



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO BIOMÉDICO  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**PERFIL DE SAÚDE FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM UMA  
POPULAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

CRISTIANE DE OLIVEIRA NOVAES

Dissertação apresentada a  
Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro visando à obtenção do  
grau de Mestre em Ciências  
Médicas.

Rio de Janeiro  
2006

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

## **Folha de Aprovação**

PERFIL DE SAÚDE FÍSICA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM UMA  
POPULAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE

### **CRISTIANE DE OLIVEIRA NOVAES**

Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro sob orientação do professor Roberto  
Alves Lourenço

Banca Examinadora:

---

Dr. Renato Peixoto Veras  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Dra. Célia Pereira Caldas  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Dra. Lúcia Abelha Lima  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
01 de junho de 2006

NOVAES, Cristiane de Oliveira

Perfil de saúde física e capacidade funcional em uma população de idosos residentes na comunidade. Rio de Janeiro, 2006

x, 103 p.: il.

**Dissertação de Mestrado em Ciências Médicas - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas**

Orientadores: Roberto Alves Lourenço

1. *Envelhecimento*; 2. *Saúde Física*; 3. *Capacidade Funcional*

I. Roberto Alves Lourenço. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Centro Biomédico, Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

*À Deus guia de todas as horas.*

*À minha mãe que sempre me incentivou, em todos esses anos de estudo, mesmo nos momentos de dúvida e fracasso.*

*Ao Léo que com carinho e amor acreditou no meu potencial.*

*Ao meu orientador, Professor Roberto Lourenço, pelo aprendizado.*

*Aos Professores Evandro Coutinho, Renato Veras, Célia Caldas e Lúcia Abelha, por aceitarem meu convite.*

*Às pessoas que em algum momento fizeram parte de minha trajetória profissional.*

*Aos alunos que sempre desafiaram minha capacidade de aprendizado e tolerância, me ensinando a cada momento.*

## SUMÁRIO

|   |      |
|---|------|
| LISTA DE ABREVIATURAS .....   | vi   |
| LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS .....  | vii  |
| LISTA DE ANEXOS .....   | viii |
| RESUMO .....  | ix   |
| ABSTRACT .....  | x    |
| INTRODUÇÃO .....  | 11   |
| 1.1. Envelhecimento populacional: Aspectos demográficos e epidemiológicos .....                       | 15   |
| 1.2. Envelhecimento e Saúde física .....  | 17   |
| 1.3. Capacidade Funcional .....   | 23   |
| 1.4. Estudos Brasileiros .....  | 31   |
| <b>JUSTIFICATIVA</b> .....  | 38   |
| .....   |      |
| OBJETIVOS .....   | 40   |
| METODOLOGIA .....   | 41   |
| .....   |      |
| População de estudo e procedimentos.....  | 41   |
| Procedimentos amostrais .....   | 42   |
| Coleta de dados .....   | 47   |
| Instrumentos Utilizados .....   | 48   |
| Análise dos dados .....   | 49   |
| ARTIGO .....  | 50   |
| Perfil de saúde física e capacidade funcional em uma população de idosos residente na comunidade..... | 51   |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 76   |
| ANEXOS .....  | 92   |

## ***LISTA DE ABREVIATURAS***

---

|        |  |
|--------|--|
| AGA    | Avaliação Geriátrica ampla                 |
| AVDs   | Atividades de vida diária                  |
| ABVDs  | Atividades básicas de vida diária          |
| AIVDs  | Atividades instrumentais de vida diária    |
| CNS    | Conselho Nacional de Saúde                 |
| PNAD   | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio |
| PROFIX | Programa de Fixação de Doutores do CNPq    |
| SIM    | Sistema de Informações Municipais          |
| SPSS   | Statistical Package for Social Sciences    |

## ***LISTA DE QUADROS, TABELAS E GRÁFICOS***

---

### **METODOLOGIA**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1- Perfil da saúde física e capacidade funcional: Bairros pré-selecionados para amostragem                                     | 43 |
| Tabela 2 – Perfil da saúde física e capacidade funcional: Renda média do município de Juiz de Fora de suas Unidades Territoriais (UT) | 44 |
| Tabela 3 - Perfil da saúde física e capacidade funcional: Dados do recrutamento   | 45 |
| Tabela 4 – Perfil da saúde física e capacidade funcional: Comparação dos Participantes e Não-participantes por Gênero e Faixa Etária  | 47 |

### **ARTIGO**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Características sócio-demográficas de uma coorte de 956 idosos. Juiz de Fora, 2003.  | 69 |
| Tabela 2: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Distribuição de morbidade por grandes grupos de uma coorte de 956 idosos. Juiz de Fora, 2003.  | 70 |
| Tabela 3: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Saúde física auto-referida, comportamentos de risco, uso de serviços de saúde e capacidade funcional em uma coorte de 956 idosos: diferenças entre gêneros. Juiz de Fora, 2003.        | 71 |
| Tabela 4: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Saúde física auto-referida, comportamentos de risco, uso de serviços de saúde e capacidade funcional em uma coorte de 956 idosos: diferenças entre faixas etárias. Juiz de Fora, 2003. | 73 |
| Tabela 5: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Associação entre Saúde física auto-referida, comportamentos de risco, uso de serviços de saúde e capacidade funcional em uma coorte de 956 idosos. Juiz de Fora, 2003.                 | 75 |

## ***LISTA DE ANEXOS***

---

Anexo 1: Ficha de recrutamento

Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo 3: Entrevista semi-estruturada

## ***RESUMO***

O objetivo desse estudo foi descrever o perfil e a associação entre saúde física auto-referida e capacidade funcional entre idosos. **Metodologia:** Foram estudados 956 idosos identificados nas áreas com alto percentual de idosos, recrutados porta-à-porta. Foi investigados morbidade, auto-avaliação da saúde (excelente, boa, razoável, ruim), fatores de risco (tabagismo, etilismo e sedentarismo), uso de medicação, uso de serviços médicos, hospitalização e capacidade funcional (por meio dos índices de Katz / ABVD e Lawton/ AIVD). Os dados foram analisados usando o teste qui-quadrado ( $\alpha \leq 0,05$ ).

**Resultados:** De todos os participantes estudados, 92,8% relataram ter problemas de saúde, 68,1% morbidade cardiovascular, 83% usam alguma medicação. Uso de planos privados de saúde foi relatado por 69,7% dos entrevistados, 7,5% não visitou o médico no último ano. A menor parte declarou episódio de hospitalização recente (17,5%), uso de bebida alcoólica (9,0%), tabagismo (7,8%) e sedentarismo (48,3%). Nas ABVDs e AIVDs 92,9% e 57,2%, respectivamente, não apresenta alteração funcional, 1% foram classificados como severamente dependentes. Foi encontrada relação significativa entre capacidade funcional, idade, gênero, internação, sedentarismo, uso de medicação e morbidade. **Conclusão:** Esse estudo aponta a necessidade de se investigar a complexa relação existente entre capacidade funcional e a saúde física no sentido de se desenvolver políticas para a prevenção da institucionalização, da alteração funcional, da dependência e da perda de qualidade de vida no envelhecimento.

Descritores: Envelhecimento. Saúde do idoso. Capacidade funcional.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to describe the relationship between physical health self-related and the functional status among elderly. **Methodology:** There were studied 956 elderly adults identified in areas with higher percentages of elderly adults (age > 60 years old), recruited door-to-door. We asked about chronic illnesses, self-perception of health (excellent/good/poor/bad), risk factors (smoking, drinking and physical activities), and use of medication, use medical services, hospitalization and functional ability (Katz's ADLs and Lawton's IADLs). Data was analyzed using Chi-square test ( $\alpha \leq 0,05$ ). **Results:** Of all participants studied, 92,8% reported health problems, 68,1% cardiovascular morbidity, 83% of them used some medication. Private medical services were referred to by 69,7% of them, 7,5% did not have a medical consultation in the previous year. The minority had been hospitalized recently (17,5%), drank alcoholics (9,0%), smoked (7,8%) and did not practice any physical activities (48,3%). According to the ADL and IADL scales, 92,9% and 57,2% had not had functional change, 1% was categorized as severely disabled. A significant correlation was seen between functional status, age, gender, hospitalization, physical activities, and use of medication, and morbidity. **Conclusion:** This study pointed out the need of investing the complex relationship between functional status and physical health for development of politics to prevent an institutionalization, functional change, dependence and decline of quality of life in elderly.

Keywords: Elderly. Aging Health. Functional status.

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e projeções indicam que em 2025, o Brasil terá cerca de 27 milhões de idosos (WHO, 1998). Esse fenômeno consiste no aumento do número absoluto e relativo de idosos, acompanhado pelo incremento da população acima dos 80 anos (Camarano, Kanso e Mello, 2004).

Contudo, apesar dos dados demográficos indicarem que se vive cada vez mais anos, nem sempre o aumento na expectativa de vida tem sido acompanhado por um proporcional aumento na saúde e na qualidade de vida das pessoas, sendo o declínio funcional e o aumento da morbidade uma realidade entre os idosos. A Organização Mundial da Saúde (2002) divulgou que a expectativa de vida ativa e saudável tem sido significativamente inferior à expectativa de vida tanto para homens como para mulheres.

Em geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes, além de intervenções contínuas. O fato é que são os idosos mais doentes, mais fragilizados e com maior declínio funcional que chegam mais freqüentemente aos serviços de saúde. Em contrapartida são os que menos têm chances de reabilitação, e em parte isso se deve ao pior acesso aos serviços básicos de saúde em tempo hábil e em quantidade e qualidade

suficiente. Esta realidade consiste em um desafio para a saúde pública envolvida com a promoção e prevenção em saúde na idade avançada.

Frente às especificidades do envelhecimento populacional mundial a ONU tem discutido as recomendações do “Plano Internacional de Ação sobre Envelhecimento (PIAE)”, sugerindo a inclusão do tema na agenda do desenvolvimento social para formulação de políticas que atendam às demandas decorrentes do aumento do número de idosos, ampliando o conhecimento sobre a transição demográfica, a transição epidemiológica, e sobre as variáveis que influenciam a qualidade de vida dos idosos.

Para que essas recomendações sejam cumpridas as ciências buscam enfrentar os desafios decorrentes do fenômeno do envelhecimento mundial através do estudo dos processos e características do envelhecimento, com a formação de redes de assistência, avaliação, reabilitação e prevenção de fragilidade.

Nesse contexto, aspectos referentes à saúde física, capacidade funcional, desempenho cognitivo, sintomas depressivos, arranjos sociais e cuidados à população idosa se destacam como prioridades. Estudos que descrevam o idoso, o contexto no qual ele está inserido e as redes de suporte disponível são fundamentais na medida em que permitam ampliar os achados nesse campo, contribuindo para a melhoria nos serviços, formação profissional, qualificação e integração dessa rede, propiciando inclusive a prevenção e a reabilitação (Ramos, 2003).

No Brasil esforços contínuos têm sido empreendidos na realização de pesquisas populacionais, elaboração de políticas públicas específicas, além do

investimento na formação de recursos humanos qualificados às demandas que se apresentam. No campo da pesquisa exemplos dessas iniciativas são os Projetos SABE, Bambuí, Veranópolis e o EPIDOSO que por meio de diversos estudos vêm descrevendo a população e os fenômenos relacionados ao envelhecimento. Em relação às políticas, em outubro de 2003 foi sancionado o Estatuto do Idoso cuja função é garantir direitos e estipular deveres em relação à pessoa idosa. E finalmente, cada vez mais as instituições de ensino abrem espaço à questão do envelhecimento implementando linhas de pesquisa, abrindo cursos de pós-graduação *stricto* e *lato* *senso*, incluindo na grade curricular da graduação de diferentes cursos a temática da Geriatria e Gerontologia, além de desenvolver os programas das Universidades Abertas à Terceira Idade.

Nesse sentido, em 2002, a Universidade Federal de Juiz de Fora (MG) implementou uma nova linha de pesquisa no Departamento de Psicologia destinada a examinar os processos de envelhecimento saudável em parte da população idosa do município por meio do projeto PENSA (Processos do Envelhecimento Saudável), financiado pelo CNPQ / Profix. No período de dois anos foram entrevistados idosos residentes na comunidade, tendo sido traçado o perfil sócio-demográfico, de saúde física auto-referida, além do rastreio de características cognitivas, emocionais e funcionais.

A realização desse estudo no município pode ser justificada por diversos fatores, entre eles, o fato da cidade de Juiz de Fora possuir percentual de idosos de 10,6% (IBGE, 2000) e expectativa de vida de 78,2 anos (Tomasco et

al, 2002), índices superiores aos nacionais (8,6% e 68,9 anos) segundo dados do IBGE (Censo 2000; IBGE, 2002).

O objetivo desse trabalho foi, a partir de dados do PENSA, descrever o perfil de saúde física e da capacidade funcional da população de idosos residentes na comunidade. Além disso foram examinadas entre características de saúde física quais fatores estariam associados à passagem do quadro de morbidade típico da maioria dos idosos para o quadro de dependência prevalente em parte deles.

A primeira parte da introdução aborda os modelos macro-teóricos da transição demográfica e epidemiológica, em seguida são discutidas as questões relacionadas à saúde e adoecimento, posteriormente a temática da capacidade funcional é abordada em seus aspectos conceituais e de avaliação. Ainda na parte introdutória foram descritos em linhas gerais os principais estudos brasileiros longitudinais, bem como os resultados encontrados no tocante ao objeto dessa dissertação.

## **1.1. Envelhecimento: Aspectos demográficos e epidemiológicos**

De toda a América Latina é no Brasil que se observa um dos maiores aumentos da população idosa (Frenck et al. 1991), mas para compreender quais os fatores responsáveis pela alteração da estrutura etária do país é necessária à abordagem de dois modelos macro-teóricos: o da transição demográfica e o da transição epidemiológica.

A transição demográfica é em resumo a alteração na estrutura populacional do país com alargamento do ápice e estreitamento da base da pirâmide etária. A proporção de idosos na população mundial tem aumentado progressivamente e, no Brasil, o aumento do número de idosos tem acontecido de forma acelerada nas últimas décadas (Kalache, Veras & Ramos, 1987). Em 2000 a população idosa correspondia a 9% do total da população brasileira, e projeções indicam que em 2025 a parcela idosa da população chegará a 15% do total (IBGE, 2000).

O envelhecimento populacional ocorrido nas últimas décadas nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, é resultado, primordialmente, do declínio da fecundidade (Chaimowicz, 1997; Carvalho & Garcia, 2003). Entre os fatores explicativos destacam-se: a redução da taxa de fecundidade e da taxa de mortalidade infantil em dois terços, além da redução pela metade da taxa de mortalidade bruta. A ação conjunta desse grupo de modificações, a partir da década de 60 promove alterações na estrutura etária da população caracterizando assim a transição demográfica (Chaimowicz, 1998).

Por sua vez a “transição epidemiológica” é a profunda transformação nos padrões de adoecimento e mortalidade que consiste na redução da

prevalência das doenças infecto-contagiosas e no aumento das doenças crônico-degenerativas, características de faixas etárias mais avançadas, e no Brasil essa transição ocorreu paralela à transição demográfica (Frenck et al. 1991). As especificidades do Brasil em relação à transição epidemiológica são a duração prolongada e a sobreposição de duas fases, a fase de alta prevalência de doenças infecto-contagiosas e a fase de alta prevalência de doenças crônico-degenerativas (IBGE, 1994).

De modo geral, a taxa de mortalidade por causas é a que melhor ilustra a transição epidemiológica, e se analisados os dados do Brasil para a população como um todo, percebemos que a mortalidade por doenças infecto-parasitárias declinou de 45,7%, em 1930, para 6,3% em 1990. Em contrapartida, a mortalidade por causas externas, neoplasias e doenças do aparelho circulatório subiram, respectivamente, de 2,6% para 14,3%, de 2,7% para 14,3% e de 11,8% para 32% (Magalhães, 1984). No Brasil dados da PNAD mostram que as doenças cardiovasculares (38,1%), neoplásicas (13,3%) e respiratórias (12,4%) foram as principais causas de mortalidade na população acima de 60 anos de idade, em 1996 (SIM – DATASUS, 1996).

Há uma correlação direta entre a transição demográfica e a transição epidemiológica, já que a primeira decorre da queda de mortalidade por doenças infecto-contagiosas beneficiando grupos etários mais jovens, que vivem mais, envelhecem e tendem a serem acometidos por doenças crônico-degenerativas. O fato de viver mais implicar em maior risco para o adoecimento por causas não transmissíveis é explicado em parte pela própria gênese do envelhecimento, na próxima seção serão descritas as mudanças e doenças

associadas à idade, bem como a caracterização das doenças crônicas não-transmissíveis.

## **1.2. Envelhecimento e Saúde física**

O envelhecimento compreende os processos de transformação do organismo após a maturação sexual, diminuindo a probabilidade de sobrevivência através de processos interacionais, seqüenciais, individuais, acumulativos e irreversíveis (Baltes, 1993). Atualmente, o envelhecimento é definido como um processo concorrente ao desenvolvimento, composto por mudanças graduadas pela idade (genético-biológicas), pela história (psicossociais) e por influências não normativas (agendas biológicas e sociais) em interação (Baltes, 1993; Birren & Birren, 1990).

Com o passar dos anos o organismo passa por uma série de mudanças fisiológicas, que podem ou não vir a se tornar patológicas. Envelhecimento implica em mudanças no equilíbrio do funcionamento dos órgãos que não necessariamente devem comprometer o senso de eficácia e qualidade de vida do indivíduo (Hayflick, 1994). Embora o termo envelhecimento normal seja amplamente utilizado não é o ideal, pois sugere que existe um envelhecimento anormal, e o primordial é distinguir as mudanças decorrentes do envelhecimento e as mudanças decorrentes do adoecimento.

Dentre as mudanças normais derivadas do aumento da idade podemos listar: diminuição da força, do vigor físico, da audição, da altura, perda na acuidade visual, perda de massa óssea, menopausa, alteração na aparência com o surgimento de rugas e cabelos brancos, alterações nos sistemas imunológico, endócrino, respiratório e cardiovascular, entre outras. Todavia, essas alterações são naturais do envelhecimento, a diferença é que em face dessas alterações o organismo torna-se menos apto a enfrentar certas patologias que enfrentaria com mais habilidade em outros momentos da vida. Ou seja, a medida que envelhecemos normalmente nos tornamos mais vulneráveis a doenças (Hayflick, 1994), indivíduos acima dos 60 anos quando comparados a indivíduos jovens apresentam mais morbidade (WHO, 1998).

Existe uma série de dificuldades para se conceituar as doenças crônicas, a começar pela própria nomenclatura, que varia entre doenças não-infecciosas, doenças crônicas não-transmissíveis e doenças crônico-degenerativas, por conta disso, prefere-se caracterizá-las a conceituá-las (Lessa, 1999). As características principais das doenças crônicas não-transmissíveis são: história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, causa necessária desconhecida, especificidade de causa desconhecida, ausência ou duvidosa participação de microorganismos como determinantes, longos períodos de latência e de curso assintomático, curso clínico em geral lento ou permanente, lesões celulares irreversíveis, evolução para graus variados de incapacidade ou para morte (Lessa, 1999).

No grupo dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas estão a idade, a hereditariedade, o estilo de vida e o gênero (Leaverton et al. 1987; Kannel, 1997), sendo estes importantes critérios de avaliação em saúde utilizados por estudos de base populacional (Ramos et al, 1990). O Gênero tem se mostrado uma variável importante para esta coorte de idosos, sendo alvo de estudos que buscam compreender quais os fatores associados às patologias predominantes em cada gênero e o porquê da longevidade feminina, traduzida na *feminilização da velhice*, ou seja, no aumento proporcional de mulheres na população idosa.

O aumento da proporção de mulheres em idades mais avançadas é acompanhado pela maior expectativa de vida das mesmas. No Brasil, em 2000, a expectativa de vida para mulheres foi estimada em 72 anos e para homens em 64 anos (IBGE, 2000 a). A proporção de mulheres na composição da população, à medida que avançamos para grupos etários mais idosos, é cada vez maior. Em 1996, as mulheres acima de 60 anos representavam 9,3% da população geral e os homens 7,8% (IBGE, 2000a).

Independente do gênero, a existência de pelo menos uma condição crônica na idade avançada acontece para a maior parte da população idosa, sendo comum a presença de polipatologia que é o acúmulo de duas ou mais morbidades (WHO, 1998). Esse perfil de adoecimento da pessoa idosa leva ao consumo freqüente de medicação e, no envelhecimento, a polifarmácia se torna um caminho natural, pois em face de inúmeros problemas de saúde há uma busca por eliminação ou controle de sintomas e morbidades (Miralles & Kimberlin, 1998; Veras, 1994).

No entanto, o uso inadequado de medicamentos é um grave problema, principalmente pelos riscos decorrentes dessa prática, que ultrapassa a questão da automedicação favorecida pela diversidade de drogas e ampla publicidade das mesmas. As interações medicamentosas, os efeitos adversos originados nas mudanças farmacocinéticas associadas ao envelhecimento, e as dificuldades em administrar o medicamento em decorrência de alterações cognitivas e sensoriais, todos esses fatores, isolados e/ ou combinados, aumentam os riscos de uso inadequado de medicações e as complicações decorrentes do mau uso (Loyola Filho et al, 2005).

Duas conseqüências diretas do amplo uso de medicações são os gastos com a aquisição de medicação por parte dos próprios idosos e o fato desse uso mascarar problemas de saúde, podendo gerar complicações clínicas e até mesmo conduzir à internação (Lowed & Ryan-Wenger, 1999; Barnett et al. 2000). Dados do IBGE (1998), mostraram que no Brasil 23% da renda do idoso é destinado ao gasto com medicação, percentual considerado elevado se considerarmos que a maior parte dos idosos tem como única fonte de renda a aposentadoria (PNAD, 2003).

Em relação à internação, no Brasil, 14% dos idosos sofreram pelo menos uma internação, segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios / PNAD (IBGE, 2000). Nos EUA e Canadá a freqüência de internação entre idosos foi de 18%, no Japão 10% e na Alemanha 16% (Rowland, 1992). O episódio de internação tem entre os desdobramentos negativos o impacto sobre a qualidade de vida e a funcionalidade do idoso, além disso, cerca de 70% dos idosos são SUS-dependentes (PNAD, 2003)

representando uma ampla demanda voltada ao serviço público de saúde que, no Brasil, apresenta profundas falhas estruturais.

Além dos impactos negativos para o indivíduo, as internações representam altos custos para os serviços. Nos EUA aproximadamente 30% dos gastos em internação no ano de 1989 foram realizados com idosos (Butler, 1993). Na Inglaterra essa proporção na década de 80 atingia 60% (Gray, 1987). No Brasil, 23% dos gastos em internações hospitalares foram destinados à população idosa em 1996 (SIM – DATASUS, 1997).

Por outro lado, dados da PNAD mostraram que 28% dos idosos pesquisados não foram ao médico, esse dado varia por exemplo de um país para outro, no Japão 1% da população declara não ter ido ao médico, na Alemanha 14%, no Canadá esse percentual sobe para 31% e nos EUA para 40% (Rowland, 1992). O fato de ir ou não ao médico pode interferir na validade dos resultados quando avaliada a presença/ ausência de morbidade já que a população pode ser subdiagnosticada, isso porque quem vai mais ao médico tem mais chances conhecer efetivamente e de declarar sua condição de saúde apoiado no parecer clínico, em contrapartida, quem deixa de ir pode não saber que possui determinadas características de saúde.

Entretanto, além dos dados objetivos para a descrição das características de saúde estudos de base populacional (Kannel, 1997; Ramos, 2003; Lima-Costa, 2003) têm utilizado amplamente dados subjetivos, que extrapolam como a morbidade auto-referida e privilegiam a auto-avaliação que o indivíduo faz da própria saúde. Essa classificação subjetiva tem se mostrado um preditor válido da morbimortalidade e do declínio funcional para a população idosa (Helmer et al. 1999; Lima-Costa et al; 2003, 2004), ou seja, a

classificação do indivíduo tem apresentado forte correlação com o estado geral que ele apresenta quando avaliado objetivamente e com os desdobramentos de sua saúde quando acompanhado por maiores períodos.

No Brasil, dados da PNAD indicam que 24% dos idosos brasileiros pesquisados avaliaram sua saúde como boa ou muito boa (IBGE, 2000). Em São Paulo, esse percentual chega a 70% (Ramos et al. 1998). No Rio de Janeiro, 44% classificaram sua saúde como boa ou muito boa (Veras, 1992), em Belo Horizonte 48% fizeram essa avaliação (Lima-Costa, 2004) e em Bambuí, 25% (Lima-Costa et al. 2000).

De modo geral, o perfil mórbido da população idosa caracteriza-se por alterações de longa duração, que requerem atendimentos especializados, contínuos, complexos, multidisciplinares e que contemplem a dimensão subjetiva. Uma das implicações imediatas desse perfil de adoecimento é a necessidade de reestruturação dos modelos e métodos de atenção (WHO, 1998). Essa reorganização deve privilegiar não só o atendimento e reabilitação, mas instituir políticas preventivas que interfiram diretamente nos fatores de risco e no acesso ao atendimento adequado.

Tal fato justifica-se porque, em síntese, envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra, mas se tornar dependente não é o esperado, ainda que em presença de diagnósticos de patologias crônicas (Ramos, 2003). Entre os desfechos possíveis frente à morbidade estão cura, estabilização e controle, incapacitação ou morte. A incapacidade dependerá da combinação de diversos fatores como diagnóstico, intervenção, características do indivíduo e da doença, recursos disponíveis, entre outros. A

próxima seção aborda a temática da capacidade funcional, descrevendo os conceitos relacionados, a necessidade e as formas de avaliação.

### **1.3. Capacidade Funcional**

Para Caldas (2003), Ramos (1998), Karsch (2003) & Veras (2001) o principal desafio imposto pela longevidade é justamente a manutenção do bem estar e da capacidade funcional, sendo que a resposta a esse desafio deve ser procurada investigando-se as variáveis possivelmente relacionadas a esses aspectos.

A Política Nacional do Idoso (PNI) afirma que uma das principais implicações das enfermidades em idosos é a perda da capacidade funcional, e reconhece que essa perda seria um nível extremo de implicações desfavoráveis (Silvestre & Costa Neto, 2003). Com isso a PNI apresenta como propósito basilar *“a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a capacidade funcional restringida”* (Brasil, 1999).

Mas para compreender o que isso significa é necessário partir de conceitos que direcionam essa perspectiva. A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua *Incapacidade (Disability)*, e inclui em sua descrição outros dois domínios, que determinam em que medida um dano ou lesão pode causar disfunção para o paciente são eles: *Deficiência (Impairment)* e *Desvantagem (Handicap)*. Para a OMS, *Deficiência* é a anomalia ou perda da estrutura

corporal, aparência ou função de um órgão ou sistema. *Incapacidade* refere-se à restrição ou perda de habilidades; e *Desvantagem* – restrições ou perdas sociais e/ou ocupacionais experimentadas pelo indivíduo (BRASIL, 1995).

Wilkin (1990 apud Netto, 2002) define *dependência* como um estado que não se atribui ao indivíduo apenas, mas ao indivíduo em relação a outros, sendo a *dependência* um estado no qual um indivíduo confia em outros para alcançar necessidades previamente identificadas. *Dependência*, em Gerontologia, é a incapacidade de funcionar satisfatoriamente sem ajuda, seja por limitações físico-funcionais, seja por limitações cognitivas (Catanach e Tebes, 1991 apud Neri, 2001). De acordo com Ramos (2003), não é só a *incapacidade*, mas a combinação da *incapacidade* com a necessidade que cria a *dependência*, não configurando um estado permanente mas um processo dinâmico que pode ser alterado por estímulo externo. Exemplos de estímulos externos são: a alteração do ambiente, fornecer assistência e intervenções em reabilitação.

A *independência* baseia-se no conceito de *capacidade funcional*, que é poder sobreviver sem ajuda para as atividades básicas e instrumentais de vida diária. A *autonomia* foi definida por Netto (2002) enquanto a capacidade de decisão, comando, realização de modo independente, com meios próprios. Evans (1984 apud Netto 2002) a descreve como a capacidade de estabelecer e seguir suas próprias regras, sendo para este autor mais útil que a própria *independência*, pois é passível de restauração não importando o nível de *independência* do indivíduo. De modo geral, *autonomia*, por definição, é a noção e o exercício do autogoverno, incluindo liberdade individual, privacidade,

livre escolha, autoregulação e independência moral (Collpy, 1988 apud Kane, 1991 e Neri, 2001).

A independência não é primordial à *autonomia*, entretanto Baltes (1993) afirma que, tradicionalmente, dependência e a autonomia tem sido tratadas como conceitos antagônicos, sendo descritos como pólo oposto, como extremos de uma situação, seja no senso comum ou em discussões científicas. Porém, mais recentemente, estes conceitos têm sido vistos como elementos dinâmicos dentro de uma concepção que avalia diversos momentos do desenvolvimento humano, e diferentes domínios do comportamento, da cultura e do indivíduo (Baltes, 1993).

Para explicar essa evolução da dinâmica dependência / autonomia no curso da vida do indivíduo, traça-se um paralelo com as denominadas tarefas evolutivas do desenvolvimento humano, entre as tarefas evolutivas relacionam-se o crescimento físico e as exigências biológicas do organismo, as exigências sociais, normas e expectativas, e as preferências individuais, as habilidades e as metas. Para tal são considerados os aspectos biológico, sociológico e psicológico, todos interagindo com diferentes pesos, ao longo da vida, não havendo parâmetros fixos ou universais para essa interação. (Baltes, 1993).

Se por um lado o idoso relata o temor pela dependência comportamental, sendo que a dependência física pode ser precursora da dependência comportamental, por outro, de forma complementar, o meio científico assume que há a necessidade de se avaliar a capacidade funcional e otimizá-la (Baltes & Silverberg, 1995).

Ao avaliar a existência de componentes ambientais, que mantém e desenvolve a dependência no idoso, nota-se que muitos comportamentos

dependentes podem ser alterados, independentes da idade, o que significa que o idoso não se torna dependente por se tornar idoso (Baltes e Silverberg, 1995). Daí a necessidade de se definir, avaliar e intervir na funcionalidade do idoso, independente de seu estado de saúde, porque ainda que não exista a possibilidade de cura, a possibilidade de tratamento existe e deve partir da compreensão de como esse estado influencia na perda e / ou manutenção da independência.

Entre as causas da *dependência* podemos citar: doenças, superexposição a eventos desfavoráveis de diversas ordens, desmotivação, desestruturação do ambiente físico / social, falta de acessibilidade ou suporte ambiental e/ou instrumental, disfunções físicas, cognitivas e emocionais, entre outros fatores.

Em termos conceituais, os estudos sobre capacidade funcional irão defini-la como o grau de preservação para a realização de atividades inerentes ao cotidiano. A nomenclatura funcional origina-se na definição de "função" descrita como a capacidade do indivíduo de se adaptar às vicissitudes cotidianas, interagindo ativamente em seu meio ambiente independente das peculiaridades físicas, mentais ou sociais (Baltes, 1993; Caldas, 2003).

Didaticamente, a capacidade funcional pode ser dividida em duas grandes áreas: as atividades de vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Katz et al. (1963), Lawton & Brody (1969), Pfeffer et al. (1982), Almeida (1997), Neri et al. (2002) entre outros autores definem atividades de vida diária (AVD) ou básicas de vida diária (ABVD) como aquelas atividades relacionadas ao autocuidado, fundamentais à manutenção da

independência, nesse sentido seriam englobadas atividades como banho, vestuário, locomoção, continência, higiene e alimentação. Por sua vez as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) são atividades mais complexas, rotineiras, que dependem inclusive de recursos do meio ambiente para sua efetivação, nesse caso seriam incluídas as atividades mais complexas como uso do telefone, locomoção fora de casa, realização de compras e trabalho doméstico, além da administração de medicação e dinheiro. Enfim, ABVDs e AIVDs referem-se às atividades necessárias para que o indivíduo sobreviva sozinho. Mais recentemente foram descritas as atividades avançadas de vida diária (AAVD), que consistem em atividades voluntárias sociais, atividades ocupacionais e de recreação (Paixão & Reichenheim, 2005).

Para Corroni-Huntley et al. (1986), capacidade funcional é um componente-chave para a avaliação da saúde de idosos e, em termos operacionais, estudos que avaliam a capacidade funcional geralmente o fazem com base na medição da habilidade e independência na realização de ABVDs e AIVDs. Esse tipo de avaliação tem se mostrado de suma importância para o diagnóstico precoce de declínio, e identificação de perda de funcionalidade. Sua utilização pode ser observada seja em estudos populacionais para o rastreamento de declínio, seja em avaliações sistemáticas e interdisciplinares como no caso da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

Não podemos desconsiderar a necessidade das avaliações cognitivas e mentais, mas o que se observa é que em presença de alteração funcional, na maioria dos casos, identificamos alteração nesses outros aspectos. Esse fato é uma possível explicação para a relação entre declínio funcional e

institucionalização e/ ou mortalidade em idosos (Hedrick, 1995 apud Paixão & Reichenheim, 2005).

A avaliação funcional pode ocorrer de 2 formas distintas: por meio de testes de desempenho, que são observados diretamente, e por meio de escalas, auto-aplicáveis ou inseridas em entrevistas face a face, denominadas *instrumentos de avaliação funcional* (Paixão & Reichenheim, 2005). Existem inúmeras escalas que servem para quantificação da capacidade para executar as AVDs e as AIVDs, porém pela importância de sua utilização o exame das características dessas escalas tem sido apontado como uma necessidade premente, já que no Brasil há o uso assistemático desses instrumentos, e a escassez de escalas traduzidas, adaptadas, validadas ou elaboradas adequadamente à nossa população (Paixão & Reichenheim, 2005).

Uma recomendação relacionada às escalas de avaliação funcional é que sejam breves, simples e de fácil aplicação. Isto porque elas devem servir como instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, sendo aplicadas por pessoal de múltiplas formações profissionais e em qualquer unidade básica de saúde.

Cabe ressaltar que ao se utilizar dessas escalas para avaliação de um indivíduo, deve-se ter em mente que se o paciente necessita de supervisão e/ ou ajuda de outra pessoa ele não é independente. No entanto, se algum instrumento como bengalas ou andadores é utilizado, mas nenhuma ajuda ou supervisão são necessárias, o paciente deve ser considerado independente, sendo então uma avaliação qualitativa em termos do que o paciente é capaz de

fazer sozinho, o que pela própria definição de capacidade funcional significa classificar se ele é capaz de interagir e se adaptar ao meio de forma individual (Lima-Costa et al; 2003b).

A decisão final de se utilizar um instrumento deve se apoiar nas evidências de validade e confiabilidade, pois a qualidade das informações colhidas é decisiva na validade de uma investigação epidemiológica, por isso a necessidade de que o instrumento seja adaptado formalmente ao contexto cultural e lingüístico no qual vai ser utilizado (Paixão & Reichenheim, 2005; Reichenheim & Moraes, 1998).

Além de abordar os aspectos relacionados à capacidade funcional cabe fazer uma ressalva antes de revisar ou citar os dados dos estudos que descrevem a capacidade funcional em diferentes populações, visto que existe uma peculiaridade em relação às formas de mensurar a funcionalidade. Estudos realizados no Brasil optaram por instrumentos que merecem estudos aprofundados de sua validade e confiabilidade, além da adaptação transcultural (Paixão & Reichenheim, 2005). Esse fato isoladamente já direciona toda e qualquer utilização dos resultados derivados de tais instrumentos. Entretanto tal realidade não deve impedir que sejam investidos esforços no sentido de mensurar e descrever a capacidade funcional e suas variáveis.

Mas existe um consenso na literatura que indica que existe maior declínio com o aumento da idade, o agravante é que idosos entre 75 e 84 anos com necessidade de ajuda para AVDs tem 14 vezes mais chance de sofrer um episódio de queda se comparados aos indivíduos totalmente independentes

(Perracini, 2000). Levando-se em conta que as quedas respondem por 70% das mortes acidentais em maiores de 75 anos (Fuller, 2000) e são a 6ª causa de morte em maiores de 65 anos (Baraff et al; 1997), a reabilitação e prevenção tornam-se fundamentais como redução de fatores de risco nessa população.

Como o surgimento de doenças crônico-degenerativas está relacionado à longevidade, a perda da capacidade funcional pode ser resultado do acúmulo desse tipo de doenças relacionadas à idade. As doenças cardíacas, acidentes vasculares encefálicos, diabetes (tipo 2) e o enfisema são exemplos de doenças com alta incidência entre idosos e capazes de levar à morte ou incapacitação. O fato de apresentar polipatologias não explica isoladamente o nível de capacidade funcional do indivíduo, isso em decorrência da heterogeneidade inerente aos processos de desenvolvimento humano e envelhecimento. E ter um determinado grau de incapacidade não significa que, cognitivamente e emocionalmente, os idosos sejam necessariamente incapazes, até por sua possibilidade de ativar mecanismos de compensação para enfrentar perdas, seja por apoio social, psicológico ou tecnológico.

A existência de patologias crônicas, embora seja um fator de risco para perda funcional, não implica, necessariamente, em dependência. Segundo Cornoni-Huntley et al (1986), o conceito de capacidade funcional em saúde pública é um importante componente da saúde de idosos e merece ser alvo de avaliação e intervenção. Essa perspectiva transcende o binômio diagnóstico e tratamento. No entanto, a investigação dos fatores que determinam a capacidade funcional depende de estudos longitudinais na comunidade.

A última seção dessa revisão trata especificamente dos principais estudos longitudinais desenvolvidos no Brasil, tendo sido descritos os resultados encontrados nas regiões em que foram realizados.

#### **1.4. Os Estudos Brasileiros**

São crescentes os grupos de pesquisa que se dedicam a estudar as características e os processos do envelhecimento no Brasil em diferentes regiões. Apesar de outras iniciativas existirem nesse sentido optou-se por descrever quatro delas, os projetos EPIDOSO, Veranópolis, Bambuí e o projeto SABE, este último multicêntrico e desenvolvido em sete centros urbanos da América Latina e Caribe.

##### *1.4.1. O Projeto EPIDOSO:*

Iniciado em 1991, na Universidade do Estado de São Paulo, após a aprovação pela FAPESP, o projeto teve como objetivo estudar uma coorte de idosos residentes na área da Vila Clementino. Com isso foi criado o Centro de Estudos do Envelhecimento.

No ano de 1992 haviam sido avaliados 1700 idosos, sendo que em 1994 procedeu-se à segunda avaliação, quando quase 600 deles passaram por exames clínicos e laboratoriais realizados no laboratório central do Hospital São Paulo (HSP). A terceira avaliação aconteceu em 1997, após sete anos de estudos, com um grupo de 550 idosos cuja idade mínima já era de 72 anos.

A partir da consolidação do vínculo com os pacientes foi ampliada a capacidade de atendimento, com o estabelecimento de parcerias com o Departamento de Oftalmologia e de Endocrinologia da Unifesp; além disso, passou a realizar exames hormonais, de densitometria óssea e de ressonância magnética, entre outros. O EPIDOSO foi o primeiro estudo longitudinal com idosos residentes na comunidade do Brasil (1991/92-1993/94) e estudou os fatores associados ao envelhecimento saudável.

A população estudada consistia em maioria feminina (65%), estado civil predominante casado (51%), co-habitando com uma pessoa (36%), 94% declarando pelo menos uma morbidade. A auto-avaliação da saúde como excelente, boa, razoável e muito ruim foi relatada por 15%, 55%, 26% e 5% dos participantes, respectivamente.

Avaliando conjuntamente AVD e AIVD, obteve resultados indicando que 40% dos idosos necessita de auxílio em pelo menos uma tarefa de vida diária, índice que, embora elevado, é inferior ao apresentado para morbidade crônico-degenerativa (85%) na mesma população (Ramos et al, 1993), sendo que em 10% da amostra co-existiam pelo menos 5 queixas de saúde. O mesmo autor, em 2003, encontrou prevalência de pelo menos uma condição crônica em 90% da amostra, além da relação positiva entre idade e aumento da morbidade, o estudo mostrou também que quase metade da amostra permanecia com dependência em pelo menos uma AVD.

#### *1.4.2. O Projeto Veranópolis:*

Iniciado em 1994 por meio de um estudo piloto foi efetivamente implementado no ano de 1996, no município de aproximadamente 17.000 habitantes. Os objetivos foram investigar variáveis associadas ao envelhecimento bem sucedido, mais especificamente estudando indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos. O delineamento foi do tipo prospectivo, observacional e descritivo-analítico em idosos longevos cuja identificação foi feita a partir da recontagem populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1996. Foram identificados 213 moradores incluídos neste grupo etário, sendo que 193 participaram do estudo (91%).

A primeira etapa do projeto consistiu em uma avaliação clínica, antropométrica e bioquímica de variáveis de risco cardiovascular (clássicas e emergentes) e presença de morbidades cardiovasculares prévias. A segunda etapa consistiu no levantamento de óbitos ao longo de três anos de seguimento da amostra investigada. O levantamento de óbitos foi feito junto à Secretaria de Saúde do município, que cadastra anualmente a mortalidade e os indicadores de saúde.

A expectativa de vida no município é de 78 anos, e após cinco anos de estudos, os resultados indicam predominância de um estilo de vida saudável, menores níveis de estresse quando comparada a outras cidades, maior intensidade de atividade física menor número de fumantes na população geral, além da regularidade e adequação alimentar e alta satisfação com a vida. Apesar do maior risco de doenças cardiovasculares na população idosa, como colesterol alto, diabetes e hipertensão, o estudo longitudinal que acompanhou a

mortalidade dos idosos durante três anos não mostrou associação entre a mortalidade e tais riscos.

#### *1.4.3. O Projeto Bambuí:*

O Projeto Bambuí é um estudo de coorte da saúde de idosos residentes na comunidade do município de Bambuí em Minas Gerais, que conta com aproximadamente 15.000 habitantes. Os principais objetivos do estudo são a identificação de preditores da mortalidade, hospitalização, limitações físicas, déficit cognitivo e de doenças e condições crônicas selecionadas, com ênfase em saúde mental e doenças cardiovasculares.

A linha de base da coorte foi constituída em 1997, os participantes do estudo foram identificados por meio de um censo, tendo sido selecionados todos os residentes com 60 ou mais anos de idade (N=1742) para participar do estudo (92% participaram da entrevista e 86% dos demais procedimentos). Foram coletadas por meio de entrevista e exames informações sobre fatores de risco, determinações hematológicas e bioquímicas, assim como medidas de pressão arterial, medidas antropométricas e eletrocardiograma. Na ocasião, foi constituída uma soroteca, com alíquotas de soro, plasma e DNA.

O seguimento é realizado anualmente por meio de entrevistas e consultas a declarações de óbitos periodicamente, já as medidas físicas e exames laboratoriais são repetidos em intervalos pré-determinados. Nos seis anos de seguimento, as perdas anuais entre sobreviventes têm girado em torno de 2%.

A população estudada tem maioria feminina (61,0%), com a faixa etária dos participantes variando entre 60 e 95 anos (média = 69,0 anos). Para 441 (29,3%), 568 (37,7%) e 406 (33,0%), a renda domiciliar mensal era, respectivamente, igual a <2,0, 2,0-3,9 e 4,0-7,0 salários-mínimos. A auto-avaliação da saúde como boa/muito boa, razoável e ruim/muito ruim foi relatada por 375 (24,7%), 746 (49,2%) e 395 (26,1%) participantes, respectivamente. Na análise bivariada dos fatores associados à auto-avaliação da saúde, sexo, escolaridade, renda domiciliar mensal, estado conjugal, frequência a clubes e/ou associações, frequência a cultos religiosos e satisfação com os relacionamentos pessoais apresentaram associações significantes ( $p < 0,05$ ) com a avaliação da saúde.

Loyola Filho et al (2005) encontrou pelo menos uma condição crônica de saúde em 82% dos entrevistados, e uso regular de medicação em 85% da amostra. Dados de estudo sobre automedicação mostraram que 28,8% haviam consumido nos 90 dias anteriores à entrevista remédios exclusivamente sem prescrição médica, o que esteve relacionado a ausência de visitas ao médico e ao menor gasto com medicação, o que sugere o uso compartilhado com outros membros da família (Loyola-Filho, 2002). Em relação às AVDs, Lima-Costa et al (2003c) encontrou 85% da amostra declarando total independência nessas atividades.

#### *1.4.4. O Projeto SABE:*

O Projeto SABE é um projeto multicêntrico apoiado pela OPAS, e no Brasil foi realizado na cidade de São Paulo. Os principais objetivos do estudo foram avaliar as condições de saúde da população idosa, verificar o acesso e uso de serviços de saúde, e avaliar as fontes de apoio bem como as relações existentes entre diferentes características e a saúde dos idosos.

No caso da pesquisa SABE, as mulheres representaram 58,6% do universo estudado de idosos paulistanos contra 41,4% dos homens. Com relação ao estado conjugal, a maioria dos idosos é casada (57,0%), sendo uma parcela significativa, viúva (29,5%) e 13,1% vivem sozinhos.

Na autoavaliação da saúde 53,8% declarou possuir saúde regular ou má e 46,2% classificaram-na como excelente, muito boa ou boa. As mulheres (48%) declararam sofrer de três ou mais doenças. A doença de maior prevalência foi a hipertensão, que chegou a 53,3%. A maioria das mulheres 70,4% nunca fumou contra apenas 26,1% dos homens. A maioria dos entrevistados, cerca de 60%, informou estar vinculado ao SUS e a proporção dos entrevistados que referiu ter procurado algum serviço de saúde nos quatro meses anteriores à entrevista foi de aproximadamente 77%,

A maioria dos idosos (80,7%) não apresenta limitações funcionais. Porém nos casos em que ela ocorre observa-se que o comprometimento do desempenho dos idosos nas AVDs está associado ao aumento da idade ao sexo feminino. Chama a atenção que cerca de 30% dos idosos apresentaram comprometimento em 7 ou mais AVDs e observa-se que as atividades de vestir-se, locomoção e mobilização apresentam maior índice de dificuldades.

Se nas ABVDs a maioria dos idosos não apresenta dificuldades, no desempenho das AIVDs essa proporção não é semelhante, já que 26,6% dos idosos apresentam dificuldades no desempenho das AIVDs.

Como pôde ser visto, os estudos mostram características muito específicas à população idosa, e algumas diferenças regionais. Cabe então ampliar os investimentos para a continuação desses estudos e implementação de outros. Adicionalmente devem ser exploradas as relações entre diferentes aspectos em busca de respostas para a efetiva ampliação da vida ativa da população idosa e a redução das incapacidades.

## ***JUSTIFICATIVA***

Atualmente na população brasileira observa-se grande número de idosos, e idosos cada vez mais velhos. Esse contingente populacional caracteriza-se pela alta prevalência de morbidade crônico-degenerativa, polipatologia, polifarmácia e conseqüentemente maior risco de incapacidade.

Mas essa constatação é insuficiente para inferir de que forma a capacidade funcional dessa população vai evoluir, isso porque a heterogeneidade dos processos do envelhecimento humano nos mostra que existe algo além das características anteriormente citadas que irão determinar se haverá ou não declínio funcional, e em que medida ele ocorrerá. A capacidade funcional torna-se especialmente importante no envelhecimento, se considerarmos que o envelhecimento bem sucedido resultará da equação saúde física, saúde emocional, estabilidade econômica, suporte, engajamento social e capacidade funcional (Baltes & Baltes, 1990).

Cabe, diante deste contexto, verificar a associação entre as características de saúde física (fatores de risco, autoavaliação, autocuidado, recursos disponíveis, quantidade e tipo de diagnósticos e medicações utilizadas) com a ocorrência ou não de declínio funcional, já que esta ocorre em

diferentes proporções e atinge aspectos diferenciados. Além disso, verificar que tipo de combinação de fatores pode significar a perda ou a manutenção da função, pode contribuir em uma reeducação dos indivíduos ao longo de sua trajetória de vida.

Estudos que visam avaliar o perfil de saúde física e sua relação com o declínio funcional são relevantes por auxiliarem no aprofundamento nessa temática, identificando os fatores associados ao envelhecimento saudável e patológico, determinando os fatores de risco para o declínio funcional e, servindo de suporte para a estruturação de intervenções que mantenham o idoso na comunidade, privilegiando sua independência e bem estar.

Investigar a relação existente entre a saúde física e capacidade funcional converge com um dos principais desafios da saúde pública: manter a independência, a qualidade de vida e promover a prevenção em saúde, servindo de subsídio para a implementação de políticas de atenção que contribuam diretamente para a manutenção da funcionalidade e reabilitação dos indivíduos.

## **OBJETIVOS**

### **Geral**

Este estudo teve como objetivo descrever o perfil de saúde física e capacidade funcional autoreferidos em uma amostra populacional de idosos residentes na comunidade na cidade de Juiz de Fora / Minas Gerais.

### **Específico**

Verificar a associação entre declínio funcional e saúde física em uma população de idosos.

## ***METODOLOGIA***

Este trabalho é parte de um estudo transversal de base populacional denominado “Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável”, realizado entre maio de 2002 e outubro de 2003, no município de Juiz de Fora.

### **População de estudo e procedimentos**

#### **Local do estudo**

Juiz de Fora é uma cidade situada no sudeste da zona da mata mineira, com alto Índice de Desenvolvimento Humano (0,832) e com pelo menos 98% da população atendida pelos serviços de saneamento, energia elétrica e limpeza urbana. As principais atividades econômicas do município são a indústria e o comércio, além de uma ampla rede de prestação de serviços educacionais e de saúde (PJF, 2006).

Juiz de Fora surgiu como um núcleo urbano situado no centro da região do café da Zona da Mata mineira, passou por um movimento de expansão entre as décadas de 1900 a 1940, devido especialmente à rodovia União Indústria (1861) e a estrada de ferro Pedro II (1875), e a proximidade com o Rio de Janeiro, que influenciou nos costumes e organização local, implicando numa diversidade que levou com que a cidade fosse pioneira na região numa série de avanços.

O Censo populacional de 2000 mostrou que o município tem uma população estimada de 456.796 pessoas. Observa-se o aumento da proporção de idosos na população local, a partir da década de 70, período em que essa proporção era de 6%, passando por 8% nos anos 80, e chegando aos atuais 11%, cerca de 50.248 (IBGE,2000).

O percentual de idosos em Juiz de Fora é proporcionalmente superior aos percentuais do Brasil de 9% e de Minas Gerais 9%, algumas hipóteses para esse fenômeno são: o fato dos jovens saírem da cidade para grandes centros em busca de oportunidades de estudo e trabalho, ou a tendência de que indivíduos idosos de outras localidades fixem moradia na cidade por suas características na estrutura de assistência à saúde, custo de vida e segurança.

Em Juiz de Fora, dados de 2000 (SIM) mostram entre as principais causas de mortalidade de idosos as cardiopatias (41%), neoplasias (19%) e doenças respiratórias (15%). Entretanto dados mais aprofundados acerca das condições de saúde e capacidade funcional dessa população são ainda inexistentes.

### **Procedimentos amostrais**

A população local se encontra distribuída em 16 Unidades Territoriais, que por sua vez subdividem-se em 82 bairros. Em um primeiro momento foram analisados os percentuais de idosos por bairros com base nos dados do Censo (IBGE, 2000). Foram selecionados os bairros com concentração de idosos igual ou superior a 15%, esse critério foi determinado arbitrariamente, em busca de uma metodologia que otimizasse o tempo de recrutamento da amostra (Tabela 2). Foram identificados 12 bairros, pertencentes à Unidade

Territorial I, cuja renda média é de R\$ 1784,73, sendo a área de população mais idosa e de maior nível sócio-econômico (Tabela 1).

Tabela 1 – Perfil da saúde física e capacidade funcional: Renda média do município de Juiz de Fora de suas Unidades Territoriais (UT)

| UT           | Renda média* (R\$) |
|--------------|--------------------|
| Juiz de Fora | 956,14             |
| UT – I       | 1.784,73           |
| UT – II      | 691,21             |
| UT – III     | 1.439,49           |
| UT – IV      | 645,52             |
| UT – V       | 525,41             |
| UT – VI      | 559,90             |
| UT – VII     | 374,43             |
| UT – VIII    | 575,74             |
| UT – IX      | 342,57             |
| UT – X       | 621,38             |
| UT – XI      | 514,95             |
| UT – XII     | 730,82             |
| UT – XIII    | 526,87             |
| UT – XIV     | 339,98             |
| UT – XV      | 703,45             |
| UT – XVI     | 688,67             |

Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2000)

\* Valor do rendimento nominal médio mensal (R\$)

Tabela 2- Perfil da saúde física e capacidade funcional: Bairros pré-selecionados para amostragem

| Bairro           | Percentual de idosos |
|------------------|----------------------|
| Alto dos Passos  | 16                   |
| Bairú            | 15                   |
| Botanágua        | 18                   |
| Centenário       | 15                   |
| Centro           | 23                   |
| Jardim Glória    | 18                   |
| Manoel Honório   | 17                   |
| Mariano Procópio | 19                   |
| Morro da Glória  | 16                   |
| Poço Rico        | 17                   |
| Santa Helena     | 20                   |
| São Mateus       | 15                   |

Fonte: Censo Demográfico (IBGE, 2000)

Nesses bairros, foi adotada a metodologia porta em porta, ou seja, os recrutadores visitavam todas as ruas do bairro selecionado e batendo em cada residência, verificavam a existência de pelo menos 1 idoso. Após três visitas consecutivas sem sucesso, o domicílio era excluído da área de recrutamento. Conforme descrito na Tabela 3, das 7778 casas visitadas, 1686 casas foram identificadas com pelo menos 1 idoso, dessas foram recrutados e

entrevistados 956 idosos, 614 recusaram participar ou foram perdidos antes da primeira entrevista e 116 foram identificados enquanto impossibilitados de responder à entrevista por motivo de declínio físico, cognitivo e emocional, viagem ou problema familiar (Tabela 3). Os idosos identificados foram registrados na ficha de recrutamento, onde foi registrada a aceitação ou não em participar do estudo (Anexo 1).

Tabela 3 - Perfil da saúde física e capacidade funcional: Dados do recrutamento

|   | N                 | %               |
|---|-------------------|-----------------|
| Casas Visitadas                                     | 7778 <sup>1</sup> |                 |
| Casas identificadas com pelo menos 1 idoso          | 1686 <sup>2</sup> | 22 <sup>1</sup> |
| Aceitaram Participar                                | 956               | 57 <sup>2</sup> |
| Casos perdidos contato antes da primeira entrevista | 210               | 12 <sup>2</sup> |
| Recusaram formalmente em Participar                 | 404               | 24 <sup>2</sup> |
| Incapacitados de Participar                         | 116               | 7 <sup>2</sup>  |
| Doença  | 43                | 37              |
| Déficit Cognitivo                                   | 36                | 31              |
| Depressão   | 6                 | 5               |
| Outros (Viagem / problema ou morte de familiar)     | 31                | 25              |

1 Percentual referente ao número de casas visitadas;

2 Percentual referente ao número de casas identificadas com pelo menos 1 idoso.

A formalização da participação no estudo foi feita com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética

em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com as diretrizes para a pesquisa envolvendo seres humanos contidas na Resolução CNS nº 196/96 (Anexo 2).

Os critérios de elegibilidade da amostra foram:

- Residir na área pré-estabelecida;
- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Ser capaz de responder à entrevista;
- Aceitar a participação no estudo, assinando pessoalmente ou por

meio de representante, o termo de consentimento livre e esclarecido lido pelo recrutador.

Como critérios de exclusão, foram utilizados:

- Ser portador de incapacidade avançada que impossibilitasse a participação na entrevista;
- Declarar não estar apto, disponível ou interessado em participar do estudo.

Comparando os dados entre os indivíduos que participaram ou não do estudo, há diferença significativa entre gêneros ( $p=0.000$ ), com as mulheres aceitando participar em maior proporção que os homens. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre faixas etárias.

Tabela 4 – Perfil da saúde física e capacidade funcional: Comparação dos Participantes e Não-participantes por Gênero e Faixa Etária

|                     |                 | Participantes |          | Não Participantes |          |
|---------------------|-----------------|---------------|----------|-------------------|----------|
|                     |                 | N             | % válido | N                 | % válido |
| <b>Gênero</b>       |                 |               |          |                   |          |
|                     | Masculino       | 269           | 28,7     | 241               | 34,7     |
|                     | Feminino        | 687           | 61,3     | 460               | 55,3     |
|                     | Total           | 956           |          | 701               |          |
|                     | Não declarado   |               |          | 29                | 2        |
| <b>Faixa Etária</b> |                 |               |          |                   |          |
|                     | 60 – 69 anos    | 371           | 40,5     | 225               | 37,2     |
|                     | 70 – 79 anos    | 363           | 39,6     | 232               | 38,3     |
|                     | 80 – 89 anos    | 150           | 16,4     | 122               | 20,2     |
|                     | 90 ou mais anos | 32            | 3,5      | 26                | 4,3      |
|                     | Total           | 916           |          | 605               |          |
|                     | Não declarado   |               |          | 125               | 7        |

### **Coleta de dados**

Neste primeiro contato, após assinatura do termo de consentimento, a entrevista foi agendada para o dia e horário mais conveniente para o participante. No segundo contato, foi realizada a entrevista com duração de aproximadamente duas horas, no próprio domicílio do idoso.

O recrutamento e as entrevistas foram realizados por psicólogos e estudantes do curso de psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Antes da operacionalização do estudo foi realizado o treinamento da equipe de

campo, que incluiu preparação teórica sobre envelhecimento populacional, padronização de instrumentos e métodos de aplicação, preenchimento de protocolo, técnicas de entrevista, procedimentos e planejamento de campo. Ainda antes de iniciar o trabalho em campo, foram realizadas simulações na equipe, teste piloto com sub amostra e trabalho de acompanhamento em teste piloto, que consistia em assistir e ser assistido pela equipe de coordenação do estudo. Essa preparação preliminar teve como objetivos, além do preparo da equipe, minimizar vieses, sanar dúvidas e verificar o desempenho da equipe em campo.

### **Instrumentos Utilizados**

Foi adotado um protocolo de entrevista face a face que consistia em aproximadamente 970 variáveis, a entrevista durava em média 2 horas. Para este estudo, especificamente, foram utilizados os seguintes grupos de variáveis (Anexo 3):

Dados sócio-demográficos: Idade (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 a 103 anos); Gênero; Estado civil; Escolaridade; Renda (fonte e total).

Saúde Física: Percepção da própria saúde (Avaliação global e Avaliação referenciada a domínios: visão, audição, memória; Avaliação da saúde comparada com a de outras pessoas da mesma idade); Uso de serviços de saúde (Tipo de assistência e frequência de utilização; Internação no último ano); Diagnósticos auto-referidos avaliados segundo uma grade de 37 itens; Uso de medicamentos (quantidade, tipo, frequência); Comportamentos de risco (Uso regular de tabaco, uso regular de álcool e sedentarismo).

### Capacidade funcional:

- Independência funcional em ABVDs foi medida pelo índice ADL de Katz (anexo 3): a escala dividida em capacidade de realizar atividades como banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação.

- Independência funcional em AIVDs foi medida pelo índice ADL de Lawton (anexo 3): foram privilegiadas as atividades: uso do telefone, realização de viagens, compras, preparo de refeição, trabalho doméstico, medicação e administração do dinheiro.

- **Análise dos dados**

Foi utilizado o pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 10.0 para análise dos dados coletados. Para descrição da amostra e prevalência de características de perfil de saúde física e capacidade funcional foi utilizada a análise univariada estratificada para grupos etários e gênero. Aplicou-se análise bivariada, utilizando-se o teste qui-quadrado ( $\alpha < .05$ ).

## **Artigo submetido à Revista de Saúde Pública**

**Categoria:** Artigo original

**Título:** Perfil de saúde física e capacidade funcional em uma população de idosos residente na comunidade

**Title:** Profile of the physical health and functional status in elderly population resident in the community

### **Autores:**

<sup>a</sup>Cristiane de Oliveira Novaes; <sup>b</sup>Ana Paula Cupertino; <sup>c</sup>Roberto Alves Lourenço.

<sup>a</sup> Pólo Interdisciplinar na Área do Envelhecimento, Universidade Federal de Juiz de Fora.

<sup>b</sup> Kansas University, USA

<sup>c</sup> Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Medicina Interna, Disciplina de Geriatria, Universidade do Estado do Rio de Janeiro

### **Instituição onde foi realizado:**

Universidade Federal de Juiz de Fora / Departamento de Psicologia

### **Financiamento:**

CNPq através do PROFIX – Processo: 540956/01-5NV

### **Endereço para correspondência/Correspondence to:**

Cristiane de Oliveira Novaes, Avenida Rio Branco, 2644/401, CEP 36016-311 Centro Juiz de Fora MG Brazil. Telefones: 55 32 3216-7809; 55 32 3215-4694; 55 32 8826-8266  
e-mail: [crisuffj@hotmail.com](mailto:crisuffj@hotmail.com)

Artigo baseado na dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 2006.

## Resumo

O objetivo desse estudo foi descrever o perfil e a associação entre saúde física auto-referida e capacidade funcional entre idosos. **Metodologia:** Foram estudados 956 idosos identificados nas áreas com alto percentual de idosos, recrutados porta-à-porta. Foi investigados morbidade, auto-avaliação da saúde (excelente, boa, razoável, ruim), fatores de risco (tabagismo, etilismo e sedentarismo), uso de medicação, uso de serviços médicos, hospitalização e capacidade funcional (por meio dos índices de Katz / ABVD e Lawton/ AIVD). Os dados foram analisados usando o teste qui-quadrado ( $\alpha \leq 0,05$ ). **Resultados:** De todos os participantes estudados, 92,8% relataram ter problemas de saúde, 68,1% morbidade cardiovascular, 83% usam alguma medicação. Uso de planos privados de saúde foi relatado por 69,7% dos entrevistados, 7,5% não visitou o médico no último ano. A menor parte declarou episódio de hospitalização recente (17,5%), uso de bebida alcoólica (9,0%), tabagismo (7,8%) e sedentarismo (48,3%). Nas ABVDs e AIVDs 92,9% e 57,2%, respectivamente, não apresenta alteração funcional, 1% foram classificados como severamente dependentes. Foi encontrada relação significativa entre capacidade funcional, idade, gênero, internação, sedentarismo, uso de medicação e morbidade. **Conclusão:** Esse estudo aponta a necessidade de se investigar a complexa relação existente entre capacidade funcional e a saúde física no sentido de se desenvolver políticas para a prevenção da institucionalização, da alteração funcional, da dependência e da perda de qualidade de vida no envelhecimento.

**Descritores:** Envelhecimento. Saúde do idoso. Capacidade funcional.

## **Abstract**

The objective of this study was to describe the relationship between physical health self-related and the functional status among elderly. **Methodology:**

There were studied 956 elderly adults identified in areas with higher percentages of elderly adults (age > 60 years old), recruited door-to-door. We asked about chronic illness, self-perception of health (excellent/good/poor/bad), risk factors (smoking, drinking and physical activities), and use of medication, use medical services, hospitalization and functional ability (Katz's ADLs and Lawton's IADLs). Data was analyzed using Chi-square test ( $\alpha \leq 0,05$ ). **Results:**

Of all participants studied, 92,8% reported health problems, 68,1% cardiovascular morbidity, 83% of them used some medication. Private medical services were referred to by 69,7% of them, 7,5% did not have a medical consultation in the previous year. The minority had been hospitalized recently (17,5%), drank alcoholics (9,0%), smoked (7,8%) and did not practice any physical activities (48,3%). According to the ADL and IADL scales, 92,9% and 57,2% had not had functional change, 1% was categorized as severely disabled. A significant correlation was seen between functional status, age, gender, hospitalization, physical activities, and use of medication, and morbidity.

**Conclusion:** This study pointed out the need of investing the complex relationship between functional status and physical health for development of politics to prevent an institutionalization, functional change, dependence and decline of quality of life in elderly.

Keywords: Elderly. Aging Health. Functional status.

## **Introdução**

O aumento da população idosa no Brasil, resultado da transição demográfica em curso, impõe desafios aos formuladores de políticas públicas de saúde para a manutenção e ampliação da qualidade de vida, e para a promoção e prevenção em saúde <sup>12, 24</sup>. Esta necessidade está relacionada ao fato do envelhecimento trazer consigo o incremento das doenças crônico-degenerativas, cujas características incluem duração e recuperação prolongadas, hospitalizações múltiplas, complicações e maior risco de dependência <sup>21</sup>.

No Brasil, estudos indicam a prevalência de pelo menos uma condição crônica de saúde em cerca de 90% das populações estudadas, além da relação positiva entre idade e aumento da morbidade <sup>20, 21</sup>. O estudo realizado na cidade de Fortaleza mostrou a prevalência de 93% de pelo menos uma morbidade em uma amostra de idosos <sup>3</sup>. Dados da PNAD de 1998<sup>14</sup> indicaram que 70% dos idosos eram portadores de alguma morbidade.

A PNAD mostrou que, entre os anos de 1995 e 1997, cerca de metade das internações de idosos deveu-se a doenças cardiovasculares e respiratórias, correspondendo a 23% dos gastos em internações hospitalares<sup>11</sup>. Dados do Sistema Único de Saúde sobre internações hospitalares mostraram que, em 2002, 18,6% do total de autorizações de internações hospitalares foram para pessoas com 60 ou mais anos, que correspondem a 8,5% da população geral. No mesmo ano, 20,9% das internações foram de pessoas entre 0 e 14 anos e 60,5% das internações de pessoas entre 15 a 59 anos, grupos etários correspondentes respectivamente a 29,6% e 61,8% da população.

Entre os fatores de risco para doenças crônico-degenerativas estão a idade, a hereditariedade, o gênero e o estilo de vida <sup>6,16</sup>. Em relação ao estilo de vida, estudos transversais são úteis na identificação de fatores que devem ser incluídos no planejamento de estratégias de intervenção. Tais intervenções, quando subsidiadas por dados válidos sobre condições de risco, podem modificar a expectativa de termos no Brasil 32 milhões de idosos com baixo nível sócio-econômico, necessitando de cuidados prolongados e serviços médico-hospitalares de alto custo, como medicação contínua, exames freqüentes e cuidados personalizados e intensivos <sup>2</sup>.

Em indivíduos idosos, a presença de morbidades representa risco não só à vida, mas à preservação da autonomia e da independência <sup>1</sup>, de tal sorte que medidas de intervenção em saúde nessa população devem ser direcionadas mais à determinação das alterações impostas pelas doenças sobre a capacidade funcional do que à simples presença de morbidades <sup>23,24</sup>.

Diversos autores <sup>6,21,4</sup> têm apontado a relevância da capacidade funcional, como um componente-chave para a avaliação de idosos, transcendendo o binômio diagnóstico e tratamento, prevenindo agravos, promovendo qualidade de vida, e constituindo uma das dimensões do envelhecimento saudável. Os estudos que avaliaram o perfil da capacidade funcional, geralmente, partiram da clássica medição da habilidade e independência em aspectos como as atividades básicas (ABVDs) e instrumentais de vida diária (AIVDs), além dessa descrição são crescentes os estudos que buscam avaliar a associação entre capacidade funcional, mortalidade, internação e fatores de risco para agravos <sup>10,13,21,25</sup>.

Este artigo tem como objetivo descrever o perfil da saúde física auto-referida, da capacidade funcional e dos comportamentos de risco em uma população de idosos residentes na comunidade, além de verificar a associação entre características de saúde física e declínio funcional.

## **Métodos**

### Delineamento e População de estudo

Foi realizado um estudo censitário na área com maior concentração de idosos do município de Juiz de Fora. A amostra foi obtida a partir de três estágios de seleção. No primeiro, selecionou-se de acordo com dados do Censo 2000<sup>7</sup> os bairros com percentual de idosos igual ou superior a 15%; esse critério foi adotado arbitrariamente com o objetivo de delimitar a área mais envelhecida do município como universo do estudo.

No segundo estágio, recrutadores treinados identificaram, através de metodologia porta-à-porta, os domicílios onde havia pelo menos um indivíduo com 60 ou mais anos, nos bairros pré-selecionados. Nesses domicílios, onde houve identificação de idosos, procedeu-se à apresentação do estudo, fez-se o convite à participação e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. No terceiro estágio, entrevistadores retornaram aos domicílios previamente identificados para a realização da entrevista, cuja duração era de aproximadamente duas horas.

O estudo foi dividido em duas fases, sendo a primeira de descrição geral da população, e a segunda, após 1 ano, para reavaliação de uma amostra nos aspectos emocionais e cognitivos. Os dados apresentados referem-se à primeira fase do estudo, conduzida entre maio de 2002 e junho de 2003, cujo

protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora, de acordo com a Resolução CNS 196/96.

### Variáveis estudadas

As variáveis estudadas foram agrupadas em 4 categorias:

*Percepção da saúde física:* Auto-avaliação da saúde de modo geral; Auto-avaliação da visão; Auto-avaliação da audição; Auto-avaliação da memória; Diagnósticos auto-referidos a partir de uma lista de 37 possibilidades.

*Autocuidado e Uso de serviços de saúde:* Freqüência de ida ao médico; Tipo de serviço utilizado; Uso de medicação; Internação no último ano.

*Comportamentos de risco:* Tabagismo; Etilismo; Sedentarismo.

*Capacidade Funcional:* ABVDs (banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação) e AIVDs (uso do telefone, realização de viagens, compras, preparo de refeição, trabalho doméstico, medicação e administração do dinheiro).

### Análise dos dados

Além de ter-se empregado a estatística descritiva simples (distribuição de ocorrência por percentual), foram realizadas análises bivariadas por meio do teste qui-quadrado para verificar associação entre variáveis, tendo sido fixado nível de significância  $\alpha \leq 0,05$ . O pacote estatístico utilizado foi o Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 10.0.

## Resultados

Foram avaliados 956 indivíduos com idades entre 60 e 103 anos, com média de idades de 72,39 anos (DP = 8,24), concentrados na faixa etária de 60 a 69 anos (40,0%) e intermediária de 70 a 79 anos (40,9%), tendo predominado os indivíduos do sexo feminino (71,9%), e os estados civis: casado (48,0%) e viúvo (37,8%). A média de escolaridade (em anos de estudo) foi de 6,97 (DP= 4,45), a renda familiar declarada de até 4 salários mínimos para 46,0% dos entrevistados, sendo que a aposentadoria é a principal fonte de renda em 58,7% dos casos (Tabela 1).

Quando avaliada a morbididade auto-referida 92,8% declararam pelo menos um diagnóstico clínico formulado por um médico nos últimos anos. Quanto à hierarquia das causas mórbidas (Tabela 2), as morbidades cardiovasculares ocorrem em 68,1% dos indivíduos, seguidas das morbidades gastrintestinais (46,4%), osteoarticulares (36,8%), endocrinológicas (36,7%), respiratórias (12,4%) e, finalmente, das neoplasias (5,2%).

Quando solicitados a avaliar a própria saúde, 68,7% consideraram razoável ou boa e 3,2% declararam possuir péssima saúde. Cerca de 76,6% consideraram a visão razoável ou boa e 5,7% declararam possuir péssima visão, aspecto que alcançou maior índice de avaliação negativa. A autoavaliação da audição variou entre razoável e boa para 65,3%, a mesma avaliação foi feita por 72,2% em relação à memória. A autoavaliação da saúde quando comparada com outros da mesma idade foi igual ou melhor para 93,5% da amostra.

Em relação ao tipo de assistência de referência, 69,7% recorreram a planos privados de saúde, em especial planos básicos, populares ou de categorias profissionais, e 22,3% utilizaram o Sistema Único de Saúde (Tabela 2). A frequência com que procuraram o médico no último ano mostra que 36,7% procuraram de 4 a 6 vezes no ano, 39,9% de 1 a 3 vezes no ano e 7,5% dos idosos não visitaram o médico. Quando avaliada ocorrência de internação no último ano, 17,5% foram internados, sendo que a principal causa foi problemas cardiovasculares (60,0%).

O uso de medicação foi avaliado segundo sua ocorrência e quantidade utilizadas; 83,1% dos indivíduos usavam medicação regularmente, 41,6% utilizaram três ou mais medicações prescritas por algum médico.

Em relação ao grupo de variáveis comportamentos de risco, 72,3% dos idosos nunca fumou e 7,8% fumam atualmente. Entre os ex-fumantes, a maioria era de homens e a principal causa de cessação do tabagismo, a morbidade instalada. O padrão de consumo de álcool encontrado foi: 80,5% nunca beberam e 9,0% bebiam na época da entrevista. Em relação ao sedentarismo, 48,3% dos idosos eram sedentários e 24,8% praticavam atividade física todos os dias.

Do ponto de vista da capacidade funcional, 92,9% dos entrevistados não têm alterações nas ABVDs, e 57,2% não tem alterações nas AIVDs. O banho (4,2%), o vestuário (4,1%), o trabalho doméstico (35,4%) e o uso do transporte (21,9%) são as AVDs mais freqüentemente comprometidas. Em relação ao número ABVDs e AIVDs comprometidas, em ambas predominaram os grupos com alteração em uma atividade e com alteração em quatro ou mais atividades.

Foram significativas as diferenças entre gêneros na frequência de visitas ao médico, o declínio básico na capacidade funcional e o consumo regular de medicação, com as mulheres apresentando maior percentual para as três características. Em contrapartida, a proporção de homens que nunca fumaram, nunca consumiram bebidas alcoólicas e não eram sedentários é menor em relação às mulheres, implicando em mais comportamentos de risco na parcela masculina da amostra (Tabela 3).

Na relação entre grupos diagnósticos e gênero, foram encontradas diferenças significativas para diagnósticos de morbididades gástricas, endocrinológicas, cardiológicas e osteoporose, todos com maior prevalência entre as mulheres. A ocorrência de alguma morbidade é significativamente superior entre as mulheres.

As demais variáveis (autoavaliação da saúde, da visão, da audição e da memória, assistência de referência, internação no último ano e AIVDs) não alcançaram significância estatística entre os dois grupos (Tabela 3).

Foram significativas as diferenças entre faixas etárias na autoavaliação da audição, no uso de medicação, no consumo de tabaco, álcool e no sedentarismo, além da capacidade funcional. Idosos jovens avaliaram melhor a audição, consumiam mais tabaco e álcool. Por outro lado, uso de medicação, declínio funcional (ABVDs e AIVDs) e sedentarismo eram mais frequentes em idosos mais velhos. Abandono do tabagismo prevaleceu na faixa intermediária (70 a 79 anos).

Quando avaliadas as diferenças dos grupos diagnósticos entre faixas etárias, foi encontrada diferença significativa exclusivamente para diagnósticos de morbididades endocrinológicas com maior prevalência entre idosos jovens.

As demais variáveis (autoavaliação da saúde, da visão e da memória; tipo de assistência de referência, frequência de utilização da assistência e internação no último ano) não alcançaram significância estatística entre os dois grupos (Tabela 4).

Foram avaliadas as associações entre perda funcional em ABVDs e as variáveis de saúde física, sendo encontradas relações estatisticamente significativas entre sedentarismo, ocorrência de internação, uso de medicação, morbidade gastrointestinal, morbidade osteoarticular e cardiológica. Com maior prevalência da ocorrência destas características em idosos com perda funcional.

Finalmente foram avaliadas as associações entre perda funcional em AIVDs e as variáveis de saúde física, tendo sido encontradas relações estatisticamente significativas entre sedentarismo, tabagismo, ocorrência de internação, uso de medicação, morbidade geral, morbidade gastrointestinal, morbidade e cardiológica. Com maior prevalência da ocorrência destas características em idosos com perda funcional.

## **Discussão**

Os achados desse estudo confirmam dados indicados por estudos de base populacional realizados no Brasil em regiões geográficas distintas. O primeiro fato a ser destacado é a feminilização da velhice representada pelo alto percentual de mulheres na amostra deste estudo, também demonstrado por estudos anteriores <sup>11,19</sup>.

A maior parte dos indivíduos estava engajada no cuidado a saúde, demonstrada pelo alto percentual que visitou o médico no ano anterior. Chama

atenção o fato de que o principal serviço de saúde utilizado seja o plano privado, ainda que planos básicos, para uma amostra que indica tendência a baixo nível sócio-econômico, já que quase metade apresentou renda inferior a 4 salários mínimos.

Quanto aos comportamentos de risco, a maioria não fuma e não bebe atualmente. Interessante que o principal motivo alegado para cessação do tabagismo pelos ex-fumantes foram morbidades instaladas e não a prevenção de doenças. O fator de risco sedentarismo foi o mais prevalente, talvez por características próprias do envelhecimento desta coorte histórica específica, que incluem aspectos desfavoráveis do envelhecimento biológico e o fato de ser uma coorte que não foi alvo das campanhas em favor da atividade física, mais recentes em nossa cultura.

O declínio na saúde física é evidenciado pelo percentual com pelo menos um diagnóstico clínico (93%), semelhante ao encontrado por estudo realizado em São Paulo <sup>21</sup>. O percentual que sofreu internação no último ano (17%), é superior ao nacional <sup>8</sup> e semelhante ao dos EUA e Canadá <sup>22</sup>. Cabe destacar que além da frequência de internação superior à nacional, talvez a infra-estrutura de assistência à saúde não esteja equipada e especializada para este atendimento, ampliando o risco de complicações e mortalidade.

Merece destaque o elevado uso de medicação identificado na amostra (83%), e a quantidade de medicação consumida; 28% consomem quatro ou mais medicações regularmente, semelhante ao apresentado em outra amostra brasileira <sup>17</sup> que destaca que um terço dos idosos utiliza duas a cinco medicações. Porém, a polifarmácia nem sempre significa uso

inadequado, invariavelmente significa custos elevados, risco de interação medicamentosa, de ocorrência de quedas e aumento de efeitos adversos.

O declínio funcional dessa amostra confirma a tendência para comprometimento anterior em atividades mais complexas e manutenção das atividades básicas por maior período. Em 93% da amostra, as ABVDs estão preservadas, semelhante aos achados de estudos anteriores <sup>13</sup>. Porém o percentual de indivíduos com declínio em AIVDs (57%) diverge do indicado pela mesma autora, mas concorda com achados de outros autores <sup>4, 18</sup>. Resultados semelhantes foram encontrados para tipo de atividade comprometida nas ABVDs e AIVDs, sendo o vestuário e o uso do transporte respectivamente as atividades que apresentam mais declínio. A comparação entre sexos e faixas etárias também mostrou semelhança.

As mulheres estão mais engajadas no autocuidado, considerando-se o número de visitas regulares ao médico, que, se por um lado, possibilita a identificação precoce de disfunções, por outro, pode ter origem na pior saúde das mulheres demonstrada pelo uso de medicação e pior capacidade funcional. Em contrapartida, os comportamentos de risco são mais prevalentes entre os homens, o que converge com a literatura que aponta maior exposição do gênero masculino a fatores de risco externos, de estilo de vida e ambientais, explicando parcialmente a mortalidade precoce em homens nessa coorte. Embora com pior saúde, o que pode ser verificado em relação aos grupos diagnósticos, as mulheres têm maior expectativa de vida. Esse fato pode não se repetir nas futuras coortes ao verificarmos as mudanças no comportamento e padrão de exposição a fatores de risco das mulheres de coortes mais recentes <sup>21</sup>.

O fato de serem mais doentes parece não interferir na autoavaliação que as mulheres da amostra fazem da própria da saúde, da visão, da audição e da memória, nem na opção por assistência diferenciada ou no número de internações. Também a habilidade nas AIVDs parece não ser afetada pelas diferenças entre gêneros, ainda que estejamos nos referindo a um grupo de mulheres que devido à coorte histórica, caracterizada por costumes familiares e contexto cultural, não tiveram como atribuição ou necessidade a tarefa de lidar com atividades como uso do telefone, transporte, realização de compras e administração do dinheiro ao longo da vida. A tendência de mortalidade precoce para os homens é uma possível explicação para que a autoavaliação entre gêneros seja semelhante. Primeiro porque os homens idosos são “sobreviventes” e, segundo, porque podem ser efetivamente indivíduos com melhores características de saúde.

Em síntese, as diferenças encontradas entre faixas etárias demonstram que viver mais anos implica em maior risco para declínio físico e funcional, se considerarmos audição, uso de medicação e habilidade funcional.

A ausência de significância estatística para grupos diagnósticos e faixas etárias têm entre suas possíveis explicações: o fato dos idosos jovens (60 a 69 anos) apresentarem mais comportamentos de risco; a possibilidade da autoreferência não ter sido sensível às diferenças etárias e, por último, à metodologia utilizada para seleção dos sujeitos, residentes na comunidade, que seleciona por saúde independente da idade.

A verificação da associação entre declínio funcional e as variáveis de saúde mostrou a perda em ABVDs relacionou positivamente com ocorrência de internação, uso de medicação e morbidade gastrintestinais, osteoarticulares e

cardiológicas. Tal fato é justificado por que se analisarmos a gênese da perda funcional observamos que a perda ocorre concomitante em aspectos de sobrevivência básica e mobilidade, sendo que internação e uso de medicação sugerem pior saúde física. Por outro lado, No caso do sedentarismo não é possível saber até que ponto sua ocorrência é causa ou consequência da perda funcional.

A análise do declínio funcional em AIVDs com as variáveis de saúde indicou mais relação com comportamentos de risco (tabagismo e sedentarismo), com morbidade de modo geral, morbidade gastrointestinal, cardiológica e uso e medicação. Esses resultados sugerem que essa relação deve ser mais bem explorada para verificar de que forma ela evolui e o que pode ser feito preventivamente.

Em relação às vulnerabilidades deste estudo, o primeiro aspecto a ser lembrado é que estudos de morbidade auto-referida podem apresentar problemas de confiabilidade devido ao viés da memória <sup>14</sup>. Além do mais, a frequência de visitas ao médico pode subestimar ou superestimar relações entre variáveis ou ainda indicar ausência de diagnóstico pela ausência de visitas ao médico. A inclusão de medidas objetivas é uma alternativa para a minimização desse viés que deve ser implementada nas futuras fases deste estudo.

Outro fato a ser destacado é que algumas associações encontradas serão mais bem explicitadas em estudos que aliem a metodologia longitudinal, bem como variáveis não dicotômicas, e até mesmo qualitativas, sendo essa uma sugestão para futuras investigações.

## Referências

1. Camarano, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A.L; CANÇADO, F.A.X; GORGONI, M.L; ROCHA, S.M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp.58-70). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.
2. CARVALHO, V.F.C & FERNANDEZ, M.E.D. Depressão no Idoso. In: Netto, P.M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão Globalizada*. São Paulo, Atheneu, 2002. pp.160-173.
3. COELHO FILHO, J. M. & RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, **33**:445-453, 1993.
4. Cornoni-Huntley, J.; Brock, D. B.; Ostfeld, A. M.; Taylor, J. O. & Wallace, R. B. *Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly*. Washington, DC: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 1986.
5. FAGERSTRÖM, K. O. & SCHNEIDER, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavior Medicine*, **12**: 159-182, 1989.
6. GORDILHO, A.; NASCIMENTO, J. S.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPINDOLA, N.; MAIA, R.; VERAS, R. & KARSCH, U. *Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso*. Rio de Janeiro, Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

7. FUNDAÇÃO IBGE. *Censo Demográfico: Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a.
8. FUNDAÇÃO IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000b.
9. KATZ, S; FORD A.B; MOSKOWITZ R.W. et al. Studies of illness in the aged: The index of ADL. A standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc*, **185**: 914-919, 1963.
10. LAWTON, M. P; & BRODY, E. M. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, **9**, 179-186, 1969.
11. LIMA-COSTA, M. F. F.; GUERRA, H. L.; BARRETO, S. M. & GUIMARÃES, M. R. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, **9**:23-41, 2000.
12. LIMA-COSTA, M. & VERAS, R. P. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública*, **19**, nº.3, p.700-701, 2003a.
13. LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, **19**, nº.3, p.735-743, 2003b.
14. LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M; GIATTI, L ; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa

- Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, **19**, nº.3, p.745-757, 2003c.
15. LIMA-COSTA, M. F. *A saúde dos adultos na Região metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde pública e Envelhecimento. NESPE-FIOCRUZ/UFMG, 2004..
16. LOURENÇO, R. A. & MOTTA, L. B. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: Veras, R. P. [ORG.]. *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará / Unati - UERJ, 1999.
17. MOSEGUI, G. B. G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R. P. & VIANNA, C. M. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, **33**:437-444, 1999.
18. RAMOS, L. R; ROSA, T. E. C; OLIVEIRA, Z. M; MEDINA, M. C; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultado de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, **27**:87-94, 1993.
19. RAMOS, L. R; TONIOLO, J. N., CENDOROGLO, M. S; GARCIA, J.T; NAJAS, M. S; PERRACINI, M; PAOLA, C. R; SANTOS, F. C; BILTON, T; EBEL, S. J; MACEDO, M. B M; ALMADA F. C. M; NASRI, F; MIRANDA, R. D; GONÇALVES, M; SANTOS, A. L. P; FRAIETTA, R; VIVACQUA, I. N; ALVES, M. L. M; TUDISCO, E. S. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: Methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, **32**:397-407, 1998.

20. RAMOS, L. R. & FILHO, J. M. C. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, **33**, n.5, 1999.
21. RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, **19**, nº.3, p.793-797, 2003.
22. ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, **19**, nº.3, p.717-724, 2003.
23. ROWLAND, D. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, **11**:205-215, 1992.
24. VERAS, R. P. [ORG.]. *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro, UnAti – UERJ, 2001.
25. Wolinsky, F. D.; Johnson, R. L. & Stump, T. E. The risk of mortality among older adults over an eight-year period. *Gerontologist*, 35:150-161, 1995.

Tabela 1: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Características sócio-demográficas de uma coorte de 956 idosos. Juiz de Fora, 2003.

|                 |                           | N   | %    |
|-----------------|---------------------------|-----|------|
| Faixas etárias  | 60 a 69 anos              | 382 | 40,0 |
|                 | 70 a 79 anos              | 387 | 40,6 |
|                 | Acima de 80 anos          | 185 | 19,4 |
| Estado civil    | Casado                    | 463 | 48,0 |
|                 | Solteiro                  | 68  | 7,1  |
|                 | Viúvo                     | 361 | 37,8 |
|                 | Separado / divorciado     | 50  | 5,2  |
|                 | Amasiado                  | 12  | 1,3  |
| Escolaridade    | Analfabeto / Alfabetizado | 84  | 8,8  |
|                 | Primário                  | 413 | 43,3 |
|                 | Pós-elementar             | 363 | 38,1 |
|                 | Superior incompleto       | 14  | 1,5  |
|                 | Superior                  | 79  | 8,3  |
| Tipo de moradia | Alugada                   | 176 | 18,4 |
|                 | Própria                   | 53  | 5,6  |
|                 | Cedida                    | 683 | 71,6 |
|                 | Divide com familiares     | 42  | 4,4  |
| Fonte de renda  | Pensão                    | 332 | 34,8 |
|                 | Aposentadoria             | 560 | 58,7 |
|                 | Salário                   | 41  | 4,3  |
|                 | Sem renda                 | 5   | 0,5  |
|                 | Ajuda de terceiros        | 15  | 1,5  |
| Renda total     | 1 a 2 salários            | 177 | 18,6 |
|                 | 3 a 4 salários            | 261 | 27,4 |
|                 | 5 a 8 salários            | 243 | 25,5 |
|                 | Acima de 8 salários       | 263 | 27,6 |
|                 | Não respondeu             | 10  | 1,0  |

Tabela 2: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Distribuição de morbidade por grandes grupos de uma coorte de 956 idosos. Juiz de Fora, 2003.

| Grande grupo     | Morbidade        | N   | %    |
|------------------|------------------|-----|------|
| Cardiovascular   |                  | 574 | 68,1 |
|                  | Hipertensão      | 488 | 51,0 |
|                  | Arritmia         | 124 | 13,1 |
| Gastrointestinal |                  | 443 | 46,4 |
|                  | Gastrite         | 153 | 16,2 |
|                  | Prisão de ventre | 96  | 10,5 |
| Osteoarticular   |                  | 354 | 36,8 |
|                  | Reumatismo       | 210 | 22,1 |
|                  | Osteoporose      | 153 | 15,8 |
|                  | Fratura          | 106 | 10,7 |
| Endócrino        |                  | 354 | 36,8 |
|                  | Colesterol       | 229 | 23,9 |
|                  | Triglicérides    | 124 | 12,8 |
|                  | Diabetes         | 113 | 11,6 |
| Respiratório     |                  | 124 | 12,4 |
|                  | Bronquite        | 57  | 6,2  |
| Neoplasias       |                  | 38  | 5,2  |
|                  | Mama             | 11  | 1,2  |
|                  | Pele             | 8   | 0,8  |
|                  | Próstata         | 7   | 0,7  |

Tabela 3: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Saúde física auto-referida, comportamentos de risco, uso de serviços de saúde e capacidade funcional em uma coorte de 956 idosos: diferenças entre gêneros. Juiz de Fora, 2003.

| Grupo de variáveis | variável   | Categorias  | Homem |      | Mulher |      | $X^2$ | $p$   |
|--------------------|------------|-------------|-------|------|--------|------|-------|-------|
|                    |            |             | N     | %    | N      | %    |       |       |
| Auto-avaliação     | Saúde      | Excelente   | 31    | 11,6 | 61     | 8,9  | 4,19  | 0,381 |
|                    |            | Muito boa   | 54    | 20,1 | 122    | 17,8 |       |       |
|                    |            | Boa         | 115   | 42,9 | 290    | 42,3 |       |       |
|                    |            | Razoável    | 61    | 22,8 | 189    | 27,6 |       |       |
|                    |            | Péssima     | 7     | 2,6  | 24     | 6,5  |       |       |
|                    | Visão      | Excelente   | 12    | 4,5  | 37     | 5,4  | 8,77  | 0,67  |
|                    |            | Muito boa   | 37    | 13,8 | 84     | 12,2 |       |       |
|                    |            | Boa         | 142   | 53,0 | 306    | 44,6 |       |       |
|                    |            | Razoável    | 62    | 23,1 | 220    | 32,1 |       |       |
|                    |            | Péssima     | 15    | 5,6  | 39     | 5,7  |       |       |
|                    | Audição    | Excelente   | 32    | 11,9 | 102    | 14,9 | 3,64  | 0,457 |
|                    |            | Muito boa   | 46    | 17,2 | 125    | 18,2 |       |       |
|                    |            | Boa         | 135   | 50,4 | 301    | 43,9 |       |       |
|                    |            | Razoável    | 48    | 17,9 | 139    | 20,3 |       |       |
|                    |            | Péssima     | 7     | 2,6  | 19     | 2,8  |       |       |
|                    | Memória    | Excelente   | 31    | 11,6 | 58     | 8,5  | 5,85  | 0,211 |
|                    |            | Muito boa   | 40    | 14,9 | 114    | 16,6 |       |       |
|                    |            | Boa         | 144   | 53,7 | 343    | 50,0 |       |       |
|                    |            | Razoável    | 46    | 17,2 | 156    | 22,7 |       |       |
|                    |            | Péssima     | 7     | 2,6  | 15     | 2,2  |       |       |
|                    | Frequência | Nenhuma     | 33    | 12,3 | 39     | 5,7  | 20,46 | 0,000 |
|                    |            | 1 a 3 vezes | 117   | 43,7 | 264    | 38,5 |       |       |
|                    |            | 4 a 6 vezes | 85    | 31,7 | 265    | 38,6 |       |       |
|                    |            | mensal      | 33    | 12,3 | 108    | 15,7 |       |       |
|                    |            | semanal     | 0     | 0    | 10     | 1,5  |       |       |
|                    | Internação | Sim         | 46    | 17,2 | 121    | 17,6 | 0,03  | 0,472 |
|                    |            | Não         | 222   | 82,8 | 565    | 82,4 |       |       |

|                     |       |     |      |      |      |        |       |       |
|---------------------|-------|-----|------|------|------|--------|-------|-------|
| Medicação           | Sim   | 198 | 73,9 | 595  | 86,7 | 22,29  | 0,000 |       |
|                     | Não   | 70  | 26,1 | 91   | 13,3 |        |       |       |
| Tabagismo           | Sim   | 29  | 10,8 | 45   | 6,6  | 159,26 | 0,000 |       |
|                     | Não   | 119 | 44,4 | 571  | 83,2 |        |       |       |
|                     | Ex    | 120 | 44,8 | 70   | 10,2 |        |       |       |
| Uso de álcool       | Sim   | 62  | 23,2 | 34   | 5,0  | 129,29 | 0,000 |       |
|                     | Não   | 164 | 57,7 | 614  | 89,9 |        |       |       |
|                     | Ex    | 51  | 19,1 | 35   | 5,1  |        |       |       |
| Sedentarismo        | Sim   | 106 | 39,6 | 353  | 51,7 | 11,34  | 0,000 |       |
|                     | Não   | 162 | 60,4 | 330  | 48,3 |        |       |       |
| Alteração funcional | ABVDs | Sim | 18   | 6,7  | 50   | 7,3    | 0,10  | 0,435 |
|                     |       | Não | 250  | 93,3 | 634  | 92,7   |       |       |
|                     | AIVDs | Sim | 85   | 31,7 | 322  | 47,1   | 18,56 | 0,000 |
|                     |       | Não | 183  | 68,3 | 362  | 52,9   |       |       |

Tabela 4: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Saúde física auto-referida, comportamentos de risco, uso de serviços de saúde e capacidade funcional em uma coorte de 956 idosos: diferenças entre faixas etárias. Juiz de Fora, 2003.

| Grupo de variáveis | variável   | Categorias  | 60-69 a |      | 70-79 a |      | 80-103 a |      | X <sup>2</sup> | p     |
|--------------------|------------|-------------|---------|------|---------|------|----------|------|----------------|-------|
| Auto-avaliação     | Saúde      | Excelente   | 39      | 10,2 | 38      | 9,8  | 15       | 8,1  | 3,31           | 0,912 |
|                    |            | Muito boa   | 70      | 18,3 | 70      | 18,1 | 36       | 19,5 |                |       |
|                    |            | Boa         | 169     | 44,2 | 159     | 41,1 | 77       | 41,6 |                |       |
|                    |            | Razoável    | 90      | 23,6 | 109     | 28,2 | 51       | 27,6 |                |       |
|                    |            | Péssima     | 14      | 3,7  | 11      | 2,8  | 6        | 3,2  |                |       |
|                    | Visão      | Excelente   | 23      | 6,0  | 18      | 4,7  | 71       | 18,6 | 6,68           | 0,572 |
|                    |            | Muito boa   | 47      | 12,3 | 42      | 10,9 | 72       | 18,8 |                |       |
|                    |            | Boa         | 182     | 47,6 | 183     | 47,3 | 185      | 48,4 |                |       |
|                    |            | Razoável    | 108     | 28,3 | 120     | 31,0 | 49       | 12,8 |                |       |
|                    |            | Péssima     | 22      | 5,8  | 24      | 6,2  | 5        | 1,3  |                |       |
|                    | Audição    | Excelente   | 71      | 18,6 | 50      | 12,9 | 13       | 7,0  | 55,19          | 0,000 |
|                    |            | Muito boa   | 72      | 18,8 | 78      | 20,2 | 21       | 11,4 |                |       |
|                    |            | Boa         | 185     | 48,4 | 171     | 44,2 | 80       | 43,2 |                |       |
|                    |            | Razoável    | 49      | 12,8 | 79      | 20,4 | 59       | 31,9 |                |       |
|                    |            | Péssima     | 5       | 1,3  | 9       | 2,3  | 12       | 6,5  |                |       |
|                    | Memória    | Excelente   | 34      | 8,9  | 38      | 9,8  | 17       | 9,2  | 3,79           | 0,875 |
|                    |            | Muito boa   | 56      | 14,7 | 65      | 16,8 | 33       | 17,8 |                |       |
|                    |            | Boa         | 202     | 52,9 | 190     | 49,1 | 95       | 51,4 |                |       |
|                    |            | Razoável    | 81      | 21,2 | 87      | 16,5 | 34       | 18,4 |                |       |
|                    |            | Péssima     | 9       | 2,4  | 7       | 1,8  | 6        | 3,2  |                |       |
|                    | Frequência | Nenhuma     | 31      | 8,1  | 31      | 8,1  | 10       | 5,4  | 10,92          | 0,206 |
|                    |            | 1 a 3 vezes | 165     | 43,2 | 149     | 38,5 | 67       | 36,2 |                |       |
|                    |            | 4 a 6 vezes | 124     | 32,5 | 142     | 36,7 | 84       | 45,4 |                |       |
|                    |            | mensal      | 57      | 14,9 | 62      | 16,0 | 22       | 11,9 |                |       |
|                    |            | semanal     | 5       | 1,3  | 3       | 0,8  | 2        | 1,1  |                |       |
|                    | Internação | Sim         | 56      | 14,7 | 72      | 18,6 | 39       | 21,1 | 4,10           | 0,128 |
|                    |            | Não         | 326     | 85,3 | 315     | 81,4 | 146      | 78,9 |                |       |

|                     |       |     |      |      |      |      |      |       |        |       |
|---------------------|-------|-----|------|------|------|------|------|-------|--------|-------|
| Medicação           | Sim   | 293 | 76,7 | 329  | 85,0 | 171  | 92,4 | 25,27 | 0,000  |       |
|                     | Não   | 89  | 23,3 | 58   | 15,0 | 14   | 7,6  |       |        |       |
| Tabagismo           | Sim   | 43  | 11,3 | 28   | 7,2  | 3    | 1,6  | 31,53 | 0,000  |       |
|                     | Não   | 245 | 64,1 | 288  | 74,4 | 157  | 84,9 |       |        |       |
|                     | Ex    | 94  | 24,6 | 71   | 18,3 | 25   | 13,5 |       |        |       |
| Uso de álcool       | Sim   | 51  | 13,4 | 31   | 8,1  | 14   | 7,6  | 9,16  | 0,057  |       |
|                     | Não   | 293 | 76,9 | 318  | 82,6 | 157  | 85,3 |       |        |       |
|                     | Ex    | 37  | 9,7  | 36   | 9,4  | 13   | 7,1  |       |        |       |
| Sedentarismo        | Sim   | 162 | 42,4 | 185  | 48,1 | 112  | 60,9 | 16,96 | 0,004  |       |
|                     | Não   | 220 | 57,6 | 200  | 52,9 | 72   | 39,1 |       |        |       |
| Alteração funcional | ABVDs | Sim | 10   | 14,7 | 25   | 36,8 | 33   | 48,5  | 44,36  | 0,000 |
|                     |       | Não | 372  | 42,1 | 361  | 40,8 | 151  | 17,1  |        |       |
|                     | AIVDs | Sim | 105  | 72,5 | 164  | 42,5 | 138  | 75,0  | 114,56 | 0,000 |
|                     |       | Não | 277  | 27,5 | 222  | 57,5 | 46   | 25,0  |        |       |

Tabela 5: Perfil de saúde física e capacidade funcional. Associação entre Saúde física auto-referida, comportamentos de risco, uso de serviços de saúde e capacidade funcional em uma coorte de 956 idosos. Juiz de Fora, 2003.

| Grupo de variáveis | Variável     | Categoria | ABVDs    |          |                |       | AIVDs    |          |                |       |
|--------------------|--------------|-----------|----------|----------|----------------|-------|----------|----------|----------------|-------|
|                    |              |           | C/ alter | S/ alter | X <sup>2</sup> | p     | C/ alter | S/ alter | X <sup>2</sup> | p     |
| Fatores de risco   | Tabagismo    | Sim       | 4,4      | 8,0      | 1,26           | 0.530 | 6,6      | 8,6      | 6,85           | 0.033 |
|                    |              | Não       | 76,5     | 71,9     |                |       | 76,7     | 69,0     |                |       |
|                    |              | Ex        | 19,1     | 20,0     |                |       | 16,7     | 22,4     |                |       |
|                    | Etilismo     | Sim       | 5,9      | 10,4     | 2,60           | 0.272 | 7,9      | 11,8     | 5,36           | 0.68  |
|                    |              | Não       | 88,2     | 80,3     |                |       | 81,5     | 80,3     |                |       |
|                    |              | Ex        | 5,9      | 9,3      |                |       | 10,6     | 7,9      |                |       |
|                    | Sedentarismo | Sim       | 69,1     | 46,7     | 12,75          | 0.000 | 60,1     | 39,4     | 39,73          | 0.000 |
|                    |              | Não       | 30,9     | 53,3     |                |       | 39,9     | 60,6     |                |       |
|                    | Morbidade    | Geral     | Sim      | 97,1     | 92,6           | 1,87  | 0.125    | 95,3     | 91,2           | 6,10  |
| Não                |              |           | 2,9      | 7,4      | 4,7            |       |          | 8,8      |                |       |
| Respiratória       |              | Sim       | 13,2     | 12,3     | 0,048          | 0.473 | 12,0     | 12,7     | 0,083          | 0.427 |
|                    |              | Não       | 86,8     | 87,7     |                |       | 88,0     | 87,3     |                |       |
| Gastrintestinal    |              | Sim       | 42,6     | 54,4     | 3,51           | 0.040 | 50,1     | 43,7     | 3,90           | 0.028 |
|                    |              | Não       | 57,4     | 45,6     |                |       | 49,9     | 56,3     |                |       |
| Osteoarticular     |              | Sim       | 52,9     | 63,9     | 3,27           | 0.048 | 43,5     | 31,9     | 13,38          | 0.000 |
|                    |              | Não       | 47,1     | 36,1     |                |       | 56,5     | 68,1     |                |       |
| Endocrinológica    |              | Sim       | 36,8     | 36,7     | 0,00           | 0.541 | 38,8     | 35,0     | 1,43           | 0.130 |
|                    |              | Não       | 7,2      | 63,3     |                |       | 45,3     | 65,0     |                |       |
| Cardiológica       |              | Sim       | 77,9     | 67,4     | 3,21           | 0.046 | 71,5     | 65,7     | 3,27           | 0.033 |
|                    |              | Não       | 22,1     | 32,6     |                |       | 28,5     | 34,3     |                |       |
| Internação         |              | Sim       | 39,7     | 15,7     | 25,22          | 0.000 | 21,4     | 14,5     | 7,66           | 0.004 |
|                    |              | Não       | 60,3     | 84,3     |                |       | 78,6     | 85,5     |                |       |
| Uso de medicação   | Sim          | 92,6      | 82,6     | 4,60     | 0.018          | 90,2  | 78,2     | 24,14    | 0.000          |       |
|                    | Não          | 7,9       | 17,4     |          |                | 9,8   | 21,8     |          |                |       |

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Aldwin, C. N. Stress Coping and Development: An Integrative Perspective. New York : Guilford Press, 1994.

Aldwin, C. M & Gilmer, D.F. Health, illness, and optimal aging: biological perspectives. Califórnia: Sage, 2003.

Almeida MHMD. C.I.C.Ac.: instrumento para classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

Baltes, P.B. & Baltes, M.M. Successful aging: perspectives from behavioral Sciences. NY: Cambridge University Press, 1990.

Baltes, P. B. (1993). The aging mind: potentials and limits. The Gerontologist, vol. 2 (1), pp. 23-24, 1994.

Baltes, P.B. & Silverberg, S. A. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: NERI, A. L. (org.). Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso da vida. (pp. 73-110). Campinas: Papirus Editora, 1995.

Baraff, L.J; Della Penna, R; Willians, N. et al. Practice Guideline for the Ed Management of falls in community – dwelling elderly persons. Ann Emerg Med 1997; 30:480-92.

Barnett, N. L; Denham, M. J; Francis, S.A. Over-the-counter medicines and the elderly. J. R. Coll. Physicians Lond, 34: 445-6, 2000.

Berquó, E. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: Velhice e Sociedade (A. L. Neri & G. G. Debert, org.), pp. 11-40, São Paulo: Papyrus Editora, 1999.

Birren, J. E. & Birren, B. A. (1990). The concepts, models, and history of the Psychology of aging. In: Birren, J. E & K. WarnerShaie (org). Handbook of Psychology of aging, 3<sup>a</sup> ed. San Diego Academic Press.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela portaria nº 1395, de 9 de dezembro de 1999. Brasília: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, nº 237-E, pp. 20-24, 13 de dezembro, seção 1.

Butler, R.N. Care of the aged in the United States of America. In: Brocklehurst, J.C. ; Tallis, R.C.; Fillit, H.M. Textbook of geriatric medicine and gerontology. 4<sup>th</sup> ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1993. p. 993-9.

Caldas, C.P & Guerreiro, T. Memória e Demência: (re) conhecimento e cuidado. Rio de Janeiro : UNATI, 2001.

Caldas, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p. 733-781.

Camarano, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A.L; CANÇADO, F.A.X; GORGONI, M.L; ROCHA, S.M. Tratado de geriatria e gerontologia. (pp.58-70). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

Camarano, A. A; Kanso, S; Mello, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A. A. Os novos brasileiros: Muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

Carvalho, J. A. M. & Garcia, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p.725-733.

Carvalho, V.F.C & Fernandez, M.E.D. Depressão no Idoso. In: Netto, P.M. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão Globalizada. São Paulo, Atheneu, 2002. pp.160-173.

Chaimowicz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções, e alternativas. Ver. Saúde Pública, 31 184-200, 1997.

CEI-RS (ORG.) Os idosos do Rio Grande do Sul: Estudo Multidimensional de suas condições de vida: Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: CEI, 1997.

Coelho Filho, J. M. & RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública, 33:445-453, 1993.

Cornoni-Huntley, J.; Brock, D. B.; Ostfeld, A. M.; Taylor, J. O. & Wallace, R. B., 1986. Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. Washington, DC: Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 1996. Informações sobre Mortalidade 1996. <http://www.datasus.gov.br>.

Elahi, D.; Muller, D. & Rowe, J.W. Design, conduct and analysis of human aging research. In: SCHNEIDER, E.L. & ROWE, J.W. Handbook of the biology of aging.(pp. 24-35). San Diego: Academic Press, 1996.

Freitas, V.E.; Py, L.; Neri, A.L.; Cançado, F.A.X.; Gorzoni, M. L & Rocha, S.M. Memória e Envelhecimento Saudável. In: Freitas, E.V; Py, L; Neri, A.L; Cançado, F.A.X; Gorgoni, M.L;ROCHA, S.M. Tratado de geriatria e gerontologia. (pp.914-925). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

Freitas, V.E.; Miranda, R.D; Neri, A.L Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação gerontológica global. In: Freitas, E.V; Py, L; Neri, A.L; Cançado, F.A.X;Gorgoni, M.L;Rocha, S.M. Tratado de geriatria e gerontologia. (pp.609-617). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

Frenk, J.; Frejka, T.; Bobadilla, J.L.; Stern, C.; Lozano, R.; Sepúlveda, J.; José, M. La transición epidemiológica en America Latina. Bol. Oficina Sanit. Panam., 111:485-96, 1991.

Fries, J.F. Aging, natural death and the compression of morbidity. N. Engl. J. Med., 303:130-5, 1980.

Fuller, G.F. Problem oriented diagnosis: falls in the elderly. Am Fam Physician, 2000; 61:2159-68.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. População idosa em Minas Gerais e políticas de atendimento. Belo Horizonte, 1993, v. 1: Perfil da população idosa e políticas de atendimento na Região Metropolitana de Belo Horizonte.

Giatti, L. & Barreto, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p.759-771.

Gordilho, A; Nascimento, J. S; Ramos, L. R; Freire, M. P. A; Espindola, N; Maia, R; Veras, R. & Karsch, U. Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro

Milênio pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso. Rio de Janeiro: UNATI, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

Gorestein, C. Andrade, L.H.S.G & Zuardi, A.W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

Gray, J. A. M. , 1985 apud Kalache, A.; Veras, R.P.; Ramos, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública, 21:200-10, 1987.

Hayflick, L. How and Why We Age. New York: Ballantines Books, 1994.

Helmer, C; Barberger-Gateon, P; Letenneur, L & Dartigues, J. F. Subjective health and mortality in French elderly women and men. Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences, 54: S84-92.

Herzog, A. e Markus, H.R. (1999). The self-concept in life-span and aging research. In: Bengston, V.L e Schaie, K.W. (orgs.). Handbook of theories of aging. Nova York: Spinger, pp. 227-252.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 1970.

IBGE. Características demográficas e socioeconômicas da população. Anuário Estatístico do Brasil, 54:1-18-32, 1994.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Censo Demográfico: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2000a.

IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio) Acesso e Utilização de Serviços de Saúde 1998. Rio de Janeiro: IBGE, 2000b.

Kalache, A.; Veras, R.P.; Ramos, L.R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde Pública, 21:200-10, 1987.

Kaplan, G. A; Seeman, T. E; Cohen, R. D; Knudsen, L. P. & Guralnik, J. Mortality among the elderly in the Alameda County Study: Behavioural and demographic risk factors. American Journal of Public Health, 77:307-312, 1987

Kannel, W. B. Cardiovascular risk factors in the elderly. Coronary Artery Disease, 1997; 8: 565-575.

Karsch, U. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p.700-701.

Katz, S; Ford A.B; Moskowitz R.W. et al. Studies of illness in the aged: The index of ADL. A standardized measure of biological and psychosocial function. J Am Med Assoc, 185: 914-919, 1963.

Konno, K. et al. Functional status and active life expectancy among señor citizens in a small town in Japan. Arch. Gerontol. Geriatr.; 2003.

Lawton, M. P; & Brody, E. M. Assessment of older people: Self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 9, 179-186, 1969.

Leaverton PE, Sorlie PD, Kleinman JC, Dannenberg AL, Ingster-Moore L, Kannel WB, Cornoni-Huntley JC. Representativeness of the Framingham risk model for coronary heart disease mortality: a comparison with a national cohort study. J Chronic Dis. 1987;40(8):775-84.

Lessa, I. Doenças crônicas não-transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Roquayrol, M.Z; Filho, N.A. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

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

Lima-Costa, M. & Veras, R. P. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública, jun. 2003a, vol.19, no.3, p.700-701.

Lima-Costa, M. F; Barreto, S. M. & Giatti, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população

idosos brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública, jun. 2003b, vol.19, no.3, p.735-743.

Lima-Costa, M. F; Barreto, S. M. & Giatti, L et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública, jun. 2003c, vol.19, no.3, p.745-757.

Lima-Costa, M. F; Peixoto, S. V. & Firmo, J. O. A. Validade da hipertensão arterial auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí) . Rev. Saúde Pública, out. 2004, vol.38, no.5, p.637-642.

Loyola-Filho, A. I; Uchoa, E; Firmo, J. O. A; Lima-Costa, M. F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. Saúde Pública, 21 (2): 545-553, mar-abr, 2005.

Lourenço, R. A. & Motta, L. B. Prevenção de doenças e promoção da saúde na terceira idade. In: Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição. (VERAS, R. P. [ORG.]). Relume-Dumará / Unati / UERJ : Rio de Janeiro, 1999.

Lowed, N. K; & Ryan-Wenger, N. M. Over-the-counter medications and self-care. Nurse Parct, 24: 34-44, 1999.

Mahoney, F. J. Barthel, D. W. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med. J; 14, pp. 61-65, 1965.

Medina, C; Shirassu, M. & Goldfeder, M. Das incapacidades e do acidente cerebrovascular. In: Karsch, U. (org.). Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.

Mendes, W. Home Care: Uma Modalidade de Assistência à Saúde. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade, 2001.

Miralles, M. A & Kimberlin, C. L. Perceived access to care and medication use among ambulatory elderly in Rio de Janeiro, Brazil. Soc. Sci. Med, 46: 345-55, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 1994-1996. Brasília:1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Movimento de autorizações de Internações Hospitalares, 1993-1995. Brasília:1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Informática. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 1979-1996. Brasília:1998.

Mosegui, G. B. G.; Rozenfeld, S.; Veras, R. P. & Vianna, C. M. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Revista de Saúde Pública*, 33:437-444, 1999.

Murray, C. & Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease*. Oxford University Press.

Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. Global and regional cause-of-death patterns in 1990. *Bull. World Health Organization*, 72:447-80, 1994.

Neri, A. L., & Debert, G. G. (ORGS.) (1999). *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papyrus.  
SUS.(2000).

Neri, A. L. *Maturidade e Velhice*. Campinas, São Paulo: Papyrus, 2001.

Neri, Anita, L. (org.). *Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Editora Papyrus, 2001.

Neri, A. L. *Palavras chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Editora Alínea, 2001.

Netto, M. P. O estudo da velhice no século XX: Histórico, Definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A.L; CANÇADO,

F.A.X;GORGONI, M.L;ROCHA, S.M. Tratado de geriatria e gerontologia. (pp.2-12). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

Onawola, R. S. & La Veist, T. A. Subjective health status as a determinant of mortality among African-American elders. *Journal of the National Medical Association*, 90:754-758, 1998.

Paixão-Jr; C. M; Reichenheim, M. E. Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cad. Saúde Pública*, jan-fev. 2005, vol.21 (1): 7-19.

Papalia, D. & Olds, S. *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Perracini, M. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes no município de São Paulo (tese). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; Escola Paulista de Medicina; 2000.

Perracini, M. R;Najas, M; Bilton, T. Conceitos e princípios em reabilitação gerontológica. In: Freitas, E.V; Py, L; Neri, A.L; Cançado, F.A.X;Gorgoni, M.L;Rocha, S.M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. (pp.814 -819). Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr. CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* 1982; 37:323-9.

Ramos, R. L. & Saad, P.M. Morbidade da população idosa. In: Fundação SEADE. O idoso na Grande São Paulo. São Paulo, 1990. p.161-72.

Ramos, L. R; Rosa, T. E; Oliveira, Z. M; Medina, M. C. & Santos, F. R. Perfil do idoso em área metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultado de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública, 27:87-94, 1993.

Ramos, L. R. et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: Methodology and preliminary results. Revista de Saúde Pública, 32:397-407, 1998.

Ramos, L. R & Filho, J. M. C. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: Resultados de inquérito domiciliar. Revista de Saúde Pública, 33, n.5, 1999.

Ramos, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad. Saúde Pública, jun. 2003, vol.19, no.3, p.793-797.

Rego, R. A; Berardo, F. A. N; Rodrigues, S. S. R; Oliveira, Z. M. A; Oliveira, M. B; Vasconcellos, C. V; Aventurato, L. V. O; Moncau, J. E. C. & Ramos, L. R. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: Inquérito domiciliar no Município de São Paulo, SP (Brasil): Metodologia e resultados preliminares. Revista de Saúde Pública, 24:277-285, 1990.

Reichenheim ME, Moraes CL. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras.

Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 227-54.

Rodgers, W.L & Herzog, A.R. Interviewing olders adults: The accuracy of factual information. *Journal of Gerontology*. 42:387- 394, 1987.

Roquayrol, M.Z; Filho, N.A. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

Rowland, D. A five-nation perspective on the elderly. *Health Affairs*, 11:205-215, 1992.

Rozenfeld, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, jun. 2003, vol.19, no.3, p.717-724.

Schneider, E.L & Rowe, J.W. Design, conduct, and analysis of Human Aging Research. In: *Handbook of the Biology of Aging*. Academic Press : San Diego, 1986.

Staudinger, U.M; Marsinske, M. & Baltes, P.B. Resiliência e níveis de capacidade de reserva na velhice: perspectivas da teoria do curso da vida. In:

NERI, A. L.(ORG). Psicologia do envelhecimento (pp.195-228). Campinas: Papyrus.

Stoppe Junior, A. & Neto, M.R.L. Depressão na terceira idade: apresentação clínica abordagem terapêutica. São Paulo: Lemos Editorial, 1989.

SUS. Informe epidemiológico do SUS 2000.; 9 (1): 23-41

Veras, R. P. País jovem de cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.

Veras, R. P. [ORG.]. Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Rio de Janeiro, UnAti – UERJ, 2001.

Veras, R. P. (org). Terceira Idade: Gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará: Unati/UERJ, 2002.

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, jun. 2003, vol.19, no.3, p.705-715.

World Health Organization. Population ageing: a public health challenge. Geneva: World Health Organization Press Office; 1998. Fact Sheet.

World Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions. Meeting Report, 30-31 Maio 2001, OMS/MNC/CCH/ 01.01. Genebra: Organização Mundial de Saúde.

World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope (Relatório Mundial de Saúde). Genebra: Organização Mundial de Saúde.

Wolinsky, F. D.; Johnson, R. L. & Stump, T. E., 1995. The risk of mortality among older adults over an eight-year period. *Gerontologist*, 35:150-161.

**ANEXO 1 - FICHA DE RECRUTAMENTO**

I D

Data Recrutamento.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Recrutador: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_  
 Data Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Entrevistador: \_\_\_\_\_

**Apresentação do Estudo**

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) Masc ( ) Fem  
**Nome:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_  
**Telefone:** \_\_\_\_\_

**Vai participar do estudo?**

**Status do recrutamento**

|                |  |  |
|----------------|--|--|
| ( 1 ) Sim      | ( 11 ) Completo<br>( 12 ) Falta assinar termo de consentimento<br>( 13 ) Faltando algum dado   |  |
| ( 2 ) Não      | (21) Incapacitado  | ( 1 ) Doença. Qual? _____<br>( 2 ) Déficit Cognitivo<br>( 3 ) Depressão<br>( 4 ) Outros: _____ |
| ( 3 ) Pendente | ( 31 ) Não Estava em casa<br>( 32 ) Não Pode atender no momento<br>( 33 ) Pediu para pensar a respeito<br>( 34 ) Outros _____<br>_____ | Retornar: ____/____/____   |

## **ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROCESSOS DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL EM JUIZ DE FORA**

O Estudo dos **Processos do Envelhecimento Saudável** em Juiz de Fora pretende conhecer os aspectos que influenciam na forma como a população de nossa cidade envelhece e se desenvolve com o passar dos anos. Essa pesquisa além de buscar informações sobre o envelhecimento saudável, terá uma contribuição fundamental facilitando o conhecimento sobre as características da população idosa de Juiz de Fora. Ou seja, esta pesquisa permitirá conhecer e assim divulgar quais são as principais características da população idosa no que se refere aos aspectos sociais, físicos e emocionais.

Participar da pesquisa não implica em remuneração, nem em qualquer ganho material (brindes, indenizações, etc) para os entrevistados. Porém é importante ressaltar que ao aceitar participar da entrevista o participante irá contribuir para o desenvolvimento do conhecimento geral e específico a respeito das características da população idosa em Juiz de Fora, que vem aumentando progressivamente.

Aceitando participar desta pesquisa você receberá a visita de um entrevistador devidamente treinado e identificado para uma entrevista de aproximadamente 2 horas. Após 12 e 24 meses (1 e 2 anos) serão feitos novos contatos para acompanhamento dos participantes, com o objetivo de verificar se houve alguma mudança em relação ao estilo e modo de vida do entrevistado. É garantido a todos os participantes que se retirem da pesquisa quando quiserem, sem qualquer prejuízo financeiro, moral, físico ou social. A pesquisa será realizada somente com pessoas maiores de 60 anos, na própria casa do entrevistado, por uma pessoa treinada para essa função. Portanto, não será necessário o deslocamento para qualquer outro lugar, a menos que seja do interesse do entrevistado que esta se realize fora de sua casa.

Todas as informações colhidas serão cuidadosamente guardadas garantindo o sigilo e a privacidade dos entrevistados, que poderão obter informações sobre a pesquisa, a qualquer momento que julgarem necessário.

A responsabilidade pela pesquisa ficará a cargo da pesquisadora Prof Dr<sup>a</sup> Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino, quem estará disponível para maiores esclarecimentos.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ana Paula Fabrino Bretas Cupertino  
Pesquisadora do CNPq – Projeto PROFIX  
Universidade Federal de Juiz de Fora / Inst. de Ciências Humanas e Letras  
Depto. de Psicologia, sala 1703 B  
Telefone de contato: 3229-3117  
E-mail: [pensa@ichl.ufjf.br](mailto:pensa@ichl.ufjf.br)

---

Caso queira participar da pesquisa, basta preencher abaixo com seus dados e assinar. “Sim, tenho conhecimento do processo e aceito participar do Estudo sobre os Processos do Envelhecimento Saudável em Juiz De Fora”.

NOME: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP.: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_  
DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA: \_\_\_\_\_

### ANEXO 3 – ENTREVISTA

DATA ENTREVISTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_  
HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ CONSENTIMENTO COMPLETO: SIM NÃO

|                                      |
|--------------------------------------|
| Nome: _____                          |
| Endereço: _____                      |
| Telefone: _____                      |
| Data de nascimento: ____/____/____   |
| Sexo: ( 1 ) Masculino ( 2 ) Feminino |

#### SE - STATUS SÓCIO – ECONÔMICO

**Gostaríamos de começar nossa entrevista com algumas perguntas sobre o estilo de vida da sua família, um bate papo sobre quantas pessoas moram aqui, bem como conversar sobre alguns aspectos do estilo de vida que você tinha quando estava crescendo.**

1. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_
2. Em qual cidade e estado em que você nasceu?  
( 1 ) Cidade \_\_\_\_\_ ( 2 ) Estado \_\_\_\_\_
3. Se não nasceu em Juiz de Fora , há quanto tempo mora na cidade? \_\_\_\_\_
4. Qual é o seu estado civil?  
( 1 ) Casada/o. Quantas vezes? \_\_\_\_\_  
( 2 ) Solteiro/nunca casado  
( 3 ) Divorciado  
( 4 ) Separado  
( 5 ) Amasiado  
( 6 ) Viúvo
5. Você teve filhos?  
( 1 ) Sim. Quantos? \_\_\_\_\_ ( 2 ) Não ( 3 ) Adotei. Quantos? \_\_\_\_\_
6. Você freqüentou a escola até que série?  
( 1 ) Nunca freqüentou ( 6 ) Científico ( normal, técnico...)  
( 2 ) Alfabetizado ( 7 ) Curso superior incompleto  
( 3 ) Primário ( 8 ) Curso superior completo  
( 4 ) Admissão (4ª série) ( 9 ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_  
( 5 ) Ginásial / colegial
7. Isto quer dizer que você estudou quantos anos no total? \_\_\_\_\_
8. Sua casa é?  
( 1 ) Alugada  
( 2 ) Cedida  
( 3 ) Própria  
( 4 ) Divido com outros da família

**Sabemos que numa família podem existir diversos tipos de rendimentos financeiros, como salários, pensões, etc.**

10. Qual a fonte de renda da sua família? (Você pode marcar mais de uma opção)
- ( 1 ) Pensão
  - ( 2 ) Aposentadoria
  - ( 3 ) Salários
  - ( 4 ) Sem renda própria
  - ( 5 ) Ajuda de familiares
  - ( 6 ) Ajuda de amigos
  - ( 7 ) Outros? \_\_\_\_\_
11. Qual seria o total dessa renda familiar em salários mínimos aproximadamente?
- ( 1 ) 1 a 2 salários mínimos
  - ( 2 ) 3 a 4 salários mínimos
  - ( 3 ) 5 a 8 salários mínimos
  - ( 4 ) Mais de 8 salários mínimos
21. Qual foi o último trabalho que você teve? \_\_\_\_\_
- ( 1 ) Profissional (com formação superior)
  - ( 2 ) Semi - profissional (comerciante, empresário sem formação...)
  - ( 3 ) Trabalho com algum tipo de qualificação (com formação técnica)
  - ( 4 ) Trabalho sem qualificação (trabalho que não exige treinamento)
  - ( 5 ) Dona de casa
22. Com que idade você se aposentou? \_\_\_\_\_
23. Qual o motivo da sua aposentadoria?
- ( 1 ) Tempo de serviço
  - ( 2 ) Tempo de contribuição
  - ( 3 ) Por invalidez
  - ( 4 ) Idade
  - ( 5 ) Não aposentou

**SF - SAÚDE FÍSICA**

Gostaria agora de fazer algumas considerações a respeito da sua saúde.

1. Gostaria que você me dissesse como é a sua saúde de modo geral:
- ( 1 ) Excelente
  - ( 2 ) Muito boa
  - ( 3 ) Boa
  - ( 4 ) Razoável
  - ( 5 ) Péssima
2. Gostaria que você me dissesse como é a sua visão de modo geral:
- ( 1 ) Excelente
  - ( 2 ) Muito boa
  - ( 3 ) Boa
  - ( 4 ) Razoável
  - ( 5 ) Péssima
3. Gostaria que você me dissesse como é a sua audição de modo geral:
- ( 1 ) Excelente
  - ( 2 ) Muito boa
  - ( 3 ) Boa
  - ( 4 ) Razoável
  - ( 5 ) Péssima

4. Gostaria que você me dissesse como é a sua memória de modo geral:
- ( 1 ) Excelente
  - ( 2 ) Muito boa
  - ( 3 ) Boa
  - ( 4 ) Razoável
  - ( 5 ) Péssima
5. Como você diria que é a sua saúde comparada com a de outras pessoas, que você conhece, de sua mesma idade?
- ( 1 ) Melhor que a de maioria das outras pessoas que conheço
  - ( 2 ) Igual a da maioria das outras pessoas que conheço
  - ( 3 ) Pior do que a da maioria das outras pessoas que conheço
6. Você esteve internado/a no último ano?
- ( 1 ) Sim
  - ( 2 ) Não
  - ( 3 ) Onde: \_\_\_\_\_
  - ( 4 ) Motivo: \_\_\_\_\_
  - ( 5 ) Quando: \_\_\_\_\_
  - ( 6 ) Médico responsável: \_\_\_\_\_
7. Quando você precisa de um atendimento de saúde quais são os serviços a que você recorre, pode indicar mais de uma opção:
- ( 1 ) Plano de saúde
  - ( 5 ) Médico amigo
  - ( 2 ) SUS
  - ( 6 ) Médico particular
  - ( 3 ) Posto de Saúde
  - ( 7 ) Farmacêutico
  - ( 4 ) Emergência
  - ( 8 ) Outros: \_\_\_\_\_
8. Quantas vezes no último ano você procurou um médico?
- ( 1 ) Semanalmente
  - ( 2 ) Mensalmente
  - ( 3 ) 4 a 6 vezes / ano
  - ( 4 ) 1 a 3 vezes / ano
  - ( 5 ) Não procurei

| 9. Você diria que alguma vez, nos últimos 5 anos, você foi diagnosticado por um médico com : | 1 –<br>Sim<br>2 -<br>Não | Há<br>quanto<br>tempo | Esteve no<br>Hospital<br>1- Sim; 2-<br>Não | O evento<br>é/foi:<br>1.crônico,<br>2.agudo,<br>3.reincidente | 98- Não sei<br>99- Recusou-<br>se |
|--|--------------------------|-----------------------|--|---|-----------------------------------|
| 1. Alta pressão arterial   |                          |                       |  |   |                                   |
| 2. Colesterol alto   |                          |                       |  |   |                                   |
| 3. Triglicérides alto  |                          |                       |  |   |                                   |
| 4. Diabetes  |                          |                       |  |   |                                   |
| 5. Ritmo cardíaco irregular / arritmia   |                          |                       |  |   |                                   |
| 6. Angina / dores no peito   |                          |                       |  |   |                                   |
| 7. Infarto   |                          |                       |  |   |                                   |
| 8. Acidente Vascular Cerebral / derrame  |                          |                       |  |   |                                   |
| 9. Trombose  |                          |                       |  |   |                                   |
| 10. Bronquites   |                          |                       |  |   |                                   |
| 11. Asma   |                          |                       |  |   |                                   |
| 12. Enfisema   |                          |                       |  |   |                                   |
| 13. Problema Pulmonar  |                          |                       |  |   |                                   |
| 14. Problema de vesícula   |                          |                       |  |   |                                   |
| 15. Problema hepático  |                          |                       |  |   |                                   |
| 16. Problema hormonal  |                          |                       |  |   |                                   |
| 17. Problema digestivo   |                          |                       |  |   |                                   |
| 18. Gastrite   |                          |                       |  |   |                                   |
| 19. Úlcera   |                          |                       |  |   |                                   |
| 20. Diarréia / náusea  |                          |                       |  |   |                                   |
| 21. Prisão de ventre   |                          |                       |  |   |                                   |
| 22. Problema renal   |                          |                       |  |   |                                   |
| 23. Pedra nos rins   |                          |                       |  |   |                                   |
| 24. Infecção urinária  |                          |                       |  |   |                                   |
| 25. Problemas relacionados ao ácido úrico  |                          |                       |  |   |                                   |
| 26. Catarata   |                          |                       |  |   |                                   |
| 27. Glaucoma   |                          |                       |  |   |                                   |
| 28. Ressecamento ou descamação da pele   |                          |                       |  |   |                                   |
| 29. Reumatismo / artrite   |                          |                       |  |   |                                   |
| 30. Osteoporose  |                          |                       |  |   |                                   |
| 29. Fratura  |                          |                       |  |   |                                   |
| 32. Parkinson  |                          |                       |  |   |                                   |
| 33. Dores de cabeça  |                          |                       |  |   |                                   |



14. Gostaríamos de saber qual o grau de dificuldade você teria para fazer as seguintes atividades diárias:

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>BANHO</b><br>( de chuveiro, banheira ou de esponja)   | I - Não recebe assistência; entra e sai do chuveiro/ banheira sem ajuda.   | 1 |
|  | A - Recebe assistência para lavar somente uma única parte do corpo (tal como as costas ou uma perna).  | 2 |
|  | D - Recebe assistência para lavar mais de uma parte do corpo ou não toma banho sozinho.  | 3 |
| <b>VESTUÁRIO</b><br>( tirar do armário, vesti-las, incluindo roupas íntimas, fechos,colchetes) | I – Veste-se completamente sem assistência.  | 1 |
|  | A – Veste-se sem assistência, recebendo auxílio somente para amarrar os sapatos.   | 2 |
|  | D – Recebe assistência para vestir-se ou tirar as roupas do armário (ou mantém-se despido de maneira parcial ou completa).   | 3 |
| <b>HIGIENE PESSOAL</b><br>( ir ao banheiro, limpar-se, arrumar as roupas)                      | I – Vai ao banheiro sem assistência, limpando-se e arrumando as roupas pode utilizar objetos para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas; pode servir-se de comadre ou patinho à noite, esvaziando-os pela manhã. | 1 |
|  | A – Recebe assistência para ir ao banheiro, limpar-se ou arrumar as roupas; ou recebe ajuda no manuseio da comadre ou patinho somente à noite.   | 2 |
|  | D – Não realiza ato de eliminação fisiológica no banheiro.   | 3 |
| <b>TRANSFERÊNCIA</b>   | I – Deita e levanta da cama, bem como senta e levanta da cadeira sem assistência; pode utilizar-se de objetos para auxílio como bengala e andador.   | 1 |
|  | A – Deita e levanta da cama, ou senta e levanta da cadeira com assistência.  | 2 |
|  | D – Não se levanta da cama.  | 3 |
| <b>CONTINÊNCIA</b>   | I – Controle esfinteriano (urinário/fecal) completo por si só.   | 1 |
|  | A – Ocorrência de acidentes ocasionais   | 2 |
|  | D – Supervisão auxilia no controle esfinteriano, catéter é utilizado ou é incontinente.  | 3 |
| <b>ALIMENTAÇÃO</b>   | I – Alimenta-se sem assistência.   | 1 |
|  | A – Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.   | 2 |
|  | D – Alimenta-se com assistência, ou é alimentado de maneira parcial/ completa com sondas ou fluidos IV.  | 3 |
| <b>TOTAL</b>   |  |   |

Obs.: I – Independente; A – Particularmente dependente; D – Dependente

15. Gostaríamos agora de saber como é para você realizar as seguintes atividades:

|                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| <b>1. TELEFONE</b>             | Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda.   | 1 |
|                                | Capaz de responder o telefone, mas necessita de um telefone especial ou de ajuda para encontrar os números ou para discar. | 2 |
|                                | Completamente incapaz no uso do telefone.  | 3 |
| <b>2. VIAGENS</b>              | Capaz de dirigir seu próprio carro ou viajar sozinho de ônibus ou táxi.  | 1 |
|                                | Capaz de viajar exclusivamente acompanhado.  | 2 |
|                                | Completamente incapaz de viajar.   | 3 |
| <b>3. COMPRAS</b>              | Capaz de fazer compras se fornecido transporte.  | 1 |
|                                | Capaz de fazer compras exclusivamente acompanhado.   | 2 |
|                                | Completamente incapaz de fazer compras.  | 3 |
| <b>4. PREPARO DE REFEIÇÕES</b> | Capaz de planejar e cozinhar refeições completas.  | 1 |
|                                | Capaz de preparar pequenas refeições, mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho.                                 | 2 |
|                                | Completamente incapaz de preparar qualquer refeição.   | 3 |
| <b>5. TRABALHO DOMÉSTICO</b>   | Capaz de realizar trabalho doméstico pesado ( como esfregar o chão).   | 1 |
|                                | Capaz de realizar trabalho doméstico leve, mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas.                                     | 2 |
|                                | Completamente incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.   | 3 |
| <b>6. MEDICAÇÃO</b>            | Capaz de tomar os remédios na dose certa e na hora certa.  | 1 |
|                                | Capaz de tomar os remédios mas necessita de lembretes ou de alguém que os prepare.   | 2 |
|                                | Completamente incapaz de tomar os remédios sozinho.  | 3 |
| <b>7. DINHEIRO</b>             | Capaz de administrar suas necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas.  | 1 |
|                                | Capaz de administrar suas necessidades de compra diária ,mas necessita de ajuda com cheques e no pagamento de contas.      | 2 |
|                                | Completamente incapaz de administrar dinheiro.   | 3 |
| <b>TOTAL:</b>                  |  |   |

**Gostaríamos agora de saber o nível de sua atividade física.**

17. Em uma semana regular da sua vida, quantas vezes por semana você faz algum tipo de atividade física? Uma caminhada, nadar etc... (Pode Indicar mais de uma opção)

- ( 1 ) Nunca
- ( 2 ) Menos de duas vezes por semana
- ( 3 ) Entre 2 e 4 vezes
- ( 4 ) Mais de 4 vezes por semana
- ( 5 ) Todos os dias

18. Qual seria esta atividade física?

- ( 1 ) Ginástica
- ( 2 ) Caminhada
- ( 3 ) Dança
- ( 4 ) Natação
- ( 5 ) Musculação
- ( 6 ) Tai - Chi
- ( 7 ) Hidroginástica
- ( 8 ) Outros: \_\_\_\_\_
- ( 9 ) Nenhuma



23. Você tem algum problema de saúde que você atribui ao cigarro? (destinada a fumantes e ex-fumantes)

- ( 1 ) Sim. ( 2 ) Não

24. Qual ? (destinada a fumantes e ex-fumantes , pode indicar mais de 1 opção)

- ( 1 ) Cardíaco / Circulatório  
( 2 ) Respiratório / Pulmonar  
( 3 ) Gástrico / Hepático  
( 4 ) Dermatológico  
( 5 ) Neoplásico (câncer)  
( 6 ) Outro: \_\_\_\_\_  
( 7 ) Nenhum

25. Porque você parou de fumar ou pensa em parar? ( Pode indicar mais de uma opção, destinada a fumantes e ex-fumantes)

- ( 1 ) Por motivos relacionados à família (pressão, gravidez, doença de familiares...)  
( 2 ) Fiquei doente e senti que o cigarro estava fazendo mal a minha saúde  
( 3 ) Preocupação com possíveis problemas de saúde relacionados ao fumo  
( 4 ) Promessa / Religião  
( 5 ) Já não sentia o prazer de antes  
( 6 ) Tinha sensação de cansaço  
( 7 ) Recomendação médica. Qual especialista? \_\_\_\_\_  
( 8 ) Outras razões: \_\_\_\_\_  
( 9 ) Não pensa em parar

**26. TESTE DE FAGERSTRÖN (DEPENDÊNCIA À NICOTINA): Somente para entrevistados ainda fumantes**

1. Quanto tempo após acordar você fuma o primeiro cigarro?

- ( 1 ) 5'- 3ptos. ( 3 ) 31' a 60'- 1pto.  
( 2 ) 6' a 30'- 2ptos. ( 4 ) mais de 60'- zero

2. É difícil para você permanecer sem fumar em locais onde é proibido?

- ( 1 ) Sim- 1 pto. ( 2 ) Não - zero

3. O primeiro cigarro do dia é mais importante para você que os outros?

- ( 1 ) Sim- 1pto. ( 2 ) Não- zero

4. Quantos cigarros / dia você fuma?

- ( 1 ) Até 15- 1 pto.  
( 2 ) De 16 a 26- 2ptos.  
( 3 ) mais de 26- 3ptos.

6. Você fuma mais nas primeiras horas do dia?

- ( 1 ) Sim- 1pto. ( 2 ) Não- zero

7. Se você estiver doente você fuma (acamado, resfriado, sob cuidados médicos)

- ( 1 ) Sim- 1pto. ( 2 ) Não- zero

**TOTAL DE PONTOS:**  
0 – 2 : muito baixa  
3 – 4 : baixa  
5 – 6 : média  
7 – 8 : alta  
9 – 10: muito alta

**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

27. Gostaria que você tentasse se lembrar qual foi seu padrão de consumo de álcool ao longo de sua vida.

- ( 1 ) Bebe atualmente  
( 2 ) Bebeu e não bebe mais  
( 3 ) nunca bebeu

Começar pela idade que mais bebeu seguida pela idade que menos bebeu.

| <b>IDADE</b>     | <b>Nº DE DRINQUES / SEMANA</b> |
|------------------|--------------------------------|
| Menos de 10 anos |                                |
| 10 anos          |                                |
| 15 anos          |                                |
| 20 anos          |                                |
| 25 anos          |                                |
| 30 anos          |                                |
| 35 anos          |                                |
| 40 anos          |                                |
| 45 anos          |                                |
| 50 anos          |                                |
| 55 anos          |                                |
| 60 anos          |                                |
| 65 anos          |                                |
| 70 anos          |                                |
| 75 anos          |                                |
| 80 ou mais       |                                |

28. Questionário destinado a quem bebe atualmente:

| <b>Você já</b>   | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> |
|--|------------|------------|
| 1. Pensou em largar a bebida?  |            |            |
| 2. Ficou aborrecido quando outras pessoas criticaram o seu hábito de beber?              |            |            |
| 3. Se sentiu mal ou culpado pelo fato de beber?  |            |            |
| 4. Bebeu pela manhã para ficar mais calmo ou se livrar de uma ressaca (abrir os olhos?). |            |            |

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)