

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Doutorado em Epidemiologia



Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde



Tese de Doutorado

Maria Aparecida Pinheiro Rodrigues

ORIENTADOR: Luiz Augusto Facchini

PELOTAS- RS – BRASIL
2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Doutorado em Epidemiologia

Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e uso de serviços básicos de saúde

Maria Aparecida Pinheiro Rodrigues

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do título de Doutor

Pelotas - RS - BRASIL
2009

MARIA APARECIDA PINHEIRO RODRIGUES

**Idosos residentes em áreas pobres:
prevalência de depressão e uso de
serviços básicos de saúde**

Banca Examinadora

Luiz Augusto Facchini

Presidente – Universidade Federal de Pelotas

Maria Fernanda Lima-Costa

Fundação Oswaldo Cruz/Universidade Federal de Minas Gerais

Aluísio Jardim Dornellas de Barros

Universidade Federal de Pelotas

Juraci Almeida Cesar

Fundação Universidade Federal do rio Grande

Pelotas, 11 de fevereiro de 2009

AGRADECIMENTOS

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia pelos ensinamentos transmitidos.

Ao meu orientador, Luiz Augusto Facchini, que me ensinou a importância de valorizar o contexto na avaliação científica.

Aos colegas de doutorado: Celene, Denise Motta, Gicele, Giancarlo, Maria Alice, Vera Silveira e Vera Vieira, cujo companheirismo foi muito importante para enfrentar alguns momentos difíceis.

À equipe do PROESF, cujo trabalho tornou possível a realização desta tese.

À minha família, meu marido, Ivo, meu filho, Augusto e minha mãe, Alda, que representam meu porto seguro.

DEDICATÓRIA

Esta tese é dedicada a duas pessoas muito especiais que foram fundamentais para esta conquista:

- ◆ meu pai, Levino dos Santos Rodrigues (in memorian), exemplo de honestidade e humildade.
- ◆ meu irmão, Antônio José Pinheiro Rodrigues (in memorian), meu melhor amigo.

SUMÁRIO

Apresentação	1
Projeto de Pesquisa	2
Relatório de Trabalho de campo	48
Artigo 1	64
Artigo 2	77
Artigo 3	98
Artigo 4	114
Press Release	137
Anexos	139

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado, conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, é composta por cinco partes, apresentadas a seguir.

- a) **Projeto de pesquisa** - defendido no dia 30/05/2006, sendo a banca composta pelos professores Aluísio Jardim Dornellas de Barros e Juraci Almeida César. A versão apresentada nesta tese já inclui as modificações sugeridas pela banca examinadora.

- b) **Relatório do trabalho de campo** - descreve as atividades da coleta de dados do PROESF realizada no período de 15/03/2005 a 10/08/2005. No final, inclui as modificações realizadas em relação ao projeto original.

- c) **Artigos**
 - 1. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.
 - 2. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas no Sul e Nordeste do Brasil.
 - 3. Depressive symptoms among elderly subjects living in poor areas of Southern Brazil.
 - 4. Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos: revisão sistemática.

- d) **Reportagem curta para divulgação na imprensa**

- e) **Anexos**

PROJETO DE PESQUISA

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Doutorado em Epidemiologia



Idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em duas regiões geográficas do Brasil: depressão e utilização de serviços básicos de saúde



Projeto de Pesquisa

Maria Aparecida Pinheiro Rodrigues

ORIENTADOR: Luiz Augusto Facchini

PELOTAS- RS – BRASIL
2006

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 O CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA	6
1.2 USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS.....	7
1.3 EQUIDADE NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	11
1.4 DEPRESSÃO EM IDOSOS.....	13
1.6.1 Utilização de serviços por idosos.....	18
1.6.2 Depressão em idosos.....	18
1.7 OBJETIVOS	19
1.7.1 Gerais.....	19
1.7.2 Específicos.....	19
1.8 HIPÓTESES	20
1.9 MARCO TEÓRICO	21
1.9.1 Utilização de serviços de saúde.....	21
1.9.2 Depressão em idosos.....	23
1.10 MODELOS CONCEITUAIS.....	24
1.10.1 Utilização de serviços de saúde por idosos.....	24
1.10.2 Depressão em idosos.....	26
2. METODOLOGIA.....	27
2.1 DELINEAMENTO.....	27
2.2 JUSTIFICATIVA DO DELINEAMENTO	27
2.3 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO.....	27
2.4 TAMANHO DA AMOSTRA.....	28
2.5 AMOSTRAGEM	28
2.6 INSTRUMENTOS.....	30
2.7 DEFINIÇÃO DOS DESFECHOS.....	31
2.8 DEFINIÇÃO DAS EXPOSIÇÕES.....	32
3. TRABALHO DE CAMPO.....	32
4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	35
5. CONTROLE DE QUALIDADE	36

6. ASPECTOS ÉTICOS	36
7. CRONOGRAMA.....	37
8. FINANCIAMENTO	37
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

1. INTRODUÇÃO

1.1 O CRESCIMENTO DA POPULAÇÃO IDOSA

O crescimento da proporção de idosos na população é um fenômeno baseado na queda da mortalidade e fecundidade acompanhadas do aumento da expectativa de vida na população (Chaimowicz, 1997). Nos países desenvolvidos essa modificação da estrutura etária da população deveu-se a melhoria das condições socioeconômicas no final do século XIX e início do século XX. Nos países em desenvolvimento a transição demográfica iniciou-se em meados do século XX, devido à melhoria das condições sanitárias da população e tem ocorrido em ritmo mais acelerado (Yunes, 1971). A maior prevalência de doenças crônicas nesse grupo de indivíduos aumenta a demanda por serviços de saúde.

Os sistemas de saúde, especialmente os de países em desenvolvimento, têm o desafio de atender a essa demanda enquanto investem em ações preventivas, que buscam melhorar as condições de saúde desse grupo etário (WHO, 2000; WHO 2003). A Atenção Básica à Saúde (ABS) é o primeiro nível de atenção de um sistema de saúde e nela devem ser concentrados esforços para fornecer atendimento adequado à saúde dos idosos (WHO, 2004).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), público e de cobertura universal, estabelece para a ABS um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1994 como uma nova proposta de modelo assistencial de atenção básica de saúde. Esse programa se fundamenta na integralidade e hierarquização (garantia de atenção integral assegurando referência a níveis de maior complexidade, quando necessário), territorialização e vinculação (o atendimento tem abrangência definida através do cadastramento das famílias) e abordagem multiprofissional, equipe com vários profissionais de saúde (Ministério da Saúde do Brasil, 2000). Nos últimos anos tem havido um crescimento da implantação do PSF no sistema básico de saúde. Paralelamente, continuam a existir unidades básicas de saúde utilizando o modelo tradicional, sem a presença da equipe de saúde da família (Ministério da Saúde do Brasil, 2002).

Nesse contexto, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde implantada em 2003, apoiada pelo Banco Mundial (BIRD), dirigida à organização e ao fortalecimento da ABS no país, particularmente em municípios com mais de 100.000 habitantes. O PROESF apóia financeira e tecnicamente os municípios selecionados, financiando a reforma de unidades de saúde, equipando-as e qualificando seus recursos humanos. Os recursos financeiros e as ações a serem implementadas pelo PROESF estão distribuídos em três componentes:

o primeiro componente visa apoiar a conversão do modelo de atenção básica de saúde expandindo a estratégia de saúde da família para os grandes centros urbanos;

o segundo componente pretende reforçar a política de recursos humanos na área da saúde, nos municípios com PSF implantado, através da capacitação e educação permanente de recursos humanos;

o terceiro componente prevê o monitoramento e avaliação da Atenção Básica de Saúde, através da adequação dos sistemas de monitoramento da Atenção Básica, avaliação da implementação da Estratégia de Saúde da Família e qualificação das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família (Ministério da Saúde do Brasil, 2003).

1.2 USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS

Nos países onde não há sistema de saúde com cobertura universal os objetivos dos estudos refletem a preocupação com a barreira financeira ao uso dos serviços de saúde pelos idosos (Aday, 1984; Broman, 2005; Broyles, 2000). Nos países que possuem sistemas de saúde com cobertura universal os estudos preferencialmente investigam barreiras geográficas e aquelas relacionadas com a organização dos sistemas de saúde (Fernandez-Mayoralas; 2000, Fortney; 1999; Goddard , 2001).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição, realizada em 1989, um inquérito nacional de base domiciliar, identificou que os idosos procuraram mais os serviços de saúde que os adultos. Os “problemas de pressão” foram os que mais levaram os idosos a procurara atendimento de saúde. A modalidade de atendimento mais procurada foi a ambulatorial (57%) e a proporção de idosos que relatou internação

hospitalar no último ano variou de 10% (idosas de 60 a 69 anos) a 21% (idosas de 80 anos ou mais). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada em 1998, mostrou que 20% dos idosos haviam procurado atendimento médico ambulatorial nas duas últimas semanas e conseguiram atendimento (23% entre as mulheres e 17% entre os homens). A procura por atendimento médico não aumentou com a idade. Sessenta e nove por cento dos idosos relataram ter pelo menos uma doença crônica. Hipertensão e Diabetes Mellitus tiveram frequências relatadas de 44% e 10% respectivamente. Esses dados foram descritivos, 38% das entrevistas foram respondidas por outras pessoas e os dados sobre consultas médicas não informam o local onde elas foram realizadas (Lima-Costa, 2003).

Em Portugal, os dados do Serviço Nacional de Saúde apontaram em 1995 que 54% dos indivíduos com 75 anos ou mais avaliavam sua condição de saúde como ruim ou muito ruim. Neste grupo 18% necessitava de ajuda para atividades da vida diária como se alimentar, tomar banho e vestir-se. O percentual de consultas médicas nos três meses anteriores a entrevista pelos idosos com idade entre 64-75 anos foi de 61% e naqueles com idade a partir de 75 anos foi de 66%. Esses percentuais variaram conforme a região do país. As regiões mais ricas do país tiveram uma maior utilização de serviços médicos (Santana, 2000).

Estudo finlandês mostrou que os idosos com idade acima de 64 anos utilizaram menos os serviços básicos de saúde que funcionavam à noite e em fins-de-semana do que o grupo de 0-14 anos de idade. No entanto o grupo dos idosos foi o que recebeu a maioria das referências a serviços especializados e hospitais (Toivanen, 1998).

No único estudo brasileiro encontrado que compara populações atendidas por modelos diferentes de atenção básica foram avaliadas as diferenças existentes quanto à utilização de serviços e procura por assistência por morbidade ocorrida nos últimos 15 dias. A comparação foi realizada entre duas amostras populacionais com e sem cobertura de PSF no município de São Paulo. Nas áreas cobertas pelo PSF não houve diferença significativa na utilização de serviços e na procura por assistência devido à morbidade quanto à escolaridade e a renda enquanto que nas áreas não cobertas pelo PSF houve maior utilização de serviços de saúde entre os indivíduos com maior escolaridade e renda e mesmo entre aqueles que procuraram assistência, motivados por algum episódio de morbidade, a escolaridade era maior. Os resultados do estudo sugerem uma maior equidade na utilização de serviços nas áreas com atendimento do

PSF. As amostras incluíram indivíduos de todas as idades, portanto o estudo não levou em conta necessidades específicas dos idosos como doenças crônicas e incapacidade para AVD. Além disso, na amostra da população não coberta pelo PSF o percentual de idosos era inferior ao da outra amostra e inclusive inferior ao da população brasileira, sugerindo que possa haver algum problema na representatividade dessa amostra (Goldbaum, 2005).

Quadro 1: Principais estudos sobre utilização de serviços de saúde por idosos

Autor(es)/Ano/País/ Publicação	População(N)/Idade	Delineamento	Resultados
Fernández-Olano C, Hidalgo JD, Berda-Díaz R, Requena-Gallego M, Sanchez- Castaño C, Urbistondo-Cascales L, Otero-Puime A/ 2006/ Espanha/ Health Policy	Amostra de 787 indivíduos acima de 64 anos	Transversal	Uso dos serviços de saúde por idosos nos últimos três meses foi de 74,5%, dos quais 59,4% consultaram com clínicos gerais. Após ajuste, o uso esteve associado a baixa autopercepção de saúde, a necessidade de cuidados e a baixo nível educacional.
Unutzer J, Patrick DL, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, Katon W/1997/EUA/ JAMA	Amostra de 2558 indivíduos acima de 65 anos. Nota: 5012 indivíduos foram selecionados, porém 2454 se recusaram a participar do estudo.	Longitudinal (follow-up 4 anos)	Após ajuste para sexo, idade e doença crônica, sintomas depressivos foram associados com um significativo aumento nos custos dos serviços médicos.
Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo F/ 2000/ Espanha/ Social Science and Medicine	Amostra de 3475 indivíduos a partir de 65 anos. Nota: Analisados 3154 porque 9% foram excluídos por perdas de dados em algumas variáveis	Transversal (dados do Inquérito de Saúde Espanhol de 1993)	Uso de serviços de saúde nos últimos 15 dias: 33% dos indivíduos; associado a nº de medicamentos consumidos, saúde auto-referida ruim, sofrer algum tipo de limitação funcional no trabalho de casa, ter sido confinado a cama por problema de saúde e desemprego.
Mirallas MA, Kimberlin CL/ 1998/ Brasil/ Social Science and Medicine	Amostra estratificada em 3 comunidades no Rio de Janeiro de 436 indivíduos a partir de 60 anos.	Transversal	Os mais pobres apresentaram significativa menor oferta de serviços de saúde (consultas médicas, exames complementares, serviços de emergência, oferta de medicamentos)
Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L/ 2003/ Brasil//Cad Saúde Pública	Amostra de 29.976 indivíduos a partir de 60 anos de idade. Destes, 28943 (99,9%) participaram do estudo.	Transversal (baseado na amostra da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílios –PNAD de 1998)	Prevalência de atendimento médico nas últimas duas semanas foi de 20% (22,8% entre as mulheres e 17,2% entre os homens) e a procura não aumentou com a idade. Doença crônica foi relatada por 69% dos indivíduos. Total autonomia para atividades da vida diária foi referida por 85% dos idosos.
Chen JY, Allison D, Nadereh P, Kagawa-Singer M/ 2005/ EUA/ Am J Prev Med	Inquérito telefônico domiciliar de saúde da Califórnia de 2001: 57000 indivíduos a partir de 65 anos com-	Transversal (dados secundários)	O uso de serviços preventivos (mamografia, vacina para influenza e screening colorretal) foi menor entre afro-

	pletaram as entrevistas, com uma taxa de resposta de 37,7%.		americanos, latinos e ázio-americanos a despeito da cobertura “quase” universal do Medicare para os idosos.
Yount KM, Agree EM, Rebellon C/2004/ Egito e Tunísia/ Social Science and Medicine	Amostras de voluntários, estratificados pela idade, de 1179 indivíduos no Egito e 1236, na Tunísia acima de 60 anos, não institucionalizados. Dados completos de 1067 respondentes no Egito e 1192 na Tunísia	Transversal	Após análise ajustada o nº de consultas médicas é semelhante entre homens e mulheres na Tunísia e mais baixo para mulheres no Egito. O uso de serviços de saúde na Tunísia é maior entre mulheres que relatam não ter morbidade ou prejuízo funcional e é similar entre homens e mulheres com relato de morbidades.
Dunlop D D, Manheim LM, Song J,Chang RW/2002/EUA/ J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci	Dados do Inquérito de Saúde dos Idosos de 1993-95 nos EUA.	Transversal	Homens afro-americanos tiveram menos consultas médicas, mulheres brancas não-hispânicas utilizaram menos hospitais e mulheres hispânicas usaram menos os serviços domiciliares de enfermagem. Houve barreira financeira apenas para uso de serviços dentários, não cobertos pelo Medicare.
Okoro CA, Strine TW, Young SL, Balluz LS, Mokdad AH/2005/ EUA/ Prev Med	Dados secundários do Inquérito de Comportamento de Risco em Idosos de 2002 realizado em alguns estados dos EUA. Participaram 46.659 indivíduos a partir de 65 anos.	Transversal	Uso de serviços de saúde regularmente foi relatado por 93% dos indivíduos. Cuidados preventivos foram mais freqüentes entre os que usavam regularmente serviços de saúde. Razoes para não usar serviço de saúde regularmente: custo financeiro (27%), demora para obter consulta medica (20%) e falta de transporte (9%).
Walter-Ginzburg A, Chetrit A, Medina C, Blumstein, T, Gindin J,Modan B/Israel/ 2001/J Am Geriatr Soc	Amostra de base populacional de 1487 indivíduos a partir de 75 anos de idade	Transversal	O uso de serviços de saúde, consultas médicas no ultimo mês e hospitalização no ultimo ano, foi principalmente associado com condições de saúde. O atendimento em sala de emergência foi menor em idosos que residiam sozinhos.
Firmo JOA, Barreto, SM, Lima-Costa MF/Brasil /2003/ Cad Saúde Publica	Todos os idosos residentes da cidade de Bambuí (MG) foram selecionados, 1742 indivíduos, e 1494 (85,8%) participaram do estudo.	Transversal	A realização de tratamento médico para HAS associou-se a sexo feminino, antecedente de cardiopatia isquêmica e maior renda familiar.
Bós AMG, Bós AJG/Brasil/ 2004/ Ver Saúde Pública	Amostra de 7920 indivíduos com idade acima de 60 anos do Rio Grande do Sul (RS).	Transversal	O ultimo atendimento de saúde foi na rede privada em 42% dos idosos. Sexo feminino, aumento da idade e renda familiar e maior escolaridade associaram-se ao uso de serviços privados de saúde.

1.3 EQUIDADE NA UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Permitir a utilização do sistema de saúde para os indivíduos que dele necessitem é o objetivo dos sistemas de saúde de livre acesso. Embora inter-relacionados o acesso e a utilização dos serviços de saúde têm significados diferentes. O acesso é um processo definido como o “uso oportuno de serviços de saúde para alcançar o melhor resultado possível em saúde”. O acesso é influenciado pela disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade (Whitehead, 1992). Alguns indicadores de acesso são: a existência de profissionais capacitados para o atendimento da população, a distância a ser percorrida até o serviço de saúde, o tempo de espera para conseguir utilizar o serviço de saúde, o conhecimento que os indivíduos possuem sobre a existência e a eficiência dos cuidados oferecidos e a satisfação do usuário com o serviço de saúde. Esta última é importante para o usuário seguir as orientações recebidas no serviço de saúde assim como para retornar a esse serviço (Litaker, 2005). Embora vários indicadores de acesso (tais como a disponibilidade de recursos, o tempo de espera, a cobrança de taxas aos usuários e outras barreiras aos cuidados) podem ser mensurados, raramente uma noção complexa de acesso como a descrita acima pode ser diretamente observada. Na terminologia de Aday & Andersen o uso reflete a extensão na qual “acesso potencial” converte-se em “acesso realizado”. Porém, é importante salientar que a utilização pode ser independente da necessidade, enquanto que obter acesso ao cuidado de saúde pressupõe o entendimento pelo indivíduo de que a necessidade de saúde existe. Para avaliar o uso de serviço relacionado a uma necessidade de saúde, portanto mais vinculado à noção de acesso, pode ser medido o uso de serviços pode motivado por morbidade específica (Aday, 1981). A esse respeito, a Organização Mundial de Saúde recomenda que os sistemas de saúde devem ter indicadores de acesso semelhante para todos os indivíduos que tenham necessidades de serviços de saúde (WHO, 2000).

A equidade é um princípio ético, estreitamente relacionado aos princípios de direitos humanos. Para os propósitos de medida e operacionalização, equidade em saúde é a ausência de desigualdades sistemáticas em saúde (ou nos principais determinantes sociais de saúde) entre grupos com diferentes níveis de vantagens/desvantagens sociais subjacentes, como riqueza ou prestígio. Avaliar equidade em saúde requer comparar saúde e seus determinantes sociais entre grupos sociais mais e menos privilegiados. Essas comparações são essenciais para avaliar se as políticas de saúde estão se

aproximando ou se afastando de uma maior justiça social em saúde (Braveman, 2003). A equidade, no contexto de avaliação de serviços de saúde, é aceita como o uso igual para necessidades iguais. Há equidade horizontal quando indivíduos com as mesmas necessidades utilizam igual quantidade de cuidados de saúde. Há uma equidade vertical quando indivíduos com diferentes níveis de necessidade consomem, apropriadamente, diferentes quantidades de cuidado (Whitehead, 1992). Um dos problemas a ser considerado na questão de medir equidade é definir o que é necessidade de cuidados de saúde. Consideram-se variáveis de necessidade as que devem afetar o uso dos serviços de saúde. Essas variáveis se referem às morbidades do indivíduo e sua percepção delas (Aday, 1981).

Na Inglaterra, Goddard e Smith em 2001 conduziram uma revisão sobre o período de 1990-1997: eles concluíram que vários estudos que mostravam iniquidades no uso de alguns tipos de cuidados em saúde eram metodologicamente inadequados (Goddard, 2001). Em particular, eles apontaram as dificuldades associadas com definição e medida de necessidades em saúde, principalmente quando o estudo media a utilização por todas as causas e não por causa-específica. Van Doorslaer et al utilizaram o Inquérito Domiciliar Geral de 1989 da Inglaterra para avaliar em que extensão as consultas ao médico de família, consultas com especialistas e a permanência no hospital variavam com a renda. Os resultados confirmaram a ênfase dada por Goddard e Smith na importância de medida de necessidade. Quando foi utilizada a medida bruta de necessidade a distribuição de consultas do médico de família foi maior entre os pobres porém, com medidas mais detalhadas de necessidade, as consultas não se associaram a renda. A renda teve uma positiva, porém não significativa associação com consultas a especialistas e teve uma associação positiva e significativa com permanência hospitalar (Van Doorslaer, 2000). Investigando a equidade do uso de serviços na Inglaterra, Morris et al examinaram dados do Serviço Nacional de Saúde daquele país de 1998 a 2000 e concluíram que indivíduos de baixa renda tiveram menor uso de cuidados secundários apesar de terem maior uso de cuidados primários de saúde (Morris, 2005).

Estudo que avaliou a equidade do uso de serviços de saúde nas quatro maiores cidades da América Latina, Cidade do México, São Paulo, Montevideu e Santiago fez um amplo levantamento de dados econômicos e sociais de cada país além dos dados individuais colhidos em amostras populacionais de indivíduos a partir de 60 anos em cada cidade. Esses dados permitiram a criação de indicadores relacionados ao acesso

(disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade) e utilização de serviços de saúde (consultas ao médico nos últimos 12 meses). Os níveis de acesso variaram em todas as quatro cidades. Considerando o alto nível de desigualdade econômica no Brasil e o baixo nível do Uruguai, os idosos em São Paulo tiveram um acesso mais equitativo do que o esperado enquanto que no Uruguai ocorreu o inverso. A iniquidade no México deveu-se principalmente ao baixo nível de cobertura de assistência à saúde. Nas quatro cidades a cobertura de assistência à saúde e o modo de funcionamento dos sistemas de saúde são mediadores na relação entre a desigualdade econômica e a falta de acesso equitativo à atenção primária. Os autores chamam a atenção de que esses resultados apontam para o fato de que a redução das desigualdades econômicas e o aumento da riqueza nacional não garantem uma melhor equidade no acesso aos serviços de saúde (Wallace, 2005).

1.4 DEPRESSÃO EM IDOSOS

A depressão entre os idosos é um dos mais relevantes problemas tanto na área clínica como na de saúde pública. Na área clínica tem sido verificada a existência de associação entre depressão e doenças crônicas. A depressão é um fator independente para o desenvolvimento de doenças assim como para um pior prognóstico dessas doenças. Também tem sido observado que a depressão está associada a uma pior aderência ao tratamento por parte de doentes crônicos como hipertensos e diabéticos (Jiang, 2001). Pesquisas clínicas identificaram que lesões cerebrais isquêmicas levam a depressão por interferir no funcionamento cerebral, mais do que pelas conseqüências emocionais esperadas em razão das seqüelas físicas e suas limitações para o paciente. Estudos clínicos apontam que 80% das pessoas que cometem suicídio apresentavam sintomas evidentes de depressão (Roosen, 2004).

A grande maioria das pessoas idosas com sintomas depressivos não procura profissionais da saúde mental, mas busca o atendimento na atenção básica de saúde. A prevalência estimada de depressão em idosos pode variar de 5 a 50 % conforme a metodologia utilizada para medir a depressão e a gravidade da doença depressiva pesquisada (Barkin, 2000).

Os pacientes idosos depressivos costumam consultar nos serviços de atenção primária antes de procurar um serviço de saúde mental. Eles frequentemente negam que tenham depressão e muitas vezes subestimam a severidade de seus sintomas o que dificulta o reconhecimento da doença pelos médicos. Os idosos apresentam, conforme a metodologia dos estudos e a origem da população estudada, taxas de depressão de 5 a 50% e a taxa de suicídio aumenta com a idade. Neste grupo, a depressão pode existir isoladamente ou secundária a outras morbidades. A frequência de depressão vem aumentando e a idade de início da doença tem diminuído (Barkin, 2000).

A depressão em idosos é um grave problema de saúde pública afetando no mínimo um a cada seis pacientes dos serviços de saúde de atenção básica. Apesar dos idosos com depressão mais provavelmente terem o primeiro contato com um serviço de saúde na atenção primária sabe-se que os médicos da atenção básica têm dificuldade em reconhecer a doença depressiva. Um estudo nos Estados Unidos com 508 pacientes adultos de atenção básica aplicou um instrumento de triagem para depressão e encontrou em 136 deles escores elevados compatíveis com doença depressiva. Somente 36 desses 130 pacientes foram considerados depressivos nos registros médicos (Callahan, 1997). Um outro estudo norte-americano avaliou o Inquérito Nacional Ambulatorial de Saúde nos anos de 1997/98 e após controle para sintomas depressivos observou-se que médicos de atenção primária tinham 56% menos probabilidade de registrar diagnóstico depressivo em consultas de idosos, 37% em consultas de afro-americanos e 35 % em consultas pelo Medicaid, plano de saúde mais utilizado pelos indivíduos de renda mais baixa (Harman, 2001).

Mesmo após ter obtido o diagnóstico de doença depressiva o prognóstico parece não melhorar substancialmente. Uma meta-análise de artigos publicados no período de janeiro de 1984 a novembro de 1996 estimou que após 24 meses do diagnóstico 33% dos pacientes estavam bem, 33% seguiam com depressão e 21% haviam morrido. A doença física, a incapacidade, o prejuízo cognitivo e uma depressão mais severa associaram-se aos piores desfechos. Os autores concluíram que a depressão em idosos em atendimento no nível primário de saúde tem um prognóstico ruim, talvez por ser crônica ou negligenciada, ou ambas, e provavelmente tratada de maneira inadequada (Cole, 1999). Há evidências de que o tratamento para a depressão é mais bem aceito se realizado de maneira integrada aos serviços básicos de saúde do que em clínicas especializadas em saúde mental (Bartels, 2004).

Quadro 2. Principais estudos sobre depressão em idosos.

Autor(es)/Ano/País/ Publicação	População(N)/Idade	Delineamento	Resultados
Unutzer J, Patrick D, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, Katon W/1997/EUA/ JAMA	5012 usuarios do Medicare acima de 65 2558 (51%) participaram. Os não participantes eram mais velhos e tinham mais doenças crônicas.	Coorte prospectiva de 4 anos Utilizada a escala do Centro para Estudos Epidemiológicos de Depressão (CES-D)	A prevalência de depressão variou de 14 a 18%. Os gastos em saúde dos indivíduos deprimidos foram maiores do que entre os não deprimidos após ajuste para sexo, idade e doenças crônicas.
Lyness J, King DA, Cox C, Yoediono Z, Caine ED/ 1999/EUA/American Geriatrics Society	224 pacientes, a partir de 60 anos, recrutados em consultórios médicos e clínicas de medicina de família.	Transversal Utilizada a Escala de Hamilton para Depressão.	A soma dos percentuais de depressão maior, depressão menor e distímia foi de 12,6%. A prevalência de depressão sub-sindrômica foi de 10% e se associou à incapacidade funcional e co-morbidades.
Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC/2004/Brasil/ Rev Saúde Pública	583 indivíduos, a partir de 60 anos, amostra populacional.	Transversal	Após ajuste, depressão foi mais encontrada entre mulheres, mais velhos, menor escolaridade, sem trabalho remunerado, tabagistas atuais e os que tiveram perda de familiar no último ano.
Osuna E, Perez-Carceles, Conejero J, Abenza JM, Luna A/ 1997/Espanha?Social Science & Medicine	Todos os casos de suicídio de indivíduos com 65 anos ou mais (461) ocorridos em Madri entre 1990-94 foram estudados.	Descritivo	Membros da família haviam notado sintomas de depressão em 49,5% dos casos e 68,9% dos indivíduos eram portadores de doenças orgânicas.
Al-Shamari SA, Al-Subaie A/1999/Arábia Saudita/ Int J Geriatr Psychiatr	Indivíduos (n=7970) a partir de 60 anos de idade selecionados a partir de cadastramento em centros de saúde de atenção básica.	Transversal	Prevalência de depressão usando GDS foi de 39%. A depressão esteve associada com baixa escolaridade, desemprego, ser divorciado(a)/viúvo(a) e auto percepção de saúde como ruim.
Barry KL, Fleming MF, Manwell LB, Copeland LA, Appel S/1998/ EUA/Fam Med	Amostra de 2732 indivíduos a partir de 60 anos recrutados a partir de 24 consultórios de clínicos gerais	Transversal	Prevalência de depressão: ao longo da vida foi 18% em mulheres e 9% em homens 9%; no momento da entrevista foi 11% em mulheres e 6% em homens.
Bartels SL et al/ 2004/EUA/ Am J Psychiatry	Amostra de 2022 indivíduos, de 10 centros de atendimento de atenção básica, com atendimento por saúde mental na atenção básica (999) ou referenciados para clínicas especializadas (1023).	Ensaio clínico randomizado	Idosos pacientes de atenção básica tiveram melhor aderência ao tratamento de saúde mental quando ele foi integrado aos cuidados básicos do que quando ele foi oferecido em clínicas especializadas.
Berardi D, Menchetti M, De Ronchi D,	Amostras de 606 pacientes a partir de 60 anos e 1290 pacientes	Transversal. Utilizado questionário e avaliação	Prevalência de depressão (incluindo sub-sindrômica):

Rucci P, Leggieri G, Ferrari G/ Itália/2002/ J Am Geriatr Soc	2nte 14-59 anos de 191 clínicas de AB	clínica para depressão (instrumento recomendado pela OMS).	em idosos - 12,2%; 14 a 59 anos - 11,8%.
Bosworth HB, Bartash RM, Olsen MK, Steffens DC /2003/ EUA/ Int J Geriatr Psychiatry	Amostras de indivíduos acima de 58 anos: 293 tinham depressão e 151 sem doença mental.	Longitudinal, prospectivo, durante 3 anos.	Indivíduos portadores de depressão, fatores estressantes ou falta de suporte social tem maior probabilidade de se tornarem hipertensos.
Callahan EJ, Bertakis K D, Azari R, Helms L J, Robbins J, Miller J / EUA/ 1997/ Fam Med	Amostra de 508 adultos (18 a 59 anos) novos pacientes em AB, selecionados aleatoriamente.	Transversal, Utilizado Inventário de Depressão de Beck (BDI) e revisados prontuários médicos.	Somente 36 dos 130 pacientes com elevados escores no BDI foram considerados deprimidos nos registros médicos. Após ajuste: mulheres e maior escolaridade foram associados com maior probabilidade de diagnóstico pelos médicos.
Cole MG, Bellavance F, Mansour A/1999/ Am J Psychiatry	Metanálise de 12 estudos sobre o prognóstico de depressão entre idosos (populacional e em AB)	Períodos da revisão: Medline jan/81 a nov/96; PsycINFO - jan/84 a nov/96.	Ao fim de 24 meses 33% dos indivíduos estavam bem, 33% seguiam deprimidos e 21% haviam morrido.
Dowrick CF, Bellon JA, Gomez M J/Inglaterra e Espanha/ 2000/ Br J Gen Pract	Amostra de 125 indivíduos que consultavam médico com frequência pareados com 175 controles. Estudo realizado em Liverpool e Granada.	Caso-controle	Prevalência de depressão semelhante em Liverpool e Granada (acima de 50% entre os usuários frequentes de atenção básica. Os sintomas depressivos foram o maior preditor de frequência no atendimento médico.
Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Ten Have T, Bruce ML / EUA/ 2005/ Am J Geriatr Psychiatry	Amostra de 1226 pacientes a partir de 60 anos usuários de ambulatórios de AB Utilizada a escala geriátrica para depressão.	Coorte prospectivo (período de 2 anos)	Foram classificados 598 pacientes como depressivos na linha de base do estudo. Após dois anos, 64 haviam morrido. Esses resultados se mantiveram, após o ajuste para fatores de confusão.
García Serrano M J, Tobias Ferrer J/Espanha/2001/ Aten Primaria	Amostra de 173 pacientes acima de 64 anos. Utilizada versão completa da escala de Yesavage (GDS) de 30 itens)	Transversal	Prevalência de depressão de 16% (escore acima de 15). Associação com sexo feminino, maior idade (acima de 75 anos), baixa escolaridade, dependência para AVD e isolamento social.
Harman JS, Schulberg HC, Mulsant BH, Reynolds CF/EUA/ 2001/ J Fam Pract	Dados de 1997 e 1998 do Inquérito Nacional Ambulatorial.	Transversal	Após controle para sintomas depressivos médicos tiveram 56% menor probabilidade de registrar diagnóstico de depressão para pacientes idosos, afro-americanos e pacientes do Medicaid.
Harris T et al/ Inglaterra/ 2003/ Age Ageing	Inquérito postal de pacientes registrados com dois médicos de família em Londres (N=2276 indivíduos)	Transversal Utilizada Escala de Depressão Geriátrica (GDS)	Responderam 1602 indivíduos (70,4%). Após ajuste para idade, sexo e médico os escores mais altos para depressão.
Pfaff J J, Almeida OP	Amostra aleatória de 504	Transversal	Idéias recentes de suicídio ocorreram

/Australia/2004 / J Affect Disord	pacientes, a partir de 60 anos, de clínicos gerais.		em 6,3% dos pacientes e foram associadas com sintomas depressivos, no mínimo ocasionais, na semana prévia e tentativa anterior de suicídio.
--------------------------------------	---	--	---

1.5 INCAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS

A incapacidade funcional é definida pela Organização Mundial de Saúde como o comprometimento, limitação de atividade ou restrição na participação de um indivíduo, resultante de uma interação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais, incluindo características pessoais.

A incapacidade funcional reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de mortalidade dos idosos, por isso é considerada um importante indicador de saúde dos idosos. A mensuração da incapacidade funcional em idosos tem sido realizada através do grau de autonomia para a realização de tarefas básicas de cuidados pessoais e de tarefas mais complexas, necessárias para viver independente na comunidade.

1.6 JUSTIFICATIVA

No Brasil, inquéritos populacionais têm demonstrado que a prevalência de doenças crônicas nos idosos brasileiros é semelhante à dos idosos de países desenvolvidos, no entanto os mais pobres apresentam piores condições de saúde e menor utilização de serviços de saúde (Lima-Costa, 2003; Lima-Costa 2005).

O Brasil tem apresentado nas décadas mais recentes um rápido crescimento na proporção da população idosa. Essa mudança no padrão demográfico tem importante implicação para as políticas sociais, principalmente para as políticas de saúde. É de especial interesse a atenção básica porque às necessidades de saúde do idoso pode se contrapor o sistema de atendimento dos serviços de saúde no Brasil historicamente voltado para as populações mais jovens, especialmente crianças (Bós, 2004).

O Brasil nas últimas décadas vem conquistando importantes avanços no campo da saúde. O processo de construção do SUS foi construído sobre os pilares da universalização, integralidade, descentralização e participação popular (Silvestre, 2003). Nesse contexto, o Ministério da Saúde assumiu a Estratégia de Saúde da Família cuja

proposta é uma nova dinâmica para a organização dos serviços básicos de saúde bem como para a relação com a comunidade. A estratégia busca uma melhor qualidade e resolubilidade na assistência à saúde, elegendo a família como o núcleo básico de abordagem no atendimento a saúde (Brasil, 2000).

1.6.1 Utilização de serviços por idosos

Existem ainda poucos estudos em nosso meio que avaliam a utilização de serviços básicos de saúde por idosos, sobretudo utilizando análise comparativa entre regiões geográficas do país e modelos de atenção básica. Os trabalhos realizados em países desenvolvidos têm constatado a presença de desigualdades sociais em saúde e na utilização de serviços médicos (Dunlop, 2000; Fernandez-Mayoralas, 2000; Fernandez-Olano, 2006; Goddard, 2001; Keskimaki, 1995; Liu, 2002; Lorant, 2002). Este estudo pretende avaliar a utilização dos serviços básicos de saúde pelos idosos residentes em áreas de abrangência em duas regiões geográficas do país, Sul e Nordeste, conforme a estratégia de atendimento utilizada, PSF e Tradicional.

Os resultados deste estudo permitirão identificar as diferenças na utilização de serviços básicos de saúde pelos idosos residentes em áreas de abrangência de UBS entre as duas estratégias de atendimento na atenção básica. Esses resultados deverão contribuir para orientar intervenções em saúde pública capazes de promover uma distribuição justa e com boa qualidade dos serviços básicos de saúde aos idosos.

1.6.2 Depressão em idosos

A depressão é uma doença mental associada a maior morbidade e mortalidade entre os idosos. Apesar disso, 30 a 50% dos casos não é identificado (McQuaid, 1999). Considerando que o primeiro atendimento desses idosos costuma ser na atenção primária, é relevante identificar a prevalência dessa morbidade e os fatores a ela associados entre os idosos residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Este estudo irá avaliar a frequência de depressão e os fatores a ela associados na população idosa residente em áreas de abrangência de UBS em duas regiões geográficas

do país. Os resultados do estudo permitirão o dimensionamento desse importante problema de saúde em uma população particularmente vulnerável, idosos de baixa renda, possibilitando a formulação de respostas adequadas por parte do poder público como a capacitação de profissionais da rede básica de saúde, a elaboração de programas específicos para a prevenção e o manejo da doença depressiva.

1.6.3 Incapacidade funcional em idosos

A prevenção da incapacidade funcional em idosos depende da identificação dos fatores de risco e de suas interações. Este estudo pretende investigar, através da revisão de artigos longitudinais, os principais determinantes de incapacidade funcional em idosos.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 Gerais

- Avaliar a utilização de serviços da atenção básica à saúde por idosos de baixa renda nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.
- Avaliar sintomas depressivos em idosos de baixa renda nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.
- Avaliar fatores de risco para incapacidade funcional em idosos.

1.7.2 Específicos

- Avaliar a prevalência de utilização de serviços ambulatoriais de saúde nos últimos 30 dias por idosos residentes em áreas de abrangência de UBS.
- Avaliar a associação de fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde com a utilização de serviços ambulatoriais nos últimos 30 dias por idosos residentes em áreas de abrangência de UBS.
- Avaliar a equidade do uso de serviços ambulatoriais quanto a fatores socioeconômicos dos idosos

- Avaliar a associação do modelo de atenção da UBS, Tradicional ou PSF, com a utilização de serviços ambulatoriais, por idosos residentes em áreas de abrangência de UBS.
- Avaliar a prevalência de utilização de serviços básicos de saúde nos últimos seis meses, por idosos portadores de condições crônicas de saúde, residentes em áreas de abrangência de UBS;
- Avaliar a associação de fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde com a utilização de serviços básicos de saúde nos últimos seis meses por idosos portadores de condições crônicas de saúde, residentes em áreas de abrangência de UBS.
- Avaliar a equidade do uso de serviços básicos de saúde quanto a fatores socioeconômicos dos idosos.
- Avaliar a associação do modelo de atenção da UBS, Tradicional ou PSF, com utilização de serviços básicos de saúde nos últimos seis meses, por idosos portadores de condições crônicas de saúde, residentes em áreas de abrangência de UBS.
- Avaliar a prevalência de sintomas depressivos por idosos residentes em áreas de abrangência de UBS.
- Identificar fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde associados com sintomas depressivos em idosos por idosos residentes em áreas de abrangência de UBS.
- Identificar os principais determinantes de incapacidade funcional em idosos e propor medidas preventivas para aqueles fatores modificáveis.

1.8 HIPÓTESES

Em razão da escassez de estudos que comparem características do uso de serviços de saúde dos modelos de atenção básica, Tradicional e PSF, algumas hipóteses não foram baseadas na literatura. As principais hipóteses deste estudo são:

a prevalência de utilização de serviços básicos nos últimos 30 dias será superior a 15% (Goldbaum, 2005);

consultas médicas no Posto de Saúde de abrangência serão mais freqüentes entre os idosos que são atendidos por UBS com modelos de atenção do PSF;

a prevalência de utilização de serviços básicos de saúde por idosos portadores de HAS, Diabetes Mellitus e doenças dos nervos nos últimos seis meses será de 20% para cada

uma dessas doenças e será maior na região nordeste e na população de abrangência de UBS atendidas pelo PSF (Goldbaum, 2005 , Lima-Costa, 2003);

gênero feminino, idade acima de 75 anos e percepção ruim de saúde estarão mais associados ao uso dos serviços de saúde, independente do modelo de atenção (Lima-Costa, 2003, Fernandez-Olano, 2006);

apenas variáveis relacionadas a saúde, incapacidade funcional e autopercepção negativa da própria saúde, serão associadas com consultas médicas dos idosos portadores de condições crônicas de saúde.

a prevalência de doença depressiva será superior a 10% e estará associada a gênero feminino, doenças somáticas, incapacidade funcional e poucos contatos sociais (Djernes, 2006);

a participação em atividades educativas de idosos portadores de HAS, Diabetes Mellitus e doenças dos nervos será maior nas UBS atendidas pelo PSF;

a estratégia do PSF promoverá maior equidade (não terá associação com variáveis socioeconômicas) na utilização de serviços de saúde por idosos nas UBS do que naquelas com a estratégia Tradicional;

a prevalência de sintomas depressivos será superior a 20% (Lebrão, 2005);

gênero feminino, aumento da idade, auto-percepção de saúde como não boa, doenças crônicas estarão associados a depressão em idosos (Gazalle, 2004);

osteoartrite, déficit visual, diabetes mellitus (Dunlop, 2002) e sedentarismo (Clark, 1996) estarão entre os determinantes de maior incidência de incapacidade funcional em idosos;

1.9 MARCO TEÓRICO

1.9.1 Utilização de serviços de saúde

A utilização de um serviço de saúde é o resultado de um complexo sinergismo de vários fatores. Em uma situação ideal a utilização de um serviço de saúde dependeria da condição de saúde do indivíduo e da disponibilidade do serviço de saúde. No entanto, na realidade isso ocorre de forma diferente porque características do indivíduo e de seu

contexto assim como aspectos relacionados ao sistema de saúde desempenham um importante papel para que esse evento se realize.

Vários estudos em países ocidentais demonstraram que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde (Kaplan, 2000, Fernandez-Mayoralas, 2000). Há evidências de que as mulheres idosas apresentam maior comprometimento de atividades de vida independente do que homens na mesma faixa etária. Além disso, a comprovada maior longevidade feminina expõe as mulheres a maiores necessidades em saúde (Arber, 1999). O fator idade costuma influenciar bastante o uso de serviços de saúde na medida em que o avanço da idade tende a aumentar as necessidades de cuidados de saúde. No entanto a partir de 85 anos de idade parece haver uma estabilização das necessidades de saúde e deixa de haver uma relação direta entre idade e uso de serviços de saúde (Fernandez-Mayoralas, 2000). A cor da pele preta do indivíduo idoso pode estar associada a um menor acesso aos serviços de saúde como alguns estudos demonstraram em outros níveis de atenção a saúde (Keith, 1990; Ibrahim, 2003; Lowe, 2001).

A renda familiar tem uma forte associação com o uso de serviços de saúde, porém o sentido dessa associação parecer ser diferente dependendo do nível de atenção de saúde. Na atenção primária os mais pobres costumam utilizar mais os serviços de saúde enquanto o inverso ocorre nos outros níveis de atenção a saúde (Goddard, 2001, Dunlop, 2000). A menor escolaridade costuma associar-se a maior utilização de serviços básicos de saúde, nos sistemas de saúde com cobertura universal (Fernandez-Olano, 2006). Dados recentes do Projeto da OMS de Saúde, Bem Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE) sugerem que esse efeito pode se modificar dependendo do contexto dos indivíduos. Em Santiago e Cidade do México a maior escolaridade associou-se a um maior uso de serviços de saúde enquanto que em São Paulo ocorreu o inverso (Noronha, 2005). Em relação à situação conjugal os indivíduos idosos sem companheiro/ viúvos utilizam mais os serviços de saúde (Dachs, 2002). O desemprego está associado a uma maior necessidade de utilização dos serviços de saúde, porém ela nem sempre é satisfeita (Ahs, 2005).

As necessidades de cuidados de saúde são as determinantes mais proximais da utilização dos serviços de saúde. A depressão, a incapacidade para AVD, uma autopercepção de saúde como ruim, o tabagismo, a existência de doenças crônicas e a necessidade de atendimento domiciliar estão associadas a uma maior utilização dos serviços básicos de saúde (Lima-Costa, 2003, Goldbaum, 2005, Baris, 1998). No

entanto, essas variáveis são também parcialmente determinadas pelas variáveis mais distais. As mulheres apresentam maior prevalência de doenças depressivas e de incapacidade para AVD (Manton, 1997). O sexo feminino também está associado a uma pior autopercepção de saúde (Gallo, 2005). O aumento da idade associa-se a uma maior prevalência de incapacidade para AVD (Manton, 1997). Em relação à situação conjugal os indivíduos idosos sem companheiro/ viúvos utilizam mais os serviços de saúde (Goddard, 2001).

As características do serviço de saúde como a existência de agendamento das consultas médicas, o menor tempo de espera entre a solicitação e a consulta médica, o número adequado de profissionais médicos, o número adequado de equipes de PSF e de agentes comunitários (em UBS com PSF), a disponibilidade dos serviços durante um maior período de tempo, a existência de cadastramento da população, a área física da UBS em boas condições, a existência de atividades preventivas, a possibilidade de referenciar os pacientes para especialistas, a possibilidade de solicitar exames complementares são fatores que contribuem para um maior acesso do indivíduo aos serviços básicos de saúde (Blundell, 2000, Diamant, 2004, Goldbaum, 2005).

1.9.2 Depressão em idosos

A depressão entre os idosos apresenta algumas peculiaridades em relação à depressão em outras faixas etárias. Uma revisão de literatura recente apontou uma grande amplitude nas prevalências de depressão em idosos entre os estudos publicados e esse achado foi atribuído as variações geográficas e culturais dos preditores de depressão e a diferenças metodológicas (Djernes, 2006). Tem sido argumentado que o prejuízo cognitivo e a presença de co-morbidades poderiam “mascarar” os sintomas depressivos, tornando mais difícil o reconhecimento da doença pelos médicos. Alguns aspectos importantes dessa morbidade é que ela costuma ser um agravante de outras doenças que freqüentemente co-existem nessa faixa etária, entre outros motivos porque leva a uma diminuição de aderência ao tratamento, e em casos extremos pode levar a morte pelo suicídio (Consoli, 2003; Noel, 2004). O sexo feminino está mais associado a depressão em idosos, o que já ocorre em nas outras faixas etárias da população (Gazalle, 2004; Clemente, 2006). Esse achado tem sido atribuído a uma maior facilidade das mulheres em verbalizarem seus sentimentos, como também pela maior predisposição

dos médicos em diagnosticarem sintomas depressivos em mulheres (Luna, 2000; Harman, 2001). O avanço da idade se relaciona diretamente com maior prevalência de quadros depressivos, parcialmente explicado pela ocorrência de eventos como afastamento do convívio social e perda de familiares, freqüentes nessa faixa etária (Chew-Graham, 2004). Os indivíduos idosos que vivem sozinhos apresentam maior prevalência de sintomas depressivos provavelmente devido a um menor suporte social (Raj, 2004). Os idosos mais pobres têm maior prevalência de depressão assim como os indivíduos idosos com menor escolaridade, o que é explicado pela exclusão social causada pela baixa escolaridade, que dificulta o acesso ao emprego e renda (Grant, 2004).

O tabagismo, fator de risco para várias doenças, também está associado a maior prevalência de depressão (Noel, 2004). A realização de atividades físicas está associada a menor prevalência de depressão na medida em que representa uma melhor condução de saúde e de qualidade de vida para o indivíduo (Volkers, 2004).

A incapacidade funcional associa-se a uma maior prevalência de depressão (Bould, 2005). O mesmo acontece com uma pior autopercepção de saúde (Gallo, 2005). A presença de morbidade(s) crônica(s) está fortemente associada à depressão porque o indivíduo idoso portador de doença crônica tende a ter mais limitações na sua vida diária e com freqüência tem que fazer uso de varias medicações (Husaini, 2004; Harris, 2003).

1.10 MODELOS CONCEITUAIS

1.10.1 Utilização de serviços de saúde por idosos

Vários modelos teóricos têm sido formulados para compreender a complexa e multidimensional questão da utilização de serviços de saúde. Perspectivas econômicas, sociais, comportamentais têm sido utilizadas para esse fim (Jyväsjarvi, 2000). Para verificar se a utilização de serviços de saúde pelos idosos é adequada às necessidades dessa população e se a implantação do PSF garantiu uma maior utilização dos serviços de saúde pelos idosos, este estudo baseou-se em um modelo teórico, que relaciona variáveis individuais e dos serviços de saúde de uma maneira hierarquizada, para a avaliação de acesso a serviços de saúde por pessoas de baixa renda (Andersen, 2002).

Neste modelo, há três dimensões constituídas por elementos conceituais distintos. Em uma dimensão, está a variável referente ao contexto do indivíduo, a região geográfica do país, Sul ou Nordeste. Em uma segunda dimensão está a variável que representa o sistema de saúde, o modelo de atenção básica adotado pela UBS, Tradicional ou PSF. Em uma terceira dimensão estão as características dos indivíduos dispostas em três sub-níveis, hierarquizadas: primeiramente, os fatores que predis põem o indivíduo a procurar um serviço básico de saúde – o gênero, a idade e a raça; a seguir, estão os fatores que explicam a capacidade do indivíduo em obter o cuidado de saúde quando ele é necessário, aqui representado pela renda familiar, escolaridade, situação conjugal, situação de emprego/aposentadoria, a seguir, estão as características que representam a necessidade, subjetiva ou objetiva, do indivíduo em procurar um serviço básico de saúde – autonomia para atividades de vida diária (AVD), depressão, tabagismo, autopercepção de saúde, doenças crônicas auto-referidas (HAS, Diabetes Mellitus e doença mental). As dimensões contextual e do sistema de saúde influenciam as características individuais, determinando a utilização dos serviços básicos de saúde.

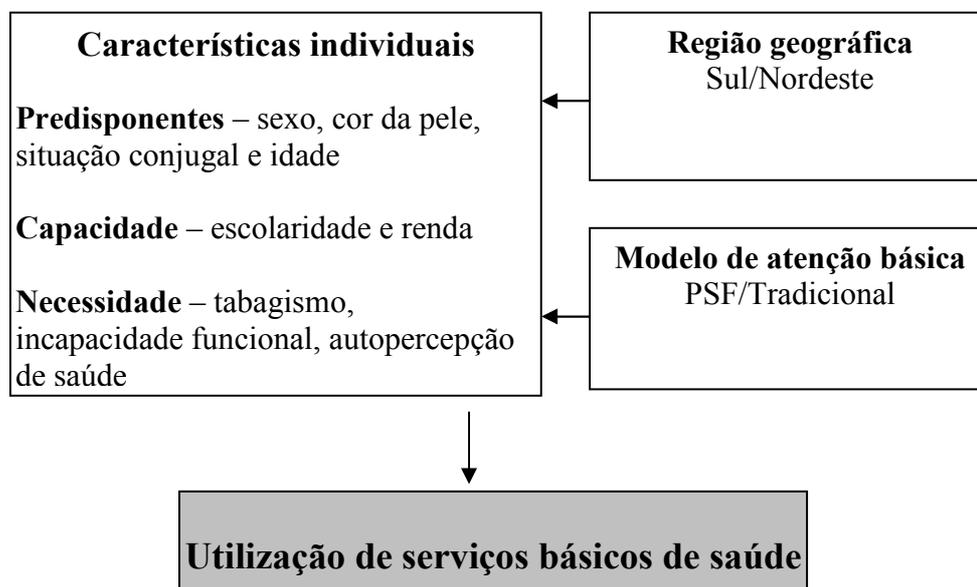


Figura 1 – Modelo conceitual da utilização de serviços de saúde por idosos

1.10.2 Depressão em idosos

O modelo conceitual para a compreensão da depressão está hierarquizado em três níveis de determinação. No nível mais distal encontram-se idade, escolaridade e cor da pele, no segundo nível, situação conjugal e aposentadoria e no terceiro nível, incapacidade funcional, autopercepção de saúde e doenças crônicas.

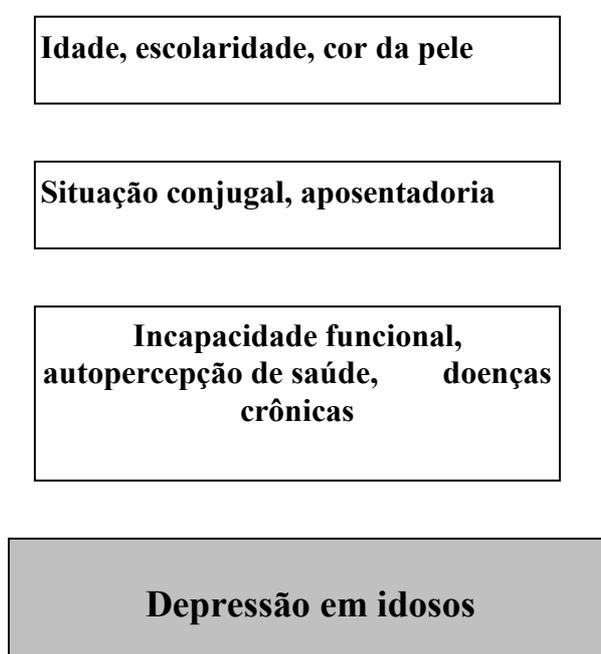


Figura 2 – Modelo conceitual de depressão em idosos

2. METODOLOGIA

2.1 DELINEAMENTO

Estudo transversal.

2.2 JUSTIFICATIVA DO DELINEAMENTO

O projeto de avaliação da utilização de serviços básicos de saúde e da doença depressiva por idosos em áreas de abrangência de UBS se constitui em um sub-estudo de um projeto maior, coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde, com apoio do Banco Mundial que estabelecerá uma linha de base para o monitoramento do PROESF e da estratégia do PSF.

Em saúde pública, cujas cadeias causais são complexas, os estudos observacionais constituem a alternativa mais adequada para a avaliação dos serviços de saúde. Estudos transversais permitem a avaliação de adequação de desempenho de serviços e de plausibilidade, ao comparar modelos ou programas de saúde (Black, 1996; Habicht, 1999). Apesar da possibilidade de causalidade reversa, já que exposições e desfecho são coletados simultaneamente, houve o cuidado de utilizar os recordatórios tradicionalmente utilizados na literatura com o objetivo de minimizar esse viés.

2.3 DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO ALVO

Foram consideradas elegíveis para o estudo pessoas a partir de 65 anos de idade, residentes em área de abrangência das UBS.

Esse critério de 65 anos como limite inferior para os idosos se justifica por motivo de comparabilidade com a literatura internacional principalmente de países desenvolvidos onde tradicionalmente os estudos sobre idosos utilizam, com frequência, indivíduos a partir 65 anos de idade. Além disso, cabe ressaltar que em vários aspectos relacionados à saúde, os indivíduos na faixa etária de 60 a 64 anos apresentam

características mais similares aos adultos do que com indivíduos de faixas etárias mais elevadas como os de acima de 80 anos de idade.

2.4 TAMANHO DA AMOSTRA

Para o Projeto do PROESF foi obtida uma amostra de 4003 idosos. Com esse tamanho de amostra, o estudo analisado neste projeto terá poder de 80% para encontrar prevalências entre 10 e 90% e fazer associações para encontrar riscos relativos a partir de 1,3.

2.5 AMOSTRAGEM

O Ministério da Saúde realizou no ano de 2005 uma avaliação da estratégia do PSF prevista no PROESF e financiada pelo Banco Mundial. Para fins de escolha das instituições que seriam responsáveis pelo estudo o país foi dividido em lotes, cada lote constituído por uma região geográfica. Em cada lote fizeram parte do estudo apenas municípios com população acima de 100.000 habitantes. A Universidade Federal de Pelotas foi escolhida para ser responsável por essa avaliação na metade do lote sul, composto pelos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, e na metade do lote Nordeste, composto pelos estados de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Piauí. O universo total do estudo foi constituído de 41 municípios, sendo 21 do lote Sul e 20 do lote Nordeste. Participaram do estudo 17 municípios no Rio Grande do Sul, 4 municípios em Santa Catarina, 2 municípios em Alagoas, 3 municípios na Paraíba, 10 municípios em Pernambuco, 2 municípios no Piauí e 3 municípios no Rio Grande do Norte. Em cada região geográfica houve a seleção de 120 UBS. No lote sul, nos 21 municípios estudados foi identificado um total de 626 UBS. No lote Nordeste, nos 20 municípios estudados foi identificado um total de 855 UBS. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Em cada lote as UBS foram estratificadas por tipo de modelo de assistência à saúde: PSF pré PROESF, PSF pós PROESF e Tradicional. As UBS foram sorteadas aleatoriamente dentro de cada estrato proporcionalmente ao tamanho da rede básica de cada município. Assim, na região Sul obteve-se uma amostra de 30 UBS do PSF Pré-PROESF, 39 do PSF Pós-PROESF e 51 Tradicionais. No

Nordeste, a amostra foi constituída de 47 UBS do PSF Pré-PROESF, 32 do PSF Pós-PROESF e 41 Tradicionais. De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física. Assim, foram selecionadas 240 UBS nas duas regiões geográficas estudadas.

Na amostra populacional, para os objetivos do estudo do PROESF foi calculado um tamanho de amostra de 2100 indivíduos para cada grupo populacional em cada lote do estudo o que permitiria examinar diferenças de 30 a 40% entre os modelos de AB, PSF e Tradicionais, para eventos de prevalência próximos a 25%. Essa amostra foi dividida pelo número de UBS selecionadas (120 em cada lote) resultando em um número de 18 entrevistas a serem realizadas para cada grupo populacional, crianças, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, adultos e idosos da área de abrangência de cada UBS.

Em relação aos idosos, população de interesse deste estudo, as entrevistas domiciliares foram realizadas por supervisores selecionados e capacitados para seguir a seguinte padronização: a partir de um dos vértices da UBS (os outros três foram usados como ponto inicial para os outros grupos populacionais) era percorrido um trajeto sempre iniciado pelo lado direito no qual em cada domicílio, sucessivamente, era procurada uma pessoa a partir de 65 anos de idade. Caso houvesse mais de uma pessoa nessa condição naquele domicílio, era selecionada para o estudo a pessoa com idade mais elevada. Se o indivíduo selecionado não estivesse presente no domicílio no momento em que o supervisor chegasse, era agendada nova entrevista. O supervisor retornava até mais duas vezes, não havendo substituição daquele indivíduo para a amostra. A amostra de idosos totalizou 4003 indivíduos.

Com o propósito de comparar a amostra desse estudo com os idosos da população em geral do país, foi observada a distribuição, por idade e sexo, dos dados do estudo e dos dados do Censo Demográfico de 2000 da população brasileira (IBGE, 2000).

Tabela 1. Sexo dos idosos conforme faixas etárias, comparando o banco de dados do PROESF com o do Censo Demográfico em 2000.

Faixa etária	PROESF		Total	IBGE (Censo 2000)		Total
	Sexo			Sexo		
	Masculino	Feminino		Masculino	Feminino	
65 a 69 anos	509 39,1%	792 60,9%	1301	1.284.812 44,1%	1.632.087 56,0%	2.916.899
70 a 74 anos	400 37,7%	660 62,3%	1060	966.115 43,0%	1.283.502 57,1%	2.249.617
75 a 79 anos	324 39,6%	495 60,4%	819	610.767 41,9%	845.898 58,1%	1.456.665
80 a 84 anos	187 38,8%	295 61,2%	482	331.002 39,3%	510.796 60,7%	841.798
85 a 89 anos	95 42,0%	131 58,0%	226	160.379 36,8%	275.742 63,2%	436.121
90 a 94 anos	32 38,1%	52 61,9%	84	50.531 34,2%	97.253 65,8%	147.784
95 a 99 anos	3 15,8%	16 84,2%	19	14.899 32,6%	30.783 67,4%	45.682
100 ou +anos	4 33,3%	8 66,7%	12	7.882 41,4%	11.168 58,6%	19.050
Total	1.554	2.449	4.003	3.426.387	4.687.229	8.113.616

Observa-se na tabela acima que os homens estão sub-representados nas faixas etárias 65 a 69, 70 a 74, 95 a 99 e 100 ou mais anos e sobre-representados nas faixas etárias de 85 a 89 e 90 a 94 anos.

2.6 INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado composto questões que incluíam variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de hábitos de saúde, de doenças crônicas, de utilização de serviços de saúde, de avaliação de autonomia para a vida independente e de depressão aplicado aos indivíduos a partir de 65 anos de idade (Anexo I e II).

2.7 DEFINIÇÃO DOS DESFECHOS

Artigo 1

Uso dos serviços básicos de saúde através do número de consultas médicas nos últimos trinta dias por idosos;

Artigo 2

Uso dos serviços básicos de saúde através do número de consultas médicas nos últimos seis meses por idosos portadores de doenças crônicas, HAS, Diabetes Mellitus e doença mental;

uso de serviços básicos de saúde através da participação em atividades educativas de grupo de doentes crônicos, nos últimos doze meses

comparação da equidade do uso dos serviços de saúde nos últimos seis meses entre os modelos de atenção básica, PSF e Tradicional e entre as regiões Sul e Nordeste.

Artigo 3

Prevalência de depressão, avaliada através da Escala Geriátrica de Depressão (GDS) desenvolvida por Yesavage (Yesavage, 1982). Será utilizada a versão de 15 itens dessa escala, validada nos Estados Unidos em 1997 (Lyness, 1997) e no Brasil em 1999 (Almeida, 1999). Essa escala mede os sintomas depressivos no momento da entrevista.

Artigo 4

Identificação dos principais determinantes de incapacidade funcional em idosos através de revisão de literatura de estudos longitudinais que avaliaram incidência de incapacidade funcional.

2.8 DEFINIÇÃO DAS EXPOSIÇÕES

Variáveis independentes referentes às características do indivíduo

Variáveis	Características	Tipo de variável
Demográficas		
Sexo	Observado; masculino, feminino	Catagórica, dicotômica
Idade	Referida; em anos completos	Numérica, discreta
Cor da pele	Observada; branca, preta, parda	Catagórica, nominal
Socioeconômicas		
Renda familiar	Referida; em reais;	Numérica, contínua
Escolaridade	Referida; em anos completos de estudo;	Numérica, discreta
Aposentadoria	Referida; sim, não;	Catagórica, dicotômica
Situação conjugal	Referida; casado(a), com companheiro(a), viúvo(a), separado(a)/divorciado(a), solteiro(a)	Catagórica, nominal
Saúde		
Tabagismo	Referido; ex-fumante, fumante atual, nunca fumou;	Catagórica, nominal;
Autopercepção de saúde	Referida; excelente, muito boa, boa, regular, ruim;	Catagórica, ordinal;
Doenças crônicas (HAS, DM, nervos)	Referidas; sim, não;	Catagóricas, dicotômicas;
Incapacidade funcional	Referida; Escala de 0 a 72 pontos# ;	Numérica, discreta;

o instrumento para medir atividades da vida diária (ADL) é uma escala de 12 questões que mede atividades básicas e instrumentais de vida diária, além de itens sobre mobilidade e força.

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

Outras duas variáveis também serão utilizadas: o modelo de atenção da UBS, Tradicional ou PSF, é uma variável do serviço de saúde e a região geográfica, Sul ou Nordeste, é uma variável contextual.

3. TRABALHO DE CAMPO

Para a coleta de dados na região sul, que se iniciou no dia 15 março de 2005 e foi finalizada em 19 de maio de 2005, com duração de 65 dias, vários procedimentos foram realizados para facilitar a logística e para orientação do trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas (2) realizadas anteriormente com os representantes das unidades básicas e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre. Além dessas atividades, visitas foram realizadas durante o trabalho de

campo a alguns municípios para melhorar a verificação do andamento da pesquisa. Outras medidas foram à divulgação em veículos de comunicação (jornal e rádio).

O estudo começou respeitando uma trajetória pelas cidades com início pelo Lote Sul 2, em Pelotas no dia 15 de março de 2005 e término em Rio Grande no dia 19 de maio de 2005. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho em 3 dias em uma unidade de saúde. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla podia ser responsável por mais de uma unidade básica de saúde e, portanto permanecer mais tempo no município. Ao final de cada município os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo. A seqüência dos municípios no RS foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo (todos no RS), Lages (SC), Chapecó (SC), Criciúma (SC), Florianópolis e finalizando Rio Grande (RS)

Em alguns dos municípios selecionados (13), os supervisores ficaram hospedados em hotel durante um período que variou de três a vinte dias para a realização do trabalho de campo. Para os municípios da grande Porto Alegre, a hospedagem foi na capital em função das facilidades operacionais para a equipe.

Logo após a chegada e hospedagem no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde (GLAS), formado na segunda oficina realizada em Porto Alegre, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Em seqüência, na UBS e na área de abrangência da cada unidade eram aplicados os instrumentos de pesquisa. O ponto inicial para a aplicação dos instrumentos era a unidade básica de saúde. Cada vértice do prédio era um ponto de início para um dos quatro instrumentos populacionais, crianças, adultos, mulheres e idosos (este último de interesse deste estudo). Toda a área de abrangência deveria ser percorrida até encontrar o número determinado para cada amostra populacional. A direção para se deslocar dentro da área de abrangência foi sempre contornando pela direita toda a vez que fosse necessário para o supervisor se manter na área de abrangência da UBS. Todos os domicílios deveriam ser visitados e somente uma pessoa deste responderia o instrumento. Todos os supervisores chegavam aos domicílios com crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa.

Cada dupla de supervisores portava material completo para o seu trabalho, eram estimulados a realizar as 72 entrevistas populacionais, 18 de cada amostra independente,

em 3 dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. Para evitar qualquer tipo de constrangimento para os entrevistados, os supervisores eram orientados a realizar as entrevistas individualmente com cada um dos elegíveis para o estudo.

Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, onde reuniões foram realizadas para discussão de questões que fossem de interesse da pesquisa, das dúvidas surgidas e de codificação. Era também estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados. Nestes encontros, eram recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de campo, os coordenadores da pesquisa prestavam esclarecimentos para o andamento correto do trabalho, continuavam os contatos com os diversos municípios e permaneciam em constante colaboração e apoio aos supervisores.

Para o Lote Nordeste 2, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado no dia 03 de junho e concluído no dia 10 de agosto, foi à mesma, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em 2. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou a Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à região Sul mais precisamente Pelotas.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE).

Para o preenchimento do instrumento dos profissionais de saúde, os supervisores ao iniciar o trabalho na UBS, distribuíam os mesmos e estimulavam o preenchimento de forma auto-aplicada. Ao final dos dias de trabalho naquela UBS, os instrumentos eram recolhidos para a codificação e encaminhamento a secretaria do estudo.

Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas; a) Para a região sul a busca por parte dos coordenadores, dos instrumentos

nos municípios previamente acertados, Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); b) Para a região nordeste, o envio das caixas contendo o material via correio para a sede do projeto na UFPEL.

Na região sul, todo o material de pesquisa era levado pelos supervisores, e eram repostos em pontos estratégicos para serem utilizados em outros municípios. Os coordenadores da pesquisa levavam até os supervisores nos encontros previamente agendados. Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife por via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina (2) de capacitação. Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

4. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os questionários foram revisados, codificados, digitados, limpos e editados por uma equipe especialmente treinada para a realização dessas tarefas.

O banco de dados foi montado utilizando o programa Epi Info, versão 6.04 (Dean, 2001). Os dados foram transferidos para o programa Stata, versão 8.0 [Statacorp, 2003) através do programa Stata Transfer (Stata/Transfer, 2003) para ser realizada a análise de consistência dos dados.

A análise dos dados será realizada inicialmente de forma descritiva examinando as prevalências das variáveis independentes e dos desfechos do estudo. A seguir será realizada uma análise identificando as associações entre as variáveis independentes e os desfechos através dos testes do qui-quadrado e tendência linear para as proporções e teste t para a comparação de médias. Finalmente, será realizada a análise multivariável através de uma abordagem hierarquizada investigando o efeito conjunto das variáveis independentes sobre cada um dos desfechos, através de regressão de Poisson. As análises serão estratificadas por região geográfica, Sul e Nordeste, nos artigos um e dois. Para todos os testes de hipóteses será adotado um nível de significância de 5%, com testes bi-caudais. Quando aplicável, os intervalos de confiança de 95% serão descritos.

5. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado pelo telefone atingindo 6% dos domicílios selecionados. Nessa entrevista foi aplicado um questionário reduzido constituído de perguntas-chave do instrumento de idosos para identificar a repetibilidade dos dados.

Com o fim de padronizar e qualificar a coleta de dados do controle de qualidade a entrevista pelo telefone foi realizada por duas pessoas especialmente treinadas para esse fim. Caso o indivíduo sorteado não tivesse telefone para contato era realizada uma busca pelo endereço mais próximo com telefone ou pela respectiva UBS para localizar o entrevistado e coletar seus dados, sem fazer substituição para evitar vieses (Rothman, 1998).

As informações eram conferidas imediatamente após a aplicação do questionário de controle de qualidade em uma planilha contendo as respostas fornecidas pelo entrevistado quando do trabalho de campo. Essa medida permitia a detecção precoce de erros na coleta de dados e possibilitava a intervenção imediata junto ao supervisor de trabalho de campo. Ao final, foi realizada a checagem de consistência das informações através do índice de concordância de Kappa (Landis, 1977; Fleiss, 2003).

6. ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que a coleta de dados deste projeto necessitou exclusivamente de realização de entrevistas com a aplicação de questionários, ele apresenta risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial de saúde na publicação “International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects” (Council for International Organization of Medical Sciences, 1993). A participação dos entrevistados ocorreu através de consentimento informado. As entrevistas com os idosos foram realizadas no domicílio dos mesmos e as entrevistas com os profissionais de saúde nas unidades de saúde em que trabalhavam. A confidencialidade dos dados e o direito de recusa em participar foram garantidos. A pesquisa de avaliação do PROESF foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

7. CRONOGRAMA

Ano	2005												2006		2007		2008	
Atividades	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	1º sem	2º sem	
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
Elaboração do plano de trabalho		■	■	■	■													
Preparação do instrumento	■																	
Definição da amostra e coleta de dados		■	■	■	■	■	■											
Codificação, revisão e digitação dos dados			■	■	■	■	■	■	■	■	■							
Defesa do projeto de pesquisa												■						
Preparação e edição dos dados												■	■					
Análise dos dados												■	■	■	■			
Redação dos artigos													■	■	■			
Redação da tese																■		
Defesa da tese																	■	

8. FINANCIAMENTO

O projeto de “Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)”, do qual este projeto faz parte, foi coordenado e financiado nacionalmente pelo Ministério da saúde com recursos do Banco Mundial (BIRD). No entanto, o Ministério da Saúde não teve interferência no delineamento do estudo, assim como não terá influencia na análise e interpretação dos dados nem na decisão de submeter os artigos para a publicação.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care* 1981;19(12 Suppl):4-27.

Aday LA, Andersen RM. The national profile of access to medical care: where do we stand? *Am J Public Health* 1984;74(12):1331-9.

Ahs AM, Westerling R. Health care utilization among persons who are unemployed or outside the labour force. *Health Policy* 2005.

Andersen RM, Yu H, Wyn R, Davidson PL, Brown ER, Teleki S. Access to medical care for low-income persons: How do communities make a difference? *Medical Care Research and Review* 2002;59(4):384-411.

Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: th new paradox? *Soc Sci Med* 1999;48:71-76.

Baris E, Champagne F, Rivard M. Determinants of ambulatory physician utilization among adults with chronic diseases in Quebec. *J Health Serv Res Policy* 1998;3(2):82-91.

Barkin RL, Schwer WA, Barkin SJ. Recognition and management of depression in primary care: a focus on the elderly. A pharmacotherapeutic overview of the selection process among the traditional and new antidepressants. *Am J Ther* 2000;7(3):205-26.

Bartels SJ, Coakley EH, Zubritsky C, Ware JH, Miles KM, Arean PA, et al. Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1455-62

Black N. Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care. *BMJ* 1996;312:1215-1218.

Blundell R, Windmeijer F. Identifying demand for health resources using waiting times information. *Health Econ* 2000;9(6):465-74.

Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saude Publica* 2004;38(1):113-120.

Bould S. A population health perspective on disability and depression in elderly women and men. *J Aging Soc Policy* 2005;17(2):7-24

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. In: Diário Oficial da União; 1988.

Brasil. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado de Saúde. In: Diário Oficial da União; 1999.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de dezembro de 1990. In: Diário Oficial da União; 1990.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Secretarias de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2000;34(3):316-9.

Brasil, Ministério da Saúde. Guia prático do Programa de Saúde da Família. 2002.

Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2003. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF. 2003.

Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(4):254-8.

Broman AT, Hafiz G, Munoz B, Rodriguez J, Snyder R, Klein R, et al. Cataract and barriers to cataract surgery in a US Hispanic population: Proyecto VER. *Arch Ophthalmol* 2005;123(9):1231-6.

Broyles RW, Narine L, Brandt EN, Jr. Equity concerns with the use of hospital services by the medically vulnerable. *J Health Care Poor Underserved* 2000;11(3):343-60.

Callahan EJ, Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, Robbins J, Miller J. Depression in primary care: patient factors that influence recognition. *Fam Med* 1997;29(3):172-6.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. *Rev. Saúde Pública* 1997 ; 31(2): 184-200.

Chew-Graham C, Burroughs H. Depression in the elderly. *Practitioner* 2004;248(1659):406-8, 411-4, 417.

Clement JP. Depression in the elderly patient]. *Rev Prat* 2004;54(7):725-33.

Cole MG, Bellavance F, Mansour A. Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1999;156(8):1182-9.

Consoli SM. Depression and associated organic pathologies, a still under-estimated comorbidity. Results of the DIALOGUE study. *Presse Med* 2003;32(1):10-21.

Dachs JN, Ferrer M, Florez CE, Barros AJ, Narvaez R, Valdivia M. Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Rev Panam Salud Publica* 2002;11(5-6):335-55.

Dean AG, Dean JA, Colomlier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, et al. *Epi Info Version 6.04: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers*. In. 6.04 ed. Atlanta: Center for Diseases Control and Prevention; 2001.

Diamant AL, Hays RD, Morales LS, Ford W, Calmes D, Asch S, et al. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *Am J Public Health* 2004;94(5):783-9.

Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(5):372-87.

Dunlop S, Coyte PC, McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51(1):123-33.

Fernandez-Mayoralas G, Rodriguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Social Science & Medicine* 2000;50:17-26.

Fernandez-Olano C, Lopez-Torres JDH, Cerda-Diaz R, Requena-Gallego M, Sanchez-Castagno C, Urbistondo-Cascales L, et al. Factors associated with health care utilization by the elderly in a public health care system. *Health policy* 2006;75:131-139.

Fleiss JL, Levin B, Paik MC. *Statistical methods for rates and proportions*: John Wiley & Sons; 2003.

Fortney J, Rost K, Zhang M, Warren J. The impact of geographic accessibility on the intensity and quality of depression treatment. *Med Care* 1999;37(9):884-93.

Gallo JJ, Bogner HR, Straton JB, Margo K, Lesho P, Rabins PV, et al. Patient characteristics associated with participation in a practice-based study of depression in late life: the Spectrum study. *Int J Psychiatry Med* 2005;35(1):41-57.

Garcia Serrano MJ, Tobias Ferrer J. [Prevalence of depression in patients over 65 years of age. Profile of the elderly at risk]. *Aten Primaria* 2001;27(7):484-8.

Gazalle FG, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2004;38(3):365-371.

Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 2001;53:1149-1162.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HM, Cesar CL. [Health services utilization in areas covered by the family health program (Qualis) in Sao Paulo City, Brazil]. *Rev Saude Publica* 2005;39(1):90-9.

Grant JS, Weaver M, Elliott TR, Bartolucci AR, Newman Giger J. Sociodemographic, physical and psychosocial factors associated with depressive behaviour in family caregivers of stroke survivors in the acute care phase. *Brain Inj* 2004;18(8):797-809.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology* 1999;28:10-18.

Harman JS, Schulberg HC, Mulsant BH, Reynolds CF, 3rd. The effect of patient and visit characteristics on diagnosis of depression in primary care. *J Fam Pract* 2001;50(12):1068.

Harris T, Cook DG, Victor C, Rink E, Mann AH, Shah S, et al. Predictors of depressive symptoms in older people--a survey of two general practice populations. *Age Ageing* 2003;32(5):510-8.

Husaini BA, Hull PC, Sherkat DE, Emerson JS, Overton MT, Craun C, et al. Diabetes, depression, and healthcare utilization among African Americans in primary care. *J Natl Med Assoc* 2004;96(4):476-84.

IBGE. Censo Demográfico. In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.

- Ibrahim SA, Whittle J, Bean-Mayberry B, Kelley ME, Good C, Conigliaro J. Racial/ethnic variations in physician recommendations for cardiac revascularization. *Am J Public Health* 2003;93(10):1689-93.
- Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaulden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001;161(15):1849-56.
- Jyväsjarvi S. Review of the literature. Use of health care services. Chapter 2. Frequent attenders in primary health care. In: Oulu University Library; 2000.
- Kaplan RM, Erickson P. Gender differences in quality-adjusted survival using a health-utilities index. *American Journal of Preventive Medicine* 2000;18(1):77-82.
- Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc* 1983;31(12):721-7.
- Keith VM, Jones W. Determinants of health services utilization among the black and white elderly. *J Health Soc Policy* 1990;1(3):73-88.
- Keskimaki I, Salinto M, Aro S. Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need. *Soc Sci Med* 1995;41(3):425-31.
- Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33(1):159-74.
- Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):127-41.
- Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso dos serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saude Publica* 2003;19(3):735-743.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998,2003). *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(4):941-950.

Litaker D, Love TE. Health care resource allocation and individuals's health care needs: examining the degree of fit. *Health Policy* 2005;73:183-193.

Liu GG, Zhao Z, Cai R, Yamada T. Equity in health care access to: assessing the urban health insurance reform in China. *Soc Sci Med* 2002;55(10):1779-94.

Lorant V, Boland B, Humblet P, Deliege D. Equity in prevention and health care. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(7):510-6.

Lowe RA, Chhaya S, Nasci K, Gavin LJ, Shaw K, Zwanger ML, et al. Effect of ethnicity on denial of authorization for emergency department care by managed care gatekeepers. *Acad Emerg Med* 2001;8(3):259-66.

Luna MEM, Lirola EC, Acín MJP, Matías MRM, Gómez FA, Alcalá FJR. Influencia del género del paciente en el manejo de cuadros ansioso/depresivos. *Atención Primaria* 2000;26(8):554-558.

Manton KG. Demographic trends for the aging female population. *J Am Med Womens Assoc* 1997;52(3):99-105.

Manton KG, Corder L, Stallard E. Chronic disability trends in elderly United States populations: 1982-1994. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1997;94(6):2593-8.

McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME. Depression in a primary care clinic: the prevalence and impact of an unrecognized disorder. *J Affect Disord* 1999;55(1):1-10.

Morris S, Sutton M, Gravelle H. Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Soc Sci Med* 2005;60(6):1251-66.

Noel PH, Williams JW, Jr., Unutzer J, Worchel J, Lee S, Cornell J, et al. Depression and comorbid illness in elderly primary care patients: impact on multiple domains of health status and well-being. *Ann Fam Med* 2004;2(6):555-62.

Noronha KVMS. Desigualdades sociais em saúde e utilização dos serviços de saúde entre idosos na America latina. *Rev Panam de Salud Publica* 2005;17(5/6):410-8.

Raj A. Depression in the elderly. Tailoring medical therapy to their special needs. *Postgrad Med* 2004;115(6):26-8, 37-42.

Reynolds CF, 3rd, Kupfer DJ. Depression and aging: a look to the future. *Psychiatr Serv* 1999;50(9):1167-72.

Roosen S SH. *Late Life depression*: Oxford University Press; 2004.

Rothman KJ. *Modern Epidemiology*. Boston: Little Brown Press; 1998.

Santana P. Ageing in Portugal: regional iniquities in health and health care. *Social Science & Medicine* 2000;50:1025-1036.

Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em programa de saude da familia. *Cad Saude Publica* 2003;19(3):839-847.

Stata/Transfer. *Stata /Transfer*. In. 8.0 ed. Seattle: Circle Systems; 2003.

Statacorp. *Stata Statistical Software: Release 8.0*. In. 8.0 ed: College Station, TX: Stata Corporation; 2003.

Toivanen A, Rautava P, Kvist M. Out-of-hours utilization in primary and secondary care. A favourable experience in a Finnish health centre. *Scand J Prim Health Care* 1998;16(2):72-5.

United Nations. *The World Aging Situation: Strategies and Policies*. New York: United Nations Organization; 1985.

Van Doorslaer E, Wagstaff A, van der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, et al. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ* 2000;19(5):553-83.

Volkers AC, Nuyen J, Verhaak PF, Schellevis FG. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *J Affect Disord* 2004;82(2):259-63.

Wallace SP GV. Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5/6):394-409.

Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22(3):429-45.

World Health Organization. *Towards Policy for Health and Ageing*. Geneva: World Health Organization; 2003.

World Health Organization. *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.

World Health Organization. *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: World Health Organization; 2002.

World Health Organization. *Active ageing: towards age-friendly primary health care*. WHO; 2004. p. 40.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1):37-49.

Yunes J. Population dynamics on the developed and underdeveloped countries. *Rev. Saúde Pública* 1971;5(1): 129-150.



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-graduação em Epidemiologia
Doutorado em Epidemiologia

**Estudo de Linha de Base do Programa de
Expansão e Consolidação da Saúde da Família
Amostra de Idosos**

Relatório do Trabalho de Campo

PELOTAS- RS – BRASIL
2005

1. INTRODUÇÃO	50
2. ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO	51
3. MANUAL DE INSTRUÇÕES.....	51
4. AMOSTRAGEM	51
4.1. Amostra de UBS	51
4.2. Amostra da população da área de abrangência das UBS	53
5. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS SUPERVISORES.....	54
6. TRABALHO DE CAMPO.....	55
6.1. Equipe técnica do projeto	55
6.2 Logística anterior ao trabalho de campo.....	55
6.3 Coleta dos dados	55
6.4 Logística do trabalho de campo nos municípios.....	56
6.5 Acompanhamento do trabalho de campo.....	58
6.6 Rotina com os questionários	59
7. CONTROLE DE QUALIDADE	59
8. PROCESSAMENTO DOS DADOS	61
8.1 Recepção e classificação dos instrumentos	61
8.2 Identificação e constituição dos lotes	61
9. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DOS DADOS.....	62
10. ANÁLISE DOS DADOS	62
11. MODIFICAÇÕES REALIZADAS NO PROJETO ORIGINAL	63

1. INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta as atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo realizado para a coleta dos dados do projeto de doutorado intitulado “Idosos residentes em áreas pobres: prevalência de depressão e utilização de serviços básicos de saúde”. Este estudo foi desenvolvido no âmbito do Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) nos 41 municípios com mais de 100 mil habitantes dos Lotes 2 da região Sul (RS, SC) e Nordeste (AL, PB, PE, PI, RN) do Brasil, no período de 15/03/2005 à 10/08/2005.

O trabalho de campo foi financiado nacionalmente pelo Ministério da Saúde para o Monitoramento e Avaliação do PROESF. O estudo envolveu a população residente na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS) selecionadas nas duas regiões. Através de um delineamento transversal foram realizadas entrevistas individuais, domiciliares, com questionários estruturados, abordando questões relevantes para o estudo em amostras independentes de crianças, mulheres, adultos e idosos. Para este estudo foi investigada a prevalência de depressão e o uso de serviços básicos de saúde por idosos. Serão descritas a seguir as etapas do trabalho de campo, com ênfase nos aspectos específicos deste estudo. A íntegra dos relatórios finais do ELB do PROESF está disponível na página da internet: <http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/index.htm>.

Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo de professores, técnicos e alunos vinculados ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, ao Centro de Pesquisas Epidemiológicas e ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Igual apoio e estímulo foram recebidos de um grande número de pessoas que, em diferentes âmbitos, institucionais, administrativos e acadêmicos, viabilizaram o desenvolvimento do estudo. Agradecimentos especiais e em particular são destinados ao professor Luiz Augusto Facchini, que viabilizou a coleta dos dados deste estudo no âmbito do ELB.

2. ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO

O instrumento utilizado consistiu de blocos de questões comuns ao ELB do Monitoramento e Avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), os quais encontram-se disponíveis na página do PROESF-UFPEL na Internet e são de livre acesso - <http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/proesf/index.htm>, contendo também questões específicas deste estudo. O questionário sobre idosos foi elaborado entre janeiro e março de 2005 e fazia parte do bloco de questionários aplicados à população e denominados de bloco I (idosos com 65 anos e mais de idade) (ANEXO 1).

3. MANUAL DE INSTRUÇÕES

Foi confeccionado juntamente com os questionários, um manual de instruções usado como material de apoio no treinamento dos supervisores e que era utilizado pelos mesmos durante o trabalho de campo. O manual consiste de explicações específicas para cada questão e respectivas codificações, detalhando também a correta abordagem e preenchimento das questões (ANEXO 2).

4. AMOSTRAGEM

O universo do estudo é constituído pela totalidade de municípios que compõem o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste. Neste universo foi realizada uma amostra estratificada por múltiplos estágios para selecionar UBS e indivíduos residentes na área de abrangência dos serviços.

4.1. Amostra de UBS

Tomando-se os “Projetos de Adesão ao PROESF” dos 21 municípios estudados no sul e 20 no nordeste foi identificado um total de 626 UBS no Lote 2 Sul e 855 no Lote 2 Nordeste. Destas, foram sorteadas aleatoriamente, em cada lote, 40 UBS que se tornaram PSF em decorrência do PROESF, 40 UBS que já eram PSF anteriormente ao

PROESF e 40 UBS que utilizavam o modelo Tradicional de atenção básica, totalizando 120 UBS em cada região. Esta amostragem foi proporcional ao tamanho da rede básica de saúde de cada município, buscando uma maior representatividade das UBS selecionadas e do estágio amostral a elas vinculado (população residente na área de abrangência das UBS).

De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física. Desta maneira, obteve-se uma amostra total de aproximadamente 20% das UBS do Lote para avaliar se as mudanças eventualmente observadas no desempenho do sistema de saúde e na situação de saúde da população eram decorrentes da intervenção PROESF / PSF. As UBS sorteadas orientaram a seleção da amostra da população da área de abrangência dos serviços.

Todas as 120 UBS selecionadas nos 21 municípios do Lote 2 Sul foram estudadas. Do total, 27 UBS (22%) estavam localizadas em SC e 93 UBS (78%) no RS, sendo 45 (38%) na região metropolitana de Porto Alegre e 48 (40%) no interior do estado. Os municípios que contribuíram com o maior número de UBS para a amostra estudada foram: Porto Alegre (15 UBS), Pelotas (9) e Santa Maria (9), no RS, e Florianópolis (9) e Criciúma (9), em SC. Em relação ao modelo de atenção, 42% (51) da amostra total eram UBS do modelo Tradicional, incluindo três unidades mistas, e 58% (69) do PSF, sendo 25% (30) do PSF pré-PROESF e 33% (39) do PSF pós-PROESF. Entre as unidades do PSF, 40 (34%) contavam com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), 18 unidades (15%) possuíam duas ESF, 8 (7%) apresentavam três ESF e três unidades (3%) dispunham de quatro ESF.

Foram estudadas todas as 120 UBS selecionadas nos 20 municípios do Lote 2 Nordeste. Do total, 15 UBS (13%) estavam localizadas em AL, 17 na PB (14%), 58 em PE (48%), 12 no PI (10%) e 18 no RN (15%), sendo 42 (35%) na RM de Recife e 78 (65%) nas demais regiões do Lote. Os municípios que contribuíram com o maior número de UBS para a amostra estudada foram Recife (12 UBS) e Jaboatão dos Guararapes (9) em PE, Maceió (9) em AL, João Pessoa na PB (9), Teresina (9) no PI e Natal (9) no RN. Em relação ao modelo de atenção, 34% (41) da amostra total eram UBS do modelo Tradicional, incluindo sete unidades mistas, e 66% (79) do PSF, sendo 39% (47) do PSF pré-PROESF e 27% (32) do PSF pós-PROESF. Entre as unidades do PSF, 51% contavam com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), 33% possuíam duas ESF, 12% apresentavam três ESF e 4% dispunham de quatro ESF.

4.2. Amostra da população da área de abrangência das UBS

A amostra populacional foi dividida em quatro grupos: crianças de um a três anos de idade, mulheres que tiveram filhos nos últimos dois anos, adultos entre 30 e 64 anos de idade e idosos a partir dos 65 anos de idade. Estes indivíduos foram localizados na área de abrangência de cada uma das UBS, através de amostragem sistemática por conglomerados. Estimou-se uma amostra de 2100 indivíduos em cada um dos grupos para cada região, cujo tamanho era suficiente para atender os objetivos do estudo. Esta amostra foi dividida pelo número de UBS selecionadas (120) resultando em um número de 18 entrevistas a serem realizadas para cada grupo populacional da área de abrangência por região.

A amostra populacional foi localizada na área de abrangência da UBS, que foi o ponto inicial para a coleta de dados. Todos os domicílios do percurso seguido a partir da UBS até os limites da área foram visitados em busca dos indivíduos elegíveis de acordo com o grupo populacional.

A independência entre as amostras (somente um indivíduo de um subgrupo populacional era selecionado no domicílio) e a baixa densidade de indivíduos elegíveis em cada domicílio facilitou a distribuição da amostra por toda a área de abrangência da UBS, determinando um salto natural para seleção dos indivíduos e minimizando as possibilidades de viés de seleção ou efeito de *cluster* nas amostras.

A partir de estimativas do IBGE as crianças de 1 a 3 anos representavam cerca de 6,5% da população total, as mulheres com filhos nascidos nos últimos 2 anos cerca de 4% da população total, os adultos de 30 a 64 anos cerca de 40% da população total e os idosos (a partir de 65 anos) cerca de 7% da população total. Aplicando estas estimativas a um bairro com cerca de 6500 pessoas e aproximadamente 2100 famílias (ou domicílios) encontraríamos uma criança de 1 a 3 anos a cada 5 famílias, uma mulher com filhos nascidos nos últimos 2 anos a cada 8 famílias, um adulto de 30 a 64 anos a cada família e um idoso a cada 4 ou 5 famílias.

Caso em um domicílio não residisse o indivíduo com as características requeridas, passava-se ao seguinte, respeitando a orientação do deslocamento pela área de abrangência. Nos domicílios selecionados, somente um indivíduo elegível (crianças, mulheres que tiveram filho nos últimos dois anos, adultos e idosos) foi convidado a participar do estudo, explicando-se a sua finalidade e apresentando termo de consentimento informado. Considerando que a abordagem populacional procurou

avaliar a utilização de serviços e o vínculo com a unidade de saúde, nos domicílios em que se encontraram dois adultos, o elegível era o mais velho, procedendo da mesma forma para os idosos. No caso dos idosos, a opção buscou valorizar um grupo com presença crescente na população do país, mas ainda não prioritário na atenção básica à saúde.

O pressuposto amostral de comparação dos achados por modelo de atenção e não de representatividade da população também minimiza o eventual viés de seleção de residentes mais próximos à UBS estudada.

A amostra populacional entrevistada na área de abrangência das UBS na região sul foi de 1891 idosos (90% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 16 questionários entre a amostra de idosos de cada UBS. Na região nordeste entrevistou-se 2112 idosos (100% do esperado). Na média foram aplicados cerca de 18 questionários entre a amostra de idosos de cada UBS.

A forma de seleção da amostra está detalhada no projeto de pesquisa.

5. SELEÇÃO E TREINAMENTO DOS SUPERVISORES

No mês de janeiro de 2005 foi iniciada a seleção dos supervisores junto à secretaria do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Aos candidatos era exigida idade igual ou superior a 18 anos, ensino médio completo, experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de tempo para permanecerem fora da cidade de Pelotas por seis meses, tempo previsto para a realização do trabalho de campo nas duas regiões do país. Foi realizado um treinamento específico por um período de 40 horas, entre os dias 24 e 28 de janeiro de 2005, com a participação dos 26 candidatos inscritos. No último dia do treinamento foi realizado um trabalho de campo com aplicação de questionários supervisionados pela equipe do projeto. Foram selecionados 16 supervisores para dar início ao trabalho de campo. Os demais candidatos ficaram como suplentes.

Aos supervisores selecionados, além da aplicação dos questionários populacionais, ficaram delegadas as seguintes atividades nos municípios: reunião diária para avaliação do andamento do trabalho de campo; arquivamento, catalogação de instrumentos e conclusão com o encaminhamento dos materiais para a coordenação do estudo, como também algumas atividades de apoio como a instalação e utilização de um

software; supervisão do questionário coletivo da UBS e individual dos membros da equipe de saúde e apoio na coleta de dados da demanda atendida nas UBS.

6. TRABALHO DE CAMPO

6.1. Equipe técnica do projeto

Estiveram envolvidos neste trabalho quatro coordenadores gerais, um coordenador de trabalho de campo, dois coordenadores de processamento dos dados, três coordenadores executivos, dois apoios de informática, dez codificadores de dados, sete digitadores, um coordenador e dois auxiliares de pesquisa para o controle de qualidade, quinze supervisores do trabalho de campo e sete alunos voluntários e bolsistas de iniciação científica.

6.2 Logística anterior ao trabalho de campo

Vários procedimentos foram realizados para facilitar a logística e orientar o trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas realizadas anteriormente a coleta dos dados, com os representantes das UBS e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre. Além dessas atividades, foram realizadas visitas durante o trabalho de campo a alguns dos municípios selecionados para melhorar a pactuação entre os pesquisadores e o município. Outra medida foi a divulgação do estudo em meios de comunicação (jornal e rádio).

6.3 Coleta dos dados

A coleta dos dados primários foi realizada através de entrevistas individuais domiciliares, mediante aplicação de questionários estruturados, por 15 supervisores criteriosamente selecionados e capacitados para o desenvolvimento de cada uma das etapas do trabalho de campo.

Logo após a chegada no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde (GLAS), formado

nas oficinas, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Na seqüência, eram aplicados os instrumentos de pesquisa na área de cada UBS selecionada, segundo critérios pré-estabelecidos de seleção dos indivíduos, detalhado no projeto de pesquisa.

Os supervisores visitavam cada domicílio portando crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa. Além disso, cada dupla de supervisores portava material completo para o trabalho de campo e eram estimulados a realizar o número total de entrevistas domiciliares para cada grupo populacional em três dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. As entrevistas eram realizadas individualmente com cada indivíduo elegível.

6.4 Logística do trabalho de campo nos municípios

No Lote 2 Sul o estudo respeitou uma trajetória pelos municípios da amostra com início em Pelotas e término em Rio Grande. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho durante três dias em uma UBS. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla podia ser responsável por mais de uma UBS e, portanto permanecer mais tempo no município. Ao finalizar todos os instrumentos de um município, os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo.

A coleta de dados nos municípios do Lote 2 Sul iniciou em 15 de março de 2005 com duração de 65 dias. A seqüência dos municípios no Lote 2 Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo, Lages, Chapecó, Criciúma, Florianópolis e finalizando Rio Grande. O cronograma do trabalho de campo encontra-se exposto no quadro abaixo.

Cronograma do Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Município	Período do Trabalho de Campo
Pelotas	15 a 23 de março
Bagé	21 a 24 de março
Santa Maria	21 a 27 de março
Santa Cruz do Sul	28 de março a 03 de abril

Uruguaiana	28 a 31 de março
Caxias do Sul	01 a 07 de abril
Alvorada	01 a 04 de abril
Cachoeirinha	05 a 07 de abril
Sapucaia	08 a 11 de abril
Gravataí	04 a 11 de abril
Viamão	08 a 13 de abril
Canoas	11 a 16 de abril
São Leopoldo	14 a 17 de abril
Porto Alegre	18 a 26 de abril
Passo Fundo	24 a 30 de abril
Lages	24 a 30 de abril
Novo Hamburgo	27 de abril a 07 de maio
Chapecó	01 a 04 de maio
Criciúma	01 a 08 de maio
Florianópolis	08 a 14 de maio
Rio Grande	18 e 19 de maio

Para o Lote 2 Nordeste, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado no dia 03 de junho e concluído no dia 10 de agosto de 2005, foi a mesma adotada para o Lote 2 Sul, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em dois. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou para Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à Pelotas.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, ou seja, aquelas com maior índice de violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE), esta estratégia também foi adotada. O cronograma do trabalho de campo encontra-se exposto no quadro abaixo.

Cronograma do Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.

Município	Período do Trabalho de Campo
Recife	03 a 08 de junho e 05 a 06 de agosto
Jaboatão dos Guararapes	09 a 15 de junho
Camaragibe	13 a 18 de junho
Cabo de Santo Agostinho	20 a 22 de junho e 09 de agosto
Olinda	08 de agosto
Vitória de Santo Antão	27 a 29 de junho e 09 de agosto
Paulista	27 a 29 de junho
Campina Grande	01 a 03 de julho
João Pessoa	08 a 16 de julho
Santa Rita	18 a 20 de julho
Parnamirim	21 a 23 de julho
Mossoró	25 a 30 de julho
Maceió	06 a 21 de junho
Arapiraca	22 a 30 de junho
Garanhuns	02 a 04 de julho
Caruaru	01 a 09 de julho
Petrolina	11 a 16 de julho
Teresina	18 a 24 de julho
Parnaíba	26 a 27 de julho
Natal	29 de julho a 02 de agosto

6.5 Acompanhamento do trabalho de campo

Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, onde reuniões foram realizadas para discussão de questões que fossem de interesse da pesquisa, das dúvidas em geral e quanto à codificação. No sul, a equipe técnica realizou visitas estratégicas aos municípios de Porto Alegre, Sapucaia do Sul, Gravataí, e Passo Fundo (RS), além de Chapecó e Criciúma (SC), com o objetivo de antecipar algumas ações de apoio aos

municípios e ao andamento da coleta de dados. No nordeste, a equipe técnica visitou os municípios de Petrolina (PE), Teresina (PI), Parnaíba (PI), Mossoró (RN) e Natal (RN). Também merece destaque a participação dos representantes dos estados, municípios, das UBS e dos Agentes Comunitários de Saúde.

Nesses encontros era estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados. Eram também recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de trabalho de campo, os coordenadores da pesquisa prestavam esclarecimentos para o perfeito andamento do trabalho, mantinham contato com os diversos municípios e permaneciam em constante colaboração e apoio aos supervisores.

6.6 Rotina com os questionários

O envio do material da pesquisa na região sul foi feito pelos supervisores, sendo repostos pelos coordenadores da pesquisa nos encontros previamente agendados em pontos estratégicos. Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas: na região sul, a busca foi realizada pelos coordenadores nos municípios previamente acertados: Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); na região nordeste, foi feito o envio das caixas contendo o material da pesquisa via correio para a sede do projeto na UFPEL.

Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina de preparação. Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

7. CONTROLE DE QUALIDADE

O controle de qualidade foi realizado, por telefone, mediante aplicação de questionários reduzidos para alcançar, no mínimo, 5% dos domicílios selecionados. Este questionário era composto por perguntas-chave para identificar possíveis erros ou

respostas falsas (ANEXO 3). Para tanto, foi sorteado um questionário relativo a cada grupo populacional investigado (criança, mulher, adulto e idoso) por UBS.

Para padronizar e qualificar a coleta dos dados do controle de qualidade, uma pessoa especialmente treinada para este fim realizou o contato telefônico. Não existindo a possibilidade de contato telefônico com a pessoa sorteada, uma busca pelo endereço ou pela respectiva UBS, era realizada na tentativa de localizar e coletar os dados do entrevistado, não havendo, portanto, substituição para evitar possíveis vieses.

Para checagem imediata da consistência das informações, através de uma planilha, algumas respostas referidas pelo entrevistado no contato feito pelo supervisor eram comparadas com as repostas referidas no momento da aplicação do questionário de controle de qualidade. Esta medida facilitava a detecção precoce de possíveis erros na coleta dos dados e possibilitava a intervenção imediata junto ao supervisor do trabalho de campo. A atividade de controle de qualidade era supervisionada diariamente por um dos membros da equipe. Ao final, foi realizada a checagem da consistência das informações através do índice de concordância de Kappa.

Nos 21 municípios do Lote 2 sul, foram sorteados 480 questionários de um total de 7603, o que corresponde a 6,3% da amostra, sendo efetivamente localizados 419 indivíduos, ou 5,5% da amostra.

Resultado final do controle de qualidade em 21 municípios. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Situação	N	%
Completados	419	87,3
Não atenderam o telefone	27	5,6
Número de telefone não conferiu	33	6,9
Mudou de endereço	1	0,2
Total	480	100

Nos 20 municípios do Lote 2 nordeste, foram sorteados 476 questionários de um total de 8474, o que corresponde a 5,6% da amostra, sendo efetivamente localizados 341 indivíduos, ou 4,0% da amostra.

Resultado final do controle de qualidade nos 20 municípios do Lote 2 Nordeste.

Situação	N	%
Completados	341	71,7
Não atende telefone	93	19,5
Número de telefone não confere	42	8,8
Total	476	100

8. PROCESSAMENTO DE DADOS

Até traduzirem-se em informações, todos os dados coletados durante o trabalho de campo foram objeto de um conjunto de atividades, sistemática e rigorosamente encadeadas. Estas atividades foram desde a recepção e classificação dos instrumentos até as análises mais complexas e informativas.

8.1 Recepção e classificação dos instrumentos

Os instrumentos completados no trabalho de campo entravam no processamento por município, na mesma ordem da realização da coleta de dados. Uma vez “na bancada de trabalho”, os diferentes instrumentos eram separados por tipo para identificação.

8.2 Identificação e constituição dos lotes

Nesta fase, o questionário recebia um identificador numérico único. Para os questionários da população da área de abrangência da UBS, o identificador possuía sete algarismos: um para o Estado, dois para o município, dois para a UBS e dois para o entrevistado.

Para cada conjunto de instrumentos da mesma espécie e da mesma UBS era constituído um lote de questionários, obedecendo a uma numeração seqüencial utilizada no formulário “capa de lote” (ANEXO 4). Neste formulário, eram registrados os números de identificação de cada questionário do lote, além do município, UBS, total de questionários, data e responsável pelo fechamento do lote.

Para cada município, foram sistematizados os totais de cada instrumento efetivamente completados no trabalho de campo, excluídas as perdas e recusas. Estes números eram registrados em uma planilha do processamento por município e UBS, denominada “Listagem de Controle de Lote” (ANEXO 5). Esta rotina dava início ao processamento propriamente dito, com a seguinte seqüência de tarefas para os questionários populacionais:

- . codificação de questões fechadas
- . tabulação de questões abertas
- codificação de questões abertas
- revisão final
- digitação

A primeira folha de cada questionário recebia um carimbo com a seqüência de tarefas acima citadas para registro de data e responsável.

9. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DOS DADOS

Os questionários foram revisados e posteriormente codificados por uma equipe especialmente treinada para este fim. As questões específicas dos idosos foram revisadas e codificadas pela pesquisadora. Foram criados bancos de dados no EPI-INFO 6.04b, que permite validação da entrada de dados para amplitude e consistência das variáveis. Além disso, qualquer problema que tivesse passado pela equipe de revisão e codificação e que fosse detectado pelos digitadores era encaminhado aos coordenadores da digitação para resolução junto aos supervisores. Após, os dados obtidos foram articulados em uma única base de dados utilizando-se o programa estatístico EPI-INFO 6.04b e Stata versão 9.0. Posteriormente, procedeu-se a análises de consistência dos dados.

10. ANÁLISE DOS DADOS

Digitados no programa EPI-INFO 6.04b, os bancos de dados foram exportados através do aplicativo STAT TRANSFER 5.0 para o pacote estatístico STATA 9.0 utilizado nas análises. Iniciou-se então, o processo de limpeza de dados tabulando-se

todas as variáveis do banco e verificando-se as inconsistências junto aos questionários, recodificando-se quando necessário.

Posteriormente, foram colocados rótulos nas variáveis e em seus valores, verificando-se após, as frequências simples das variáveis independentes e dos desfechos. Realizou-se então, a análise bivariável através do teste do qui-quadrado e teste para tendência linear em proporções e a análise multivariável hierarquizada através da regressão de Poisson com variância robusta, subsidiada por um modelo conceitual. Para todas as análises foi considerado o efeito de delineamento para amostras por conglomerado de indivíduos.

11. MODIFICAÇÕES REALIZADAS NO PROJETO ORIGINAL

Na execução da pesquisa foi necessário fazer algumas adaptações em relação ao que estava previsto no projeto.

Uma modificação na execução da pesquisa em relação ao projeto foi a exclusão do estudo de equidade no uso de serviços básicos de saúde, uma vez que a análise dos dados demonstrou que a ausência de iniquidades socioeconômicas no uso de serviços básicos pelos idosos, em ambos os modelos de atenção básica e em ambas as regiões geográficas estudadas.

A outra modificação realizada foi quanto ao tema do artigo de revisão. Embora o artigo de revisão tenha sido planejado com a intenção de revisar os fatores de risco para incapacidade funcional em idosos, no decorrer da seleção dos estudos foi identificado um estudo publicado com o mesmo tema. Então, optou-se por verificar a avaliação do efeito do gênero na incidência de incapacidade funcional.

ARTIGO 1

Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil

Use of outpatient services by the elderly in the South and Northeast of Brazil

Maria Aparecida Pinheiro Rodrigues^{1,2}

Luiz Augusto Facchini¹

Roberto Xavier Piccini¹

Elaine Tomasi^{3,4}

Elaine Thumé⁵

Denise Silva Silveira^{1,4}

Vera Maria Vieira Paniz¹

Fernando Vinholes Siqueira^{1,3}

Abstract

This study evaluated the use of outpatient services by senior citizens (N = 4,003) drawing on data from the baseline study that evaluated the Project for Expansion and Consolidation of the Family Health Strategy (PROESF) in 41 cities in South and Northeast Brazil. Use of outpatient services was greater and more appropriate to the needs of the elderly in the South than in the Northeast. Primary care facilities in both regions met the demand by lower-income elderly, but those requiring more care were treated at other levels. The results highlight the need to increase the supply of outpatient services and ensure access by the elderly, particularly for individuals with functional impairments in the Northeast. In addition to promoting equity, primary care in both regions should adopt targeted approaches for the health needs of senior citizens.

Ambulatory Health Services; Program Evaluation; Primary Health Care; Health of the Elderly

Introdução

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, no entanto nos países não industrializados teve início mais tardio e está ocorrendo em um ritmo mais acelerado. Nesses países está previsto um crescimento de 200% a 400% da população idosa nos próximos trinta anos. Os sistemas públicos de saúde desses países terão o desafio de garantir o atendimento às necessidades de saúde dessa população¹.

A atenção básica à saúde é o primeiro nível de serviços de um sistema de saúde e, portanto, deve ser o principal veículo de oferta de cuidados de saúde aos idosos. Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um documento no qual preconiza que na atenção básica à saúde deve ser oferecido um atendimento adequado às necessidades dos idosos, além de permitir a participação deles nas decisões a respeito da própria saúde. O objetivo foi sensibilizar e educar os trabalhadores do nível primário de saúde sobre as necessidades específicas dos usuários idosos².

No Brasil, todos os indivíduos têm direito ao Sistema Único de Saúde (SUS), que oferece serviços de saúde nos três níveis de atenção³. No nível primário há oferta de atendimento em unidades básicas de saúde, que costumam se localizar em áreas periféricas das cidades, para facilitar o acesso dos indivíduos mais pobres, e em serviços ligados a instituições universitárias e hospitais⁴. No sistema privado de saúde,

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

² Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Pelotas, Brasil.

³ Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁴ Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar de Pelotas, Pelotas, Brasil.

⁵ Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Brasil.

Correspondência

M. A. P. Rodrigues

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas.

Rua Marechal Deodoro 1160, 3º piso, Pelotas, RS 96020-220, Brasil.

rodriguesmapa@terra.com.br

há diversas operadoras que oferecem variados planos de saúde mediante pagamento dos associados⁵.

A legislação brasileira de proteção à saúde do idoso teve início em dezembro de 1999 quando foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso pelo Ministério da Saúde⁶. Mais tarde, em outubro de 2003, foi criado o Estatuto do Idoso por meio da *Lei nº. 10.741*⁷, que assegurou atenção integral à saúde do idoso garantindo atenção especial às doenças que afetam preferencialmente este grupo populacional, incluindo atendimento geriátrico na atenção básica à saúde. O Pacto pela Vida, incluído no Pacto pela Saúde 2006⁸, compromisso firmado pelos gestores do SUS nos âmbitos federal, estadual e municipal, definiu pela primeira vez entre as suas prioridades a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Apesar desse avanço, a falta do estabelecimento de metas para os gestores inviabilizou a exigência de cumprimento das diretrizes estabelecidas naquele documento.

A literatura sobre o uso de serviços de saúde por idosos no Brasil ainda é escassa. A investigação sobre a utilização de serviços de saúde em dois recentes inquéritos populacionais no Brasil demonstrou que os idosos mais pobres têm piores condições de saúde e, apesar disto, usam menos os serviços de saúde⁹. Um estudo de base populacional, realizado na Região Nordeste, observou que os idosos residentes em áreas periféricas procuraram menos os serviços de saúde, porém utilizaram maior número de consultas médicas do que aqueles residentes em áreas centrais da cidade. Um outro estudo que comparou três regiões administrativas de uma mesma cidade revelou que o efeito da renda familiar sobre o consumo de serviços de saúde por idosos diferiu entre as regiões: na mais rica a renda não modificou o uso de serviços de saúde, enquanto que nas regiões mais pobres o aumento da renda elevou o consumo de serviços de saúde¹⁰. Quanto ao local de consulta, um estudo que avaliou a escolha por idosos, entre a rede pública ou privada, mostrou que a preferência pela rede privada associou-se ao gênero feminino, aumento da idade e da escolaridade, aumento da renda individual e familiar e diminuição do número de membros da família¹¹.

A intenção deste estudo é avaliar o uso de serviços ambulatoriais, unidades básicas de saúde e outros locais de atendimento, por idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em municípios com mais de 100 mil habitantes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

Métodos

Este trabalho utilizou o banco de dados de idosos, definidos como indivíduos a partir de 65 anos de idade, do Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) executado em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes. Desses, 21 estavam localizados na Região Sul (17 municípios do Rio Grande do Sul e 4 de Santa Catarina) e 20 na Região Nordeste (2 municípios de Alagoas, 3 da Paraíba, 10 de Pernambuco, 2 do Piauí e 3 municípios do Rio Grande do Norte). A seleção da amostra foi realizada em múltiplos estágios. Inicialmente foi calculado o tamanho de amostra necessário para examinar diferenças na efetividade das ações programáticas, segundo o modelo atenção, Programa Saúde da Família (PSF) e tradicional, nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde, totalizando 2.100 indivíduos em cada região geográfica, 4.200 em seu conjunto. Para ampliar a representatividade da amostra populacional e de unidades básicas de saúde (e diminuir o efeito de conglomerado) optou-se por localizar a amostra populacional em cerca de 10% a 20% da rede básica instalada em cada município, alcançando o número de 120 unidades básicas de saúde em cada região, num total de 240. A seguir, selecionaram-se aleatoriamente as unidades básicas de saúde, com base em listas elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde de cada cidade, estratificadas por modelo de atenção, proporcionalmente ao tamanho da rede básica municipal. Foram selecionadas duas unidades básicas de saúde com modelo de PSF para uma unidade básica de saúde com modelo tradicional. Ao dividir a amostra de idosos pelo total de unidades básicas de saúde obteve-se uma "quota" de 18 indivíduos a serem localizados na área de abrangência de cada unidade. A localização da amostra foi realizada por meio de visitas consecutivas aos domicílios. Devido à proporção de idosos na população (8% a 10%) identificou-se a probabilidade de localizar um idoso a cada três domicílios, garantindo uma boa distribuição da amostra na área de abrangência de cada unidade básica de saúde¹².

Foram identificados e entrevistados 4.003 indivíduos, 1.891 na Região Sul e 2.112 na Região Nordeste. Considerando a Região Sul como referência porque apresentou a menor amostra, a margem de erro para a estimativa de prevalência de consulta médica nos últimos trinta dias foi de 2,1%. Para avaliação de associações, o estudo teve poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,3 ou maiores, para exposições que afetam de 10% a 90% da população com um nível de 95% de confiança.

As entrevistas domiciliares foram realizadas por 15 supervisores, previamente treinados, utilizando um questionário estruturado e pré-codificado. Estava previsto que caso o idoso não conseguisse responder ao questionário um outro indivíduo residente no domicílio o ajudaria, se a incapacidade fosse parcial, ou responderia a todas as questões a respeito do idoso selecionado, se a incapacidade fosse total.

A utilização de serviços ambulatoriais foi avaliada pelo uso ou não de consulta médica nos trinta dias anteriores à data da entrevista e, no caso de ter consultado, o local da última consulta médica neste período. As alternativas para o local da consulta médica mais recente foram: “não consultou nos últimos trinta dias, posto de saúde de abrangência, outro posto de saúde, Pronto Socorro, ambulatório de hospital/faculdade/sindicato ou empresa, consultório médico por convênio ou plano de saúde, consultório médico particular, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e outro”.

As variáveis independentes deste estudo foram: (a) sócio-demográficas (sexo, cor da pele, situação conjugal, idade, escolaridade e renda familiar – dividida em quintis); (b) tabagismo (nunca fumou, ex-fumante e fumante atual); (c) autopercepção de saúde (regular/ruim e excelente/muito boa/boa); (d) limitação (nenhuma e pouca/média/muita dificuldade/necessidade de ajuda de outra pessoa) para realizar três ou mais de 12 atividades da vida diária (tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, passar da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande, carregar 5kg, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos); (e) modelo de atenção da unidade básica de saúde (tradicional ou PSF).

Os dados foram digitados utilizando-se o programa Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos) e a análise dos dados foi realizada no programa Stata 9.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). O controle de qualidade foi realizado por telefone mediante aplicação de um questionário reduzido, alcançando cerca de 6% da amostra do estudo. A análise de concordância foi obtida utilizando-se o índice kappa.

As análises foram estratificadas por região geográfica para avaliar a possibilidade de modificação de efeito devido às diferenças contextuais. A análise descritiva mostrou as características da amostra. A análise bivariada utilizou o teste de qui-quadrado de Pearson para avaliar o desfecho com as variáveis independentes. A análise multivariada avaliou o uso de serviços ambulatoriais (unidades básicas de saúde de abrangência ou

outros locais) pelos idosos por meio de regressão de Poisson com variância robusta, levando em conta o efeito de conglomerado. Foram utilizados os testes de Wald de heterogeneidade de proporções e de tendência linear para variáveis ordinais, com descrição das razões de prevalências e respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%).

A análise ajustada seguiu um modelo conceitual. O modelo proposto compreende quatro níveis de determinação. No primeiro foram consideradas as variáveis sócio-demográficas. No segundo nível, um hábito em relação à saúde, o tabagismo. No terceiro, indicadores da condição de saúde, autopercepção de saúde e limitação para três ou mais atividades da vida diária. No quarto nível, o modelo de atenção básica utilizado pela unidade básica de saúde, PSF ou tradicional. Para controlar os fatores de confusão, o efeito de cada preditor foi controlado para outras variáveis do mesmo nível ou superior com valor de $p \leq 0,2$. O modelo foi utilizado para analisar os dois desfechos de forma dicotômica: o uso de serviços ambulatoriais e o local de consulta (unidade básica de saúde de abrangência/outro local).

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Os entrevistados foram esclarecidos quanto ao sigilo dos dados pessoais, a confidencialidade das informações e foi garantido a eles o direito de participar ou não da entrevista.

Resultados

Foram entrevistados 4.003 idosos, um percentual de 95,3% do total previsto para amostra. Entre os 3.994 idosos que responderam à questão da variável dependente, 486 (12,2%) foram auxiliados por outra pessoa e 105 (2,6%) necessitaram que outra pessoa respondesse ao questionário.

A Tabela 1 descreve as características da amostra. Nas duas regiões geográficas estudadas o sexo feminino predominou em uma proporção de 3:2 em relação ao masculino. A maioria dos indivíduos da amostra tinha cor de pele branca sendo esta proporção maior no Sul (83%) do que no Nordeste (58%). Menos da metade dos indivíduos era casado(a) ou tinha companheiro(a) nas duas regiões geográficas. A distribuição dos idosos por idade foi semelhante nas duas regiões concentrando-se mais nas faixas etárias iniciais. A maioria dos idosos não havia freqüentado escola no Nordeste (62%), enquanto no Sul este grupo representou menos da metade (41%) dos indivíduos. Os primeiros dois quintis de renda familiar constituíram 37% dos indivíduos no Sul e 46% no Nordeste. A renda

Tabela 1

Características da amostra de idosos (N = 4.003) residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde em municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), 2005.

Variáveis	Região Sul (n = 1.891)		Região Nordeste (n = 2.112)	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	713	37,7	841	39,8
Feminino	1.178	62,3	1.271	60,2
Cor da pele				
Branca	1.560	82,8	1.229	58,4
Parda	168	8,9	546	25,9
Preta	156	8,3	331	15,7
Situação conjugal				
Casado(a)/Com companheiro(a)	797	42,5	898	42,8
Viúvo(a)	866	46,2	920	43,9
Separado(a)/Divorciado(a)/Solteiro(a)	211	11,3	279	13,3
Idade (anos)				
65-69	636	33,6	665	31,5
70-74	533	28,2	527	25,0
75-79	369	19,5	450	21,2
80 ou mais	353	18,7	470	22,3
Escolaridade (anos)				
9 ou mais	75	4,0	82	4,0
5-8	346	18,5	220	10,5
1-4	689	36,9	482	23,3
0	757	40,6	1.288	62,2
Renda familiar (quartil)				
5°	383	20,2	303	14,3
4°	372	20,0	339	16,1
3°	437	23,0	506	24,0
2°	174	9,0	743	35,2
1°	525	27,8	221	10,4
Tabagismo				
Nunca fumou	917	48,5	818	38,8
Ex-fumante	693	36,7	965	45,7
Fumante	280	14,8	327	15,5
Autopercepção de saúde				
Regular/Ruim	1.142	60,7	1.406	67,9
Excelente/Muito boa/Boa	738	39,3	665	32,1
Limitação para três ou mais atividades de vida diária *				
Sim	464	25,4	599	29,2
Não	1.362	74,6	1.454	70,8
Modelo de atenção da unidade básica de saúde				
Tradicional	784	41,5	596	28,2
Programa Saúde da Família	1.107	58,5	1.516	71,8

* Foi considerado limitação para atividades da vida diária quando o indivíduo tinha dificuldade ou necessidade de ajuda de outra pessoa para realizar 3 ou mais dentre 12 atividades – tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, transferir-se da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande (uma poltrona, por exemplo), carregar 5kg, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos (uma chave, por exemplo).

Nota: o número máximo de valores ignorados foi de 124 na variável atividade da vida diária, 65 na Região Sul e 59 na Região Nordeste.

familiar de 90% dos idosos foi de até 1.460 Reais no Sul e de até 1.200 Reais no Nordeste. A proporção de idosos que nunca fumaram foi maior no Sul (49%) do que no Nordeste (39%). Em ambas as regiões o percentual de indivíduos com autopercepção de saúde como regular/ruim foi acima de 60% e o de indivíduos com limitações para três ou mais atividades da vida diária foi inferior a 30%. A quantidade de idosos vinculados a unidades básicas de saúde com modelo de atenção do PSF foi maior no Nordeste (72%) do que no Sul (59%).

A proporção de idosos que usaram serviços ambulatoriais nos trinta dias anteriores à entrevista foi de 32,4% (IC95%: 30,8-34,0) com um efeito de delineamento de 1,23. Observa-se que a quantidade de idosos que consultaram foi maior no Sul (36%) do que no Nordeste (29%). Nas duas regiões aproximadamente 50% dos idosos que consultaram utilizaram a unidade básica de saúde de abrangência (Tabela 2).

Na Região Sul, a análise bruta (Tabela 3) demonstrou que os idosos que utilizaram mais os serviços ambulatoriais (unidade básica de saúde de abrangência e outros locais) foram do sexo feminino, com limitação para três ou mais atividades de vida diária, autopercepção de saúde regular/ruim e não-fumantes. Em relação à renda familiar houve diferença entre os locais de consulta: o quintil mais associado ao uso da unidade básica de saúde de abrangência foi o de menor renda enquanto que em outros locais foi o de maior renda. Não houve diferenças no uso quanto à cor da pele, situação conjugal, idade, escolaridade dos idosos e modelo de atenção da unidade básica de saúde.

Na Região Nordeste, a análise bruta (Tabela 3) revelou que os idosos não-tabagistas consultaram mais, tanto na unidade básica de saúde

de abrangência quanto em outros locais. Outras características dos idosos variaram quanto ao local de consulta ambulatorial. Os que mais consultaram na unidade básica de saúde de abrangência eram de cor parda, tinham menor escolaridade, não tinham limitação para três ou mais atividades da vida diária, pertenciam aos quintis de menor renda familiar e residiam em área de abrangência de unidades básicas de saúde com PSF. Os idosos que mais consultaram em outros locais eram de cor branca, com nove ou mais anos de escolaridade, estavam no quintil superior de renda familiar, tinham limitação para três ou mais atividades da vida diária, autopercepção de saúde regular/ruim e residiam em área de abrangência de unidade básica de saúde com modelo tradicional. Não houve diferenças no uso quanto ao sexo, situação conjugal e idade dos idosos.

O uso de serviços ambulatoriais, após análise ajustada do modelo (não apresentada), associou-se a ser ex-fumante, ter autopercepção de saúde como regular/ruim e limitação para três ou mais atividades da vida diária na Região Sul, enquanto que na Região Nordeste associou-se a ser ex-fumante e ter autopercepção de saúde como regular/ruim.

O uso da unidade básica de saúde de abrangência, após ajuste para as variáveis previstas no modelo, associou-se à redução de renda familiar e melhor autopercepção de saúde na Região Sul (Tabela 4), enquanto que na Região Nordeste (Tabela 5) esteve associada à diminuição da escolaridade, pior autopercepção de saúde, não ter limitação para três ou mais atividades da vida diária e ao modelo PSF.

Tabela 2

Prevalência de uso de serviços ambulatoriais nos últimos trinta dias entre idosos (N = 3.994) * nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), 2005.

Variável	Total		Sul		Nordeste		Valor de p **
	n	%	n	%	n	%	
Uso de serviços ambulatoriais							< 0,001
Total	3.994	100,0	1.887	100,0	2.107	100,0	
Não usou	2.701	67,6	1.214	64,3	1.487	70,6	
Unidade básica de saúde de abrangência	643	16,1	332	17,6	311	14,8	
Outros locais	650	16,3	341	18,1	309	14,6	

* Houve perda de informações em nove indivíduos da amostra, quatro na Região Sul e cinco na Região Nordeste;

** Valor de p do teste de qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

Tabela 3

Análise bruta de consultas médicas ambulatoriais nos últimos trinta dias por idosos (N = 3.994) * em municípios com mais de 100 mil habitantes no Sul e Nordeste do Brasil. Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), 2005.

Variáveis	Região Sul (n = 1.887)			Valor de p **	Região Nordeste (n = 2.107)			Valor de p **
	Não consultou	Consultou na unidade básica de saúde de abrangência	Consultou em outro local		Não consultou	Consultou na unidade básica de saúde de abrangência	Consultou em outro local	
	n (%)	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				0,034				0,997
Masculino	483 (67,9)	109 (15,3)	119 (16,7)		593 (70,5)	124 (14,7)	124 (14,7)	
Feminino	731 (62,2)	223 (19,0)	222 (18,9)		849 (70,6)	187 (14,8)	185 (14,6)	
Cor da pele				0,354				0,042
Branca	993 (63,7)	279 (17,9)	287 (18,4)		851 (69,4)	173 (14,1)	202 (16,5)	
Parda	110 (65,9)	33 (20,0)	24 (14,4)		384 (70,6)	90 (16,5)	70 (12,9)	
Preta	106 (68,4)	20 (12,9)	29 (18,7)		248 (74,9)	47 (14,2)	36 (10,9)	
Situação conjugal				0,845				0,300
Casado(a)/Com companheiro(a)	515 (64,7)	136 (17,1)	145 (18,2)		625 (69,6)	138 (15,4)	135 (15,0)	
Viúvo(a)	557 (64,5)	155 (18,0)	151 (17,5)		646 (70,6)	127 (13,9)	142 (15,5)	
Separado(a)/Divorciado(a)/Solteiro(a)	133 (62,7)	35 (16,1)	44 (20,8)		204 (73,1)	45 (16,1)	30 (10,8)	
Idade (anos)				0,060				0,717
65-69	425 (66,8)	115 (18,1)	96 (15,1)		466 (70,2)	106 (16,0)	92 (13,9)	
70-74	321 (60,3)	99 (18,6)	112 (21,1)		367 (69,9)	76 (14,5)	82 (15,6)	
75-79	229 (62,1)	64 (17,3)	76 (20,6)		316 (70,5)	70 (15,6)	62 (13,8)	
80 ou mais	239 (68,3)	54 (15,4)	57 (16,3)		338 (71,9)	59 (12,6)	73 (15,3)	
Escolaridade (anos)				0,134				< 0,001
9 ou mais	45 (60,0)	10 (13,3)	20 (26,7)		56 (68,3)	6 (7,3)	20 (24,4)	
5-8	230 (66,5)	55 (15,9)	61 (17,6)		149 (67,7)	24 (10,9)	47 (21,4)	
1-4	436 (63,5)	114 (16,6)	137 (19,9)		342 (71,1)	65 (13,5)	74 (15,4)	
0	490 (64,9)	145 (19,2)	120 (15,9)		914 (71,2)	210 (16,4)	160 (12,5)	
Renda familiar (quintil)				0,002				0,001
5°	240 (62,7)	50 (13,1)	93 (24,3)		199 (65,7)	33 (10,9)	71 (23,4)	
4°	247 (66,4)	62 (16,7)	63 (16,9)		237 (70,1)	55 (16,3)	46 (13,6)	
3°	278 (64,1)	84 (19,4)	72 (16,6)		357 (70,8)	84 (16,7)	63 (12,5)	
2°	119 (68,4)	23 (13,2)	32 (18,4)		539 (72,6)	108 (14,6)	95 (12,8)	
1°	330 (63,0)	113 (21,6)	81 (15,5)		155 (70,5)	31 (14,1)	34 (15,5)	
Tabagismo				0,038				0,008
Nunca fumou	584 (63,8)	163 (17,8)	169 (18,5)		568 (69,5)	119 (14,6)	130 (15,9)	
Ex-fumante	430 (62,1)	125 (18,1)	137 (19,8)		663 (68,8)	152 (15,8)	149 (15,5)	
Fumante	200 (71,9)	44 (15,8)	34 (12,2)		256 (78,8)	39 (12,0)	30 (9,2)	
Autopercepção de saúde				< 0,001				0,001
Regular/Ruim	695 (60,9)	207 (18,1)	239 (21,0)		962 (68,6)	208 (14,8)	233 (16,6)	
Excelente/Muito boa/Boa	515 (70,1)	123 (16,7)	97 (13,2)		499 (75,2)	95 (14,3)	70 (10,5)	
Limitação para três ou mais atividades da vida diária ***				< 0,001				0,016
Sim	256 (55,3)	105 (22,7)	102 (22,0)		409 (68,7)	79 (13,3)	107 (18,0)	
Não	913 (67,2)	219 (16,1)	227 (16,7)		1.035 (71,2)	226 (15,5)	193 (13,3)	
Tipo de unidade básica de saúde				0,694				< 0,001
Tradicional	506 (64,7)	131 (16,8)	145 (18,5)		421 (71,2)	56 (9,5)	114 (19,3)	
Programa Saúde da Família	708 (64,1)	201 (18,2)	196 (17,7)		1.066 (70,3)	255 (16,8)	195 (12,9)	

* Houve perda de informações em nove indivíduos da amostra, quatro na Região Sul e cinco na Região Nordeste;

** Valor de p do teste de qui-quadrado para heterogeneidade de proporções;

*** Foi considerada limitação para atividades da vida diária quando o indivíduo tinha dificuldade ou necessidade de ajuda de outra pessoa para realizar 3 ou mais dentre 12 atividades – tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, transferir-se da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande (uma poltrona, por exemplo), carregar 5kg, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos (uma chave, por exemplo).

Tabela 4

Fatores associados a consultas médicas em unidades básicas de saúde de abrangência por idosos da Região Sul do Brasil (N = 673). Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), 2005.

Nível *	Variável	%	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
1	Total	49,3				
	Idade (anos)			0,234 **		0,145 **
	65-69	54,5	1,00		1,00	
	70-74	46,9	0,95 (0,89-1,02)		0,95 (0,89-1,01)	
	75-79	45,7	0,94 (0,88-1,01)		0,93 (0,87-1,00)	
	80 ou mais	48,7	0,96 (0,89-1,04)		0,96 (0,88-1,03)	
	Escolaridade (anos)			0,031 **		0,061 **
	9 ou mais	33,3	1,00		1,00	
	5-8	47,4	1,11 (0,98-1,25)		1,09 (0,97-1,23)	
	1-4	45,4	1,09 (0,97-1,22)		1,07 (0,96-1,20)	
	0	54,7	1,16(1,03-1,31)		1,14 (1,01-1,28)	
	Renda familiar (quintil)			0,001 **		0,002 **
	5°	35,0	1,00		1,00	
	4°	49,6	1,11 (1,03-1,20)		1,10 (1,02-1,20)	
	3°	53,9	1,14 (1,06-1,23)		1,13 (1,04-1,22)	
	2°	41,8	1,05 (0,94-1,17)		1,02 (0,91-1,14)	
	1°	58,3	1,17 (1,09-1,26)		1,17 (1,08-1,26)	
3	Autopercepção de saúde			0,022 ***		0,004***
	Regular/Ruim	41,8	1,00		1,00	
	Excelente/Muito boa/Boa	58,3	1,06 (1,01-1,12)		1,08 (1,03-1,14)	
4	Tipo de unidade básica de saúde			0,510 ***		0,476 ***
	Tradicional	47,5	1,00		1,00	
	Programa Saúde da Família	50,6	1,02 (0,96-1,09)		1,02 (0,96-1,09)	

RP (IC95%): razão de prevalência e intervalo de 95% de confiança.

* O nível dois não foi apresentado porque a variável tabagismo não permaneceu no modelo final;

** Valor de p do teste de Wald para tendência linear;

*** Valor de p do teste de Wald para heterogeneidade.

Discussão

A baixa densidade de indivíduos elegíveis por domicílio permitiu uma distribuição da amostra na área de abrangência das unidades básicas de saúde. A amostra estudada é representativa da população-alvo do estudo: idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios com população a partir de 100 mil habitantes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. O pequeno percentual de indivíduos que responderam ao instrumento pelos idosos selecionados é um indicativo da confiabilidade das informações coletadas.

O critério de inclusão dos idosos a partir de 65 anos de idade, embora em conflito com a definição da OMS que recomenda o ponto de corte a partir de 60 anos para os países em desenvolvimento, proporciona comparabilidade com dados internacionais.

A comparação dos dados demográficos da amostra com os do Censo de 2000 pode auxiliar na caracterização dessa população. A amostra apresentou maior percentual de idosos do sexo feminino, viúvos(as) e de indivíduos a partir de 75 anos nas regiões Sul e Nordeste em relação aos dados do *Censo Demográfico 2000* (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; <http://www.ibge.gov.br>) para a mesma idade. A pior escolaridade no Nordeste em relação ao Sul havia sido verificada no censo de 2000, porém a proporção de ausência de escolaridade em ambas as regiões foi ainda maior do que a encontrada naquele inquérito.

Um estudo de base domiciliar realizado na Região Nordeste também encontrou maior percentual de idosos do sexo feminino e na faixa etária com oitenta anos ou mais do que os dados do último Censo Demográfico ¹³.

Tabela 5

Fatores associados a consultas médicas em unidades básicas de saúde de abrangência por idosos da Região Nordeste do Brasil (N = 620). Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), 2005.

Nível *	Variável	%	Análise bruta		Análise ajustada	
			RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
1	Total	50,2				
	Situação conjugal			0,143 **		0,125 **
	Casado(a)/Com companheiro(a)	50,6	1,00		1,00	
	Viúvo(a)	47,2	0,98 (0,92-1,04)		1,00 (0,94-1,06)	
	Separado(a)/Divorciado(a)/Solteiro(a)	60,0	1,06 (0,99-1,14)		1,07 (1,00-1,15)	
	Idade (anos)			0,228 ***		0,100 ***
	65-69	53,5	1,00		1,00	
	70-74	48,1	0,96 (0,90-1,04)		0,96 (0,90-1,03)	
	75-79	53,0	1,00 (0,93-1,07)		0,97 (0,90-1,04)	
	80 ou mais	44,7	0,94 (0,87-1,02)		0,93 (0,86-1,01)	
	Escolaridade (anos)			< 0,001 ***		< 0,001 ***
	9 ou mais	23,1	1,00		1,00	
	5-8	33,2	1,09 (0,93-1,27)		1,13 (0,96-1,33)	
	1-4	46,8	1,19 (1,04-1,37)		1,23 (1,06-1,43)	
	0	56,8	1,27 (1,13-1,44)		1,33 (1,17-1,52)	
3	Autopercepção de saúde			0,009 **		0,021
	Regular/Ruim	47,2	1,00		1,00	
	Excelente/Muito boa/Boa	57,6	1,07 (1,02-1,13)		1,06(1,01-1,11)	
	Limitação para três ou mais atividades da vida diária			0,007 **		0,004 **
	Sim	42,5	1,00		1,00	
	Não	53,9	1,08 (1,02-1,14)		1,09 (1,03-1,16)	
4	Tipo de unidade básica de saúde			< 0,001 **		< 0,001 **
	Tradicional	32,9	1,00		1,00	
	Programa Saúde da Família	56,7	1,18 (1,11-1,26)		1,18 (1,11-1,26)	

RP (IC95%): razão de prevalência e intervalo de 95% de confiança.

* O nível dois não foi apresentado porque a variável tabagismo não permaneceu no modelo final;

** Valor de p do teste de Wald para heterogeneidade;

*** Valor de p do teste de Wald para tendência linear.

A maior prevalência dessas características na amostra pode levar a um aumento do uso dos serviços de saúde porque estudos anteriores identificaram associação dessas categorias com uma maior utilização dos serviços de saúde ^{14,15}.

A maior concentração de indivíduos idosos nos quintis de menor renda no Nordeste em relação ao Sul é compatível com dados da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* de 2004 (PNAD 2004) ¹⁶.

O percentual de indivíduos que nunca fumaram foi menor na Região Nordeste. A menor escolaridade dos idosos nessa região pode ser uma explicação provável para essa ocorrência já que a associação negativa entre escolaridade e tabagismo foi observada em estudo de base populacional de idosos no Brasil ¹⁷.

Metodologias diversas dificultam a comparação dos indicadores de necessidades em saúde da amostra com outros estudos. Embora a PNAD 2003 tenha utilizado uma escala diferente para examinar a autopercepção de saúde, verifica-se que ao se agrupar as categorias regular/ruim/muito ruim da população idosa naquele estudo se obtém percentual semelhante ao encontrado neste estudo para a categoria regular/ruim ¹⁸. A prevalência de dificuldade para caminhar 100m, pesquisada na PNAD 2003, foi similar à encontrada neste estudo para a limitação para 3 ou mais de 12 atividades da vida diária ^{19,20}.

O modelo PSF foi mais freqüente na Região Nordeste do que na Região Sul o que é condizente com os dados do Ministério da Saúde que justificam a maior implantação desta estratégia

naquela região, devido à existência de piores taxas de morbidade e mortalidade populacional e maior carência de serviços de saúde em geral ²¹.

Uso de serviços ambulatoriais de saúde

Os resultados deste estudo demonstraram que o uso dos serviços ambulatoriais foi maior na Região Sul do que na Região Nordeste, apesar da maior proporção de idosos com indicadores de necessidades de cuidados de saúde nesta região. Essa desigualdade no uso dos serviços de saúde entre as duas regiões geográficas pode se dever à maior dificuldade de acesso e/ou menor oferta de serviços na Região Nordeste. A menor escolaridade e renda familiar dos idosos do Nordeste podem dificultar o acesso aos serviços de saúde pela falta de informação dos serviços disponíveis e/ou pelo custo do deslocamento até eles ²². Quanto à oferta de serviços, uma avaliação da distribuição da rede urbana de serviços públicos de saúde em todos os níveis com base em informações municipais identificou na Região Sul uma boa distribuição espacial dos serviços de saúde, enquanto na Região Nordeste há uma concentração de recursos humanos e de infraestrutura dos serviços de saúde apenas nas capitais dos estados ²³.

A utilização de serviços ambulatoriais por idosos mostrou estar associada tanto na Região Sul quanto na Região Nordeste a ser ex-fumante. Estudos anteriores têm demonstrado que aqueles que abandonaram o tabagismo e aqueles que nunca fumaram utilizam mais os serviços de saúde, o que tem sido atribuído ao maior cuidado destes indivíduos com a saúde em relação aos tabagistas ^{24,25}. A associação com ex-fumantes pode ter um viés de causalidade reversa na medida em que o abandono do tabagismo pode ser decorrência de recomendação médica. Por outro lado, a falta de associação entre os fumantes atuais e o uso de serviços de saúde pode se dever ao viés de sobrevivência, uma vez que a mortalidade entre os fumantes é maior do que nos outros grupos ²⁶.

Os idosos com autopercepção de saúde regular/ruim usaram mais os serviços ambulatoriais tanto no Sul quanto no Nordeste. A autopercepção de saúde do indivíduo é considerada um bom indicador de necessidade de cuidados de saúde ²⁷, e o mesmo resultado foi observado em revisões sistemáticas de estudos com populações de adultos ¹⁴ e de idosos ^{27,28}.

Os idosos com dificuldade para realizar três ou mais atividades da vida diária utilizaram mais os serviços ambulatoriais de saúde apenas na Região Sul. A associação de limitações

funcionais com maior uso de consultas médicas entre os idosos tem sido encontrada em outros estudos ^{29, 30, 31, 32}. A ausência dessa associação no Nordeste indica a maior dificuldade de acesso dos idosos portadores dessas condições de saúde aos serviços e/ou o despreparo dos serviços de saúde para o manejo adequado dessas morbidades ²².

A análise ajustada do modelo para uso de serviços ambulatoriais por idosos mostrou que nas duas regiões estudadas ele se associou apenas a variáveis indicadoras de necessidade de cuidados em saúde, demonstrando adequação dos atendimentos realizados conforme modelo proposto por Aday & Andersen ³³.

Consulta em Atenção Básica à Saúde

Utilizando o mesmo modelo de análise para avaliar os determinantes da escolha de consulta em unidade básica de saúde de abrangência foi observado que, no Sul, ele associou-se à menor renda familiar e melhor autopercepção de saúde, e no Nordeste, à menor escolaridade, maior autonomia para atividades da vida diária, melhor autopercepção de saúde e ser vinculado à unidade básica de saúde com PSE.

A associação de consulta em unidade básica de saúde de abrangência com menor renda familiar no Sul e com menor escolaridade no Nordeste indica que os idosos com pior condição sócio-econômica estão tendo acesso aos serviços da atenção básica à saúde, o que contribui para a equidade em saúde. Resultado similar foi encontrado em estudo populacional, que comparou o uso de serviços de saúde por idosos nas redes pública e privada, o qual verificou que os idosos com maior renda familiar *per capita* utilizavam mais a rede suplementar de saúde ¹¹.

A evidência de que idosos portadores de maiores necessidades de cuidados de saúde procuram outros locais de atendimento em relação à unidade básica de saúde de abrangência sugere que a atenção básica à saúde não está preparada para prestar atendimento a estas condições de saúde. Dados do ELB do PROESF demonstraram que a infraestrutura das unidades básicas de saúde e a capacitação dos profissionais de saúde, de ambos os modelos de atenção básica, são bastante precárias ¹². Para aumentar a captação desses indivíduos a rede básica necessita melhorar sua infraestrutura, ter profissionais capacitados para lidar com as necessidades de saúde dos idosos e contar com o apoio de equipe multiprofissional (fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudiólogo, ortopedista, neurologista, entre outros) quando o atendimento especializado é necessário ³⁴.

A associação de uso de unidade básica de saúde de abrangência por idosos com o modelo PSF apenas no Nordeste é explicada pela implantação e maior expansão do Programa nesta região devido à política de priorizar este modelo para as populações mais pobres ²¹.

Conclusões

A discussão sobre a importância de melhorar o atendimento prestado aos idosos na atenção básica tem sido objeto de interesse da OMS e dos sistemas de saúde em todo o mundo. Cada país deverá encontrar a solução mais adequada ao seu contexto.

Este estudo mostrou que os idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde da Região Nordeste, apesar de terem pior escolaridade e maior prevalência de indicadores de cuidados de saúde, têm uma utilização inferior e mais inadequada dos serviços ambulatoriais de saúde do que aqueles da Região Sul. Esses dados indicam provável carência na oferta dos serviços e dificuldade de acesso dos idosos aos serviços, principalmente os portadores de limitações funcionais. O uso da unidade básica de saúde de abrangência foi determinado por piores condições sócio-econômicas e melhores condições de saúde dos idosos, demonstrando que em ambas as regiões a atenção básica à saúde, embora promova a equidade, não está preparada para atender às necessidades de saúde dos idosos.

O sistema público de saúde deve aumentar a oferta de serviços e melhorar o acesso aos idosos, especialmente os portadores de limitações funcionais, na Região Nordeste. A saúde do idoso deve ser prioritária na atenção básica à saúde, que deve implementar ações para forne-

cer atendimento adequado às necessidades de saúde deste grupo populacional.

Limitações

Este estudo tem um desenho transversal o que não permite averiguar relações de causa e efeito. No entanto, o objetivo deste trabalho foi identificar características relacionadas ao uso de serviços ambulatoriais e de atenção básica à saúde por idosos, o que é permitido pelo desenho do estudo. Embora o viés de causalidade reversa não possa ser descartado por ser um risco inerente ao desenho do estudo, o uso de recordatório em algumas questões tentou minimizá-lo.

A amostra do trabalho não foi de base populacional, porém o objetivo foi avaliar os idosos residentes em zonas urbanas periféricas, parcela mais vulnerável deste grupo populacional, o que justifica o processo de amostragem.

Vantagens

A amostra é representativa da população-alvo o que garantiu a validade interna deste estudo. Os resultados que foram semelhantes em ambas as regiões geográficas podem ser extrapolados para populações com as mesmas características daquelas do estudo.

A realização do trabalho em duas regiões geográficas diferentes permitiu a avaliação do desfecho em realidades distintas.

Os resultados do estudo apontam para um problema relevante na saúde pública: a atenção ao idoso na rede básica de saúde, o que deve contribuir para o planejamento de modificações que contemplem as necessidades de saúde desta população.

Resumo

Este estudo avaliou a utilização de serviços ambulatoriais por idosos. Foram utilizados dados de 4.003 idosos do estudo de linha de base que avaliou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. O uso de serviços ambulatoriais foi maior e mais adequado às necessidades de saúde dos idosos no Sul do que no Nordeste. A atenção básica à saúde, em ambas as regiões, atendeu a demanda dos idosos em piores condições sócio-econômicas, porém aqueles com maiores necessidades de cuidados foram atendidos em outros locais. Os resultados indicam que é preciso aumentar a oferta de serviços ambulatoriais de saúde e garantir o acesso aos idosos, especialmente os portadores de limitações funcionais, na Região Nordeste. Em ambas as regiões a atenção básica à saúde, além de promover a equidade, deve ter abordagens direcionadas às necessidades de saúde dos idosos.

Serviços Ambulatoriais de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso

Colaboradores

M. A. P. Rodrigues realizou a revisão de literatura, participou da elaboração dos instrumentos, processamento, análise e interpretação dos dados e redação final do artigo. L. A. Facchini participou na concepção, elaboração dos instrumentos, interpretação dos dados e revisão final do artigo. E. Tomasi, E. Thumé, D. S. Silveira e R. X. Piccini participaram da concepção, elaboração dos instrumentos e processamento dos dados. F. V. Siqueira coordenou o trabalho de campo do estudo e participou da elaboração dos instrumentos e processamento dos dados. V. M. V. Paniz participou da elaboração dos instrumentos, processamento dos dados e realizou o controle de qualidade da pesquisa. Todos os autores participaram da redação do artigo.

Agradecimentos

Este trabalho integra o componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), coordenado e financiado pelo Ministério da Saúde com recursos do Banco Mundial.

Referências

1. World Health Organization. Social development ageing: crisis or opportunity? Geneva: World Health Organization; 2000.
2. World Health Organization. Active ageing: towards age-friendly primary health care. Geneva: World Health Organization; 2004.
3. Brasil. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União 1990; 20 set.
4. Ministério da Saúde. Manual de organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
5. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Lei nº. 9.656, de 3 de junho de 1998. http://www.ans.gov.br/porta/site/legislacao/legislacao_integra.asp?id_original=455 (acessado em 04/Ago/2007).
6. Ministério da Saúde. Política nacional de saúde do idoso. Diário Oficial da União 1999; 13 dez.
7. Ministério da Previdência Social. Lei nº. 10.741 – estatuto do idoso. Diário Oficial da União 2003; 1 out.
8. Ministério da Saúde. Pacto pela saúde 2006. Diário Oficial da União 2006; 23 fev.
9. Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). Ciênc Saúde Coletiva 2006; 11:941-50.
10. Pinheiro RS, Travassos C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Pública 1999; 15:487-96.
11. Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. Rev Saúde Pública 2004; 38:113-20.

12. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
13. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1999; 33:445-53.
14. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:819-32.
15. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:757-76.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2004. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2005.
17. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa ME. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saúde Pública* 2005; 39:746-53.
18. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:887-94.
19. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:967-74.
20. Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:1011-22.
21. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:316-9.
22. Taylor Jr. DH, Hoenig H. Access to health care services for the disabled elderly. *Health Serv Res* 2006; 41(3 Pt 1):743-58.
23. Guimarães C, Amaral P, Simões R. Rede urbana de oferta de serviços de saúde: uma análise multivariada macro regional – Brasil, 2002. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_422.pdf (acessado em 04/Ago/2007).
24. Adab P, McGhee SM, Hedley AJ, Lam TH. Smoking, respiratory disease and health service utilisation: the paradox. *Soc Sci Med* 2005; 60:483-90.
25. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública* 2006; 40:436-43.
26. Ogren M, Hedblad B, Janzon L. Biased risk factor assessment in prospective studies of peripheral arterial disease due to change in exposure and selective mortality of high-risk individuals. *J Cardiovasc Risk* 1996; 3:523-8.
27. Lima-Costa ME, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura de auto-avaliação de saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.
28. Borrás JM. La utilizació dels serveis sanitaris. *Gac Sanit* 1994; 8:30-49.
29. Al Snih S, Markides KS, Ray LA, Freeman JL, Ostir GV, Goodwin JS. Predictors of healthcare utilization among older Mexican Americans. *Ethn Dis* 2006; 16:640-6.
30. Chou KL, Chi I. Factors associated with the use of publicly funded services by Hong Kong Chinese older adults. *Soc Sci Med* 2004; 58:1025-35.
31. Otero A, Zunzunegui MV, Rodriguez-Laso A, Aguilar MD, Lazaro P. Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78:201-13.
32. Walter-Ginzburg A, Chetrit A, Medina C, Blumstein T, Gindin J, Modan B. Physician visits, emergency room utilization, and overnight hospitalization in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study (CALAS). *J Am Geriatr Soc* 2001; 49:549-56.
33. Aday LA, Andersen RM. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Med Care* 1981; 19(12 Suppl):4-27.
34. Lollar DJ, Crews JE. Redefining the role of public health in disability. *Annu Rev Public Health* 2003; 24:195-208.

Recebido em 23/Out/2007

Versão final reapresentada em 10/Mar/2008

Aprovado em 28/Mar/2008

ARTIGO 2

Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas no Sul e Nordeste do Brasil

Use of primary care by elderly people with chronic conditions in the South and Northeast of Brazil

Maria Aparecida P. Rodrigues^{1,3}, Luiz Augusto Facchini¹, Roberto Xavier Piccini¹, Elaine Tomasi^{4,5}, Elaine Thumé^{1,2}, Denise Silva Silveira^{1,4}, Fernando Vinholes Siqueira⁵, Vera Maria Vieira Paniz¹

¹ Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Rua Marechal Deodoro 1160-3º piso, 96020-220, Pelotas, RS, Brasil

² Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas

³ Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

⁴ Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas

⁵ Universidade Católica de Pelotas

Endereço para correspondência:

Maria Aparecida P Rodrigues

Rua Marechal Deodoro , 1160-3º piso, 96020-220, Pelotas, RS.

Correio eletrônico: rodriguesmapa@terra.com.br

- Esse trabalho foi financiado pelo Banco Mundial através do Ministério da Saúde.
- Título abreviado: Uso de serviços básicos de saúde por idosos.

Artigo aceito para publicação na Revista de Saúde Pública, conforme comunicação recebida em 17/12/2008 (ANEXO 6)

Resumo

Objetivo. Avaliar o uso de serviços da atenção primária à saúde por idosos portadores de condições crônicas nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

Métodos. Estudo transversal de 2889 indivíduos com idade a partir de 65 anos, portadores de condições crônicas, residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde (UBS) em 41 municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. A análise ajustada dos desfechos foi realizada através de regressão de Poisson.

Resultados. A prevalência de consulta médica nos últimos seis meses foi de 45% no Sul e de 46% no Nordeste. A prevalência de participação em grupos de atividades educativas no último ano foi de 16% na região Sul e de 22% na região Nordeste. Nas duas regiões, o uso dos serviços foi maior em idosos com idade inferior a 80 anos, baixa escolaridade e residentes em áreas de abrangência de UBS com programa de saúde da família (PSF). A incapacidade funcional associou-se a maior uso de consultas médicas no Sul e a menor participação em grupos de atividades educativas no Nordeste.

Conclusões. Embora a ABS esteja atendendo os idosos pobres portadores de condições crônicas menos da metade desses indivíduos consultou ao menos uma vez nos últimos seis meses e aproximadamente um quinto participaram de grupos de atividades educativas. Novos estudos deverão esclarecer se os idosos que procuraram outros locais receberam ou não atendimento em saúde. Idosos a partir de 80 anos e com incapacidade funcional podem estar com dificuldade de acesso à ABS o que indica a necessidade de estratégias como o atendimento domiciliar regular, por exemplo, que garanta o acesso desse indivíduos à assistência médica.

Palavras-chave: Saúde pública, atenção primária à saúde, avaliação de programas e projetos de saúde, serviços de saúde, saúde do idoso, idoso.

Abstract

Objective: To assess the use of primary care by elderly with chronic conditions in the South and Northeast regions of Brazil.

Methods: Cross-sectional study of 2889 individuals with age from 65 years, with chronic health conditions, living in adjacencies of primary care unit in 41 cities of the regions South and Northeast of Brazil. Adjusted analyses of outcomes were achieved through the Poisson regression.

Results: The prevalence of medical consultation in the last six months was 45% in the South and 46% in the Northeast. The prevalence of participation in group of educational activities in the last year was 16% in the South and 22% in the Northeast. In both regions, the use of services was higher in elderly people under the age of 80 years, poorly educated and living in areas of coverage of primary care unit with family health program (FHP). Only in the South the elderly with disability had higher prevalence of medical consultations.

Conclusions: The prevalence of medical consultation and participation in educational activities were lower than estimated. The results indicate that, despite the FHP promote greater use of primary care unit for elderly people with chronic conditions that living in adjacencies, it is need to expand access of elderly over 80 and older with disability.

Key-words: Public health, primary health care, program evaluation, health services, health of the elderly, aged.

Introdução

A proporção de idosos na população tem apresentado um rápido crescimento nas décadas mais recentes, o que implica em aumento na demanda dos sistemas de saúde. Nos países em desenvolvimento, o impacto é maior devido ao grande contingente de indivíduos em condições de baixa escolaridade e pobreza, os quais estão mais expostos a fatores de risco para doenças crônicas como tabagismo, obesidade e sedentarismo.¹ Nesse sentido, em 2004 a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou documento com o objetivo de sensibilizar e capacitar os profissionais do nível primário de saúde sobre as necessidades específicas dos idosos, ressaltando a importância do acolhimento do idoso assim como da participação dele nas decisões a respeito da própria saúde.²

O sistema de saúde brasileiro garante o acesso igualitário aos serviços de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988. Desde 1994, o SUS adotou o Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia para reorganizar a Atenção Básica à Saúde (ABS), visando promover a melhor atuação no atendimento e prevenção de doenças na comunidade. No entanto, o contexto dos municípios brasileiros é bastante variado o que tornou esse processo bastante heterogêneo se observado em escala nacional.³ Apesar da criação da Política Nacional da Saúde do Idoso em 1999 e do Estatuto do Idoso em 2003, apenas em 2006, através do Pacto pela Saúde, o SUS passou a considerar a saúde da população idosa como prioridade.⁴ Na ABS o objetivo principal passou a ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, garantindo àquele identificado como frágil a prioridade no atendimento.

A avaliação da saúde dos idosos em dois inquéritos nacionais, realizados no Brasil em 1998 e 2003, demonstrou que apesar dos mais pobres apresentarem piores condições de saúde, eles são os que menos utilizam os serviços de saúde.⁵

Considerando que a ABS é responsável pela prestação direta da maioria das ações e programas de saúde, é fundamental saber se nesse âmbito os idosos mais pobres e com maiores necessidades de cuidados têm acesso aos serviços de saúde.

O propósito do presente estudo foi examinar o uso de serviços básicos de saúde, através de consultas médicas e participação em grupos de atividades educativas, por idosos portadores de uma ou mais de três condições crônicas de saúde, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e doença mental, residentes em áreas de abrangência de UBS em duas regiões geográficas do Brasil, Sul e Nordeste.

Métodos

Este trabalho utilizou o banco de dados de indivíduos a partir de 65 anos de idade, do Estudo de Linha de Base (ELB) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) executado em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes no período de março a agosto de 2005. Destes, 21 estavam localizados na região Sul (17 municípios do Rio Grande do Sul e 4 municípios de Santa Catarina) e 20 na região Nordeste (2 municípios de Alagoas, 3 municípios da Paraíba, 10 municípios de Pernambuco, 2 municípios do Piauí e 3 municípios do Rio Grande do Norte). A seleção da amostra foi realizada em múltiplos estágios. Inicialmente foi calculado o tamanho de amostra necessário para examinar diferenças na efetividade das ações programáticas, segundo o modelo atenção, PSF e Tradicional, nas áreas de abrangência das UBS, totalizando 2100 indivíduos em cada região geográfica, 4200 em seu conjunto. Para ampliar a representatividade da amostra populacional e de UBS (e diminuir o efeito de conglomerado) optou-se por localizar a amostra populacional em cerca de 10 a 20% da rede básica instalada em cada município, alcançando o número de 120 UBS em cada região, num total de 240 UBS. A seguir, selecionaram-se aleatoriamente as UBS, a partir de listas elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde, estratificadas por modelo de atenção, proporcionalmente ao tamanho da rede básica municipal. Foram selecionadas duas UBS com modelo de PSF para uma UBS com modelo tradicional. Ao dividir a amostra de idosos pelo total de UBS foi constatada a necessidade de entrevistar aproximadamente 18 indivíduos na área de abrangência de cada UBS. A localização da amostra foi realizada através de visitas consecutivas aos domicílios a partir das UBS selecionadas, entrevistando um único indivíduo por domicílio. A metodologia do PROESF está descrita em maiores detalhes em outra publicação.⁶

Foram identificados e entrevistados 4003 indivíduos, destes 2889 eram portadores de uma ou mais de três condições crônicas de saúde, HAS, DM e doença mental, 1386 na região Sul e 1503 na região Nordeste. Considerando a região Sul como referência porque apresentou a menor amostra, a margem de erro para a estimativa de prevalência de consulta médica nos últimos seis meses foi de 1,8% e para a participação em grupos de atividades educativas no último ano foi de 2,4%. Para avaliação de associações, o estudo teve poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,5 ou maiores, para exposições que afetam de 10 a 90% da população com um nível de confiança de 95% .

As entrevistas domiciliares foram realizadas por 15 supervisores, previamente treinados, utilizando um questionário estruturado e pré-codificado. Estava previsto que caso o idoso não conseguisse responder ao questionário, um outro indivíduo residente no domicílio o ajudaria, se a incapacidade fosse parcial, ou responderia a todas as questões a respeito do idoso selecionado, se a incapacidade fosse total.

As variáveis dependentes foram dois indicadores de uso de serviços básicos de saúde. Para cada indivíduo entrevistado que informasse ser portador de uma das três condições crônicas, HAS, DM e problema de nervos, era perguntado “Desde *<seis meses atrás>* quantas vezes o(a) senhor(a) consultou devido a *<condição crônica>* no *<posto de saúde de abrangência>*?” e “Desde *<um ano atrás>* o(a) senhor(a) participou de algum grupo de *<condição crônica>* no *<posto de saúde de abrangência>*?” Foi considerado como consulta médica na UBS de abrangência as respostas de uma ou mais consultas por Hipertensão, Diabetes Mellitus e/ou problema de nervos, não sendo somado mais de uma vez o indivíduo que tinha consultado por duas ou mais doenças nos últimos seis meses. Inconsistências entre ter consultado e não ter relatado nenhuma doença crônica foram excluídas. Foi considerada participação em grupos educativos no ano anterior a resposta positiva de portador de uma ou mais condições crônicas não sendo somado mais de uma vez o indivíduo que tinha participado de dois ou três grupos no último ano. Os dois desfechos foram dicotômicos: o uso de consultas médicas nos últimos seis meses (sim/não) e a participação em grupos de condições crônicas no último ano (sim/não) na UBS de abrangência.

As variáveis independentes deste estudo foram indicadores demográficos, socioeconômicos, de hábito de saúde, de incapacidade funcional e de modelo de atenção

da UBS. A região geográfica (categorizada em Sul e Nordeste) é uma variável demográfica referente ao contexto dos indivíduos da amostra. As variáveis demográficas individuais foram sexo, cor da pele (observada pelo entrevistador e classificada como branca, parda e preta), situação conjugal (classificada como casado, com companheiro, viúvo, separado, divorciado e solteiro) e idade (anos completos). As variáveis socioeconômicas foram escolaridade (anos completos de estudo) e renda familiar (em reais). O indicador de hábito de saúde foi tabagismo (classificado como fumante - indivíduo que fumou mais de um cigarro por dia durante mais de um mês, ex-fumante e nunca fumou). Incapacidade funcional foi classificada como muita dificuldade ou necessidade de ajuda de outra pessoa para realizar três ou mais de 12 atividades - tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, passar da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande, carregar cinco quilogramas, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos. O modelo de atenção da UBS é uma variável relacionada ao sistema de saúde e foi classificada como PSF e tradicional.

Os dados foram digitados utilizando-se o programa Epi Info 6.04 e a análise dos dados foi realizada no programa Stata 9.2 (StataCorp, College Station, Tx). O controle de qualidade foi realizado por telefone mediante aplicação de um questionário reduzido, alcançando cerca de 6% da amostra do estudo. A análise de concordância foi obtida através do índice Kappa.

As análises foram estratificadas por região geográfica. A análise descritiva mostrou as características dos indivíduos da amostra. A comparação entre as regiões Sul e Nordeste da utilização de serviços da UBS utilizou o teste de qui-quadrado de Pearson. A análise multivariada de consultas médicas e de participação de grupos em UBS de abrangência por idosos portadores de condições crônicas foi realizada através de regressão de Poisson com variância robusta, levando em conta o efeito de conglomerado. Foram utilizados os testes de Wald de heterogeneidade de proporções e de tendência linear para variáveis ordinais, com descrição das razões de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%.

A análise ajustada dos dois desfechos seguiu um modelo conceitual com quatro níveis de determinação. No primeiro nível foram consideradas as variáveis demográficas e socioeconômicas. No segundo nível, o tabagismo. No terceiro nível,

incapacidade funcional. No quarto nível, o modelo de atenção básica da UBS, Tradicional ou PSF. Para controle dos fatores de confusão, o efeito de cada variável foi controlado para outras variáveis do mesmo nível e superior com valor $p \leq 0,2$ na associação com o desfecho.

Esta pesquisa foi aprovada pela comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas. Os entrevistados foram esclarecidos quanto ao sigilo dos dados pessoais e a confidencialidade das informações individuais. Foi garantido a cada indivíduo o direito de participar ou não da entrevista.

Resultados

Foram entrevistados 4003 idosos representando 95,3% da amostra prevista no estudo original. Dentre eles, 2889 idosos referiram ser portadores de uma ou mais de três condições crônicas de saúde, HAS, DM e doença mental, constituindo o universo do presente estudo.

A tabela 1 apresenta as características dos idosos conforme as regiões estudadas. Os idosos do sexo feminino, de cor de pele branca, viúvos e separados/divorciados/solteiros, com idade até 74 anos, com escolaridade até 4 anos, com renda familiar até R\$ 600,00, sem incapacidade funcional e residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo PSF representaram a maioria da amostra nas regiões Sul e Nordeste. Algumas características da amostra foram diferentes entre as regiões. Na região Sul a maioria dos idosos tinha algum grau de escolaridade enquanto na região Nordeste a maioria nunca havia freqüentado a escola. Na região Nordeste houve uma maior concentração nas três faixas de menor renda familiar. Na região Sul metade dos idosos nunca havia fumado enquanto na região Nordeste a maioria dos idosos era composta pelos grupos de ex-fumantes e fumantes atuais.

A tabela 2 compara as prevalências de uso de serviços das UBS de abrangência por idosos portadores de condições crônicas de saúde. A prevalência de pelo menos uma consulta médica nos últimos seis meses foi 44,8% (IC 95% 42,1 – 47,5) na região Sul com um efeito de delineamento de 1,757 e 45,6% (IC 95% 43,0 – 48,1) na região Nordeste com um efeito de delineamento de 2,246. A prevalência de participação em pelo menos um grupo de atividades educativas no último ano foi 16,3 (IC 95% 14,3% -

18,2) na região Sul com um efeito de delineamento de 2,076 e 21,7% (IC 95%19,6 – 23,8) na região Nordeste com um efeito de delineamento de 3,017.

A tabela 3 apresenta análises ajustadas de consulta médica em UBS de abrangência nas duas regiões estudadas. Na região Sul, houve redução do uso de consultas médicas na UBS de abrangência após os 80 anos de idade e conforme aumentou a escolaridade dos idosos. Os idosos com incapacidade funcional consultaram 30% a mais do que aqueles sem limitações funcionais e os idosos residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo PSF realizaram aproximadamente 20% mais consultas médicas do que aqueles residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo tradicional. Na região Nordeste, uso de consultas médicas na UBS de abrangência diminuiu após os 80 anos de idade e com o aumento da escolaridade dos idosos. Os idosos residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo PSF realizaram 60% mais de consultas médicas que aqueles residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo tradicional.

A tabela 4 apresenta análises ajustadas da participação em grupos de atividades educativas em UBS de abrangência nas duas regiões estudadas. Na região Sul, a participação em grupos de atividades educativas reduziu conforme aumentou a idade e renda familiar dos idosos. Os idosos tabagistas participaram menos de grupos de atividades educativas do que os ex-fumantes. Os idosos residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo PSF participaram duas e meia vezes mais de grupos de atividades educativas do que aqueles residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo tradicional. Na região Nordeste, as mulheres participaram aproximadamente 30% a mais em grupos de atividades educativas. A participação em grupos reduziu conforme aumentou a idade e escolaridade dos idosos. Os idosos com incapacidade funcional participaram aproximadamente 30% a menos de grupos de atividades educativas do que aqueles sem incapacidade funcional. Os idosos residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo PSF participaram duas e meia vezes mais de atividades educativas do que aqueles residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo tradicional.

Discussão

O estudo original teve um baixo percentual de perdas em relação à amostra estimada para idosos, o que reforça a sua validade interna. A amostra deste estudo representa os idosos portadores de uma ou mais de três condições crônicas, HAS, DM e doença mental, que residem em áreas de abrangência de UBS de municípios com população a partir de 100.000 habitantes nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.

O uso de serviços de saúde é resultado de um processo em que interagem vários fatores relacionados ao indivíduo, ao sistema de saúde e ao contexto em que ele ocorre.⁷ Este estudo, ao analisar variáveis individuais em conjunto com a variável referente ao modelo de atenção da UBS, estratificando por região geográfica, observou, mesmo que de forma parcial, as três dimensões desse processo. A avaliação de idosos portadores de condições crônicas de saúde pretendeu reduzir o uso de serviços desvinculado de necessidade de cuidados em saúde.

Comparando com os dados referentes a idosos do censo demográfico de 2000, observa-se que na amostra há maior proporção de mulheres, de indivíduos acima de 75 anos de idade e de indivíduos com baixa escolaridade, categorias associadas ao maior uso de serviços de saúde.⁸ O tabagismo foi mais freqüente entre os idosos da região Nordeste, resultado também observado em um inquérito domiciliar, realizado nos anos de 2002 e 2003 em 15 capitais brasileiras e no Distrito Federal.⁹ Nesse mesmo inquérito foi identificada uma associação entre menor escolaridade e tabagismo, o que justifica a presença de maior proporção de tabagistas na amostra da região Nordeste. O modelo do PSF foi mais freqüente na região Nordeste do que na região Sul o que é condizente com a política do Ministério da Saúde de implantar a estratégia do PSF prioritariamente nas UBS daquela região, devido a maior carência de serviços de saúde e piores índices de morbidade e mortalidade populacional.¹⁰

Consultas médicas

Na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003 foram identificados, respectivamente 72 e 78% de prevalência de realização de ao menos uma consulta médica nos últimos 12 meses por indivíduos a partir de 60 anos.¹¹ Estudo de base populacional realizado na cidade de São Paulo identificou 83% desse mesmo desfecho em indivíduos com 60 ou mais anos nos últimos 12 meses.¹²

Considerando que já foi demonstrado que a utilização do SUS é aproximadamente metade do uso total de serviços de saúde¹³ a prevalência encontrada neste estudo é compatível com aquela esperada para seis meses. Novos estudos devem esclarecer se os idosos portadores de condições crônicas que procuraram outro local obtiveram ou não o atendimento pretendido. A prevalência de consulta médica foi semelhante em ambas as regiões o que está de acordo com avaliação dos dados da PNAD de 2003 que observou que a utilização dos serviços do SUS, após ajuste para renda e escolaridade, foi semelhante entre as regiões geográficas.¹³

A redução de consultas médicas na UBS de abrangência conforme aumentou a idade dos idosos, principalmente a partir de 80 anos, nas duas regiões, também foi observada em estudo que avaliou o uso geral de serviços de saúde por idosos.¹² Considerando que a prevalência de doenças crônicas cresce com o aumento da idade¹⁴ é provável que esses indivíduos apresentem dificuldade de acesso à UBS.

A diminuição de consultas médicas em UBS de abrangência em ambas as regiões à medida que aumenta a escolaridade é sugestiva de que, assim como observado em outros estudos, os indivíduos com maior escolaridade busquem outros locais de assistência à saúde.^{13,14}

A maior prevalência de consultas médicas em idosos com incapacidade funcional apenas na região Sul sugere que na região Nordeste esses idosos tenham menor acesso à UBS de abrangência. Considerando que essa condição é um importante indicador de necessidade de cuidados de saúde,^{16,17} esse resultado indica a necessidade de criação de estratégias que garantam o acesso à assistência médica na UBS a esses indivíduos.

A maior prevalência de consultas médicas na UBS de abrangência entre os idosos residentes em áreas de UBS com estratégia de PSF nas regiões Sul e Nordeste indica que esse modelo de atenção pode facilitar o uso de serviços básicos pelos idosos. Como não foi avaliado o percentual de uso de outros serviços de saúde, não é possível descartar maior dificuldade de acesso a outros serviços uma vez que os idosos residentes de áreas de abrangência de UBS com PSF são mais pobres e têm menor escolaridade do que aqueles residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo tradicional. Estudo que comparou o uso de serviços de UBS com modelo PSF e com

modelo tradicional em São Paulo mostrou que o PSF promoveu um uso mais equitativo dos serviços básicos de saúde.¹⁸

Grupos de atividades educativas

A avaliação de atividades preventivas dirigidas aos idosos na ABS é escassa na literatura. A prevalência de participação em ao menos um grupo de atividades educativas dirigidas a portadores de condições crônicas foi baixa em ambas regiões geográficas, principalmente no Sul. Essa diferença é justificada pela menor proporção de UBS com modelo de PSF no Sul, uma vez que essas atividades são mais ofertadas nas UBS com esse modelo de atenção.¹⁰

Estudo de revisão observou que variáveis relacionadas às condições de saúde desempenham um papel menos importante na determinação de uso de serviços preventivos do que de uso de serviços de assistenciais à saúde.¹⁹ A maior participação dos idosos em grupos de atividades educativas na região Nordeste pode estar relacionada a pior condição socioeconômica dos idosos naquela região, o que os torna mais dependentes dos serviços prestados pela UBS como, por exemplo, o fornecimento de medicamentos dos programas de HAS e DM, garantidos aos usuários que participam das atividades de grupos de portadores dessas doenças.²⁰ A maior participação de mulheres em grupos de atividades educativas no Nordeste tem sido encontrada em estudos anteriores que apontam maior uso de serviços de saúde por mulheres idosas.^{11,12}

A menor participação em grupos de atividades educativas conforme o aumento a idade dos idosos, em ambas as regiões, pode ser atribuída a maior prevalência de doenças crônicas entre os indivíduos mais idosos,¹⁴ o que dificulta o acesso à UBS.

A menor participação de idosos com maior renda familiar em grupos de atividades educativas, na região Sul, é justificada pela preferência dos indivíduos com melhor condição socioeconômica de uso de serviços privados de saúde.¹⁵

A menor participação dos idosos fumantes em grupos de atividades educativas deve-se a maior prevalência de doenças crônicas nesses indivíduos.²¹

A menor participação em grupos de atividades educativas pelos idosos com incapacidade funcional na região Nordeste é indicativo de que esses idosos têm menor acesso à UBS de abrangência do que aqueles não portadores de limitações funcionais.²²

A maior participação de idosos, residentes em áreas de abrangência de UBS com modelo PSF, em grupos de atividades educativas nas regiões Sul e Nordeste demonstra que o PSF promove um maior acesso à UBS dos idosos portadores de condições crônicas de saúde do que o modelo tradicional.¹⁸

Conclusões

Existem poucos estudos no Brasil avaliando a utilização de serviços de saúde por idosos de baixa renda. Este estudo permitiu avaliar a utilização de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas e comparar esse uso entre duas regiões geográficas, Sul e Nordeste. Os resultados do estudo demonstraram que a ABS atendeu mais os idosos com menor escolaridade e renda familiar, contribuindo para uma maior equidade em saúde. Houve maior utilização das UBS com modelo de PSF, o que indica que essa estratégia de atenção básica, independente de contexto geográfico, promove maior uso da UBS de abrangência por idosos portadores de condições crônicas do que o modelo tradicional. Os idosos a partir de 80 anos bem como aqueles portadores de incapacidade funcional devem ser alvo de estratégias, como o atendimento domiciliar, por exemplo, que garantam o acesso desses indivíduos à assistência médica.

Limitações

Como o delineamento do estudo é transversal não foi possível avaliar relações de causa e efeito entre as variáveis independentes e os desfechos. No entanto, o objetivo do estudo foi comparar o padrão de uso de assistência médica e de atividades preventivas nas UBS de abrangência por idosos portadores de condições crônicas de saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. O viés de causalidade reversa não pode ser descartado, porém o uso do recordatório nas questões dos desfechos tentou reduzi-lo. A amostra do estudo não é de base populacional porque o estudo pretendeu avaliar idosos residentes em áreas periféricas de municípios acima de 100.000 habitantes, portadores de condições crônicas de saúde, grupo com maior necessidade de cuidados de saúde e com menores alternativas de assistência à saúde. A resolubilidade dos serviços prestados pela UBS de abrangência não foi avaliada neste estudo embora ela seja importante para o uso continuado dos serviços de saúde.

Colaboradores

MAP Rodrigues participou da elaboração dos instrumentos, análise e interpretação dos dados e redação final do artigo. LA Facchini participou na concepção, elaboração dos instrumentos, interpretação dos dados e revisão final do artigo. E Tomasi, E Thumé, DS Silveira e RX Piccini participaram da concepção, elaboração dos instrumentos e processamento dos dados. FV Siqueira coordenou o trabalho de campo do estudo e participou da elaboração dos instrumentos e processamento dos dados. VMV Paniz participou da elaboração dos instrumentos, processamento dos dados e realizou o controle de qualidade da pesquisa. Todos os autores participaram da redação do artigo.

Agradecimentos

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, de onde provêm os dados utilizados neste trabalho, foi coordenado e financiado pelo Ministério da Saúde com recursos do Banco Mundial.

Referências

- 1 World Health Organization. Social Development Ageing: Crisis or Opportunity? In: Geneva 2000 Forum, the Next Step and Social Development. Geneva: World Health Organization; 2000.
- 2 World Health Organization. Active ageing: towards age-friendly primary health care. In: Active Ageing series. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 3 Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2002;7(3):401-412.
- 4 Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde 2006. In: Diário Oficial da União, 23/02/2006.
- 5 Lima-Costa MF, Barreto SM, 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 Saude Publica* 2003;19(3):735-43.

- 6 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à Saúde no Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008;24 Suppl 1:S159-72.
- 7 Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
- 8 Mendoza-Sassi R, Beria JU. Health services utilization: a systematic review of related factors. *Cad Saude Publica* 2001;17(4):819-32.
- 9 Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Prevalência de tabagismo no Brasil. Rio de Janeiro; 2004.
- 10 Ministério da Saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica, Secretarias de Políticas de Saúde. Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica* 2000;34(3):316-9.
- 11 Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saude Publica* 2007;23(10):2467-78.
- 12 Louvison MC, Lebrao ML, Duarte YA, Santos JL, Malik AM, Almeida ES. Inequalities in access to health care services and utilization for the elderly in Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica* 2008;42(4):733-40.
- 13 Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde por usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(4):1011-1022.
- 14 Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002;7(4):743-756.
- 15 Bós AMG, Bós AJG. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004;38(1):113-120.
- 16 Fernandez-Mayoralas G, Rodriguez V, Rojo F. Health services accessibility among Spanish elderly. *Social Science & Medicine* 2000;50:17-26.
- 17 Lima - Costa MF, Matos DV, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa

- Nasional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998,2003). *Rev Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(4):941-950.
- 18 Goldbaum M GR, Novaes HM, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa de saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2005;39(1):90-99.
- 20 Borrás JM. Utilization of health services. *Gac Sanit* 1994;8(40):30-49.
- 20 Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria 112, Programa: Farmácia Básica. In: Diário Oficial da União, 20/06/1999.
- 21 Peixoto SV, Firmo JO, Lima-Costa MF. Factors associated to smoking habit among older adults (The Bambuí Health and Aging Study). *Rev Saude Publica* 2005;39(5):746-53.
- 22 Taylor DH, Jr., Hoenig H. Access to health care services for the disabled elderly. *Health Serv Res* 2006;41(3 Pt 1):743-58.

Anexos

Tabela 1. Descrição da amostra de idosos portadores de doenças crônicas (n=2889) residentes em áreas de abrangência de Unidades Básicas de Saúde (UBS) das regiões Sul e Nordeste. Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) Brasil, 2005.

Variáveis	Região Sul N (%)	Região Nordeste N (%)
Total	1386 (100)	1503 (100)
Sexo		
Masculino	467 (33,7)	548 (36,5)
Feminino	919 (66,3)	955 (63,5)
Cor da pele		
Branca	1143 (82,8)	867 (57,8)
Parda	117 (8,4)	388 (25,9)
Preta	121 (8,8)	245 (16,3)
Situação conjugal		
Casado(a)/com companheiro(a)	577 (41,9)	622 (41,7)
Viúvo(a)	650 (47,3)	685 (45,9)
Separado(a)/divorciado(a)/solteiro(a)	149 (10,8)	186 (12,4)
Idade em anos		
65 a 69	469 (33,8)	466 (31,0)
70 a 74	384 (27,7)	387 (25,8)
75 a 79	281 (20,3)	334 (22,2)
80 ou mais	252 (18,2)	316 (21,0)
Escolaridade		
0	560 (40,9)	915 (62,1)
1 a 4 anos	520 (38,0)	351 (23,8)
5 a 8 anos	243 (17,8)	157 (10,7)
9 ou mais	45 (3,3)	51 (3,4)
Renda familiar em reais		
0-250	376 (27,2)	170 (11,3)
251-450	135 (9,7)	515 (34,3)
451-600	326 (23,5)	362 (24,1)
601-915	279 (20,1)	244 (16,2)
916-4800	270 (19,5)	212 (14,1)
Tabagismo		
Nunca fumou	685 (50,2)	605 (40,3)
Ex-fumante	510 (36,8)	713 (47,5)
Fumante	93 (13,0)	184 (12,2)
Incapacidade funcional		
Não	939 (70,4)	979 (66,7)
Sim	395 (29,6)	488 (33,3)
Modelo de atenção da UBS		
Tradicional	544 (39,2)	414 (27,5)
PSF	842 (60,8)	1089 (72,5)

Incapacidade funcional: dificuldade ou necessidade de ajuda de outra pessoa para realizar 3 ou mais dentre 12 atividades – tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, transferir-se da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande (uma poltrona, por exemplo), carregar 5kg, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos.

PSF: Programa de Saúde da Família.

Nota: o número máximo de valores ignorados foi de 88 na variável incapacidade funcional, 52 na região Sul e 36 na região Nordeste.

Tabela 2. Prevalência de consulta médica e participação em grupos de atividades educativas em unidades básicas de saúde (UBS) de abrangência por idosos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus e/ou doença mental nas regiões Sul e Nordeste. PROESF, Brasil, 2005.

Variável	Total		Região Sul		Região Nordeste		Valor p*
	N#	%	N	%	N	%	
Consulta médica nos últimos 6 meses	2811	100	1332	100	1479	100	0,689
Não	1540	54,8	735	55,2	805	54,4	
Sim	1271	45,2	597	44,8	674	45,6	
Participação em grupos no último ano	2876	100	1332	100	1524	100	< 0,001
Não	2325	80,8	1132	83,7	1193	78,3	
Sim	551	19,2	220	16,3	331	21,7	

A variável consulta médica em UBS de abrangência teve 78 missings, 46 na região Sul e 32 na região Nordeste; a variável participação em grupos em UBS de abrangência teve 13 missings, 8 na região Sul e 5 na região Nordeste; * Valor p do teste de qui-quadrado para heterogeneidade de proporções.

Tabela 3. Análise ajustada de fatores associados à consulta médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) de abrangência, nos últimos seis meses, por idosos portadores de condições crônicas de saúde nas regiões Sul e Nordeste. Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) Brasil, 2005.

Nível	Variável	Região Sul (N=1332)		Região Nordeste (N=1479)	
		RP (IC 95%)	valor p	RP (IC 95%)	valor p
1	Idade em anos		0,004 #		0,002 #
	65 a 69	1		1	
	70 a 74	0,89 (0,76 – 1,03)		0,91 (0,79 – 1,05)	
	75 a 79	0,89 (0,76 – 1,04)		0,99 (0,86 – 1,14)	
	80 ou mais	0,72 (0,58 – 0,89)		0,71 (0,59 – 0,85)	
	Escolaridade em anos		0,003 #		< 0,001 #
	0	1		1	
	1 a 4 anos	0,83 (0,71 – 0,96)		0,88 (0,76 – 1,03)	
	5 a 8 anos	0,81 (0,67 – 0,98)		0,84 (0,70 – 0,99)	
	9 ou mais	0,64 (0,41 – 0,98)		0,40 (0,22 – 0,72)	
Renda familiar em reais			0,156 #		
	0-250	1		-	
	251-450	0,88 (0,71 – 1,10)		-	
	451-600	1,08 (0,92 – 1,26)		-	
	601-915	0,97 (0,82 – 1,14)		-	
	916-4800	0,82 (0,66 – 1,01)		-	
Incapacidade funcional			< 0,001 *		-
	Não	1		-	
3	Sim	1,31 (1,15 – 1,49)			
Tipo de UBS			0,045 *		< 0,001 *
	Tradicional	1		1	
4	PSF	1,19 (1,00 – 1,42)		1,61 (1,33 – 1,96)	

O nível dois não foi apresentado na tabela porque a variável tabagismo não permaneceu no modelo final;

valor p do teste de Wald para tendência linear; *valor p do teste de Wald para heterogeneidade;

%: Prevalência de acesso total; RP (IC 95%): Razão de prevalência, ajustada para as variáveis do mesmo nível e superior que apresentaram valor p até 0,20 na associação com o desfecho, com intervalo de confiança de 95%;

Incapacidade funcional: dificuldade ou necessidade de ajuda de outra pessoa para realizar 3 ou mais dentre 12 atividades – tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, transferir-se da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande (uma poltrona, por exemplo), carregar 5kg, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos (uma chave, por exemplo).

UBS: Unidade Básica de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família.

Tabela 4. Análise ajustada de fatores associados à participação em grupos de atividades educativas em unidades básicas de saúde de abrangência, no último ano, por idosos portadores de condições crônicas de saúde nas regiões Sul e Nordeste. PROESF, Brasil, 2005.

Nível	Variável	Região Sul		Região Nordeste	
		RP (IC 95%)	valor p	RP (IC 95%)	valor p
	Sexo	-			0,037 *
1	Masculino	-		1	
	Feminino			1,27 (1,01 – 1,58)	
	Idade em anos		0,006 #		< 0,001 #
	65 a 69	1		1	
	70 a 74	0,89 (0,67 – 1,20)		0,89 (0,70 – 1,14)	
	75 a 79	0,81 (0,61 – 1,12)		0,86 (0,67 – 1,11)	
	80 ou mais	0,58 (0,39 – 0,87)		0,43 (0,31 – 0,61)	
	Escolaridade em anos				< 0,001 #
	0	-		1	
	1 a 4 anos	-		0,76 (0,60 – 0,97)	
	5 a 8 anos	-		0,63 (0,42 – 0,95)	
	9 ou mais	-		0,27 (0,10 – 0,71)	
	Renda familiar em reais		0,007 #		
	0-250	1		-	
	251-450	1,04 (0,71 – 1,53)		-	
	451-600	1,00 (0,73 – 1,37)		-	
	601-915	0,82 (0,62 – 1,09)		-	
	916-4800	0,61 (0,40 – 0,93)		-	
2			0,03 *		0,077 *
	Tabagismo				
	Nunca fumou	1		1	
	Ex-fumante	1,04 (0,81 – 1,35)		1,09 (0,89 – 1,33)	
	Fumante	0,56 (0,34 – 0,92)		0,69 (0,47 – 1,02)	
3		-			0,001 *
	Incapacidade funcional				
	Não	-		1	
	Sim			0,67 (0,53 – 0,84)	
4			<0,001 *		< 0,001 *
	Modelo de atenção da UBS				
	Tradicional	1		1	
	PSF	2,46 (1,58 – 3,82)		2,53 (1,55 – 4,13)	

valor p do teste de Wald para tendência linear; *valor p do teste de Wald para heterogeneidade;

%: Prevalência de acesso total; RP (IC 95%): Razão de prevalência ajustada e intervalo de confiança de 95%;

Incapacidade funcional: dificuldade ou necessidade de ajuda de outra pessoa para realizar 3 ou mais dentre 12 atividades – tomar banho, alimentar-se, vestir-se, usar o banheiro, caminhar, transferir-se da cama para uma cadeira, lavar o rosto, empurrar um objeto grande (uma poltrona, por exemplo), carregar 5kg, agachar-se, levantar os braços acima da cabeça e lidar com objetos pequenos.

UBS: Unidade Básica de Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

ARTIGO 3

Depressive symptoms among elderly subjects living in poor areas of Southern Brazil

Maria Aparecida P. Rodrigues^{1,5}, Luiz Augusto Facchini¹, Roberto Xavier Piccini¹, Elaine Tomasi^{2,4}, Elaine Thumé³, Denise Silva Silveira^{1,4}, Vera Maria Vieira Paniz¹

¹ Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Rua Marechal Deodoro 1160 - 3º piso, CEP 96020-220, Pelotas, RS, Brasil.

² Universidade Católica de Pelotas

³ Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas

⁴ Secretaria Municipal de Saúde e Bem Estar de Pelotas

⁵ Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Correspondência: Maria Aparecida Pinheiro Rodrigues. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Rua Marechal Deodoro 1160 - 3º piso, CEP 96020-220, Pelotas, RS, Brasil, e-mail: rodriguesmapa@terra.com.br.

Abstract

Objective: To determine prevalence and factors associated with depressive symptoms among poor elderly subjects in Southern Brazil to evaluate the need of mental healthcare in the primary network.

Methods: Cross-sectional study with subjects aged 65 years or older living in areas of coverage of primary healthcare units. Depressive symptoms were defined by the presence of six or more of the 15 items in short version of the Geriatric Depression Scale. Crude and adjusted analyses were carried out using Poisson regression.

Results: Prevalence of depressive symptoms was 30.8%: 21.3% (95%CI: 18.0 – 24.6) among men and 36.6% (95%CI: 33.5 – 39.7) among women. Depressive symptoms were more frequent among widowers, women with less schooling, and, regardless of sex, among subjects with functional disability, regular/poor self-rated health and chronic diseases.

Conclusions: Depressive symptoms among the elderly should be investigated in the context of primary health care, especially among individuals with altered health conditions. Intervention programs aimed at preventing depression should be targeted to widowers and to women with less schooling.

Keywords: Depression, Old Age Assistance, Cross-Sectional Studies, Primary Health Care, Frail Elderly

Introduction

Depression among the elderly compromises quality of life, increases risk of mortality, and is associated with greater usage of healthcare services¹⁻⁵. Depressive disorders may affect up to one-third of elderly subjects⁶. However, it is estimated that only 20% of cases of depression among the elderly are detected in the primary care^{7, 8}. One of the reasons for the underdiagnosis of depression is the lack of investigation of depressive symptoms during medical appointments⁹.

In Brazil, research on depression among the elderly is still incipient. Reported prevalence range from 18% to 38%¹⁰⁻¹². Although the literature indicates gender differences in the determinants of depression among the elderly^{13, 14}, this matter has not been addressed in Brazilian studies of the subject^{11, 12, 15}.

Poor elderly subjects, in spite of greater exposure to risk factors for depression, such as violence, malnutrition, and precarious living conditions, have less access to healthcare services¹⁶⁻¹⁹.

The present study was aimed at identifying prevalence of depressive symptoms and evaluating whether the characteristics associated with these symptoms differed according to the gender among elderly subjects living in areas of coverage of Primary Healthcare Units (PHUs) of municipalities with over 100 thousand inhabitants in two states in Southern Brazil – Rio Grande do Sul and Santa Catarina. The main objective of this study was to evaluate the need for mental healthcare in the primary network.

Methods

The present study used the elderly subject database of the baseline study of the Project for Expansion and Consolidation of Family Health [*Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF*], carried out in 21 Brazilian Municipalities with over 100 thousand inhabitants. These municipalities were located in Brazil's South Region (seventeen in the state of Rio Grande do Sul, and four in Santa Catarina). Sampling was carried out in multiple stages. Initially, the sample size necessary for determining differences in the effectiveness of programmatic initiatives according to healthcare model – family healthcare program or traditional, in the PHU coverage area was calculated. This calculation yielded a total sample size of 2,100 subjects. To increase the representativeness of the populational and PHU sample (and to attenuate the clustering effect), the populational sample was located within approximately 10-20% of the primary network operational in each municipality, which

yielded a total of 120 PHUs. PHUs were then randomly selected based on lists constructed by the Municipal Health Secretariats, stratified according to healthcare model, proportionally to the size of the municipal healthcare network. Two family healthcare program PHUs were selected for each traditional one. By dividing the sample of elderly subjects by the total number of PHUs, a “share” of 18 subjects was obtained to be interviewed in the area of coverage of each PHU. Subjects were located by means of consecutive home visits. Given the proportion of elderly individuals in the population (8-10%), the probability of locating an elderly subject was estimated at one in every three households, thus ensuring good distribution of the sample within the area of coverage of each PHU. Further details on the sampling methods employed in this study are available elsewhere ²⁰.

Home interviews were carried out by 15 previously trained supervisors, using a structured, pre-coded questionnaire. If the subject was unable to respond to the questionnaire, another household member would either help the subject in case of partial disability or respond to all questions in case of total disability.

The study identified and interviewed 1,891 subjects, or 90% of the predicted sample. The margin of error for estimating prevalence of depressive symptoms among the elderly was 1.5%. For the evaluation of associations, this sample provided 80% power to detect as significant, with 95% confidence, prevalence ratios of 1.3 or higher for exposures affecting between 10% and 90% of subjects.

The dependent variable was presence of depressive symptoms, measured using the Geriatric Depression Scale, an instrument developed especially for elderly subjects ²¹. The short version of this scale, used in the present study, is composed of 15 questions, and a positive response to any of these questions is scored as one point. Subjects scoring six or more points were considered as having depressive symptoms, which includes cases of minor and major depression ²².

Independent variables included sociodemographic and health-related characteristics. The sociodemographic variables investigated were sex, age (complete years), schooling (completed years of school), skin color (observed by the interviewer, categorized as white, black, or mixed), marital status, and retirement status. Health care indicators included functional disability (none, slight, moderate, with much difficulty, requiring help from another person) when carrying out three of more of 12 listed activities (showering, eating, dressing-up, using the restroom, walking, moving from bed to chair, washing face, pushing large objects, carrying five kilograms, crouching, raising

arms above head and dealing with small objects), self-rated health (excellent, very good, good, regular, poor) and chronic diseases (suffering or not from Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus).

Data were entered using Epi Info v. 6.04 software and analyzed using Stata v. 9.2. Quality control was carried out by telephone by administering a short questionnaire to approximately 6% of the study sample. Agreement was analyzed using the Kappa coefficient.

Analyses were stratified by sex due to the possibility of modification of the effect of independent variables according to the sex of the subject¹³. Descriptive analysis included prevalence of depression and sample characteristics. Bivariate analysis evaluated the distribution of depression according to the categories of each independent variable. Crude and multivariate analyses assessed the strength of the association between each independent variable and presence of depressive symptoms using Poisson regression with robust variation, taking into account the effect of clustering. Poisson regression is considered to be the best alternative for analysis of cross-sectional studies with high-frequency outcomes, for it uses the prevalence ratio to evaluate associations, which represents a better estimate of relative risk in such scenarios than the odds ratio²³. We used the Wald tests for heterogeneity of proportions and for linear trend in case of ordinal variables, producing prevalence ratios and their respective 95% confidence intervals.

Adjusted analysis was based on a conceptual model with three levels of determination. The most distal level included age, schooling, and skin color; the second level included marital status and retirement; and the third level included functional disability, self-rated health, and chronic diseases. For confounder control, the effect of each variable was controlled for all other variables in the same or higher levels with p-values ≤ 0.2 .

The present study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Pelotas. Free informed consent was obtained from each subject before the interview. Subjects were ensured confidentiality of identity and information, as well as the right to refuse to participate or to suspend participation at any time.

Results

We interviewed 1,891 subjects, of which 713 were men and 1178 were women, corresponding to 90% of the sample size estimated by the study. Prevalence of

depression was 30.8% (95%CI: 28.2 – 33.4), with a design effect of 1.427. Prevalence among men was 21.3% (95%CI: 18.0 – 24.6), with a design effect of 1.109, and among women, 36.6% (95%CI: 33.5 – 39.7), with a design effect of 1.195.

Table 1 presents the characteristics of the sample stratified by sex. Age under 75 years, schooling up to 4 years, white skin color, autonomy in carrying out several activities, regular or poor self-rated health, and suffering from one or more chronic diseases were characteristics of the majority of subjects of both sexes. The majority of men were married or living with a partner, whereas the majority of women were widows. Over 90% of men were retired, whereas among women this proportion was under 60%. Worse self-rated health, functional disability, and presence of chronic diseases were all more frequent among women.

Table 2 presents the distribution of depressive symptoms according to categories of the independent variables and their respective prevalence ratios in relation to the reference category. Depression was more frequent among widowers. Among women, frequency of depression increased as schooling decreased. Functional disability, regular/poor self-rated health and presence of chronic diseases were associated with higher prevalence of depression, irrespective of sex.

Table 3 shows that, in adjusted analysis, factors associated with depressive symptoms maintained the same associations found in crude analysis. After confounder control, depressive symptoms were associated with being a widower among men and with less schooling among women. For both sexes, depressive symptoms were associated with functional disability, regular/poor self-rated health, and presence of chronic diseases.

Discussion

Prevalence of depressive symptoms among elderly subjects was higher than that observed in other studies using the same version of the Geriatric Depression Scale^{11, 24}. Depressive symptoms were more prevalent among women, as well as among widowers and women with less schooling. Regardless of sex, functional disability, regular/poor self-rated health, and presence of chronic diseases were associated with depressive symptoms.

The higher prevalence of depression among women^{6, 25, 26} has been attributed to greater verbalization of emotional problems, conflicts regarding the diversification of the

role of women in society, and to a likely greater ability of the instruments used to capture symptoms more specific of women^{27 13}.

The association between depression and being a widower among males^{14, 27} suggests that men have greater difficulty living alone than women²⁸.

Less schooling was associated with higher prevalence of depressive symptoms among women, which suggests that increased schooling may compensate for sociocultural inequalities between women and men²⁹.

The association between depressive symptoms and functional disability^{12, 24, 26, 30} may be due to low self-esteem resulting from loss of autonomy^{31, 32} or to functional limitations resulting from the modification of social habits and cessation of physical activity³³. Regardless of the reason behind this association, there is evidence that treating depression promotes recovery from functional disability, demonstrating the importance of integral health evaluation of elderly individuals³⁴.

The association between depressive symptoms and regular/poor self-rated health is justified by the negative perception that elderly subjects have of their own health³⁵. On the other hand, it has been demonstrated that reductions in depressive symptoms are associated with improved self-rated health³⁶.

The association between depressive symptoms and chronic diseases can be explained by the greater prevalence of smoking, sedentariness, and overweight among depressed individuals, which are predisposing factors for the development of chronic diseases³⁷. From the biological standpoint, depressed individuals have been found to have lesser heart rate variability³⁸, increased platelet aggregation³⁹⁻⁴¹, increased levels of inflammatory markers,⁴² and lower adherence to changes in lifestyle, such as change in dietary habits and physical activity⁴³.

Conclusions

The present study has demonstrated that depressive symptoms among poor elderly subjects represent a large demand for mental healthcare in the primary network. Considering that treating low-income elderly individuals for depression can yield benefits similar to those reached by the elderly of higher socioeconomic level,⁴⁴ our data support the indication that diagnosis and treatment of depressive diseases should be carried out in the context of primary healthcare. The present study has identified that not only altered health conditions, but also social indicators – being a widower among men, and less schooling among women – are associated with depressive symptoms among

poor elderly subjects. Therefore, the planning of actions on mental health in the primary network should include prevention of depression among elderly individuals living in communities of greater social vulnerability.

Limitations

This is a cross-sectional study, which does not allow for the establishment of causal relationships between variables.

Individuals selected for the study are residents of areas of coverage of PHUs in municipalities with over 100 thousand inhabitants; therefore, the sample is not representative of the elderly population in the same conditions in municipalities with less than 100 thousand inhabitants in Southern Brazil, this undermines the generalization of the results.

Strengths

The present study evaluated the presence of depressive symptoms in elderly subjects. This is an important public health issue due to both its high prevalence and its deleterious effects on the quality of life of those affected. The population evaluated in this study is poorer than the general population, and is thus more vulnerable to depression. Carrying out the study in a developing country contributes towards our understanding of the subject, for although the majority of elderly persons worldwide lives in such countries, studies available in the literature originate almost entirely from developed countries.

Contributors

M.A. P. Rodrigues contributed to conceptualization and design of the study, analysis and interpretation of data and preparation of the final article. L. A. Facchini contributed to study conceptualization and design, analysis of data and preparation of the final article. Roberto Xavier Piccini contributed to study conceptualization and design and preparation of the final article, Elaine Tomasi contributed to study conceptualization and design and analysis of data, Elaine Thumé contributed to study conceptualization and design and preparation of the final article, Denise Silva Silveira contributed to study conceptualization and design and preparation of the final article, Vera Maria Vieira contributed to study conceptualization and design, interpretation of data and preparation of the final article.

Human Participant Protection

The Medical Research Ethics Committee of the Federal University of Pelotas approved the study protocol.

Acknowledgements

The Project for Expansion and Consolidation of Family Health, from which the data analyzed in the present study originate, was coordinated and financed by the Brazilian Ministry of Health with resources from the World Bank.

Referências

- 1 Burvill PW, Knuiaman MW. The influence of minor psychiatric morbidity on consulting rates to general practitioners. *Psychol Med* 1983;13(3):635-43.
- 2 Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *Jama* 1989;262(7):914-9.
- 3 Gurland B. The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992;8(2):377-86.
- 4 Beekman AT, Deeg DJ, Braam AW, Smit JH, Van Tilburg W. Consequences of major and minor depression in later life: a study of disability, well-being and service utilization. *Psychol Med* 1997;27(6):1397-409.
- 5 Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman AT, et al. Association of depression and gender with mortality in old age. Results from the Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL). *Br J Psychiatry* 2000;177:336-42.
- 6 Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999;174:307-11.
- 7 Cole MG, Yaffe MJ. Pathway to psychiatric care of the elderly with depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:157-161.
- 8 Gelenberg A. Depression is still underrecognized and undertreated. *Arch Intern Med* 1999;159(15):1657-8.
- 9 Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão em idosos: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(3):145-9.
- 10 Veras RP, Coutinho ES. Prevalence of depression and organic cerebral syndrome in the elderly population, Brazil. *Rev Saúde Pública* 1991;25(3):209-17.

- 11 Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):127-41.
- 12 Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JO, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambui Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr* 2008;30(2):104-9.
- 13 Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-92.
- 14 Lee GR, DeMaris A, Bavin S, Sullivan R. Gender differences in the depressive effect of widowhood in later life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(1):S56-61.
- 15 Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. [Depressive symptoms and associated factors in an elderly population in southern Brazil]. *Rev Saude Publica* 2004;38(3):365-71.
- 16 Arean PA, Alvidrez J. The prevalence of psychiatric disorders and subsyndromal mental illness in low-income, medically ill elderly. *Int J Psychiatry Med* 2001;31(1):9-24.
- 17 Angel RJ, Frisco M, Angel JL, Chiriboga DA. Financial strain and health among elderly Mexican-origin individuals. *J Health Soc Behav* 2003;44(4):536-51.
- 18 Ostir GV, Eschbach K, Markides KS, Goodwin JS. Neighbourhood composition and depressive symptoms among older Mexican Americans. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(12):987-92.
- 19 Cairney J, Krause N. The social distribution of psychological distress and depression in older adults. *J Aging Health* 2005;17(6):807-35.
- 20 Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Avaliação da efetividade da Atenção Básica à Saúde no Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad Saude Publica* 2008;24 Suppl 1:S159-72.
- 21 Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1):37-49.
- 22 Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999;14(10):858-65.

- 23 Barros AJ, VN. H. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol.* 2003;3:21.
- 24 Gazmararian J, Baker D, Parker R, Blazer DG. A multivariate analysis of factors associated with depression: evaluating the role of health literacy as a potential contributor. *Arch Intern Med* 2000;160(21):3307-14.
- 25 Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58(3):249-65.
- 26 Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003;160(6):1147-56.
- 27 Weissman MM, Klerman GL. Sex differences and the epidemiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1977;34(1):98-111.
- 28 Van Grootheest DS, Beekman AT, Broese van Groenou MI, Deeg DJ. Sex differences in depression after widowhood. Do men suffer more? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34(7):391-8.
- 29 Ross CE, Mirowsky J. Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? *Soc Sci Med* 2006;63(5):1400-13.
- 30 Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, et al. Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry* 1996;153(7):877-85.
- 31 Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C. The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability. *J Community Health* 1990;15(2):93-104.
- 32 Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry* 1997;154(10):1384-90.
- 33 Penninx BW, Leveille S, Ferrucci L, van Eijk JT, Guralnik JM. Exploring the effect of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly. *Am J Public Health* 1999;89(9):1346-52.
- 34 Von Korff M, Ormel J, Katon W, Lin EH. Disability and depression among high utilizers of health care. A longitudinal analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(2):91-100.

- 35 Han B. Depressive symptoms and self-rated health in community-dwelling older adults: a longitudinal study. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(9):1549-56.
- 36 Han B, Jylha M. Improvement in depressive symptoms and changes in self-rated health among community-dwelling disabled older adults. *Aging Ment Health* 2006;10(6):599-605.
- 37 Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 2003;54(3):216-26.
- 38 Gorman JM, Sloan RP. Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am Heart J* 2000;140(4 Suppl):77-83.
- 39 Musselman DL, Tomer A, Manatunga AK, et al. Exaggerated platelet reactivity in major depression. *Am J Psychiatry* 1996;153(10):1313-7.
- 40 Laghrissi-Thode F, Wagner WR, Pollock BG, Johnson PC, Finkel MS. Elevated platelet factor 4 and beta-thromboglobulin plasma levels in depressed patients with ischemic heart disease. *Biol Psychiatry* 1997;42(4):290-5.
- 41 Pollock BG, Laghrissi-Thode F, Wagner WR. Evaluation of platelet activation in depressed patients with ischemic heart disease after paroxetine or nortriptyline treatment. *J Clin Psychopharmacol* 2000;20(2):137-40.
- 42 Miller GE, Stetler CA, Carney RM, Freedland KE, Banks WA. Clinical depression and inflammatory risk markers for coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2002;90(12):1279-83.
- 43 Blumenthal JA, Williams RS, Wallace AG, Williams RB, Jr., Needles TL. Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosom Med* 1982;44(6):519-27.
- 44 Arean PA, Alexopoulos G. Psychosocial interventions for mental illness in late-life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22(2):99-100.

Table 1 – Characteristics of the sample of elderly subjects (N=1,891) living in areas of coverage of primary healthcare units in municipalities with over 100 thousand inhabitants in Southern Brazil. PROESF, 2005, Brazil.

Variables	Sex	
	Male N(%)	Female N(%)
Total	713 (100)	1178 (100)
Age in years		
65 to 69	252 (35.3)	384 (32.6)
70 to 74	196 (27.5)	337 (28.6)
75 to 79	138 (19.4)	231 (19.6)
80 or older	127 (17.8)	226 (19.2)
Schooling in years		
0	245 (34.8)	512 (44.0)
1 to 4	263 (37.4)	426 (36.6)
5 to 8	152 (21.6)	194 (16.7)
9 or more	44 (6.2)	31 (2.7)
Skin color		
White	592 (83.3)	968 (82.5)
Mixed	66 (9.3)	102 (8.7)
Black	53 (7.4)	103 (8.8)
Marital status		
Married/with partner	515 (73.0)	282 (24.1)
Widow(er)	117 (16.6)	749 (64.1)
Separated/divorced/single	74 (10.4)	138 (11.8)
Retirement		
No	53 (7.4)	487 (41.3)
Yes	660 (92.6)	691 (58.7)
Functional disability		
No	570 (82.9)	792 (69.6)
yes	118 (17.1)	346 (30.4)
Self-rated health		
Excellent/very good/good	325 (45.8)	413 (35.3)
Regular/poor	385 (54.2)	757 (64.7)
Chronic diseases		
No	230 (33.0)	236 (20.4)
Yes	467 (67.0)	919 (79.6)

Note: the highest number of ignored values was 65 for the functional disability variable (25 males and 40 females).

Table 2. Crude analysis of depressive symptoms among elderly subjects living in areas of coverage of primary healthcare units in municipalities with over 100 thousand inhabitants in Southern Brazil. PROESF, 2005. Brazil.

Variables	Males			Females		
	%	RP (IC95%)	p	%	RP (IC95%)	p
Age in years			0.020 ^a			0.005 ^a
65 to 69	16.8	1		33.3	1	
70 to 74	20.3	1.03 (0.97-1.10)		34.7	1.01 (0.96-1.06)	
75 to 79	26.2	1.08 (1.00-1.17)		37.6	1.03 (0.97-1.10)	
80 or more	26.7	1.08 (1.00-1.17)		44.4	1.08 (1.02-1.15)	
Skin color			0.966 ^b			0.737 ^b
White	21.2	1		37.0	1	
Mixed	22.6	1.01 (0.92-1.12)		34.7	0.98 (0.91-1.06)	
Black	22.0	1.01 (0.90-1.12)		33.7	0.98 (0.91-1.05)	
Schooling			0.041 ^a			<0.001 ^a
0	26.0	1		44.6	1	
1 to 4 years	19.0	0.94 (0.89-1.01)		34.1	0.93 (0.89-0.97)	
5 to 8 years	17.4	0.93 (0.87-1.00)		25.7	0.87 (0.82-0.92)	
9 or more years	17.1	0.93(0.82-1.05)		16.7	0.81 (0.72-0.90)	
Marital status			<0.001 ^b			0.595 ^b
Married/with partner	17.6	1		35.4	1	
Widow(er)	37.0	1.17 (1.08-1.26)		37.5	1.02 (0.97-1.07)	
Separated/divorced/single	23.9	1.05 (0.98-1.14)		33.3	0.98 (0.92-1.06)	
Retirement			0.661 ^b			0.354 ^b
No	18.9	1		38.1	1	
Yes	21.5	1.02 (0.93-1.13)		35.5	0.98 (0.94-1.02)	
Functional disability			<0.001 ^b			<0.001 ^b
No	15.5	1		26.0	1	
Yes	47.7	1.28 (1.18-1.38)		62.1	1.29 (1.23-1.34)	
Self-rated health			<0.001 ^b			<0.001 ^b
Excellent/very good/good	9.7	1		20.1	1	
Regular/poor	31.2	1.13 (1.10-1.16)		45.9	1.12 (1.10-1.15)	
Chronic diseases			<0.001 ^b			<0.001 ^b
No	10.9	1		23.0	1	
Yes	26.3	1.14 (1.08-1.20)		40.0	1.14 (1.08-1.20)	

%; prevalence of depressive symptoms; PR (95%CI): prevalence ratio and 95% confidence interval;

a – p-value for Poisson regression Wald test for linear trend;

b – p-value for Poisson regression Wald test for heterogeneity

Table 3. Adjusted analysis of depressive symptoms among elderly subjects living in areas of coverage of primary healthcare units in municipalities with over 100 thousand inhabitants in Southern Brazil. PROESF, 2005. Brazil.

Level	Variable	Sex			
		Males RP (IC 95%)	p-value	Females RP (IC 95%)	p-value
1	Age (years)		0.394 ^a		0.821 ^a
	65 to 69	1		1	
	70 to 74	0.98 (0.81-1.19)		0.98 (0.93-1.03)	
	75 to 79	1.01 (0.82 -1.25)		0.97 (0.92 -1.03)	
	80 or more	1.07 (0.88-1.29)		1.01 (0.96-1.07)	
	Schooling		0.722 ^a		<0.001 ^a
	0	1		1	
	1 to 4 years	0.99 (0.93 –1.05)		0.94 (0.91 –0.98)	
	5 to 8 years	0.97 (0.90 –1.04)		0.90 (0.86 – 0.95)	
	9 or more years	1.03 (0.92 –1.15)		0.89 (0.81 –0.98)	
2	Marital status		< 0.001 ^b	-	-
	Married/with partner	1		-	-
	Widow(er)	1.15 (1.06-1.24)		-	-
	Separated/divorced/single	1.06 (0.99-1.14)		-	-
3	Functional disability		<0.001 ^b		<0.001 ^b
	No	1		1	
	Yes	1.20 (1.11-1.30)		1.22 (1.16-1.28)	
	Self-rated health		<0.001 ^b		<0.001 ^b
	Excellent/very good/good	1		1	
	Regular/poor	1.12 (1.07 –1.18)		1.13 (1.08 –1.18)	
	Chronic disease		0.002 ^b		0.033 ^b
	No	1		1	
	Yes	1.07 (1.03 – 1.13)		1.05 (1.01 – 1.10)	

In level one, variables were controlled for age, schooling, and skin color; in level two, for marital status, retirement, age, and schooling; in level three, for functional disability, self-rated health, chronic diseases, marital status, age, and schooling.

%: prevalence of depressive symptoms; PR (95%CI): prevalence ratio and 95% confidence interval;

a – p-value for Poisson regression Wald test for linear trend;

b – p-value for Poisson regression Wald test for heterogeneity

ARTIGO 4

Gênero e incidência de incapacidade funcional em idosos: revisão sistemática.**Gender and incidence of functional disability in elderly: systematic review.**

Maria Aparecida P. Rodrigues^{1,3}, Luiz Augusto Facchini¹, Elaine Thumé^{1,2}, Fátima Maia¹

Gênero e incapacidade funcional em idosos.

¹ Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Rua Marechal Deodoro 1160 - 3º piso, CEP 96020-220, Pelotas, RS, Brasil.

² Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia, Universidade Federal de Pelotas

³ Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Correspondência: Maria Aparecida Pinheiro Rodrigues. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Rua Marechal Deodoro 1160 - 3º piso, CEP 96020-220, Pelotas, RS, Brasil, e-mail: rodriguesmapa@terra.com.br.

RESUMO

Esta revisão sistemática teve por objetivo avaliar o efeito do gênero sobre a incidência de incapacidade funcional (IF) em idosos. A pesquisa de publicações nas bases eletrônicas de dados MEDLINE, EMBASE e PROQUEST no período de janeiro de 1990 a março de 2008 identificou 879 publicações, das quais foram selecionadas 21 estudos de coortes que avaliaram gênero como variável independente e incidência de IF em idosos como desfecho. A revisão dos estudos selecionados observou que após ajuste para fatores socioeconômicos, de saúde e de relações sociais a incidência de IF foi semelhante entre os gêneros. Os principais fatores de risco para IF, independente do gênero dos idosos, foram: falta de escolaridade, moradia alugada, doenças crônicas, diabetes, déficit visual, índice de massa corporal acima de 25, autopercepção de saúde como não boa, déficit cognitivo, depressão, marcha lenta, sedentarismo, cansaço ao realizar as atividades diárias e pouca diversidade nas relações sociais. Portanto, as medidas preventivas de IF, como o estímulo à prática de atividades físicas e à manutenção de vínculos sociais, devem ser implementadas independente do gênero dos idosos.

Descritores: Gênero e Saúde, Idoso Fragilizado, Avaliação da Deficiência, Estudos de Coortes, Revisão.

ABSTRACT

This systematic review aimed to assess the effect of gender on the incidence of functional disability (FD) in the elderly. The search for publications in electronic databases of MEDLINE, EMBASE and PROQUEST from January 1990 to March 2008 identified 879 publications, of which were selected 21 cohort studies that evaluated gender as independent variable and incidence of FD in elderly as outcome. The review of selected studies found that after adjusting for socioeconomic, health and social relations factors the incidence of FD was similar between genders. The main risk factors for FD, regardless of gender of the elderly, were: lack of education, housing rented, chronic diseases, arthritis, diabetes, visual disorders, body mass index above 25, self-perception of health as not good, cognitive impairment, depression, slow gait, sedentary lifestyle, tiredness to perform daily activities and low diversity in social relations. Therefore, the preventive measures of IF, as the stimulus to the practice of physical activities and the maintenance of social ties, should be implemented regardless of the gender of the elderly.

Keywords: Gender and Health, Frail Elderly, Disability Evaluation, Cohort Studies, Review.

INTRODUÇÃO

A incapacidade funcional (IF) é um importante indicador de saúde dos idosos, tanto pelo comprometimento da qualidade de vida como pelo seu impacto social devido à necessidade de institucionalização por longo prazo e maior uso de cuidados médicos²⁵.

Estudos transversais têm apontado uma associação entre gênero e IF em idosos devido a maior prevalência de IF em mulheres^{5, 40}, o que tem sido atribuído principalmente a maior longevidade feminina¹⁵. No entanto, em estudo que substituiu taxas de mortalidade femininas pelas taxas de mortalidade masculinas foi observado maior impacto na diferença de sobrevivência do que na diferença de prevalência de IF entre os gêneros³³, sugerindo a possibilidade de maior incidência de IF entre as idosas. Por outro lado, a investigação da incidência de IF em homens e mulheres idosos têm apontado resultados contraditórios, de maior incidência no gênero feminino^{9, 33}, no gênero masculino^{12, 24} e sem diferenças entre os gêneros^{42, 46, 48}.

O objetivo desta revisão sistemática é verificar as evidências na literatura do efeito do gênero sobre a incidência de IF em idosos, devido às suas implicações na formulação de estratégias de prevenção à IF.

MÉTODOS

Definição de incapacidade funcional

A definição de incapacidade engloba diversos aspectos. Patologia, deficiência, limitação e desvantagem são termos que estão diretamente associados ao conceito de incapacidade. A IF do idoso é definida como a dificuldade adquirida para executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para a vida independente³. O desempenho da IF apresenta três dimensões: física, emocional e mental. O desempenho físico é relacionado à função sensorio motora do organismo. Sua avaliação é através de atividades como caminhar, agachar-se e correr. O desempenho emocional é medido através da adaptação do indivíduo aos diversos eventos de sua vida. O desempenho mental é avaliado através de testes que medem a capacidade intelectual e racional do indivíduo³⁹. Este estudo de revisão avaliou apenas a dimensão física da IF.

Alguns modelos teóricos têm sido desenvolvidos com a finalidade de explicar esses conceitos, facilitar o conhecimento e a compreensão dos termos utilizados e fundamentar a sua aplicabilidade em pesquisas, políticas públicas e na prática clínica^{50, 53}. O modelo adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001 integra perspectiva biológica, individual

e social, estabelecendo uma linguagem padronizada para descrever o estado funcional de acordo com as condições de saúde do indivíduo. Nessa definição, a funcionalidade compreende todas as funções corporais, tarefas ou ações e a incapacidade abrange deficiência, limitação da capacidade ou restrição no desempenho de atividades⁵³.

As medidas de IF mais utilizadas na literatura são as que avaliam atividades básicas de vida diária (ABVD), atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades referentes à mobilidade. Essas medidas podem ser avaliadas por meio do grau de dificuldade (nenhuma dificuldade, pouca dificuldade, muita dificuldade, incapaz de fazer) e/ou dependência (necessidade de ajuda de outra pessoa ou impossibilidade de realizar uma tarefa). A medida mais freqüentemente utilizada para aferir as ABVD é a escala estabelecida por Katz³¹ que considerou que os idosos perdem a capacidade de realizar as tarefas na ordem inversa que as adquiriram na infância. As ABVD compreendem as tarefas de auto-cuidado, que na versão mais conhecida, tem seis itens: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, manter a continência dos esfíncteres e alimentar-se. As AIVD são tarefas mais adaptativas, necessárias para vida independente na comunidade, cuja escala mais utilizada é a desenvolvida por Lawton & Brody³², a qual que possui oito itens: telefonar, fazer compras, preparar a própria refeição, realizar limpeza da própria residência, lavar roupa, utilizar meio de transporte, tomar medicações e controlar o próprio dinheiro. A avaliação de mobilidade refere-se a tarefas relacionadas ao aparelho locomotor do indivíduo que são medidas através de diversos instrumentos. Nos estudos selecionados foram utilizados os seguintes instrumentos, ainda que parcialmente: Rosow-Breslau⁴⁴ (três itens - caminhar 800 metros, subir escadas, realizar trabalho pesado em torno da residência), Nagi³⁹ (5 itens - dobrar-se, agachar-se ou ajoelhar-se; puxar ou empurrar um objeto como uma poltrona; levantar os braços acima dos ombros; escrever ou segurar pequenos objetos com as mãos e carregar mais de 5 kg), Mobility-Help Scale⁷ (6 itens - necessidade de ajuda para se transferir da cama para a cadeira, caminhar dentro de casa, sair para a rua, caminhar na rua com tempo bom, caminhar na rua com tempo ruim e subir escadas). Há ainda instrumentos que associam itens variados de ABVD, AIVD e de mobilidade: *Stanford Health Assessment Questionnaire*²¹ que mede IF através de vinte itens subdivididos em oito categorias (vestir-se, levantar-se, alimentar-se, caminhar, higiene pessoal, alcançar objetos, apreender objetos e mobilidade fora da residência) e o instrumento do *Office for National Statistics*(Martin, 1988 #90), do Reino Unido, que mede IF através de 13 itens (locomoção, flexibilidade, destreza, cuidado pessoal, visão, audição, continência, comunicação, consciência, comportamento, função intelectual, digestão e estado geral do indivíduo).

Fontes

Os estudos publicados foram identificados através das bases de dados Medline/Pubmed, Embase e Proquest no período de janeiro de 1990 a março de 2008. Os termos utilizados foram “elderly”, “aged”, “older ones”, “disability”, “impairment”, “decline” ou “limitation” combinados com “functional” e “longitudinal studies” para a definição do desfecho. Os modificadores usados foram “risk”, “gender differences”, “activities of daily living” and “health status”. As referências dos artigos incluídos neste estudo foram revisadas. Estudos de revisão, artigos não publicados, resumos, dissertações, teses, e capítulos de livros não foram considerados. Foram incluídos somente estudos em inglês, espanhol e português. Foram identificados 879 artigos para serem revisados conforme os critérios de inclusão e exclusão do estudo.

Seleção dos estudos

Foram incluídos estudos de coorte, publicados no período de janeiro de 1990 até março de 2008, realizados em indivíduos a partir de 55 anos de idade, residentes na comunidade, cujo desfecho tenha sido incidência de IF e nos quais gênero foi avaliado como variável independente ou as análises estratificadas por gênero. A figura 1 apresenta o resumo do processo de exclusão dos estudos identificados. Dos 879 estudos, foram excluídos 78 estudos que não apresentavam resultados originais. A seguir 232 estudos foram excluídos porque as medidas de incapacidade utilizadas não preenchiam os critérios previstos neste estudo. Amostras parciais ou totais de idosos institucionalizados motivaram a exclusão de 182 estudos. A ausência de análises quantitativas dos dados foi causa de exclusão de 104 estudos. A seguir, 236 estudos transversais foram excluídos. Finalmente, foram excluídos 26 estudos que avaliaram como desfecho exclusivamente mudanças no grau de IF, restando 21 estudos que analisaram incidência de IF em idosos que não apresentavam limitações funcionais no início do acompanhamento.

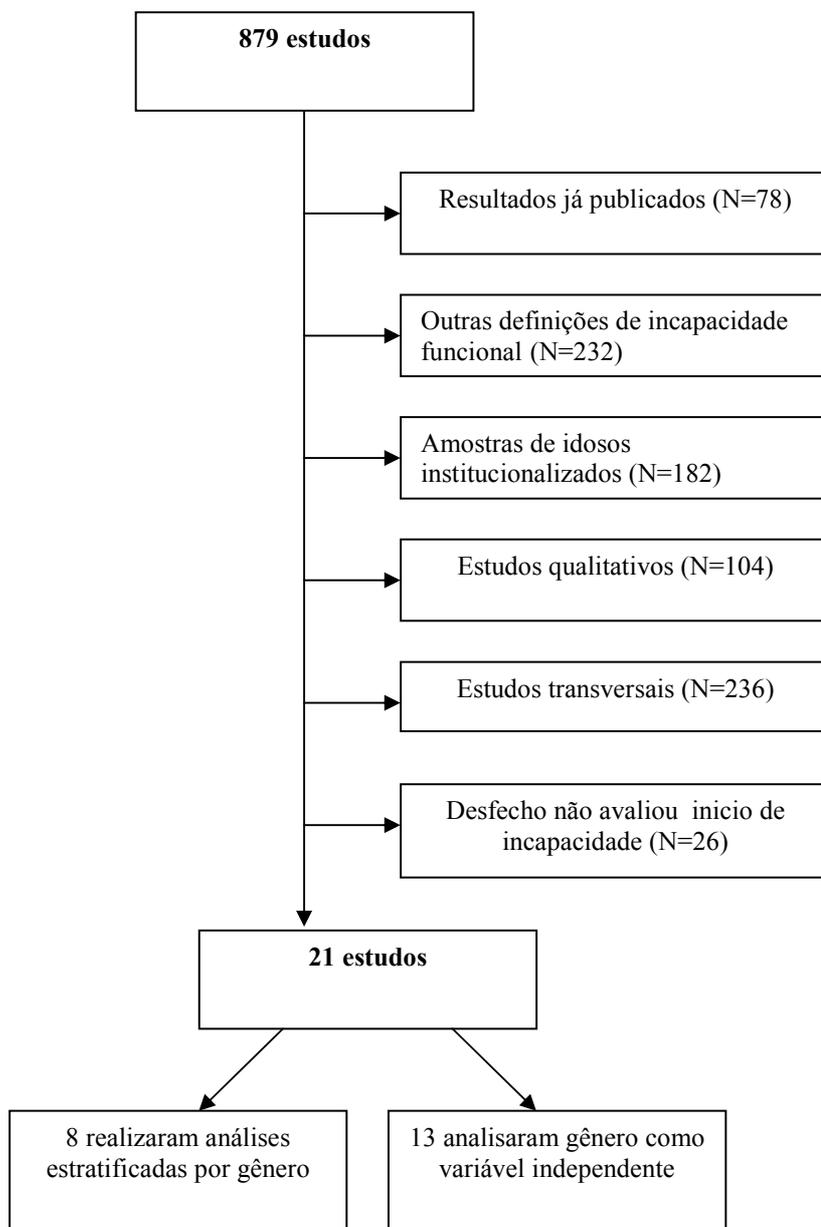


Figura 1. Diagrama da seleção dos estudos.

Avaliação dos estudos

A qualidade metodológica dos estudos selecionados foi avaliada através da aplicação dos critérios de *Downs & Black*, que analisaram a qualidade da informação, a validade interna e a validade externa dos estudos através de 19 itens cuja pontuação máxima era 20¹⁷.

Os estudos tiveram as principais características descritas: o país em que foi realizado, o primeiro autor, o ano de publicação, a duração do acompanhamento do estudo, a(s) medida(s) de incapacidade utilizada(s), o tamanho da amostra analisada, a idade dos idosos no *baseline*, o percentual de mulheres, o percentual de perdas durante o acompanhamento do estudo, o número de entrevistas realizadas e o escore na avaliação pelos critérios de *Downs e Black*. A qualidade metodológica dos estudos e a avaliação das outras características apresentadas no quadro 1 foram avaliadas por dois revisores de forma independente. Quando houve discordância entre as avaliações, um terceiro revisor avaliou o estudo e a decisão final foi tomada após consenso entre os três revisores.

Nos 21 estudos selecionados foram realizadas 30 análises de incidência de IF. Para investigar a causa dos diferentes resultados de incidências de IF entre os gêneros dos idosos nas análises dos estudos selecionados, as mesmas foram divididas conforme as medidas de incapacidade utilizadas pelos estudos, ABVD, AIVD e de mobilidade, e conforme o ajuste das respectivas análises, bruta e ajustada por idade ou multivariada.

Foram considerados como fatores de risco para IF aqueles avaliados através de análise multivariada e que tiveram associação estatisticamente significativa com maior incidência de IF em duas ou mais análises dos estudos selecionados.

RESULTADOS

Descrição dos estudos

O quadro um apresenta a relação dos vinte e um estudos selecionados, em ordem cronológica de publicação. Os estudos foram baseados em coortes dos Estados Unidos^{9, 12, 18-20, 23, 27, 33, 35, 37, 38, 42, 43, 46}, Reino Unido^{24, 30}, Holanda⁴⁸, Taiwan¹³, Dinamarca^{6, 8, 41} e Finlândia⁶ (um dos estudos foi realizado a partir de amostra de indivíduos idosos da Dinamarca e da Finlândia). O período de duração do acompanhamento variou de 18 a 156 meses. A definição de IF variou quanto à medida de incapacidade utilizada, ao número de itens utilizados de cada escala e ao ponto de corte utilizado em cada escala. Treze estudos utilizaram uma única medida de IF^{12, 37, 8, 18-20, 23, 27, 30, 33, 35, 41, 42} e os outros oito estudos usaram duas a três medidas de incapacidade funcional^{6, 9, 13, 24, 38, 43, 46, 48} resultando em trinta análises de IF. O tamanho da amostra do estudo foi considerado aquele utilizado nas análises

dos dados e variou de 344 a 14.904 indivíduos. A idade inicial dos indivíduos da amostra variou de 55 a 75 anos. O percentual de mulheres nas amostras estudadas variou de 23 a 67 %, no entanto Beckett et al ⁹ não declararam o percentual de mulheres na amostra. O percentual de perdas dos estudos variou de 8 a 26 %, embora Murtagh et al ³⁸ não tenham apresentado o número de perdas durante o acompanhamento. Todos os estudos selecionados avaliaram a condição funcional dos indivíduos da amostra no *baseline* e aqueles que já apresentavam IF foram excluídos das análises. A avaliação de qualidade dos estudos conforme critérios de *Downs & Black* ¹⁷ para estudos sem intervenção variou de 13 a 19 em um escore máximo de 20 pontos. As principais causas de perda de pontos dos estudos foram a falta de descrição das características das perdas de acompanhamento e da variabilidade aleatória dos principais achados.

A tabela 1 apresenta os resultados das análises de incidência de IF conforme o gênero dos idosos e da medida de incapacidade utilizada. Nesta tabela verifica-se que a IF para ABVD foi avaliada em 14 estudos ^{6, 9, 12, 13, 18-20, 23, 27, 30, 37, 38, 43, 46}. Destes, dois observaram maior incidência de IF em mulheres^{9, 18} e doze não encontraram diferença de incidência de IF entre os gêneros ^{6, 12, 19, 20, 30, 37, 43, 46 13, 23 38 27}. A incapacidade para AIVD foi examinada em três estudos ^{43 13, 38}, um encontrou maior incidência de IF em mulheres⁴³ e dois não encontraram diferenças de incidência de IF entre os gêneros^{13, 38}. A IF para atividades de mobilidade foi avaliada em nove estudos ^{6, 8, 9, 33, 35, 42, 46, 38, 41}. Em quatro estudos ^{8, 9, 33, 41}, que realizaram cinco análises, foi observada maior incidência de IF em mulheres e em outros cinco estudos ^{6, 35, 38, 42, 46}, não houve diferença na incidência de IF entre os gêneros. Três estudos utilizaram instrumentos que combinavam duas a três medidas de IF ^{24, 43, 48}. Um deles encontrou maior incidência de IF em mulheres ⁴⁸, outro encontrou maior incidência em homens ²⁴ e outro não observou diferença de incidência de IF entre os gêneros ⁴³.

A tabela 2 apresenta os resultados das análises de incidência de IF, conforme o gênero dos idosos, de acordo com a medida de incapacidade e o ajuste da análise realizada, apenas por idade ou multivariada. Dos 21 estudos ^{6, 8, 9, 12, 13, 18-20, 23, 24, 27, 30, 33, 35, 37, 38, 41-43, 46, 48}, 13 deles ^{6, 12, 19, 24, 35, 37, 42, 43 13, 23, 27, 38} realizaram análise multivariada para avaliar a incidência de IF, um encontrou maior incidência de IF para AIVD em mulheres ⁴³, outro identificou maior incidência para ABVD e mobilidade em homens, e os demais não observaram diferenças de incidência de IF entre os gêneros. Entre os outros oito estudos ^{46 9, 20 8, 18, 30, 33 41, 48}, que realizaram análises bivariadas ou ajustando para um ou dois fatores, nove identificaram maior incidência de IF em mulheres e quatro, realizadas em três estudos^{20, 30, 46}, não identificaram diferenças na incidência de IF entre os gêneros dos idosos.

Fatores de risco para incapacidade funcional

A tabela 3 descreve os fatores de risco para IF presentes em no mínimo dois dos estudos selecionados que realizaram análises ajustadas. Alguns estudos realizaram análises dos fatores de risco para IF estratificadas por gênero^{8, 12, 33, 35, 37, 38, 41, 48}, o que permitiu verificar a possibilidade de riscos diferenciados entre homens e mulheres.

A idade foi o fator de risco para IF mais freqüente nos estudos selecionados^{12, 13, 19, 35, 37, 38, 42, 43}, presente em homens e mulheres. Entre os fatores socioeconômicos a ausência de escolaridade^{13, 24} e residir em moradia alugada^{6, 24} foram fatores de risco para incidência de IF, independente do gênero dos idosos.

Presença de condições crônicas (acidente vascular cerebral, artrite, câncer, artrite, cardiopatia, doença pulmonar crônica, acidente vascular cerebral, obesidade, fratura de quadril e hipertensão arterial sistêmica)^{42 43} foi fator de risco para IF, independente do gênero dos idosos. Presença de diabetes foi fator de risco para IF em dois estudos, independente do gênero dos idosos^{13, 19}. Artrite foi fator de risco para IF em três estudos^{13, 27, 48}: em dois deles,^{13 27} independente de gênero e no outro estudo,⁴⁸ apenas em mulheres. Déficit visual foi fator de risco para IF em dois estudos^{19, 42}, independente do gênero dos idosos. O índice de massa corporal (IMC) acima de 25 foi fator de risco para incidência de IF em ambos os gêneros em um estudo⁴⁸ e o IMC acima de 26 foi fator de risco para incidência de IF em outro estudo, independente de gênero²⁴. Autopercepção de saúde como não boa foi fator de risco para incidência de IF em ambos os gêneros em um estudo⁴⁸ e independente de gênero em outro estudo⁴². O déficit cognitivo foi preditor de incidência de IF nos dois gêneros em um estudo³⁷, no gênero feminino em outro estudo⁴⁸, e independente de gênero, em dois estudos^{6, 42}. Depressão foi preditor de incidência de IF nos dois gêneros, em dois estudos^{12, 48} e independente de gênero em outros dois estudos^{27, 42}. Marcha lenta, definida como a demora de mais de 10 segundos para caminhar um trajeto de aproximadamente 3 metros, aumentou a probabilidade de incidência de IF em dois estudos, independente do gênero dos idosos^{23, 27}. Sedentarismo aumentou o risco de incidência de IF em dois estudos^{6 27}, independente do gênero dos idosos. Cansaço durante a realização de atividades de vida diária aumentou a probabilidade de IF em ambos os gêneros, em um estudo⁸ e independente de gênero dos idosos, em outro estudo⁶. Pouca diversidade nas relações sociais aumentou a probabilidade de IF em três estudos, nos dois gêneros^{8, 37} e independente do gênero dos idosos⁶.

DISCUSSÃO

A diversidade dos instrumentos utilizados para medir IF, das populações em estudo, do período de acompanhamento, do número de entrevistas realizadas e das abordagens das análises de dados dificultaram a comparação dos resultados dos estudos selecionados. Apesar disso, esta revisão observou que, independente da medida adotada, a incidência de IF foi maior em mulheres na maioria dos estudos que utilizaram análise bivariada ou ajustada por um ou dois fatores, enquanto que não houve diferença de incidência de IF entre os gêneros quando foi realizado ajuste para condições socioeconômicas, de saúde e de relacionamento social dos idosos. Em estudo de revisão de fatores de risco para IF ⁴⁷ já havia sido observado que dois estudos que ajustaram as análises para condições crônicas de saúde ^{11, 26}, encontraram início de IF similar entre os gêneros.

Análises com diferentes ajustes em estudos da mesma coorte de idosos

Ao utilizar dados do estudo *EPESE – Established Populations for Epidemiological Study of the Elderly*, Leveille et al ³³, em análise estratificada por sexo, ajustada apenas para a idade dos indivíduos, observaram uma maior incidência de IF para mobilidade em mulheres. Utilizando dados da mesma coorte, Melzer et al ³⁵ identificaram que ao estratificar por escolaridade a incidência de IF para mobilidade foi maior no grupo com menor escolaridade (0 - 7 anos), tornando o risco de IF semelhante entre homens e mulheres.

Ao utilizar dados do estudo *LSOA – Longitudinal Study of Aging*, Dunlop et al, 1997 ¹⁸ em análise de incidência de IF para ABVD, ajustando para idade e escolaridade, observaram maior incidência de IF no gênero feminino. Em dados da mesma coorte Dunlop et al, 2002 ¹⁹ ao ajustarem para condições crônicas de saúde (artrite, câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, déficit auditivo, obesidade, osteoporose e déficit visual), verificaram incidência de IF para ABVD semelhante entre os gêneros.

Esses estudos ao utilizar dados de uma mesma coorte permitem afastar a hipótese de que diferenças populacionais poderiam explicar o efeito diferenciado do gênero sobre a incapacidade funcional. Por outro lado, esses estudos confirmam que a variabilidade dos estudos sobre o efeito do gênero sobre a IF em idosos deve-se aos indicadores para os quais as análises são ajustadas.

Análises ajustadas que encontraram incidência de IF diferenciada entre os sexos

Apenas dois dos estudos que realizaram análise multivariada observaram incidência diferenciada entre os gêneros. Questões metodológicas podem explicar os resultados divergentes desses estudos com os demais que realizaram ajustes para diversos fatores. Grundy et al²⁴ encontraram maior incidência de IF para ABVD e mobilidade em homens em estudo que utilizou instrumento que mede limitações menos severas que a maioria dos estudos, facilitando a percepção de IF por parte dos homens, e que avalia perda de audição que, além de não ser incluída nos instrumentos tradicionais que medem IF, costuma ser mais incidente e prevalente em homens^{16,28}. Peek et al⁴³ observaram maior incidência de IF para AIVD em mulheres em estudo cuja amostra foi constituída por idosos portadores de artrite. O instrumento que mede AIVD utiliza algumas questões como a realização do trabalho doméstico, o preparo de refeições e a compra de alimentos, tarefas consideradas “femininas”, o que leva a uma valorização diferenciada entre os gêneros². O estudo apresentou maior proporção de mulheres entre os estudos selecionados, 79%, devido a artrite ser mais prevalente em mulheres^{29,49}.

Fatores de risco para incapacidade funcional

O aumento de idade foi o fator de risco para IF mais frequente entre os estudos selecionados, independente de gênero, o que já havia sido demonstrado em estudo de revisão anterior⁴⁷ e comprovou a tendência de declínio funcional à medida que aumenta a idade dos idosos.

Entre os fatores socioeconômicos, a baixa escolaridade e residência em moradia alugada, aumentaram o risco de IF, independente de gênero, o que demonstrou que os idosos em piores condições socioeconômicas são mais vulneráveis à incidência de IF, conforme já observado em outros estudos^{1,4,14,34}.

Entre as condições de saúde observou-se que a presença de condições crônicas de saúde, em geral, assim como a presença de condições específicas como diabetes, déficit visual, sobrepeso, obesidade, auto-percepção de saúde como não boa, déficit cognitivo, depressão, marcha lenta, sedentarismo e cansaço durante a realização das atividades diárias aumentam o risco de incidência de IF, independente do gênero dos idosos como já foi observado em outros estudos^{10,11,45,52}. Em razão do pouco número de estudos selecionados (apenas um estudo avaliou artrite como variável independente em análise estratificada por

gênero) não é possível descartar que artrite possa apresentar maior risco de IF para o gênero feminino como observado em alguns estudos anteriores^{29, 49}.

O maior risco de IF nos idosos que apresentaram pouca diversidade nas relações sociais chama a atenção para a importância da manutenção de vínculos sociais para a saúde dos idosos. Estudos anteriores já haviam observado maior mortalidade entre os idosos que tem menor suporte social, o que reforça os resultados dos estudos selecionados^{22, 51}.

Apesar do pequeno número de estudos que utilizaram análises estratificadas por gênero, observou-se que os preditores de IF, exceto artrite, são os mesmos em homens e mulheres.

CONCLUSÕES

As dificuldades metodológicas enfrentadas nesta revisão indicam a necessidade de utilizar medidas padronizadas de IF para facilitar a comparabilidade dos resultados. Precauções devem ser tomadas desde o início do planejamento do estudo para evitar as perdas de acompanhamento, evitando que as análises sejam realizadas com os dados dos indivíduos mais saudáveis. Igualmente importante é evitar a dicotomização da IF quando o instrumento utilizado contém mais de uma questão sobre a capacidade funcional. A dicotomização simplifica inadequadamente as informações sobre capacidade funcional induzindo erros de classificação e falsas conclusões. A utilização de múltiplas medidas de IF pode permitir uma melhor captação das sutis diferenças na capacidade funcional dos idosos. Nos instrumentos de coleta o uso de questões relativas à IF no tempo verbal do presente é um cuidado importante porque a pergunta hipotética pode induzir a resposta influenciada por fatores culturais e arranjos familiares.

Esta revisão demonstrou que a incidência de IF não é determinada pelo gênero dos idosos e sim por fatores demográficos, socioeconômicos, de saúde e de relacionamento social. Portanto, a prevenção de IF deve priorizar, em homens e mulheres, a atuação nos fatores de risco para IF que são passíveis de intervenção, como o sedentarismo e a escassa diversidade nas relações sociais. Portanto, a realização de atividades físicas e a manutenção de vínculos sociais são medidas preventivas de IF que devem ser estimuladas, independente do gênero dos idosos.

LIMITAÇÕES

Os estudos selecionados nesta revisão foram conduzidos, exceto um deles¹³, em países desenvolvidos, o que limita a extrapolação dos resultados para países em

desenvolvimento, nos quais há maior desigualdade social e econômica com provável impacto na IF dos idosos.

A possibilidade de viés de publicação não pode ser descartada uma vez que apenas um estudo apresentou maior incidência de IF em homens.

As medidas de incapacidade funcional foram coletadas através de auto-relato, exceto por um dos estudos⁴². No entanto, além de já ter sido comprovada a validade do auto-relato em relação à observação dos dados em ambos os gêneros³⁶ a comparação dos estudos não é comprometida por essa questão.

Há diversos fatores de risco envolvidos no processo de perda de capacidade funcional que já foram identificados e não estão descritos nesta revisão⁴⁷. No entanto, os fatores de risco descritos neste estudo foram aqueles que explicaram a incidência de IF após a perda de significância da variável gênero.

COLABORADORES

M. A. P. Rodrigues participou de todas as etapas do estudo, desde o planejamento, levantamento bibliográfico, seleção dos estudos, avaliação dos estudos e elaboração final do artigo. L. A. Facchini participou do planejamento, avaliação dos estudos selecionados e da revisão final do artigo. E. Thumé participou da avaliação dos estudos selecionados e elaboração do artigo. F. Maia participou do levantamento bibliográfico, seleção dos estudos e da elaboração do artigo.

REFERÊNCIAS

- 1 Adamson J, Hunt K, Ebrahim S. Socioeconomic position, occupational exposures, and gender: the relation with locomotor disability in early old age. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(6):453-5.
- 2 Allen SM, Mor V, Raveis V, Houts P. Measurement of need for assistance with daily activities: quantifying the influence of gender roles. *J Gerontol* 1993;48(4):S204-11.
- 3 Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa. Uma revisão de literatura. *Ciênc saúde coletiva* 2008;13(4):1199-1207.
- 4 Amaducci L, Maggi S, Langlois J, Minicuci N, Baldereschi M, Di Carlo A, et al. Education and the risk of physical disability and mortality among men and women aged 65 to 84: the Italian Longitudinal Study on Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998;53(6):M484-90.

- 5 Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Soc Sci Med* 1999;48(1):61-76.
- 6 Avlund K, Damsgaard MT, Sakari-Rantala R, Laukkanen P, Schroll M. Tiredness in daily activities among nondisabled old people as determinant of onset of disability. *J Clin Epidemiol* 2002;55(10):965-73.
- 7 Avlund K, Kreiner S, Schultz-Larsen K. Functional ability scales for the elderly. A validation study. *Eur J Publ Health* 1996(6):35-42.
- 8 Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch Gerontol Geriatr* 2004;38(1):85-99.
- 9 Beckett LA, Brock DB, Lemke JH, Mendes de Leon CF, Guralnik JM, Fillenbaum GG, et al. Analysis of change in self-reported physical function among older persons in four population studies. *Am J Epidemiol* 1996;143(8):766-78.
- 10 Black SA, Rush RD. Cognitive and functional decline in adults aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc* 2002;50(12):1978-86.
- 11 Boulton C, Kane RL, Louis TA, Boulton L, McCaffrey D. Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. *J Gerontol* 1994;49(1):M28-36.
- 12 Bruce ML, Seeman TE, Merrill SS, Blazer DG. The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *Am J Public Health* 1994;84(11):1796-9.
- 13 Chiu HC, Mau LW, Tasi WL. Chronic medical conditions as predictors of functional disability in an older population in Taiwan. *Australian Journal of Ageing* 2004;23(1):19-24.
- 14 Coppin AK, Ferrucci L, Lauretani F, Phillips C, Chang M, Bandinelli S, et al. Low socioeconomic status and disability in old age: evidence from the InChianti study for the mediating role of physiological impairments. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61(1):86-91.
- 15 Crimmins EM. Mixed trends in population health among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1996;51(5):S223-5.
- 16 Cruickshanks KJ, Wiley TL, Tweed TS, Klein BE, Klein R, Mares-Perlman JA, et al. Prevalence of hearing loss in older adults in Beaver Dam, Wisconsin. The Epidemiology of Hearing Loss Study. *Am J Epidemiol* 1998;148(9):879-86.
- 17 Downs SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. *J Epidemiol Community Health* 1998;52(6):377-84.

- 18 Dunlop DD, Hughes SL, Manheim LM. Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability. *Am J Public Health* 1997;87(3):378-83.
- 19 Dunlop DD, Manheim LM, Sohn MW, Liu X, Chang RW. Incidence of functional limitation in older adults: the impact of gender, race, and chronic conditions. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83(7):964-71.
- 20 Ferrucci L, Guralnik JM, Simonsick E, Salive ME, Corti C, Langlois J. Progressive versus catastrophic disability: a longitudinal view of the disablement process. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1996;51(3):M123-30.
- 21 Fries JF, Spitz PW, Young DY. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales. *J Rheumatol* 1982;9(5):789-93.
- 22 Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y, Yoshida H, et al. Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. *Arch Gerontol Geriatr* 2003;36(2):141-53.
- 23 Gill TM, Allore H, Holford TR, Guo Z. The development of insidious disability in activities of daily living among community-living older persons. *Am J Med* 2004;117(7):484-91.
- 24 Grundy E, Glaser K. Socio-demographic differences in the onset and progression of disability in early old age: a longitudinal study. *Age Ageing* 2000;29(2):149-57.
- 25 Guralnik JM, Fried LP, Salive ME. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health* 1996;17:25-46.
- 26 Guralnik JM, Kaplan GA. Predictors of healthy aging: prospective evidence from the Alameda County study. *Am J Public Health* 1989;79(6):703-8.
- 27 Hardy SE, Allore HG, Guo Z, Gill TM. Explaining the effect of gender on functional transitions in older persons. *Gerontology* 2008;54(2):79-86.
- 28 Helzner EP, Cauley JA, Pratt SR, Wisniewski SR, Zmuda JM, Talbott EO, et al. Race and sex differences in age-related hearing loss: the Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc* 2005;53(12):2119-27.
- 29 Hootman JM, Sniezek JE, Helmick CG. Women and arthritis: burden, impact and prevention programs. *J Womens Health Gend Based Med* 2002;11(5):407-16.
- 30 Jagger C, Arthur AJ, Spiers NA, Clarke M. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *J Am Geriatr Soc* 2001;49(4):404-9.
- 31 Katz S, Akpom CA. 12. Index of ADL. *Med Care* 1976;14(5 Suppl):116-8.
- 32 Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9(3):179-86.

- 33 Leveille SG, Penninx BW, Melzer D, Izmirlian G, Guralnik JM. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2000;55(1):S41-50.
- 34 Maddox GL, Clark DO. Trajectories of functional impairment in later life. *J Health Soc Behav* 1992;33(2):114-25.
- 35 Melzer D, Izmirlian G, Leveille SG, Guralnik JM. Educational differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, mortality, and recovery. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(5):S294-301.
- 36 Merrill SS, Seeman TE, Kasl SV, Berkman LF. Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1997;52(1):M19-26.
- 37 Moritz DJ, Kasl SV, Berkman LF. Cognitive functioning and the incidence of limitations in activities of daily living in an elderly community sample. *Am J Epidemiol* 1995;141(1):41-9.
- 38 Murtagh KN, Hubert HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *Am J Public Health* 2004;94(8):1406-11.
- 39 Nagi SZ. An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Mem Fund Q* 1976:439-68.
- 40 Newman AB, Brach JS. Gender gap in longevity and disability in older persons. *Epidemiol Rev* 2001;23(2):343-50.
- 41 Nilsson CJ, Lund R, Avlund K. Cohabitation status and onset of disability among older Danes: is social participation a possible mediator? *J Aging Health* 2008;20(2):235-53.
- 42 Oman D, Reed D, Ferrara A. Do elderly women have more physical disability than men do? *Am J Epidemiol* 1999;150(8):834-42.
- 43 Peek K, Coward RT. Gender differences in the risk of developing disability among older adults with arthritis. *Journal of Aging and Health* 1999;11(2):131-150.
- 44 Rosow I, Breslau N. A Guttman health scale for the aged. *J Gerontol* 1966;21(4):556-9.
- 45 Rudberg MA, Furner SE, Dunn JE, Cassel CK. The relationship of visual and hearing impairments to disability: an analysis using the longitudinal study of aging. *J Gerontol* 1993;48(6):M261-5.
- 46 Strawbridge WJ, Kaplan GA, Camacho T, Cohen RD. The dynamics of disability and functional change in an elderly cohort: results from the Alameda County Study. *J Am Geriatr Soc* 1992;40(8):799-806.

- 47 Stuck AE, Walthert JM, Nikolaus T, Bula CJ, Hohmann C, Beck JC. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Soc Sci Med* 1999;48(4):445-69.
- 48 Tas U, Verhagen AP, Bierma-Zeinstra SM, Hofman A, Odding E, Pols HA, et al. Incidence and risk factors of disability in the elderly: the Rotterdam Study. *Prev Med* 2007;44(3):272-8.
- 49 Theis KA, Helmick CG, Hootman JM. Arthritis burden and impact are greater among U.S. women than men: intervention opportunities. *J Womens Health (Larchmt)* 2007;16(4):441-53.
- 50 Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994;38(1):1-14.
- 51 Verbrugge LM, Reoma JM, Gruber-Baldini AL. Short-term dynamics of disability and well-being. *J Health Soc Behav* 1994;35(2):97-117.
- 52 Woo J, Ho SC, Yu LM, Lau J, Yuen YK. Impact of chronic diseases on functional limitations in elderly Chinese aged 70 years and over: a cross-sectional and longitudinal survey. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998;53(2):M102-6.
- 53 World Health Organization. Towards a common language for functioning, disability and health: ICF. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.; 2002.

Quadro 1. Características dos estudos de coorte que avaliaram incidência de incapacidade funcional e gênero em idosos (N=21).

País, Coorte	Primeiro autor, ano	Duração do estudo (meses)	Medida de incapacidade (n° de itens)	Tamanho amostra analisada	Idade no <i>baseline</i> (anos)	Percentual de mulheres (%)	Perdas no estudo (%)	N° de entrevistas	Escore <i>Downs & Black</i> (até 20)
Estados Unidos, Alameda County	Strawbridge et al, 1992	72	ABVD (7) Mobilidade (2)	508	65+	59	5	2	16
Estados Unidos, EPESE	Bruce et al, 1994	30	ABVD (7)	1189	70 +	52	6	2	16
Estados Unidos, EPESE	Moritz et al, 1995	36	ABVD (7)	1856	65 +	58	13	5	18
Estados Unidos, EPESE	Beckett et al, 1996	72	ABVD (6) Mobilidade (7)	14904	65 +	Ignorado	16	6	13
Estados Unidos, EPESE	Ferucci et al, 1996	84	ABVD (6)	6640	69 +	64	9	7	15
Estados Unidos, LSOA	Dunlop et al, 1997	72	ABVD (6)	2777	70 +	59	17	4	14
Estados Unidos	Peek et al, 1999	30	ABVD (6), AIVD (4)	749	65 +	79	9	5	15
Estados Unidos	Oman et al, 1999	48	Mobilidade (1)	1982	55+	57	14	2	19
Reino Unido	Grundy et al, 2000	66	ABVD (2) Mobilidade (3)	2717	55+	54	26	2	15
Estados Unidos, EPESE	Leveille et al, 2000	84	Mobilidade (2)	10100	65+	61	2	8	15
Reino Unido	Jagger et al, 2001	70	ABVD (7)	1344	75+	59	20	5	15
Estados Unidos, EPESE	Melzer et al, 2001	84	Mobilidade (2)	8871	65 +	60	5	8	15
Estados Unidos, LSOA	Dunlop et al, 2002	72	ABVD (7)	4205	70 +	67	13	4	16
Denmark and Finland, NORA	Avlund et al, 2002	60	ABVD (8) Mobilidade (3)	517	75+	62	8	2	15
Estados Unidos	Gill et al, 2004	36	ABVD (4)	344	70 +	65	4	36	17
Taiwan,	Chiu et al, 2004	48	ABVD (7) AIVD (8)	903	65+	50	4	2	15
Denmark, DISPHV	Avlund et al, 2004	18	Mobilidade (6)	1396	75 +	52	4	2	18
Estados Unidos	Murtagh et al, 2004	156	ABVD (3) AIVD (3) Mobilidade (2)	1348	60 +	23	Ignorado	13	15
Países Baixos (Holanda)	Tas et al, 2007	72	ABVD (3) Mobilidade (5)	3642	55+	59	15	3	19
Estados Unidos	Hardy et al, 2008	72	ABVD (4)	754	70 +	65	4	72	15
Dinamarca, DISPHV	Nilsson et al, 2008	54	Mobilidade (6)	2533	74 +	56	3	4	19

EPESE – Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly; LSOA – Longitudinal Study of Aging; NORA – Nordic Research on Ageing; DISPHV - Danish Intervention Study on Preventive Home Visit; ABVD – atividades básicas de vida diária; AIVD – atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 1. Incidência de incapacidade funcional em idosos conforme o gênero dos idosos nas análises de medida de incapacidade funcional (N=30) nos estudos selecionados.

Medidas de incapacidade funcional	Incidência		Sem diferença entre os gêneros
	Maior em mulheres	Maior em homens	
ABVD*	Beckett et al, 1996 Dunlop et al, 1997		Strawbridge et al, 1992 Bruce et al, 1994 Moritz et al, 1995 Ferucci et al, 1996 Peek et al, 1999 Avlund et al, 2002 Dunlop et al, 2002 Gill et al, 2004 Chiu et al, 2004 Hardy et al, 2008 Murtagh et al, 2004 Jagger et al, 2001
AIVD #	Peek et al, 1999		Murtagh et al, 2004 Chiu et al, 2004
Mobilidade^o	Beckett et al, 1996 Leveille et al, 2000 Beckett et al, 1996 Avlund et al, 2004 ¹ Nilsson et al, 2008		Melzer et al, 2001 Strawbridge et al, 1992 Murtagh et al, 2004 Avlund et al, 2002 Oman et al, 1999 ⁵
Associações			
ABVD + AIVD			Peek et al, 1999
ABVD + AIVD# + Mobilidade	Tas et al, 2007		
ABVD + Mobilidade		Grundy et al, 2000	

ABVD – atividades básicas de vida diária.

AIVD – atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 2. Incidência de incapacidade funcional (IF) conforme o gênero dos idosos e o ajuste das análises (N=30) dos estudos selecionados .

Incidência de incapacidade funcional	Medida de incapacidade funcional	Análise multivariada	Análise bruta ou ajustada por idade e/ou escolaridade *
Maior em mulheres	ABVD ¹		Beckett et al, 1996 Dunlop et al, 1997
	IAVD ² Mobilidade	Peek et al, 1999	Beckett et al, 1996 Leveille et al, 2000 Beckett et al, 1996 Avlund et al, 2004 Nilsson et al, 2008 Tas et al, 2007
	ABVD + Mobilidade		
Maior em homens	ABVD + Mobilidade	Grundy et al, 2000	
Sem diferença entre os gêneros	ABVD	Bruce et al, 2004 Moritz et al, 1995 Peek et al, 1999 Avlund et al, 2002 Dunlop et al, 2002 Gill et al, 2004 Chiu et al, 2004 Hardy et al, 2008 Murtagh et al, 2004	Stawbridge et al, 1992 Ferucci et al, 1996 Jagger et al, 2001
	AIVD	Murtagh et al, 2004 Chiu et al, 2004	
	Mobilidade	Melzer et al, 2001	Strawbridge et al, 1992
	Mobilidade	Murtagh et al, 2004	
	Mobilidade	Avlund et al, 2002	
	Mobilidade	Oman et al, 1999	
ABVD + AIVD	Peek et al, 1999		

ABVD – atividades básicas de vida diária; AIVD – atividades instrumentais de vida diária.

* apenas o estudo de Dunlop et al, 1997 ajustou para idade e escolaridade. Os demais ajustaram para a idade quando avaliaram idosos de diferentes idades.

Tabela 3. Distribuição dos fatores de risco para incapacidade funcional nos estudos selecionados de acordo com o gênero dos idosos.

Fatores de risco	Incidência de incapacidade funcional		
	Mulheres	Homens	Independente de gênero
Sociodemográficos			
Idade	Bruce, 1994 (ABVD) Moritz, 1995 (ABVD) Melzer, 2001 (Mobilidade) Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade) Murtagh, 2004 (ABVD, AIVD, Mobilidade)	Moritz, 1995 (ABVD) Melzer, 2001 (Mobilidade) Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade)	Oman, 1999 (Mobilidade) Peek, 1999 (ABVD, AIVD) Grundy, 2000 (ABVD, Mobilidade) Dunlop, 2002 (ABVD) Chiu, 2004 (ABVD, AIVD)
Ausência de escolaridade			Grundy, 2000 (ABVD, AIVD, Mobilidade) Chiu, 2004 (ABVD, AIVD)
Moradia alugada			Avlund, 2002 (Mobilidade) Grundy, 2000 (ABVD, AIVD, Mobilidade)
Condições de saúde			
Condições crônicas			Oman, 1999 (Mobilidade) Peek, 1999 (ABVD)
Diabetes			Chiu, 2004 (ABVD, AIVD), Dunlop, 2002 (ABVD)
Artrite	Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade)		Chiu, 2004 (ABVD), Hardy, 2008 (ABVD)
Prejuízo visual			Oman, 1999 (Mobilidade), Dunlop, 2002 (ABVD)
IMC >25	Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade)	Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade)	
IMC >26			Oman, 1999 (Mobilidade)
Autopercepção de saúde como não boa	Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade)	Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade)	Grundy 2000 (ABVD, AIVD, Mobilidade)
Pobre função cognitiva	Moritz, 1995 (ABVD) Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade)	Moritz, 1995 (ABVD)	Avlund, 2002 (Mobilidade) Oman, 1999 (Mobilidade)
Depressão	Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade) Bruce, 1994 (ABVD)	Tas, 2007 (ABVD, Mobilidade) Bruce, 1994 (ABVD)	Oman, 1999 (Mobilidade) Hardy, 2008 (ABVD)
Marcha lenta ¹			Gill, 2004 (ABVD) Hardy, 2008 (ABVD)
Sedentarismo			Hardy, 2008 (ABVD) Avlund, 2002 (ABVD)
Cansaço durante as atividades físicas	Avlund, 2004 (Mobilidade)	Avlund, 2004 (Mobilidade)	Avlund, 2002 (ABVD, Mobilidade)
Relações sociais			
Pouca diversidade nas relações sociais	Moritz, 1995 (ABVD) Avlund, 200 (Mobilidade)	Moritz, 1995 (ABVD) Avlund, 2004 (Mobilidade)	Avlund, 2002 (ABVD, Mobilidade)

ABVD – atividades básicas de vida diária; AIVD – atividades instrumentais de vida diária;

¹ - demora de mais de 10 segundos para caminhar um trajeto de aproximadamente três metros.

PRESS RELEASE

PRESS RELEASE

Estudo mostra que depressão atinge um terço dos idosos com baixa renda.

Estudo realizado no Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas pela médica Maria Aparecida Pinheiro Rodrigues, sob orientação do Professor Luiz Augusto Facchini, avaliou a presença de depressão em idosos residentes em áreas periféricas de municípios com mais de 100.000 habitantes nos Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. O trabalho será apresentado como tese de doutorado no dia 11 de fevereiro de 2009.

O estudo revelou que um terço dos idosos apresentam depressão. As características associadas à depressão foram: presença de doenças crônicas, percepção negativa sobre a própria saúde e limitação para realização de atividades independentes. A viuvez entre os homens e a baixa escolaridade entre as mulheres também se associaram a maior frequência de depressão.

O estudo demonstrou que depressão é uma condição freqüente entre os idosos. Considerando que depressão compromete a qualidade de vida e aumenta o risco de mortalidade, o resultado do estudo indica que ela deve ser investigada pelo médico independente do motivo da consulta dos idosos. A associação de depressão com viuvez entre os homens e baixa escolaridade entre as mulheres demonstra a falta de participação social desses grupos e aponta para a necessidade de maior valorização do idoso em nossa sociedade.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1	Questionário do idoso
ANEXO 2	Manual de instruções
ANEXO 3	Questionário do controle de qualidade
ANEXO 4	Capa de lote
ANEXO 5	Listagem de controle de lote
ANEXO 6	Comunicação da Revista de Saúde Pública – Artigo 2



Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas



Monitoramento e Avaliação do
Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)

**NÃO
ESCREVER
NESTA COLUNA**

QUESTIONÁRIO I – ADULTOS DE 65 ANOS OU MAIS DE IDADE

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

I1. Estado: ___ ___

I2. Município: _____

I3. Unidade Básica de Saúde: _____

IQUESDO

I4. Número de identificação: _ _ _ _ _

I5. Grupo: (1) PSF pré-PROESF (2) PSF pós-PROESF (3) Mista

(4) AB tradicional (5) Outra _____

IGRUPO ___

IENTN ___ ___

I6. Nome do(a) entrevistador (a): _____

I7. Horário de início da entrevista: ___ : ___ hs

IHO1 ___ : ___

I8. Qual é o seu nome? _____

I9. Qual o seu endereço? _____

I10. Telefone para contato: (____) _____

I11. Cor da pele: (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Outra: _____

ICOR ___

I12. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

ISEXO ___

I13. Qual é a sua idade? ___ ___ (anos completos)

IIDADE ___ ___

I14. O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?

(0) Não

(1) Sim

(2) Só assina o nome

ILER ___

SE NÃO OU SÓ ASSINA O NOME PULE PARA A QUESTÃO I16

<p>I15. Até que série o(a) Sr.(a) completou na escola?</p> <p>_____</p> <p>____ anos de estudo (88) NSA</p> <p>I16. Qual sua situação conjugal atual? (1) Casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) Viúvo(a) (3) Separado/divorciado(a) (4) Solteiro(a)</p> <p>I17. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim <u>SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO I19</u></p> <p>I18. Com qual idade o(a) Sr.(a) se aposentou? ____ anos (88) NSA (99) IGN</p> <p>I19. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês? (0) Não (1) Sim (2) Estava em licença (3) Nunca trabalhou (<i>pule para próxima instrução</i>) <u>SE NÃO OU NUNCA TRABALHOU, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.</u></p> <p>I20. No último mês, quantas horas o(a) Sr(a) trabalhou por dia? ____ horas por dia</p>	<p>IESC __ __</p> <p>ICONJ__</p> <p>IAPOS __</p> <p>IIDAPO __ __</p> <p>ITRABM __</p> <p>AW/DIA__ __</p>
<p>I21. Que tipo de firma ou empresa o(a) Sr(a) trabalhou no último mês? (<i>ramo produtivo</i>)</p> <p>_____</p> <p>____ código</p>	<p>ATPEMP__ __</p>
<p>I22. Qual o tipo de trabalho(<i>função/ocupação</i>) que o(a) Sr(a) realizou no último mês? (<i>descreva detalhadamente o(s) tipo(s) de trabalho realizado no último mês, conforme relatado pelo(a) entrevistado(a).</i>)</p> <p><i>No caso do entrevistado(a) ter realizado mais de um tipo de trabalho no último mês, coletar a informação sobre a atividade que ele julgue a mais importante).</i></p> <p>____ código</p>	<p>ATIPOW__ __ __</p>
<p>I23. O Sr(a) é empregado(a), patrão(oa) ou trabalha por conta própria?</p> <p>(1) Empregado(a) (2) Empregador(ra) (3) Conta própria ou autônomo (4) Bolsa auxílio (8) NSA</p>	<p>APATEMP__</p>

BLOCO B – HÁBITOS DE VIDA**AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS**

<p>I24. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.</p> <p>___ dias (0) nenhum → vá para a pergunta I26 (9)IGN</p> <p>I25. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) caminhou por dia?</p> <p>__ __ __ minutos p/dia (888) NSA (999)IGN</p>	<p>ICAMDIA __</p> <p>IMINCA__ __ __</p>
---	---

AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA

<p>I26. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades fortes</u>, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...</p> <p>___ dias/semana (0) nenhum → vá para a pergunta I28 (9)IGN</p> <p>I27. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades fortes por dia?</p> <p>__ __ __ minutos p/dia (888) NSA</p>	<p>IFORDIA__</p> <p>IMINFOR __ __</p>
<p>I28. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez <u>atividades médias</u>, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, <u>por mais de 10 minutos seguidos</u>? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.</p> <p>___ dias (0) nenhum → Vá para pergunta I30</p>	<p>IMEDIA__</p>
<p>I29. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) fez atividades médias por dia?</p> <p>___ + ___ + ___ + ___ + ___ = __ __ __ minutos p/dia (888) NSA</p>	<p>IMIND __ __ __</p>

AGORA NÓS VAMOS FALAR DE OUTROS HÁBITOS

I30. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?

- (0) Não, nunca fumou. Pule para a pergunta **I34**
 (1) Já fumou, mas parou de fumar há ____ anos e ____ meses.
 (2) Sim, fuma (mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês).

SE FUMA PULAR PARA A PERGUNTA I32

Para deixar de fumar recebeu ajuda do posto de abrangência? () Não () Sim, que tipo _____

IFUMO __
ITPAF _____

I31. O(A) Sr.(a) parou de fumar, por quê? _____

(88) NSA

IMOTF __ __

I32. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

____ anos ____ meses (8888)NSA

ITFUM __ __ __

I33. Quantos cigarros o(a) Sr.(a) fuma ou fumava por dia? ____ cigarros (88)NSA

ICIGDIA __ __

AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE

BLOCO C – SAÚDE GERAL

I34. Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde?

- (1) Excelente (2) Muito Boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim

ISAUD __

<p>I35. Indique as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas. (nos parênteses anteriores as opções deve ser anotada a ordem de importância dos 3 fatores citados).</p> <p>MOSTRAR A FOLHA COM AS FIGURAS</p> <p>() (1) Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal;</p> <p>() (2) Fazer exercícios físicos regularmente;</p> <p>() (3) Não tomar bebidas alcoólicas em excesso;</p> <p>() (4) Consultar o médico regularmente;</p> <p>() (5) Não fumar;</p> <p>() (6) Manter seu peso ideal;</p> <p>() (7) Controlar ou evitar o estresse;</p> <p>(9) IGN</p> <p>I36. No último ano, o(a) Sr.(a) caiu alguma vez? (0) Não (2) Sim</p> <p><u>SE NÃO PULE PARA A PERGUNTA I38</u></p> <p>I37. Quantas vezes? ___ vezes (88) NSA</p> <p>Em alguma dessas vezes ocorreu uma fratura? (0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM, o que fraturou? _____</p> <p>I38. O(A) Sr.(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) IGN</p> <p><u>SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO I50</u></p> <p>I39. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sabe que tem pressão alta? ___ anos (00 = menos de um ano) (88) NSA</p> <p>I40. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou devido à pressão alta no <Posto de Saúde de abrangência>? ___ vezes (88) NSA (99) IGN</p> <p><u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO I45</u></p>	<p>IMDIMP1__</p> <p>IMDIMP2__</p> <p>IMDIMP3__</p> <p>IQUEDA __ __</p> <p>INQUED __ __</p> <p>IFRUT__</p> <p>ILOCFR__ __</p> <p>IHAS __</p> <p>IHASANO __ __</p> <p>IHASCON __ __</p>
<p>I41. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico devido à pressão alta no <Posto de Saúde de abrangência>? ___ vezes (88) NSA (99) IGN</p>	<p>IHASMED __ __</p>

I42. Quantos dias se passaram desde que o (a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia em que consultou?	<i>IHASTPC</i> ___ ___ ___
___ ___ ___ dias (888=NSA)	
I43. Essa consulta foi agendada?	<i>IHASAGD</i> ___
(0) Não (1) Sim (8)NSA	
I44. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 6 meses? ___ ___ ___ dias	<i>IHASTUC</i> ___ ___ ___
(888) NSA (999) IGN	
I45. Desde <dois anos atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido a pressão alta ou por algum outro problema relacionado à pressão alta?	<i>IBPRE</i> ___ ___
___ ___ vezes (88) NSA (99) IGN	
I46. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para pressão alta?	<i>IHASRE</i> ___
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
I47. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar a pressão alta, além do tratamento indicado pelo Médico? (chá, benzedeira,...)	<i>IHASCURI</i> ___
(0) Não (1) Sim (8) NSA	
<u>SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO I49</u>	
I48. Quais são estas outras formas? _____	<i>IHASCUR2</i> ___ ___
_____ (88) NSA	
I49. Desde <um ano atrás> o(a) Sr.(a) participou de algum grupo de hipertensos no <Posto de Saúde de abrangência>?	<i>IHASGRU</i> ___
(0) Não (1) Sim (8) NSA	
I50. O (A) Sr.(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	<i>IDM</i> ___
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
<u>SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO I62</u>	
I51. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) sabe que tem diabetes ou açúcar alto no sangue?	<i>IDMANO</i> ___ ___
___ ___ anos (00 = menos de um ano) (88) NSA	
I52. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou devido à diabetes no <Posto de Saúde de abrangência>?	<i>IDMCON</i> ___
___ ___ vezes (88) NSA (99) IGN	
<u>SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO I57</u>	

I53. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico devido à diabetes no <Posto de Saúde de abrangência>?	<i>IMESMED</i> __ __
__ __ vezes (88) NSA (99) IGN	
I54. Quantos dias se passaram desde que o (a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia em que consultou?	<i>IDMCTP</i> __ __ __
__ __ __ dias (888= NSA)	
I55. Essa consulta foi agendada?	<i>IDMAGD</i> __
(0) Não (1) Sim (8) NSA	
I56. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 6 meses? __ __ __ dias	<i>IDMTUC</i> __ __ __
(888) NSA (999) IGN	
I57. Desde <dois anos atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido à diabetes ou por algum outro problema relacionado à diabetes?	<i>IDMHOS</i> __ __
__ __ vezes (88) NSA (99) IGN	
I58. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para diabetes?	<i>IDMRE</i> __
(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN	
I59. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar a diabetes além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira,...)?	<i>IDMCUR</i> __
(0) Não (1) Sim (8) NSA	
<u>SE NÃO PULE PARA QUESTÃO I61</u>	
I60. Quais são essas outras formas? _____	<i>IDFQUA</i> __ __
_____ (88) NSA	
I61. Desde <um ano atrás> o(a) Sr.(a) participou de algum grupo de diabéticos no <Posto de Saúde de abrangência>?	<i>IDMGRU</i> __
(0) Não (1) Sim (8) NSA	
I62. O(a) Sr.(a) tem ou sofre de problema de nervos?	<i>INERVOS</i> __
(0) Não (1) Sim (9) IGN	
<u>SE NÃO PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR AO QUADRO 2</u>	
I63. Há quanto tempo sabe que tem problema dos nervos?	<i>INERANO</i> __ __
__ __ anos (00 = menos de um ano) (88 = NSA)	
I64. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou devido a problema dos nervos no <Posto de Saúde de abrangência>?	<i>INERCON</i> __
__ __ vezes (88) NSA (99) IGN	

SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO I69

I65. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico devido a problema dos nervos no <Posto de Saúde de abrangência>?

*IDMMED*__

__ __ vezes 88) NSA (99) IGN

I66. Quantos dias se passaram desde que o (a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia em que consultou?

*INERTP*__ __ __

__ __ __ dias (888= NSA)

I67. Essa consulta foi agendada?

INERAGD __

(0) Não (1) Sim (8)NSA

I68. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 6 meses? __ __ __ dias

*INERTUC*__ __ __

(888) NSA (999) IGN

I69. Desde <dois anos atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido a problema dos nervos?

INERHOS __ __

__ __ vezes (88) NSA (99) IGN

I70. O(A) Sr(a) precisa usar remédio(s) para os nervos?

INERRE __

(0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN

I71. O(A) Sr.(a) usa outras formas de tratar o problema dos nervos além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira,...)?

INERCUR __

(0) Não (1) Sim (8) NSA

SE NÃO PULE PARA QUESTÃO I73

I72. Quais são essas outras formas? _____

INERQUA __ __

(88) NSA

I73. Desde <um ano atrás> o(a) Sr.(a) participou de algum grupo de pessoas com problema de nervos no <Posto de Saúde de abrangência>?

IGRUPNER __

(0) Não (1) Sim (8) NSA

SE O(A) ENTREVISTADO RESPONDEU SIM PARA PELO MENOS UMA DAS QUESTÕES I46, I58 OU I70

FAÇA O QUADRO ABAIXO SOBRE MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO

SE O(A) ENTREVISTADO RESPONDEU NÃO OU IGN PARA AS QUESTÕES I46, I58 E I70 (TODAS)

PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) que o(a) Sr.(a) precisa utilizar continuamente por indicação médica, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar:

(Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s) e a dosagem respectiva, mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o entrevistado tome o remédio, peça para ver a bula ou embalagem e confira se está prescrito na receita assinalando para qual doença foi prescrita. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

I74. Qual o nome do(s) remédio(s)?	I75.O(a) <remédio> é para que doença ou problema de saúde? (01) Hipertensão (02) Diabete (03) Nervos (04) Outro (88) NSA (99) IGN	I76.<registro do remédio> (0) Informado (1) Receita (2) Embalagem (3) Bula (4) Outro (8) NSA	I77.O(a) Sr(a) deixou de usar o (a) <remédio> que precisava? (0) Não→I78 (1) Sim→I79 (8) NSA	I78. O(a) Sr(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça? (0) Não conseguiu (1) Sim. Posto de Saúde de abrangência (2) Sim. Outro Posto de Saúde (3) Sim. Farmácia do SUS (4) Sim. Outro modo (8) NSA <i>Fim do quadro</i>	I79. Porque não usou o (a) <remédio>? (0) Não quis, esqueceu (1) Não tinha no Posto de abrangência (2) Não podia pagar (3) Não tinha em outro posto, Farmácia do SUS (4) Receita vencida (5) Outro motivo (8) NSA
1. _____ <i>ICMED1</i>	_____ <i>ICMEDO1</i> __ __	_____ <i>ICMREG1</i> __	<i>ICMEDEIX1</i> __	<i>ICMEGRAT1</i> __	<i>ICMEMOT1</i> __
2. _____ <i>ICMED2</i>	_____ <i>ICMEDO2</i> __ __	_____ <i>ICMREG2</i> __	<i>ICMEDEIX2</i> __	<i>ICMEGRAT2</i> __	<i>ICMEMOT2</i> __
3. _____ <i>ICMED3</i>	_____ <i>ICMEDO3</i> __ __	_____ <i>ICMREG3</i> __	<i>ICMEDEIX3</i> __	<i>ICMEGRAT3</i> __	<i>ICMEMOT3</i> __
4. _____ <i>ICMED4</i>	_____ <i>ICMEDO4</i> __ __	_____ <i>ICMREG4</i> __	<i>ICMEDEIX4</i> __	<i>ICMEGRAT4</i> __	<i>ICMEMOT4</i> __
5. _____ <i>ICMED5</i>	_____ <i>ICMEDO5</i> __ __	_____ <i>ICMREG5</i> __	<i>ICMEDEIX5</i> __	<i>ICMEGRAT5</i> __	<i>ICMEMOT5</i> __

NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS __ __

AGORA FALAREMOS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO E REMÉDIOS QUE FORAM RECEITADOS EXCLUINDO AQUELES DE USO CONTÍNUO QUE SÃO PRESCRITOS PARA PRESSÃO ALTA, DIABETES OU PARA OS NERVOS

<p>I80. Desde <30 dias atrás> o(a) Sr(a) consultou com médico no <Posto de Saúde de abrangência> por qualquer problema de saúde? (00) Não Sim. Quantas vezes? __ __ → PULE PARA A QUESTÃO I 82 (99) IGN</p>	<p>ICONMIM __ __</p>
<p>I81. Desde <30 dias atrás> o(a) Sr(a) consultou com médico por qualquer problema de saúde em outro local? (00) Não consultou nos últimos 30 dias → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (01) Outro Posto de Saúde (02) Pronto-Socorro (03) Ambulatório do hospital / Faculdade / Sindicato ou empresa (04) Consultório Médico por Convênio ou Plano de Saúde (05) Consultório Médico Particular (06) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) (07) Outro – Qual? _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>IOUTLOC __ __</p>
<p>I82. Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou na sua última consulta nos últimos 30 dias? (01) Clínico geral (02) Psiquiatra (03) Ginecologista (04) Outro especialista _____ (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ICONESP __ __</p>
<p>I83. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 30 dias? __ __ dias (88) NSA (99) IGN</p>	<p>ITUC __ __</p>
<p>I84. O médico lhe receitou algum remédio na sua última consulta médica nos últimos 30 dias? (excluindo aqueles de uso contínuo que são prescritos para pressão alta, diabetes ou para os nervos) (0) Não → PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO (1) Sim (8) NSA (9) IGN</p>	<p>IREUC __</p>

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) receitado(s) na sua última consulta médica nos últimos 30 dias? (Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s) receitado(s) e a dosagem respectiva, mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o entrevistado tome o remédio, peça para ver a bula ou embalagem e confira se está prescrita na receita. Assinale para qual doença foi prescrita. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

I85. Qual o nome dos remédios receitados?	I86.O (a) <remédio> é para que doença ou problema de saúde? (888) NSA (999) IGN	I87.<registro do remédio> (0) Informado (1) Receita (2) Embalagem (3) Bula (4) Outro (8) NSA	I88.O (a) Sr (a) deixou de usar o (a) <remédio> que precisava? (0) Não→I89 (1) Sim→I90 (8) NSA	I89. O(a) Sr(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça? (0) Não conseguiu (1) Sim. Posto de Saúde de abrangência (2) Sim. Outro Posto (3) Sim. Farmácia do SUS (4) Sim. Outro modo (8) NSA <i>Fim do quadro</i>	I90. Porque não usou o (a) <remédio>? (0) Não quis, esqueceu (1) Não tinha no Posto de abrangência (2) Não podia pagar (3) Não tinha em outro posto, Farmácia do SUS (4) Receita vencida (5) Outro motivo (8) NSA
1. _____ <i>IMED1</i>	_____ <i>IMEDO1</i> _ _ _ _	_____ <i>IMEREG1</i> _	_____ <i>IMEDEIX1</i> _	_____ <i>IMEGRAT1</i> _	_____ <i>IMEMOT1</i> _
2. _____ <i>IMED2</i>	_____ <i>IMEDO2</i> _ _ _ _	_____ <i>IMEREG2</i> _	_____ <i>IMEDEIX2</i> _	_____ <i>IMEGRAT2</i> _	_____ <i>IMEMOT2</i> _
3. _____ <i>IMED3</i>	_____ <i>IMEDO3</i> _ _ _ _	_____ <i>IMEREG3</i> _	_____ <i>IMEDEIX3</i> _	_____ <i>IMEGRAT3</i> _	_____ <i>IMEMOT3</i> _
4. _____ <i>IMED4</i>	_____ <i>IMEDO4</i> _ _ _ _	_____ <i>IMEREG4</i> _	_____ <i>IMEDEIX4</i> _	_____ <i>IMEGRAT4</i> _	_____ <i>IMEMOT4</i> _
5. _____ <i>IMED5</i>	_____ <i>IMEDO5</i> _ _ _ _	_____ <i>IMEREG5</i> _	_____ <i>IMEDEIX5</i> _	_____ <i>IMEGRAT5</i> _	_____ <i>IMEMOT5</i> _
NÚMERO TOTAL DE REMÉDIOS RELATADOS _ _ _ _					

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS

I91.O(A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?	(0) Não (1) Sim	<i>ISATIS</i> _
I92. O(A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?	(0) Não (1) Sim	<i>IINTER</i> _
I93. O(A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?	(0) Não (1) Sim	<i>IVAZIA</i> _
I94. O(A) Sr.(a) se aborrece com freqüência?	(0) Não (1) Sim	<i>IABORR</i> _
I95. O(A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?	(0) Não (1) Sim	<i>IHUMOR</i> _
I96. O(A) Sr.(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	(0) Não (1) Sim	<i>IMEDO</i> _
I97. O(A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?	(0) Não (1) Sim	<i>IFELIZ</i> _

I98. O(A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?	(0) Não (1) Sim	<i>ISAIDA</i> _
---	-----------------	-----------------

I199. O(A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	(0) Não (1) Sim	IPREFE __
I100. O(A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	(0) Não (1) Sim	IMEMOR __
I101. O(A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo?	(0) Não (1) Sim	IVIVO __
I102. O(A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	(0) Não (1) Sim	INUTIL __
I103. O(A) Sr.(a) se sente cheio de energia?	(0) Não (1) Sim	IENER __
I104. O(A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?	(0) Não (1) Sim	ISEMES __
I105. O(A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	(0) Não (1) Sim	IMELHO __

AGORA VAMOS FALAR SOBRE EXERCÍCIOS

Se o Sr.(a) consultou mais de uma vez no Posto de Saúde, responda as questões I106 e I107
 Se o Sr.(a) só consultou uma vez, pule a questão I106 e responda a questão I107

I106. <u>Alguma vez, em uma consulta</u> no Posto de Saúde, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe	IEXER __
<i>SE SIM</i>		
Há quanto tempo foi essa consulta ____ anos ____ meses (codificar em meses)		ITPCONV ____
I107. <u>E na sua última consulta</u> no Posto de Saúde, o médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar sua saúde?	(0) Não (1) Sim (9) Não sabe	IUEXER __
<i>SE SIM</i>		
Quando foi a sua última consulta ____ anos ____ meses (codificar em meses)		IULCON ____

A SEGUIR EU VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA E GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR

I108. Quando o(a) Sr.(a) vai tomar seu banho:	(4) Não tem dificuldade alguma	IBANHO __
	(3) Tem pouca dificuldade	
	(2) Tem média dificuldade	
	(1) Tem muita dificuldade	
	(0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar	

<p>I109. Para fazer suas refeições (para comer):</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma</p> <p>(3) Tem pouca dificuldade</p> <p>(2) Tem média dificuldade</p> <p>(1) Tem muita dificuldade</p> <p>(0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p>	<p><i>I</i>ALIMEN __</p>
<p>I110. Quando o(a) Sr.(a) vai se vestir:</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma</p> <p>(3) Tem pouca dificuldade</p> <p>(2) Tem média dificuldade</p> <p>(1) Tem muita dificuldade</p> <p>(0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p>	<p><i>I</i>VESTIR __</p>
<p>I111. Quando o(a) Sr.(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades:</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma</p> <p>(3) Tem pouca dificuldade</p> <p>(2) Tem média dificuldade</p> <p>(1) Tem muita dificuldade</p> <p>(0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p>	<p><i>I</i>TOALET __</p>
<p>I112. Para caminhar, o(a) Sr.(a):</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma</p> <p>(3) Tem pouca dificuldade</p> <p>(2) Tem média dificuldade</p> <p>(1) Tem muita dificuldade</p> <p>(0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p>	<p><i>I</i>CAMIN __</p>
<p>I113. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr.(a):</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma</p> <p>(3) Tem pouca dificuldade</p> <p>(2) Tem média dificuldade</p> <p>(1) Tem muita dificuldade</p> <p>(0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p>	<p><i>I</i>CADEIR __</p>
<p>I114. Quando o(a) Sr.(a) quer se pentear ou fazer a barba ou lavar o rosto:</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma</p> <p>(3) Tem pouca dificuldade</p> <p>(2) Tem média dificuldade</p>	<p><i>I</i>ARRUM __</p>

<p>I115. Para empurrar um objeto grande como por exemplo, uma poltrona, o(a) Sr.(a):</p> <p>(1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma (3) Tem pouca dificuldade (2) Tem média dificuldade (1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p> <p>I116. Para carregar um saco de cinco quilos de arroz, o(a) Sr.(a):</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma (3) Tem pouca dificuldade (2) Tem média dificuldade (1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p> <p>I117. Se o(a) Sr.(a) quiser agachar-se ou ajoelhar-se no chão:</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma (3) Tem pouca dificuldade (2) Tem média dificuldade (1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p> <p>I118. Para levantar seus braços acima da cabeça, o(a) Sr.(a):</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma (3) Tem pouca dificuldade (2) Tem média dificuldade (1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p>	<p><i>IEMPUR</i> __</p> <p><i>IPESO</i> __</p> <p><i>IAJOEL</i> __</p> <p><i>IBRAÇO</i> __</p>
<p>I117. Se o(a) Sr.(a) quiser agachar-se ou ajoelhar-se no chão:</p> <p>(4) Não tem dificuldade alguma (3) Tem pouca dificuldade (2) Tem média dificuldade (1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar</p>	<p><i>IAJOEL</i> __</p>

<p>I118. Para levantar seus braços acima da cabeça, o(a) Sr.(a):</p> <p style="text-align: center;"> (4) Não tem dificuldade alguma (3) Tem pouca dificuldade (2) Tem média dificuldade (1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar </p>	<p><i>IBRAÇO</i> __</p>
<p>I119. Quando o(a) Sr.(a) quer lidar com objetos pequenos como por exemplo, uma chave:</p> <p style="text-align: center;"> (4) Não tem dificuldade alguma (3) Tem pouca dificuldade (2) Tem média dificuldade (1) Tem muita dificuldade (0) Precisa de outra pessoa para lhe ajudar </p>	<p><i>IOBJPEQ</i> __</p>
<p>I120. Quando o(a) Sr.(a) quer cozinhar:</p> <p style="text-align: center;"> (4) Não tem qualquer dificuldade (2) Pode fazer com dificuldade (0) Precisa da ajuda de outra pessoa </p>	<p><i>ICOMIDA</i> __</p>
<p>I121. Para fazer suas compras, o(a) Sr.(a):</p> <p style="text-align: center;"> (4) Não tem qualquer dificuldade (2) Pode fazer com dificuldade (0) Precisa da ajuda de outra pessoa </p>	<p><i>ICOMPR</i> __</p>
<p>I122. Quando o(a) Sr.(a) quer limpar sua casa: :</p> <p style="text-align: center;"> (4) Não tem qualquer dificuldade (2) Pode fazer com dificuldade (0) Precisa da ajuda de outra pessoa </p>	<p><i>ILIMPEZ</i> __</p>
<p>I123. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a):</p> <p style="text-align: center;"> (4) Não pode sem ajuda de outra pessoa (4) Pode fazer sem ajuda </p>	<p><i>ICAQUA</i> __</p>
<p>I124. Para subir um lance de escadas, o(a) Sr.(a):</p> <p style="text-align: center;"> (0) Não pode sem ajuda de outra pessoa (4) Pode fazer sem ajuda </p>	<p><i>ILANCE</i> __</p>

<p>I125. Quando o(a) Sr.(a) precisa sair para algum lugar, isto:</p> <p>(4) Não é nenhum problema (2) É um pequeno problema (0) É um grande problema ou o(a) senhor(a) não consegue ir</p>	<p>ISAIR __</p>
<p align="center">AGORA FALAREMOS SOBRE ATENDIMENTO DOMICILIAR PRESTADO PELO < POSTO DE SAÚDE DA ABRANGÊNCIA ></p>	
<p>I126. O(a) Sr.(a) necessitou receber atendimento <u>na sua casa</u> de algum profissional do <Posto de Saúde de Abrangência> nos últimos três meses?</p> <p align="center">(0) Não (1) Sim</p> <p>SE NÃO PULE PRA A QUESTÃO I129</p>	<p>IATDOM __</p>
<p>I127. Qual a sua opinião sobre o atendimento, em sua casa, recebido do <Posto de Saúde de Abrangência>? Comente as facilidades e dificuldades para receber atendimento em sua residência. (caso necessite utilize o verso da folha para escrever a resposta do entrevistado, indicando claramente o número da questão).</p>	
<p>I128. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido na sua casa do <posto de saúde de abrangência> nos últimos três meses.</p> <p align="center">0 _ 1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6 _ 7 _ 8 _ 9 _ 10</p> <p>Ruim Ótimo</p>	
<p>I129. Por que motivo(s) o(a) Sr.(a) não conseguiu atendimento na sua casa do <posto de saúde de abrangência> nos últimos três meses? _____</p> <p>_____</p>	
<p>I130. O(a) Sr.(a) necessita receber <u>atendimento regular</u> em sua casa do <posto de saúde de abrangência> ?</p> <p align="center">(0) Não (1) Sim</p> <p>SE SIM, por quê? _____</p> <p>_____</p>	<p>IATDREG __</p>

BLOCO D – INFORMAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E AS PESSOAS QUE MORAM COM O(A) SR.(A)

I131. O domicílio apresenta água encanada?

- (0) Não (1) Sim, dentro de casa (2) Sim, no pátio

IAGUA __

I132. Quantos banheiros tem o domicílio?

- (0) nenhum __ banheiros (Banheiro: vaso sanitário com descarga)

IBAN __

I133. Qual é o destino do lixo?

- (1) É recolhido pelo caminhão
(2) É enterrado
(3) É queimado
(4) É jogado fora do pátio () Outro: _____

ILIXO __

<p>I134. Tipo de casa (observar ou perguntar):</p> <p style="text-align: center;"> (01) tijolo c/ reboco (02) tijolo s/ reboco (03) apartamento (04) mista (madeira e tijolo) (05) madeira regular (06) madeira irregular (07) papelão ou lata (08) barro (09) palha (10) lona (11) Outra: _____ </p>	<i>ITIPCAS</i> __ __
--	----------------------

AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELETRODOMÉSTICOS QUE (O)A SR.(A) TEM EM CASA. OS ELETRODOMÉSTICOS CONSIDERADOS SÃO OS QUE ESTÃO EM CONDIÇÕES DE USO.

O(A) SR(SRA) DEVERÁ DIZER SE POSSUI E A QUANTIDADE DOS ELETRODOMÉSTICOS PERGUNTADOS

<p>I135. O(A) Sr.(Sra) têm em casa:</p> <p> Televisão colorida? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais Rádio? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais Automóvel (carro)? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais Empregada mensalista? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) ou mais Aspirador de pó? (0) (1) Geladeira? (0) (1) Videocassete ou DVD ? (0) (1) Lavadora de roupa (não considerar tanquinho)? (0) (1) </p>	<p><i>IABTV</i> __</p> <p><i>IABRAD</i> __</p> <p><i>IABCAR</i> __</p> <p><i>IABEMP</i> __</p> <p><i>IABASP</i> __</p> <p><i>IABGELA</i> __</p> <p><i>IABVID</i> __</p> <p><i>IABLAVA</i> __</p>
--	--

<p>I136. Quantas são as pessoas que moram na casa? __ __ pessoas</p>	<p><i>IMORA</i> __</p>
--	------------------------

AGORA GOSTARÍAMOS DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA FAMILIAR

<p>I137. No <u>mês passado</u>, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)</p> <p>Pessoa 1 R\$ _____ , _____ por mês _____ , __ salários mínimos (SM)</p> <p>Pessoa 2 R\$ _____ , _____ por mês _____ , __ salários mínimos (SM)</p> <p>Pessoa 3 R\$ _____ , _____ por mês _____ , __ salários mínimos (SM)</p> <p>Pessoa 4 R\$ _____ , _____ por mês _____ , __ salários mínimos (SM)</p> <p>(99999) IGN - não respondeu / não sabe</p>	<p><i>IR1</i> _____</p> <p><i>IR2</i> _____</p> <p><i>IR3</i> _____</p> <p><i>IR4</i> _____</p>
---	---

<p>I138. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc..) que não foi citada acima?</p> <p>(0) Não (1) Sim. Quanto? R\$ _____, ____ por mês____, SM</p> <p>I139. Até que série a pessoa de maior renda da família completou na escola?</p> <p>_____</p> <p>____ anos completos de estudo</p> <p><i>I140. Horário do término da entrevista: ____ : ____ hs</i></p> <p><i>I141: Data da entrevista: ____/____/____</i></p>	<p><i>IR5</i> _____</p> <p><i>IESCHE</i> ____</p> <p><i>IHO2</i>____: ____</p> <p><i>ID</i> ____/____/____</p>
<p>I142: Quem respondeu o questionário?</p> <p>(1) o próprio idoso</p> <p>(2) o próprio idoso com ajuda</p> <p>() outra pessoa (_____)</p> <p>I143. SE OUTRA PESSOA RESPONDEU AO QUESTIONÁRIO, COLOQUE O MOTIVO:</p> <p>_____</p> <p>(88) NSA</p>	<p><i>IRESP</i> ____</p> <p><i>INRESP</i> ____</p>
<p>INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE QUE MAIS UTILIZA</p> <p>SOLICITAR O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO</p> <p>DE SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO</p>	



Universidade Federal de Pelotas

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia



Manual de Instruções

**QUESTIONÁRIO I – ADULTOS DE 65 ANOS OU MAIS
DE IDADE**

**Avaliação do
Projeto de Expansão e Consolidação da
Saúde da Família (PROESF)**

BLOCO A -IDENTIFICAÇÃO

I1. Estado

Escreva o código do Estado onde está sendo aplicado o questionário.

I2. Município

Escrever o código do município, correspondente ao nome da cidade onde está sendo aplicado o questionário.

I3. Unidade básica de Saúde

Escrever o nome da Unidade básica de Saúde com letra legível e por extenso, onde será aplicado o questionário. Cada Unidade Básica receberá um código.

I4. Número de identificação: Todo questionário terá um número de 7 dígitos: 1º dígito - código do Estado; 2º e 3º dígitos – código do município; 4º e 5º dígitos – código da UBS; 6º e 7º dígitos – código do indivíduo.

I5. Grupo

Deverá ser marcada uma das opções, de acordo com as alternativas correspondentes. Se o local apresenta PSF, deverão ser observadas as opções 1 e 2, caso o local apresente PSF, deverá ser verificado se o PSF é anterior ao PROESF (opção 1 “PSF pré- PROESF” ou posterior ao PROESF, opção 2, “PSF pós -PROESF”). Se o local apresenta ambas as formas, PSF e AB tradicional, marcar a opção 3 “Mista”. Se o local não apresenta PSF, deverá ser marcada a opção 4 “AB tradicional”. Se o local apresenta outra forma, marque a opção 5 e registre com letra legível e por extenso. Posteriormente, codifique a variável com o valor correspondente.

I6. Nome do(a) entrevistador(a): Preencha com seu nome e código correspondente.

I7. Horário de início da entrevista

- Horário: preencher com o horário observado no relógio no momento do início da entrevista. Hora do início da entrevista deve ser escrita no modo 24 horas, exemplo: 02:20 horas da tarde, deve ser codificada como 14:20 horas.
- **Não deixe de anotar este dado!**

I8. Qual é o seu nome?

Preencha o nome completo da pessoa que está sendo entrevistada, por extenso e com letra de forma legível.

I9. Qual o seu endereço?

Preencha com o endereço completo do entrevistado(a).

I10. Telefone para contato: Colocar o código de área entre parêntese seguido do número do telefone indicado pelo entrevistado

I11. Cor da pele

Deverá ser observada e assinalada a alternativa correspondente à cor da pele do entrevistado. Se o indivíduo for branco deverá ser marcada a opção 1 “branco”, se o indivíduo for pardo ou mulato ou mestiço deverá ser assinalada a opção 2 “pardo” e se o indivíduo for preto deverá ser assinalada a opção 3 “preta”. Se houver dificuldade para definir a cor da pele do indivíduo, assinale a opção 4 “outra” anotando ao lado as características.

I12. Sexo

Deverá ser observado e anotado a opção correspondente. Marque a opção 1 se o indivíduo for do sexo masculino, a opção 2, caso seja do sexo feminino.

I13. Qual é a sua idade?

A idade deverá ser anotada em anos completos. Caso a pessoa refira a data de nascimento, converta em anos, após a entrevista. Quando houver discordância entre a idade pelo documento e a referida pelo entrevistado, utilizar a idade informada pela pessoa. Não realize o cálculo de idade durante a entrevista para evitar cometer erros.

I14. O (A) Sr (a) sabe ler e escrever?

Marque a alternativa correspondente. Se o respondente não sabe ler e escrever, marque a alternativa **0** “Não”, se o respondente só sabe assinar o nome, marque a alternativa **2** “Só assina o nome”. Se o respondente souber ler e escrever marque a alternativa **1** “Sim”.

SE “NÃO” OU “SÓ ASSINA O NOME” PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR À QUESTÃO 14 e CODIFIQUE A QUESTÃO 13 COM “ 8 ” (NSA).

I15. Até que série o (a) Sr (a) completou na escola?

Deverá apenas ser anotado o número de anos completos (com aprovação) de estudo. Caso o entrevistado não forneça esse dado de forma direta, use o espaço para anotações para escrever a resposta por extenso, deixando para calcular e codificar depois. Você deverá basear seu cálculo na tabela abaixo:

CODIFICAÇÃO DOS ANOS COMPLETOS DE ESTUDO (Iesc ___)

Primeiro grau completo = 8 anos de estudo

Segundo grau completo = 11 anos de estudo

Terceiro grau completo (superior completo) = 15 anos de estudo

Primário completo = 5 anos de estudo

Ginasial completo = 8 anos de estudo

Científico completo = 11 anos de estudo

Primeiro livro = 1 ano de estudo

Segundo livro = 2 anos de estudo

Terceiro livro = 3 anos de estudo

* Somente devem ser contados os anos com aprovação

* Pessoas com cursos de especialização, mestrado e doutorado devem ser codificados com 17 anos de estudo.

* Pré-escola, jardim e maternal não devem ser levados em consideração.

I16. Qual sua situação conjugal?

Leia as alternativas e assinale a resposta do entrevistado(a).

I17. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)?

Marque a alternativa correspondente. Se a resposta for NEGATIVA, marque a alternativa **0** “Não” e PULE PARA A QUESTÃO I19. Se a resposta for POSITIVA, marque a alternativa **1** “Sim” e faça a próxima questão.

I18. Com qual idade o(a) Sr.(a) se aposentou?

A idade em que o(a) entrevistado(a) se aposentou deverá ser anotada em anos completos. Caso o(a) entrevistado(a) refira há quantos anos está aposentado(a), converta em idade após a

entrevista. Não realize o cálculo de idade durante a entrevista para evitar cometer erros. Se o(a) entrevistado(a) não lembrar ou não quiser informar, marque a opção **99** “IGN”.

I19. O(a) Sr.(a) trabalhou, sendo pago(a), no último mês?

Leia as alternativas e assinale a resposta do entrevistado(a). Caso ele/a relate que recebe outra coisa, diferente de dinheiro, pelo trabalho, escreva ao lado. SE o(a) entrevistado responder NÃO ou NUNCA TRABALHOU, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

I20. No último mês, quantas horas o(a) Sr(a) trabalhou por dia?

Registrar o número de horas trabalhadas por dia, em função remunerada, segundo informação do entrevistado(a). Anotar sobre um dia normal de trabalho. Caso exista uma variação muito grande, faça uma média. 20 minutos na segunda + 40 minutos na quarta, são trinta minutos por dia. Note que a pergunta refere-se ao último mês. Registrar somente as horas de trabalho, não considerar horário gasto em afazeres domésticos, por exemplo. Não será aceito respostas como as de 24 horas ou “todo dia”.

I21. Que tipo de firma ou empresa o(a) Sr(a) trabalhou no último mês?

Procure obter o maior número de detalhes possíveis nesta resposta para posteriormente ser do.

I22. Qual o tipo de trabalho que o(a) Sr(a) realizou no último mês? *(descreva detalhadamente o(s) tipo(s) de trabalho realizado no último mês, conforme relatado pelo(a) entrevistado(a)). No caso do entrevistado(a) ter realizado mais de um tipo de trabalho no último mês, coletar a informação sobre a atividade que ele julgue a mais importante).*

Posteriormente codificar esta questão segundo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho.

I23. O Sr(a) é empregado(a), patrão(oa) ou trabalha por conta própria?

Preencha de acordo com a resposta do(a) entrevistado(a).

BLOCO B- HÁBITOS DE VIDA

AGORA NÓS VAMOS FALAR DE ATIVIDADES FÍSICAS

I24. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA> quantos dias o(a) Sr.(a) caminhou por mais

de 10 minutos seguidos? Pense nas caminhadas no trabalho, em casa, como forma de

transporte para ir de um lugar ao outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício.

Substituir <DIA DA SEMANA PASSADA>, pelo dia correspondente a realização da entrevista. Ex: a entrevista está sendo realizada numa quarta-feira, você deverá perguntar: “Desde quarta-feira da semana passada quantos dias...”.

Pelo fato de que a introdução à pergunta é grande, a pessoa pode se desligar da pergunta. Se você perceber necessidade, repita a pergunta. As caminhadas que durem menos de 10 minutos não devem ser consideradas. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou caminhadas, considere o menor número referido. Por exemplo: Se o entrevistado disser “Talvez três ou quatro dias”, nesse caso, considere como resposta três dias. A codificação zero (0) deve ser preenchida quando a resposta for “nenhum”. Caso o entrevistado não saiba responder codifique a pergunta com 9 (IGN). A codificação deve ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado caminha por mais de 10 minutos seguidos. Se a resposta for nenhum pule para pergunta I21 e codifique a pergunta I20 com 888(NSA).

I25. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminhou, quanto tempo, no total, você caminhou por dia?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as caminhadas. Se o entrevistado responder “em média faço 30 minutos” considere, neste caso, o tempo de 30 minutos, codificando com “030” minutos p/dia. Se o entrevistado responder: “Caminho uns 30 ou 40 minutos”. Neste caso, considere o menor tempo referido. Se o entrevistado relatar que caminhou por 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com caminhada em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo caminhou $(20+40)/2 = 30$ minutos. Nesse caso, anote e calcule em casa. Para arredondamentos, no caso da média, sempre ignore os números depois da vírgula. Ex: 36,25 considere 36 minutos. A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado caminhou. Caso o entrevistado não consiga responder essa questão codifique com 999.

AGORA VAMOS FALAR DE OUTRAS ATIVIDADES FÍSICAS FORA A CAMINHADA

I26. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, que fizeram você suar muito ou aumentar muito sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: correr, fazer ginástica, pedalar rápido em bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no pátio ou jardim, transportar objetos pesados, jogar futebol competitivo, ...

A codificação 0 deverá ser preenchida quando a resposta for nenhum. Caso o entrevistado não saiba responder, codifique a pergunta com 9. Se o entrevistado perguntar: “O que são atividades fortes?”, leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas FORTES são aquelas que precisam de um grande esforço físico que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado realizou atividades fortes por mais de 10 minutos seguidos. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades fortes, considere o menor número referido. Se a resposta for nenhum, pule para I23 e codifique a questão I22 com 888(NSA).

I27. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades fortes, quanto tempo, no total, você fez atividades fortes por dia?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as atividades fortes. Se o entrevistado responder em média faço 30 minutos, considere, neste caso, o tempo de 30 minutos, codificando com “030” minutos p/dia. Se o entrevistado responder: “Faço uns 30 ou 40 minutos de atividades fortes”. Neste caso, considere o menor tempo referido. Se o entrevistado relatar que realizou 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com atividades fortes em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo as realizou $(20+40)/2 = 30$ minutos.

Nesse caso, anote e calcule em casa. Para arredondamentos, no caso da média, sempre ignore os números depois da vírgula. Ex: 36,25 considere 36 minutos. A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado realizou a atividade. Caso o entrevistado não consiga responder essa questão codifique com 999.

I28. Desde <dia da semana passada> quantos dias o(a) Sr.(a) fez atividades médias, que fizeram você suar um pouco ou aumentar um pouco sua respiração e seus batimentos do coração, por mais de 10 minutos seguidos? Por exemplo: pedalar em ritmo médio, nadar, dançar, praticar esportes só por diversão, fazer serviços domésticos leves, em casa ou no pátio, como varrer, aspirar, etc.

A codificação 0 deverá ser preenchida quando a resposta for nenhum. Caso o entrevistado não saiba responder, codifique a pergunta com 9. Se o entrevistado perguntar: “O que são atividades médias, leia novamente a pergunta, lembrando que atividades físicas MÉDIAS são aquelas que precisam de algum esforço físico que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal. A codificação deverá ser feita de acordo com o número de dias que o entrevistado realizou atividades médias por mais de 10 minutos seguidos. Se o entrevistado ficar em dúvida quanto ao número de dias que ele realizou atividades médias, considere o menor número referido. Se a resposta for nenhum pule para I25 e codifique a questão I24 com 888(NSA).

I29. Nos dias em que o(a) Sr.(a) fez atividades médias, quanto tempo, no total, você fez atividades médias por dia?

Nesta pergunta queremos saber o tempo que o indivíduo gastou nos dias citados anteriormente, para realizar as atividades médias. Se o entrevistado responder em média faço 30 minutos, considere, neste caso, o tempo de 30 minutos, codificando com “030” minutos p/dia. Se o entrevistado responder: “Faço uns 30 ou 40 minutos de atividades médias”. Neste caso, considere o menor tempo referido. Se o entrevistado relatar que realizou 20 minutos na quarta-feira e 40 minutos no sábado, você deverá fazer uma média: somando o tempo gasto com atividades fortes em cada dia, dividindo pelo número de dias que o indivíduo as realizou $(20+40)/2 = 30$ minutos. Nesse caso, anote e calcule em casa. Para arredondamentos, no caso da média, sempre ignore os números depois da vírgula. Ex: 36,25 considere 36 minutos. A codificação deverá ser feita de acordo com o total de minutos que o entrevistado realizou a atividade. Caso o entrevistado não consiga responder essa questão codifique com 999.

I30. O (a) Sr (a) fuma ou já fumou?

Será considerado fumante o entrevistado que disser que fuma mais de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês. Se nunca fumou pule para a pergunta I29. Se o entrevistado responder que já fumou ,mas parou, preencher há quantos anos e meses, colocando zero na frente dos números quando necessário. Caso tenha parado de fumar há menos de 1 mês, considere como fumante (2). Caso fume menos de 1 cigarro por dia e/ou há menos de 1 mês considere como (0) Não. Se a resposta for NÃO pule para a pergunta I29, codificando as questões de I26 a I28 com NSA. Se a resposta for SIM pule para a pergunta I27, codificando a I26, com (NSA).

I31. O(A) Sr.(a) parou de fumar, por quê?

Visa saber qual foi a causa (motivo) do indivíduo ter parado de fumar: doença, vontade própria e outros. Anote detalhadamente o especificado em letra legível e por extenso. Se não for este o caso, anote 88 (NSA).

I32. Há quanto tempo o (a) Sr (a) fuma (ou fumou durante quanto tempo)?

Preencher com o número de anos que fuma ou fumou. Usar “00” se fuma há menos de um ano, ou fumou por menos de um ano. Preencher com (88) NSA em caso de ter pulado essa questão.

I33. Quantos cigarros o (a) Sr (a) fuma ou fumava por dia?

Preencher com o número de cigarros fumados por dia. Preencher com (88) NSA, caso tenha pulado essa questão.

AGORA GOSTARÍAMOS DE SABER ALGUMAS INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE

BLOCO C- SAÚDE GERAL

I34. Como o (a) Sr (a) considera sua saúde?

As opções de resposta devem ser lidas para o entrevistado. Caso o entrevistado pergunte “comparado com quem?” Peça para ele se comparar com alguém da mesma idade. Se o entrevistado responder DEPENDE diga para ele se referir a como se sente na maior parte do tempo.

I35. Indique as 3 medidas que, na sua opinião, são as mais importantes para manter a boa saúde, começando com a mais importante de todas. (nos parênteses anteriores as opções deve ser anotada a ordem de importância dos 3 fatores citados).

MOSTRAR A FOLHA COM AS FIGURAS

- (1) Ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal;
- (2) Fazer exercícios físicos regularmente;
- (3) Não tomar bebidas alcoólicas em excesso;
- (4) Consultar o médico regularmente;
- (5) Não fumar;
- (6) Manter seu peso ideal;
- (7) Controlar ou evitar o estresse.
- (9) IGN

Deve-se mostrar a folha com as medidas de saúde e dizer: “Esta figura representa ter uma alimentação saudável, evitando comer muita gordura animal; esta figura representa fazer exercícios físicos regularmente...” e assim por diante.

Deve ficar claro para o entrevistado que não existe uma resposta certa para a questão! Se o entrevistado disser que não sabe responder, você deve repetir a pergunta da seguinte forma: “**Mas para o(a) Sr.(a), quais dessas são as três medidas mais importantes?**”

Em caso de dúvida, da ordem de importância dos três fatores citados pelo entrevistado, deve-se perguntar: “**O(a) Sr.(a) poderia me confirmar a ordem de importância que o Sr(a) deu para os três fatores?**”. Na coluna da variável deve-se marcar as alternativas na ordem de importância citada pelo entrevistado.

EXEMPLO: Uma pessoa diz que os fatores mais importantes para ela são: 1º Não fumar; 2º Realizar consultas médicas regularmente e 3º Manter o peso ideal. Deve se anotar ao lado do *AMDIMP1* – 5; ao lado do *AMDIMP12* – 4 e ao lado do *AMDIMP3* – 6. Os números correspondentes a cada fator estão entre parênteses, abaixo do enunciado da questão.

Caso a pessoa não saiba responder, marca-se a alternativa “IGN” e codificam-se as variáveis com “9”.

I36. No último ano, o(a) Sr.(a) caiu alguma vez?

Marque a alternativa correspondente. Se a resposta for NEGATIVA, ou seja, o(a) entrevistado(a) não caiu nenhuma vez no último ano, marque a alternativa **0** “Não” e PULE PARA A QUESTÃO I38. Caso o(a) entrevistado(a) tenha caído alguma vez no último ano, marque a alternativa **1** “Sim” e faça a próxima questão.

I37. Quantas vezes?

O objetivo desta pergunta é saber quantas vezes o(a) entrevistado(a) caiu no último ano. Você deve enfatizar o período de tempo e completar de acordo com o referido pelo(a) entrevistado(a). Caso haja alguma dúvida em relação à questão, você deverá repeti-la novamente e aguardar a resposta referida. A codificação deve ser feita com dois dígitos. Se o(a) entrevistado(a) caiu apenas uma vez colocar um zero na frente e codificar com 01. Perguntar se em alguma dessas ocasiões o(a) entrevistado(a) sofreu fratura. Se houve fratura perguntar o que fraturou.

I38.O (A) Sr (a) tem pressão alta?

Anote a opção referida pela pessoa. Se a pessoa referir que não tem pressão alta marque a opção 0 “Não”, se referir que tem pressão alta marque a opção 1 “Sim” e caso a pessoa não saiba informar marque a opção 9 “IGN”. Se a pessoa referir que tinha pressão alta, está fazendo tratamento e a pressão vem se mantendo normal, marque a opção 1 “Sim”.

SE NÃO OU IGN PULE PARA QUESTÃO I50, CODIFICANDO AS QUETÕES PULADAS COM 8, 88, 888 “NSA”(Não se aplica).

I39. Há quanto tempo o (a) Sr (a) sabe que tem pressão alta?

Se a pessoa referir que ficou sabendo que tem pressão alta há alguns dias ou meses, codifique com 00 “a menos que um ano”, se ele referir em anos codifique conforme o número de anos que ele(a) referir. EX: “Faz 7 anos que tenho pressão alta”. Codifique como 07 . Se o entrevistado não possuir pressão alta, codifique com 88(NSA).

I40. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr (a) consultou devido à pressão alta no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Você deverá substituir <SEIS MESES ATRÁS > pelo mês correspondente a 6 meses anteriores a data da realização da entrevista. O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde” (I3). Ex: a entrevista está sendo realizada no mês de março, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma Desde “outubro do ano passado” quantas vezes o(a) Sr (a) consultou no Posto XX . Será considerada consulta qualquer procedimento de saúde realizado com algum profissional do Posto de abrangência devido à pressão alta. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não possuir pressão alta, codifique com 88(NSA). SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO I45

I41. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr (a) consultou com o mesmo médico devido à pressão alta no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Você deve enfatizar o período de tempo, o motivo da consulta e ressaltar que a quantidade de consultas deve ser referente àquelas realizadas com o mesmo médico. Aqui deverá ser

considerada apenas a consulta médica e não os outros procedimentos realizados no Posto. O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde”. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não consultou devido a pressão alta no Posto de Abrangência ou não é portador de pressão alta, codifique com 88(NSA).

I42. Quantos dias se passaram desde que o(a) Sr (a) solicitou a consulta até o dia que consultou?

Visa saber o tempo decorrido entre a solicitação de consulta médica e a sua realização. Você deverá anotar o tempo e posteriormente codificar em dias. Se forem menos de 100 dias, não esqueça de colocar o zero na frente, fazendo o mesmo na codificação da variável. Se a consulta foi realizada no mesmo dia em que o entrevistado procurou o posto de saúde codifique com 000. Se o entrevistado não consultou devido a pressão alta no Posto de Abrangência ou não é portador de pressão alta, codifique com 88(NSA).

I43. Essa consulta foi agendada?

Marque a opção 1 se a última consulta dentro dos últimos seis meses foi agendada e marque a opção 0 se não o foi.

I44. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 6 meses? __ __ __ dias

Registre o número de dias que se passaram desde a última consulta médica do (a) entrevistado (a) nos últimos seis meses até o dia da entrevista. Se o entrevistado não apresenta pressão alta ou não consultou por esse motivo nos últimos seis meses codifique com 88(NSA). Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN

I45. Desde <DOIS ANOS ATRÁS> quantas vezes o(a) Sr (a) baixou no hospital devido a pressão alta ou por algum outro problema relacionado à pressão alta?

Visa saber quantas vezes o entrevistado foi internado no hospital, por hipertensão ou algum problema relacionado à mesma. Anote o número de vezes referido pelo entrevistado. Se este não baixou o hospital nos últimos dois anos por esse motivo, codifique com 00. Se o indivíduo não apresenta pressão alta a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

I46. O(A) Sr(a) precisa usar remédio(s) para pressão alta?

O objetivo desta questão é saber se o entrevistado necessita usar remédio por indicação médica para pressão alta, mesmo que ele não use ou tenha deixado de usar.

I47. O (A) Sr (a) usa outras formas de tratar a pressão alta, além do tratamento indicado pelo Médico? (chá, benzedeira,...)

Mesmo que o entrevistado não precise tomar remédio pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento alternativo para a pressão alta, tais como: chás, benzedeiros, exercícios, ioga, etc...Se o indivíduo referir que sim marque a alternativa 1 “Sim”, se não é utilizado nenhum método alternativo para tratamento da pressão alta marque a opção 0 “Não” e pule para a questão I59, codificando a questão I58 com 88 (NSA). SE NÃO, PULE PARA A QUESTÃO I49

I48. Quais são estas outras formas?

Especificar as formas de tratamento alternativo referido pelo entrevistado. Se o indivíduo não apresenta diabetes ou não usa formas alternativas de tratamento para a pressão alta a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA).

I49. Desde <UM ANO ATRÁS> o (a) Sr (a) participou de algum grupo de hipertensos <NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Visa saber se o indivíduo participou, no último ano, de algum grupo de hipertensos realizado pelo Posto de Abrangência. Não esqueça de substituir Posto de Saúde de Abrangência pelo nome da Unidade Básica de Saúde correspondente. Se o indivíduo não apresenta pressão alta a questão será pulada e deverá ser codificada com 8 (NSA).

I50. O(A) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

Marque a opção referida pelo entrevistado. Se o entrevistado não souber ou não lembrar marque a opção 9(IGN). SE NÃO OU IGN PULE PARA A QUESTÃO I62, codificando as questões puladas com (NSA).

I51. Há quanto tempo o Sr (a) sabe que tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

Visa saber o período de tempo que a pessoa sabe que é portadora de diabetes. Se esse período for inferior a um ano, codifique com 00, se for inferior a dez anos codifique com zero na frente. Se o entrevistado não apresenta diabetes codifique com 88(NSA).

I52. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o Sr(a) consultou, considerando todos os profissionais de saúde, devido à diabetes no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Você deverá substituir <SEIS MESES ATRÁS > pelo mês correspondente a 6 meses anteriores a data da realização da entrevista. O <Posto de Saúde de Abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde” (QUESTÃO I3). Por exemplo, se a entrevista estiver sendo realizada no mês de março, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma: Desde “outubro do ano passada” quantas vezes o(a) Sr (a) consultou no Posto XX? . Será considerada consulta qualquer procedimento de saúde realizado com algum profissional do Posto de abrangência devido à pressão alta. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou e codifique na coluna ao lado. Se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe, codifique com (99)IGN. Se o entrevistado não possui diabetes, codifique com 88(NSA). SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO I57

I53. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o Sr(a) consultou com o mesmo médico devido à diabetes no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Você deve enfatizar o período de tempo, o motivo da consulta e ressaltar que a quantidade de consultas deve ser referente àquelas realizadas com o mesmo médico. Aqui deverá ser considerada apenas a consulta médica e não os outros procedimentos realizados no Posto. O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde”(A3). Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não possui pressão alta, codifique com 88(NSA).

I54. Quantos dias se passaram desde que o (a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia em que consultou?

Visa saber o tempo decorrido entre a solicitação de consulta médica e a sua realização. Você deverá anotar o tempo e posteriormente codificar em dias. Se forem menos de 100 dias, não esqueça de colocar o zero na frente, fazendo o mesmo na codificação da variável. Se a consulta foi realizada no mesmo dia em que o entrevistado procurou o posto de saúde codifique com 000. Se o entrevistado não consultou devido o diabetes no Posto de Abrangência ou não é portador de diabetes, codifique com 88(NSA).

I55. Essa consulta foi agendada?

Marque a opção 1 se a última consulta dentro dos últimos seis meses foi agendada e marque a opção 0 se não o foi. Se o entrevistado não consultou ou não é portador de diabetes, codifique com 8(NSA).

I56. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 6 meses? ___ ___ ___ dias

Registre o número de dias que se passaram desde a última consulta médica do (a) entrevistado (a) nos últimos seis meses até o dia da entrevista. Se o entrevistado não apresenta diabetes ou não consultou por esse motivo nos últimos seis meses codifique com 888(NSA). Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com 999 (IGN)

I57. Desde <dois anos atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) baixou no hospital devido à diabetes ou por algum outro problema relacionado à diabetes?

Visa saber quantas vezes o entrevistado foi internado no hospital, por diabetes ou algum problema relacionado à mesma. Anote o número de vezes referido pelo entrevistado. Se este não baixou o hospital nos últimos dois anos por esse motivo, codifique com 00. Se o indivíduo não apresenta diabetes a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

I58. O(A) Sr(a) precisa usar remédio(s) para diabetes?

O objetivo desta questão é saber se o entrevistado necessita usar remédio por indicação médica para diabetes, mesmo que ele não use ou tenha deixado de usar. Se o indivíduo não apresenta diabetes a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

I59. O (A) Sr (a) usa outras formas de tratar a diabetes além do tratamento indicado pelo médico? (chá, benzedeira,...)?

Mesmo que o entrevistado não precise tomar remédio pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento alternativo para a diabetes, tais como: chás, benzedeiros, exercícios, yoga, etc...Se o indivíduo referir que sim marque a alternativa 1 “Sim”, se não é utilizado nenhum método alternativo para tratamento da diabetes marque a opção 0 “Não” e pule para a questão I61, codificando a questão I60 com 8 (NSA).

I60. Quais são essas outras formas?

Especificar as formas de tratamento alternativo referido pelo entrevistado. Se o indivíduo não apresenta diabetes ou não usa formas alternativas de tratamento para o diabetes a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA).

I61. Desde <UM ANO ATRÁS> o (a) Sr (a) participou de algum grupo de diabéticos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Visa saber se o indivíduo participou no último ano de algum grupo de diabéticos específico do Posto de Abrangência. Não esqueça de substituir Posto de Saúde de Abrangência pelo nome da Unidade Básica de Saúde correspondente(I3). Se o indivíduo não apresenta diabetes a questão será pulada e deverá ser codificada com 8 (NSA).

I62. O (a) Sr(a) tem ou sofre de problema de nervos?

Visa saber se atualmente o entrevistado apresenta algum problema de origem emocional (doenças psiquiátricas), tais como: ansiedade, depressão, síndrome do pânico,Marque a opção correspondente ao referido pelo entrevistado.

SE NÃO PULE PARA INSTRUÇÃO ANTERIOR AO QUADRO 2

I63. Há quanto tempo sabe que tem problema dos nervos?

Visa saber o período de tempo que a pessoa sabe que tem problema de nervos. Se esse período for inferior a um ano, codifique com 00, se for inferior a dez anos codifique com zero na frente. Se o entrevistado não apresenta problema de nervos codifique com 88(NSA).

I64. Desde <SEIS MESES ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr(a) consultou devido a problema dos nervos no <POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Você deve enfatizar o período de tempo e o motivo da consulta. Você deverá substituir <SEIS MESES ATRÁS > pelo mês correspondente a 6 meses anteriores a data da realização da entrevista. O <Posto de Saúde de Abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde” (I3). Ex: a entrevista está sendo realizada no mês de março, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma Desde “outubro do ano passado” quanta vezes o(a) Sr (a) consultou no Posto XX . Será considerada consulta qualquer procedimento de saúde realizado com algum profissional do Posto de abrangência devido à problema de nervos. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não possuir problema de nervos, codifique com 88(NSA).

SE NÃO CONSULTOU NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA PULE PARA A QUESTÃO I69

I65. Desde <seis meses atrás> quantas vezes o(a) Sr.(a) consultou com o mesmo médico devido problema dos nervos no <Posto de Saúde de abrangência>?

Você deve enfatizar o período de tempo, o motivo da consulta e ressaltar que a quantidade de consultas deve ser referente àquelas realizadas com o mesmo médico. Aqui deverá ser considerada apenas a consulta médica e não os outros procedimentos realizados no Posto. O <Posto de Saúde de abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde”. Anote o número de vezes que o entrevistado consultou, codificando ao lado, se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente. Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com (99) IGN. Se o entrevistado não possuir problema de nervos, codifique com 88(NSA).

I66. Quantos dias se passaram desde que o (a) Sr.(a) solicitou a consulta até o dia em que consultou?

Visa saber o tempo decorrido entre a solicitação da última consulta médica e a sua realização. Você deverá anotar o tempo e posteriormente codificar em dias. Se forem menos de 100 dias, não esqueça de colocar o zero na frente, fazendo o mesmo na codificação da variável. Se a consulta foi realizada no mesmo dia em que o entrevistado procurou o posto de saúde codifique com 000. Se o entrevistado não tem problema de nervos marcar 888(NSA).

I67. Essa consulta foi agendada?

Marque a opção 1 se a última consulta dentro dos últimos seis meses foi agendada e marque a opção 0 se não o foi. Se o entrevistado não consultou ou não é portador de diabete, codifique com 8(NSA).

I68. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 6 meses? __ __ __ dias

Registre o número de dias que se passaram desde a última consulta médica do (a) entrevistado (a) nos últimos seis meses até o dia da entrevista. Se o entrevistado não apresenta problema de nervos ou não consultou por esse motivo nos últimos seis meses codifique com 888(NSA). Se o entrevistado não lembra ou não sabe codifique com 999 (IGN)

I69. Desde <DOIS ANOS ATRÁS> quantas vezes o (a) Sr (a) baixou no hospital devido a problema dos nervos?

Visa saber quantas vezes o entrevistado foi internado no hospital, por problema de nervos ou algum problema relacionado ao mesmo. Anote o número de vezes referido pelo entrevistado. Se este não baixou o hospital nos últimos dois anos por esse motivo, codifique com 00. Se o indivíduo não apresenta problema de nervos a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

I70. O(A) Sr(a) precisa usar remédio(s) para os nervos?

O objetivo desta questão é saber se o entrevistado necessita usar remédio por indicação médica para problema de nervos, mesmo que ele não use ou tenha deixado de usar. Se o indivíduo não apresenta diabete a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA). Caso o entrevistado não lembre ou não saiba codifique com 99 (IGN).

I71. O (a) Sr(a) usa outras formas de tratar o problema de nervos, além do tratamento indicado pelo médico (chá, benzedeira..)?

Mesmo que o entrevistado não precise tomar remédio pretende-se saber se é utilizada alguma forma de tratamento alternativo para o problema de nervos, tais como: chás, benzedoras, exercícios, ioga, etc...Se o indivíduo referir que sim marque a alternativa 1 "Sim", se não é utilizado nenhum método alternativo para tratamento do problema de nervos marque a opção 0 "Não".

SE NÃO PULE PARA A QUESTÃO I73 CODIFICANDO A QUESTÃO PULADA COM 88(NSA).

I72. Quais são estas outras formas?

Especificar as formas de tratamento alternativo referido pelo entrevistado. Se o indivíduo não apresenta diabete ou não usa formas alternativas de tratamento para a pressão alta a questão será pulada e deverá ser codificada com 88 (NSA).

I73. Desde <UM ANO ATRÁS> o(a) Sr(a) participou de algum grupo de pessoas com problema de nervos <NO POSTO DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA>?

Visa saber se o indivíduo participou no último ano de algum grupo de diabéticos específico do Posto de Abrangência. Não esqueça de substituir Posto de Saúde de Abrangência pelo nome da

Unidade Básica de Saúde correspondente(I3). Se o indivíduo não apresenta problema de nervos a questão será pulada e deverá ser codificada com 8 (NSA).

SE O(A) ENTREVISTADO RESPONDEU SIM PARA pelo menos uma dAS

QUESTÕES I46, I58 OU I70 FAÇA O QUADRO ABAIXO SOBRE

MEDICAÇÃO DE USO CONTÍNUO

SE O(A) ENTREVISTADO RESPONDEU NÃO OU IGN PARA AS QUESTÕES I46, I58 E

I70 (TODAS)

PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédio(s) que o(a) Sr.(a) precisa utilizar continuamente por indicação médica, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar:

(Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédio(s) e a dosagem respectiva, mesmo que a pessoa não tenha usado ou tenha parado de usar. Caso o entrevistado tome o remédio, peça para ver a bula ou embalagem e confira se está prescrito na receita assinalando para qual doença foi prescrita. Assinale qual a forma utilizada para o registro do remédio e faça as outras perguntas do quadro).

Redação será incluída posteriormente.

AGORA FALAREMOS SOBRE SUA ÚLTIMA CONSULTA AO MÉDICO E REMÉDIOS QUE FORAM RECEITADOS EXCLUINDO AQUELES DE USO CONTÍNUO QUE SÃO PRESCRITOS PARA PRESSÃO ALTA, DIABETES OU PARA OS NERVOS

I80. Desde <30 dias atrás> o(a) Sr(a) consultou com médico no <Posto de Saúde de abrangência> por qualquer problema de saúde?

A questão visa saber se o(a) entrevistado(a) consultou no Posto de Saúde de Abrangência nos últimos 30 dias. Você deve enfatizar o período de tempo e o local da consulta. Você deverá substituir <30 DIAS ATRÁS > pelo mês correspondente a 1 mês anterior a data da realização da entrevista. O <Posto de Saúde de Abrangência> deverá ser substituído em todas as questões pelo nome do Posto de Abrangência especificado no início do questionário em “Unidade Básica de Saúde” (I3). Ex: se a entrevista está sendo realizada no dia 10 do mês de março, a pergunta deverá ser feita da seguinte forma. Desde “10 de fevereiro deste ano” o(a) Sr (a) consultou com médico no Posto XX por qualquer problema de saúde?. Será considerada apenas a consulta médica e não os outros procedimentos realizados com algum profissional de saúde do Posto de Abrangência. Se o(a) entrevistado(a) não consultou no Posto de Saúde de Abrangência nos últimos 30 dias, codifique com 00. Se a resposta for “sim”, pergunte quantas vezes e anote o número de vezes que o entrevistado consultou no Posto de Saúde de Abrangência nos últimos 30 dias, codificando ao lado. Se foram realizadas menos de 10 consultas, codifique com zero na frente e PULE PARA A QUESTÃO 181. Se o entrevistado não lembra ou não sabe informar codifique com (99) IGN e faça a próxima questão.

I81. Desde <30 dias atrás> o(a) Sr(a) consultou com médico por qualquer problema de saúde em outro local?

Você deve enfatizar o período de tempo e o local, ressaltando que a consulta médica deve ser referente àquela realizada em outro local que não o Posto de Saúde de Abrangência. Deverá ser considerada apenas a consulta médica e não procedimentos realizados em serviços de saúde por

outros profissionais. Deve-se assinalar com o número correspondente ao local em que a pessoa referir ter consultado:

(00) Não consultou nos últimos 30 dias: se o(a) entrevistado(a) não consultou em lugar algum nos últimos 30 dias, PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO e codifique as questões referentes a este assunto com 8, 88, 888 NSA, na coluna da direita e no quadro, conforme os dígitos correspondentes a cada questão;

(01) Outro Posto de Saúde: refere-se a outra Unidade Básica de Saúde que não o Posto de Saúde da abrangência;

(02) Pronto-Socorro: refere-se ao Pronto-Socorro Municipal

(03) Ambulatório do hospital: refere-se ao atendimento de ambulatório (consultas), em qualquer hospital da cidade; Faculdade: refere-se ao atendimento público prestado por uma Faculdade de Medicina de uma universidade da cidade; Sindicato ou empresa: consulta em serviço disponibilizado por empresa ou sindicato da categoria profissional;

(04) Consultório Médico por Convênio ou Plano de saúde: refere-se a consulta com médico através de algum plano ou convênio de saúde (Unimed, Pias, Saúde Maior, etc.). Este item inclui os Pronto-atendimentos dos convênios;

(05) Consultório Médico particular: refere-se à consulta paga ao médico sem convênio ou plano de saúde algum;

(06) CAPS (Centro de Atenção Psicossocial): inclui atendimentos para pacientes portadores de patologias mentais/psiquiátricas.

(07) Outro: local não contemplado nas alternativas acima ou uma combinação deles. Anotar o local relatado pelo entrevistado.

Se o(a) entrevistado(a) não lembra ou não sabe informar, codifique com (99) IGN e PULE PARA A PRÓXIMA INSTRUÇÃO.

I82. Qual a especialidade do médico com quem o(a) Sr(a) consultou na sua última consulta nos últimos 30 dias?

Você deve enfatizar o período de tempo e que a questão refere-se a última consulta médica realizada nos últimos 30 dias, mesmo que o(a) entrevistado(a) tenha consultado mais de uma vez no último mês. Leia a questão. Se necessário leia as alternativas, exceto as opções (8) NSA “não se aplica” e (9) IGN “ignorado”. Marcar a opção referida pelo(a) entrevistado(a). Caso tenha consultado com outro especialista, anotar o nome da especialidade.

I83. Há quanto tempo foi sua última consulta médica nos últimos 30 dias? ___ dias

O objetivo da questão é saber há quantos DIAS ocorreu a última consulta médica desde 30 dias atrás. Se o(a) entrevistado(a) referir que consultou no mesmo dia da entrevista, codifique com 00; no dia anterior, codifique com 01 e os demais dias, sucessivamente. Se o(a) entrevistado(a) não lembra ou não sabe informar, dar um tempo para a pessoa tentar se lembrar e estimular a memória situando a pessoa em cada semana do último mês. Se realmente a resposta for ignorada, codifique com (99) IGN.

I84. O médico lhe receitou algum remédio na sua última consulta médica nos últimos 30 dias? (excluindo aqueles de uso contínuo que são prescritos para pressão alta, diabetes ou para os nervos).

Deseja-se saber se o médico prescreveu algum remédio na consulta abordada na pergunta I80. Considerar remédio, todo tipo de medicamento prescrito pelo médico para seu paciente, em que este deve procurar fazer uso. Não esqueça que anticoncepcional também é remédio.

Se a resposta for não, dar um tempo para a pessoa tentar se lembrar e estimular a memória com possíveis episódios frequentes, como um remédio para gripe, uma dor de cabeça, remédios para má digestão, para emagrecer etc. Se realmente a resposta for “não” ou “não sabe”, isto é, a pessoa não sabe informar, passar uma linha diagonal em todo o quadro e pular para a próxima instrução após o quadro. Se a resposta for sim, parte-se para as perguntas do quadro.

Orientações gerais para o preenchimento do quadro

Agora eu gostaria de saber o nome do(s) remédios receitados na última consulta médica [ou na(s) consulta(s) dos últimos 3 meses].

Peça para ver a receita e registre o(s) nome(s) do(s) remédios e a dosagem respectiva. Caso o(a) entrevistado(a) tome o remédio, peça para ver a bula ou embalagem e confira se está prescrito na receita, assinalando para qual doença foi prescrito. Assinale no quadro se algum dos remédios é de uso contínuo, isto é, usa todos os dias (ou quase todos) sem data para parar. Assinale qual a forma utilizada para o registro do uso dos medicamentos no quadro.

I85. Qual o nome dos medicamentos receitados?

Escrever com letra de forma os nomes de todos os medicamentos que foram prescritos na última consulta médica desde 30 dias atrás, independente do(a) entrevistado(a) de ter usado.

I86. O(A) <remédio> é para que doença ou problema de saúde?

Marcar o que for relatado pelo entrevistado sobre motivo do uso para doença ou problema de saúde. Se a resposta for “outro”, escrever o que o entrevistado respondeu no quadro correspondente da codificação, acima do código (com letra legível).

I87. <registro do remédio>:

Deve ser apenas assinalada conforme a fonte de informação do nome do medicamento. Se a informação ocorreu por mais de um modo, marcar “outro” e escrever qual foi a fonte no quadro correspondente da codificação, acima do código (com letra legível).

I88. O(A) Sr.(a) deixou de tomar o <remédio>?

(0) Não → **I89**

(1) Sim → **I90**

(8) NSA

Estamos interessados em saber se as pessoas deixaram de tomar algum remédio por não ter tido acesso ao medicamento. Se a pessoa tinha o medicamento mas deixou de tomar porque estava fazendo mal ou porque não quis tomar, também deve ser considerado.

Estimule a pessoa a lembrar: pode ser um remédio simples que iria tomar e não tomou porque não tinha em casa na hora, pode ser um remédio de uso contínuo que parou porque acabou e não pôde comprar. Se a pessoa começou um tratamento mas não o completou por algum motivo, também é considerado um caso de ter deixado de tomar um medicamento que precisava.

Se a resposta for “sim”, PULE PARA A QUESTÃO I90.

Se o(a) entrevistado(a) não lembra ou não sabe informar, dar um tempo para a pessoa tentar se lembrar e estimular a memória situando a pessoa em cada semana do último mês. Se realmente a resposta for ignorada, codifique com (99) IGN E ENCERRE O QUADRO PASSANDO UMA LINHA DIAGONAL NO RESTANTE DO QUADRO QUE NÃO FOI PREENCHIDO.

Se a resposta for não, marque 0 e faça a questão I89.

I89. O(A) Sr.(a) conseguiu o(a) <remédio> de graça?

Deseja-se saber como o(a) entrevistado(a) conseguiu o remédio, mesmo que depois de ter conseguido tenha deixado de tomar. Se o(a) entrevistado(a) pagou pelo remédio, codifique com (0). Se conseguiu parte de um modo e parte de outro, codifique com (4) e ENCERRE O QUADRO PASSANDO UMA LINHA DIAGONAL NO RESTANTE DO QUADRO QUE NÃO FOI PREENCHIDO.

I90. Porque não usou o(a) <remédio>?

Se o(a) entrevistado(a) deixou de usar o remédio receitado pelo médico na última consulta dos últimos 30 dias, deseja-se saber qual foi o motivo. Se o(a) entrevistado(a) iniciou o tratamento e deixou de usar porque estava fazendo mal ou porque não quis tomar marque (0). Se demorou para ir retirar o remédio e a receita venceu, marque (4).

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SENTIMENTOS

I91. Por favor, responda as questões seguintes, conforme o(a) Sr(a) tem se sentido no último mês

As questões abaixo deverão ser respondidas com SIM ou NÃO. Se o entrevistado ficar em dúvida pergunte novamente, ressaltando que último mês significa 30 dias antes do dia em que está sendo realizada a entrevista e que esses sentimentos se referem ao que ele apresenta na maioria dos dias.

I91.O(A) Sr.(a) está basicamente satisfeito com sua vida?

I92. O(A) Sr.(a) deixou muitos de seus interesses e atividades?

I93. O(A) Sr.(a) sente que sua vida está vazia?

I94. O(A) Sr.(a) se aborrece com frequência?

I95. O(A) Sr.(a) se sente de bom humor a maior parte do tempo?

I96. O(A) Sr.(a) tem medo que algum mal vá lhe acontecer?

I97. O(A) Sr.(a) se sente feliz a maior parte do tempo?

I98. O(A) Sr.(a) sente que sua situação não tem saída?

I99. O(A) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?

I100. O(A) Sr.(a) se sente com mais problemas de memória que a maioria?

I101. O(A) Sr.(a) acha maravilhoso estar vivo?

I102. O(A) Sr.(a) se sente um inútil nas atuais circunstâncias?

I103. O(A) Sr.(a) se sente cheio de energia?

I104. O(A) Sr.(a) acha que sua situação é sem esperanças?

I105. O(A) Sr.(a) sente que a maioria das pessoas está melhor que você?

AGORA VAMOS FALAR SOBRE EXERCÍCIOS

Se o Sr.(a) consultou mais de uma vez no Posto de Saúde, responda as questões I106 e I107

Se o Sr.(a) só consultou uma vez, pule a questão I106 e responda a questão I107

I106. Alguma vez em uma consulta no Posto de Saúde, algum médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar a sua saúde?

Visa saber se houve orientação médica do posto de saúde para a realização de exercícios físicos como recomendação médica. Marque a opção correspondente ao referido pelo entrevistado. Caso ele não saiba ou não lembre, marque 9 (Não sabe).

SE SIM

Há quanto tempo foi essa consulta ____ anos ____ meses (**codificar em meses**)

O objetivo é saber o tempo decorrido desde a consulta em que o entrevistado(a) recebeu orientação de realizar exercícios físicos até o dia da entrevista. Anotar em anos e meses e, posteriormente transformar **em meses** para, dessa maneira, codificar na coluna da direita.

I107. E na sua última consulta no Posto de Saúde, o médico lhe disse que o(a) Sr.(a) deveria fazer exercícios para melhorar sua saúde?

Visa saber se houve recomendação médica para a realização de exercícios físicos objetivando a melhora da saúde do respondente, na última consulta. Marque a opção correspondente ao referido. Caso ele não saiba ou não lembre marque 9 (Não sabe).

SE SIM

Quando foi a sua última consulta ____ anos ____ meses (**codificar em meses**)

O objetivo é saber o tempo decorrido desde a última consulta em que o entrevistado(a) recebeu orientação de realizar exercícios físicos até o dia da entrevista. Anotar em anos e meses e, posteriormente transformar **em meses** para, dessa maneira, codificar na coluna da direita.

A SEGUIR EU VOU LHE FAZER PERGUNTAS SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DO SEU DIA A DIA E GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME RESPONDESSE DE ACORDO COM AS ALTERNATIVAS QUE EU VOU LHE DAR

Ler o enunciado de forma clara, em voz alta e pausadamente.

INSTRUÇÕES PARA AS PERGUNTAS I108 a I125

Seguir criteriosamente a formulação de cada uma das perguntas desde I108 até I125, lendo as perguntas e cada uma das opções de resposta, de forma clara, em voz alta e pausadamente, sem interferir ou auxiliar o (a) entrevistado(a) nas respostas. Marcar a alternativa referida pelo(a) entrevistado (o).

I108. QUANDO O(A) SR.(A) VAI TOMAR SEU BANHO:

I109. Para fazer suas refeições (para comer):

I110. Quando o(a) Sr.(a) vai se vestir:

I111. Quando o(a) Sr.(a) precisa usar o banheiro para suas necessidades:

I112. Para caminhar, o(a) Sr.(a):

I113. Para passar da cama para uma cadeira, o(a) Sr.(a):

I114. Quando o(a) Sr.(a) quer se pentear ou fazer a barba ou lavar o rosto:

I115. Para empurrar um objeto grande como por exemplo, uma poltrona, o(a) Sr.(a):

I116. Para carregar um saco de cinco quilos de arroz, o(a) Sr.(a):

I117. Se o(a) Sr.(a) quiser agachar-se ou ajoelhar-se no chão:

I118. Para levantar seus braços acima da cabeça, o(a) Sr.(a):

I119. Quando o(a) Sr.(a) quer lidar com objetos pequenos como por exemplo, uma chave:

I120. Quando o(a) Sr.(a) quer cozinhar:

I121. Para fazer suas compras, o(a) Sr.(a):

I122. Quando o(a) Sr.(a) quer limpar sua casa: :

I123. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a):

I124. Para subir um lance de escadas, o(a) Sr.(a):

I125. Quando o(a) Sr.(a) precisa sair para algum lugar, isto:

AGORA FALAREMOS SOBRE ATENDIMENTO DOMICILIAR PRESTADO PELO
ABRANGÊNCIA>

< POSTO DE SAÚDE DA

I126. O(a) Sr.(a) necessitou receber atendimento na sua casa de algum profissional do <Posto de Saúde de Abrangência> nos últimos três meses?

O objetivo é saber se o(a) entrevistado(a) precisou de atendimento domiciliar de qualquer profissional do <Posto de Saúde de Abrangência> nos últimos três meses.

SE NÃO PULE PRA A QUESTÃO I129

I127. Qual a sua opinião sobre o atendimento, em sua casa, recebido do <Posto de Saúde de Abrangência>? Comente as facilidades e dificuldades para receber atendimento em sua residência. (caso necessite utilize o verso da folha para escrever a resposta do entrevistado, indicando claramente o número da questão).

O objetivo é conhecer a avaliação do(a) entrevistado(a) a respeito do atendimento domiciliar que foi prestado pelo <Posto de Saúde de Abrangência> . Solicitar que o(a) entrevistado(a) nomeie e comente as facilidades e dificuldades para conseguir o atendimento domiciliar pelo <Posto de Saúde de Abrangência> . Se necessário, poderá ser utilizado o verso da folha (importante numerar a questão).

I128. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido na sua casa do <posto de saúde de abrangência> nos últimos três meses.

O objetivo é conhecer a avaliação do(a) entrevistado(a) sobre o atendimento domiciliar ao observar uma escala de zero a dez. Podem ser dadas notas intermediárias(por exemplo, 6,5).

I129. Por que motivo(s) o (a) Sr.(a) não conseguiu atendimento na sua casa do <posto de saúde de abrangência> nos últimos três meses?

O objetivo é conhecer o(s) motivo(s) que impediram a obtenção(barreiras) de atendimento domiciliar pelo(a) entrevistado(a).

I130. O(a) Sr.(a) necessita receber atendimento regular em sua casa do <posto de saúde de abrangência> ?

O objetivo é saber se o(a) entrevistado(a) precisa de atendimento domiciliar do <posto de saúde de abrangência> de forma regular.

SE SIM, por quê?

O objetivo é conhecer os motivos da necessidade de atendimento domiciliar regular por parte do entrevistado.

BLOCO D – INFORMAÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA CASA E AS PESSOAS QUE MORAM COM O(A) SR.(A)

I131. O domicílio apresenta água encanada?

Marque a opção de acordo com o referido pelo entrevistado(a). Se tem água encanada, mas não tem acesso a ela dentro de casa, marque a opção (2) “sim, no quintal”. Se apresenta água encanada com acesso dentro de casa, marque a opção (1) “sim, dentro de casa”. Se a água é de fonte vertente ou poço marque a opção não.

I132. Quantos banheiros tem o domicílio?

O que define banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e o(s) da (s) suítes. Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) NÃO devem ser considerados.

I133. Qual é o destino do lixo?

Se a pessoa não entender pergunte “O que é feito com o lixo?” e anote a opção correspondente. Quando for recolhido pelo caminhão do lixo assinale “1”, quando for enterrado: assinale “2”, queimado: assinale “3” e jogado para fora ou dentro do pátio, em valeta rua: assinale a opção 4.

I134. Tipo de casa (observar ou perguntar)

Observe o tipo de casa quanto ao material utilizado na construção, se tiver alguma dúvida pergunte ao entrevistado(a), marque a opção correspondente. Caso o tipo de material não esteja entre as opções, assinale a opção outra e anote o tipo de material utilizado.

AGORA NÓS GOSTARÍAMOS DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELETRODOMÉSTICOS QUE A SRA TEM EM CASA, OS ELETRODOMÉSTICOS CONSIDERADOS SÃO OS QUE ESTÃO EM CONDIÇÕES DE USO. A SRA DEVERÁ DIZER SE POSSUI E A QUANTIDADE DOS ELETRODOMÉSTICOS PERGUNTADOS

Mais uma vez esclareça que os dados deste estudo servirão para uma pesquisa, portanto a Sra pode ficar tranqüila para informar o que for perguntado.

Aparelhos domésticos em geral devem ser considerados os seguintes casos:

- alugado em caráter permanente;
- bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses;
- bem quebrado há menos de 6 meses;
- bem usado pela empregada doméstica, mas comprado pela dona da casa.

Não devem ser considerados os seguintes casos:

- bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses,
- bem quebrado há mais de 6 meses,
- bem alugado em caráter eventual,
- bem de propriedade de empregados ou pensionistas.

I135. O(A) Sr.(Sra) têm em casa:

Além de saber se tem o objeto solicitado, queremos saber quantos aparelhos. Marcar 0 (zero) se não tem nenhum, 1 se tem 1, etc. e 6+ se tiver 6 aparelhos ou um número maior que 6 aparelhos.

Se forem mais de 6 objetos, marque a opção “6 ou mais”.

Televisão colorida? Quantos?

Não importa o tamanho da televisão, pode ser portátil, desde que seja colorida. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenham sido adquiridos pela família empregadora.

Rádio? Quantos?

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro aparelho de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados. Não deve ser considerado o rádio do automóvel.

AUTOMÓVEL (CARRO) (SOMENTE DE USO PARTICULAR)

Só contam veículos de passeio, de uso da família. Não contam veículos como táxi, vans ou pick-ups usados para fretes ou qualquer outro veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) **não** devem ser considerados.

NA SUA CASA TRABALHA EMPREGADA OU EMPREGADO DOMÉSTICO MENSALISTA? SE SIM, QUANTOS?,

Serão considerados apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Não incluir faxineira diarista.

Para os eletrodomésticos citados abaixo não há necessidade de saber a quantidade:

Aspirador de pó?

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Considerar aspirador de pó mesmo que seja portátil ou máquina de limpar a vapor – Vaporetto.

Geladeira?

Não importa modelo, tamanho, etc. Também não importa número de portas.

Videocassete ou DVD?

Verificar a presença de qualquer tipo de videocassete, mesmo em conjunto com a televisão e/ou aparelho de DVD.

Lavadora de roupa? (não considerar tanquinho)

Não existe preocupação com quantidade ou tamanho. Perguntar a marca ou tipo de máquina, pois se for tanquinho não deverá ser considerada.

I136. Quantas são as pessoas que moram na casa?

Serão considerados “moradores” todos aqueles que dormem sob o mesmo teto e/ou fazem refeições regularmente juntos na casa no último mês, incluindo a criança.

AGORA GOSTARIA DE LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS A RESPEITO DA RENDA FAMILIAR

I137. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram aqui? (trabalho ou aposentadoria)

Pergunte quais as pessoas da casa que receberam salário, aposentadoria, pensões ou aluguéis no mês passado. Enumere cada pessoa. Anote a renda recebida por cada pessoa da casa que trabalha. A resposta deverá ser anotada em reais. Sempre referida ao ganho do **mês civil anterior** (não dos últimos 30 dias). Deve ser incluídos o rendimento principal e também outras fontes (exemplo: pensões, aluguéis, aposentadoria), sem anotar os centavos. Sempre confira pessoa por pessoa com seus respectivos salários no final dessa pergunta. Caso a pessoa entrevistada responda salário/dia, salário/semana, ou salário/quinzenal, especifique ao invés de calcular por mês. Se mais de quatro pessoas contribuírem com salário para a renda familiar, anote os valores ao lado. Se uma pessoa começou a trabalhar no mês corrente não inclua o seu salário. Se uma pessoa está desempregada no momento, mas recebeu salário no mês anterior, este deve ser incluído. Quando uma pessoa está desempregada a mais de um mês e estiver fazendo algum tipo de trabalho eventual (biscates), considere apenas a renda desse trabalho, anotando quando ganha por biscate e quantos dias trabalhou no mês anterior para obter a renda total. Para os autônomos, considerar a renda líquida e não a bruta. Já para os empregados deve se considerar a renda bruta, não excluindo do valor do salário os valores descontados para pagamentos de seguros sociais. Não incluir rendimentos ocasionais ou excepcionais como 13º salário, indenização por demissão, fundo de garantia, etc. Salário desemprego deve ser incluído. Se a pessoa trabalhou no mês anterior como safrista, mas durante o restante do ano trabalha em outro emprego, anotar as duas rendas especificando o número de meses que exerce cada trabalho.

I138. No mês passado, a família teve outra fonte de renda (aluguel ou pensão, etc..)

que não foi citada acima? Anotar algum outro rendimento que a entrevistada possa ter esquecido de mencionar da primeira vez. Em especial, bolsa-escola ou outros auxílios, também referentes ao mês anterior.

I139. Até que série a pessoa de maior renda da família completou na escola?

Anote a escolaridade referida e codifique conforme tabela referente a questão I14.

I140. Horário do término da entrevista:

- Horário: preencher com o horário observado no relógio no momento do término da entrevista. Hora do término da entrevista deve ser escrita no modo 24 horas, exemplo: 02:20 horas da tarde, deve ser codificada como 14:20 horas.

I141: Data da entrevista:

- Data: colocar a data em que a entrevista está sendo realizada, especificando dia/mês/ano. A data deverá ser preenchida com dois dígitos. Nos casos de dias e meses com apenas um dígito, colocar um zero na frente. Ex: dia cinco de janeiro de 2005, preencha 05/01/05.

I142. Quem respondeu o questionário?

- (3) o próprio idoso
- (4) o próprio idoso com ajuda
- () outra pessoa (_____)

Marcar a pessoa que forneceu as informações: o próprio idoso sem ajuda, o idoso com ajuda ou se foi outra pessoa(nesse caso deverá ser anotado quem foi, se foi um filho ou uma empregada, por exemplo).

1124. SE OUTRA PESSOA RESPONDEU AO QUESTIONÁRIO, COLOQUE O MOTIVO:

(88) NSA

- Não deixe de anotar estes dados!

INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO DE SAÚDE QUE MAIS UTILIZA.

SOLICITAR O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO

MANTER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL
EVITANDO COMER MUITA GORDURA ANIMAL



REALIZAR CONSULTAS MÉDICAS
REGULARMENTE



EVITAR TOMAR BEBIDAS ALCOÓLICAS
EM EXCESSO



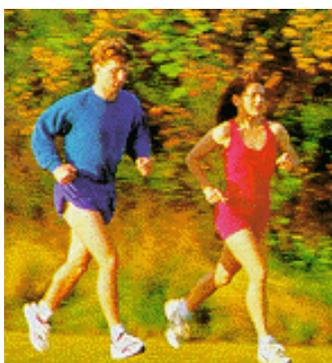
NÃO FUMAR



CONTROLAR OU EVITAR O
ESTRESSE



FAZER EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARMENTE



MANTER SEU PESO IDEAL





Universidade Federal de Pelotas
Centro de Pesquisas Epidemiológicas
Departamento de Medicina Social
Departamento de Enfermagem
Monitoramento e Avaliação do
Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)



CONTROLE DE QUALIDADE

QUESTIONÁRIO I – IDOSOS DE 65 ANOS OU MAIS DE IDADE

I1. Estado: ____ I2. Município: _____ I3. Unidade Básica de Saúde (UBS): _____ I4 Número de identificação _____ I6. Nome do entrevistador (a): _____ I8. Qual é o seu nome? _____ I10. Telefone para contato: (____) _____ I13. Qual a sua idade? ____ anos	QIQUESDO _____ QIENTN ____ QIIDADE ____
<i>“Agora vamos falar sobre o(a) Sr.(a) e hábitos de vida”</i>	
I17. O(A) Sr.(a) é aposentado(a)? (0) Não (1) Sim I30. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou. (1) Já fumou, mas parou de fumar (2) Sim, fuma (+ de 1 cigarro por dia há mais de 1 mês)	QIAPOS ____ QIFUMO ____
<i>“Agora vamos falar sobre sua saúde”</i>	
I46. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para pressão alta? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE A RESPOSTA FOR NÃO OU IGN, PERGUNTAR SE A PESSOA TEM PRESSÃO ALTA. CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU IGN, CODIFICAR ESTA QUESTÃO COM (8) NSA. I58. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para diabete? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE A RESPOSTA FOR NÃO OU IGN, PERGUNTAR SE A PESSOA TEM DIABETE. CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU IGN, CODIFICAR ESTA QUESTÃO COM (8) NSA. I70. O(A) Sr(a) <u>precisa</u> usar remédio(s) para os nervos? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) IGN SE A RESPOSTA FOR NÃO OU IGN, PERGUNTAR SE A PESSOA TEM PROBLEMA DE NERVOS. CASO A RESPOSTA SEJA NÃO OU IGN, CODIFICAR ESTA QUESTÃO COM (8) NSA.	QIHASRE ____ QIDMRE ____ QINERRE ____
<i>“Agora vamos falar sobre atividades do seu dia a dia”</i>	
I123. Para caminhar a distância de uma quadra, o(a) Sr.(a): (0) Não pode sem ajuda de outra pessoa (4) Pode fazer sem ajuda	QICAQUA ____
<i>“Agora vamos conversar sobre as pessoas que moram com o(a) Sr(a).”</i>	
I139. Até que série a pessoa de maior renda da família completou na escola? ____ anos completos de estudo	QIESCHE ____

PROESF – PROCESSAMENTO DOS DADOS

CAPA DE LOTE

TIPO DE INSTRUMENTO: IDOSOS
 ADULTOS
 MULHERES
 CRIANÇAS

 EQUIPE

MUNICÍPIO: _____

UBS: _____

LOTE Nº ____

TOTAL DE INSTRUMENTOS: ____

NUMERAÇÃO:

FECHAMENTO: __ __ / __ __ / __ __

RESPONSÁVEL: _____

LISTAGEM DE CONTROLE DE LOTES

MUNICÍPIO:		
UBS	INSTRUMENTO	Nº DO LOTE
	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	
UBS	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	
UBS	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	
UBS	Crianças	
	Mulheres	
	Adultos	
	Idosos	
	Equipe individual	
	Estrutura	

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Maria Aparecida P Rodrigues
rodriguesmapa@terra.com.br

Manuscrito nº 7272

Prezada Colaboradora

Em nome da Editoria Científica, vimos comunicar que seu manuscrito intitulado “”, uma vez que foram atendidas as sugestões dos relatores, poderá ser publicado após concluída a última etapa de revisão final do texto. Esta é executada por uma equipe técnica competente que poderá fazer sugestões importantes visando a uma perfeita comunicação aos leitores. Nessa ocasião, o manuscrito lhe será encaminhado para sua revisão final. Com esta última revisão, depois de nos enviar os documentos de transferência dos direitos autorais de todos os autores, o manuscrito estará pronto para ser editado e divulgado, muito provavelmente iniciando-se pelo acesso ao artigo no *ahead of print* da SciELO.

Gostaríamos de saber se há interesse de sua parte em editar seu artigo também na versão em inglês. Conforme é de seu conhecimento, a Revista divulga na Internet os artigos editados em português traduzidos para o inglês, a critério do autor. Por favor, para sua decisão, observe o seguinte:

1. se considera que a informação contida no artigo tem interesse para ser divulgado no idioma inglês;
2. em caso positivo, se está de acordo em pagar os custos da tradução.

Esclarecemos que os custos da edição eletrônica e do acesso à Internet são de responsabilidade da Revista.

Aguardamos sua manifestação de interesse nessa versão para que possamos enviar-lhe as instruções para andamento desta nova modalidade de divulgação.

Agradecendo pela sua valiosa contribuição a esta Revista, permanecemos à sua disposição.

Cordialmente,



Profa. Dra. Maria Teresinha Dias de Andrade

Editora Executiva.

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](#)