

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Condições de vida e saúde de idosos residentes no município de Águas de Chapecó - SC

Maristela Teston

Passo Fundo

2013

Maristela Teston

Condições de vida e saúde de idosos residentes no município de Águas de Chapecó - SC

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella

Coorientador:

Profa. Dra. Marlene Doring

Passo Fundo

2013

CIP – Catalogação na Publicação

---

T345c Teston, Maristela  
Condições de vida e saúde de idosos residentes no município de  
Águas de Chapecó SC / Maristela Teston. – 2013.  
126 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –  
Universidade de Passo Fundo, 2013.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Rodrigues Portella.

Coorientadora: Profa. Dra. Marlene Doring.

1. Envelhecimento – Santa Catarina. 2. Política pública. 3.  
Serviços de saúde – Santa Catarina. 4. Idosos – Saúde e higiene. I.  
Portella, Marilene Rodrigues, orientadora. II. Doring, Marlene,  
coorientadora. III. Título.

CDU: 613.98

# ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DA ALUNA

## MARISTELA TESTON

Aos 17 dias do mês de maio do ano dois mil e treze às quinze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “Condições de vida e saúde de idosos residentes no município de Águas de Chapecó - SC”, apresentada pela mestranda Maristela Teston, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores, Marlene Doring - Coorientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Marilene Rodrigues Portella – orientadora, Helenice de Moura Scortegagna, Bernadete Maria Dalmolin, Luiz Antonio Bettinelli e Ana Maria Bellani Migotto. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata **APROVADA**, em conformidade com o disposto na Resolução Consun Nº 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Profª. Drª. Marlene Doring, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 17 de maio de 2013.

Profª. Drª. Marlene Doring  
Coorientadora e Presidente da Banca Examinadora

Profª. Drª. Marilene Rodrigues Portella  
Orientadora – UPF

Profª. Drª. Helenice de Moura Scortegagna  
Universidade de Passo Fundo – UPF

Profª. Drª. Bernadete Maria Dalmolin  
Universidade de Passo Fundo – UPF/ICB

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli  
Universidade de Passo Fundo – UPF

Profª. Drª. Ana Maria Bellani Migotto  
Universidade de Passo Fundo – UPF/ICB

## **DEDICATÓRIA**

*A Deus, que através da sua força me fez superar as dificuldades encontradas no caminho, uma conquista ao concluir este trabalho, acrescentando, assim, ainda mais minha paixão por viver e por realizar o que realizo dentro da minha profissão.*

*Às inúmeras pessoas que foram incentivadoras neste processo de ensino e que a partir e agora passa a ser essencial em minha caminhada pessoal e profissional.*

*À minha família, em especial ao meu sobrinho Guilherme Krebs Teston que nos deixou durante essa caminhada, mas que durante seus poucos anos de vida nos ensinou a essência de viver com sabedoria e alegria.*

*Aos agentes de saúde e aos idosos, que foram fundamentais para a realização desta pesquisa.*

*Às professoras: Dra. Marilene Rodrigues Portella e Dra. Marlene Doring que sempre demonstraram empenho e comprometimento me acolhendo, atendendo minhas dúvidas, me proporcionando conhecimentos na valorização deste estudo e sua pesquisa.*

*A todos professores que no decorrer de minha vida, de alguma forma contribuíram para que eu chegasse aqui.*

*Aos meus colegas de curso que compartilharam comigo amizade e conhecimentos.*

*A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização desta pesquisa.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Em primeiro lugar, a Deus pelo meu projeto de vida.*

*Aos meus pais Érico e Leda por terem dito SIM á este projeto.*

*A todos que de alguma forma contribuíram nesta minha realização formativa profissional de mestre, em especial.*

*À minha família, destacando meu sobrinho Guilherme Krebs Teston.*

*À minha orientadora professora Dra. Marilene Rodrigues Portella e à coorientadora professora Dra. Marlene Döring pelo todo apoio nos momentos que mais precisei.*

*Aos idosos voluntários da pesquisa deste estudo e, enfim, aos entrevistadores!*

## **EPIGRAFE**

*O Brasil, hoje, já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido.*

*(Anne Caroline Afonso F. R. Cardoso da Costa).*

## RESUMO

Teston, Maristela. Condições de vida e saúde de idosos residentes no município de Águas de Chapecó SC. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

O Brasil, a exemplo de muitos países esta convivendo com uma transição demográfica e epidemiológica. À medida que a sociedade envelhece, as doenças e agravos entre os idosos impactam o sistema de saúde, desafiando as políticas públicas. Com o objetivo de analisar as condições de vida e saúde da população idosa do município de Águas de Chapecó/SC realizou-se estudo transversal de base populacional. A amostra foi constituída por 651 idosos residentes no município. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; residir há pelo menos três meses no território do município; possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas. A coleta dos dados realizou-se no período de maio a julho de 2012 por agentes de saúde treinados pela própria pesquisadora e utilizou o questionário *Braslian Old Age Schedule* (BOAS), validado e adaptado para a população idosa brasileira. O mesmo inclui nove seções: informações gerais, saúde física, utilização de serviços médicos e dentários, atividades da vida diária, recursos sociais, recursos econômicos, saúde mental, necessidades e problemas que afetam o entrevistado, avaliação do entrevistador. Os dados foram analisados através do software Stata v. 10 (STATA, 2007), realizou-se análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson) e análises multivariadas por meio de regressão logística múltipla. Os resultados foram reunidos em duas produções científicas as quais estão anexadas ao texto. A primeira intitulada Características sócio-demográficas e autopercepção de saúde dos idosos objetivou analisar as características sócio-demográficas e autopercepção de saúde dos idosos do Município de Águas de Chapecó – SC. Nos resultados, observou-se que a medida que aumenta a faixa etária maior é a proporção de idosos que consideram sua saúde ruim ou péssima, entre outros. Houve associação estatisticamente significativa entre autopercepção de saúde, sexo e faixa etária ( $p < 0,05$ ). Na produção científica II desenvolvemos como temática: Estudo de base populacional associados aos sintomas depressivos em idosos. O objetivo foi verificar a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos entre os idosos. Os resultados mostraram que os sintomas depressivos acometeram principalmente idosos mais vulneráveis com capacidade funcional comprometida, sem atividade remunerada no momento da entrevista. Aponta-se a necessidade do estabelecimento de políticas públicas de saúde mental para idosos visando manter os mesmos na comunidade pelo maior tempo possível oferecendo condições para preservarem ao máximo sua autonomia, diminuindo assim a demanda nos serviços e colaborando com a redução dos gastos. Os resultados sugerem necessidade do desenvolvimento de mais estudos que abarquem o contexto em questão e que venham contribuir com a implantação de ações preventivas em detrimento das curativas, proporcionando mais qualidade de vida à população idosa do município.

Palavras-chave: 1. Envelhecimento. 2. Políticas públicas. 3. Serviços de saúde. 4. Saúde do idoso. 5. Prevenção.

## ABSTRACT

Teston, Maristela. Living conditions and health of elderly residents in the city of Águas de Chapecó SC. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2013.

The multidimensional and dynamic definition of "health" does not have well-established concept. This state depends on secondary factors and resources and access to education, food, housing, goods and services of health infrastructure, conditions of life and work, income, lifestyle, environment, leisure and others. The study aimed to examine the health conditions of the elderly population in the city of Águas de Chapecó / SC. The same cross-sectional nature and the population sample consisted of 651 persons of the said municipality. Inclusion criteria were: age less than 60 years; reside for at least three months in the territory of the municipality, owning at the time of interview cognitive conditions to respond to the questionnaire and / or the presence of a family member or caregiver to assist or make the responses. Data collection took place between May and July 2012 by health workers trained by the researcher and used the structured questionnaire Brazilian Old Age Schedule (BOAS), which is multidimensional, validated and adapted to the elderly population. It includes nine sections: general information, physical health, use of medical and dental services, activities of daily living, social resources, economic resources, mental health needs and issues affecting the respondent, the interviewer's assessment. The results were gathered in two scientific productions which are attached to the text. The first entitled Socio-demographic characteristics and self-reported health of elderly aimed to analyze the socio-demographic characteristics and self-reported health of elderly people of Waters Chapecó - SC. To investigate the association between self-rated health and sociodemographic characteristics of the elderly, we used the chi-square test and Fisher's exact test at a significance level of  $p \leq 0.05$  and confidence interval (CI) of 95% . To cut this study, 775 of the total sample were excluded 13.5% seniors, totaling 651 individuals, 86% of the initial sample. The results showed that the older, the higher the proportion of elderly people who consider their health as poor or very poor, among others. Statistically significant association between self-rated health, gender and age ( $p < .05$ ). In scientific II developed as a theme: A population based study associated with depressive symptoms in the elderly. The objective was to determine the prevalence and factors associated with depressive symptoms among the elderly. Data were analyzed using Stata v. 10 (STATA, 2007), bivariate analyzes (chi-square test) and multivariate analysis using logistic regression. Considering these results, it was found consistent with other studies involving the same subject in which there is a high prevalence of depression in older people. It is also evidenced that depressive symptoms Most patients were elderly more vulnerable to impaired functional capacity without gainful employment at the time of interview. Points up the need for the establishment of public policies on mental health for the elderly to maintain them in the community as long as possible to preserve the conditions giving maximum autonomy, thereby reducing the demand on services and helping to reduce spending. The results suggest the need to develop more studies that cover the context in question, and that will contribute to the implementation of preventive instead of curative, providing better quality of life for the elderly population.

Key words: 1. Aging. 2. Public policies. 3. Health services. 4. Health of the elderly. 5. Prevention.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos, residentes em Águas de Chapecó, 2012.....	23
Tabela 2 - Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas dos idosos, Águas de Chapecó/SC.....	24
Tabela 3 - Análise univariada da associação entre autopercepção de saúde e condições de saúde dos idosos, Águas de Chapecó/SC, 2011.....	25
Tabela 4 - Associação entre autopercepção de saúde e recursos sociais dos idosos, Águas de Chapecó/SC.....	27
Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos, residentes em Águas de Chapecó, 2012.....	41
Tabela 2 - Autopercepção entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas, AVD, AVDI.....	42
Tabela 3 - Modelo final para associação a sintomas depressivos.....	43

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVD	Atividades de Vida Diária
AVDI	Atividades Instrumentais da Vida Diária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
NA	Não se Aplica
NR	Não respondeu
NS	Não sabe
OMS	Organização Mundial de Saúde
P. Cardiovasculares	Problemas Cardiovasculares
P. Respiratórios	Problemas Respiratórios
P. Osteoarticular	Problemas Osteoarticular
UPF	Universidade de Passo Fundo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA I</b>	<b>17</b>
	<b>CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS</b>	<b>17</b>
2.1	<i>Introdução</i>	19
2.2	<i>Metodologia</i>	20
2.3	<i>Resultados</i>	22
2.4	<i>Discussão</i>	27
2.5	<i>Conclusões</i>	30
2.6	<i>Referências</i>	31
<b>3</b>	<b>PRODUÇÃO CIENTÍFICA II</b>	<b>34</b>
	<b>ESTUDO DE BASE POPULACIONAL ASSOCIADOS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS</b>	<b>34</b>
3.1	<i>Introdução</i>	36
3.2	<i>Metodologia</i>	38
3.3	<i>Resultados</i>	39
3.4	<i>Conclusão</i>	46
3.5	<i>Referências</i>	47
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>53</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>62</b>
Anexo A.	<i>Parecer Comitê de Ética</i>	63
Anexo B.	<i>Comprovante de submissão produção I</i>	65
Anexo C.	<i>Comprovante de submissão produção II</i>	67
	<b>APÊNDICES</b>	<b>69</b>
Apêndice A.	<i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	70
Apêndice B.	<i>Projeto de pesquisa</i>	73

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada, diferentemente das experiências em países europeus, onde o fenômeno se deu de forma abrandada acompanhada pela evolução dos recursos sociais. As projeções demográficas indicam que no ano de 2020, a população brasileira contará com mais de 26,3 milhões, representando quase 12,9% da população total (IBGE, 2010).

A longevidade vem acompanhada de transição demográfica e epidemiológica e com isso, o Brasil enfrenta os desafios de uma sociedade em processo de envelhecimento, entre os quais se destacam: a provisão de cuidado para a população, a manutenção da economia, a feminização do envelhecimento, além das transformações nos padrões das doenças que passam de uma condição de transmissíveis para não transmissíveis resultando no que a Organização Mundial da Saúde denomina “a carga dupla de doenças” (WHO, 2005).

Os idosos constituem um grupo heterogêneo com características bastante peculiares. Sabe-se que a prevalência de múltiplas condições crônicas e incapacidade funcional são mais elevadas neste segmento, com agravamento para a faixa etária equivalente aos 80 anos ou mais (MORAES, 2012; CDC, 2009).

No que confere ao estado de saúde dos idosos, há que se considerar a compensação, ou não das condições crônicas não transmissíveis. Assim, a maior disfunção e dependência surgem nas situações de cronicidade não compensada (NASRI, 2008). Nesse sentido, a pessoa idosa com doença crônica utiliza mais os serviços de saúde, por conseguinte, aumentam também as despesas com tratamentos médicos e hospitalares, as internações podem ser prolongadas e mais frequentes, em relação às outras faixas etárias. O custo elevado do tratamento dos idosos está relacionado à presença de múltiplos problemas, dentre eles, dois merecem destaque:

---

primeiro, o número de pessoas muito velhas no Brasil irá aumentar drasticamente nos próximos 30 anos e isso irá resultar em um maior número de pessoas debilitadas em qualquer momento, mesmo que uma redução na proporção de debilitados mais velhos seja esperada como conseqüência de avanços na prevenção de doenças, retardamento e melhor tratamento de deficiências. Segundo, o status da mulher e os valores familiares e sociais que passam por transformações irão continuar a impactar na disponibilidade de ajuda familiar (GRAGNOLATI, et al., 2011).

As transformações estruturais vivenciadas pela sociedade brasileira, no que diz respeito às mudanças demográficas e epidemiológicas ocorrem em meio a um contexto de acentuada desigualdade social em que a oferta de recursos se mostra distribuída também de modo desigual. Ainda, persiste uma realidade que não dá conta de atender as demandas vigentes, pois existem centros com serviços pouco estruturados, principalmente os de saúde (VERAS; PARAHYBA, 2007).

A repercussão na atenção ao idoso, além da disponibilização de recursos depende também do contexto familiar. Diminui-se o tamanho das famílias e as pessoas começam a ter dificuldade de cuidar dos seus idosos, devido à nova conjuntura. Se, por um lado, a mulher, culturalmente reconhecida como cuidadora, com sua inserção no mercado de trabalho tem restrito o tempo que dispõe para a atividade de cuidado dos membros e do lar, por outro, surgem novos arranjos familiares, frutos do aumento do número das separações e recasamentos, aportando também à vulnerabilidade dos vínculos sociais. (STRECK, 2007).

No plano das políticas públicas, vale destacar o lançamento da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, em outubro de 2006, momento em que o Ministério da Saúde visa instituir efetiva prioridade em torno do tema e mobilizar as três esferas do governo na proposição de um novo modelo de atendimento da população idosa cujos princípios norteadores consideram três dimensões importantes na vida da pessoa idosa:

...segurança, participação e saúde. A primeira delas diz respeito à necessidade de se criar um meio ambiente seguro, protegendo o idoso dos abusos econômicos, físicos e psicológicos; a segunda dimensão, a participação, aponta para a importância de o idoso estar integrado na

---

vida familiar, na sociedade e na comunidade, neste último caso, participando nos organismos que tomam decisões que podem afetar sua vida; finalmente, a terceira dimensão, a saúde, diz respeito à manutenção da saúde funcional do idoso, em termos de cognição, comunicação e capacidade física (BATISTA et al, 2008, p.130).

A caracterização das condições de vida e saúde, em especial, dos idosos, população que tende a crescer, requer múltiplas informações sobre os diferentes aspectos, mesmo em que o contexto pareça estável, pois tem grandes implicações tanto nas demandas sociais como nos serviços de saúde necessitando planejamento efetivo, pois apesar dos avanços de saúde e das estratégias propostas pelo SUS ainda se enfrenta uma série de dificuldades, existe uma lacuna entre a construção de saúde e a real necessidade dos idosos.

Diversos fatores influenciam o estado de saúde do indivíduo, porém, as questões que envolvem o planejamento e gestão solicitam estudos de abrangência geral. As evidências demográficas revelam que as regiões Sudeste e Sul do Brasil passam por um processo de envelhecimento populacional mais acelerado que a média nacional, evidenciando a necessidade de políticas públicas de atenção crescente aos idosos, especialmente em nível de municípios. Estas regiões, apresentam evolução semelhante à da estrutura etária, mantendo-se como as mais envelhecidas do País. As duas tinham, em 2010, 8,1% da população formada por idosos com 65 anos ou mais, enquanto a proporção de crianças menores de 5 anos era, respectivamente, de 6,5% e 6,4% (IBGE, 2011).

O presente estudo tem por finalidade a produção de conhecimento com vista a obtenção de subsídio no âmbito das políticas públicas em município de pequeno porte como parte da construção das ações de saúde e justifica-se pela necessidade de fomentar o planejamento visando a promoção, a prevenção e a reabilitação das condições de saúde do seguimento idoso.

A opção pelo desenvolvimento do estudo, tendo por cenário um município de pequeno porte está ancorada em dois aspectos: primeiro, minha trajetória profissional,

---

enfermeira atuante no contexto de saúde pública há mais de vinte anos, que levanta questionamentos sobre as condições de vida e saúde da população sob a atenção dos profissionais da saúde e, também pelo fato de vivenciar a experiência de participação na gestão municipal, evento este que reforça a necessidade de obtenção de dados para fins de planejamento em saúde. Desse modo, a questão norteadora do estudo se resumiu na seguinte pergunta: quais são as condições de vida e saúde dos idosos residentes em Águas de Chapecó/SC?

Determinou-se por objetivos: analisar as condições de vida e saúde, da população idosa de Águas de Chapecó/SC; identificar o perfil sócio-demográfico dos idosos; avaliar as condições de saúde física e mental; investigar as condições de acesso da população idosa aos serviços de saúde e recursos sociais; averiguar o grau de autonomia e independência no desempenho das atividades da vida diária; verificar a associação entre necessidade de saúde, necessidade econômica, necessidade de companhia e contato pessoal e as variáveis sociodemográficas e de acesso aos serviços médicos e odontológicos.

O desenvolvimento da pesquisa procurou atender os objetivos propostos no projeto e a proposta do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF. Apresenta os resultados na forma de duas produções científicas, devidamente submetidas para publicação. A primeira aborda o tema “Características sócio-demográficas e autopercepção de saúde dos idosos” e a segunda “**Estudo** de base populacional associados aos sintomas depressivos entre idosos”, conforme segue.

## 2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

### CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE DOS IDOSOS

Maristela Teston<sup>1</sup>, Marlene Doring<sup>2</sup>, Marilene Rodrigues Portella<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduada em Enfermagem pela UPF.. Especialista em Saúde Pública, em Saúde da Família e em Enfermagem do Trabalho. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora titular do Instituto de Ciências Biológicas e docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Gepaids UPF/CNPq.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq.

#### Resumo

O objetivo do estudo foi analisar as características sócio-demográficas e autopercepção de saúde dos idosos. Estudo transversal de base populacional incluindo 651 idosos residentes no município de Águas de Chapecó/SC. Os dados foram coletados durante o primeiro semestre de 2012 por agentes de saúde treinados para realizar o inquérito domiciliar. Foi utilizado o questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS), validado e adaptado para a realidade brasileira. Para verificar associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas, utilizou-se os testes qui-quadrado de Pearson

---

e exato de Fisher. Os resultados demonstraram que o sexo feminino foi prevalente (54,8%) e que maioria dos entrevistados (68%) são casados ou tem companheiro fixo. A autopercepção de saúde foi considerada (80%) boa. Constatou-se que à medida que aumenta a idade, maior a proporção de idosos que consideram sua saúde ruim ou péssima, com predomínio às mulheres (63,4%). Houve associação estatisticamente significativa entre autopercepção de saúde, sexo e faixa etária. Esses achados alertam para o planejamento em saúde, com cuidado integral aos idosos, em especial aos de 80 anos ou mais, e para a capacitação efetiva da equipe multiprofissional, visando a prevenção das doenças crônicas, das incapacidades e em consequência a melhoria na qualidade de vida desses idosos.

Palavras chave: Velhice; Idoso; Saúde; Vida social; Satisfação.

#### Abstract

The objective was to analyze the socio-demographic characteristics and self-rated health among the elderly. Cross-sectional study of stamp population. Sample consisted of 651 elderly residents in the town of Aguas de Chapecó / SC. Data were collected during the first half of 2012, a household survey using a questionnaire adapted from Brazil Old Age Schedule (BOAS). To assess the association between self-rated health and sociodemographic characteristics, we used chi-square test and Fisher exact test. The results showed that females were prevalent (54.8%) and that most respondents (68%) are married or have a steady partner. Self-perceived health was considered (80%) good. It was found that as age increases, the greater the proportion of elderly people who consider their health to be poor or very poor, predominantly women (63.4%). There was a statistically significant association between self-rated health and gender and age.

Keywords: Elderly; Elderly; Health; Social Life; Satisfaction.

#### Resumen

El objetivo fue analizar las características socio-demográficas y percepción de la salud entre las personas mayores. Estudio transversal de la población sello. Muestra consistió

---

de 651 ancianos residentes en la ciudad de Aguas de Chapecó / SC. Los datos fueron recolectados durante el primer semestre de 2012, una encuesta de hogares mediante un cuestionario adaptado del Programa Brasil Vejez (BOAS). Para evaluar la asociación entre la percepción de la salud y las características sociodemográficas, se utilizó la prueba de chi-cuadrado y la prueba exacta de Fisher. Los resultados mostraron que las mujeres eran frecuentes (54,8%) y que la mayoría de los encuestados (68%) están casados o tienen pareja estable. Autopercepción de la salud fue considerado (80%) good. Se encontró que a medida que aumenta la edad, mayor es la proporción de personas mayores que consideran que su salud es mala o muy mala, con predominio de mujeres (63,4%). Se observó una asociación estadísticamente significativa entre la percepción de la salud y el género y la edad.

Palabras clave: Anciano; Ancianos; Salud; Vida Social; satisfacción.

## 2.1 Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial caracterizado pelo aumento expressivo do número de pessoas idosas em relação ao restante da população. O Brasil acompanha esta tendência crescente de forma rápida e acentuada, em 2008 a população de idosos com 60 anos representava 11,1 % dos brasileiros, já, o Censo de 2010 acusa um percentual de 12,0% neste segmento, com destaque para as regiões Sudeste e Sul como sendo as mais envelhecidas do país (IBGE, 2011).

Frente à diversidade do contexto brasileiro, este fato baliza grandes desafios para as famílias, para a sociedade e para o setor saúde, em especial a saúde pública, pois o aumento da expectativa de vida se associa à maior incidência de doenças relacionadas ao envelhecimento, como as doenças crônico-degenerativas (WHO, 2005).

A mensuração do estado de saúde dos idosos não é uma tarefa fácil, pois engloba múltiplas variáveis, requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida, exige uma avaliação de saúde cuidadosa e detalhada, baseada em critérios objetivos e

---

subjetivos (FONSECA et al, 2010). Todavia, acende uma atenção crescente aos estudos sobre a autopercepção de saúde, pois os resultados favorecem a participação indireta da comunidade na formulação de decisões políticas e sociais, contribuindo para proposições de ações cuja abordagem tenha como meta a qualidade de vida dos indivíduos (MARTINS et al., 2010).

Autopercepção em saúde pode ser definida como a interpretação que sujeito faz das experiências vivenciadas no seu cotidiano em relação ao seu estado de saúde (MARTINS et al., 2010). Contempla diversos aspectos da saúde física, da cognição e da capacidade funcional da pessoa, trata-se de uma variável confiável, com validade equivalente a outras medidas mais complexas para a avaliação das condições de saúde, além de ser de fácil aplicação (ALVES; RODRIGUES, 2005).

A prevalência de doenças crônicas, a capacidade funcional, em conjunto com a autopercepção de saúde é recomendada como indicadores importante da autoavaliação da saúde, (LIMA-COSTA et al., 2011). Embora, a autopercepção de saúde seja uma variável não empregada na clínica, sua utilização em pesquisa revela à sua forte associação com mortalidade, morbidade e uso de serviço médico (SILVA; MENEZES, 2007).

As pessoas idosas elaboram sua autopercepção de saúde em relação aos múltiplos fatores como, doenças crônicas, condição socioeconômica e local de moradia entre outras. Assim, este estudo teve por objetivo analisar as características sociodemográficas e autopercepção de saúde dos idosos do Município de Águas de Chapecó – SC.

## *2.2 Metodologia*

Estudo transversal de base populacional dos idosos residentes no município de Águas de Chapecó. Os dados foram coletados por inquérito domiciliar utilizando questionário adaptado do Brazil Old Age Schedule (BOAS). O questionário BOAS é

---

multidimensional, validado e adaptado para a realidade brasileira, visa cobrir as áreas consideradas as mais importantes da vida do idoso: saúde física, saúde mental, condição social, condição econômica e atividades do dia-a-dia (VERAS, DUTRA, 2008).

Os dados foram coletados por inquérito domiciliar. Os agentes de saúde foram os entrevistadores, os quais foram treinados e acompanhados pela pesquisadora.

O Município de Águas de Chapecó localiza-se no interior de Santa Catarina a 665 km de Florianópolis e a 47 km de Chapecó. A origem étnica populacional é italiana e alemã provinda do Rio Grande do Sul. A religião predominante é católica. É um município essencialmente agrícola. Dentre as principais culturas destacamos o fumo, o feijão e o milho. A pecuária é menos expressiva. Aparecem as criações de gado, suínos, aves e piscicultura. Por ser uma estância hidromineral, devido à qualidade de suas águas termais, o turismo e o lazer aparecem como fonte alternativa de economia com infraestrutura ainda deficiente não sendo significativo na área econômica. A população derivada do turismo é significativa na época de primavera e verão principalmente. Possui uma área de 139 km<sup>2</sup> e população total de 6.110 habitantes, destes 755 são idosos, idade igual ou superior a 60 anos, representando 12,35% da população total (IBGE, 2010).

Do total de 755 foram entrevistados 651 idosos, residentes no município. Houve uma perda de 13,7%, 49 não aceitaram participar da pesquisa, 52 por não terem sido encontrados após três visitas em horários e dias diferentes e três por estarem em tratamento fora do município.. Os idosos foram entrevistados em seus domicílios, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Neste artigo consideraram-se as variáveis relacionadas à autopercepção de saúde e as características sócio demográficas dos idosos, isso é: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda mensal e companhia em sua residência.

---

Para verificar a associação entre autopercepção de saúde e as características sócio demográficas dos idosos, utilizou-se os testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher ao nível de significância de 5%.

Este estudo observou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, além dos parâmetros legais brasileiros vigentes para esta modalidade de estudo. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, Protocolo nº 616.2011, CAAE 0277.0.398.000-11.

### 2.3 Resultados

Participaram do estudo 651 idosos. A maioria era do sexo feminino (54,8%), 55% tinham idade entre 60 e 69 anos. A idade média dos idosos foi 70 anos (DP:8,5), com idade mínima de 60 anos e máxima 101 anos; 68% eram casados ou tinham companheiro fixo; 70% estudaram até a 5ª série e 69% relataram renda familiar mensal de um salário mínimo ou menos; 21% dos idosos referiram saúde ruim ou péssima.(Tabela 1)

A Tabela 2 apresenta a análise bivariada da auto-percepção de saúde e variáveis sociodemográficas. Entre os que consideraram sua saúde ruim ou péssima, a maioria eram mulheres (63,4%). Observou-se que à medida que aumenta a idade, aumenta a proporção de idosos que consideram sua saúde ruim ou péssima. Houve associação estatisticamente significativa entre autopercepção de saúde, sexo e faixa etária ( $p < 0,05$ ).

Houve maior proporção de autopercepção ruim de saúde entre os viúvos, entre os idosos com nenhuma escolaridade e entre os que vivem só. Entretanto não houve diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis ( $p > 0,05$ ).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos, residentes em Águas de Chapecó, 2012

Características	N=651	% =100
Sexo		
Masculino	294	45,2
Feminino	357	54,8
Faixa etária		
60 - 69	359	55,1
70 - 79	201	30,9
80 e +	91	14,0
Escolaridade		
Nenhuma	133	20,6
Primário/5ª série	464	71,9
Ginásio/Fundamental	48	7,4
Renda Mensal		
=> 1 Salário Mínimo	450	69,1
1,1 a 3 Salários Mínimos	171	26,3
> 3 Salários Mínimos	30	4,6
Atividade Remunerada atual		
Sim	166	25,5
Não	417	64,1
Filhos		
Nenhum	29	4,5
1 a 3	227	34,9
4 ou +	395	60,7
Vive só		
Sim	66	10,2
Não	578	89,8
Ocupação anterior		
Agricultura	550	84,5
Não agricultura	101	15,5
Autopercepção de saúde		
Boa	517	79,4
Ruim	134	20,6

Os principais problemas de saúde relatados pelos idosos foram hipertensão (49,7%), visão péssima/ruim (42%), audição ruim/péssima (20,8%), problemas osteoarticular (19,9%) e diabetes (9,5%).

Tabela 2 - Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas dos idosos, Águas de Chapecó/SC.

Características sociodemográficas	Autopercepção de saúde			p	OR (IC95%)
	Total n	Boa n (%)	Ruim n (%)		
Sexo				0,025	
Masculino	294	245 (47,4)	49 (36,6)		1
Feminino	357	272 (52,6)	85 (63,4)		1,56 (1,05-2,32)
Faixa etária				0,008	
60 – 69	359	299 (57,8)	60 (44,8)		1
70 a 79	201	155 (30,0)	46 (34,3)		1,48 (0,96-2,28)
80 e +	91	63 (12,2)	28 (20,9)		2,21 (1,30-3,76)
Estado Cível				0,096	
Casado/U.estável	441	360 (69,8)	81 (60,9)		1
Viúvo	163	120 (23,3)	43 (32,3)		1,59 (1,04-2,44)
Solteiro/Divorciado	45	36 (7,0)	9 (6,8)		1,11 (0,51-2,39)
Escolaridade				0,365	
Nenhuma	133	100 (19,5)	33 (25,0)		1
Até a 5ª série	464	375 (73,1)	89 (67,4)		0,71(0,45-1,14)
6ª série ou +	48	38 (7,4)	10 (7,6)		0,79(0,36-1,78)
Renda Mensal				0,603	
<= 1 SM	450	356 (68,9)	94 (70,1)		1
1,1 a 3 SM	171	135 (26,1)	36 (26,9)		1,0 (0,65-1,56)
>3 SM	30	26 (5,0)	4 (3,0)		0,58 (0,19-1,71)
Vive só				0,085	
Sim	66	47 (9,2)	19 (14,3)		1
Não	578	464 (90,8)	114(85,7)		0,61 (0,34-1,08)

IC 95% : Intervalo de 95% de confiança

Teste qui-quadrado

Já entre os idosos que consideraram sua saúde ruim, 65% possuíam visão ruim ou péssima, 41,8% eram hipertensos, 37,3% tinham problemas osteoarticulares, 31,1% referiram audição ruim ou péssima, 11,3% eram hipertensos e diabéticos, 13,4% tinham problemas cardiovasculares e 4,3% respiratórios. ( $p < 0,05$ ).

Tabela 3 - Análise univariada da associação entre autopercepção de saúde e condições de saúde dos idosos, Águas de Chapecó/SC, 2011

Variáveis	Autopercepção de saúde			p	OR (IC95%)
	Total n	Boa n (%)	Ruim n(%)		
Visão				0,000	
Ruim/péssima	272	184 (35,9)	88 (65,7)		1
Ótima/Boa	375	329 (64,1)	46 (34,3)		0,29 (0,19-0,44)
Audição				0,001	
Ótima/Boa	511	420 (81,9)	91 (68,9)		1
Ruim/péssima	134	93 (18,1)	41 (31,1)		2,03 (1,32-3,13)
HAS				0,811	
Sim	278	222 (42,9)	56 (41,8)		1
Não	373	295 (57,1)	78 (58,2)		1,04 (0,71-1,54)
Diabetes				0,285	
Sim	16	11 (2,1)	5 (3,7)		1
Não	635	506 (97,9)	129 (96,3)		0,56 (0,19-1,64)
Diabetes/Hipertensão				0,036	
Sim	46	31 (6,0)	15 (11,2)		1
Não	605	486 (94,0)	119 (88,8)		0,51 (0,26-0,97)
P. Cardiovasculares				0,032	
Sim	57	39 (7,5)	18 (13,4)		1
Não	594	478 (92,5)	116 (86,6)		0,53 (0,29-0,95)
P. Respiratórios				0,021	
Sim	13	7 (1,4)	6 (4,5)		1
Não	638	510 (98,6)	128 (95,5)		0,29 (0,09-0,89)
P. Osteoarticular				0,000	
Sim	126	76 (14,7)	50 (37,3)		1
Não	525	441 (85,3)	84 (62,7)		0,29 (0,19-0,44)

IC 95% : Intervalo de confiança 95%

Teste qui-quadrado

---

Considerando a percepção da vida geral 90,5% dos entrevistados estão satisfeitos com sua vida; 89,9% não vivem sozinhos; 61,7% tem quatro filhos ou mais; 34,7 vivem com filhos; 74,8% relatam que alguém os ajuda; 93,8% não dependem de ajuda nas atividades diárias; 83,1% dependem de ajuda, nas atividades instrumentais.

Entre os idosos com autopercepção ruim de saúde 24,2% estão insatisfeitos com sua vida; 14,2% vivem só; 67,9% possuem 4 ou mais filhos; 59,0% vivem com seus filhos; 74,6% recebem ajuda de outras pessoas, (familiares ou não); cerca de 15% dependem de alguém para realizar as atividades da vida diária e 26,7% necessitam de ajuda para realizar as atividades instrumental da vida diária

Houve associação entre percepção de saúde e percepção da vida geral, receber ajuda para realizar as atividades da vida diária e atividades da vida diária instrumental ( $p < 0,05$ ). As chances de idosos com percepção ruim de saúde estarem insatisfeitos com suas vidas é 5,2 vezes maior comparada com idosos com boa saúde. As chances de um idoso com percepção ruim de saúde ser dependente para realizar as atividades da vida diária é 4,4 vezes comparada com idosos independentes. Não houve associação entre percepção ruim de saúde e viver só, número de filhos, viver com os filhos e receber ajuda de alguém ( $p > 0,05$ ).

Tabela 4 - Associação entre autopercepção de saúde e recursos sociais dos idosos, Águas de Chapecó/SC

Variáveis	Autopercepção de saúde			p	OR (IC95%)
	Total n	Boa n (%)	Ruim n (%)		
Percepção vida geral				0,000	
Satisfeito	570	473(94,2)	97(75,8)		1,0
Insatisfeito	60	29(5,8)	31(24,2)		5,2(3,00-9,05)
Vive só				0,082	
Não	585	470(90,9)	115(85,8)		1,0
Sim	66	47(9,1)	19(14,2)		1,65(0,93-2,93)
Nº filhos				0,104	
4 ou +	395	304(58,8)	91(23,0)		1,0
1 a 3	227	187(36,2)	40(29,9)		0,71(0,47-1,08)
Nenhum	29	26(5,0)	3(2,2)		0,38(0,11-1,30)
Vive com Filhos				0,084	
Sim	226	171(33,1)	55(41,0)		1,0
Não	425	346(66,9)	79(59,0)		0,71(0,48-1,0)
Alguém ajuda				0,945	
Sim	452	361(74,9)	91(74,6)		1,0
Não	152	121(25,1)	31(25,4)		1,01(0,64-1,60)
AVD				0,000	
Não depende	611	697(96,1)	114 (85,1)		1,0
Depende	40	20 (3,9)	20 (14,9)		4,36 (2,27-8,37)
AVDI				0,001	
Sim	541	443(85,7)	98(73,1)		1,0
Não	110	74(14,3)	36(26,9)		2,19(1,39-3,46)

\*Teste qui-quadrado. IC 95%.

#### 2.4 Discussão

A pesquisa revelou que a maioria dos participantes eram do sexo feminino. Isto mostra que o município de Águas de Chapecó segue a tendência internacional, em que a população feminina cresce mais acentuada que a masculina, fato que corrobora o fenômeno da feminização da velhice (WHO, 2005; CAMARANO, 2006).

---

A idade média encontrada no estudo, aproxima-se dos resultados obtidos em outros estudos (SILVA et al, 2012), todavia chama atenção para a questão da longevidade, pois a faixa dos 80 anos e mais apresenta um percentual expressivo demonstrando que o município sofre transição demográfica acelerada, em função do aumento específico neste segmento (OLIVEIRA; MENEZES, 2011; IBGE, 2008).

Tal fato alerta para a questão do planejamento em saúde, pois o cuidado integral a pessoa de 80 anos ou mais, requer recursos humanos capacitados que entendam das necessidades humanas básicas, adaptações e mudanças que ocorrem ao longo da vida, na sua multidimensionalidade (MENEZES; LOPES, 2012).

Relativo à união conjugal, nossa pesquisa revelou 68% dos indivíduos são casados ou com companheiro fixo, diferente de outros estudos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011) que acusam índices menores nesta condição. Em referência à escolaridade, embora grande parte indique estudo incompleto em grau equivalente ao ensino fundamental, chama a atenção o percentual de analfabetos. A população estudada é bastante semelhante à população idosa participante de estudos em grandes centros urbanos, no que confere as condições financeiras e educacionais (HOTT; PIRES, 2011; NUNES; BARRETO; GONÇALVES; 2012).

No estudo foi observado como tendência dos resultados existir uma associação maior entre as variáveis independentes com uma autopercepção de saúde boa, diferentemente dos resultados obtidos em outros estudos com idosos residentes em grandes centros urbanos (SILVA; MENEZES, 2007).

Houve associação estatisticamente significativa entre autopercepção de saúde e sexo e faixa etária ( $p < 0,05$ ), diferentemente de outros estudos que verificaram relação significativa entre a escolaridade e a renda mensal, mas não com o gênero e a idade (AZEVEDO; FRICHE; LEMOS, 2012).

---

Nesta pesquisa chama atenção que a grande maioria desta população (90,48%) está satisfeita em relação à percepção geral da vida. Tal observação não corrobora com estudo no qual, quanto aos aspectos de saúde apenas 35% dos idosos avaliam positivamente como boa (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010). Outro destaque fica para a elevada taxa, correspondente a percepção positiva do estado de saúde (80%) corroborada por outros estudos (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011; SILVA et al 2012).

Uma minoria sinalizou a autopercepção de saúde como ruim ou péssima (20%), dentre estes, a maior proporção está entre os viúvos, aqueles com nenhuma escolaridade, com renda de até um salário mínimo, que vivem só, na questão de gênero, a maioria (63,4%) são mulheres, e não houve diferença estatisticamente significativa entre essas variáveis. A autopercepção de saúde negativa entre as mulheres é semelhante à de outros estudos (SILVA et al., 2012).

A autopercepção da saúde implica julgamento do sujeito sobre seu estado de saúde (FREITAS et al., 2012). No idoso, esta avaliação se constrói dentro de um contexto que envolve as alterações fisiológicas e psicológicas próprias ao processo de envelhecimento, associadas a questões culturais e ambientais no qual o idoso está inserido (LIMA-COSTA et al., 2007). Neste estudo, o fato de possuírem poucos recursos econômicos, baixa escolaridade, serem viúvos e viverem só parecem influenciar na autopercepção negativa da saúde.

Os problemas de saúde mais relatados pelos idosos neste estudo foram principalmente as doenças crônicas e tais resultados concordam com outra pesquisa a qual aponta que os principais problemas de saúde referidos pela maioria dos idosos são distúrbios cardiovasculares seguidos das doenças osteoarticulares e metabólicas (BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012).

Boa parte dos idosos (89,87%) não vivem sozinhos o que se configura como um fator positivo para o julgamento de uma boa autopercepção de saúde corroborado por

---

outros estudos que apontam a presença de suporte social, em especial de familiares, como fatores que influenciam em uma postura positiva diante da vida e consequentemente na percepção da saúde (PEDREIRA; LOPES, 2012).

O estudo qualitativo de Fonseca et al., (2010) sobre o papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso ressalta que a percepção de saúde expressa pelos idosos, como positiva aparece entre os indivíduos capazes de exercer controle sobre as condições estruturantes do contexto e confiantes nas suas relações com os outros significantes.

Outro fator positivo para a boa autopercepção de saúde é a manutenção da funcionalidade e independência para as AVD. Embora a maioria dos idosos do município (83,10%) depende de algum tipo de ajuda para AIVD, a condição que lhes permite o cuidado de si é que influencia na boa autopercepção de saúde, dados corroborados por outros estudos (FREITAS et al, 2012).

## *2.5 Conclusões*

O estudo evidenciou que a maioria dos idosos eram do sexo feminino, na faixa etária entre 60 e 69 anos, vivendo na condição de casado ou com companheiro, independentes para a realização das AVDs e relataram autopercepção boa de saúde. O maior problema de saúde identificado foi a HAS seguida pelas dificuldades visuais. Observou-se que a medida que aumenta a idade, aumenta a proporção de idosos que consideraram sua saúde ruim ou péssima.

A boa percepção de saúde dos idosos pode estar condicionado ao acesso aos serviços de saúde. Todavia a garantia deste acesso, principalmente aos muito idosos, apresenta-se como um grande desafio para as políticas públicas municipais, as quais necessitam recursos humanos qualificados, conhecimento da realidade e planejamento congruente ao contexto.

---

### Contribuição dos autores

M. Teston propôs o tema da pesquisa, treinou colaboradores para a coleta, participou da mesma realizou digitação dos dados, revisão da literatura e redação do presente manuscrito. M. Doring efetuou a análise, revisão e redação dos dados estatísticos. M. R. Portella supervisionou e fez a revisão crítica do trabalho conduzindo e orientando todas as etapas.

### 2.6 Referências

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.3, p. 468-478, 2010.

ALVES, L. S; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, v. 17, p. 333-341, 2005.

AZEVEDO, G. P.G.C.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* São Paulo, v.17, n.2, p. 119-127, 2012.

BATISTA, N. N. L. A; VIEIRA, D. J. N.; SILVA, G. M. P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v.3, n. 1, p. 07-11, 2012.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al.(Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

FONSECA, M. G. U. P, et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159-65, 2010.

---

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v.25, n.6, p.933-939, 2012.

HOTT, A. M., PIRES, V. A. T. N. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Revista Enfermagem Integrada*, Ipatinga, v.4, n.1, p. 765-778, jul./ago. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em 16 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf)>. Acesso em 30 jun 2012.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 14 mar 2013.

LIMA-COSTA, M. F. et al. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1893-1902, ago. 2007.

\_\_\_\_\_. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 912-922, 2010.

MENEZES, T. M. O; LOPES, R. L. M. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. *Rev. Eletr. Enf.* Goiânia, v. 14, n. 2, p. 240-247, abr./jun. 2012.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONCALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.15, n.2, p. 415-428, 2012.

---

OLIVEIRA, L. P. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-309, 2011.

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. L. M. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev. Eletr. Enf. Goiânia*, v.14, n.2, p.304-312, abr/jun, 2012.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, n.5, p. 1-9, set./out. 2011.

SILVA, R. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.15, n.1, p. 49-62, 2012.

SILVA, T. R.; MENEZES, P. R. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med (São Paulo)*, São Paulo, v. 86, n.1, p.28-38, jan./mar. 2007.

VERAS, R.; DUTRA, S. Perfil do idoso brasileiro - questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008. 100 p. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)> Acesso em: 05 jan 2013.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZACION. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

### 3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

#### ESTUDO DE BASE POPULACIONAL ASSOCIADO AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS ENTRE IDOSOS

Maristela Teston<sup>1</sup>, Marlene Doring<sup>2</sup>, Marilene Rodrigues Portella<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Graduada em Enfermagem pela UPF / 1986. Especialista em Saúde Pública, em PSF e em enfermagem do Trabalho. Apoiadora do SUS. Mestranda em Ciências do Envelhecimento Humano.

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora titular do Instituto de Ciências Biológicas e docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Gepaids UPF/CNPq.

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq.

#### Resumo

A depressão é um importante problema de saúde global e vem causando impacto negativo na vida dos idosos e na de suas famílias, além de elevar a demanda aos serviços de saúde. Objetivo: o presente estudo objetivou verificar a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos entre os idosos. Métodos: Estudo transversal de base populacional dos idosos residentes no município de Águas de Chapecó. Os dados foram coletados por inquérito domiciliar utilizando questionário adaptado do Brazil Old Age Schedule (BOAS). Considerou-se como variável dependente, os sintomas

---

depressivos e variáveis independentes, as sociodemográficas, clínicas e as relacionadas as atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. Verificou-se a associação entre as variáveis utilizando análise bivariada e multivariada. Resultados: a prevalência de sintomas depressivos foi alta entre os idosos com 60 a 69 anos, do sexo feminino, baixa escolaridade. e observou-se associações significativas entre sintomas de depressão, ausência de atividade remunerada, dependência para atividades básicas e ocupação na vida. Conclusão: Diante dos resultados, salientamos a importância do estabelecimento de políticas públicas de saúde mental voltadas para idosos, considerando as suas fragilidades e a detecção precoce dos sintomas da depressão.

Palavras chave: Depressão; Envelhecimento; Renda Mensal; Políticas Públicas; Saúde Mental.

#### Abstract

Depression is a major global health problem and is causing negative impact on the lives of seniors and their families, in addition to increasing the demand for health services. Objective: This study aimed to determine the prevalence and factors associated with depressive symptoms among the elderly. Methods: A population-based cross-sectional study of elderly residents in the city of Águas de Chapecó. Data were collected through household survey using a questionnaire adapted from Brazil Old Age Schedule (BOAS). It was considered as the dependent variable, depressive symptoms and independent variables, the sociodemographic, clinical and related activities' basic daily living and instrumental activities of daily living. There was an association between variables using bivariate and multivariate analysis. Results: The prevalence of depression was higher among those aged 60-69 years of age, female, low education and also observed significant associations between symptoms of depression, lack of gainful activity, dependence in basic activities and occupation in life. Conclusion: Considering the results, we emphasize the importance of establishing public policies geared to elderly mental health, considering their weaknesses and early detection of the symptoms of depression.

---

Keywords: Depression; Aging; Monthly Income; Public Policy; Mental Health.

### 3.1 Introdução

A acelerada transição demográfica no Brasil é resultante da redução da taxa de fecundidade, associada a diminuição da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (MORAES, 2012).

O alargamento do topo da pirâmide etária pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (14.081.480 habitantes). Em 1991, o grupo de 0 a 15 anos representava 34,7% da população. Em 2010 esse número caiu para 24,1% (IBGE, 2012).

O envelhecimento humano é marcado por alterações biológicas e funcionais e ocorre de forma progressiva, dinâmica e heterogênea. Diante da transição demográfica e do aumento no número de idosos, modifica-se o perfil epidemiológico associando-se ao aumento no desenvolvimento de doenças crônicas, o que demanda sobrecarga dos serviços de saúde disponíveis à população com desafios para implantação e adequação de novos modelos assistenciais e sistemas previdenciários (SCHRAMM et al., 2004; VERAS, 2007).

O aumento da expectativa de vida dos indivíduos traz como consequência o crescente desenvolvimento de problemas de saúde relacionados ao envelhecimento da população. Condições crônicas comuns afetam de maneira significativa as capacidades funcionais e biopsicossociais dos indivíduos idosos e são diversificadas, afetando sistema músculo-esquelético, neuromuscular e sensorial e podem ser agravadas (SILVA et al., 2010; PINHO et al, 2012).

---

Vários são os fatores que podem determinar ou contribuir para o surgimento dos sintomas depressivos no indivíduo, sejam eles biológicos, genéticos, psicossociais, distorções cognitivas e impotência apreendida ligada à experiência de acontecimentos incontrolláveis (SADOCK; SADOCK, 2007). Entre os principais fatores que contribuem para agravamento destas ocorrências está a mudança de humor e o desenvolvimento da depressão. Há tendência de aumento na ocorrência de depressão entre pessoas idosas com o avançar da idade, fato descrito na literatura associado às características sociais, como a baixa escolaridade e o baixo nível econômico (CUNHA et al, 2012).

Os sintomas depressivos acarretam graves transtornos na vida do idoso, causando impactos negativos na vida dos mesmos e de suas famílias, além de elevar a demanda pelos serviços de saúde. Os transtornos mais relatados, incluem perda de interesse e de prazer em atividades anteriormente significativas, distúrbios vegetativos, alterações da psicomotricidade, perda de energia, diminuição da autoestima, dificuldades cognitivas, sentimentos de desesperança ou culpa impróprios, distúrbios do sono, alterações do apetite, diminuição do interesse sexual entre outros (RESENDE et al, 2011).

Estudos envolvendo adultos e idosos apontam diferenças entre gêneros, com as mulheres apresentando níveis mais elevados de ansiedade, depressão e estresse que os homens (APÓSTOLO et al., 2011). Todavia, quando se trata das condições socioeconômicas, um estudo de base populacional realizado em Estocolmo com uma população com idade entre 18 - 84 anos mostra que a posição socioeconômica baixa está associada com início de sintomas depressivos em homens (KOSIDOU et al., 2011). O estudo aponta que homens que possuem trabalho mais qualificado apresentam maior risco de desenvolver depressão quando comparados aos trabalhadores não qualificados. Nas mulheres, a renda familiar mais alta mostrou-se como um fator protetor para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

A Organização Mundial de Saúde estima que 154 milhões de pessoas sejam afetadas pela depressão em todo mundo o que resulta em um grave problema de saúde

---

pública (WHO, 2008). A saúde mental comprometida traz consequências negativas para a qualidade de vida do indivíduo idoso e grandes implicações sociais e econômicas, sendo, portanto, uma preocupação para os gestores públicos, pois, exige a implementação permanente de políticas, planos e programas com vistas à melhor solução destes. Assim sendo, quais são as condições de vida e saúde dos idosos residentes em Águas de Chapecó/SC? Para vislumbrar e analisar este contexto, o presente estudo objetivou verificar a prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos entre os idosos residentes no município de Águas de Chapecó-SC.

### 3.2 Metodologia

Estudo transversal de base populacional com idosos residentes no município de Águas de Chapecó em 2012. Os dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar utilizando o questionário validado do Brazil Old Age Schedule (BOAS) e o mesmo está adaptado às condições brasileiras. O questionário BOAS é multidimensional visa cobrir as áreas consideradas as mais importantes da vida do idoso: saúde física, saúde mental, condição social, condição econômica e atividades do dia-a-dia (VERAS, DUTRA, 2008).

O Município de Águas de Chapecó localiza-se no interior de Santa Catarina a 665 km de Florianópolis e a 47 km de Chapecó. Possui uma área de 139 km<sup>2</sup> e população de 6.110 habitantes, destes 755 são idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, representando 12,4% da população geral (IBGE, 2010).

A origem étnica populacional é italiana e alemã com migrantes provindos do Rio Grande do Sul. O município é essencialmente agrícola.. . Por ser uma estância hidromineral, devido à qualidade de suas águas termais, o turismo e o lazer aparecem como fonte alternativa de economia.

Do total de idosos, houve uma perda de 13,8%, por não aceitarem participar do estudo ou por não terem sido encontrados no domicílio após três visitas em

---

horários e dias alternados, totalizando então 651 idosos. As entrevistas foram realizadas nos domicílios, pelos agentes de saúde, devidamente treinados e supervisionados pela pesquisadora, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Considerou-se como variável dependente a presença de sintomas depressivos e como independentes as demais variáveis, entre elas, as relacionadas às características sócio demográficas, isto é, sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda mensal, atividade remunerada, vive só, e as relacionadas as condições clínicas e a auto percepção de saúde.

Para analisar a presença de sintomas depressivos entre os idosos, utilizou-se a pontuação do questionário BOAS (escala do *Short-Care*) com escore máximo de 28 pontos, na qual maior ou igual a oito pontos ( $\geq 8$ ) é positivo para depressão e menor que oito pontos ( $< 8$ ) é negativo para depressão, ponto de corte que tem demonstrado equilíbrio entre sensibilidade e especificidade para identificar sintomas depressivos.

Para análise dos dados empregou-se o software Stata v 10 (STATA, 2007). Inicialmente realizou-se análise descritiva dos dados. Para verificar a associação entre sintomas depressivos e as demais variáveis realizaram-se análises bivariadas (teste qui-quadrado de Pearson) e análises multivariadas por meio de regressão logística múltipla. As variáveis com  $p < 0,20$  na análise bivariada foram introduzidas no modelo multivariado, permanecendo no modelo final as variáveis que se mantiveram associadas aos sintomas depressivos ao nível de significância de 0,05 ( $p < 0,05$ ).

O estudo observou a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, além dos parâmetros legais brasileiros vigentes para esta modalidade de estudo. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, Protocolo nº 616.2011, CAAE 0277.0.398.000-11.

### 3.3 Resultados

---

Dos 651 idosos estudados, a maioria é do sexo feminino, sabe ler e escrever, são casados ou possuem união estável, têm entre 60 e 69 anos e idade mediana de 68 anos ( $P_{25}:64$  e  $P_{75}:65$ ). Referente à situação de moradia, prevaleceu a condição morando com a família (89,8%), vivendo em companhia de cônjuge ou filhos, entretanto salienta-se que 10,2% dos idosos entrevistados vivem só. No que se refere à renda mensal, 69,1% vivem com um salário mínimo e 25,5% possuíam atividade remunerada no momento da entrevista. A renda mediana foi R\$622,00 (valor do salário mínimo na época da entrevista) ( $P_{25}: 622,00$  e  $P_{75}:1200,00$ ). Os sintomas depressivos estiveram presentes em 32,7% da população idosa estudada (Tabela 1).

A presença de sintomas depressivos foi levemente maior no sexo masculino, entretanto a análise bivariada, não mostrou diferença significativa ( $p>0,05$ ). Com relação a faixa etária a proporção de sintomas depressivos foi maior em idosos na faixa etária entre 60 e 69 anos, diminuindo com a idade ( $p=0,05$ ).

Na análise bivariada as variáveis sexo, escolaridade, estado conjugal, viver sozinho, número de filhos, e atividades instrumentais da vida diária não apresentaram diferenças significativas. Chama a atenção que para os 651 idosos entrevistados, o fato de viverem sozinhos ou com familiares, ter filhos ou não, não influenciou para o surgimento de sintomas depressivos ( $p>0,05$ ).

A proporção de idosos com sintomas depressivos foi maior entre os que recebiam mais de três salários mínimos e entre os que não estavam exercendo atividade remunerada no momento da entrevista ( $p>0,05$ ).

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos idosos, residentes em Águas de Chapecó, 2012

Características	N=651	%
Sexo		
Masculino	294	45,2
Feminino	357	54,8
Sabe ler/escrever		
Sim	515	79,4
Não	134	20,6
Estado Conjugal		
Casado/União Estável	441	68,0
Viúvo	163	25,1
Solteiro/Divorciado	45	6,9
Faixa etária		
60 - 69	359	55,1
70 - 79	201	30,9
80 e +	91	14,0
Escolaridade		
Nenhuma	133	20,6
Primário/5ª série	464	71,9
Ginásio/Fundamental / ou +	48	7,4
Renda Mensal		
=> 1 Salário Mínimo	450	69,1
1,1 a 3 Salários Mínimos	171	26,3
> 3 Salários Mínimos	30	4,6
Atividade Remunerada atual		
Sim	166	25,5
Não	417	64,1
Filhos		
Nenhum	29	4,5
1 a 3	227	34,9
4 ou +	395	60,7
Vive só		
Sim	66	10,2
Não	578	89,8
Ocupação anterior		
Agricultura	550	84,5
Não agricultura	101	15,5
Sintomas Depressivos		
Não (< 8 pontos)	438	67,3
Sim (≥ 8 pontos)	213	32,7

Tabela 2 – Autopercepção entre sintomas depressivos e variáveis sociodemográficas, AVD, AVDI

Variáveis	Sintomas depressivos		RP IC95%	p
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
<b>Sexo</b>				
Feminino	109 (30,5)	248 (69,5)	1,0	
Masculino	104 (35,4)	190 (64,6)	1,24 (0,89-1,73)	0,190
<b>Faixa etária</b>				
70 e +	84 (28,7)	208 (71,2)	1,0	
60 - 69	129 (35,9)	230 (64,1)	1,39 (0,99-1,94)	0,053
<b>Escolaridade</b>				
Nenhuma	41 (30,8)	92 (69,2)	1,0	
Primário ou mais	170 (33,2)	342 (66,8)	1,11 (0,73-1,68)	0,603
<b>Renda Mensal</b>				
<= 3 Salários Mínimos	196 (31,6)	425 (68,4)	1,0	
>3 Salários Mínimos	17(56,7)	13 (43,3)	2,84(1,34- 5,98)	0,004
<b>Estado Conjugal</b>				
Casado/União estável	142 (32,2)	299 (67,8)	1,0	
Solteiro/Divorciado/viúvo	71 (34,1)	137 (65,8)	1,09 (0,77-1,55)	0,624
<b>Vive sozinho</b>				
Sim	26 (39,4)	40 (60,6)	1,0	
Não	186(32,2)	392 (67,8)	0,72 (0,43–1,23)	0,237
<b>Nº Filhos</b>				
Um ou mais	205 (33,0)	417 (67,0)		
Nenhum	8 (27,6)	21 (72,4)	0,77 (0,34- 1,78)	0,547
<b>Atividade remunerada</b>				
Sim	41 (24,7)	125 (75,3)	1,0	
Não	164 (39,3)	253 (60,7)	1,97 (1,31 – 2,97)	0,001
<b>Ocupação na vida</b>				
Agricultura	157 (28,5)	393 (71,5)	1,0	
Não agricultura	56 (55,5)	45 (44,5)	3,11 (1,99 – 4,85)	0,000
<b>AVD</b>				
Não depende	194 (31,8)	417 (68,2)	1,0	
Depende	19 (47,5)	21 (52,5)	1,94 (1,02 – 3,71)	0,040
<b>AVDI</b>				
Não depende	177 (32,7)	364 (67,3)	1,0	
Depende	36 (32,7)	74 (67,3)	1,00 (0,65-1,55)	0,998

No modelo final permaneceram associadas aos sintomas depressivos, não ter atividade remunerada, ser dependente para as AVD, possuir renda mensal maior de três salários mínimos e estar na faixa etária de 60 a 69 anos de idade ( $p < 0,059$ ). A chance de um idoso, que não está exercendo atividade remunerada, apresentar sintomas depressivos foi 2,11 vezes comparada com quem exerce atividade remunerada. Da mesma forma, idosos que dependem de outros para exercer atividades básicas da vida diária apresentaram sintomas depressivos 2,73 vezes maior que idosos independentes ( $p < 0,05$ ). (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelo final para associação a sintomas depressivos

Variáveis	RP (IC95%)	p
Atividade remunerada		
Sim	1,0	
Não	2,08 (1,36 – 3,16)	0,001
Atividades básicas vida diária		
Não depende	1,0	
Depende	2,89 (1,36- 6,12)	0,006
Ocupação		
Agricultura	1,0	
Não agricultura	2,85 (1,79 – 4,52)	0,000
Faixa etária		
70 ou +	1,0	
60 a 69	1,63 (1,12- 2,37)	0,010

A prevalência dos sintomas depressivos dos idosos no município de Águas de Chapecó foi maior para os que se encontravam na faixa etária entre 60-69 anos, os quais apresentaram 1,63 vezes mais chance de desenvolver sintomas depressivos em comparação àqueles que têm 70 anos ou mais. Em relação à ocupação anterior a aposentadoria, aqueles que referiram não ter sido agricultor, apresentaram 2,85 vezes mais chance de apresentar sintomatologia depressiva quando comparado com quem era agricultor.

### 3.4 Discussão

---

A maior prevalência de idosos do sexo feminino encontrada no estudo foi condizente com a tendência nacional, que demonstra uma feminização da população idosa (IBGE, 2011; SANTOS; TAVARES; BARABOSA, 2010; TAGLIAPIETRA; GARCES, 2012). Neste sentido o estudo de Santos et al (2012) constatou que as mulheres representaram a maioria dentre os idosos que apresentaram prevalência de sintomas depressivos. . Em outro estudo realizado para averiguar a depressão em idosos do município de Barra Funda (RS), a maioria encontrada foi do sexo feminino. (ROSA, 2007).

Chama a atenção nas características sociodemográficas o baixo nível de escolaridade e a baixa renda familiar, resultados esperados diante da realidade socioeconômica dos idosos brasileiros e congruentes com outros estudos (SUASSUNA et al, 2012; MEURER et al, 2012).

Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos informou ser casado ou viver em união estável corroborando com outros estudos (HOFFMANN et al., 2010; OLIVEIRA et al, 2012). Sobre modo de vida, a maioria relata viver em companhia de cônjuge ou filhos, e embora este estudo não mostrou diferença significativa, alguns autores referem que viver com familiares é fator positivo de proteção a sintomas depressivos já que o isolamento é tido como fator associado à depressão em idosos (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

A alta prevalência de sintomas depressivos detectada no presente estudo difere dos achados em outras comunidades brasileiras cuja prevalência deste agravo foi menor (MUNHOZ et al, 2012; GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010). Encontramos prevalência de sintomas depressivos semelhante, nos estudos realizados no Brasil, com idosos em comunidades urbanas, nas quais foi utilizada a escala de Yesavage, mais especificamente, em usuários da rede de atenção básica (GOMES; RUIZ, CORRENTE, 2011; ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

---

Chama a atenção, pois, a alta prevalência de sintomas depressivos é característica dos idosos hospitalizados ou institucionalizados (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012). Sintomas depressivos, encontrados em quase um terço da amostra é considerado elevado em relação aos estudos internacionais realizados em comunidades espanholas com idosos (URBINA TORIJA et al., 2007). Por outro lado, Molina (2012) alerta sobre a disparidade entre os resultados, muitas vezes provocados pelas diferentes escalas utilizadas para rastreio ou diagnóstico, o local de atendimento e às questões culturais, quando se trata de estudos em outros países (MOLINA et al., 2012).

Resultado distinto foi encontrado na pesquisa utilizando o instrumento BOAS entre idosos do município de Florianópolis (SC), na qual a prevalência de sintomas depressivos foi 19,7% (BENEDETTI et al, 2008). O elevado índice de sintomas depressivos entre os idosos na população estudada reflete a importância do diagnóstico e do tratamento desse distúrbio que, passa despercebido pelos familiares, cuidadores e até mesmo pelos profissionais de saúde, em virtude de que os idosos apresentam queixas somáticas. Cabe ressaltar que o Ministério da Saúde, no Caderno de Atenção Básica n. 19, que trata exclusivamente do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, apresenta uma seção sobre a depressão e do mesmo modo oferece subsídios técnicos específicos de avaliação e rastreio para os profissionais que atuam na atenção básica.

Quando relacionamos os sintomas depressivos com a faixa etária, encontramos que grande parte dos idosos que tinham maior chance de apresentar a sintomatologia estava no grupo de idade entre 60 e 69 anos. Esse resultado difere de outro estudo que utilizou o instrumento BOAS e encontrou maior prevalência em faixas etárias mais avançadas (LEITE et al., 2006). Considerando os desafios biológicos e sociais associados à idade mais avançada, é importante alertar para a necessidade das intervenções psicossociais precocemente, pois, as consequências podem ser devastadoras na velhice.

---

Alguns estudos apresentam a renda como um fator de risco para sintomas depressivos e a quantidade dos anos de estudo tem sido identificada como fator de proteção para depressão (KOSIDOU et al., 2011; APÓSTOLO et al., 2012; MUNHOZ et al., 2012; SUASSUNA et al., 2012).

A literatura internacional vem confirmando que o envelhecimento humano leva a uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que pode ser proporcional ao aumento da idade e que há uma associação entre sintomas depressivos e dependência funcional para AVD (URBINA TORIJA et al., 2007; KOSIDOU et al., 2011), corroborada também por estudos recentes com idosos no contexto brasileiro (ANTES et al., 2012; GALHARDO; MARIOSIA; TAKATA, 2012, MUNHOZ et al., 2012; MOLINA et al., 2012). Tal fato está em consonância com os resultados apurados no presente estudo, verificada na associação entre sintomas depressivos e dependência para as AVD, o que diverge dos estudos cujos resultados apontam associação significativa para AIVD (HOFFMANN et al., 2010; GOMES; RUIZ; CORRENTE, 2011).

Ante os achados aqui discutidos é possível conhecer algumas características de sintomas depressivos nessa população tal fato configura-se como uma contribuição as equipes de ESF de outros municípios que podem, com a devida organização, fazer rastreamento semelhante em suas comunidades, de forma sistemática, e, com base nas informações obtidas, realizar ações no sentido de ofertar tratamento e cuidados melhores para a população idosa. O estabelecimento de metas, a avaliação e a interação com intuito de tornar o gestor municipal consciente do seu papel na produção de políticas públicas também passa pela leitura atenta dos resultados obtidos.

### *3.5 Conclusão*

Considerando os resultados obtidos nesta pesquisa é possível observar que os mesmos estão em consonância com outros estudos envolvendo a mesma temática em que se verifica uma elevada prevalência de sintomas depressivos em pessoas idosas.

---

Tais sintomas acometeram principalmente idosos mais vulneráveis com capacidade funcional comprometida, sem atividade remunerada no momento da entrevista, faixa etária de 60 a 69 anos e não ter sido agricultor. Nesse sentido, aponta-se a necessidade do estabelecimento de políticas públicas de saúde mental para idosos, sobretudo para os mais vulneráveis, para a identificação e tratamento dos quadros depressivos, cujo impacto mostrou-se significativo nesta amostra da população. As ações encaminhadas pelos profissionais das equipes da estratégia de saúde da família, especialmente pelos enfermeiros, visam detectar fatores que dispõem a estes agravos e atuar na prevenção de forma precoce bem como identificar as causas tratáveis da depressão, mantendo o idoso na comunidade pelo maior tempo possível e aproveitando ao máximo sua autonomia, diminuindo assim, a demanda nos serviços e colaborando com a redução dos gastos.

#### Contribuição dos autores

M. Teston propôs o tema da pesquisa, treinou colaboradores para a coleta, participou da mesma realizou digitação dos dados, revisão da literatura e redação do presente manuscrito. M. Doring efetuou a análise e redação dos dados estatísticos. M. R. Portella supervisionou e fez a revisão crítica do trabalho conduzindo e orientando todas as etapas.

#### 3.6 Referências

ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, n. 25, v. 4, p. 497-503, 2012.

ANTES, D. L. et al. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 125-133, 2012.

APOSTOLO, J. L. A. et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 348-353, 2011.

---

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade Física e Saúde Mental de Idosos. *Rev Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DEL DUCA, G. F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, 2012.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev. méd. de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, jan./mar. 2010.

GOMES, J. E. M.; RUIZ, T.; CORRENTE, J. E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. *Rev bras med fam comunidade*. Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 125-132, 2011.

HOFFMANN, E. J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J.Bras Psiquiatr.* Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2010. Acesso em: 05 fev 2013. Disponível em: <http://www.sitedaterceiraidade.com.br/2012/05>.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2011. Acesso em: 14 mar. 2013. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1).

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Acesso em: 16 abr. 2012. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

KOSIDOU, K. et al. Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: a population-based study. *J Affect Disord.* p. 134, n. 1-3, p. 160-167, 2011.

LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, 2006.

---

MEURER, S. T. et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Florianópolis, v. 34, n. 3, p. 683-695, jul./set. 2012.

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín.* São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

MORAES, E. M. (OPAS) - Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: 2012. 98 p.

MUNHOZ, T. N. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. (2012). Disponível em: <[http://www.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CS/CS\\_00632.pdf](http://www.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CS/CS_00632.pdf)>. Acesso em: 04 mar. 2013.

OLIVEIRA, M. F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev. esc. enferm.* São Paulo, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012.

RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e envelhecimento. *Psico*, Porto Alegre, v. 42, n. 1, p. 31-40, jan./mar. 2011.

ROSA, P. V. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS. (Tese Doutorado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul; 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Tradução: DORNELLES, C. O; MONTEIRO, C.; ORTIZ, I. S.; COSTA, R. C. Porto Alegre: Artmed; 2007.

SANTOS, J. G. et al. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico. *J. bras. psiquiatr.* Rio de Janeiro, v.61, n.2, p.102-1-6, 2012.

---

SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S; BARABOSA, M. H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 692-697, 2010.

SILVA, T. O. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. *Revista Associação Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, v. 8, n. 5, p. 392-398, 2010.

STATA STATISTICAL SOFTWARE (computer program). Release 10.0. College Station (Texas): Stata Corporation; 2007.

SUASSUNA, P. D. et al. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. out./dez. 2012.

TAGLIAPIETRA, M. V.; GARCES, S. B. B. Condições de saúde e dados sócio-demográficos de idosos institucionalizados na cidade de Cruz Alta, RS. *EFDeportes.com, Revista Digital*. Buenos Aires, a. 16, n. 164, jan. 2012.

TORIJA, J. R. U. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* v. 21, n. 1, p. 37-42, 2007.

VERAS, R.; DUTRA, S. Perfil do idoso brasileiro - questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008. 100 p. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf).

\_\_\_\_\_. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective [Internet]. Geneva; 2008. Disponível em: [whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf). Acesso em: 19 mar. 2013.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante da temática do estudo e buscando atender o objetivo geral e objetivos específicos da dissertação, foi desenvolvido o tema Condições de vida e saúde de idosos residentes no Município de Águas de Chapecó - SC.

Considerou-se a proposta do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da UPF e assim obtidos resultados os quais foram sintetizados nas produções científicas anexas a partir dos dados coletados por agentes de saúde do citado município, sendo estes sistematizados e descritos referindo no primeiro artigo o perfil sócio-demográfico da coorte pesquisada, a avaliação das condições de saúde e o delineamento da autopercepção de saúde dos idosos e no segundo, a influência da situação socio econômica na presença de sintomas depressivos em idosos. As produções estão anexas ao texto e foram devidamente submetidas à publicação.

Produção Científica I: Desenvolveu o tema “Características sócio-demográficas e autopercepção de saúde dos idosos”, que verifica quais as características dos idosos em geral. Para tanto foi pesquisado dados pertinentes, como: sexo, faixa etária, estado civil, escolaridade, renda mensal e companhia em sua residência. Sendo excluídos desta pesquisa 13 idosos da população amostra inicial do estudo, sobre os quais não havia informação da autopercepção de saúde. Totalizando, assim, 651 indivíduos (98,003% da amostra inicial). A pesquisa revela que fatores diversos podem influenciar a autopercepção do estado de saúde, dentre eles, aspectos demográficos (idade e sexo), contexto familiar, estado conjugal, aspectos socioeconômicos, acesso à educação, rendas individual e familiar, a presença de doenças crônicas entre outros, mostrando que a garantia de acesso aos serviços de saúde para a população idosa apresenta-se como novo e grande desafio para as políticas públicas municipais, as quais precisam planejamento adequado, embasado na autopercepção de saúde destes indivíduos.

---

Produção Científica II teve como temática: “Estudo de base populacional associados aos sintomas depressivos entre idosos”. Neste, verificou-se a partir da associação entre as variáveis bivariada e multivariada, resultados com alta prevalência de depressão entre idosos na faixa etária de 60-69 anos, do sexo feminino, de baixa escolaridade e igualmente na associação entre sintomas depressivos, ausência de atividade remunerada, dependência para atividades básicas e ocupação na vida. A relevância do estudo remete ao desenvolvimento de mais pesquisas nesta área e chama a atenção para a implantação de políticas públicas de saúde mental que atendam à demanda dos idosos do município, considerando as suas fragilidades e a detecção precoce dos sintomas depressivos. O tema abordado centrou-se na captação de informações sobre a autopercepção de saúde dos idosos e assim, buscando fomentar o planejamento de ações visando a promoção, prevenção e reabilitação das condições de saúde da parcela idosa da população do município. Considerou ainda que medidas preventivas podem fazer com que os gastos com doenças comuns entre os idosos diminuam, sendo possível trabalhar para retardar o aparecimento de patologias que implicam gastos em recursos tecnológicos mais sofisticados e um maior tempo de permanência em hospitais.

A realização do estudo transcorreu sem dificuldades, todavia recordamos que o mesmo apresentou limitações por tratar-se de um contexto específico. Entretanto, acrescentam informações úteis ao município e que poderão servir de base para futuras intervenções no planejamento para ações de saúde na região, pois todo gestor em saúde precisa estar ciente dos elevados custos relativos às hospitalizações e inerentes aos cuidados prolongados no segmento idoso da população.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, n. 25, v. 4, p. 497-503, 2012.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.44, n.3, p. 468-478, 2010.

ALVES, L. S; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, v. 17, p. 333-341, 2005.

ALVES, R. R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, v. 17, p. 333-341, 2005.

ANTES, D. L. et al. Índice de aptidão funcional geral e sintomas depressivos em idosos. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.* Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 125-133, 2012.

APOSTOLO, J. L. A. et al. Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 348-353, 2011.

AZEVEDO, G. P.G.C.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* São Paulo, v.17, n.2, p. 119-127, 2012.

BAHIA, L. Private health plans: light and shadow in the 1990s health sector debate.

BATISTA, A. S. et al. (org.). *Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social.* Brasília: MPS, SPPS, 2008.

---

BATISTA, N. N. L. A.; VIEIRA, D. J. N.; SILVA, G. M. P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. *Enfermagem em Foco*, Brasília, v.3, n. 1, p. 07-11, 2012.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade Física e Saúde Mental de Idosos. *Rev Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 302-307, 2008.

BERNARDELLI, J. A. Saúde não tem preço mas custa caro, principalmente na velhice. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

BERQUÓ, C. S. Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 000. In: Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004, p. 14.

BORGES, P. L. et al. Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006. 52 p. (Serie B textos básicos de saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2012.

BUSS. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*; v.15, (supl. 2), p. 177-185, 1999

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: Uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. et al.(Orgs.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 88-105.

CDC. Centers for Disease Control. Nacional Center for Chronic Disease prevention and Health Promotion. Healthy Aging. Improving and extending quality of life among older Americans. At a glance. 2009. Disponível em: <[www.cdc.gov/aging](http://www.cdc.gov/aging)>. Acesso em: 21 jan de 2013.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

---

CUNHA, R. V.; BASTOS, G. A. N.; DEL DUCA, G. F. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 15, n. 2, p. 346-354, 2012.

DUARTE, M.J.R.S. *Atenção ao Idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem.* Conferência realizada na Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: 1998.

FONSECA, M. G. U. P, et al. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159-65, 2010.

FREEDMAN V. A, MARTIN G. L., SCHOENI R. F. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States – a systematic review. 2002.

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm.* São Paulo, v.25, n.6, p.933-939, 2012.

GALHARDO, V. A. C.; MARIOSIA, M. A. S.; TAKATA, J. P. I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Rev. méd. de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 16-21, jan./mar. 2010.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 24, (supl.1), p. 3-6, 2002.

GOMES, J. E. M.; RUIZ, T.; CORRENTE, J. E. Sintomas depressivos e déficit cognitivo na população de 60 anos e mais em um município de médio porte do interior paulista. *Rev bras med fam comunidade.* Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 125-132, 2011.

GRAGNOLATI, M. et al (orgs.). *Envelhecendo em Brasil mais velho: Implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços.* Banco Mundial. 2011.

HÉBERT R. La perte d'autonomie. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, v. 3, p. 33-40, jan/fev. 2003.

HOFFMANN, E. J. et al. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J.Bras Psiquiatr.* Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 190-197, 2010.

---

HOTT, A. M., PIRES, V. A. T. N. Perfil dos idosos inseridos em um centro de convivência. *Revista Enfermagem Integrada*, Ipatinga, v.4, n.1, p. 765-778, jul./ago. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[www.sitedaterceiraidade.com.br/2012/05](http://www.sitedaterceiraidade.com.br/2012/05)>. Acesso em: 05 fev 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:<[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 14 mar 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050. Rio de Janeiro: IBGE; 2008. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/projecao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf)>. Acesso em 30 jun 2012.

IEZZONI L. I. Using administrative data to study persons with disabilities. *The Milbank Quarterly*, v. 80, n. 2, p. 347–379, 2002.

KOSIDOU, K. et al. Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health Cohort: a population-based study. *J Affect Disord*.p. 134, n. 1-3, p. 160-167, 2011.

LEITE, V. M. M. et al. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, v. 6, n. 1, p. 31-38, 2006.

LEME, L. E. *O envelhecimento*. São Paulo: Contexto, 2000.

LIMA – COSTA, M. F; BARRETO, S. M; GIATTI, L. Condição de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1893-1902, ago. 2007.

---

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LOLLAR D, J. & CREWS J. E. Redefining the role of public health in disability. *Annu. Rev. Public Health*. v. 24, p.195–208, 2003.

MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Autopercepção da saúde bucal entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 912-922, 2010.

MEIRELLES, M. E. *Atividade na terceira idade: uma abordagem sistêmica*. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

MENEZES, T. M. O; LOPES, R. L. M. Significado do cuidado no idoso de 80 anos ou mais. *Rev. Eletr. Enf. Goiânia*, v. 14, n. 2, p. 240-247, abr./jun. 2012.

MENEZES, T.N.; MARUCCI, M.F.N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 169-175, 2005.

MEURER, S. T. et al. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte*, Florianópolis, v. 34, n. 3, p. 683-695, jul./set. 2012.

MOLINA, M. R. A. L. et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. psiquiatr. clín.* São Paulo, v. 39, n. 6, p. 194-197, 2012.

MORAES, E. M. (OPAS) - Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. Gerência de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: 2012. 98 p.

MORAES, E. N. *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, n. 98, p. 43, 2012.

MORAGAS, R. M. *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas, 1997.

---

MUNHOZ, T. N. et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de atenção básica à saúde nas regiões sul e nordeste do Brasil. (2012). Disponível em: <[http://www.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CS/CS\\_00632.pdf](http://www.ufpel.edu.br/enpos/2012/anais/pdf/CS/CS_00632.pdf)>. Acesso em: 04 mar. 2013.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*. São Paulo, v.6, supl. 1, p. 4-6, 2008.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. São Paulo: Editora Alínea, 2002, p. 9-63.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONCALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.15, n.2, p. 415-428, 2012.

OLIVEIRA, L. P. B. A; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 301-309, 2011.

OLIVEIRA, M. F. et al. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, v. 17, n. 8, p. 2191-2198, 2012.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: 2003.

ORNÉLAS, W.;VIEIRA, S. P. Novo Rumo para a Previdência Brasileira. *Rev. BNDES*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 31-47, dez. 1999.

PAIVA, S. O. C. Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha - PE Dissertação (Mestrado). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BERTTINELLI, L. A. (Orgs). *Envelhecimento Humano: Desafios e perspectivas*. Passo Fundo: UPF Editora, 2004.

---

PEDREIRA, L. C.; LOPES, R. L. M. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev. Eletr. Enf. Goiânia*, v.14, n.2, p.304-312, abr/jun, 2012.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, n.5, p. 1-9, set./out. 2011.

PINHO, T. A. M. et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev. esc. enferm.* São Paulo, v. 46, n. 2, p. 320-327, 2012.

RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e envelhecimento. *Psico*, Porto Alegre, v. 42, n. 1, p. 31-40, jan./mar. 2011.

ROSA, P. V. Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda – RS. (Tese Doutorado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul; 2007.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V.A. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Tradução: DORNELLES, C. O; MONTEIRO, C.; ORTIZ, I. S.; COSTA, R. C. Porto Alegre: Artmed; 2007.

SANTOS, J. G. et al. Sintomas depressivos e prejuízo funcional de idosos de um Centro-Dia Geriátrico. *J. bras. psiquiatr.* Rio de Janeiro, v.61, n.2, p.102-1-6, 2012.

SANTOS, S. A. L.; TAVARES, D. M. S; BARABOSA, M. H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 692-697, 2010.

SILVA JUNIOR, J.B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.

SILVA, R. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v.15, n.1, p. 49-62, 2012.

---

SILVA, T. O. Avaliação da capacidade física e quedas em idosos ativos e sedentários da comunidade. *Revista Associação Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, v. 8, n. 5, p. 392-398, 2010.

SILVA, T. R.; MENEZES, P. R. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med (São Paulo)*, São Paulo, v. 86, n.1, p.28-38, jan./mar. 2007.

STATA STATISTICAL SOFTWARE (computer program). Release 10.0. College Station (Texas): Stata Corporation; 2007.

STRECK, V. S. Famílias em transição: desafios para a sociedade e Igreja. *Estudos Teológicos*, São Leopoldo, v. 47, n. 1, p. 25-42, 2007.

SUASSUNA, P. D. et al. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. out./dez. 2012.

TAGLIAPIETRA, M. V.; GARCES, S. B. B. Condições de saúde e dados sócio-demográficos de idosos institucionalizados na cidade de Cruz Alta, RS. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, a. 16, n. 164, jan. 2012.

TORIJA, J. R. U. Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gac Sanit.* v. 21, n. 1, p. 37-42, 2007.

VERAS, R. Fórum Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2463-2466, 2007.

VERAS, R.; DUTRA, S. Perfil do idoso brasileiro - questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008. 100 p. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)> Acesso em: 05 jan 2013.

VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out. 2007.

---

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*, v. 19, p. 705-715, 2003.

VERBRUGGE L. M, JETTE A. M. The disablement process. *Soc Sci Med*. v. 38, p. 1-14, 1994.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: a global perspective [Internet]. Geneva; 2008. Disponível em: [whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563680_eng.pdf). Acesso em: 19 mar. 2013.

ZIMERMAN, I. G. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

## ANEXOS

Anexo A. Parecer Comitê de Ética



PARECER N° 616/2011

O Comitê de Ética em Pesquisa – UPF, em reunião no dia 30/11/11, analisou o protocolo de pesquisa “**Condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de águas de Chapecó SC, 2012**”, CAAE 0277.0.398.000-11, de responsabilidade da pesquisadora **Maristela Teston**.

O projeto tem como objetivo analisar as condições de vida e saúde, condições sócio econômicas e aspectos de saúde que envolve a população idosa de Águas de Chapecó; investigar as condições de acesso da população idosa aos serviços de saúde e identificar o acesso da população idosa aos serviços de saúde.

Trata-se de um estudo transversal com idosos, do meio urbano e rural, com idade igual ou superior a 60 anos, a partir de informações populacionais do cadastro no SIAB da Secretaria Municipal da Saúde do município, em forma de entrevista nas suas residências. Prevê-se uma perda de 15% configuradas por óbito no período da coleta, recusa em participar da pesquisa, mudança de residência para outro município e participante não encontrado após três tentativas de visita. Os critérios de inclusão serão: Idade igual ou superior a 60 anos; residir há pelo menos três meses no território do município; Possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas. O período previsto para a coleta inicia-se após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. A coleta de dados será realizada por meio de inquérito domiciliar utilizando-se um questionário estruturado, uma adaptação do QUESTIONÁRIO BOAS (VERAS e SILVA), questionário multidimensional para estudos comunitários na população idosa. O questionário inclui nove seções: I) Informações Gerais, II) Saúde Física, III) Utilização de serviços médicos e dentários, IV) Atividades da vida diária, V) Recursos sociais, VI) Recursos econômicos, VII) Saúde Mental, VIII) Necessidades e problemas que afetam o entrevistado, IX) Avaliação do entrevistador. Será realizado teste piloto para verificar o conhecimento dos entrevistadores acerca do questionário, averiguar se as instruções estão claras para os respondentes e para conferir a adequação do instrumento. Os dados coletados no teste piloto serão submetidos à análise estatística para conferir prováveis ajustes. As entrevistas serão realizadas por agentes de saúde treinados pela pesquisadora. Os entrevistadores serão em número de 16 que compõe as duas equipes de ESF.

As pendências foram ajustadas.

Os direitos fundamentais dos participantes foram garantidos no projeto e no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O protocolo foi instruído e apresentado de maneira completa e adequada. Os compromissos da pesquisadora e da instituição envolvida estavam presentes. O projeto foi considerado claro em seus aspectos científicos, metodológicos e éticos.

Diante do exposto, este Comitê, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa na forma como foi proposto.

Solicita-se ao (a) pesquisador (a) apresentar relatório a este CEP no final do estudo.

**Situação: PROTOCOLO APROVADO**

  
Nadir Antonio Pichler

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Passo Fundo, 19 de fevereiro de 2013.

Anexo B. Comprovante de submissão produção I



CAPAS DE PÁGINA DO USUÁRIO/PEQUISA ATUALIZADA/ANTERIORES/NOTÍCIAS

Capa > Usuário/Usu > Autor > Submissões > #23334 > Resumo

## #23334 Sinopse

RESUMO/RESUMÃO/SINOPSE

### Submissão

**Autoras**  
**Título**  
**Documento original**  
**Doc. Web**  
**Submetido por**  
**Data de submissão**  
**Seção**  
**Editor**  
**Correspondentes do Autor**

Maristela Teston, Mariana Doring, Marlene Rodrigues Portella  
 Características sócio-demográficas e auto percepção de saúde dos idosos  
 22334-88473-4-88.0004 26-03-2013  
 22334-88473-4-88.0004 26-03-2013  
 22334-88473-4-88.0004 26-03-2013  
 Maristela Teston  
 março 26, 2013 - 15:29  
 Artigo Original  
 Nenhum(a) designado(a)

### Situação

**Situação**  
**Iniciado**  
**Última alteração**

Aguardando designação  
 26-03-2013  
 26-03-2013

### Metadados da submissão

EDITAR METADADOS

#### Autores

**Nome**  
**Instituição/Afiliação**  
**País**  
**Resumo de Biografia**  
**Contato principal para correspondência**  
**Nome**  
**Instituição/Afiliação**  
**País**  
**Resumo de Biografia**  
**Nome**  
**Instituição/Afiliação**  
**País**  
**Resumo de Biografia**

Maristela Teston  
 Universidade de Passo Fundo  
 Brasil  
 Graduada em Enfermagem pela UFF, 1966. Especialista em Saúde Pública, em PSP e em enfermagem do Trabalho. Apoiadora do SUS. Mestranda em Ciências do Envelhecimento Humano.  
 Área de concentração: Envelhecimento Humano, Saúde e Sociedade, da linha de pesquisa: Aspectos culturais e educacionais do envelhecimento humano.  
 Mariana Doring  
 Universidade de Passo Fundo  
 Brasil  
 Enfermeira, Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora titular do Instituto de Ciências Biológicas e docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Saúde UFF/CNPq.  
 Marlene Rodrigues Portella  
 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Viveres UFF/CNPq.  
 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Viveres UFF/CNPq.

#### Título e Resumo

**Título**  
**Resumo**

Características sócio-demográficas e auto percepção de saúde dos idosos  
 O objetivo foi analisar as características sócio-demográficas e auto percepção de saúde dos idosos. Estudo transversal de cortejo populacional. Amostra foi composta de 651 idosos residentes no município de Aguiar de São Paulo/SC. Os dados foram coletados durante o primeiro trimestre de 2011, por meio de questionário utilizando questionário adaptado do Brazilian Age Schedule (BQAS). Para verificar associação entre auto percepção de saúde e características socio-demográficas, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson e teste de Fisher. Os resultados demonstraram que o sexo feminino foi prevalente (54,8%) e que maioria dos entrevistados (68%) são casados ou tem companheiro fixo. A auto percepção de saúde foi considerada (80%) boa. Constatou-se que a idade que aumenta a idade, maior a proporção de idosos que consideram sua saúde ruim ou péssima, com predominância do feminino (63,4%). Houve associação estatisticamente significativa entre auto percepção de saúde e sexo e faixa etária.

#### Indexação

**Área e sub-área do Conhecimento**  
**Assunto**  
**Palavras-chave**  
**Idioma**

Saúde  
 Envelhecimento Humano  
 Velhice; Idoso; Saúde; Vida social; Satisfação.  
 pt

#### Apoio e financiamento

**Agências**

-

#### IDIOMA/LANGUAGE

Português (Brasil)

#### SISTEMA ELETRÔNICO DE AUTORIZAÇÃO DE REVISTAS

Ajuda do sistema

#### USUÁRIO/USER

Logar como:  
 reafet@ufpr.br  
 + Mais permissões  
 + Perfil  
 + Sair do sistema

#### AUTOR

Submissões  
 + Ativo (1)  
 + Arquivo (2)  
 + Rese submissão

#### CONTÉUDO DA REVISTA

Resumo

Tudo

Resumo

#### Procurar/Buscar

+ Por Edição  
 + Por Autor  
 + Por Título/By Title  
 + Outras revistas

#### TAMANHO DE FONTE

#### INFORMAÇÕES

+ Para Leitores/For Readers  
 + Para Autores  
 + Para Bibliotecários

#### NOTIFICAÇÕES

+ Visualizar  
 + Gerenciar

Anexo C. Comprovante de submissão produção II

# Epidemiologia e Serviços de Saúde

REVISTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO BRASIL

**De:** SUBMISSÃO - REV. EPIDEM. E SERV. DE SAÚDE <submissao.ress@saude.gov.br>  
**Para:** Maristela Teston <maristela\_teston@yahoo.com.br>  
**Enviadas:** Quarta-feira, 27 de Março de 2013 8:08  
**Assunto:** Agradecemos a submissão

Prezado(a) autor(a),

Acusamos o recebimento de seu manuscrito e agradecemos seu interesse e consideração pela Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde (RESS).

Os manuscritos submetidos à RESS passam por um processo de avaliação preliminar. Logo que esta avaliação estiver concluída, iremos comunicá-lo (a) a respeito do encaminhamento de seu manuscrito.

Esta é uma resposta automática. Por favor, não responda a este e-mail. Caso necessário, o contato com a secretaria da revista pode ser feito por meio do endereço eletrônico: [revista.svs@saude.gov.br](mailto:revista.svs@saude.gov.br)

Cordialmente,

Núcleo Editorial

Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde



## APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

A Sr. (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “Condições de Vida e Saúde dos Idosos Residentes no Município de Águas de Chapecó SC em 2012”, que estou desenvolvendo com o objetivo: de obter o título de mestre em envelhecimento humano, do programa de pós graduação em envelhecimento humano – ppgEG da universidade de Passo Fundo, sob orientação da professora Dra Marilene R. Portella e coorientação da professora Dra Marlene Doring.

O objetivo principal: Analisar o perfil sócio econômico e aspectos de saúde que a população idosa de Águas de Chapecó, apresentando sugestões a partir dos dados obtidos, para a implantação de programa voltado a essa comunidade.

A Pesquisa será realizada em parceria com a secretaria de saúde com o auxílio dos agentes de Saúde, treinados para trabalhar com o questionário a fim de se obter dados fidedignos. Sendo que, O questionário inclui nove seções: I) Informações Gerais, II) Saúde Física, III) Utilização de serviços médicos e dentários, IV) Atividades da vida diária, V) Recursos sociais, VI) Recursos econômicos, VII) Saúde Mental, VIII) Necessidades e problemas que afetam o entrevistado, IX) Avaliação do entrevistador.

As entrevistas serão realizadas por agentes de saúde treinados pela pesquisadora. Os entrevistadores serão em número de 16 que compõe as duas equipes de ESF.

Nesses termos e considerando-me esclarecido, consinto em participar da pesquisa proposta, de livre e espontânea vontade, sem cobrança de ônus ou qualquer encargo financeiro, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

A mestrande Maristela Teston responsável por este projeto de pesquisa Condições de vida e saúde dos idosos de Águas de Chapecó que o está desenvolvendo

sob a orientação da professora a Dra Marilene Portella Rodrigues, como atividade pertinente ao curso de Mestrado em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética desta instituição em novembro 2011.

---

Nome do participante

---

Assinatura do participante

---

Prof. Marilene Rodrigues Portella

---

Maristela Teston

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

## Apêndice B. Projeto de pesquisa

Universidade de Passo Fundo

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

Condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de  
Águas de Chapecó-SC – 2012

Maristela Teston

Passo Fundo

2011

## 1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

### 1.1 TÍTULO

Condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de águas de Chapecó SC, 2012.

### 1.2 AUTORA

Maristela Teston. Graduada em Enfermagem pela UPF / 1986. Especialista em Saúde Pública, em PSF e em enfermagem do Trabalho. Apoiadora do SUS. Mestranda em Ciências do Envelhecimento Humano.

### 1.3 ORIENTADORA

Marilene Rodrigues Portella. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo. Líder do Grupo de Pesquisa Vivencer UPF/CNPq.

### 1.4 CO-ORIENTADORA

Marlene Doring. Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (2005). Professor titular da Universidade de Passo Fundo.

### 1.5 DURAÇÃO

Vinte e quatro meses.

### 1.6 VIGÊNCIA

Março de 2011 a março de 2013.

### 1.7 RESUMO

O caráter multidimensional e dinâmico da definição “estado de saúde” ainda não possui conceito bem estabelecido. Tal estado depende de fatores secundários e dos recursos e acesso à educação, alimentação, da habitação, bens e serviços da infra-estrutura

sanitária, condições de vida e de trabalho, renda, hábitos de vida, ambiente, lazer entre outros. O estudo teve como objetivo analisar as condições de vida e saúde, da população idosa de Águas de Chapecó/SC. Trata-se de um estudo transversal e de cunho populacional e versa sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de Águas de Chapecó - SC, em 2012. O período previsto para a coleta de dados será de maio a julho de 2012. Serão realizadas 755 (setecentas e cinquenta e cinco) entrevistas aproximadamente totalizando os idosos residentes no município, representando 12,35% da população segundo dados do IBGE, 2010. Os critérios de inclusão adotados são os seguintes: ter idade igual ou superior a 60 anos; residir há pelo menos três meses no território do município; possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas. A coleta dos dados será efetuada por agentes de saúde treinados pela própria pesquisadora e utilizará o questionário estruturado Brazilian Old Age Schedule (BOAS), que é multidimensional e adaptado para a população idosa brasileira, desenvolvido por Veras e Silva (2003) e que já vem sendo utilizado em outros estudos desta natureza (BORGES et al, 2008; PAIVA, 2004) e no qual a entrevista será registrada. O questionário inclui nove seções: I) Informações Gerais, II) Saúde Física, III) Utilização de serviços médicos e dentários, IV) Atividades da vida diária, V) Recursos sociais, VI) Recursos econômicos, VII) Saúde Mental, VIII) Necessidades e problemas que afetam o entrevistado, IX) Avaliação do entrevistador. Os dados serão analisados separando-se as variáveis. As qualitativas serão apresentadas empregando-se distribuições de frequências univariadas bem como, tabelas de contingência bi e multivariadas. As variáveis quantitativas serão descritas mediante medidas de tendência central ou posição e variabilidade. O nível de significância adotado será de  $p > 0,05$  e intervalo de confiança (IC) 95%.

## 1.8 PALAVRAS-CHAVE

Envelhecimento; Políticas públicas; Serviços de saúde; Saúde do idoso.

## 2 FINALIDADE

Produção de conhecimento para subsidiar as políticas públicas do município, como parte da construção das ações de saúde.

### 3 PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE PESQUISA

Os idosos constituem a parcela da população que mais cresce em todo o mundo. No Brasil, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma rápida e acentuada. Segundo projeções a população idosa brasileira chegará ao ano de 2020 com mais de 26,3 milhões, representando quase 12,9% da população total (IBGE, 2006). Além disso, o país tem experimentado um importante aumento da longevidade.

Essas mudanças demográficas e epidemiológicas acarretam demandas crescentes para o indivíduo, a família, a comunidade e os diversos setores da sociedade, especialmente o de seguridade social e o da saúde. Emergem assim, questões sobre a viabilidade financeira de sistemas de aposentadoria e sobre a sustentabilidade do sistema de saúde atual. Nesse contexto, o conhecimento de estado de saúde do idoso é importante para as políticas de saúde, pois auxilia os planejadores na elaboração de estratégias específicas para essa população.

Apesar dos avanços no que se refere aos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e as estratégias propostas, ainda se enfrenta uma série de dificuldades, a fragmentação do processo de trabalho, a falta de iniciativas das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a falta de interação multiprofissional; falta de complementaridade entre rede básica e o sistema de referência. Diante disso observa-se uma lacuna entre a construção da saúde e a real necessidade do indivíduo com mais de sessenta anos; uma precária interação nas equipes e um grande despreparo dos profissionais para lidar nas práticas de atenção e resolução dos problemas do idoso.

Diante das evidentes necessidades de saúde apresentadas pelos idosos e com o crescimento desta população, há realmente um aumento da demanda de atenção a saúde?

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade para a população idosa apresenta-se como novo desafio para o planejamento da atenção à saúde. O conhecimento das necessidades da terceira idade na comunidade, assim como dos fatores que determinam o uso de serviços de saúde a essa faixa etária.

É importante a realização de estudos para o conhecimento multidimensional de idosos que vivem na comunidade e utilizam os serviços de saúde. O estudo possibilita que os problemas de saúde sejam detectados, como agravos com vários graus de interferência na sua autonomia e ainda ter alguma dependência para desenvolver as atividades cotidianas. Para o direcionamento de ações adequadas necessitam-se reconhecer os fatores sociais, econômicos, emocionais que interferem na percepção e na busca por serviços de saúde desses idosos.

Devido ao fato de os idosos apresentarem características específicas, a atenção à saúde na comunidade requer dos profissionais avaliação cuidadosa, além da realização de estudos epidemiológicos voltados para analisar o perfil de saúde e sócio-demográfico dessa faixa etária, pois auxiliam na identificação de problemas subjacentes à queixa, que envolve o cuidado de uma maneira integral, além de facilitar o planejamento de assistência específica ao idoso com suas particularidades e fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas a terceira idade

#### 4 JUSTIFICATIVA

Diante da minha vivência de profissional de enfermagem há 25 anos o aumento do número de idosos cresce ano a ano e existe uma maior demanda dos serviços de atenção à saúde, portanto é necessário novo planejamento das políticas públicas.

Nos países em desenvolvimento, o processo de envelhecimento populacional começou mais tarde, mas está ocorrendo em ritmo muito mais acelerado do que nos países desenvolvidos. No caso específico do Brasil, a população vem envelhecendo rapidamente há algumas décadas, na segunda metade dos anos sessenta, a queda das

taxas de fecundidade criou as condições para o estreitamento progressivo da base da pirâmide populacional (BERQUÓ, 2004).

Os idosos constituem um grupo heterogêneo com características bastante peculiares. Sabe-se que a prevalência de múltiplas condições crônicas e incapacidade funcional são mais elevadas entre esses indivíduos. Grandes variações nas condições de saúde, no bem estar, na capacidade funcional e nas necessidades de cuidado distinguem diferentes grupos de idosos. O grau de incapacidade pode variar bastante entre os indivíduos na medida em que eles envelhecem. Uma grande proporção da população idosa pode ser independente ou apresentar pequena dificuldade na realização das tarefas; outra pode sofrer de limitações graves. Deste modo, descrever as características de saúde do idoso é uma tarefa complexa por que pouco se sabe sobre como as várias condições de subjetividades que essa população apresenta.

Diversos fatores influenciam o estado de saúde do indivíduo e devem ser estudadas conjuntamente. Portanto, a caracterização da saúde, de uma forma geral e no caso dos idosos, requer múltiplas informações sobre os diferentes aspectos de suas vidas.

Justifica-se o estudo para que se possa fomentar o planejamento de ações visando à promoção, a prevenção, e a reabilitação das condições de saúde dessa parcela da população.

É preciso considerar ainda que medidas preventivas pode fazer com que os gastos com doenças típicas dos idosos diminuam, caso seja possível evitar ou retardar o aparecimento de doenças que implicam gastos em recursos tecnológicos mais sofisticados e um maior tempo de permanência em hospitais.

Além disso, a escassez de dados, bem como uma análise mais detalhada sobre a realidade local poderá subsidiar as ações e programas elaborados pelos profissionais de saúde.

## 5 OBJETIVO DA PESQUISA

### 5.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as condições de vida e saúde, da população idosa de Águas de Chapecó/SC.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil sócio-demográfico dos idosos residentes em Águas de Chapecó;
- b) Avaliar as condições de Saúde Física e mental;
- c) Investigar as condições de acesso da população idosa aos serviços de saúde e recursos sociais;
- d) Averiguar o grau de autonomia e independência no desempenho das atividades da vida diária.
- e) Verificar a associação entre necessidade de saúde, necessidade econômica, necessidade de companhia e contato pessoal e as variáveis sociodemográficas e de acesso aos serviços médicos e odontológicos.

## 6 REVISÃO DA LITERATURA

### 6.1 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo biológico e natural que cada um de nós passará no decorrer de nossas vidas. Com o avanço da saúde, a expectativa de vida está cada vez maior e cada vez mais pessoas idosas estão vivendo ao nosso meio. Este aumento nesta população se dá devido a vários fatores, tais como a diminuição das taxas de natalidade e mortalidade infantil, as melhorias no tratamento das doenças infecciosas e condições

de saneamento básico e o acesso aos serviços de saúde para um número maior de indivíduos (MOREIRA, 2001).

O século XX foi marcado pelo grande avanço na saúde, a tecnologia trouxe inovações que possibilitaram prolongar a vida e como resultado houve um aumento da longevidade. O que na década de 60 a expectativa de vida era de 41 anos, na década seguinte passou para 59 anos e, hoje, progressivamente, se espera viver em média até 72 anos. Acompanhando essa tendência, estima-se que em 2025 serão 31,8 milhões de idosos no Brasil, o que o torna o 6º colocado no ranking mundial (IBGE, 2006).

Zimerman (2005) caracteriza o envelhecimento humano como um processo dinâmico e progressivo, com modificações tanto morfológicas como funcionais bioquímicas e psicológicas que geram progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente acarretando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que podem levar a morte.

Seguindo esse entendimento, Neri (2002, p. 22) ressalta que a velhice não é sinônimo de doença, todavia “são os incidentes patológicos que produzem um organismo qualitativamente diferente na velhice, e não o envelhecimento, muito menos por causa da passagem do tempo”.

De acordo com Luz (2002) a maioria dos gerontologistas classificam o envelhecimento como um processo que se inicia no momento da concepção. Assim, a velhice seria o desfecho de um processo dinâmico e progressivo no qual ocorrem modificações ocasionadas por diferentes variáveis, entre elas morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas, que irão determinar a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, assim:

não se envelhece de um dia para o outro. O envelhecimento é um fato construído durante todos os anos da existência do homem como indivíduo. Ao mesmo tempo, a percepção do envelhecimento como um processo normal a todo indivíduo permite, ainda, a compreensão de que esse não é um processo uniforme, pois os vários tecidos e

órgãos do organismo possuem diferentes velocidades de envelhecimento (LUZ, 2002, p.25).

Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde (OMS) questiona: como manter a independência e a vida ativa com o envelhecimento: como fortalecer políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos; como manter ou melhorar a qualidade de vida com o envelhecimento. A OMS define que o eixo principal da atenção ao idoso não pode ser simplificado pelo mero assistencialismo. Os municípios precisam desenvolver políticas amplas e intersetoriais que procuram assegurar o envelhecimento saudável.

No Brasil, recentemente o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do país, promulgando uma nova política nacional de saúde da pessoa idosa baseada no paradigma da capacidade funcional abordada de maneira multidimensional. Entretanto o efeito prático ainda não foi alcançado. O peso assistencial continua preponderante e a desarticulação do sistema de saúde dificulta a operacionalização de qualquer lógica fundamentada em uma grande parte respondidos pelo sistema suplementar de saúde, mas pouco se sabe da abrangência e do impacto desta resposta (OMS, 2002).

Além disso, a OMS recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicas, comportamentais, pessoais, culturais, além do ambiente físico e acesso a serviços), com ênfase sobre as questões de gênero e desigualdades sociais.

Pelas dificuldades em relação a saúde, já comentadas anteriormente, o fato de morar sozinho pode acarretar uma série de dificuldades adicionais ao idoso, como, por exemplo, o sentimento de solidão e de exclusão, a má alimentação, além de dificuldades com a higiene pessoal e do próprio domicílio. Assim, morar sozinho pode ser bom para o idoso, desde que existam condições econômicas e físicas suficientes para a manutenção do auto-cuidado.

Um indivíduo que chegue aos 80 anos, capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho, poderá ser considerado saudável. Assim, o bem estar na velhice seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem significar a ausência de doenças.

## 6.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE DO IDOSO

O envelhecimento aumenta o risco de adquirir enfermidades e incapacidades, e com ele a necessidade de implantar e implementar políticas públicas que visem, garantir e manter as condições de vida e de assistência sócio-sanitárias adequadas para a população idosa converse também com OMS/caderno envio ativo, com o caderno 19 (LIMA, 2003; WHO, 2005; BRASIL, 2006; PILGER;MENON;MATHIAS, 2011).

Embora no Brasil, haja carência de informações que permitam avaliação ao longo do tempo, das condições de saúde da população idosa, acredita-se que a população idosa esteja vivendo melhor, pois os indivíduos que conseguem sobreviver em idades mais avançadas são selecionados por melhores condições de saúde.

As condições de saúde no idoso podem ser estudadas através das características de saúde deste grupo etário, que se tornam indicadores de morbimortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e do acesso aos serviços de saúde tais como: a prevalência de enfermidades crônicas, a utilização de medicamentos, o acesso aos serviços de saúde as capacidades físicas e cognitivas e a auto-percepção da saúde (LIMA, 2003)

Os novos padrões de morbidade e mortalidade, caracterizada por: substituição, das doenças transmissíveis como principal causa de mortalidade, por doenças crônicas não transmissíveis e causas externas; maior carga de morbimortalidade da população indica mudança nas características do estado de saúde da população geral, que também se reflete no segmento dos mais velhos (CHAIMOWICZ, 1997).

Por outro lado, o perfil epidemiológico dos idosos, em algumas regiões brasileiras sofre prejuízos em função do preenchimento inadequado dos atestados de óbito com alta proporção de causas mal definidas (JORGE et al, 2008).

No Brasil, os esforços ainda são pontuais e desarticulados, as condições de saúde no idoso podem ser estudadas, através das características de saúde deste grupo etário, que se tornam indicadores de morbimortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e do acesso aos serviços de saúde, tais como: a prevalência de enfermidades crônicas, a utilização de medicamentos, o acesso aos serviços de saúde, as capacidades física, funcional e cognitiva e a autopercepção da saúde (LIMA, 2003). O Ministério da Saúde recentemente incluiu a saúde do idoso como item prioritário na agenda de saúde do País, como reza o pacto pela vida (BRASIL, 2006a), como uma estratégia de fortalecer a política nacional de saúde da pessoa idosa.

### 6.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

Quanto a garantia de saúde pública encontra-se no art. 196 da Constituição Brasileira de 1988 que assegura a saúde como direito do cidadão e como dever do Estado. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96) (BRASIL, 1996).

O Governo Federal, através da Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, definiu e consolidou a Política Nacional do Idoso, legislação avançada, inclusive quando comparada no âmbito internacional, que, entretanto, no seu dia-a-dia esbarra no déficit estrutural do nosso sistema de saúde, ou seja, os meios preventivos e terapêuticos disponíveis são insuficientes para o fiel cumprimento do proposto na lei.

A Política Nacional do Idoso, na condição de instrumento legal e legítimo, tem como diretrizes:

- viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações;

- promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas, na formulação implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

- priorizar o atendimento ao idoso, por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência;

- descentralizar as ações político- administrativas;

- capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

- implementar o sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos , dos planos e programas em cada nível de governo;

- estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

- priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores do serviço; e, apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

É importante ressaltar que o acesso do idoso aos direitos especiais que lhe são destinados em lei é expressão da sua cidadania e, como tal, deve ser viabilizado tanto pela esfera governamental, quanto pela sociedade civil. DUARTE (1998) cita que ser cidadão é ter consciência de seus direitos e deveres civis e políticos, participando das decisões que interferem na vida de cada um, com um sentimento ético e consciência de cidadania.

Em termos de saúde, vale destacar as intenções propostas pela Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina

que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionada ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Em 2002, é proposta a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria nº 702/SAS/MS, de 2002), tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, são criadas as normas para cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portaria nº 249/SAS/MS, de 2002). BRASIL, 2002

Em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos. O Estatuto do Idoso amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas (BRASIL, 2003).

Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória. A vigência do Estatuto do Idoso e seu uso como instrumento para a conquista de direitos dos idosos, a ampliação da Estratégia Saúde da Família que revela a presença de idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social e a inserção ainda incipiente das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso tornaram imperiosa a readequação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Em fevereiro de 2006, foi publicado, por meio da Portaria nº 399/GM, o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006). Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo sendo apresentada uma série de

ações que visam, em última instância, à implementar algumas diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.

A publicação do Pacto pela Vida, particularmente no que diz respeito à saúde da população idosa, representa, sem sombra de dúvida, um avanço importante. Entretanto, muito há que se fazer para que o Sistema Único de Saúde dê respostas efetivas e eficazes às necessidades e demandas de saúde da população idosa brasileira.

Cabe destacar, por fim, que a organização da rede do SUS é fundamental para que as diretrizes dessa Política sejam plenamente alcançadas. Dessa maneira, torna-se imperiosa a revisão da Portaria nº 702/GM, de 12 de abril de 2002, que cria os mecanismos de organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e a Portaria nº 249/SAS, de 16 de abril de 2002, com posterior pactuação na Comissão Inter-gestores Tripartite (BRASIL, 2006).

A meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos e quando necessário recuperá-la, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão com 60 anos ou mais de idade, Considerando: (BRASIL, 2006, p. 46):

- a) o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro;
- b) os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde;

d) o conceito de saúde para o indivíduo idoso que se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica;

e) a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde;

f) o compromisso brasileiro com a II Assembléia Mundial para o Envelhecimento de 2002, cujo Plano de Madri fundamenta-se em: (a) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; (b) fomento à saúde e bem-estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável; e (c) criação de um entorno propício e favorável ao envelhecimento; e

g) escassez de recursos sócio-educativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso;

A necessidade de enfrentamento de desafios como:

a) a escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio;

b) número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo na atenção básica, ou seja, no Programa Estratégia de Saúde da Família um papel fundamental;

c) a escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; e

d) a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso.

A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (GIACOMIN, 2004).

O envelhecimento populacional delinea o novo perfil da pirâmide social e sobrecarrega o sistema previdenciário, impondo a necessidade de novas alternativas para os cuidados com a saúde que deveriam ser assegurados pelo Estado. Para BAHIA (2001), trata-se de uma transferência de responsabilidade do poder público para o setor privado, pois para a autora:

(...) os planos privados de saúde representam precipuamente uma alternativa de transferência de riscos para instituições privadas e não somente uma opção individual/familiar de consumo. Ou, em outros termos, um processo de "externalização" dos custos sociais consubstanciado em instituições, regras e normas de funcionamento, mediado necessariamente por unidades coletivas e legitimado por políticas públicas sejam estas de regulamentação ou de renúncia à intervenção.

Dessa forma, a iniciativa privada encontra um segmento de mercado altamente lucrativo para comercializar os planos de saúde e as operadoras articulam “diferentes composições da gestão dos riscos sociais entre Estado, mercado e famílias” (BAHIA, 2001). Como a idade é um fator de risco, as operadoras de planos de saúde estabelecem os reajustes de suas tabelas de acordo com a faixa etária em que o usuário se enquadra.

Assim, torna-se imprescindível incluir a condição funcional ao se formularem políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem alta dependência.

Considera-se de extrema importância a realização de estudos para o conhecimento multidimensional de idosos que vivem na comunidade e utilizam os serviços de saúde. O estudo possibilita que os problemas de saúde sejam detectados, como agravos com vários graus de interferência na sua autonomia e ainda ter alguma dependência para desenvolver as atividades cotidianas. Para o direcionamento de ações

adequadas necessitam-se reconhecer os fatores sociais, econômicos, emocionais que interferem na percepção e na busca por serviços de saúde desses idosos.

Devido ao fato de os idosos apresentarem características específicas, a atenção à saúde na comunidade requer dos profissionais avaliações cuidadosas, além da realização de estudos epidemiológicos voltados para analisar o perfil de saúde e sociodemográfico dessa faixa etária, pois auxiliam na identificação de problemas subjacentes à queixa, que envolve o cuidado de uma maneira integral, além de facilitar o planejamento de assistência específica ao idoso com suas particularidades e fornecer subsídios para a implementação de políticas públicas voltadas à terceira idade.

Deve ser um compromisso de todo gestor em saúde compreender que, os custos de hospitalizações e cuidados prolongados são elevados na parcela idosa e aí está a importância de se investir na saúde do idoso.

O Estatuto do Idoso aprovado em setembro de 2003 e sancionado pelo presidente da República no mês seguinte, ampliando os direitos dos cidadãos com idade acima de 60 anos. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, lei de 1994 que dava garantias à terceira idade, o estatuto institui penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade.

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal sobre as condições de vida e saúde dos idosos residentes no município de Águas de Chapecó - SC, em 2012. O período de pesquisa será de maio a julho de 2012, serão realizadas 755 (setecentas e cinquenta e cinco) entrevistas.

### 7.2 LOCAL DO ESTUDO

Águas de Chapecó é uma cidade do interior de Santa Catarina localizada a 665 km de Florianópolis e a 47 km de Chapecó. Às margens do rio Chapecó, a estância

hidromineral deve seu fluxo turístico às fontes termais de água mineral. Banhada por dois rios e situada numa extensa área verde compõe, junto com Chapecó, Vargeão e Nova Erechim, a Rota das Termas no oeste catarinense, agricultura, a pecuária e a fruticultura são o alicerce da economia. O turismo vem em segundo lugar na geração de renda.

- a) Possui uma área de 139 km<sup>2</sup> e População total de 6.110 habitantes. Destes 3.236 residem na zona urbana e 2.874 residem na zona Rural. Do total, 755 são idosos idade igual ou superior a 60 anos, representando 12,35%. (IBGE, 2010).

### 7.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo será composta por todas as pessoas residentes no município de Águas de Chapecó (SC), do meio urbano e rural, com idade igual ou superior a 60 anos. Será utilizado como fonte de informações populacionais o cadastro no SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica da Secretaria Municipal da Saúde do município.

Os critérios de inclusão serão: Idade igual ou superior a 60 anos; residir há pelo menos três meses no território do município; Possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário e/ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas.

### 7.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O período previsto para a coleta inicia-se após apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. A coleta de dados será realizada por meio de inquérito domiciliar utilizando-se um questionário estruturado, o Brazilian Old Age Schedule (BOAS), questionário multidimensional para a população idosa brasileira desenvolvido por Veras e Silva, 2003, já sendo utilizado em outros estudos desta natureza. (Borges et al, 2008; Paiva, 2004).

O questionário inclui nove seções: I) Informações Gerais, II) Saúde Física, III) Utilização de serviços médicos e dentários, IV) Atividades da vida diária, V) Recursos sociais, VI) Recursos econômicos, VII) Saúde Mental, VIII) Necessidades e problemas que afetam o entrevistado, IX) Avaliação do entrevistador (Anexo A).

Será realizado teste piloto para verificar o conhecimento dos entrevistadores acerca do questionário, averiguar se as instruções estão claras e para conferir a adequação do instrumento e o tempo necessário para sua aplicação. Os dados coletados no teste piloto serão submetidos à análise estatística para conferir prováveis ajustes.

As entrevistas serão realizadas por agentes de saúde treinados pela pesquisadora. Os entrevistadores serão em número de 16 que compõe as duas equipes de ESF.

## 7.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Variáveis dependentes: relacionadas às condições de saúde e hábitos de vida, relacionadas ao uso e acesso aos serviços de saúde, avaliação funcional e apoio familiar e social.

Variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, renda, ocupação atual, estado marital, número de filhos vivos, número de pessoas residentes no domicílio, estado cognitivo, local de moradia e condições de moradia

## 7.6 TREINAMENTO E SUPERVISÃO

A pesquisadora será responsável pelo treinamento e supervisão dos entrevistadores que farão a aplicação do questionário. O treinamento inicial terá duração de quatro horas para apresentação do projeto de pesquisa, bem como do questionário de coleta de dados. Será oferecida uma semana para que os entrevistadores façam o estudo do projeto e do questionário.

Após esse período far-se-á um novo encontro com vistas ao esclarecimento das questões levantadas pelos entrevistadores. Durante o período de coleta de dados serão

realizados encontros com periodicidade semanal para avaliação das atividades e esclarecimentos que se façam necessário.

## 7.7 ADMINISTRAÇÃO DOS DADOS

Os dados serão codificados, revisados e digitados em planilha de Excel. Após serão importados para o software estatístico. Os dados serão analisados empregando-se a estatística descritiva e inferencial.

## 7.8 ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis qualitativas serão apresentadas empregando-se distribuições de frequências univariadas bem como, tabelas de contingência bi e multivariadas. As variáveis quantitativas serão descritas mediante medidas de tendência central ou posição e variabilidade. O nível de significância adotado será de  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%.

## 7.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo observa a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, nas suas diretrizes em relação à pesquisa com seres humanos e atende aos seguintes aspectos éticos:

### 1 - Consentimento:

a) Da Instituição: da autorização e consentimento da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Águas de Chapecó-SC, para o desenvolvimento do projeto de pesquisa junto aos idosos residentes no município e cobertos pela Estratégia de Saúde da Família (APÊNDICE B).

b) Dos Sujeitos: através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos autorizarão sua participação voluntária na pesquisa, assegurando-se o direito



Fases da pesquisa	Maio 2012	Jun 2012	Julh 2012	Ago 2012	Set 2012	Out 2012	Nov 2012	Dez 2012	Jan 2013
7.Coleta de dados	*	*							*
8.Analise de dados		*	*	*					
9.Construção da dissertação					*	*	*	*	
10.Revisão da literatura		*	*	*	*	*	*		
12.Apresentação da pesquisa							*		

## 9 ORÇAMENTO

Especificação da Despesa	Valor
Aquisição de bibliografia	R\$ 165,00
Despesa com pesquisas na internet	R\$ 50,00
Despesas com folhas A4	R\$ 55,00
Despesa com impressão	R\$ 120,00
Despesa com encadernações	R\$ 75,00
Despesas com deslocamento	R\$ 150,00
Despesas com telefone	R\$ 70,00
Despesa com Lanches dos entrevistadores	R\$ 300,00
Despesas diversas de rotina	R\$ 880,00
Análise Estatística	R\$ 1.000,00
<b>Total das despesas</b>	<b>R\$ 2.865,00</b>

Obs: As despesas serão de responsabilidade do Pesquisador.

## 10 REFERÊNCIAS

ALVES, R. R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*, v. 17, p. 333-341, 2005.

BAHIA, L. Private health plans: light and shadow in the 1990s health sector debate.

BERNARDELLI, J. A. Saúde não tem preço mas custa caro, principalmente na velhice. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

BERQUÓ, C. S. Mapeamento socioeconômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 000. In: Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Caxambu: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2004, p. 14.

BORGES, P. L. et al . Perfil dos idosos freqüentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008.

BUSS. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. *Cad Saúde Pública*; v.15, (supl. 2), p. 177-185, 1999

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Humaniza SUS - Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006. 52 p. (Serie B textos básicos de saúde). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2012.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev Saúde Pública*, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997.

DUARTE, M.J.R.S. *Atenção ao Idoso: um problema de saúde pública e de enfermagem*. Conferência realizada na Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: 1998.

FREEDMAN V. A, MARTIN G. L., SCHOENI R. F. Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States – a systematic review. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Projeções da população. Projeção da população do Brasil: 1980-2050. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 25 jul. 2006.

GARRIDO, R.; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 24, (supl.1), p. 3-6, 2002.

HÉBERT R. La perte d'autonomie. *Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, v. 3, p. 33-40, jan/fev. 2003.

IEZZONI L. I. Using administrative data to study persons with disabilities. *The Milbank Quaterly*, v. 80, n. 2, p. 347–379, 2002.

LEME, L. E. *O envelhecimento*. São Paulo: Contexto, 2000.

LIMA – COSTA, M. F; BARRETO, S. M; GIATTI, L. Condição de saúde, capacidade funcional, usa de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa

brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LOLLAR D.J. & CREWS J. E. Redefining the role of public health in disability. *Annu. Rev. Public Health*. v. 24, p.195–208, 2003.

MEIRELLES, M. E. *Atividade na terceira idade: uma abordagem sistêmica*. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

MENEZES, T.N.; MARUCCI, M.F.N. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas, Fortaleza, CE. *Rev. Saúde Publica*, v. 39, n. 2, p. 169-175, 2005.

MORAGAS, R. M. *Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida*. São Paulo: Paulinas, 1997.

NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. L (Org.). *Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais*. São Paulo: Editora Alínea, 2002, p. 9-63.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Brasília: OMS; 2003.

ORNÉLAS, W.;VIEIRA, S. P. Novo Rumo para a Previdência Brasileira. *Rev. BNDES*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 12, p. 31-47, dez. 1999.

PAIVA, S. O. C. Perfil socioeconômico e epidemiológico da população idosa do Distrito Estadual de Fernando de Noronha - PE Dissertação (Mestrado). Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

PASQUALOTTI, A.; PORTELLA, M. R.; BERTTINELLI, L. A. (Orgs). *Envelhecimento Humano: Desafios e perspectivas*. Passo Fundo: UPF Editora, 2004.

SILVA JUNIOR, J.B. et al. Doenças e agravos não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 289-311.

VERAS, R.P. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*, v. 19, p. 705-715, 2003

VERBRUGGE L. M, JETTE A. M. The disablement process. *Soc Sci Med.* v. 38, p. 1-14, 1994.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZACION. Organização Mundial da Saúde *Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas.* Rio de Janeiro; 2002. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/doc\\_gov/destaque/Madri.doc](http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc)>. Acesso em: 18 fev. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

ZIMERMAN, I. G. *Velhice: Aspectos Biopsicossociais.* Porto Alegre: Artmed, 2000.

## APÊNDICE 1

Universidade de Passo Fundo  
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia  
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

### Convite de participação

Estamos realizando um trabalho de pesquisa sobre a qualidade de vida dos idosos do Município de Águas de Chapecó - SC. Para isto, gostaríamos de contar com a sua colaboração durante alguns minutos para responder a um questionário. Serão feitas várias perguntas sobre aspectos sociais e relacionados a saúde dos idosos.

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. As divulgações das informações serão anônimas e em conjunto com as respostas de um grupo de pessoas.

---

Secretaria de Saúde  
Karin Marocco

---

Mestranda Maristela Teston

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE 2

Universidade de Passo Fundo  
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia  
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

---

### Instrumento de coleta de dados

#### QUESTIONÁRIO BOAS

(VERAS; SILVA, 2008).

#### QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL PARA ESTUDOS COMUNITÁRIOS NA POPULAÇÃO IDOSA

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

COORDENAÇÃO: RENATO PEIXOTO VERAS

SIDNEY DUTRA DA SILVA

Número do questionário:.....  
Registro: .....  
Área:.....  
Setor:.....

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_  
Endereço (Rua, Av.): \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: Águas de Chapecó      CEP: 89883-000  
Telefone: \_\_\_\_\_  
Nome do Entrevistador: \_\_\_\_\_  
Data da Entrevista: \_\_\_\_\_

## I. INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo do Entrevistado:

Entrevistador: Indique o sexo da pessoa entrevistada

1. Masculino ( ) Feminino ( )

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

98. N.S./N.R.

2. Em que país o (a) Sr.(a) nasceu?

1. Brasil

2. Outros países (especifique) .....

8. N.S./N.R.

Entrevistador: Se Brasil vá para Q. 3a., se outros países vá para Q. 4 e marque N.A. na Q. 3ª.

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

Nome do estado .....

1. Região Norte

2. Região Nordeste

3. Região Sudeste

4. Região Sul

5. Região Centro-Oeste

7. N.A.

8. N.S./N.R.

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

..... (número de meses/anos)

98. N.S./N.R.

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

1. Sim

2. Não ( marque N.A. na Q. 5a.)

8. N.S./N.R.

5a. Qual é sua escolaridade máxima completa?

1. Nenhuma

2. Primário

3. Ginásio ou 1º grau

4. 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)

5. Curso superior

7. N.A.

8. N.S./N.R.

6. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

1. Casado

2. Amasiado

3. Viúvo (a) (Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.)

4. Divorciado(a) / separado (a) (Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.)
5. Nunca casou (Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.)
8. N.S./N.R.

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

Entrevistador: A pergunta se refere ao casamento atual (número de anos)

7. N.A.

8. N.S./N.R

6b. Qual a idade de sua (seu) esposa (o) ?..... anos de idade

7. N.A.

8. N.S./N.R

7. O(a) Sr.(a) teve filhos? (em caso positivo, quantos?)

Entrevistador: especifique o número de filhos...../ filhas .....  
 ..... (número total de filhos/as)

7a. Nenhum

7b. N.S./N.R.

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

..... pessoas

1. Entrevistado(a) mora só. (Vá para Q. 9 e marque N.A. na Q. 8a.)

2. N.S./N.R.

8a. Quem são essas pessoas?

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

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Esposo(a) / companheiro(a)	1	2	7	8
2. Pais	1	2	7	8
3. Filhos	1	2	7	8
4. Filhas	1	2	7	8
5. Irmãos/irmãs	1	2	7	8
6. Netos(as)	1	2	7	8
7. Outros parentes	1	2	7	8
8. Amigos	1	2	7	8
9. Empregado(a)	1	2	7	8

9. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Marque apenas uma opção.

1. Satisfeito(a) (Vá para a Q. 10 e marque N.A. na Q. 9a.)

2. Insatisfeito(a)

8. N.S./ N.R.

9a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema econômico	1	2	7	8
2. Problema de saúde	1	2	7	8
3. Problema de moradia	1	2	7	8
4. Problema de transporte	1	2	7	8
5. Conflito nos relacionamentos pessoais	1	2	7	8
6. Falta de atividades	1	2	7	8
7. Outro problema (especifique)	1	2	7	8

10. Observação do entrevistador: O entrevistado informou sua idade na Q.2.

Você acha esta informação:

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

## II. SAÚDE FÍSICA

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

11. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

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

Marque apenas uma opção

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

12. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.

Marque apenas uma opção.

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

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.

Marque apenas uma opção.

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

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

1. Sim

2. Não (Vá para Q. 15 e marque N.A. nas Qs. 14a., 14b. e 14c.)  
 8. N.S./N.R.

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

	NA	NS/NR
1)	97	98
2)	97	98
3)	97	98

14b. Há quanto tempo?

Entrevistador: Anote em meses o período de duração dos problemas

MESES.....	NA	NS/NR	OU MAIS
1)	96	97	98
2)	96	97	98
3)	96	97	98

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

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

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas.

Marque as respostas correspondentes.

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

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

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

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

1. Sim  
 2. Não (Vá para Q. 17 e marque N.A. nas Qs. 16a. e 16b.)  
 8. N.S./N.R.

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

1. Sim (Vá para Q. 17 e marque N.A. na Q 16b.)

2. Não
7. N.A.
8. N.S./ N.R.

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

..... minutos

997. N.A.      998. N.S./N.R.

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

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

Marque apenas uma opção.

0. (o entrevistado é uma pessoa cega)
1. Ótima (Vá para Q. 18 e marque N.A. na Q. 17a.)
  2. Boa (Vá para Q. 18 e marque N.A. na Q. 17a.)
  3. Ruim
  4. Péssima
  8. N.S./N.R.

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

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

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

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

Marque apenas uma opção.

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

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

1. Sim
2. Não
1. N.A.
2. N.S./N.R.

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

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

Marque apenas uma opção.

1. Ótimo

2. Bom
3. Ruim
4. Péssimo
8. N.S./N.R.

20. Está faltando algum dos seus dentes ?

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

Marque apenas uma opção.

1. Não está faltando dente
2. Poucos dentes estão faltando
3. A maioria ou todos os dentes estão faltando
8. N.S./N.R.

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

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

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

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

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

23. Aconteceu com o senhor de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?

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

23a. Com que frequência isso acontece?

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

24. Observação do Entrevistador: Há sinais de incontinência? (cheiro de urina)

1. Sim
2. Não

### III. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS

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

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

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa. Se 0.(Ninguém), faça a pergunta 25a.; se 1,2,3,4 ou 8, vá para Q.26 e marque N.A. na Q.25a.

Nome de onde ou a quem procura .....

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.

1. Serviço médico de uma instituição pública gratuita.
2. Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde
3. Médicos/ Clínica particulares
4. Outros (especifique) .....
8. N.S./N.R.

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

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não preciso .....	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao médico	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique) .....	1	2	7	8

---

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

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

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

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Classifique as respostas nas categorias listadas, de acordo com as instruções do Manual para esta pergunta. Na dúvida, registre a resposta do entrevistado no item 08. Outros problemas.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. O custo dos serviços médicos	1	2	7	8
2. O custo dos medicamentos que são prescritos	1	2	7	8
3. Os exames clínicos que são prescritos .....	1	2	7	8

4. A demora para a marcação das consultas /exames .....	1	2	7	8
5. O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório .....	1	2	7	8
6. O tratamento oferecido pelos médicos .....	1	.2	7	8
7. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico ..	1	.. 2	.7	.. 8
8. Outros problemas (especifique) .....	1	. 2	7	8

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

Entrevistador: Classifique a resposta e marque apenas uma alternativa

Nome de onde ou a quem procura .....

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo.

(Vá para Q. 28 e marque N.A. na Q. 27a.)

1. Serviço dentário de uma instituição pública gratuita.
2. Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde
3. Dentista particular
4. Outros (especifique) .....
8. N.S./N.R.

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

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao dentista .....	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique) .....	1	2	7	8

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

	SIM	NÃO	NS/NR
1. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	8
2. Fez exames clínicos	1	2	8
3. Fez tratamento fisioterápico .....	1	2	8
4. Teve de ser socorrido(a) na Emergência .....	1	2	8
5. Foi ao hospital / clínica para receber medicação.....	1	2	8
6. Esteve internado em hospital ou clínica (24hs) .....	1	2	8
7. Foi ao dentista .....	1	2	8

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

Entrevistador: Repita para o entrevistado apenas os itens citados

na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque NA.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	7	8
2. Fez exames clínicos	1	2	7	8

3. Fez tratamento fisioterápico	1	2	7	8
4. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	7	8
5. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	7	8
6. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	7	8
7. Foi ao dentista	1	2	7	8

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

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez .....	1	2	8
d. Bengala .....	1	2	8
e. Muleta .....	1	2	8
f. Cadeira de rodas .....	1	2	8

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

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

	SIM	NÃO	NS/NR
1. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
2. Óculos ou lentes de contato	1	2	8
3. Aparelho de surdez	1	2	8
4. Bengala	1	2	8
5. Muleta .....	1	2	8
6. Cadeira de rodas .....	1	2	8
7. Outros(especifique) .....	1	2	8

31. O(a) Sr.(a) toma remédio?

1. Sim
2. Não (Vá para Q. 31 e marque N.A. nas Qs. 30a.,30b. e 30c.)
8. N.S./N.R.

31a. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?

Entrevistador: Se nenhum, vá para a Q. 31 e marque NA nas Qs. 30b. e 30c.

	NA	NS/NR
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

31b. Quem receitou?

	NA	NS/NR
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

31c. Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema financeiro	1	2	7	8
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia	1	2	7 ....	8
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	1	2	7 ...	8
4. Outro problema ou dificuldade (especifique).....				
-----	1	2	7	8
7. N.A.				
8. N.S./N.R.				

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

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

#### IV.ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes. No caso de o entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque NÃO em “o”.

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

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

1. Sim
2. Não (Vá para Q. 34 e marque N.A. na Q. 33a.)
9. N.S./N.R.

34a. Qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas?

Entrevistador: marque apenas uma alternativa

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

35. No seu tempo livre o (a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:  
Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque a alternativas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Ouve rádio	1	2	8
b. Assiste a televisão	1	2	8
c. Lê jornal	1	2	8
d. Lê revistas e livros	1	2	8
e. Recebe visitas	1	2	8
f. Vai ao cinema, teatro, etc	1	2	8
g. Anda pelo seu bairro	1	2	8
h. Vai à igreja (serviço religioso)	1	2	8
i. Vai a jogos (esportes)	1	2	8
j. Pratica algum esporte	1	2	8
k. Faz compras	1	2	8
l. Sai para visitar os amigos	1	2	8
m. Sai para visitar os parentes	1	2	8
n. Sai para passeios longos (excursão)	1	2	8
o. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	8
p. Costura, borda, tricota	1	2	8
q. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)	1	2	8
r. Outros (especifique) .....	1	2	8

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

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

36a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema com o custo	1	2	7	8
2. Problema de saúde que o(a) impede de se engajar em uma atividade	1	2	7	8
3. Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento)	1	2	7	8
4. Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir	1	2	7	8
5. Outras razões (especifique) .....	1	2	7	8

## V. RECURSOS SOCIAIS

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

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

0. Entrevistado mora só

1. Sim

2. Não

8. N.S./N.R.

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

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

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

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

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

0. Entrevistado(a) não tem amigos

1. Sim

2. Não

8. N.S./N.R.

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

0. Entrevistado(a) não tem relação com os vizinhos

1. Sim

2. Não

8. N.S./N.R.

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

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Vizinhos / amigos	1	2	8
b. Filhos(as)	1	2	8
c. Outros familiares	1	2	8
d. Outros (especifique) .....	1	2	8

## VI. RECURSOS ECONÔMICOS

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

Entrevistador: Anote o tipo de trabalho .....

01. Nunca trabalhou (Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.)

02. Dona de casa (Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.)

98. N.S./N.R.

43a. Por quanto tempo?

Número de anos:.....

97. N.A.

98. N.S./N.R.

44. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

1. Sim (Vá para Q. 44 e marque N.A. na Q. 43a.)

2. Não

8. N.S./N.R.

44a. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?

.....anos

1. N.A.

2. N.S./N.R.

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

	SIM	NÃO	NS/NR
a. do seu trabalho	1	2	8
b. da sua aposentadoria	1	2	8
c. da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a)	1	2	8
d. da ajuda de parentes ou amigos	1	2	8
e. de aluguéis, investimentos	1	2	8
f. de outras fontes.....	1	2	8

Especifique \_\_\_\_\_

46. Em média, qual é a sua renda mensal?

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

(Atenção: valor líquido)

rendimento mensal

N.S./N.R.

\_\_\_\_\_  
8 0 0 0 8

46a. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer – me o valor aproximado.

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

Rendimento mensal

N.A.

N.S./N.R.

\_\_\_\_\_  
7 0 0 0 7  
8 0 0 0 8

46b. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento)..... pessoas

97. N.A.

98. N.S./N.R.

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas:

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

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

Entrevistador: Para cada uma das três categorias (propriedade, aluguel

ou usa de graça) verifique em qual o entrevistado se enquadra.

Especifique apenas uma alternativa.

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

8. N.S./N.R.

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Marque apenas uma opção

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

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas

de 1 a 4. Marque apenas uma opção.

1. Dá e sobra
2. Dá na conta certa
3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito

8. N.S./N.R.

51. Observação do entrevistador: Qual é a condição da residência (a) entrevistado(a)?

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima

## VII. SAÚDE MENTAL

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

52. Esta pesquisa está sendo realizada pela Secretaria municipal da Saúde.

Eu gostaria que o(a) Sr.(a) repetisse para mim este nome e guardasse na memória.

1. Repete Secretaria Municipal da Saúde ou algo próximo
2. Não consegue/não repete/não responde

53. Em que ano o(a) Sr.(a) nasceu?

Ano do nascimento:.....

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

54. Qual é o endereço de sua casa?

1. Informa endereço correto
2. Informa endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta

55. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora neste endereço?

..... anos

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

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

Registre:.....

1. Nome do presidente correto/quase correto
2. Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente

57. Em que mês do ano nós estamos?

Mês do ano:.....

1. Mês correto

2. Informa incorretamente o mês ou não sabe

58. Em que ano nós estamos?

Registre:.....

1. Ano correto
2. Informa incorretamente o ano ou não sabe

59. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios. O (a) Sr.(a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos?  
Entrevistador: Marque SIM para correto e NÃO para incorreto.

	SIM	NÃO
a. Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito	.1	2
b. Agora com a mão esquerda o seu ouvido direito	.....1	2
c. Agora com a mão direita o seu ouvido esquerdo	.....1	2

60. O (a) Sr.(a) se lembra do nome de quem está realizando esta pesquisa?

Registre:.....

1. Secretaria Municipal da Saúde (ou algo próximo)
2. Não se lembra ou fornece outros nomes

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

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

1. Sim
2. Não (Vá para Q.61 e marque N.A. na Q.60a.)
1. N.S./N.R.

61a. Com que frequência o(a) Sr.(a) se sentiu solitário(a)?

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

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

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

62a. O(a) Sr.(a) esteve preocupado(a) no último mês em relação a que tipo de coisa?

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

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

Registre:.....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

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

Entrevistador: Se o entrevistado não tem dificuldade para dormir, marque NÃO na opção “a” e N.A. na opção “b”. Se ele tiver dificuldade em dormir, continue a questão, sondando, como se segue:

- O que impede o(a) Sr.(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite?
- O que é que o(a) Sr.(a) fica pensando quando está acordado na cama?
- O(a) Sr.(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)?
- Ou porque o(a) Sr.(a) se sente deprimido(a)?
- Ou devido a outras razões?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade para dormir	1	2	...7	..8
b. Dificuldade para dormir devido a preocupação a ansiedade, depressão ou pensamento depressivo	1	2	7	8

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

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

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

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

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

Registre:.....

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

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

1. Sim
2. Não (Vá para Q.66 e marque N.A. nas Qs.65a., 65b. e 65c.)
8. N.S./N.R.

66a. Em alguma hora do dia o(a) Sr.(a) se sente mais lerdo(a) ou com menos energia?

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

66b.No último mês o(a) Sr.(a) tem estado com menos energia ou como de costume?

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

66c. Atualmente o(a) Sr.(a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?

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

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

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

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

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

68a. Como o(a) Sr.(a) se sente a respeito?

Registre: .....

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

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

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

1. Sim
2. Não (Vá para Q.69 e marque N.A. nas Qs.68a., 68b. e 68c.)
8. N.S./N.R.

69a. O(a) Sr.(a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este estado se mantém por mais tempo?

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

69b. Quando o(a) Sr.(a) está se sentindo triste ou deprimido(a) a que horas do dia o(a) Sr.(a) se sente pior?

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

69c. O(a) Sr.(a) tem sentido vontade de chorar?

Entrevistador: Em caso afirmativo pergunte: o(a) Sr.(a) chorou no último mês? em caso negativo, anote a resposta Não.

Registre: .....

1. Sim
2. Não
7. N.A.

8. N.S./N.R.

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

1. Sim
2. Não (Vá para Q.70 e marque N.A. nas Qs.69a. e 69b.)
8. N.A.

70a. No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?

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

70b. O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?

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

- a. Com que frequência o(a) Sr.(a) teve este pensamento?
- b. O que o(a) Sr.(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?
- c. O(a) Sr.(a) chegou a tentar acabar com sua vida?

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

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

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

Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que? O(a) Sr.(a) pensa bastante no assunto?

Registre:

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

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

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

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

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

73a. O que o(a) Sr.(a) acredita ser a causa disto?

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

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

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

1. Sim
2. Não
7. N.S./N.R.

#### NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO 75.

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

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

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Carência econômica	1	2	8
b. Carência de moradia	1	2	8
c. Carência de transporte	1	2	8
d. Carência de lazer	1	2	8
e. Carência de segurança	1	2	8
f. Carência de saúde	1	2	8
g. Carência de alimentação	1	2	8
h. Carência de companhia e contato pessoal	1	2	8

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

Entrevistador: Anote apenas uma alternativa

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

ENTREVISTADOR:



1. Tempo de duração da entrevista (especifique)

.....minutos

2. No geral, as respostas são confiáveis?

1. Sim
2. Não

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

1. Sim
2. Não

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

1. Positiva
2. Negativa

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

1. Sim
2. Não (Vá para Q.6 e marque N.A. nas Qs.5a. e 5b.)

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

1. Sim
2. Não
7. N.A.

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

1. Positiva
2. Negativa
7. N.A.

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

---

---

---

---

Entrevistador: POR FAVOR, LEIA E ASSINE SEU NOME

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

NOME DO ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_  
DIA: \_\_\_\_\_ MÊS: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

NOME DO SUPERVISOR: Maristela Teston

SEXO DO ENTREVISTADOR

1. Masculino
2. Feminino

IDADE DO ENTREVISTADOR ..... ANOS

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

Muito obrigada pela disponibilidade e colaboração na pesquisa!

