – 1.82
Casa	Própria	---	1.00	---
	Não própria	0.700	1.26	0.38 – 4.16
Moradia	Mora só ou com uma pessoa	---	1.00	---
	Mora com mais de uma pessoa	0.933	1.05	0.36 – 3.08
Número pessoa/quarto	0 - 1	---	1.00	---
	1,1 - 2	0.068	0.33	0.10 – 1.08
	> 2	0.857	0.86	0.16 – 4.55
Renda per capita	≤ 100 dólares	---	1.00	---
	> 100 dólares	0.835	1.13	0.37 – 3.42
Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.157	2.20	0.74 – 6.55
Classe social	B e C	---	1.00	---
	D e E	0.647	1.29	0.44 – 3.77
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.046	3.21	1.02 – 10.14
Religiosidade	Muito religioso	---	1.00	---
	Não muito religioso/sem religião	0.391	1.60	0.55 – 4.68
Freqüência de culto	Nenhuma a uma vez/mês	---	1.00	---
	Mais que uma vez/mês	0.316	1.77	0.58 – 5.42
Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	0.001	7.08	2.20 – 22.80
Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.061	0.31	0.09 – 1.05
Hipertensão	Não tem	---	1.00	---
	tem	1.000	1.00	0.33 – 3.06
Diabetes	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.148	2.30	0.74 – 7.12

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=60 Alta QV e n=18 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Tabela 16 Resultados da análise de regressão logística multivariada para QV- Psicológica.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	<0.001	16.91	3.21 – 89.14
2. Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.024	6.80	1.29 – 35.88

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=59 Alta QV e n=16 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Baixa Qualidade de Vida Psicológica em relação aos com Alta Qualidade de Vida:

- Barthel (os indivíduos com incapacidade têm 16.9 vezes mais risco (associação) de menor QV Psicológica que os que não apresentam incapacidade);
- Aposentadoria (os que não recebem aposentadoria têm 6.8 vezes mais risco (associação) de menor QV Psicológica que os que recebem aposentadoria)

4.4.3 Análise de Regressão Logística para QV-Social

A tabela 17, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para o escore de qualidade de vida pelo domínio social do WHOQOL. A tabela 18 apresenta os resultados da análise multivariada, usando o critério *Stepwise*.

Tabela 17 Resultados da análise de regressão logística univariada para QV-Social.

Variável	Categorias (códigos)	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Categoria de Bairro	Boas condições de moradia	---	1.00	---
	Razoável cond de moradia	0.115	0.33	0.08 – 1.31
	Péssimas cond de moradia	0.479	0.65	0.19 – 2.16
Sexo	masculino	---	1.00	---
	feminino	0.912	0.95	0.37 – 2.43
Estado civil	Com companheiro	---	1.00	---
	Sem companheiro	0.863	0.92	0.34 – 2.45
Idade	60 a 69	---	1.00	---
	> 69	0.242	0.57	0.22 – 1.47
Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	---	1.00	---
	Não frequentou escola	0.609	0.78	0.29 – 2.06
Ocupação	Do lar	---	1.00	---
	trabalha	0.052	0.21	0.04 – 1.01
Atividade social	tem	---	1.00	---
	não tem	0.672	1.22	0.48 – 3.12
Centro de saúde	Utiliza regularmente	---	1.00	---
	Utiliza esporadicamente	0.283	0.51	0.15 – 1.75
Casa	Própria	---	1.00	---
	Não própria	0.021	0.16	0.03 – 0.76
Moradia	Mora só ou com uma pessoa	---	1.00	---
	Mora com mais de uma pessoa	0.538	0.74	0.29 – 1.92
Número pessoa/quarto	0 - 1	---	1.00	---
	1,1 - 2	0.447	1.58	0.49 – 5.09
	> 2	0.342	2.24	0.42 – 11.84
Renda per capita	≤ 100 dólares	---	1.00	---
	> 100 dólares	0.491	1.40	0.54 – 3.61
Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.721	1.20	0.44 – 3.27
Classe social	B e C	---	1.00	---
	D e E	0.074	2.47	0.92 – 6.66
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.006	4.44	1.55 – 12.77
Religiosidade	Muito religioso	---	1.00	---
	Não muito religioso/sem religião	0.185	0.50	0.18 – 1.39
Frequência de culto	Nenhuma a uma vez/mês	---	1.00	---
	Mais que uma vez/mês	0.340	1.60	0.61 – 4.20
Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	0.815	1.14	0.39 – 3.34
Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.601	1.40	0.40 – 4.98
Hipertensão	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.614	0.78	0.29 – 2.07
Diabetes	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.261	1.82	0.64 – 5.15

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=51 Alta QV e n=27 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Tabela 18. Resultados da análise de regressão logística multivariada para QV-Social.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.004	5.93	1.80 – 19.54
2. Casa	Própria	---	1.00	---
	Não Própria	0.011	0.11	0.02 – 0.61

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=49 Alta QV e n=26 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Baixa Qualidade de Vida Social em relação aos com Alta Qualidade de Vida:

- Religião (os evangélicos têm 5.9 vezes mais risco (associação) de menor QV Social que os católicos);
- Casa (os com casa própria têm 8.91 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.65-48.14) de menor QV Social que os que não possuem casa própria). Os sujeitos que não têm casa própria, na sua maioria 18 (85,7%), estão recebendo ajuda de alguém ou de outra família.

4.4.4 Análise de Regressão Logística para QV-Ambiental

A tabela 19, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para o escore de qualidade de vida pelo domínio ambiental do WHOQOL. A tabela 20 apresenta os resultados da análise multivariada, usando o critério *Stepwise*.

Tabela 19. Resultados da análise de regressão logística univariada para QV-Ambiental.

Variável	Categorias (códigos)	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Categoria de Bairro	Boas condições de moradia	---	1.00	---
	Razoável cond de moradia	0.479	0.65	0.19 – 2.16
	Péssimas cond de moradia	0.049	0.20	0.04 – 0.99
Sexo	masculino	---	1.00	---
	feminino	0.261	1.75	0.66 – 4.63
Estado civil	Com companheiro	---	1.00	---
	Sem companheiro	0.315	1.65	0.62 – 4.38
Idade	60 a 69	---	1.00	---
	> 69	0.337	0.63	0.24 – 1.63
Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	---	1.00	---
	Não freqüentou escola	0.741	0.85	0.32 – 2.26
Ocupação	Do lar	---	1.00	---
	trabalha	0.948	0.00*	0.00 – 999.0
Atividade social	tem	---	1.00	---
	não tem	0.748	0.86	0.33 – 2.21
Centro de saúde	Utiliza regularmente	---	1.00	---
	Utiliza esporadicamente	0.132	0.35	0.09 – 1.37
Casa	Própria	---	1.00	---
	Não própria	0.709	1.23	0.42 – 3.62
Moradia	Mora só ou com uma pessoa	---	1.00	---
	Mora com mais de uma pessoa	0.870	1.08	0.41 – 2.85
Número pessoa/quarto	0 - 1	---	1.00	---
	1,1 - 2	0.899	0.93	0.30 – 2.91
	> 2	0.232	2.71	0.53 – 13.86
Renda per capita	≤ 100 dólares	---	1.00	---
	> 100 dólares	0.226	0.55	0.21 – 1.45
Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.041	2.86	1.05 – 7.81
Classe social	B e C	---	1.00	---
	D e E	0.519	1.37	0.53 – 3.58
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.002	5.52	1.88 – 16.22
Religiosidade	Muito religioso	---	1.00	---
	Não muito religioso/sem religião	0.505	0.71	0.26 – 1.94
Freqüência de culto	Nenhuma a uma vez/mês	---	1.00	---
	Mais que uma vez/mês	0.030	3.13	1.12 – 8.79
Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	0.045	2.99	1.03 – 8.69
Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.677	1.31	0.37 – 4.66
Hipertensão	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.734	1.19	0.43 – 3.27
Diabetes	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.203	1.97	0.69 – 5.62

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=52 Alta QV e n=26 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

* divisão por zero. OR indeterminada.

Tabela 20. Resultados da análise de regressão logística multivariada para QV-Ambiental.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	<0.001	7.76	2.36 – 25.52
2. Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.047	3.41	1.02 – 11.43

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=49 Alta QV e n=23 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Baixa Qualidade de Vida Ambiental em relação aos com Alta Qualidade de Vida:

- Religião (os evangélicos têm 7.8 vezes mais risco (associação) de menor QV Ambiental que os católicos)
- Aposentadoria (os não aposentados têm 3.4 vezes mais risco (associação) de menor QV Ambiental que os aposentados).

4.4.5 Análise de Regressão Logística para Total de Doenças Referidas

A tabela 21, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para o número total de doenças referidas (TDR), categorizado em “0–4” e “5–7”. A tabela 22 apresenta os resultados da análise multivariada, usando o critério *Stepwise*.

Tabela 21. Resultados da análise de regressão logística univariada para o total de doenças referidas (TDR).

Variável	Categorias (códigos)	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Categoria de Bairro	Boas condições de moradia	---	1.00	---
	Razoável cond de moradia	0.474	0.63	0.18 – 2.25
	Péssimas cond de moradia	0.398	0.58	0.16 – 2.05
Sexo	masculino	---	1.00	---
	feminino	0.520	0.73	0.28 – 1.89
Estado civil	Com companheiro	---	1.00	---
	Sem companheiro	0.358	1.57	0.60 – 4.12
Idade	60 a 69	---	1.00	---
	> 69	0.388	1.52	0.59 – 3.91
Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	---	1.00	---
	Não freqüentou escola	0.044	0.32	0.11 – 0.97
Ocupação	Do lar	---	1.00	---
	trabalha	0.499	1.48	0.47 – 4.66
Atividade social	tem	---	1.00	---
	não tem	0.076	2.39	0.91 – 6.24
Centro de saúde	Utiliza regularmente	---	1.00	---
	Utiliza esporadicamente	0.392	0.59	0.17 – 2.00
Casa	Própria	---	1.00	---
	Não própria	0.052	2.79	0.99 – 7.86
Moradia	Mora só ou com uma pessoa	---	1.00	---
	Mora com mais de uma pessoa	0.272	0.59	0.23 – 1.52
Número pessoa/quarto	0 - 1	---	1.00	---
	1,1 - 2	0.115	0.42	0.14 – 1.24
	> 2	0.337	0.46	0.09 – 2.25
Renda per capita	≤ 100 dólares	---	1.00	---
	> 100 dólares	0.100	0.44	0.17 – 1.17
Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.377	1.58	0.58 – 4.31
Classe social	B e C	---	1.00	---
	D e E	0.198	1.91	0.71 – 5.14
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.015	3.58	1.29 – 9.98
Religiosidade	Muito religioso	---	1.00	---
	Não muito religioso/sem religião	0.673	0.81	0.30 – 2.19
Freqüência de culto	Nenhuma a uma vez/mês	---	1.00	---
	Mais que uma vez/mês	0.587	0.77	0.30 – 1.98
Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	0.006	4.34	1.53 – 12.27
Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.574	0.70	0.21 – 2.39

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Alto Número de Doenças; (n=57 “0-4 doenças” e n=25 “5-7 doenças”).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Tabela 22. Resultados da análise de regressão logística multivariada para total de doenças referidas (TDR).

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	0.018	3.89	1.27 – 11.95
2. Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	---	1.00	---
	Não freqüentou escola	0.020	0.22	0.07 – 0.79

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Alto Número de Doenças; (n=53 "0-4 doenças" e n=24 "5-7 doenças").

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Alto Número de Doenças Referidas em relação aos com Poucas Doenças Refereidas:

- Barthel (os indivíduos que apresentam incapacidade têm 3.9 vezes mais risco (associação) de maior número de doenças que os que não têm incapacidade)
- Escolaridade (as pessoas com um ou mais anos de estudo têm 4.41 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.26-15.46) de maior número de doenças que os que não freqüentaram a escola).

4.4.6 Análise de Regressão Logística para Transtorno Mental

A tabela 23, a seguir, apresenta os resultados da análise de regressão logística univariada para a presença de transtorno mental, segundo diagnosticado pelo MINI. A tabela 24 apresenta os resultados da análise multivariada, usando o critério *Stepwise*.

Tabela 23. Resultados da análise de regressão logística univariada para Transtorno Mental.

Variável	Categorias (códigos)	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Categoria de Bairro	Boas condições de moradia	---	1.00	---
	Razoável cond de moradia	0.932	0.94	0.26 – 3.50
	Péssimas cond de moradia	0.389	1.70	0.51 – 5.69
Sexo	masculino	---	1.00	---
	feminino	0.421	1.52	0.55 – 4.19
Estado civil	Com companheiro	---	1.00	---
	Sem companheiro	0.465	1.46	0.53 – 4.05
Idade	60 a 69	---	1.00	---
	> 69	0.938	0.96	0.36 – 2.59
Escolaridade	Um ano ou mais de estudo	---	1.00	---
	Não freqüentou escola	0.670	1.25	0.45 – 3.42
Ocupação	Do lar	---	1.00	---
	trabalha	0.352	0.52	0.13 – 2.05
Atividade social	tem	---	1.00	---
	não tem	0.569	1.33	0.50 – 3.59
Centro de saúde	Utiliza regularmente	---	1.00	---
	Utiliza esporadicamente	0.105	0.27	0.06 – 1.31
Casa	Própria	---	1.00	---
	Não própria	0.707	1.24	0.40 – 3.82
Moradia	Mora só ou com uma pessoa	---	1.00	---
	Mora com mais de uma pessoa	0.098	0.43	0.16 – 1.17
Número pessoa/quarto	0 - 1	---	1.00	---
	1,1 - 2	0.144	0.43	0.14 – 1.33
	> 2	0.313	0.39	0.06 – 2.42
Renda per capita	≤ 100 dólares	---	1.00	---
	> 100 dólares	0.912	1.06	0.38 – 2.95
Aposentadoria	Recebe	---	1.00	---
	Não recebe	0.227	1.89	0.67 – 5.33
Classe social	B e C	---	1.00	---
	D e E	0.421	1.52	0.55 – 4.19
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.514	0.68	0.21 – 2.16
Religiosidade	Muito religioso	---	1.00	---
	Não muito religioso/sem religião	0.638	0.78	0.27 – 2.22
Freqüência de culto	Nenhuma a uma vez/mês	---	1.00	---
	Mais que uma vez/mês	0.947	1.03	0.38 – 2.80
Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	0.037	3.19	1.07 – 9.48
Hipertensão	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.478	1.48	0.50 – 4.39
Diabetes	Não tem	---	1.00	---
	tem	0.836	1.13	0.37 – 3.44

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Presença de Doença Mental; (n=56 Sem Doença e n=22 Com Doença).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Tabela 24. Resultados da análise de regressão logística multivariada para Transtorno Mental.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
1. Barthel	Não tem incapacidade	---	1.00	---
	Tem incapacidade	0.016	4.32	1.31 – 14.25
2. Moradia	Mora só ou com uma pessoa	---	1.00	---
	Mora com mais de uma pessoa	0.040	0.31	0.10 – 0.95

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Presença de Transtorno Mental; (n=56 Sem Doença e n=22 Com Doença).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Presença de Transtorno Mental em relação aos sem Transtorno Mental:

- Barthel (os indivíduos com incapacidade têm 4.3 vezes mais risco (associação) de presença de transtorno mental que os sem incapacidade);
- Moradia (os idosos que moram só ou com uma outra pessoa têm 3.21 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.06-9.73) de presença de transtorno mental que os que moram com mais de uma pessoa).

4.5 ANÁLISE DE REGRESSÃO LOGÍSTICA SEM O ÍNDICE DE BARTHEL

Visto que neste estudo o Índice de Barthel aparece com muita força nos resultados da análise bivariada, que de certa maneira se sobrepõe parcialmente ao construto de qualidade de vida, principalmente física, e que ele aparece de forma robusta nos modelos multivariados (podendo mesmo “mascarar” outras variáveis significativas), resolveu-se refazer a análise multivariada nas quais o índice de Barthel foi significativo, não incluindo no novo modelo o índice de Barthel.

Desta maneira observou-se que a variável religião apareceu de modo significativo nos novos modelos (sem o Índice de Barthel). Isto indica que pertencer a uma denominação evangélica é fator importante que se relaciona a uma pior qualidade de vida, nas várias dimensões aferidas pelo WHOQOL.

Além da denominação religiosa, ao se retirar o Índice de Barthel do modelo, verificou-se que os que não têm atividade social são também aqueles que têm pior qualidade de vida no domínio físico. O uso de benzodiazepínicos, nos modelos multivariados sem o Barthel, revelou-se associado ao estado de pior qualidade de vida nos domínios físico e psicológico.

4.5.1 Análise de Regressão Logística para QV-Física (refeita)

A análise de regressão logística multivariada para QV-Física foi refeita desconsiderando a variável Barthel. Os resultados estão na tabela 25, a seguir.

Tabela 25. Resultados da análise de regressão logística multivariada para QV-Física, desconsiderando a variável Barthel.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.003	0.09	0.02 – 0.43
Atividade social	Tem	---	1.00	---
	não tem	0.008	7.45	1.70 – 32.56
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.027	4.60	1.19 – 17.71

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=58 Alta QV e n=17 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Baixa Qualidade de Vida Física em relação aos com Alta Qualidade de Vida:

- Uso de Benzodiazepínico (os que fizeram uso têm 11,6 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.95-74.72) de menor QV Física que os que não fizeram uso).
- Atividade Social (os que não realizam atividade social regular têm 7.5 vezes mais risco (associação) de menor QV Física que os que realizam).
- Religião (os evangélicos têm 4,6 vezes mais risco (associação) de menor QV Física que os católicos).

4.5.2 Análise de Regressão Llogística para QV-Psicológica (refeita)

A análise de regressão logística multivariada para QV-Psicológica foi refeita desconsiderando a variável Barthel. Os resultados estão na tabela 26, a seguir.

Tabela 26. Resultados da análise de regressão logística multivariada para QV-Psicológica, desconsiderando a variável Barthel.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Uso de benzodiazepínico	Fez	---	1.00	---
	Não fez	0.031	0.23	0.06 – 0.87
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.039	3.58	1.07 – 12.04

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Baixa Qualidade de Vida; (n=59 Alta QV e n=16 Baixa QV).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verificam-se as seguintes variáveis como significativas conjuntamente para discriminar o perfil dos com Baixa Qualidade de Vida Psicológica em relação aos com Alta Qualidade de Vida:

- Religião (os evangélicos têm 3.6 vezes mais risco (associação) de menor QV Psicológica que os católicos).

- Uso de Benzodiazepínico (os que fizeram uso têm 4,3 vezes mais risco (associação) (IC95%: 1.95-74.72) de menor QV Psicológica que os que não fizeram uso).

4.5.3 Análise de Regressão Logística para TDR (refeita)

A análise de regressão logística multivariada para TDR foi refeita desconsiderando a variável Barthel. Os resultados estão na tabela 27, a seguir.

Tabela 27. Resultados da análise de regressão logística multivariada para TDR, desconsiderando a variável Barthel.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Religião	Católica	---	1.00	---
	Evangélica	0.019	3.42	1.22 – 9.54

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Alto Número de Doenças; (n=53 "0-4 doenças" e n=24 "5-7 doenças").

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, verifica-se a seguinte variável como significativa para discriminar o perfil dos com Alto Número de Doenças Referidas em relação aos com Poucas Doenças Referidas:

- Religião (os evangélicos têm 3.4 vezes mais risco (associação) de maior número de doenças que os católicos).

4.5.4 Análise de Regressão Logística para Transtorno Mental (refeita)

A análise de regressão logística multivariada para Doença Mental foi refeita desconsiderando a variável Barthel. Os resultados estão na tabela 28, a seguir.

Tabela 28. Resultados da análise de regressão logística multivariada para Transtorno Mental, desconsiderando a variável Barthel.

Variáveis (passos)	Categorias/Níveis	p-valor	O.R.	IC 95% O.R.
Nenhuma variável selecionada	---	---	---	---

OR (Odds Ratio) = Razão de Risco para Presença de Doença Mental; (n=56 Sem Doença e n=22 Com Doença).

IC 95% OR = Intervalo de 95% de Confiança para a Razão de Risco.

Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

Pelos resultados, após a exclusão da variável Barthel, nenhuma variável foi selecionada como significativa para discriminar o perfil dos com Presença de Doença Mental em relação aos sem Doença Mental.

5. DISCUSSÃO

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas considerações merecem ser destacadas:

- (a) a seleção dos sujeitos pesquisados não foi aleatória uma vez que contou-se com um grupo de conveniência;
- (b) pode ter ocorrido um aumento da taxa de diagnóstico ao entrevistar pessoas que freqüentam o Centro de Saúde e/ou permanecem no lar pois este estudo teve pouco acesso à população mais saudável, que trabalha e portanto não freqüenta o serviço de saúde, nem permanece no lar durante o dia;
- (c) o desenho transversal padece do viés conhecido como causalidade reversa em virtude de não ser possível obter informações relacionadas à história natural das doenças e/ou dos eventos (estudos longitudinais);
- (d) a condição de baixa renda da população em estudo pode ser considerada fator limitante da extrapolação dos resultados para a população idosa em geral.

5.2 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Apesar de algumas limitações apontadas é possível afirmar que os resultados do presente estudo permitiram delinear alguns aspectos do perfil de vida e saúde dos idosos que freqüentam o Centro de Saúde de Sousas. De modo cauteloso, os dados do presente estudo podem ser extrapolados para outros grupos de idosos que fazem uso da estratégia de saúde da família na rede municipal de saúde de Campinas (e talvez de outros municípios brasileiros).

5.3 ASPECTOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

O perfil da população estudada foi semelhante aquele do estudo de RAMOS et al (1993) na cidade de São Paulo - SP, e do estudo de COSTA et al (2000), no projeto Bambuí, na cidade de Bambuí - MG. Nos três estudos (os dois citados e o presente) a população foi predominantemente de “idosos-jovens”. No estudo de RAMOS et al. 58% encontravam-se abaixo de 70 anos e no estudo de Costa et al. 58,1% tinham menos de 70 anos. No presente estudo, 42 idosos (51,2%) tinham menos de 70 anos, 61 (74,4%) abaixo de 75 anos e somente 6 (7,4%) acima de 85 anos.

Mesmo sendo um estudo de casuística, os achados demonstram semelhanças a estudos populacionais como o dos grupos de Ramos e de Costa, indicando que esta população, atendida no Centro de Saúde de Sousas, supostamente é comparável às amostras dos autores citados.

O predomínio de **mulheres** na população entrevistada foi de 47 (57,3%), como esperado em relação à composição demográfica de idosos no Brasil. A maior probabilidade de sobrevivência das mulheres determinando um contingente maior delas entre idosos foi também na amostra estudada semelhante aos resultados

encontrados em outros estudos (COELHO et al., 1999). A maior sobrevivência de mulheres em idades avançadas poderia ser decorrente de: diferenças na exposição aos riscos ocupacionais; maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens; diferenças no consumo de tabaco e álcool e diferenças de atitudes em relação às doenças, ou seja, as mulheres utilizam os serviços de saúde com maior frequência (RAMOS et al, 1987).

Em relação ao **lazer**, mais da metade dos idosos estudados 44 (56,4%), referiu não ter ou ter pouca oportunidade de atividade de distração ou lazer. As mulheres mostraram maior facilidade de inserção nessas atividades do que os homens. VERAS et al (1995), em seu estudo sobre as Universidades da Terceira Idade, observou que, entre os matriculados, cerca de 80,0% eram do sexo feminino. Os autores comentam que a maior inserção das mulheres poderia estar relacionada às questões de construção de gênero em nossa cultura. É importante destacar que incentivar e proporcionar atividades de recreação e lazer constitui-se em estratégia efetiva para a redução do isolamento, da melhoria da inserção do idoso no meio social e do desenvolvimento de novas habilidades, o que pode refletir diretamente na melhora da auto-estima e da condição de saúde. Segundo VERAS et al (1995), desenvolver projetos de centros de convivência, agrupando idosos em atividades culturais, de lazer ou esportivas, com a supervisão de profissionais qualificados, representa uma alternativa de intervenção com o propósito de resgate social.

Em relação a **rede social de apoio**, quanto a característica de possuir alguma atividade social regular, notou-se que 45 (54,9%) participam regularmente, desses, cerca de 40 (90%) participam de atividades religiosas. E que 64 (78%) dos entrevistados freqüentam regularmente o centro de saúde. Estas atividades são importantes para manter e ativar a rede social de apoio e isto, além de facilitar a sobrevivência dos idosos de baixa renda, fortalece o sentimento de inclusão social e autoproteção. No entanto, temos que ter cuidado para não medicalizarmos esta população que vê no Centro de Saúde um Centro de Convivência por falta de outras atividades e equipamentos sociais.

Em relação ao fato de morar sozinho ou não. A maioria da amostra estudada não mora só; dos 82 idosos, 70 (86,6%) moram com outras pessoas. Neste estudo,

somente 11 (13,4%) idosos moram sozinhos. No estudo de Bambuí, 15,6% dos idosos moram só enquanto que no de RAMOS et al 10%. A maioria vive em lares com um ou dois residentes; 58,2% no estudo de Bambuí, e 42 (51,2%) neste estudo.

Alguns autores têm comentado sobre a **mudança da composição familiar**: antes famílias numerosas conviviam no mesmo ambiente domiciliar e a figura do idoso representava um *status* social elevado. COELHO et al (1999), refere que esta característica correspondia à estrutura familiar que se conformou com o estilo de vida agrário do início do século XX. Entretanto, o grande deslocamento de pessoas da zona rural para a zona urbana, em busca de melhores condições de vida, levou o idoso a duas situações: permanência no meio rural com perda de suporte familiar ou migração para os grandes centros urbanos, onde esse idoso passou a viver em bairros mais periféricos, em condições mais precárias e na dependência geralmente do cônjuge, filhos ou netos. Nesse novo cenário de conformação de família foi acrescentado mais um importante encargo: o de cuidar de seus idosos.

KARSCH (1990) revela que em nosso meio a grande maioria dos cuidadores são mulheres (92,9%), sendo que 39,2 % são esposas, seguidas pelas filhas com 31,3% e noras 5,9%. Por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade (NERI, 1993).

Em relação a **dimensão religiosa** NERI e GOLDSTEIN (1993) referem que as atividades religiosas podem vir a ser percebidas como ocupando um lugar de destaque na vida de uma pessoa mais velha. Neste período da vida outras atividades e envolvimento sofrem certa retração em decorrência da aposentadoria, viuvez ou término de responsabilidades e papéis, principalmente para uma população inserida numa cultura que valoriza a expressão religiosa. Dados da literatura sugerem que exista uma relação entre religiosidade e bem-estar subjetivo. A religiosidade, especialmente quando leva a um aumento do envolvimento interpessoal, parece ser uma importante fonte de satisfação na vida e também um recurso para lidar com o estresse. Nesse estudo observou-se que 38 (47,5%) dos entrevistados freqüentam a igreja no mínimo uma vez por semana e apenas 20 (25%) nunca freqüentam a igreja.

A respeito do **analfabetismo** foi achado uma taxa de 30 (36,5%), quando 35% da população do estudo de RAMOS et al era analfabeta e 32,6% no estudo do

projeto Bambuí. Se neste estudo, 77 (94%) da população encontrava-se com menos de 5 anos de estudo, no estudo de Bambuí, 89,1% encontrava-se na mesma condição e 82% no estudo de São Paulo. Os resultados relativos ao nível de escolaridade refletem um dos aspectos da desigualdade social no país. A situação de analfabetismo pode, por si só, ser considerada um fator de limitação para a sobrevivência e para a qualidade de vida. As diferenças no nível de alfabetização, entre os sexos, refletem a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres e às mulheres. O amplo acesso aos meios de alfabetização, além de uma questão de cidadania, poderia propiciar maior receptividade, por parte destes idosos, aos programas de educação em saúde, e também alguma proteção contra as disfunções cognitivas, estimulando este idoso para um envelhecimento ativo.

Outro fator social a ser analisado é a **renda per capita** mensal que no estudo de Ramos et al, era muito baixa; 71% da população viviam com renda abaixo de 100 dólares por mês. Neste levantamento observamos que 38 (46,3%) vivem com menos de 100 dólares por mês. Somando-se a este referencial observou-se que 58 (70,7%) dos entrevistados recebem aposentadoria. Também com relação a avaliação sócio econômica notou-se que 61 (74,4%) dos entrevistados possuem casa própria.

5.4 SAÚDE FÍSICA E INCAPACIDADE

A população de idosos do estudo apresentou uma alta prevalência de **doenças crônicas** com média de 3,4 doenças para os homens (mediana= 3,0) e 3,7 doenças para as mulheres (mediana = 4,0). Uma maior prevalência de doenças crônicas entre as mulheres também foram relatados por RAMOS (2003) e COELHO et al (1999), e teriam como possível explicação a diferença de atitude das mulheres em relação a saúde, e a maior representatividade de mulheres em populações idosas. COELHO et al (1999) referem que as doenças crônicas não representam

marca exclusiva de sociedades industrializadas e tendem a se acumular em qualquer região cuja população envelhece. No presente estudo, os indivíduos que apresentam incapacidade têm 3.9 vezes mais risco (associação) de elevado número de doenças que os que não têm incapacidade. E as pessoas com um ou mais anos de estudo têm 4.41 vezes mais risco (associação) de maior número de doenças que os que não freqüentaram a escola. O fato dos idosos apresentarem maior índice de analfabetismo, que poderia contribuir para uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, para um precário entendimento e aderência às recomendações propostas e, até não se dar ao luxo de poderem ficar doente por ter que trabalhar, pode justificar este fato.

A respeito das **atividades de vida diária** (AVD), 22 (26,8%) das pessoas foram achadas com algum grau de dependência. Já o estudo de São Paulo mostrou uma tendência parecida, sendo uma diminuição importante da independência na periferia com 22% de dependentes para 4 ou mais atividades diárias, chegando a duas vezes a taxa da região central; 11%. O que chamou a atenção é que no índice de Barthel existe a avaliação de perda do controle dos esfíncteres, e que em 11 (50%) dos casos, em que foi considerado algum grau de dependência, os entrevistados tinham apenas acidentes ocasionais e/ou não conseguiam chegar a tempo ao banheiro, realizando todas as outras atividades de vida diária normalmente. O que poderia estar relacionado ao fato de que as mulheres no presente estudo apresentaram maior dependência funcional que os homens, sendo ainda proporcional à idade.

RAMOS (2003), tem considerado que a incapacidade funcional é um dos principais agravos decorrentes do envelhecimento humano. Assim, se o idoso tem uma ou mais doenças crônicas, usa medicamentos e mantém seus problemas sob vigilância, isto pesará com menor intensidade sobre sua vida, ao contrário daqueles que apresentam comprometimento de sua capacidade funcional e dependem de alguém para executar algumas atividades da vida diária.

Este panorama aponta para a real necessidade de fortalecimento das ações de promoção da saúde a fim de que, mesmo diante do envelhecimento populacional progressivo, estes indicadores possam melhorar em futuro próximo. RAMOS et al

(1993) afirmam que é pressuposto básico a necessidade de se manter a independência total do idoso e, pelo maior tempo possível, recomendando que, neste sentido, a atenção básica, considerada a porta de entrada para os serviços de saúde, deve ser reorganizada para atender às necessidades desta população idosa que deverá contar, entre outros fatores, com a presença de profissionais devidamente treinados.

5.5 SAÚDE MENTAL

Os dados levantados neste estudo revelam, como esperado, uma prevalência bastante elevada de **transtornos mentais** na população idosa de baixa renda. A prevalência geral de 22 (28,2%) se compara às taxas observadas por RAMOS et al (1993) em São Paulo (27%) e VERAS et al (1994) no Rio de Janeiro (35%).

Um levantamento recente e amplo (n= 6961, com 60 anos ou mais) no Rio Grande do Sul indicou provável transtorno mental (para transtornos ditos “menores”, ou seja, depressão e ansiedade) em 38,6% dos idosos estudados. Vale lembrar que o instrumento utilizado foi de rastreamento e não de diagnóstico (BAPTISTA, 2004).

No estudo de São Paulo RAMOS et al (1993) encontrou maior taxa de prevalência de possíveis casos de transtorno mental nas unidades das regiões mais pobres, como no bairro Brasilândia, onde encontrou 32%. Diferentemente da região central (Aclimação), de maior nível sócio-econômico, onde encontrou uma prevalência menor, cerca de 18%.

Um outro estudo realizado por BLUE (2000) também mostrou maior taxa de prevalência para possíveis casos na Brasilândia (22%), quando comparado com a Aclimação (11%), indicando que o local de residência tem um papel significativo sobre a saúde mental.

Como esperado, a prevalência de cerca de 28% vem sustentar a hipótese de que nas regiões mais carentes e de baixa renda familiar, a prevalência de distúrbios psíquicos é mais elevada.

Com relação a avaliação psiquiátrica, sabe-se que os sintomas relacionados a transtornos mentais são geralmente reconhecidos como uma expressão de sofrimento em decorrência de situações adversas e estresse situacional, particularmente pobreza, perdas e violências sofridas. Os indivíduos da periferia de Sosas sofrem de um conjunto de situações às quais se acrescenta a violência urbana que experimentam diariamente.

Como demonstrado em outros estudos, a população idosa com transtorno psiquiátrico é na maioria feminina, viúva, portadora de doenças crônicas e incapacidades físicas. BLUE (2000) encontrou em seu estudo que o transtorno mental foi mais comum em bairro da periferia, em mulheres, em migrantes, em divorciados, em trabalhadores informais, em indivíduos com baixa escolaridade, quando há mais de dois indivíduos por dormitório e em indivíduos com baixa renda. Na mesma linha desse estudo, FLECK et al (2002) referem que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com pior funcionamento social e qualidade de vida e maior utilização de recursos de saúde em pacientes de cuidados primários.

No presente estudo observou-se que um número maior de doenças físicas referidas significa mais chance de ter transtorno psiquiátrico. Também os indivíduos com incapacidade física têm 4.3 vezes mais risco (associação) de presença de transtorno mental que os sem incapacidade e os que moram só ou com uma outra pessoa têm 3.21 vezes mais risco (associação) de presença de doença mental que os que moram com mais de uma pessoa.

Quanto à prevalência do **uso de benzodiazepínicos**, do total de idosos 14 (17,9%) fizeram uso desses fármacos no último ano. Estes valores são semelhantes aos de outros estudos. Por exemplo, HUF et al (2000) estimou que 21,3% de mulheres idosas de um centro de convivência para idosos no Rio de Janeiro fizeram uso do medicamento nas duas últimas semanas anterior a pesquisa. RAY et al (1987); referem que além do risco de dependência, estudos demonstram que há um aumento das taxas de acidentes, quedas e fraturas entre usuários de

benzodiazepínicos. Neste estudo encontrou-se uma associação maior de quedas recorrentes entre os que fizeram uso de benzodiazepínico no último ano.

5.6 QUALIDADE DE VIDA

Com relação ao WHOQOL-bref, a maioria dos entrevistados manifestaram hesitação, certa insegurança e desconhecimento do termo **qualidade de vida**.

Levando-se em consideração que este conceito é, atualmente, largamente utilizado, servindo como objeto de reflexões dentro das classes média e alta, sem grande penetração dentro do universo da população participante do estudo, esse desconhecimento não causou estranheza

Para pensar a resposta observou-se que os entrevistados fizeram intuitivamente uma retrospectiva de seu curso de vida e situaram-se no presente.

Na avaliação das 2 questões genéricas do WHOQOL-bref, a grande maioria das pessoas considerou como NEM RUIM NEM BOA a sua qualidade de vida. E em relação a satisfação com a saúde 52 (66,7%) respondeu como BOA, mesmo tendo uma média de doença referida de 3,5 doenças por pessoa. Observou-se neste estudo que não houve diferença significativa para baixa qualidade de vida (questão genérica) e o número de doenças físicas referidas.

Com relação a **aposentadoria**, encontrou-se que: os não aposentados têm 3.4 vezes mais risco (associação) de menor Qualidade de Vida no domínio Ambiental e 6.8 vezes mais risco (associação) de menor Qualidade de Vida no domínio Psicológico que os aposentados. Com relação ao domínio ambiental os não aposentados em relação aos aposentados, provavelmente, estão: menos seguros, moram em ambiente físico menos saudável, têm menos dinheiro, menos informação, menos oportunidade de atividade de lazer, estão menos satisfeitos com as condições do local onde moram, menos satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde e menos satisfeitos com o seu meio de transporte. Com relação ao domínio psicológico

os não aposentados em relação aos aposentados, provavelmente: aproveitam menos a vida, acham que a vida tem pouco sentido, concentram-se menos, aceitam menos sua aparência, estão menos satisfeito consigo mesmo, estão mais freqüentemente tendo sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

Com relação a **moradia**, os entrevistados que possuem casa própria têm 8.91 vezes mais risco (associação) de menor Qualidade de Vida no domínio Social que os que não possuem casa própria. Isto poderia ser explicado porque, dos 21 sujeitos que não têm casa própria, na sua maioria 18 (85,7%), consideraram estar satisfeitos com a ajuda que estão recebendo de amigos, parentes ou colegas. Pois estão em trânsito ou moram em residência cedida. O mesmo não acontece com os que têm casa própria. E como se sabe, as questões: quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parente, conhecidos e colegas) e quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seus amigos são integrantes na avaliação da qualidade de vida do domínio social.

Com relação a **saúde mental**, FLECK et al (2002), encontraram que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com pior funcionamento social e qualidade de vida e maior utilização de recursos de saúde em pacientes de cuidados primários. Pode-se observar neste estudo que os indivíduos com pior qualidade de vida (domínio físico e psicológico) tiveram associação significativa com transtorno mental. Provavelmente por: sentirem mais dor (física), precisarem mais de atendimento médico, terem menos energia para o dia-a-dia, terem mais dificuldade para se locomover, estarem mais insatisfeitos com o seu sono, menos satisfeitos com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia, menos satisfeitos com suas capacidades para o trabalho, aproveitarem menos a vida, acharem que a vida tem pouco sentido, concentrarem-se menos, aceitarem menos sua aparência, estarem menos satisfeito consigo mesmo, estarem mais freqüentemente tendo sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

Com relação ao fato dos entrevistados terem feito **uso de Benzodiazepínico** nos últimos doze meses, pode-se observar que os que fizeram uso têm 12.1 vezes

mais risco (associação) de menor Qualidade de Vida no domínio físico do que os que não fizeram uso. Provavelmente por: sentirem mais dor (física), precisarem mais de atendimento médico, terem menos energia para o dia-a-dia, terem mais dificuldade para se locomover, estarem mais insatisfeitos com o seu sono, menos satisfeitos com suas capacidades de desempenho das atividades do seu dia-a-dia e menos satisfeitos com suas capacidades para o trabalho.

Com relação ao total de **doenças referidas**, houve associação significativa entre o maior número de doenças físicas e baixa qualidade de vida nos domínios físicos e psicológicos.

Com relação a **religião**, pelo último censo do IBGE (2000), os evangélicos representam uma parcela da população com menor escolaridade, menor nível sócio-econômico, mais negros e pardos e mais empregados que empregadores.

Neste estudo observou-se que os evangélicos têm 7.8 vezes mais risco (associação) de menor Qualidade de Vida no domínio Ambiental e 5.9 vezes mais risco (associação) de menor Qualidade de Vida no domínio Social que os católicos. Com relação ao domínio ambiental os evangélicos em relação aos católicos estão em condições menos seguros, moram em ambientes físicos menos saudáveis, têm menos dinheiro, menos informação, menos oportunidade de atividade de lazer. Possivelmente por isso eles estão menos satisfeitos com as condições do local onde moram, menos satisfeitos com o acesso aos serviços de saúde e menos satisfeitos com os meios de transporte.

Com relação ao domínio social os evangélicos em relação aos católicos estão provavelmente: menos satisfeitos com suas relações pessoais, menos satisfeitos com a sua vida sexual e menos satisfeitos com o apoio que recebem dos amigos.

De modo global, portanto, os dados deste estudo indicam que o grupo religioso dos **evangélicos** seja composto predominantemente por pessoas em situação muito precária de vida (pobreza e baixa escolaridade que pode associar-se a estressores ambientais e sociais). É possível, como já referido, que isto implique um processo de busca de auxílio em novas religiões, sobretudo para pessoas em situação de sofrimento e desamparo social mais recente. Entretanto, tal busca, neste subgrupo populacional, parece não implicar efeitos significativos ou de grande

impacto, já que os evangélicos mantêm-se como grupo com pior qualidade de vida nos quatro domínios estudados.

No novo modelo de análise multivariada, sem o Barthel, observou-se que a religião evangélica apareceu de maneira significativa associada a pior qualidade de vida física e psicológica. Portanto, ser evangélico nesta amostra associou-se a pior qualidade de vida nos quatro domínios. Como explicar esta intrigante associação?

Pertencer a uma igreja evangélica implica maior envolvimento religioso, freqüência à cultos, restrições comportamentais (ao uso de álcool, modos de se vestir, etc) e possivelmente uma maior rede de apoio social.

É pouco provável que pertencer a uma igreja evangélica conduza a uma pior qualidade de vida. Embora este estudo seja de desenho transversal, o que permite apenas a identificação de associações sem indicar vetores de causalidade, é bem mais plausível a hipótese de que pessoas pobres, desprovidas de bens materiais e de poder social, em situação de sofrimento (físico, psíquico e social) busquem as igrejas evangélicas numa tentativa de sanar ou mitigar esta situação de sofrimento. Assim haveria um *social drift*, ou seja, uma drenagem de um contingente de adultos e idosos com pior qualidade de vida para igrejas que oferecem e prometem uma vida melhor (nesta terra ou após a morte).

5.7 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O IDOSO

A **estratégia de Saúde da Família** como modelo de atenção primária a saúde representa um grande movimento de inclusão aos recursos de saúde para esta população. A presença dos agentes comunitários de saúde é fundamental neste processo pois atuam como um elo de ligação entre a população e o centro de saúde, promovendo trabalhos extra-muros e, conseqüentemente, ampliando o olhar das equipes. Os resultados do presente estudo indicam que a dimensão cultural é fator significativo no contexto da saúde mental, física e de qualidade de vida, em idosos

usuários do Programa de Saúde da Família. Pertencendo ao mesmo contexto sociocultural dos usuários, os agentes comunitários de saúde estão potencialmente numa situação privilegiada para desenvolver uma prática de saúde culturalmente sensível.

Sabe-se que os idosos, na população brasileira, apresentam maiores índices de analfabetismo, desamparo social e perda de poder, que podem contribuir para uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, para uma precária adesão às recomendações e tratamentos propostos e, em última instância, a um comprometimento de sua saúde física e mental, assim como de sua qualidade de vida. Daí a importância de uma equipe de saúde da família em sintonia com a realidade social e de saúde dos usuários, que com um olhar ampliado, poderá amenizar e até reverter certas condições desfavoráveis.

6. CONCLUSÃO

A marcante transformação da distribuição etária da população brasileira, com o rápido aumento do número de pessoas idosas em sua composição, é considerada como uma das principais conquistas de toda a sociedade organizada e significa a realidade deste estudo.

Entretanto, esta realidade vem gerando uma série de mudanças nas práticas de saúde com vistas ao acompanhamento das alterações biológicas e psicológicas desse grupo etário em franca expansão quantitativa – o idoso. Ele deve sempre ser visto em seu contexto familiar e social pois todos almejam a melhoria progressiva da qualidade de vida acompanhando o aumento da longevidade do indivíduo.

A prevalência de doenças crônicas com suas incapacidades associadas não diferiu grandemente do que se observa em outros estudos. Trata-se, na verdade, de uma conseqüência natural do envelhecimento populacional. O que deve ser objeto de grande preocupação é o fato de esta transição estar se dando num contexto de extrema privação da população. O desafio é grande, o tempo para propor alternativas é curto e não existem soluções definitivas. Nosso sistema de saúde continua basicamente orientado para o cuidado materno-infantil e o controle das doenças infecciosas. É necessário que se inicie uma reestruturação do sistema no sentido de promover prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças

crônicas e das incapacidades associadas no adulto em geral e no idoso em particular. A filosofia básica deve ser a de procurar manter a independência do indivíduo pelo maior tempo possível pois com a perda de independência há uma relação direta com pior qualidade de vida e uma sobrecarga para a família e para o sistema de saúde que tende a se tornar insuficiente.

As questões da capacidade funcional e independência do idoso podem ser mais importantes que a própria questão da morbidade, pois se relacionam diretamente à qualidade de vida. Neste estudo não foi diferente e observa-se que a capacidade funcional esteve significativamente relacionada com a qualidade de vida.

A qualidade de vida tem múltiplas dimensões e na sua avaliação aponta-se que a maioria dos entrevistados apresentam boa qualidade de vida. O panorama é, em geral, positivo, mas salienta a existência de grupos para os quais deve-se estar alerta: os idosos com diminuição cognitiva grave (que não responderam os questionários), os muito dependentes, os dependentes, os com muitas doenças crônicas referidas, os com doença psiquiátrica e os com baixo nível sócio-econômico. Embora não constituam a maioria dos entrevistados, são grupos em que a qualidade de vida e bem estar, em princípio, estão diminuídos.

Assim como a qualidade de vida, a religiosidade é um conceito multidimensional envolvendo questões objetivas e subjetivas. A melhor compreensão dos comportamentos religiosos é essencial para que se possa mostrar respeito pelo sistema de crenças, valores, motivações e para dar suporte e reforço àqueles comportamentos que promovem bem estar psicológico e saúde mental NERI & GOLDSTEIN (1993) . Neste estudo encontramos diferenças significativas para os domínios ambiental e social de qualidade de vida, com os católicos em relação aos evangélicos. Isto mostra a necessidade de uma abordagem religiosa para uma melhor avaliação do idoso.

Este estudo mostrou uma elevada prevalência de doença mental entre os idosos entrevistados. Um aspecto importante desta situação é o não reconhecimento pelas próprias pessoas e pelos profissionais do diagnóstico de possível doença psiquiátrica. Ocorre uma verdadeira epidemia silenciosa de doença psiquiátrica que infiltra todos os lares com conseqüências relacionadas ao quadro psiquiátrico de morbidades, incapacidades funcionais e físicas.

Esta avaliação geriátrica abrangente vem somar-se a filosofia da Estratégia de Saúde da Família que busca a integralidade da ação, ou seja, um olhar ampliado do ser interagindo com o meio. Observar o indivíduo dentro de um contexto familiar e social com suas limitações, rede de relações e crenças, é fundamental para a compreensão e o entendimento das reações e atitudes perante a vida. Através deste estudo pudemos ampliar este olhar e obter informações relevantes que servirão de apoio ao menos aos colegas (cerca de 60 funcionários) que trabalham diretamente com estes idosos. Esta troca de relações entre a Universidade e o Serviço de Saúde é muito rica, pois, promove uma capacitação continuada dos profissionais, podendo gerar uma melhoria no processo de trabalho e então uma melhor qualidade de vida para todos: professores, profissionais da saúde e população.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhor proporção entre custo e benefício é oferecida pela prevenção. Daí o objetivo maior de manter a independência e a porta de entrada através do Centro de Saúde, treinando os profissionais para que façam frente junto a problemática multidimensional do idoso. Quando o problema é diagnosticado e tratado o sofrimento é aliviado, ocorre prevenção da incapacidade e a função é restaurada, quando ignorado, as perdas persistem. Sua importância deve ser enfatizada nos cursos de graduação e de educação continuada da área da saúde.

Torna-se necessário enfatizar que as questões relacionadas ao envelhecimento devem ocupar lugar de destaque na agenda dos gestores de saúde, de modo a propiciar uma adequada condução no planejamento dos serviços. Por outro lado, os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na rede de atenção primária, devem ser alvo de treinamento e capacitação continuados para se adequarem às necessidades da população idosa. Levando em consideração que o ambiente familiar constitui-se na principal fonte de apoio ao idoso, há que se estimular o fortalecimento das relações familiares com o propósito de se minimizarem as dificuldades e angústias vivenciadas por ambos, idosos e familiares.

Considerando-se que a estruturação das políticas públicas de saúde deve estar fundamentada no diagnóstico de problemas específicos, espera-se que os resultados do presente estudo possam subsidiar programas de promoção, prevenção

e atenção ao idoso de baixa renda, residente no Município de Campinas. Por meio de esforços conjuntos pode-se empenhar uma luta pela diminuição do impacto da desigualdade social e pelo direito de todos ao acesso a melhores condições de vida e saúde, de modo a se garantir um envelhecimento ativo e saudável.

ALTERNATIVAS PARA O TRABALHO COM O IDOSO EM EQUIPE A ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- Conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais o idoso está exposto e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos;
- Execução, de acordo com a formação e qualificação de cada profissional, dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa;
- Valorização das relações com a pessoa idosa e sua família para o estabelecimento de vínculo de confiança, afeto e respeito;
- A realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado;
- Prestação de assistência integral à população idosa, respondendo às suas reais necessidades de forma contínua e racionalizada;
- Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar;

- Coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde;
- Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

Por fim cabe à sociedade ampliar o debate sobre a transição demográfica e suas conseqüências para o sistema de saúde, avaliando alternativas que possibilitem minimizar seu impacto sobre a qualidade de vida da população, e cobrando do Estado o cumprimento de seu papel na implementação de políticas públicas direcionadas à manutenção da saúde da população idosa.

8. REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, F. N.; COUTINHO, E.; FRANA, J. F. ; FERNANDES, J.; ANDREOLI, S. B.; BUSNELLO, E. D. Brasileira Multicentric of Psychiatric Morbidity. Methodological features and prevalence estimates. *Br. J. Psychiatry* **17** (1): 524-9, 1997.
2. AMORIM, P. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* **22** (3):106-15, 2000.
3. BALTES, P. B. e GRAF, P. Psychological aspects of aging: Facts and frontiers. In. D. Magnusson (ed.). *The lifespan development of individuals: Behavioral, neurobiological and psychosocial perspectives*. Cambridge University Press, pp.427-460, 1996.
4. BALTES, M. e SILVERBERG, S. A dinâmica dependência -autonomia no curso de vida. In: NERI, A.L. (org.). *Psicologia e envelhecimento*. Campinas, SP: Papyrus, 1995.
5. BAPTISTA, A. S. D. *Estudo sobre as Práticas Religiosas e sua Relação com a Saúde Mental de Idosos: um estudo na Comunidade*. São Paulo,

2004. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
6. BATTAGLION, A. N. *A Inserção da Educação Física em um Programa de Saúde Pública*. Ribeirão Preto, 1998. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
 7. BERKMAN, C. S. & GURLAND, B. J. The relationship among income, other socioeconomic indicators, and functional level in older persons. *Journal of Aging and Health* **10**: 81-98, 1998.
 8. BLUE, I. Individual and contextual effects on mental health status in São Paulo, Brazil. *Rev. Brás. Psiquiatria* **22** (3): 116-123, 2000.
 9. BRASIL – LEI N^o 8842, de 04 de Janeiro de 1994 define a Política Nacional do Idoso.
 10. BRASIL – LEI N^o 10741, de 1^o de Outubro de 2003 define o Estatuto do Idoso.
 11. BRASIL. Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n^o 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, no 237-E, pp. 20-24, 13 dez., seção 1, 1999.
 12. BUTLER, R.; LEWIS, M. Late life depression: When/How to intervene *Geriatrics*. **50** (8): 44-45, 1995.
 13. CAMARANO, A. A. & PASINATO, M. A.. Envelhecimento, Condições de Vida e Política Previdenciária: Como Ficam as Mulheres?.: Instituto de

Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro, 2002.

14. CAMARANO, A. A. 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. (orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Editora Guanaba/Koogan, 2002. pp. 58-71.*
15. CARRILLO, V.; GARCIA, F.M.; BLANCO, S. *Escalas de actividades de la vida diaria. Rehabilitación* **28** (6): 377-388, 1994.
16. CHAPPELL, N. L. The future of health care in Canada. *Journal of Social Policy*, **22**: 487-505, 1993.
17. CHAIMOWICS, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Revista de Saúde Pública*, **31** (2): 16-20, Abr. 1997.
18. CHRISTIANSEN, CH; SCHWARTZ, RK; BARNES, KJ. *Cuidados Pessoais: Avaliação e controle. In: DELISA, J. A. Medicina de Reabilitação. São Paulo: Editora Manole, 1992. pp. 109-31.*
19. COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública* **33**: 445-53, 1999.
20. CONSENSO BRASILEIRO DE DIABETES. Sociedade Brasileira de Diabetes. Maio de 2000. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sps/areastecnicas/cnhd/publicacoes/home.htm>. Acesso em: 18 julho 2003.

21. CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em saúde da família. In. *Divulgação da saúde para debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Cebes. 2000. pp. 36-43.
22. COSTA, M. F. F. L. *et al.* Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. *Rev. Saúde Pública* **34** (2):126-35, 2000.
23. COSTA, N. E.; MENDONÇA, J. M.; ABIGALIL, A. Políticas de Assistência ao Idoso: A Construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil. In FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanaba/Koogan, 2002.
24. ESTATUTO DO IDOSO – LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.direitoidoso.com.br>. Acesso em 02 de maio 2004.
25. FERRARO, K. F.; KELLEY-MOORE, J. A. Religious Consolation among Men and Women: do Health Problems SPU Seeking? *Journal for the Scientific Study of Religion* **39**: pp. 220-234, 2000.
26. FLECK, M. P. A. *et al.* Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* **36** (4):431-8,2002.
27. FLECK, M. P. A. *et al.* Aplicação da versão em Português do instrumento WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública* **34** (2): 178-183, 2000.

28. FOUCAULT, Michel. *O Nascimento do Hospital*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980.
29. FREITAS, Elizabete Viana; PY, Ligia; NERI, Anita Liberalesso; et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A. 2002.
30. GARCIA, F. M. Escalas de valoración funcional. Aplicaciones, características y criterios de selección. *Rehabilitacion* **28** (6): 373-376, 1994.
31. HUF, G., LOPES, C.S., ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro **16** (2): 351-362, abr-jun, 2000.
32. GATZ, M. Questions that aging puts to preventionists. In: BOND, L.A.; CUTLER, S.J.; GRANS, A. (eds.). *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks, CA: Sage, **2**, pp. 36-50, 1995.
33. GOLDSTEIN L. L.; SOMMERHALDER C. Religiosidade, espiritualidade e significado existencial na vida adulta e velhice. In: FREITAS, E. V., PY, L., NERI, A. L., CANÇADO, F. A. X., GORZONI, M. L., ROCHA, S. M. (orgs). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Editora Guanabara/Koogan, Rio de Janeiro, p950-5, 2002.
34. GORDILHO, A., Depressão Ansiedade, Outros Distúrbios Afetivos e Suicídio. In: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A., 2002.
35. GRIMLEY-EVANS, J. Prevention of age-associated loss of autonomy:

- epidemiological approaches. *J Chronic Dis*; **37**: 353-63, 1984.
36. GURALNIK, J. M.; BRANCH, L. G.; CUMMINGS, S. R.; CURB, J. D. Physical Performance Measures in Aging Research. *J Gerontol* **44**: 141-46, 1989.
37. HARRIS, M. I.; FLEGAL, K. M.; COWIE, C. C. et al. Prevalence of Diabetes impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance in US adults. *Diabetes Care* **21**: 518-524, 1998.
38. III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acessado em 02 de março 2004.
39. INSEL, P. M.; ROTH, W. *Core Concepts in Health*. 7ed. Mountain, California: Mayfield Publishing, 1993.
40. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <www.ibge.gov.br/censo/censo-demografico2000/populacao>. Acessado em 10 de novembro 2004.
41. JETTE, AM.; BRANCH, L. Impairment and disability in the aged. *J Chronic Dis* **38**: 59-65. 1985.
42. KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. *Rev. Saúde Pública* **21** (3): 200-210, 1987.
43. KALACHE, A. Envelhecimento no Contexto internacional: perspectiva da Organização Mundial da Saúde. In: *Seminário Internacional Envelhecimento Populacional*, v1, Brasília, MPAS, SAS, pp.13-2, 1996.

44. KANOWSKI, S. Age-Dependent Epidemiology of depression, *Gerontology* **40** (suppl 1): 1-4, 1994.
45. KARSCH, U. M. S. Subprojeto 5 -: Estudo do suporte domiciliar aos adultos com perda de independência e o perfil do cuidador principal, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1990.
46. KLINKMAN, M. S.; COYNE, J. C.; GALLO, S.; SCHWENK, T. L. Can-Case Finding Instruments Be Used to Improve Physician Detection of Depression in Primary Care? *Arch Fam Med.* **6** (6): 567-573, 1997.
47. KOENIG, H. G. *Religion and Prevention of Illness in Later Life. Religion and Prevention in Mental Health*, pp. 69-89, 1991.
48. LAURENTI, R. et al. As condições de saúde no Brasil. *Revista USP São Paulo* **51**: 04-13, 2001.
49. LAURENTI, R.; LEBRÃO, M. L. Envelhecer na Metrópole. *Revista fapesp* **87**: 32-9, Maio 2003.
50. LAWTON, M. POWELL. A multidimensional view of quality of life in frail elders. In J. E. Birren; J.E.Lubben; J.C.Rowe & D.E.Deutchman, *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press, 1991.
51. LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. P. O idoso e a família. In: PAPALÉO, M. Netto (org.). *Gerontologia*. São Paulo Atheneu, 1996, pp. 92-97.

52. LEVIN J. S.; CHATTERS L. M. Religion, Health, and Psychocological Well-Being in Older Adults. Findings from National Surveys. *Journal of Aging and Health* **10** (4): 504-531, 1998.
53. LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO', S.; GIATTI L; UCHÔA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* **19**(3): 745-757, mai-jun, 2003.
54. LINDESAY. J.; BRIGGS, K.; MURPHY, E. The Guy's age concern survey: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in a urban elderly community. *Br J Psychiatry*; **155**: 317-329, 1989.
55. LUCKESI, C.; BARRETO, E.; COSMA, J.; BAPTISTA, N. *Fazer Universidade: Uma Proposta Metodológica*. São Paulo, Ed. Cortez, 1995.
56. MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W.; Funcional evaluation: The Barthel Index. *Md St Med J* **14**: 61-65, 1965.
57. MC MICHEL, A. J. The urban environment and Health in a World of Increasing Globalization: issues for developing countries in Bulletin of the World Health Organization, Geneva, **78** (9): 1117-26, 2000.
58. MINAYO, M. C. S. A Vida e a Saúde do Idoso na Sociedade Global e Pós industrial. *Arq. Geriatr e Gerontol* **4** (2): 51-56, 2000.
59. MINISTÉRIO DA SAÚDE. A Implantação da Unidade de Saúde da Família / Milton Menezes da Costa Neto, (org). Brasília: Ministério da

Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000a.

60. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Competências para o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde sob a Estratégia de Saúde da Família / Milton Menezes da Costa Neto, (org). Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000b.
61. MONTEIRO, D. M. R. Espiritualidade e Envelhecimento. In: Py, L. et al (org). *Tempo de Envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais*. Rio de Janeiro. Editora NAU, 2004.
62. NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e atendimento domiciliar. In Y. A. O. DUARTE e M. J. D' Elboux DIOGO (org.). *Atendimento Domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, pp. 33-48 2000.
63. NERI, A. L. *Palavras-Chave em Gerontologia*. Campinas, SP. Editora Alínia, pp. 110 –114, 2001.
64. NERI, A.L. e GOLDSTEIN, L. L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In NERI A.L. *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus, pp. 109-136, 1993.
65. NERI, A. L. *Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus, 1993.
66. NETTO, Matheus Papaléo. *Gerontologia – A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo. Editora Atheneu,

1999.

67. NHANES III. National Center for Health Statistics. Health United States. 1995. Hyattsville, M D. Public Health Service, 1996.

68. NORDENFELT, L. On the goals of medicine, health enhancement and social welfare. *Health Care Anal* **9** (1): 15-23. 2001. pp. 1077-1082, 2002.

69. PAVARINI, S.C.I. e NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O. e DIOGO, M.J. D'Elboux (orgs.). *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu, 2000.

70. PEREIRA, Maurício Gomes. *Epidemiologia Teoria e Prática*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1999.

71. PRADO, Felício Cintra; RAMOS, Jairo de Almeida; VALLE, José Ribeiro. *Atualização Terapêutica*. São Paulo. Editora Artes Médicas, 2001.

72. RAY, W. A.; GRIFFIN, M. R.; SCHAFFNER, W.; BAUGH, D. K. & MELTON, L. J. Psychotropic drug use and the risk of hip fracture. *New England Journal of Medicine*, **316**: 363-369, 1987.

73. RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* **19**:793-8, 2003.

74. RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma

questão de Saúde Pública. *Gerontologia* **1** (1): 3 – 8, 1993b.

75. RAMOS, L. R.; ROSA, T. E.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C.; SANTOS, F. R. G. Perfil do Idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domicilar. *Revista de Saúde Pública* **27** (2): 87-94, 1993.
76. RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: Uma realidade Brasileira. *Revista de Saúde Pública* **32**, (5): 221-224, 1987.
77. ROSA, T. E.; Benicio, M.H.; Latorre, M.R.; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* **37**: 40-8, 2003.
78. SHEEHAN, D.V. & LECRUBIER, Y. Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.), Brazilian version 5.0.0 DSM IV. Traduzido para o português (Brasil) por Patrícia Amorim.
79. SILVESTRE, J. A.; KALACHE, A.; RAMOS, L. R.; VERAS, R. P. O Envelhecimento Populacional Brasileiro e o Setor Saúde. *Arquivo de geriatria e gerontologia* **0** (1): 81-89, 1996.
80. SIMON, G. E.; VONKORFF, M. & BARLOW, W. Predictors of chronic benzodiazepine use in a health maintenance organization sample. *Journal of Clinical Epidemiology* **49** : 1067-1073,1996.
81. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

82. STRAAND, J. & ROCKSTAD, K. General practitioners prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: Are elderly patients at particular risk for overprescribing? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, **15** : 16-21. 1997
83. VERAS, R. P. (orgs). *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: UnATI. Relume Dumará. pp95,1995.
84. VERAS, R. P.; COUTINHO, E. Prevalência da Síndrome Cerebral Orgânica em População de Idosos de área Metropolitana da Região sudeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública* **28** (1): 26-37, 1994a.
85. VERAS, R.P. *País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumara. pp. 224, 1994b
86. WALKER, A. The Economic Burden of Aging and the Prospect of Intergenerational Conflict. Sheffield: Department of Sociological Studies, University of Sheffield. (mimeo.), 1990.
87. WHOQOL – ABREVIADO. Organização Mundial de Saúde, Divisão de Saúde Mental, Grupo WHOQOL. Versão em Português dos *Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL)*, 1998.
88. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB) - report on WHO Consultation*. Genebra, 1998. (WHO/MSA/MHP/98.2, 2-23)
89. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Constitution of the world health organization*. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.
90. XAVIER F. M. F., ET AL. A definição dos idosos de qualidade de vida. *Rev. Bras. Psiquiatria*.1 (25). São Paulo, 2003.

91. XAVIER, F. M. F.; ET AL. Saúde Mental de Octagenários Residentes na Comunidade. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.

9. ANEXOS

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Pós- Graduação em Gerontologia
Questionário Social

1.	Nº do Questionário _ _ _	Nques _ _ _
2.	Entrevistador _____	Entrev _ _
3.	Data da Entrevista _ _ / _ _ / _ _	Data _ _ / _ _ / _ _
4.	Nº do Idoso _ _ Resposta: (1) própria (2) outra pessoa	Nidoso _ _
5.	Nome do Idoso _____	Respos _ _
6.	Endereço _____ Nº _____ Complemento _____ Bairro _____ Telefone _ _ _ _ _ _ _ _	
7.	Sexo () M () F 1- masculino 2 – feminino	Sexo _ _
8.	Estado Civil (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Viúvo(a) (4) Separado(a) (5) Divorciado(a) (6) Vivendo como casado(a)	Estaciv _
9.	Data de Nascimento _ _ / _ _ / _ _ Idade _ _ _	Idade _ _ _
10.	Escolaridade em anos de estudo com sucesso _ _ (1) ≤ 4 (2) 5 a 8 (3) 9 a 12 (4) ≥ 13	Escol _ _ Catesco _ _
11.	Profissão _____	Profis _____
12.	Ocupação atual _____	Ocup _____
13.	Doença Referida 01-Diabetes 02-Hipertensão Arterial 03-Doença respiratória crônica ou recorrente 04- Doença gastro intestinal crônica ou recorrente 05- Doença do Sistema urinário crônico ou recorrente 06- Doença Cardíaca Crônica ou recorrente 07-Hanseníase 08-Alcoolismo 09- Tabagismo 10-Tuberculose 11-AVC-Derrame 12-Uso de Prótese Dentária 13-Quedas recorrentes 14- Doença de Parkinson 15- Doença de Alzheimer 16-Doença Mental 17- Dificuldade auditiva 18- Dificuldade visual 19- Doença osteoarticular 01-SIM 02-NÃO 88-Ignorado 99-Não se aplica	DI _ _ TBC _ _ HA _ _ AVC _ _ DR _ _ PD _ _ DG _ _ QR _ _ DU _ _ DP _ _ DC _ _ DA _ _ HAN _ _ DM _ _ ALC _ _ AU _ _ TAB _ _ VI _ _ OEA _
14.	Triador de Risco 1-Acamado 2- Deficiência Física 3-Deficiência Mental 4- Doença Psiquiátrica 5- Alteração Comportamental 6- Obesidade 0-Risco inesistente 8- NSA 9-IGN	Trisco _ Inhosp _ Conv _ Sercs _
15.	O(A) senhor(ora) teve alguma internação hospitalar no último ano? 1- () Sim 2- () Não 8- () NSA 9- () IGN	
16.	O(A) senhor(ora) possui algum tipo de Convênio? 1- () Sim 2- () Não 8- () NSA 9- () IGN	
17.	O(A) senhor(ora) utiliza algum serviço do Centro de Saúde?	

	1 – Usa regularmente 2- usa esporadicamente 3- usa apenas vacina 4- usa apenas remédio 5- usa apenas exames 6- não usa	
18.	O(A) senhor(ora) utiliza o serviço odontológico do Centro de Saúde? 1- () Sim 2- () Não 8- ()NSA 9- () IGN	Odocs _
19.	O(A) senhor(ora) possui alguma atividade social regular? 1- () Sim 2- () Não 8- ()NSA 9- () IGN	Atireg _
20.	Se sim qual atividade? 1- religiosa 2- política 3-cultural 4-social / lazer 5- esportiva 6-outras 8- NSA 9- IGN	Qualati _
21.	Há quanto tempo mora nesta casa?	Teca _ _ _
22.	Esta casa é: 1 - Própria 2 – Alugada 3 – Cedida 4 – Em trânsito	Casa _
23.	Qual a sua cidade de origem?	Cidori _____
24.	Quantas pessoas moram nesta casa?	Npeca _ _
25.	Quantos cômodos/peças têm a casa?	Ncomo _ _
26.	Quantos cômodos/peças usam para dormir?	Pdorm _ _
27.	Qual o tipo de domicílio? 1-Tijolo/alvenaria 2- Adobe 3-Taipa revestida 4-Taipa não revestida 5- Madeira 6-Material aproveitado 7-Outros	Tipodo _ _
28.	Qual o tratamento de água que realiza no domicílio? 1- Filtração 2- Fervura 3- Cloração 4- não realiza	Tratag _
29.	Como é feito o abastecimento de água? 1- Rede pública 2- Poço ou nascente 3- outros	Abasta_
30.	Tem energia elétrica? 1- Sim 2- Não 8-NSA 9-IGN	Enele _
31.	Como é feito o esgotamento sanitário? 1- Rede pública 2- Fossa 3- Céu aberto	Esgosa _
32.	Qual o destino do lixo? 1- Coletado 2- Queimado/Enterrado 3- Céu aberto	Destil _
33.	Qual a renda familiar mensal? R\$ _ _ _ _	Remem _ _ _ _
34.	O(A) senhor(ora) recebe aposentadoria? 35. Se sim, quanto recebe? R\$ _ _ _ _ 1- Sim 2- Não 8-NSA 9-IGN	Aposen _ _ Apoval _ _ _ _
36.	(1) < q 1 (2) 1 a 4 (3) 5 a 8 (4) 9 a 13 (5) 14 a 19 (6) > 20 (Salários Mínimos)	Catsala _ _

37.	Na sua casa tem? Não (00) Sim (quantidade) Automóvel __ Televisor em cores __ Banheiro __ Empregada mensalista __ Rádio __ Máquina de lavar roupa __ Videocassete __ Aspirador de pó __ Geladeira __	Auto __ Tv __ Banho __ Empre __ Radio __ Lavar __ Video __ Aspi __ Gelade __																																
38.	Qual a escolaridade do chefe de família? (indivíduo com maior renda) __ do __ grau	Serchef __ Grauchef __																																
39.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="4">Pressão Arterial Sistêmica</th> </tr> <tr> <th>HAS</th> <th>PAD (mmHg)</th> <th>PAS (mmHg)</th> <th>CLASSIFICAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>< 85</td> <td>< 130</td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>85-89</td> <td>130-139</td> <td>Normal limítrofe</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>90-99</td> <td>140-159</td> <td>Hipertensão leve</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>100-109</td> <td>160-179</td> <td>Hipertensão moderada</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>≥ 110</td> <td>≥ 180</td> <td>Hipertensão grave</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>< 90</td> <td>≥ 140</td> <td>Hipertensão sistólica isolada</td> </tr> </tbody> </table>	Pressão Arterial Sistêmica				HAS	PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	CLASSIFICAÇÃO	01	< 85	< 130	Normal	02	85-89	130-139	Normal limítrofe	03	90-99	140-159	Hipertensão leve	04	100-109	160-179	Hipertensão moderada	05	≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave	06	< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica isolada	Has __
Pressão Arterial Sistêmica																																		
HAS	PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	CLASSIFICAÇÃO																															
01	< 85	< 130	Normal																															
02	85-89	130-139	Normal limítrofe																															
03	90-99	140-159	Hipertensão leve																															
04	100-109	160-179	Hipertensão moderada																															
05	≥ 110	≥ 180	Hipertensão grave																															
06	< 90	≥ 140	Hipertensão sistólica isolada																															
40.	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Diabetes</th> </tr> <tr> <th>Diabetes</th> <th>Categorias</th> <th>Jejum de no mínimo 8 horas</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>Glicemia de jejum normal</td> <td>≤ 110</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>Glicemia de Jejum Alterada</td> <td>>110 e < 126</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>Diabetes mellitus</td> <td>≥ 126</td> </tr> </tbody> </table>	Diabetes			Diabetes	Categorias	Jejum de no mínimo 8 horas	01	Glicemia de jejum normal	≤ 110	02	Glicemia de Jejum Alterada	>110 e < 126	03	Diabetes mellitus	≥ 126	Diab __																	
Diabetes																																		
Diabetes	Categorias	Jejum de no mínimo 8 horas																																
01	Glicemia de jejum normal	≤ 110																																
02	Glicemia de Jejum Alterada	>110 e < 126																																
03	Diabetes mellitus	≥ 126																																

CLASSIFICAÇÃO DAS FAMÍLIAS, EM ESCALAS SOCIECONÔMICAS, UTILIZADA POR INSTITUTOS DE PESQUISA E OPINIÃO PÚBLICA

ESCOLARIDADE	NÚMERO DE PONTOS
Analfabeto/primário incompleto	0
Primário completo/ginasial incompleto	5
Ginasial completo/colegial incompleto	10
Colegial completo/superior incompleto	15
Superior completo	21

BENS	QUANTIDADE						
	NÃO TEM	1	2	3	4	5	6
Automóvel	0	4	9	13	18	22	26
Televisor em cores	0	4	7	11	14	18	22
Banheiro	0	2	5	7	10	12	15
Empregada mensalista	0	5	11	16	21	26	32
Rádio	0	2	3	5	6	8	9
Máquina de lavar roupa	0	8	8	8	8	8	8
Videocassete	0	10	10	10	10	10	10
Aspirador de pó	0	6	6	6	6	6	6
Geladeira	0	7	7	7	7	7	7

CLASSE SOCIAL: somatório de pontos, em escolaridade e posse de bens

A: 89 ou mais

B: de 59 a 88

C: de 35 a 58

D: de 20 a 34

E: de 0 a 19

Fonte: PEREIRA, M. G. Epidemiologia Teoria e Prática. Editora Guanabara/Koogan. Rio de Janeiro 1999. pág 204

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Pós- Graduação em Gerontologia

Questionário Religioso

1.	O(A) senhor(ora) tem religião? 1- () Sim 2- () Não 8- ()NSA 9- () IGN	Reli _
2.	Qual sua religião? _____	Tipore _
3.	Qual igreja freqüenta? _____	Tipoig _
4.	O(A) senhor(ora) tem uma segunda religião? 1- () Sim 2- () Não 8- ()NSA 9- () IGN	Segure _
Se a resposta da questão 4 for “NÃO”, então pular a questão 5 :		
5.	Qual é a sua segunda religião? _____	Maisre _
6.	Quantas vezes por mês você vai à igreja / culto? __ (_____) / escrever numericamente e por extenso	Freqig _
7.	O(A) senhor(ora) se considera uma pessoa: 1. () Muito religioso(a) - (tem muita fé, acredita muito em Deus, reza/ora com freqüência, pensa/consulta a Deus sobre suas decisões). 2. () Religioso(a) - (tem fé, acredita em Deus, reza/ora com certa freqüência, pensa/consulta a Deus sobre suas decisões). 3. () Pouco religioso(a) - (tem pouca fé, acredita pouco em Deus, reza/ora com pouca freqüência, não pensa quase nada sobre Deus). 4. () Sem religião – (não tem fé, não acredita em Deus, não reza/ora, não pensa em assuntos religiosos).	Pessoa _

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Pós- Graduação em Gerontologia

ÍNDICE DE BARTHEL

Alimentação:		
	10	Independente (10): o paciente pode comer sozinho, em bandeja ou à mesa, se a comida é colocada a seu alcance. Deve ser capaz de usar as ajudas técnicas correspondentes quando forem necessárias, cortar a comida, usar sal e pimenta, passar manteiga, etc.
	5	Necessita de ajuda (5): por exemplo, para cortar a comida ou passar a manteiga no pão.
	0	Dependente (0): necessita ser alimentado.
Transferência:		
	15	Independente (15): em todas as atividades. O paciente pode aproximar-se da cama (com sua cadeira de rodas), bloquear a cadeira, levantar os apoios dos pés, passar de forma segura para a cama, virar-se, sentar na cama, mudar a cadeira de rodas de posição, se for necessário, para retornar a ela.
	10	Necessita de ajuda (10): ainda que mínima, em algum passo da atividade, ou necessita ser supervisionado ou lembrado de um ou mais passos.
	5	Necessita de muita ajuda (5): para sair da cama, embora consiga sentar-se na cama sem ajuda.
	0	Dependente (0): incapaz de permanecer sentado, necessitando de ajuda de duas pessoas para transferências.
Toalete pessoal:		
	5	Independente (5): pode lavar o rosto e as mãos, pentear-se, escovar os dentes e arrumar-se. Usa aparelho de barbear elétrico ou não (deve poder acertar o aparelho para uso seguro e alcançá-lo no armário). Mulheres devem ser aptas a maquiarse.
	0	Dependente (0): necessita de alguma ajuda.
Uso do Banheiro:		
	10	Independente (10): é capaz de sentar-se e levantar-se do vaso, tirar e colocar a roupa, evitar sujar-se, usar o papel higiênico sem ajuda. Pode utilizar qualquer barra ou suporte que necessite. Se é necessário o uso de urinol, deve ser capaz de colocá-lo na pia ou vaso, esvaziá-lo e limpá-lo.
	5	Necessita de ajuda (5): por desequilíbrio ou para acomodar a roupa, ou no uso de papel higiênico.
	0	Dependente (0): incapaz de executar sem grande ajuda.
Banho:		
	5	Independente (5): pode tomar banho ou ducha. É capaz de executar todos os passos necessários sem que nenhuma outra pessoa esteja presente.
	0	Dependente (0): necessita de alguma ajuda.
Andar em superfície plana:		
	15	Independente (15): pode caminhar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão. Pode usar órtese, prótese e bengalas ou muletas. Bloqueia e desbloqueia as órteses ou próteses. Levanta-se e senta-se usando as ajudas técnicas necessárias e pode dispor delas quando está sentado.
	10	Necessita de ajuda (10): requer ajuda ou supervisão em qualquer passo acima, mas caminha pelo menos 50 metros.
	5	Só o paciente em cadeira de rodas (5): faz a propulsão independente da cadeira, dobra esquinas, gira e manobra a cadeira para colocá-la em frente à mesa, cama ou vaso sanitário. Propulsiona pelo menos 50 metros.
	0	Dependente (0): imóvel, necessita ser deslocado por outros.

Subir e descer escadas:			
	10	Independente (10): capaz de subir e descer escadas de forma segura e sem supervisão. Pode usar corrimão, bengala ou muleta, se necessário. É capaz de levar a bengala ao subir escadas.	
	5	Necessita de ajuda (5): ou supervisão para executar a tarefa acima.	
	0	Dependente (0): incapaz de subir escadas.	
Vestir-se e despir-se:			
	10	Independente (10): pode pôr, ajustar e tirar a roupa, amarrar cordões (salvo se necessário usar adaptações), põe e tira órteses ou próteses. Pode usar tirantes, calçadeiras e roupas abertas pela frente.	
	5	Necessita de ajuda (5): para pôr e tirar a roupa. Realiza pelo menos 50% do trabalho em tempo razoável.	
	0	Dependente (0): não realiza a tarefa.	
Continência do esfíncter anal:			
	10	Independente (10): capaz de controlar o esfíncter anal sem acidentes. Pode usar supositório ou enema quando necessário (como nas lesões medulares).	
	5	Necessita ajuda (5): para pôr o supositório ou enema, ou tem acidente ocasional.	
	0	Incontinente (0)	
Continência do esfíncter vesical:			
	10	Independente (10): controla durante o dia e a noite. Os que usam dispositivo externo de coleta devem colocá-lo, limpá-lo e esvaziá-lo de forma independente, e estar seco dia e noite.	
	5	Necessita de ajuda (5): tem acidente ocasional ou não consegue esperar chegar ao banheiro ou que lhe tragam o urinol.	
	0	Incontinente (0).	
A incapacidade funcional se classifica como:		Severa: < 45 pontos. Grave: 45 – 59 pontos.	Moderada: 60 – 79 pontos. Leve: 80 – 100 pontos.
			Pontuação Total:

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
 Pós- Graduação em Gerontologia
 WHOQOL - ABREVIADO

W1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	muito ruim 1	ruim 2	nem ruim nem boa 3	boa 4	muito boa 5	W1 _
----	--	-----------------	-----------	-----------------------	----------	----------------	------

W2	Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	muito insatisfeito 1	Insatisfeito 2	nem satisfeito nem insatisfeito 3	Satisfeito 4	muito satisfeito 5	W2 _
----	---	-------------------------	-------------------	--------------------------------------	-----------------	-----------------------	------

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente	
W3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	W3 _
W4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	W4 _
W5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	W5 _
W6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	W6 _
W7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	W7 _
W8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	W8 _
W9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	W9 _

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente	
W10	Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W10 _
W11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	W11 _
W12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	W12 _
W13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W13 _
W14	Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	W14 _

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom	
W15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	W15 _

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	muito satisfeito	
W16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	W16 _
W17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	W17 _
W18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	W18 _
W19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	W19 _
W20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	W20 _

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito	
W21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	W21 _
W22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	W22 _
W23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	W23 _
W24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	W24 _
W25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	W25 _

As questões seguintes referem-se **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre	
W26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	W26 _

STEPS FOR CHECKING AND CLEANING DATA AND COMPUTING
DOMAIN SCORES FOR THE WHOQOL-BREF
(prepared by Alison Harper and Mick Power on behalf of the WHOQOL Group)

Steps	SPSS syntax for carrying out data checking, cleaning and computing total scores
Check all 26 items from assessment have a range of 1-5	<p>RECODE Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18 Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24 Q25 Q26</p> <p>(1=1) (2=2) (3=3) (4=4) (5=5) (ELSE=SYMSIS).</p> <p>(This recodes all data outside the range 1-5 to system missing)</p>
Reverse 3 negatively phrased items	<p>RECODE Q3 Q4 Q26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)</p> <p>(This transforms negatively framed questions to positively framed questions)</p>
Compute domain scores	<p>COMPUTE PHYS= MEAN.6(Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)*4. COMPUTE PSYCH= MEAN.5(Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)*4. COMPUTE SOCIAL=MEAN.2(Q20,Q21,Q22)*4. COMPUTE ENVIR=MEAN.6(Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)*4.</p> <p>(These equations calculate the domain scores. All scores are multiplied by 4 so as to be directly comparable with scores derived from the WHOQOL-100. The “.6” in “MEAN.6” specifies that 6 items must be endorsed for the domain score to be calculated.)</p>
Transform scores to 0-100 scale	<p>COMPUTE PHYS=(PHYS-4)*(100/16). COMPUTE PSYCH=(PSYCH-4)*(100/16). COMPUTE SOCIAL=(SOCIAL-4)*(100/16). COMPUTE ENVIR=(ENVIR-4)*(100/16)</p>
Delete cases with > 20% missing data	<p>COUNT TOTAL=Q1 TO Q26 (1 THRU 5)</p> <p>(This command creates a new column “total”. “Total” contains a count of the WHOQOL-BREF items with values 1-5 that have been endorsed by each subject. The “Q1 TO Q26” means that consecutive columns from “Q1”, the first item, to “Q26”, the last item, are included in the count. It therefore assumes that data is entered in the order given in the assessment.)</p> <p>SELECT IF (TOTAL>21). EXECUTE</p> <p>(This second command selects only those cases where “total”, the “total number” of items completed, is greater than or equal to 80%. It deletes the remaining cases from the dataset.)</p>

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Pós- Graduação em Gerontologia

Questionário Episódio Depressivo Maior e Distímia

→ SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não	A1depr _
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente? 1- () Sim 2- () Não	A2depr _
	Se A1 ou A2 são cotadas SIM , responda as questões abaixo 1- () Sim 2- () Não →	A1A2 _
A3	Durante as duas semanas, quando se sentia deprimido(a)/sem interesse pela maioria das coisas:	
A3a	O seu apetite mudou de forma significativa, ou o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado?(variação de ± 5% ao longo do mês, isto é, 3,5Kg, para uma pessoa de 65Kg) COTAR SIM, SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO 1- () Sim 2- () Não	A3peso _
A3b	Teve problema de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? 1- () Sim 2- () Não	A3sono _
A3c	Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não	A3fala _
A3d	Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não	A3cans _
A3e	Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não 2-	A3culp _
A3f	Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não	A3difi _
A3g	Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo? 1- () Sim 2- () Não	A3mort _
A4	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM A3? (ou 4 se A1 OU A2 = “NÃO”) 1- () Sim 2- () Não EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:	A4diag _

A5a	Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos (SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g)? 1- () Sim 2- () Não →	A5a _
A5b	Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse? A5b É COTADA SIM? 1- () Sim 2- () Não EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE NÃO EXPLORAR O MÓDULO ABAIXO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	A5bdiag _
B1	Durante os últimos dois anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo? 1- () Sim 2- () Não →	B1dist _
B2	Ao longo deste período, sentiu-se bem durante 2 meses ou mais? 1- () Sim → 2- () Não	B2bem _
B3	Desde que se sente deprimido(a) a maior parte do tempo:	
B3a	O seu apetite mudou de forma significativa? 1- () Sim 2- () Não	B3apet _
B3b	Tem problemas de sono ou dorme demais? 1- () Sim 2- () Não	B3sono _
B3c	Sente-se cansado ou sem energia? 1- () Sim 2- () Não	B3cans _
B3d	Perdeu a auto-confiança? 1- () Sim 2- () Não	B3autc _
B3e	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões? 1- () Sim 2- () Não	B3difi _
B3f	Sente-se sem esperança? 1- () Sim 2- () Não	B3espe _
	HÁ PELO MENOS 2 RESPOSTAS “SIM” EM B3? 1- () Sim 2- () Não →	B3resp _
B4	Esses problemas causam-lhe um sofrimento importante ou perturbam de maneira significativa seu trabalho, suas relações sociais, ou outras áreas importantes? 1- () Sim 2- () Não → B4 é cotada SIM? 1- () Sim 2- () Não TRANSTORNO DISTÍMICO ATUAL	B4sofr _ B4diag _

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Pós- Graduação em Gerontologia

Questionário Transtorno de Pânico

→ SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE PARA E5, ASSINALAR NÃO E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

E1a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim? 1- () Sim 2- () Não →	E1pani _
E1b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? 1- () Sim 2- () Não →	E1inte _
E2	Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse / sem motivo? 1- () Sim 2- () Não →	E2impr _
E3	Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis conseqüências? 1- () Sim 2- () Não	E3medo _
E4	Durante o episódio em que se sentiu pior:	
E4a	Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido? 1- () Sim 2- () Não	E4palp _
E4b	Transpirou ou ficou com as mãos úmidas? 1- () Sim 2- () Não	E4umid _
E4c	Teve tremores ou contrações musculares? 1- () Sim 2- () Não	E4trem _
E4d	Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a)? 1- () Sim 2- () Não	E4resp _
E4e	Teve impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta? 1- () Sim 2- () Não	E4sufo _
E4f	Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito? 1- () Sim 2- () Não	E4desc _
E4g	Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina? 1- () Sim 2- () Não	E4diarr _
E4h	Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar? 1- () Sim 2- () Não	E4tont _
E4i	Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado(a) do todo ou de uma parte do seu corpo? 1- () Sim 2- () Não	E4corp _

E4j	Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle? 1- () Sim 2- () Não	E4perd _
E4k	Teve medo de morrer? 1- () Sim 2- () Não	E4mort _
E4l	Teve dormências ou formigamentos no corpo? 1- () Sim 2- () Não	E4dorm _
E4m	Teve ondas de frio ou de calor? 1- () Sim 2- () Não	E4onda _
E5	E3 = SIM E HÁ PELO MENOS 4 RESPOSTAS “SIM” EM E4? 1- () Sim 2- () Não Transtorno de Pânico Vida Inteira	E5 _
E6	SE E5 = “NÃO”, HÁ PELO MENOS UMA RESPOSTA “SIM” EM E4? 1- () Sim 2- () Não Ataques Pobres em Sintomas Vida Inteira	E6 _
E7	Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio? 1- () Sim 2- () Não Transtorno de Pânico Atual	E7 _

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP

Pós- Graduação em Gerontologia

Dependência / Abuso de Álcool

→ SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky ...), num período de três horas? 1- () Sim 2- () Não →	J1alco _
J2	Nos últimos 12 meses:	
J2a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de álcool para obter o mesmo efeito? 1- () Sim 2- () Não	J2quan _
J2b	Quando bebia menos, as suas mãos tremiam, transpirava ou sentia-se agitado(a)? Alguma vez bebeu uma dose para evitar esses problemas ou evitar uma resseca? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO 1- () Sim 2- () Não	J2ress _
J2c	Quando começava a beber, com frequência bebia mais do que pretendia? 1- () Sim 2- () Não	J2bebe _
J2d	Tentou, mas não conseguiu diminuir seu consumo de álcool ou parar de beber? 1- () Sim 2- () Não	J2cons _
J2e	Nos dias em que bebia, passava muito tempo procurando bebida, bebendo ou se recuperando dos efeitos do álcool? 1- () Sim 2- () Não	J2temp _
J2f	Reduziu suas atividades (lazer, trabalho, cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da bebida? 1- () Sim 2- () Não	J2trab _
J2g	Continuou a beber mesmo sabendo que isso lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? 1- () Sim 2- () Não	J2prob _
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM J2? 1- () Sim → 2- () Não DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL ATUAL	J2diag _
J3	Durante os últimos 12 meses:	
J3a	Ficou embriagado ou de “resseca” várias vezes, quando tinha coisas para fazer no trabalho (na escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR “SIM” SOMENTE SE A EMBRIAGUEZ / RESSACA CAUSOU PROBLEMAS	J3ress _

	1- () Sim 2- () Não	
J3b	Por Várias vezes esteve sob o efeito do álcool em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar uma máquina ou um instrumento perigoso...?	J3arri _
J3c	Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha bebido?	J3cond _
J3d	Continuou a beber mesmo sabendo que a bebida lhe causava problemas com seus familiares ou com outras pessoas?	J3fami _
	HÁ PELO MENOS 1 RESPOSTA “SIM” EM J3? 1- () Sim 2- () Não ABUSO DE ÁLCOOL ATUAL	J3diag _

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
 Pós- Graduação em Gerontologia
Questionário Dependência e Abuso de Barbitúricos

→ **SIGNIFICA: IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR NÃO EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE**

K1	O(A) senhor(ora) usou algum dos seguintes medicamentos nos últimos 12 meses: Valium [®] , Diazepam [®] , Diempax [®] , Somalium [®] , Frisium [®] , Psicosedim [®] , Lexotan [®] , Halcion [®] , Frontal [®] , Rohypnol [®] , Urbanil [®] , Sonebon [®] , Lorax [®] . 1- () Sim 2- () Não →	K1medi _
K2	Considerando o seu consumo de (NOME DO MEDICAMENTO USADO), durante os últimos 12 meses:	
K2a	Constatou que precisava de quantidades cada vez maiores de (NOME DO MEDICAMENTO USADO) para obter o mesmo efeito? 1- () Sim 2- () Não	K2quan _
K2b	Quando usava menos ou parava de consumir (NOME DO MEDICAMENTO USADO), tinha problemas como dores, tremores, febre, fraqueza, diarreia, náuseas, suores, aceleração do coração, dificuldade de dormir ou sentir-se agitado(a), irritável ou deprimido(a)? Ou você tomava qualquer outra coisa para evitar esses problemas ou para se sentir melhor? COTAR “SIM”, SE RESPOSTA “SIM” NUM CASO OU NO OUTRO 1- () Sim 2- () Não	K2cons _
K2c	Quando começava a usar (NOME DO MEDICAMENTO USADO), freqüentemente consumia mais do que pretendia? 1- () Sim 2- () Não	K2freq _
K2d	Tentou, sem conseguir, diminuir ou parar de usar (NOME DO MEDICAMENTO USADO)? 1- () Sim 2- () Não	K2dimi _
K2e	Nos dias em que usava (NOME DO MEDICAMENTO USADO), passava mais do que 2 horas tentando conseguir a droga, se drogando, ou se recuperando dos efeitos do(a) (NOME DO MEDICAMENTO USADO), ou ainda pensando nessa droga? 1- () Sim 2- () Não	K2hora _
K2f	Reduziu as suas atividades (lazer, Trabalho, Cotidianas) ou passou menos tempo com os amigos ou a família por causa da droga? 1- () Sim 2- () Não	K2ativ _
K2g	Continuou a usar (NOME DO MEDICAMENTO USADO) mesmo sabendo que este lhe causava problemas de saúde ou problemas psicológicos? 1- () Sim 2- () Não	K2prob _
	HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM K2? Especificar a substância: _____ 1- () Sim → 2- () Não DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA ATUAL	K2diag _

K3	Durante os últimos 12 meses:	
K3a	<p>Por várias vezes ficou alterado, como se estivesse bêbado(a) com (NOME DO MEDICAMENTO USADO), quando tinha coisas para fazer no trabalho (/escola) ou em casa? Isso lhe causou problemas? COTAR “SIM” SOMENTE SE A INTOXICAÇÃO CAUSOU PROBLEMAS 1- () Sim 2- () Não</p>	K3into _
K3b	<p>Por várias vezes esteve sob o efeito de (NOME DO MEDICAMENTO USADO) em situações em que isso era fisicamente arriscado como dirigir, utilizar máquina ou um instrumento perigoso, etc.? 1- () Sim 2- () Não</p>	K3efei _
K3c	<p>Por várias vezes teve problemas legais como uma interpelação ou uma condenação ou uma detenção porque tinha usado (NOME DO MEDICAMENTO USADO)? 1- () Sim 2- () Não</p>	K3prob _
K3d	<p>Continuou a usar (NOME DO MEDICAMENTO USADO) mesmo sabendo que esta droga lhe causava problemas com os seus familiares ou com outras pessoas? 1- () Sim 2- () Não</p>	K3fami _
	<p>HÁ PELO MENOS 1 “SIM” EM K3? Especificar a substância: _____ 1- () Sim 2- () Não</p>	K3diag _
	ABUSO DE SUBSTÂNCIA ATUAL	

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Pós- Graduação em Gerontologia
Questionário Transtorno de Ansiedade Generalizada

→ SIGNIFICA: **IR DIRETAMENTE** AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), **ASSINALAR NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

O1a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo? 1- () Sim 2- () Não →	O1ansi _
O1b	Teve essas preocupações quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não →	O1preo _
	A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC.. 1- () Sim → 2- () Não	Ansied _
O2	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (/essa ansiedade) ou ela (s) o (a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer? 1- () Sim 2- () Não →	O2cont _
	DE O3 A O3f COTAR “NÃO” SE OS SINTOMAS OCORREM EXCLUSIVAMENTE NO CONTEXTO DE QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ANTERIORMENTE	
O3	Nos últimos 6 meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo tempo:	
O3a	Sentia-se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele? 1- () Sim 2- () Não	O3agit _
O3b	Tinha os músculos tensos? 1- () Sim 2- () Não	O3tens _
O3c	Sentia-se cansado (a) ou facilmente exausto(a)? 1- () Sim 2- () Não	O3cans _
O3d	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos / “brancos”? 1- () Sim 2- () Não	O3conc _
O3e	Sentia-se particularmente irritável? 1- () Sim 2- () Não	O3irri _

O3f	<p>Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? 1- () Sim 2- () Não</p> <p>HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS “SIM” EM O3? 1- () Sim 2- () Não</p> <p>TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA ATUAL</p>	<p>O3sono _</p> <p>O3diag _</p>
-----	---	---------------------------------

QUESTIONÁRIO DE TRIAGEM EM SAÚDE MENTAL

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não	A1TRI_
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente? 1- () Sim 2- () Não	A2TRI_
	A1 ou A2 são cotadas SIM ? 1- () Sim 2- () Não →	A1A2TRI_
	NÃO EXPLORAR O MÓDULO ABAIXO SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	
B1	Durante os últimos dois anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo? 1- () Sim 2- () Não →	B1TRI_
E1a	Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim? 1- () Sim 2- () Não →	E1ATRI_
E1b	SE SIM: Estes episódios de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos? 1- () Sim 2- () Não →	E1BTRI_
J1	Nos últimos 12 meses, em três ou mais ocasiões você bebeu pelo menos cinco latas de cerveja ou uma garrafa de ou uma garrafa de vinho ou três doses de uma bebida alcoólica forte (pinga, caipirinha, conhaque, vodka, whisky ...), num período de três horas? 1- () Sim 2- () Não →	J1TRI_
K1	O(A) senhor(ora) usou algum dos seguintes medicamentos nos últimos 12 meses: Valium®, Diazepam®, Diempax®, Somalium®, Frisium®, Psicosedim®, Lexotan®, Halcion®, Frontal®, Rohypnol®, Urbanil®, Sonebon®, Lorax®. 1- () Sim 2- () Não →	K1TRI_
O1a	Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho / escola, casa, familiares / amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo? 1- () Sim 2- () Não →	O1ATRI_
O1b	Teve essas preocupações quase todos os dias? 1- () Sim 2- () Não → A ANSIEDADE DESCRITA É RESTRITA EXCLUSIVAMENTE A, OU MELHOR EXPLICADA POR QUALQUER OUTRO TRANSTORNO JÁ EXPLORADO ATÉ AQUI? [POR EX, MEDO DE TER UM ATAQUE DE PÂNICO (TRANSTORNO DE PÂNICO), DE SER HUMILHADO EM PÚBLICO (FOBIA SOCIAL), DE SER CONTAMINADO (TOC), DE GANHAR PESO (ANOREXIA NERVOSA), ETC.. 1- () Sim → 2- () Não	O1BTRI_ ANSTRI_

Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP
Pós- Graduação em Gerontologia

CONVITE À PARTICIPAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE QUALIDADE DE VIDA

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre como é que as pessoas acham que está a sua vida. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspectos de sua vida: sua saúde física, sua vida emocional, sua relação com amigos e familiares, seu meio-ambiente. Será verificado sua pressão arterial e solicitado um teste de glicemia de jejum, respectivamente para investigarmos Hipertensão Arterial e Diabetes.

Gostaríamos de deixar claro que esta pesquisa é independente de seu tratamento e em nada influenciará caso o(a) senhor(a) não estiver de acordo em participar. Asseguramos que todas as informações prestadas pelo senhor(a) são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas. Se você tiver alguma pergunta a fazer antes de decidir, sintase a vontade para fazê-la.

Para esclarecimento de eventuais dúvidas contate o pesquisador: Petterson de Jesus Floriano

Rua: Eugênio Fabrini nº 120, casa B

Parque das Hortências Distrito de Sousas – Campinas – SP

CEP: 13105-628

☎ (0__19) 3258-6657

Para eventuais denúncias contate o Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-UNICAMP

Caixa Postal 6111

CEP: 13083-970 Campinas, SP

☎ (0__19) 3788-8936

Data: ____/____/____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Nome do entrevistador: _____

Assinatura: _____