

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**ESTUDO POPULACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES DA
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM
COMUNIDADE**

MOEMA SANTOS SOUZA

JEQUIÉ/BA
2012

MOEMA SANTOS SOUZA

**ESTUDO POPULACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES DA
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS RESIDENTES EM
COMUNIDADE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Vigilância a Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes

**JEQUIÉ/BA
2012**

Souza, Moema Santos.

S716 Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde em idosos residentes em comunidade/Moema Santos Souza.- Jequié, 2012.
56 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Mestrado-Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde) - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2012. Orientador: Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes.

1. Idosos residentes e comunidade – Autopercepção 2. Saúde do idoso residente em comunidade – Determinantes da autopercepção 3. Idoso residente em comunidade – Nível de vida I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 610.7343

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOUZA, Moema Santos. **Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde em idosos residentes em comunidade.** 2012. 56f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof. DSc. Marcos Henrique Fernandes
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Orientador e Presidente da Banca Examinadora

Prof. DSc. Jair Sindra Virtuoso Júnior
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. DSc. Aline Rodrigues Barbosa
Universidade Federal de Santa Catarina

Jequié/BA, _____ de _____ de 2012.

*Dedico este trabalho a Deus, autor de todas as coisas,
meu caminho, minha luz, minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Nada seria possível sem o Teu consentimento Senhor. Obrigada por ser meu refúgio, minha ancora, por me carregar no colo nos momentos que eu mais precisei, obrigada mais uma vez por me fazer acreditar que o impossível não existe para os que confiam em Ti.

Aos meus amados pais, **Zene** e **Miguel**, que sempre acreditaram e confiaram em mim, me deram forças e incentivo para continuar estudando e batalhando pelo meu sucesso. Vocês são a razão da minha vida, obrigada. Amo vocês.

Ao meu irmão Anderson, meu grande incentivador, meu exemplo de perseverança e inteligência, obrigada por tudo sempre.

Ao meu esposo Claudio, meu “co-orientador”, obrigada pela paciência nos momentos de ausência, compreensão e companheirismo, pelas leituras e observações na dissertação e pelas orientações nas análises. Agradeço a Deus por você fazer parte da minha vida.

As minhas avós (Marica e Mocinha), exemplos de luta, amor, garra.

Aos **idosos** e à **Secretaria de Saúde do município de Lafaiete Coutinho – BA** que participaram e colaboraram com a pesquisa, possibilitando a realização deste trabalho.

Agradeço ao meu orientador e amigo, Prof. Dr. Marcos Henrique, grande exemplo de profissional, obrigada por ter me aceito como orientanda, pelos ensinamentos, apoio e, principalmente pela amizade e compreensão.

As minhas amigas Mirela e Fabrina, pelos momentos de desabafo, de risadas, de conversas, de partilhas e desculpa pelas ausências nos momentos que vocês mais precisaram de mim e eu não pude estar presente.

Ao grupo de oração Água Viva, pelos momentos de alegria, de escuta, de partilhas e acima de tudo na presença de Deus. De forma especial gostaria de agradecer aos meus anjos da guarda (Flávia, Patrícia e Norma), pois tenho a certeza de que foi Deus que colocou vocês na minha vida.

As minhas amigas *trainer*, Marcinha, Giza e Marina, vocês não sabem como me ajudaram nessa caminhada, pela conversa, pelo companheirismo, pelas dispensas. Muito obrigada. Vocês são muito especiais para mim.

À profª Maristela, pelos conselhos, pelo incentivo e pela ajuda nos momentos em que mais precisei.

A minha amiga Milena, pela ajuda incomparável em todos os momentos, especialmente na dissertação quando eu mais precisei.

Ao Prof. Raildo pelas preciosas sugestões, pela atenção dada e a disposição sempre que solicitado.

Aos companheiros Nepianos pelos momentos de diálogo e entrosamento e também pelas contribuições nos trabalhos realizados.

A Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, pelo abraço sempre acolhedor, pois foi aqui que vivi uma parte da minha vida, desde criança caminhava por estes pátios com minha mãe, depois veio a aprovação no vestibular de Educação Física, após alguns anos retornei para graduação em Enfermagem, mestrado em Enfermagem e pretendo continuar trilhando nesse caminho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio financeiro prestado, possibilitando a realização do mestrado.

Aos professores do Mestrado pela dedicação e garra na condução do Programa e pelo papel fundamental na concretização deste trabalho.

Aos colegas do Mestrado com os quais dividi conhecimentos, trabalhos, ansiedades e de forma especial a “minha panelinha” Isnara, Wanderlei e Luana.

À Profª Aline e ao Prof. Jair Sindra por aceitarem o convite de participar dessa banca e pelas considerações feitas a cerca do estudo.

À Neilma, secretária da Pós-Graduação, pela competência e por estar sempre disposta a esclarecer nossas dúvidas e solucionar nossos problemas.

Aos que nunca deixaram de ter uma palavra de incentivo, apoio, e sobretudo, compreensão...

Enfim, agradeço imensamente a todos os familiares e amigos que estiveram ao meu lado e me permitiram alcançar esta vitória. Obrigada a todos!

Feliz o homem que persevera na sabedoria que se exercita na prática da justiça, e que em seu coração, pensa no olhar de Deus que tudo vê que repassa no seu coração os seus caminhos, que penetra no conhecimento de seus segredos, que caminha atrás dela seguindo suas pegadas, e que permanece em suas vias... Em sua sombra ele encontra abrigo contra o calor, e repousará na sua glória.

(Eclesiástico 14, 22-27).

RESUMO

A autopercepção de saúde é um dos indicadores mais empregados em estudos com a população idosa. Existem evidências de sua confiabilidade e de seu potencial na predição da mortalidade e do declínio funcional. A percepção da saúde representa uma visão multidimensional e subjetiva do indivíduo, que costuma considerar uma série de fatores quando analisa sua própria saúde. O objetivo deste estudo foi verificar os fatores determinantes da autopercepção negativa da saúde em idosos residentes em comunidade. Trata-se de um estudo de base populacional, descritivo e de associação, com delineamento transversal. A população foi constituída de 316 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município de Lafaiete Coutinho-BA. A coleta de dados foi realizada através de formulário próprio, baseado no questionário da pesquisa SABE - Saúde, Bem Estar e Envelhecimento, e pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), forma longa, versão brasileira. Os dados foram submetidos às estimativas das razões de prevalência brutas e ajustadas, com intervalo de confiança de 95%, a partir do modelo de regressão de Poisson. A prevalência da autopercepção negativa de saúde foi de 58,1% e a ocorrência deste evento associou-se aos ex-tabagistas ($p=0,038$), doenças autorreferidas, tais como: diabetes ($p < 0,001$), artrite ($p=0,007$), doença do pulmão ($p < 0,001$), e uso de dois ou mais medicamentos ($p=0,033$). Os resultados apontaram elevada prevalência de autopercepção negativa de saúde entre os idosos e a identificação dos fatores associados a essa percepção. Espera-se que este estudo possa contribuir para orientação e formulação de políticas que visem à promoção da saúde e à melhoria das condições de vida desses indivíduos.

Palavras-chave: Autopercepção, Nível de vida, Saúde do idoso.

ABSTRACT

Self-perceived health is one of the most used indicators in studies with the elderly population. There is evidence of its reliability and its potential to predict mortality and functional decline. Health perception is a multidimensional and subjective vision of an individual, who usually considers a number of factors when analyzing his own health. The aim of this study was to investigate the determinants of the negative self-perception of health in the elderly living in the community. It is a population-based, descriptive and of association, with cross-sectional design study. The study population consisted of 316 individuals with 60 years old or older, of both sexes, non-institutionalized and living in the urban area of Lafaiete Coutinho-BA. Data collection was conducted through a form, based on the SABE - Health, Welfare and Aging, survey questionnaire, and by the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), long form, the Brazilian version. Data were submitted to the estimates of crude prevalence ratios and adjusted, with a confidence interval of 95%, from the Poisson regression model. The prevalence of negative self-perception of health was 58.1% and the occurrence of this event was associated with former smokers ($p = 0.038$), self-reported diseases, such as: diabetes ($p < 0.001$), arthritis ($p = 0.007$), lung disease ($p < 0.001$), and the use of two or more drugs ($p = 0.033$). The results showed a high prevalence of negative self-perception of health among elderly and the identification of factors associated with this perception. It is hoped that this study can contribute to policy formulation and guidance aimed at promoting health and improving these individuals' life conditions.

Keywords: Self-perception, Life condition, Elderly health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1.** Modelo teórico para investigação de fatores associados a autopercepção negativa de saúde em idosos estruturado em blocos hierarquizados. 28
- Tabela 1.** Características sociodemográficas e comportamentais dos idosos residentes em comunidade. Lafaiete Coutinho-BA, Brasil. 2011. 30
- Tabela 2.** Estado de saúde dos idosos residentes em comunidade. Lafaiete Coutinho-BA, Brasil. 2011. 31
- Tabela 3.** Associação entre fatores sociodemográficos, comportamentais e estado de saúde e a autopercepção negativa de saúde em idosos residentes em comunidade. Lafaiete Coutinho-BA, Brasil. 2011. 32
- Tabela 4.** Modelo de regressão múltiplo hierarquizado dos fatores associados a autopercepção negativa de saúde em idosos. Lafaiete Coutinho, Brasil, 2011. 35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABVD - Atividade Básica da Vida Diária
- AIVD - Atividade Instrumental da Vida Diária
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- FAPESB - Fundação de amparo a pesquisa na Bahia
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC - Intervalo de Confiança
- IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
- IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- IMC - Índice de Massa Corporal
- IPAQ - International Physical Activity Questionnaire
- NEPE - Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- SABE - Pesquisa “Saúde, Bem estar e Envelhecimento”
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences for Windows
- WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	A DINÂMICA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL	16
2.2	AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS	18
3	OBJETIVOS	22
3.1	OBJETIVO GERAL	22
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4	METODOLOGIA	23
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	23
4.2	CAMPO DO ESTUDO	23
4.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO	24
4.4	COLETA DE DADOS	24
4.5	DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	25
4.6	PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	28
4.7	QUESTÕES ÉTICAS	29
5	RESULTADOS	30
6	DISCUSSÃO	36
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	46
	APÊNDICE	57
	APÊNDICE A - Lista de variáveis	58
	ANEXOS	59
	ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	60
	ANEXO B - Questionário	62
	ANEXO C - Autorização do CEP	91
	ANEXO D - Autorização da Secretaria de Saúde	92

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional deixou de ser privilégio apenas de países desenvolvidos, e tornou-se uma realidade também em países pobres. Ainda que ocorra distribuição desigual na saúde e nas condições socioeconômicas das populações, envelhecer passou a ser uma experiência crescente em todo o mundo (VERAS, 2009). Estima-se que, na população mundial, um em cada dez habitantes seja idoso, sendo que no Brasil 12% da população é constituída de indivíduos com 60 anos e mais, o que corresponde a dezoito milhões de pessoas (IBGE, 2010).

O envelhecimento é consequência do aumento na expectativa de vida e da queda progressiva na taxa de nascimentos, avanços no saneamento básico, além de progressos da medicina e estilo de vida saudável. Cabe ressaltar que, no Brasil, a passagem de uma situação de alta fecundidade e alta mortalidade para uma redução nestes aspectos vem proporcionando mudanças significativas na pirâmide etária (IBGE, 2010).

Esta transição demográfica, que se caracteriza por uma acentuada velocidade, pode vir a colocar o país, dentro de 25 anos, como a 6ª população com maior número de idosos do mundo, em números absolutos, o que representará cerca de 15,5% da população brasileira (IBGE, 2010).

É importante salientar que o Brasil passará, em 2025 a apresentar a mesma proporção de idosos dos países europeus atualmente. Apesar do processo de envelhecimento ter sido instalado de maneira mais gradual e com uma estrutura socioeconômica melhor, ainda não conseguiram equacionar o impacto que o envelhecimento da população tem causado em seus sistemas de saúde, ao passo que no Brasil esse processo aconteceu de forma brusca, acarretando problemas nos campos da saúde, economia e previdência (PIMENTA, 2006).

Neste contexto, o envelhecimento é caracterizado como um processo dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, além da diminuição na capacidade de adaptação homeostática às situações de sobrecarga funcional, o que pode alterar progressivamente o funcionamento do organismo,

tornando-o mais susceptível as agressões intrínsecas e extrínsecas (GUIMARÃES et al., 2004).

Embora as condições de saúde da população idosa possam ser determinadas através dos seus perfis de morbidade e de mortalidade, da presença de déficits físicos e cognitivos e da utilização de serviços de saúde, entre outros indicadores mais específicos, são necessários mais estudos epidemiológicos de base populacional para que se conheçam os determinantes da saúde da população idosa residente em comunidade (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI L, 2003).

A autopercepção de saúde tem sido utilizada tanto em inquéritos quanto em estudos etiológicos, tornando-se um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas, pois prediz a mortalidade e o declínio funcional, além de ser um importante indicador do estado de saúde (MARTIN et al., 2007; BLAZER, 2008; SHIROM et al., 2008).

Este método vem apresentando validade e resultados confiáveis, sendo utilizado para mensurar de forma subjetiva sobre como cada indivíduo avalia sua saúde, por meio de uma simples pergunta: “*como você diria que sua saúde é*”? (BRUCKI et al., 2003). Além de ser uma informação facilmente obtida, pois reflete a opinião do idoso a cerca da sua própria saúde, o idoso ao referir sua saúde como ruim, aumenta consideravelmente a possibilidade de mortalidade (MAIA et al., 2006).

Ao avaliar sua saúde, o idoso muitas vezes confunde e sobrepõe envelhecimento, saúde e doença. Esta avaliação irá variar segundo o significado atribuído e à lógica do momento sócio-histórico, a qual incorpora uma variedade de componentes físicos, culturais, econômicos, religiosos e afetivos (FEINGLASS et al., 2007; REYES-ORTIZ et al., 2007; MILLER; KOLINSKY, 2007).

Existem vários estudos sobre a temática em questão no Brasil, porém, ainda são necessários estudos que abordem os determinantes da autopercepção negativa de saúde em idosos de comunidades, especialmente em municípios de pequeno porte, visto ser o Brasil um país marcado por acentuada desigualdade social, econômica e cultural.

As características revelam diferenças na forma como cada idoso avalia sua saúde, uma vez que a autopercepção reflete de forma global e real a opinião do idoso sobre si mesmo, frente às questões que envolvem as dimensões biológicas,

psicológicas e sociais, permitindo que as pessoas façam um julgamento de toda sua trajetória de vida e não apenas no momento em que está sendo realizada a pesquisa.

Ressalta-se que Lafaiete Coutinho, apresenta indicadores de saúde e qualidade de vida ruim, cerca de 80% da população recebe até um salário mínimo e mais da metade da população de 10 anos ou mais não possuem instrução nem fundamental incompleto, além de ocupar uma das piores colocações no *ranking* nacional, IDH=0,607 e uma baixa expectativa de vida (63,1%) quando comparados com indicadores nacionais (IBGE, 2010).

Os resultados encontrados nessa pesquisa poderão fornecer dados relevantes aos profissionais e gestores de saúde na área do envelhecimento, pois permitirá identificar os fatores de risco associados à percepção negativa de saúde pelos idosos do município e orientar possíveis soluções que visem a minimizar os determinantes que influenciam na avaliação negativa por esses idosos. Acredita-se que os resultados evidenciados possam dar sustentação ao desenvolvimento de políticas de promoção e proteção à saúde desse segmento etário, e, conseqüentemente, melhoria nas condições de vida desses indivíduos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A DINÂMICA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O Envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial e o Brasil não é exceção a este cenário. Entretanto, apesar de estar vivenciando esse acontecimento, o país ainda não se apresenta estruturado para esse fato, visto possuir ainda uma concepção de país jovem, acostumado a cultivar a juventude, fruto da sua constituição enraizada em uma matriz étnica e cultural (FELIX, 2009).

Verifica-se que, segundo dados do Censo Demográfico, até o início da década de 80 a estrutura etária da população brasileira era notadamente marcada pela população jovem. Porém, a partir da década de 40 a 60, em decorrência de fatores como diminuição significativa da mortalidade e redução da fecundidade, essa realidade vem sendo alterada muito rapidamente, ocorrendo uma reestruturação etária, levando o Brasil a rever a visão sobre si mesmo, bem como integrar-se a uma nova conjuntura demográfica e uma reorganização política, econômica, social e cultural ainda desconhecida (IBGE, 2010).

No entanto o país envelhece mais rápido do que vislumbram as projeções. Segundo a ONU (2007), o Brasil, até 2025, ocupará o sexto lugar no mundo entre os países com o maior número de pessoas idosas. O número de idosos nos próximos 42 anos poderá ser três vezes maior que o atual e eles representarão um quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de 2 bilhões de indivíduos no total de cerca de 9,2 bilhões.

Segundo a organização Mundial de Saúde – OMS – é considerado idoso o habitante do país em desenvolvimento com 60 anos ou mais, e nos países desenvolvidos com ou acima de 65 anos. De acordo com dados do IBGE (2010), em 2050 a expectativa de vida esperada nos países desenvolvidos é 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres (contra 70,6 e 78,4 respectivamente, em 1998). Já para os países em desenvolvimento, é de 82 anos para os homens e 86 para as mulheres, ou seja, 21 anos a mais do que os 62,1 e 65,2 atuais.

O Brasil vem experimentando ao mesmo tempo uma transição demográfica e epidemiológica, caracterizada pela redução da mortalidade precoce, associada com a significativa queda nas taxas de natalidade e de fecundidade, além do aumento da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis e por causas externas. Esses fatores vêm produzindo um acentuado envelhecimento populacional com alterações relevantes no quadro de morbi-mortalidade (VERAS, 2003; COSTA; PORTO; SOARES, 2003).

Além da diminuição nas taxas de mortalidade e fecundidade, outro fator que determina o envelhecimento populacional é a longevidade, caracterizada como o número de anos, em média, que um indivíduo, ou sua respectiva geração, viverá (NERI; SOARES, 2007). Neste aspecto, o Brasil também acompanha a tendência mundial, estes anos a mais de vida, que melhor determinam o fenômeno da longevidade, são decorrentes do avanço no setor da saúde, educação, condições de vida e dos meios de comunicação (IBGE, 2008). Isso implica dizer que a população idosa também está envelhecendo. Como resultado desse fato, ocorre uma ampliação da população de pessoas idosas com mais de 80 anos, os chamados idosos longevos. Esse segmento populacional cresceu 86,1 de 1997 a 2007 (IBGE, 2008), porém essa conquista continua a ser acompanhada de diferenças de classe social, etnia e gênero.

O aumento da longevidade na população mundial, embora seja aplicável a ambos os sexos, não acontece de forma idêntica, pois é mais significativo para as mulheres do que para os homens, corroborando com o panorama da feminização do envelhecimento, que tem sido atribuído à menor exposição das mulheres a determinados fatores de risco do que os homens, relacionados ao ambiente de trabalho e morte por causas externas, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e pela maior cobertura da assistência gineco-obstétrica (SILVA et al.; 2006; TORRES et al.; 2009).

Essa alteração na dinâmica populacional apresenta características distintas, de acordo com o nível de desenvolvimento do país. Nos países desenvolvidos este processo foi bastante lento e ocorreu concomitantemente a melhorias nas condições sociais, econômicas e de saúde da população. Nos países em desenvolvimento estas mudanças ocorreram em curto espaço de tempo, sem o devido preparo para a nova

demanda e sem melhorias de suas características econômicas e sociais (VERAS, 2003; LIMA-COSTA, 2007).

Em face dessa nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira, aponta-se para a urgência de mudanças e inovação nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa, através de estruturas criativas com propostas de ações diferenciadas a fim de que o sistema ganhe efetividade e o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência (VERAS, 2007).

Neste novo cenário populacional, faz-se necessário criar alicerces para a construção de uma sociedade voltada para atender a nova dinâmica populacional que garanta melhores condições de vida, os quais envolvem saúde, educação e moradia adequada, que irão influenciar em uma melhor qualidade de vida para esses idosos. Autonomia, participação, cuidado, autossatisfação, possibilidade de atuar em variados contextos sociais e elaboração de novos significados para a vida na idade avançada são hoje conceitos-chave para qualquer política destinada aos idosos. Sabe-se que esse viver mais é importante na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2007).

Todos os fatores mencionados delinearão, assim, o novo desenho populacional, confirmando a tendência de envelhecimento populacional que, de acordo com Berquó (1996), aparentemente é irreversível, ao menos neste século.

2.2 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS

A autopercepção de saúde foi pesquisada pela primeira vez por Mossey e Shapiro (1982), através de um estudo epidemiológico realizado no Canadá com uma população de 3128 indivíduos com 65 anos e mais, no período de sete anos, comprovando-se ao final que existe um risco de morte três vezes maior entre as pessoas que avaliaram sua saúde como ruim. Desde então um número significativo de estudos têm demonstrado que a percepção negativa de saúde é um fator importante para mortalidade (BURSTROM; FREDLUND, 2001).

Há pouco mais de 15 anos, as pesquisas sobre autopercepção do estado de saúde passaram a ter credibilidade na epidemiologia, pois tem demonstrado ser um método confiável e, recentemente, mais utilizado do que a própria observação direta para a análise do estado de saúde de indivíduos adultos e idosos (LEBRÃO; LAURENTI 2005; ALVES; RODRIGUES, 2005).

A autoavaliação do estado de saúde é um indicador frequentemente utilizado em pesquisas epidemiológicas por sua validade e confiabilidade, associando-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas. Além disso, medidas referidas como esta são de baixo custo e de fácil operacionalização para o desenvolvimento das pesquisas (QUESNEL-VALLÉE, 2007, ROHRER et al., 2009).

Os estudos de autopercepção de saúde têm a capacidade de indicar a situação de saúde do indivíduo, fornecer dados importantes e predizer os riscos de mortalidade e limitações funcionais. É uma maneira simples, direta e global de capturar as percepções usando critérios amplos (LEBRÃO; LAURENTI, 2005; ALVES; RODRIGUES, 2005; BARROS, 2005).

Embora existam outras medidas para avaliar as condições de saúde dos indivíduos, a autopercepção de saúde, embora apresente um caráter subjetivo, é atualmente considerado o meio mais prático de reunir informações da condição de saúde dos mesmos (LIMA-COSTA et al., 2007).

O estudo dos fatores que influenciam a percepção de saúde ajuda a compreender quais são os principais determinantes que refletem numa percepção mais negativa ou positiva da própria saúde. Normalmente, os indivíduos que avaliam condições menos favoráveis revelam ter comportamentos não saudáveis, podendo apresentar estresse fisiológico ou redução da capacidade física, sendo um bom prognóstico de mortalidade. Entretanto, aqueles que avaliam sua saúde como boa, ou melhor, conferem uma ideia mais ampla do que simplesmente a ausência de doenças (MANOR et al., 2001).

No Brasil, um estudo desenvolvido a partir do projeto Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) investigou fatores de risco para mortalidade entre pessoas idosas. A autoavaliação ruim foi um fator de risco para mortalidade, sendo 2,69 vezes maior que aqueles que referiram saúde excelente (MAIA et al., 2006). Um estudo

desenvolvido por Theme-Filha et al. (2008), mostrou que as piores autoavaliações de saúde foram encontradas em indivíduos com diabetes, angina e artrite. A autoavaliação de saúde ruim e a percepção de ser portador de doença de longa duração foram significativamente mais frequentes entre as mulheres e em pessoas com mais de 50 anos.

Em outra pesquisa realizada em Porto Alegre, Hartmann (2008) encontrou prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim de 4,2% e péssima de 5,3%. A maior escolaridade, melhor condição socioeconômica, ausência de auxílio para atividades de vida diária e ausência de doenças como reumatismo, bronquite, pressão alta, diabetes mellitus e isquemia cerebral apresentaram associação significativa com uma melhor percepção de saúde.

A forma como os indivíduos percebem a sua saúde é modulada por uma série de fatores, entre os quais podemos citar os sociodemográficos, os comportamentos de risco e o estado de saúde.

As variáveis (sexo, idade, escolaridade, religião e arranjo familiar) relacionadas às condições socioeconômicas têm importância marcante nos estudos sobre autoavaliação de saúde, pois refletem o cenário de desigualdades sociais no Brasil e suas repercussões para a saúde da população (PAGOTTO et al., 2011). Observa-se no Brasil um aumento no número de estudos que versem sobre a condição sociodemográfica e a autopercepção de saúde em idosos, possibilitando conhecer os fatores que influenciam na avaliação boa ou ruim por esse segmento populacional (CESAR et al., 2005; DACHS; SANTOS, 2006).

Em relação aos comportamentos de risco, identificados, como sedentarismo, tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas, representam uma condição incitante para o surgimento de inúmeros agravos a saúde dos indivíduos, sendo também responsável por uma parcela significativa de mortes prematuras (BARROS, NAHAS, 2001; YUSUF et al., 2004).

A inatividade física e um estilo de vida sedentário estão relacionados aos fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na população, representando, além do risco pessoal de enfermidades, um custo econômico para o indivíduo, para a família e para a sociedade

(MATSUDO et al., 2002). O estilo de vida sedentário, associado à prática do tabagismo e consumo exagerado de bebida alcoólica, tem elevado o número de doenças crônicas em idosos, acarretando complicações cardiovascular, cerebrovascular e metabólicas, na maioria das vezes irreversíveis.

Segundo o Who (1998), o tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas estão entre os principais responsáveis pela carga de doenças no mundo. O tabagismo, em todas as suas formas, aumenta o risco de morbidade e mortes prematuras por doença coronariana, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, câncer e doenças pulmonares. Já o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, pode provocar problemas de saúde como hipertensão arterial, infarto e certos tipos de cânceres, além de inúmeras consequências sociais.

Diante do arcabouço em que se encontra o envelhecimento populacional e as consequências dele advindas como doenças crônicas, consumo elevado de medicamentos e aumento no número de hospitalizações, existe ainda outro fator que tem causado preocupações no âmbito da saúde pública, a incapacidade funcional que se caracteriza como inabilidade ou dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (YANG; GEORGE, 2005). A capacidade funcional pode ser avaliada por meio das atividades básicas de vida diária (ABVDs), as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e mobilidade física (KATZ, 1983).

Assim, conhecer os fatores que influenciam a autopercepção do estado de saúde em idosos de Lafaiete Coutinho- BA poderá ser útil para o desenvolvimento de ações voltadas para melhorias das condições de saúde em geral, que possibilitem ao idoso uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente uma percepção positiva de sua saúde.

A compreensão sobre os inúmeros estudos acerca da percepção de saúde pelos idosos influenciados por diferentes determinantes e contextos e a importância de valorizar a percepção das pessoas sobre sua saúde subsidiaram a fundamentação conceitual e a construção do percurso analítico deste estudo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os fatores determinantes da autopercepção negativa de saúde em idosos residentes em comunidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as variáveis sociodemográficas dos idosos investigados.
- Identificar os comportamentos de risco (tabagismo, consumo de bebida alcoólica e atividade física) dos idosos investigados.
- Avaliar a autopercepção e o estado de saúde (hospitalização, doenças autorreferidas, sintomas depressivos, capacidade funcional e uso de medicamentos) dos idosos investigados.
- Verificar a associação entre a autopercepção negativa de saúde e as variáveis sociodemográficas, comportamentos de risco e estado de saúde nos idosos investigados.

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo e de associação (BLOCH; COUTINHO, 2009), com delineamento transversal, baseado em dados secundários originados da pesquisa epidemiológica, de base populacional, domiciliar (ROTHMAN et al., 2008), intitulada “Estado nutricional, comportamentos de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho-BA”, sob coordenação de docentes do Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento (NEPE) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), financiada pela UESB e Fundação de Amparo à Pesquisa na Bahia (FAPESB).

4.2 CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Lafaiete Coutinho-BA, que apresenta uma dimensão territorial de 353 km² e localiza-se a 356 km da capital do Estado da Bahia, na Mesorregião do Centro-Sul. O município possuía, no período da coleta de dados, 3.901 habitantes, distribuídos nas zonas urbana (52,9%) e rural (47,1%), todos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com as estimativas do IBGE para 2012, o município possuirá uma população de 2.830 habitantes. Sua economia é sustentada, fundamentalmente, pela prestação de serviço e agropecuária (IBGE, 2010).

O município apresenta baixos indicadores de saúde e qualidade de vida. De acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD – (2000), o município ocupa a quatro milésima quadringentésima octogésima sétima (4.487º) colocação no ranking nacional, no Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (0,635), item longevidade (IDHM- longevidade). Este índice é calculado com base no indicador da “expectativa de vida ao nascer”, que, em 2000, era de 63,1

anos (PNUD, 2000), enquanto o do Brasil, em 2012, corresponde a 74 anos (IBGE, 2010), apresentando uma expectativa média de vida onze anos abaixo da média nacional.

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo foi constituída por indivíduos com 60 anos e mais, de ambos os sexos, não institucionalizados e residentes na zona urbana do município de Lafaiete Coutinho-BA.

Um censo completo foi conduzido no município para a identificação dos idosos participantes da pesquisa. A localização das residências foi feita a partir da listagem de todos os idosos devidamente cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da população do município, com o qual se obteve o número de 355 idosos. Dos 355 idosos que compunham a população de estudo, participaram da pesquisa 316 (89,0%); foram registradas 17 recusas (4,8%) e 22 (6,2%) indivíduos não foram localizados após três visitas domiciliares em dias alternados, sendo considerados como perdas.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi iniciada após autorização e apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Lafaiete Coutinho (ANEXO D). Realizou-se um treinamento com o grupo de entrevistadores, que foi composto por estudantes de graduação dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Educação Física, mestrandos e profissionais de saúde do NEPE-UESB. Um estudo-piloto com 30 idosos foi realizado em um município vizinho (Jequié-BA), o que possibilitou testar o instrumento da pesquisa e adequá-lo.

O trabalho de campo foi desenvolvido no mês de janeiro de 2011 pelos entrevistadores, juntamente com o agente comunitário de cada área da ESF. Os dados foram coletados em duas etapas, sendo que a primeira consistiu de entrevista

domiciliar e a segunda consistiu na realização de medidas e testes motores na Unidade de Saúde do Município. As informações foram obtidas por meio de entrevistas realizadas na residência do participante, em apenas uma visita. No presente estudo foram utilizadas apenas informações referentes à etapa domiciliar. Os idosos que apresentassem problemas de saúde ou déficit cognitivo, impossibilitado de responder as questões sobre autopercepção de saúde, foram excluídos da pesquisa.

Para o desenvolvimento do estudo foram realizadas entrevistas domiciliares, por pessoas devidamente treinadas pelos coordenadores dos projetos, com a utilização de formulário próprio, baseado no questionário da pesquisa SABE “Saúde Bem Estar e Envelhecimento” (ALBALA et al., 2005), sendo acrescentado a este o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ), forma longa, versão brasileira (BENEDETTI et al., 2004) (ANEXO B).

Para a efetivação do presente estudo foram utilizadas questões sobre: a) dados sociodemográficos (sexo, idade, arranjo familiar, saber ler e escrever um recado, participação em atividade religiosa), b) estado de saúde (doenças autorreferidas, uso de medicamentos, número de hospitalizações, sintomas depressivos e capacidade funcional) e c) comportamento de risco (tabagismo, consumo de bebida alcoólica e atividade física).

4.5 DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

4.5.1 Variável dependente

A variável autopercepção da saúde foi obtida a partir do quesito “como você diria que sua saúde é?” (excelente, muito boa, boa, regular ou má), sendo posteriormente dicotomizada em: autopercepção da saúde positiva (excelente, muito boa e boa) e autopercepção da saúde negativa (regular e má).

As variáveis independentes foram distribuídas nos seguintes blocos (APÊNDICE A):

4.5.2 Variáveis independentes

✓ Primeiro bloco - *Sociodemográficas*

- Idade: Em anos, categorizadas nas faixas etárias: 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e ≥ 80 anos.
- Sexo: Masculino e feminino.
- Escolaridade: A escolaridade foi verificada através da seguinte questão: “O (a) Sr.(a) sabe ler e escrever um recado? Categorizada em sim e não.
- Participação em atividade religiosa: Categorizada em nenhuma ou alguma religião.
- Arranjo familiar: O arranjo familiar foi identificado por meio da seguinte pergunta: “Atualmente o (a) Sr. (a) vive sozinho ou acompanhado?” dados agrupados em: sozinho e acompanhado.

✓ Segundo bloco - *Comportamentos de risco*

- Atividade física: A atividade física foi avaliada usando-se o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), versão longa (CRAIG et al., 2003). Essa versão apresenta questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos. Esse questionário permite estimar o tempo semanal gasto na realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa e em diferentes contextos da vida (trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer), além de estimar o tempo despendido por semana na posição sentada.
Para estimar o nível de atividade foram considerados insuficientemente ativos os indivíduos que realizavam menos de 150 minutos por semana em atividades físicas moderadas ou vigorosas, e ativos os que realizavam 150 minutos ou mais por semana (HALLAL et al., 2003).
- Consumo de bebidas alcoólicas: O consumo de bebidas alcoólicas foi distribuído em duas categorias: Consome e Não consome.

- Tabagismo: o tabagismo foi avaliado a partir do seguinte questionamento: “o Sr (a) tem ou teve o hábito de fumar?” Categorizadas em: fumante, ex-fumante e nunca fumou.
- ✓ Terceiro bloco - *Estado de saúde*
- Doenças crônicas autorreferidas: verificada através da seguinte questão: “Alguns vezes um médico ou enfermeiro lhe disse que o (a) Sr. (a) tem alguma das seguintes doenças? (hipertensão, diabetes, osteoporose, câncer (exceto de pele), doença do pulmão, doenças cardíacas e circulatórias e artrite/artrose). Dicotomizadas em sim e não.
- Hospitalização nos últimos 12 meses: o número de hospitalizações nos últimos 12 meses foi identificado por meio da seguinte pergunta: “durante os últimos 12 meses, quantas vezes diferentes o (a) Sr (a) esteve internado no hospital?” As respostas foram dicotomizadas em: uma ou mais vezes, e nenhuma.
- Quantidade de medicamentos de uso contínuo: a quantidade de medicamentos de uso contínuo utilizado pelo idoso foi adaptada por meio da seguinte pergunta: “O (a) Sr. (a) poderia me dizer o nome dos remédios de uso contínuo que está usando ou tomando?” Possíveis respostas: anotar os 5 principais remédios em uso e fazer observação no caso de maior número. As respostas foram agrupadas em: 0 a 1, 2 ou mais.
- Sintomas depressivos: os sintomas depressivos foram avaliados por meio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), na forma abreviada de 15 itens. A escala é composta de 15 perguntas de respostas dicotômicas (sim/não) sobre sintomas depressivos. Cada questão respondida de forma a sugerir tais sintomas somou um ponto. Utilizou-se a seguinte pontuação para a definição da sintomatologia depressiva (Almeida e Almeida 1999): < 6 pontos = negativo (ausência de sintomas depressivos) e ≥ 6 pontos = positivo (presença de sintomas depressivos).
- Capacidade funcional: foi mensurada através das atividades básicas da vida diária (ABVD), (KATZ et al., 1963) (tomar banho, alimentar-se, deitar e levantar da cama, ir ao banheiro, vestir-se e controlar esfíncteres) e instrumentais da vida diária

(AIVD), (LAWTON; BRODY, 1969) (preparar uma refeição quente, cuidar do próprio dinheiro, ir a lugares sozinho, fazer compras, telefonar, fazer tarefas domésticas leves, fazer tarefas domésticas pesadas, tomar medicamento), classificados como independentes (quando realizavam as atividades sem ajuda) e dependentes (quando apresentassem dificuldades para realizar uma ou mais tarefas), a escala de capacidade funcional foi hierárquica (HOEYMANS et al., 1996) dividida em três categorias: independentes, dependentes nas AIVD e dependentes nas ABVD e AIVD.

4.6 PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

O tratamento estatístico foi feito através da análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio-padrão. Para estimar a associação entre as variáveis foi utilizado o modelo de regressão de Poisson. Todas as variáveis independentes que alcançaram significância estatística de pelo menos 20% ($p < 0,20$) na análise bruta foram incluídas no modelo múltiplo, seguindo a ordem de um modelo hierárquico para determinação dos desfechos proposta por Victora et al. (1997). Para atender ao modelo teórico proposto, no qual os níveis de determinação das relações entre os blocos de variáveis constituem-se de componentes distais, intermediários e proximais, conforme (Figura 1). Os dados foram tabulados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS, versão 16.0).

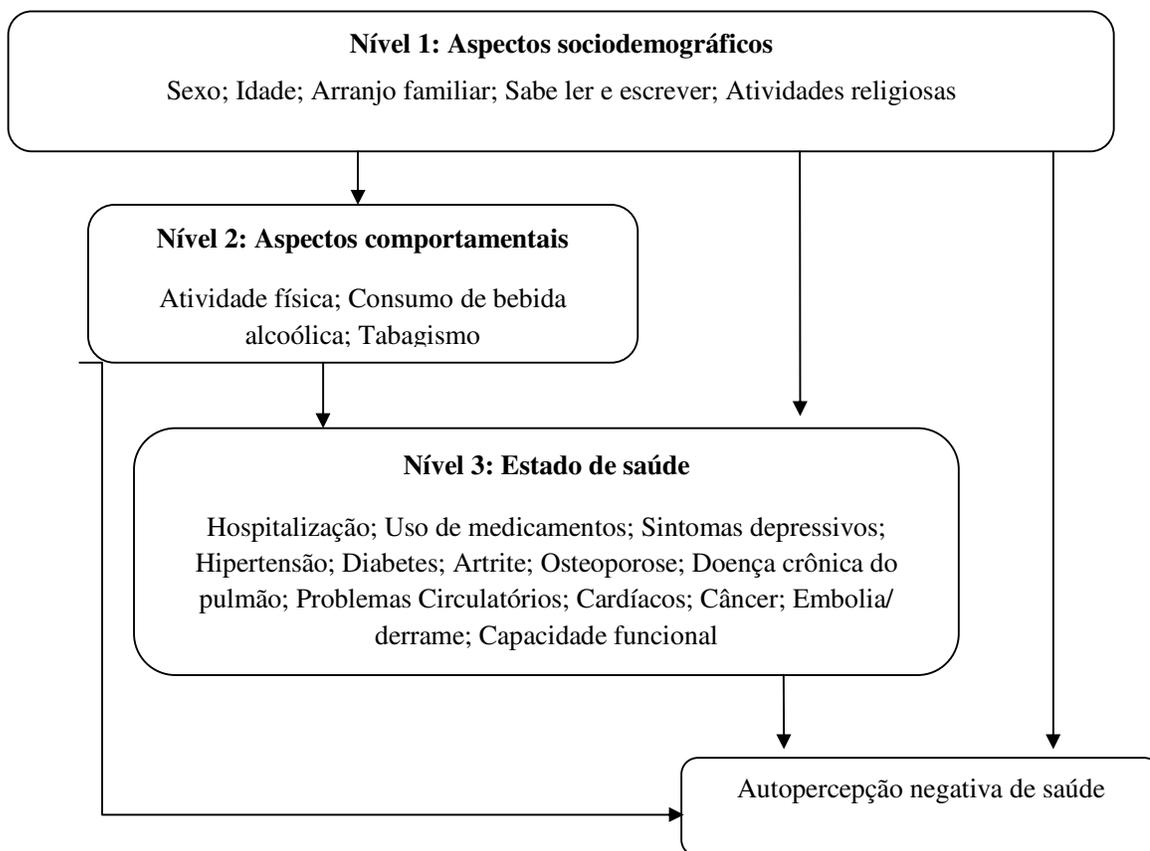


Figura 1: Modelo teórico para investigação de fatores associados a autopercepção negativa de saúde em idosos estruturado em blocos hierarquizados.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, sob protocolo nº 064/2010 (ANEXO C). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A). No caso dos idosos, que, por algum motivo, encontravam-se impossibilitados de assinar o termo de consentimento, foi solicitado ao responsável que o fizesse.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 316 idosos, sendo 173 mulheres (54,7%) e 143 homens (45,3%), com idade entre 60 e 105 anos e média de 74,2 anos (DP \pm 9,8 anos). A média etária das mulheres foi de 74,9 anos (DP \pm 10,0 anos) e 73,4 anos nos homens (DP \pm 9,4).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com as características sociodemográficas e comportamentos de risco. Observa-se que a maioria dos idosos vivia acompanhada no domicílio, não sabia ler ou escrever um recado e não participava de nenhuma atividade religiosa. Com relação ao comportamento de risco, houve maior frequência de ex-fumantes, dos considerados ativos e de idosos que não faziam uso de bebida alcoólica.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e comportamentos de risco da população estudada. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	% resposta	N	%
Sexo	100,0		
Masculino		143	45,3
Feminino		173	54,7
Grupo etário	99,7		
60-69 anos		115	36,5
70-79 anos		106	33,7
\geq 80 anos		94	29,8
Arranjo Familiar	100,0		
Mora Sozinho		52	16,5
Mora Acompanhado		264	83,5
Sabe ler e escrever	100,0		
Sim		105	33,2
Não		211	66,8
Atividade religiosa	99,4		
Participa		24	7,6
Não participa		290	92,4
Atividade física	98,1		
Insuficientemente ativo		148	47,7
Ativo		162	52,3
Tabagismo	99,7		
Fumante		35	11,1
Ex-fumante		147	46,7
Nunca fumou		133	42,2
Consumo de bebidas alcoólicas	99,7		
Consome		27	8,6
Não Consome		288	91,4

Tabela 2 - Características do estado e autopercepção de saúde da população estudada. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	% resposta	N	%
Hospitalização	99,4		
Uma ou mais vezes		77	24,5
Nenhuma		237	75,5
Hipertensão	99,4		
Sim		206	65,6
Não		108	34,4
Diabetes	97,5		
Sim		35	11,4
Não		273	88,6
Problemas Circulatórios	99,7		
Sim		20	6,3
Não		295	93,7
Problemas cardíacos	99,0		
Sim		38	12,1
Não		275	87,9
Artrite	98,7		
Sim		105	33,7
Não		207	66,3
Osteoporose	95,0		
Sim		22	7,3
Não		276	92,7
Sintomas depressivos	91,8		
Com sintomas		58	20,0
Sem sintomas		232	80,0
Câncer	99,7		
Sim		4	1,3
Não		311	98,7
Doença Crônica de Pulmão	99,4		
Sim		11	3,5
Não		303	96,5
Embolia/ Derrame	99,7		
Sim		20	6,3
Não		295	93,7
Medicamentos	100,0		
Até 1		126	39,9
2 ou mais		190	60,1
Capacidade funcional	97,1		
Dependente para ABVD		51	16,6
Dependente para AIVD		126	41,0
Independente		130	42,3
Autopercepção de saúde	95,9		
Positiva		127	41,1
Negativa		176	58,1

Observa-se que em relação ao estado de saúde explicitado na tabela 2, existe elevada proporção de idosos que referiram hipertensão, que faziam uso de dois ou mais medicamentos e que relataram ser independentes. Alto percentual desses idosos foi considerado dependente para AIVD. Apesar de a maior parte dos idosos apresentarem elevada prevalência em algumas doenças crônicas autorreferidas, foi observado um baixo percentual de hospitalização por esses indivíduos. Ressalta-se que com relação a autopercepção de saúde, foram consideradas apenas as respostas relatadas pelo próprio idoso. A variável autopercepção negativa de saúde apresentou uma elevada prevalência.

Ao verificar a associação entre a autopercepção negativa de saúde e as variáveis independentes do estudo a partir da análise bruta, observou-se que as variáveis, sexo; tabagismo; atividade física; hospitalização; as doenças crônicas autorreferidas: hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, artrite, osteoporose, doença crônica do pulmão, sintomas depressivos; capacidade funcional e medicamentos apresentaram valor de ($p < 0,20$) para serem incluídas no modelo múltiplo hierarquizado por regressão de Poisson. Ressalta-se que foi observada associação mais forte entre autopercepção negativa de saúde e diabetes, artrite e doença crônica do pulmão, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. Prevalência do comprometimento da autopercepção de saúde e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Nível	Variáveis	%	RP _{bruta}	IC 95%	p
	Sexo				0,197
	Feminino	61,4	1,14	0,93-1,38	
	Masculino	54,0	1,00		
	Idade				0,636
	> 80 anos	66,7	1,02	0,81-1,28	
	70-79 anos	55,0	0,91	0,72- 1,15	
	> 60 anos	59,6	1,00		
1	Sabe ler e escrever um recado				0,884
	Não	57,8	0,98	0,81-1,20	
	Sim	58,7	1,00		
	Religião				0,433
	Nenhuma	65,2	1,13	0,83-1,55	
	Alguma religião	57,5	1,00		
	Arranjo Familiar				0,885
	Sozinho	57,1	0,98	0,75-1,28	
	Acompanhado	58,3	1,00		

	Tabagismo				0,148
	Fumante	54,5	1,04	0,73-1,48	
	Ex-fumante	63,9	1,22	0,99-1,50	
	Nunca fumou	52,4	1,00		
2	Atividade Física				0,193
	Insuficientemente ativo	61,8	1,14	0,94-1,38	
	Ativo	54,3	1,00		
	Consumo de bebidas alcoólicas				0,389
	Consome	48,1	0,81	0,54-1,22	
	Não consome	59,1	1,00		
	Hospitalização				0,163
	Uma ou mais vezes	64,9	1,15	0,94-1,41	
	Nenhuma	56,1	1,00		
	Hipertensão				0,067
	Sim	61,9	1,23	0,99-1,53	
	Não	50,5	1,00		
3	Diabetes				0,001
	Sim	82,9	1,52	1,26-1,84	
	Não	54,4	1,00		
	Problemas cardíacos				0,032
	Sim	72,2	1,28	1,02-1,61	
	Não	56,2	1,00		
	Artrite				0,001
	Sim	70,3	1,36	1,13-1,63	
	Não	51,8	1,00		
	Osteoporose				0,004
	Sim	80,0	1,42	1,12-1,82	
	Não	56,1	1,00		
	Sintomas depressivos				0,031
	Com sintoma	69,6	1,26	1,02-1,55	
	Sem sintoma	55,4	1,00		
	Câncer				0,735
	Sim	66,7	1,15	0,51-2,57	
	Não	58,0	1,00		
	Doença crônica do pulmão				0,001
	Sim	90,0	1,58	1,26-1,99	
	Não	56,8	1,00		
	Embolia				0,207
	Sim	70,6	1,23	0,89-1,70	
	Não	57,3	1,00		
	Capacidade Funcional				0,149
	Dependente ABVD	69,8	1,29	0,99-1,65	
	Dependente AIVD	59,7	1,10	0,89-1,36	
	Independente	54,3	1,00		
	Medicamentos				0,002
	2 ou mais	65,7	1,41	1,13-1,75	
	Até 1	46,7	1,00		

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise ajustada para a autopercepção negativa de saúde em relação às variáveis independentes do estudo, o qual foi composto por três blocos. No primeiro bloco foram analisadas ao mesmo tempo as variáveis sociodemográficas, de forma que nenhuma variável manteve-se associada com a autopercepção negativa de saúde.

O segundo bloco foi constituído pelos comportamentos de risco, representado pelas variáveis, tabagismo e atividade física. Destacou-se como fator associado à autopercepção negativa de saúde o fato de ser ex- tabagista. A prevalência da autopercepção negativa de saúde foi 32% maior entre os ex-fumantes em relação aos que nunca fumaram. Contudo não se observou associação significativa entre a prática insuficiente de atividade física e a autopercepção negativa de saúde entre esses idosos.

O terceiro bloco, no qual estão agrupadas as doenças crônicas autorreferidas, destacaram-se como fatores associados à autopercepção negativa de saúde as variáveis diabetes; artrite; doença do pulmão e uso de dois ou mais medicamentos. Os idosos que autorreferiram diabetes, artrite e doença do pulmão apresentaram prevalência de autopercepção negativa de saúde (46%; 31%; 66%) maior do que entre os que não referiram diabetes, artrite e doença de pulmão. Os idosos que faziam uso de dois ou mais medicamentos apresentaram prevalência de autopercepção negativa de saúde (29%) maior que os idosos que faziam uso de nenhum ou apenas um medicamento.

Na perspectiva da análise hierárquica pode-se verificar que o estado de saúde (diabetes, artrite, doença do pulmão e uso de dois ou mais medicamentos) e o ex-fumantes constituíram fatores que determinaram a autopercepção negativa de saúde.

Tabela 4. Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre autopercepção negativa de saúde e as variáveis independentes do estudo. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Nível	Variáveis	RP _{ajustada}	IC 95%	p
1	Sexo			0,197
	Feminino	1,14	0,93-1,38	
	Masculino	1,00		
2	Tabagismo			0,038
	Fumante	1,18	0,81-1,71	
	Ex-fumante	1,32	1,07-1,64	
	Nunca fumou	1,00		
	Diabetes			< 0,001
	Sim	1,46	1,19-1,80	
	Não	1,00		
	Artrite			0,007
	Sim	1,31	1,07-1,59	
	Não	1,00		
3	Doença do Pulmão			< 0,001
	Sim	1,66	1,31-2,11	
	Não	1,00		
	Medicamentos			0,033
	2 ou mais	1,29	1,02-1,64	
	Até 1	1,00		

6 DISCUSSÃO

A autopercepção é uma medida de saúde validada com dados de indicadores clínicos de morbidade e de mortalidade, além de ser um bom marcador das diferenças nos subgrupos populacionais (FRANKS et al., 2003). É importante também como ferramenta para monitorar resultados na clínica e em programas de saúde pública, visto que sua aplicabilidade no âmbito da saúde parte do pressuposto que os sujeitos que definem o seu estado de saúde como ruim apresentam mais percepções do envelhecimento negativas do que os sujeitos que definiram a sua saúde como boa ou excelente (RON, 2007; LIMA et al., 2007).

Em se tratando de autopercepção de saúde, este tema vem despertando o interesse de várias áreas da saúde, economia e educação, com a finalidade de verificar indicadores presentes em vários contextos sociodemográficos, condições de saúde, comportamentos de risco para que possam sofrer intervenções através das políticas públicas. Vale ressaltar que este construto é mediado pela percepção do indivíduo em relação à sua saúde, portanto diversos fatores podem influenciar na sua avaliação.

Apesar da existência de alguns estudos sobre levantamentos epidemiológicos encontrados na literatura mundial que abordam a autopercepção de saúde em idosos, verifica-se que ainda são raras as pesquisas de base populacional que versem sobre os determinantes da percepção negativa de saúde em idosos residentes em municípios de pequeno porte na região Nordeste do país, com baixos indicadores de saúde e expectativa de vida, o que torna um aspecto relevante desta pesquisa.

O presente estudo detectou que a maior parte da população estudada apresentou autopercepção negativa de saúde (58,1%). Esta prevalência assemelha-se a encontrada em estudos realizados por Hanseen e Adhikari. (2010), com uma amostra composta de 30.427 idosos residentes na zona urbana da Tailândia (57%). Prevalências inferiores foram observadas por Millán-Calenti et al. (2011), com uma amostra de 600 indivíduos de 60 anos ou mais residentes comunidades na Espanha (43,9%); Araújo et al. (2011), com uma população de 383 idosos de 60 anos ou mais residente na zona urbana da cidade do Porto, em Portugal (32%); Amstadter et al. (2010), com uma

amostra de 5.777 idosos habitantes norte-americanos (22,3%) e por Arnadottir et al. (2011) (37%), com 135 idosos residentes na Irlanda.

No Brasil, resultado superior foi encontrado em um estudo desenvolvido por Rodrigues et al. (2008), com 3.403 idosos residentes nas regiões Sul (60,7%) e Nordeste (67,9%). Resultado semelhante (54%) foi encontrado por Louvison et al. (2008), em uma amostra de 2143 idosos residentes no município de São Paulo, referente ao estudo SABE. Menores prevalências foram encontradas nos estudos de base populacional realizado por Silva et al. (2012), com uma população de 909 idosos residentes em três regiões (Nordeste, Sudeste e Sul) brasileiras (49,6%); por Nunes et al. (2012), composto por 363 idosos cobertos pelo Programa Saúde da Família, participantes do Projeto Envelhecimento e Saúde de Belo Horizonte (17,1%) e por Borim et al. (2012), envolvendo 1.432 idosos residentes em Campinas/SP (10,9%). Os resultados apresentados indicam que a autopercepção negativa de saúde revelou-se mais elevada nas regiões Sul e nordeste, apontando que as diferenças regionais refletem as disparidades sociais, econômicas, comportamentais e de saúde no Brasil.

Um estudo multicêntrico, realizado em sete cidades da América Latina e Caribe SABE, com amostra de 10.587 idosos, observou maiores prevalências de autopercepção negativa de saúde em Cuba, Chile e México (entre 60 a 70%), seguidos de Barbados e Brasil (em torno de 50%), Argentina e México (menos de 40%). Pesquisas realizadas no Brasil nos últimos cinco anos têm apontado prevalências que variam de 40% a 70%, a depender da população estudada (WONG et al., 2005).

Neste contexto, o presente trabalho mostra elevada prevalência da autopercepção negativa de saúde em idosos, e essa semelhança foi encontrada em pesquisas desenvolvidas no Brasil e em outros países com a mesma faixa etária, tipo de estudo e pontos de corte, o que demonstra a necessidade de mais discussão e pesquisas relacionadas a essa temática que levem em consideração as diferenças populacionais, geográficas, ambientais, socioeconômicas e culturais em várias regiões do país, permitindo ações de saúde direcionadas de acordo com a especificidade de cada lugar.

No presente estudo, ao realizar a análise bruta, as variáveis sexo e tabagismo não obtiveram associação, porém ao serem incluídos no modelo múltiplo por

apresentarem valor inferior $p < 0,20$. A variável tabagismo foi influenciada pelo bloco hierárquico superior referente à variável sociodemográfica (sexo), fazendo com que aqueles indivíduos considerados ex-fumantes obtivessem uma associação estatisticamente significativa com o desfecho.

A partir do modelo de regressão múltiplo hierárquico observou-se que a probabilidade de perceber a saúde de forma negativa foi significativamente maior em idosos ex-fumantes, mas não em fumantes. Esse achado é contrário ao que é observado na maioria das pesquisas com idosos, como a realizada por Freitas et al. (2010), em Londrina e por Peixoto et al. (2006), em Bambuí. Estes estudos observaram que os idosos fumantes relataram autopercepção de saúde pior em relação aos idosos que nunca fumaram. Ressalta-se que na pesquisa realizada em Bambuí apenas o sexo masculino foi associado à autopercepção negativa de saúde, visto que, em decorrência de fatores históricos e culturais, os homens fumam mais e há mais tempo que as mulheres, estando, conseqüentemente, também mais expostos aos malefícios advindos do cigarro (PEREIRA et al., 2008).

Em um estudo realizado por Sachs-Ericsson et al. (2009), foi verificado que os idosos fumantes em geral sentem-se pouco motivados a parar de fumar por subestimarem os próprios riscos e considerarem-se imunes aos prejuízos causados pelo cigarro. Por se tratar da faixa etária que apresenta maior prevalência de agravos crônicos, não necessariamente tabaco-relacionados, a continuidade do uso de tabaco não contribuirá para o aumento de comorbidades já existentes (HALTY, 2002; DOOLAN; FROELICHER, 2008). Observa-se que os idosos reconhecem os malefícios do cigarro à saúde, no entanto a grande dificuldade para deixar de fumar, pode estar atrelado à baixa motivação, escassez de recursos e ao fato do cigarro ser considerado como uma “automedicação” na tentativa de lidar com o estresse e as dificuldades cotidianas (MONTEIRO et al., 2007; LAYTE; WHELAN, 2008).

No presente estudo a autopercepção negativa de saúde foi associada aos ex-fumantes. Resultados semelhantes foram encontradas por Freitas et al., (2010), em uma amostra de 344 idosos de 60 anos ou mais residentes em Londrina (59,4%), e por Campos (2009), com uma população de 1.940 idosos habitantes do município de São Paulo. Alguns prováveis motivos são elencados para pior percepção de saúde em

idosos ex-fumantes, tais como: dificuldade respiratória, declínio da capacidade funcional e força muscular (WHO, 2002). Apesar de não ter sido objetivo do presente estudo avaliar as causas da cessação do tabagismo, infere-se que os idosos ex-fumantes podem ter apresentado pior percepção de saúde em função de possíveis patologias que culminaram na cessação do tabagismo.

Santos et al. (2008), ao realizar um estudo sobre o perfil de fumantes que buscaram a cessação do tabagismo, observou que entre os idosos a maior prevalência encontrada como motivo para parar de fumar foi evitar agravamento de doenças (66,7%), seguido da orientação médica (58,3%). Neste sentido, as consequências advindas das doenças provocadas pelo hábito de fumar podem ocasionar limitações e medos, o que pode influenciar na percepção negativa relatada pela maioria dos idosos.

Peixoto, Firmo e Lima-Costa (2006), avaliando os dados do Inquérito de saúde de Belo Horizonte e do Projeto Bambuí para pessoas com mais de 60 anos encontraram, especialmente para homens, que indicadores de incapacidade funcional, doenças crônicas, como angina, infarto e artrite, e autoavaliação negativa da saúde estão consistentemente associados com ex-tabagistas.

No que se refere ao estado de saúde, de acordo com o modelo múltiplo hierarquizado, observou-se associação positiva entre diabetes e autopercepção negativa de saúde. A prevalência de autopercepção negativa foi 46% maior entre os idosos que autorreferiram a doença em relação àqueles sem a doença. Infere-se que o elevado percentual encontrado pode estar relacionado às limitações ou incapacidades na realização das atividades cotidianas, a dificuldade de controle da doença e as restrições alimentares, fatores que podem ter contribuído para pior percepção de saúde pelos idosos.

No estudo de Francisco et al. (2010), realizado com 1.949 idosos selecionados através de um *Inquérito de Saúde de Base Populacional em Municípios do Estado de São Paulo* (ISA-SP); no trabalho de Mendes et al. (2011), envolvendo 872 idosos residentes em São Paulo; e no trabalho de Gallegos-Carrillo et al. (2006), com 7.322 idosos mexicanos, foram observados que os idosos com diagnóstico de diabetes autorreferida relataram pior percepção de saúde em relação aos não diabéticos.

Estudos apontam que a maior prevalência de percepção da própria saúde como ruim ou muito ruim entre os diabéticos, comparados aos não diabéticos, o que pode decorrer do fato de que essa doença, em alguns casos, impõe limitações ao indivíduo e, muitas vezes, pode gerar sequelas que impossibilitam relatos favoráveis dos idosos acerca de sua condição de saúde. A descompensação do diabetes mellitus e a instabilidade de seu quadro, quando não acompanhadas por tratamento adequado, podem influenciar na autoavaliação da saúde (TOSCANO, 2004).

Em um estudo prospectivo com 1078 idosos, Viegas (2009) observou que as comorbidades e o predomínio de, no mínimo, duas patologias associadas à diabetes podem justificar o resultado de que 45,3% dos idosos declararam sua saúde como regular. Resultado apresentado por Tavares et al. (2007), no estudo observacional do tipo transversal, realizado com 113 idosos diabéticos, apontou que, à medida que aumenta o tempo de diagnóstico da doença e as polimorbidades, são relatadas piores autopercepções da saúde pelos idosos, fatores que possivelmente interferem de forma negativa na avaliação de saúde referida por esses indivíduos. Já os idosos com diagnóstico de diabetes que relataram autopercepção de saúde positiva geralmente não apresentam muitas doenças crônicas, e estão mais envolvidos no tratamento e controle da doença, o que, conseqüentemente, retarda os agravos e contribui para melhor condição de vida e saúde (MENDES et al., 2011).

No modelo final da análise hierarquizada foi encontrada associação positiva entre artrite e autopercepção negativa de saúde, esse achado é consistente com outros estudos como o de Lebrão e Laurenti (2005), a partir de dados do projeto SABE; e o de Pagotto et al. (2011) com idosos oriundos do Projeto Idosos/Goiânia. Esses estudos reforçam que a presença de dores articulares, muitas vezes incapacitantes, limita as atividades desenvolvidas pelos idosos no seu dia-a-dia, contribuindo para avaliação negativa da própria saúde.

Alguns estudos realizados referentes às condições de saúde, identificaram que entre as doenças autorreferidas pelos idosos, a artrite ocupa lugar de destaque, sendo a segunda condição autorreferida mais frequente após a hipertensão arterial. Neste contexto, observou-se que os resultados encontrados nesses estudos podem ser reflexo das limitações relatadas pelos idosos em consequência da doença, incapacitando-os de

realizar suas atividades de uma forma global (SILVA et al., 2009; PAGOTTO et al., 2011; LEBRÃO e LAURETI, 2005).

A artrite ou o reumatismo representa a principal causa de incapacidades, na população norte-americana, e sua prevalência aumenta com o envelhecimento populacional (HOOTMAN et al., 2006). No Brasil, apesar da sua alta prevalência, a artrite ainda não é vista como um problema que merece considerável atenção. Recomenda-se a implementação de programas educacionais, enfatizando o autocuidado para prevenção da incapacidade (MATTA-MACHADO et al., 2004).

No entanto, o número de pesquisas nacionais que aborde a associação entre artrite e percepção negativa de saúde ainda é pequeno, fazendo-se necessárias mais pesquisas voltadas para maior conhecimento acerca das consequências da artrite, as quais podem levar a quadros de dor, limitações e incapacidades que irão influenciar na forma como o idoso percebe a sua saúde.

Em relação às doenças autorreferidas, observou-se, no presente estudo que os idosos que referiram diagnóstico de doença do pulmão, apresentaram associação positiva com autopercepção de saúde. Os idosos acometidos por doenças do pulmão podem apresentar restrições impostas pela doença, principalmente nas atividades realizadas no dia-a-dia, o que irá influenciar na sua percepção de saúde.

De acordo com Francisco et al. (2006), a prevalência de doença pulmonar foi significativamente mais elevada entre os idosos que consideraram sua saúde ruim ou muito ruim. Neste sentido, infere-se que indivíduos com doença pulmonar associados à polimorbidades tendem a avaliar sua saúde de forma negativa.

Segundo Silva et al. (2005), pessoas com doença pulmonar crônica apresentam dificuldades para manter suas atividades cotidianas, o que contribui para o declínio gradual das atividades físicas, causando irritabilidade e frustração. Na visão desses autores, o indivíduo incapaz de cuidar de si mesmo tem autoestima e confiança abaladas, o que pode repercutir em percepção negativa da própria saúde.

A presença de uma ou mais morbidades pode desencadear nos idosos alterações de ordem sistêmica, como perda de peso, disfunção da musculatura esquelética, osteoporose e distúrbios endócrinos, sendo que a junção desses fatores expõe o indivíduo a situações de dependência, em virtude das incapacidades e limitações

provocadas pela doença, o que acarreta prejuízos psicológicos e emocionais que irão repercutir em uma pior percepção de saúde (DOURADO et al., 2006).

O modelo final de análise mostrou que o uso de dois ou mais medicamentos foi associado à autopercepção negativa de saúde. Este resultado é condizente com outros estudos. O estudo de Silva et al. (2012a), composto por uma amostra de 384 indivíduos com 60 anos ou mais, residentes em três estados brasileiros; Silva et al. (2012b) referente a 985 idosos beneficiários vinculados ao Regime Geral de Previdência Social/INSS/MPAS, com 60 anos ou mais de idade e Loyola-Filho et al. (2005), com 1.598 idosos residentes em Belo Horizonte. Embora o estudo de Silva et al. (2012) tenha apresentado o mesmo ponto de corte para o uso de 0-1 e 2 ou mais medicamentos, apenas o sexo feminino apresentou associação positiva com autopercepção negativa da saúde.

Neste contexto, os estudos supracitados apontam que, à medida que a população envelhece, há elevada prevalência de doenças crônicas, o que consequentemente aumenta a quantidade de medicamentos consumidos, trazendo implicações diretas no estado de saúde, podendo alterar negativamente a forma como o idoso avaliará sua saúde.

O consumo de medicamentos entre os idosos constitui hoje uma epidemia, caracterizando-se como um sério problema de saúde coletiva (SECOLI, 2010). A utilização de medicamentos é um processo social, cultural e comportamental controlado por diversas forças, das quais a insatisfação com a saúde apresenta-se como um importante fator determinante do uso de medicamentos (BERTOLDI et al., 2004).

No Brasil, estudo de base populacional sobre o uso de medicamentos evidenciou o consumo crescente com a idade, tanto em idosos residentes de metrópoles como em pequenas cidades do interior (FLORES; BEVEGNÚ, 2008).

Existem algumas condições frequentes entre os idosos, tais como alta prevalência de condições crônicas, uso de múltiplos medicamentos, prescrições inadequadas, problemas relacionados à prescrição e ao uso de medicamentos em idosos que podem alterar negativamente a percepção de saúde desses indivíduos (MARIN et al., 2008).

Ressalta-se a importância de os profissionais de saúde orientarem os idosos quanto aos cuidados com as medicações, como dosagem, via de administração e horários. Cabe aos gestores, planejar atividades de capacitação destes profissionais quanto à prescrição, administração e acompanhamento do uso de medicamentos (PAGOTTO et al., 2011).

O estudo dos fatores que influenciam a percepção de saúde ajuda a compreender quais são os principais determinantes que refletem numa percepção mais positiva ou negativa da própria saúde. A autopercepção está relacionada ao estado real e objetivo de saúde, e pode ser encarada como uma representação das avaliações de condições de saúde (PAGOTTO et al., 2011).

O estudo apresentou limitação referente ao desenho epidemiológico empregado, uma vez que os estudos de corte transversal são restritos à identificação de associações, impossibilitando o estabelecimento da direção causal das relações encontradas, além de não permitir a realização de análises de temporalidade entre exposição e desfecho, não podendo apontar riscos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autopercepção negativa de saúde é uma importante ferramenta utilizada para avaliar o conhecimento trazido pelo idoso sobre o significado da sua saúde, abrangendo julgamentos, emoções e perspectivas, além de contribuir para uma melhor compreensão dos elementos que influenciam na percepção de saúde por esses indivíduos, tornando-se um tema de fundamental relevância.

Frente aos resultados apresentados, pode-se concluir que existe alta prevalência de autopercepção negativa de saúde entre os idosos e que a ocorrência deste evento está associada aos ex-fumantes à presença de agravos crônicos autorreferidos, como diabetes, artrite, doença do pulmão e ao uso de dois ou mais medicamentos.

Apesar do envelhecimento da população brasileira ser irreversível e expressar uma melhoria das condições de saúde da população, o cuidado ou a atenção do sistema de saúde com este estrato populacional não está preparado para um número cada vez maior de pessoas que têm doença crônica, incapacidade associada, e que, certamente, demandam consultas, serviços, diagnósticos, remédios e internações.

A busca por indicadores que avaliem a forma como os idosos percebem sua saúde tem tornado-se alvo de muitos pesquisadores, na tentativa de conhecer os fatores que influenciam em uma percepção negativa de saúde por essa população. Analisar a saúde a partir da própria percepção do indivíduo contribui para uma visão multidimensional do envelhecimento, podendo-se considerar que este indicador se aproxima do conceito ampliado de saúde e de envelhecimento ativo, pois considera e engloba os determinantes sociais, as condições físicas, e possibilita a formulação de estratégias para a promoção da saúde.

Diante dos resultados apresentados por este estudo sugere-se controlar as morbidades com ênfase no diabetes mellitus, doenças articulares e pulmonares, valorizar a pergunta sobre autopercepção do estado de saúde como forma de prevenção de saúde dos idosos e estabelecer estratégias que promovam a educação em saúde dos idosos intervir e melhorar a percepção de saúde pelos idosos, estratégias de educação em saúde, com destaque para a prática de atividade física e combate ao tabagismo.

As reflexões expostas nesta dissertação sobre os fatores associados à autopercepção negativa de saúde fornecem uma visão ampla das condições de saúde dos idosos deste município e poderá subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, tanto no ensino como na assistência, direcionados à saúde do idoso, com foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para um envelhecimento ativo e com melhores condições de vida, além de direcionar o foco para futuros estudos.

Devido à importância da temática em questão para o conhecimento dos fatores que influenciam uma pior percepção de saúde pelos idosos, faz-se necessários mais estudos sobre a autopercepção negativa de saúde no Brasil, os quais devem ser estimulados, pois são de fácil operacionalização e podem subsidiar a identificação e a formulação de novas propostas visando à melhoria das condições de vida da população.

Por fim estudos de base populacional sobre autopercepção negativa de saúde são importantes para o conhecimento das condições de saúde e seu monitoramento ao longo do tempo. Possibilitam avaliar a efetividade de políticas, ações e serviços de saúde. E ainda pode contribuir para as atividades de gestão, ensino e pesquisa, além de direcionar as ações de promoção à saúde para a população idosa no país.

REFERÊNCIAS

ALBALA, C. et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev. panam. salud pública*, v.17, p. 307-22, 2005.

ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* n.57, p. 421-426, 1999.

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

AMSTADTER, A. B.; BEGLE, A. M.; CISLER, M. A.; CISLER, J. M.; HERNANDEZ, M. A.; MUZZY, W. B. S.; ACIERNO, R. Prevalence and Correlates of Poor Self-Rated Health in the United States: The National Elder Mistreatment Study *Am J Geriatr Psychiatry*, v.18, n.7, p. 615-623, july, 2010.

ARAÚJO J. et al. Percepção do estado de saúde em idosos. *Acta Med Port*, v.24, n.S2, p. 79-88, 2011.

ARNADOTTIR, S. A.; GUNNARSDOTTIR, L. D.; STENLUND, H.; LUNDIN-OLSSON, L. Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health*, v.11, p. 670, 2011.

BARROS, M. B. de A. Auto-avaliação de Saúde. In: CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. de A.; GOLDBAUM, M. *Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA/SP*. São Paulo: USP/FSP, 2005a. p. 173-182.

BARROS, M. V. G.; NAHAS, M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.6, p. 554-563, 2001.

BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev. bras. ciênc. mov.*, n.12, p. 25-34, 2004.

BERQUÓ, E.; BAENINGER, R.; FONSECHI, G. *Situação demográfica brasileira*. Dados Demográficos, n.2, n.5. Campinas, 1996.

BERTOLDI, Andréa D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.38, n.2, suppl, p.755-762, abr., 2004.

BLAZER, D. G. How do you feel about Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist*, v.48, p. 415-422, 2008.

BLOCH, K. V; COUTINHO, E. S. F. Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 173-179.

BORIM, F. S.A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p. 769-780, abr, 2012.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*, v.61, n.3B, p. 777-781, 2003.

BURSTROM, B.; FREDLUND, P. Self rated health: is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, v.55, p. 836-840, 2001.

CAMPOS, N. O. B. *Os determinantes das condições de saúde dos idosos do município de São Paulo em uma perspectiva de ciclo de vida*. Belo Horizonte, MG: UFMG/Cedeplar, 2009.

CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; GOLDBAUM, M. *Saúde e condição de vida em São Paulo*. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo - ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.

COSTA E. F. A.; PORTO C. C.; SOARES A. T. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. *Rev UFG*, v.5, n.2, 2003. Disponível em: <<http://www.proec.ufg.br>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

CRAIG, C. L.; MARSHALL, A. L.; SJOSTROM, M.; BAUMAN, A. E.; BOOTH, M. L.; AINSWORTH, B. E. et al. International Physical activity Questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, v.35, p. 1381-1395, 2003.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.11, p. 887-894, 2006.

DOOLAN, D. M.; FROELICHER, E. S. Smoking Cessation Interventions and Older Adults. *Prog Cardio Nursing*, v.23, n.3, p. 119-127, 2008.

DOURADO, V. Z.; TANNI, S. E.; VALE, S. A.; FAGANELLO, M. M.; SANCHEZ, F. F.; GODOY, I. Manifestações sistêmicas na doença pulmonar obstrutiva crônica. *J Bras Pneumol.*, v.32. n.2, p. 161-171, 2006.

FELIX, J. S. *Economia da Longevidade: o envelhecimento da população brasileira e as políticas públicas para os idosos*. 2009. 107f. Dissertação (Mestrado em Economia Política) – Faculdade de economia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

FEINGLASS, J.; LIN, S.; THOMPSON, J.; SUDANO, J.; DUNLOP, D.; SONG, J. et al. Baseline health, socioeconomic status and 10-year mortality among older middleaged Americans: findings from the health and retirement study, 1992-2002. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*, v.62, p. 209-217, 2007.

FLORES, V. B.; BENVEGNU, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1439-1446, jun., 2008.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. A. B.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M. et al. Diabetes autorreferido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*, v.26, p. 175-184, 2010.

FRANCISCO, P. M. S. B.; DONALISIO, M. R.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. et al. Fatores associados a doença pulmonar em idosos. *Rev Saúde Pública*, v. 40, p. 428-35, 2006.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Soc Sci Med*, v.56, p. 2505-2514, 2003.

FREITAS, D. H. M.; CAMPOS, F. C. A.; LINHARES, L. Q.; SANTOS, C. R.; FERREIRA, C. B.; DINIZ, B. S.; TAVARES, A. Autopercepção de saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiq Clin*, v.37, p. 32-35, 2010.

GALLEGOS-CARRILLO, K.; GARCIA-PENA, C.; DURAN-MUNOZ, C.; REYES, H.; DURAN-ARENAS, L. Autopercepción del estado de salud: una aproximación al lós ancianos en México. *Rev Saúde Pública*, v.40, n.5, p. 792-801, 2006.

GUIMARÃES, L. H. C. T.; GALDINO, D. C. A.; MARTINS, F. L. M.; VITORINO, D. F. M.; PEREIRA, K. L.; CARVALHO, E. M. Comparação da propensão de quedas entre idosos que praticam atividade física e idosos sedentários. *Rev. Neurociências*, v.12, n.2, 2004.

HALLAL, P. C. et al. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med. Sci. Sports Exerc.*, v.35, p. 1894-900, 2003.

HALTY, L.S.; HUTTNER, M.D.; NETTO, I.O.; FENKER, T.; PASQUALINE, T.; LEMPEK, B. et al. Pesquisa sobre tabagismo entre médicos de Rio Grande, RS: Prevalência e perfil do fumante. *J Pneumol*. 2002, v.28, n.2, p.77-83.

HASEEN, F.; ADHIKARI, R. Soonthorndhada k. Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatrics*, 2010.

HARTMANN, A. C. V. C. *Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [thesis]*. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUC-RS; 2008. 73p.

HOEYMANS, N.; FESKENS, E. J. M.; VAN DEN BOS, G. A. M.; KROMHOUT, D. Measuring functional status: crosssectional and longitudinal associations between performance and self-report (Zuthen Elderly Study 1990-1993). *J Clin Epidemiol*, v.49, p. 1103-1110, 1996.

HOOTMAN, J.; BOLEN, J.; HELMICK, C.; LANGMAID, G. Prevalence of doctor-diagnosed arthritis and arthritis- attributable activity limitation – United States, 2003-2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, v.55, p. 1089-1092, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2008*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

_____. *Sinopse do censo demográfico de 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J. Am. Med. Assoc.*, v.185, p. 914-9, 1963.

LAYTE, R.; WHELAN, C. T.; Explaining social class inequalities in smoking: the role of education, self-efficacy, and deprivation. *Eur Sociol Rev* 2008; DOI 10.1093/esr/jcn022. [Acessado em 10 de janeiro de 2011]

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v.9, p. 179-85, 1969.

LEBRAO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [online], v.8, n.2, p. 127-141, 2005.

LIMA, W. Y.; MA, S.; HENG, D.; BHALLA, V.; CHEW, S. K. Gender, ethnicity, health behavior & self-rated health in Singapore. *BMC Public Health*, v.7, p. 184, 2007. DOI:10.1186/1471-2458-7-184

LIMA-COSTA. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad. Saúde Pública*, v.23, n.10, p. 2467-2478, 2007.

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

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; MATOS, D. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHOA, E. A influencia de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.23, n.8, p. 1893-1902, 2007.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; SANTOS, J. L. F.; MALIK, A. M.; ALMEIDA, E. S. A. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*, v.42, n.4, p. 733-740, 2008.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*, v.21, n.2, p. 545-553, 2005.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; SANTOS, J. L. F. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev. Saúde Pública* [periódico online]. 2006 Dec [capturado 2012 Feb 19]; v.40, n.6, p. 1049-1056. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102006000700013 &lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-89102006000700013&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0034-89102006005000009>. Acesso em: 20 jun. 2012.

MANOR, O.; MATTHEWS, S.; POWER, C. Self-rated and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol*. v.30, p. 600-607, 2001.

MARIN, M. J. S, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.7, p. 1545-1555, jul. 2008.

MARTIN, L. G.; SCHOENI, R. F.; FREEDMAN, V. A.; ANDRESKI, P. Feeling better? Trends in general health status. *JGerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v.62, n.S, p. 11-21, 2007.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, Taguatinga, v.10, n.4, p. 41-50, 2002.

MATTA-MACHADO, G. P.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: prevalência de sintomas articulares crônicos em idosos. *Rev Assoc Méd Bras*, v.50, p. 367-372, 2004.

MENDES, T. A. B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N. J.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p. 1233-1243, jun, 2011.

MILLÁN-CALENTI, J. C.; SÁNCHEZ, A.; LORENZO, T.; MASEDA, A. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: Gender differences, *Geriatr Gerontol Int*, v.12, p. 198-206, 2012.

MILLER, T. R.; KOLINSKY, F. D. Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v.62, p. 22-27, 2007.

MONTEIRO, C. A.; CAVALCANTE, T. M.; MOURA, E. C.; CLARO, R. M.; SZWARCOWALD, C. L.; Population-based evidence of strong decline in the prevalence of smokers in Brasil (1989-2003). *Bulletin of the World Health Organization* 2007 July; 85(7):527-34.

MOSSEY, J. M.; SHAPIRO, E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*, v.72, p. 800-808, 1982.

NERI, M. C.; SOARES, W. L. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. *Cad Saude Publica*, v.23, p.8, p. 1845-1856, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007000800011.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONÇALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Bras Epidemiol*, v.15, n.2, p. 415-428, 2012.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA E. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do sistema Único de Saúde de Goiânia- Goiás. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.27, n.8, p.1593-1602, ago. 2011.

PEIXOTO, S. V.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saúde Pública*, v.22, n.9, p. 1925-1934, 2006.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*, v.91, p. 1-10, 2008.

PIMENTA, F. A. P. *Autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte 2006*. Dissertação de mestrado. UFMG. Biblioteca digital da UFMG. Disponível em: <<http://dispace.lcc.ufmg.br/dspace/handle>>. Acesso em: 15 jul. 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). *Atlas de desenvolvimento humano no Brasil, 2000*. [citado 4 abr 2010]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/textos_analiticos/index.php. Acesso em: 10 mai. 2011.

QUESNEL-VALLÉE A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? *International Journal of Epidemiology*, v.36, p. 1161-1164, 2007.

REYES-ORTIZ, C. A.; PELAEZ, M.; KOENIG, H. G.; MULLIGAN, T. Religiosity and self-rated health among Latin American and Caribbean elders. *Int J Psychiatry Med*, v.37, p. 425-443, 2007.

RODRIGUES, M. A. P.; FACCHNI, L. A.; PICCINI, R. X; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; PANIZ, V. M. V.; SIQUEIRA, F. V. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.10, p.2267-2278, out, 2008.

ROHRER, J. E.; HERMAN, D. C.; STEPHEN, P. M.; NAESSENS, J. M.; HOUSTON, M. S. Validity of overall self-rated health as an outcome measure in small samples: a pilot study involving a case series. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, v.15, p. 366-369, 2009.

RON, P. Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *International Journal of Geriatric Psychiatry* v.22, n.7, p. 656-662, 2007.

ROTHMAN, K. J.; GRRNLAND, S.; LASH, T. L. *Modern Epidemiology*. 3rd Ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, PA. 2008.

SACHS-ERICSSON, N.; SCHMIDT, N. B.; ZVOLENSKY, M. J.; MITCHELL, M.; COLLINS, N.; BLAZER, D. G. Smoking cessation behavior in older adults by race and gender: The role of health problems and psychological distress. *Nicotine Tob Res*, v.11, p. 433-442, 2009.

SANTOS, S. R.; GONÇALVES, M. S.; LEITÃO FILHO, F. S. S.; JARDIM, J. R. Perfil dos fumantes que procuram um centro de cessação de tabagismo. *J Bras Pneumol*, v.34, n.9, p. 695-701, 2008.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev. Bras. Enfermagem*, Brasília, v.63, n.1, p.136-140, jan./fev., 2010.

SHIROM, A.; TOKER, S.; BERLINER, S.; SHAPIRA, I.; MELAMED, S. The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychol*, v.27, p. 567-575, 2008.

SILVA, D. M. G. V.; SOUZA, S. S.; FRANCIONI, F. F.; MEIRELLES, B. H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. *Rev Lat-Am Enfermagem*, v.13, n.1, p. 7-14, 2005.

SILVA, M. J.; LOPES, M. V. O.; ARAGÃO, M. F. M.; MORAES, L. A. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza-Ceará. *Acta Paul Enferm.*, v.19, n.2, p. 14-20, 2006.

SILVA, V. R. L.; MENEZES, A. N. B.; NOAL, R. B. Sintomas articulares crônicos em adultos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: prevalência e determinantes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p. 2571-2582, dez, 2009.

SILVA, R. J. S.; MENEZES, S. A.; TRIBESS, S.; PEREZ-RÓMO, V.; JUNIOR, J. S. V. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*, v.15, n.1, p. 49-62, 2012.

SILVA, A. L.; RIBEIRO, A. Q.; KLEIN, C. H.; ACURCIO, F. A. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.6, p.1033-1045, jun. 2012b.

TAVARES, D. M. S.; RODRIGUES, F. R.; SILVA, C. G. C.; MIRANZI, S. S. C. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. *Cien Saude Colet.*, v.12, n.5, p. 1341-1352, 2007.

THEME-FILHA, M. M.; SZWARCOWALD, C. L.; SOUZA JUNIOR, P. R. B. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v.42, n.1, p. 73-81, 2008.

TORRES, G. V.; REIS, L. A.; REIS, L. A.; FERNANDES, M. H. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. *Rev Espaço Saúde*, v.10, n.2, p. 12-17, 2009.

TOSCANO, C. M. National screening campaigns for chronic non-communicable diseases: diabetes and hypertension. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.9, p. 885-895, 2004.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad. Saúde Pública*, v.19, n.3, p. 705-715, 2003.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saude Publica*, v.23, n.10, p. 2463-2466, 2007. DOI: 10.1590/S0102- 311X2007001000020

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* [online]. v.43, n.3, p. 548-554, epub apr. 2009. ISSN 0034-8910.

VICTORA, C. G. et al. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarquical approachI. *Int. j. epidemiol.*, n.26, p. 224-7, 1997.

VIEGAS, K. *Prevalência de diabetes mellitus na população de idosos de porto alegre e suas características sociodemográficas e de saúde*. 2009. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre: PUCRS, 2009.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *J Aging Health*, v.17, n.3, p. 263-292, 2005.

YUSUF, S.; HAWKEN, S.; ÔUNPUU, S.; DANS, T.; AVEZUM, A.; LANAS, F. et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the Interheart study): case-control study. *The Lancet*, New York, v.364, n.9438, p.937-952, 2004. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17018-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17018-9)>. Acesso em: 20 jul. 2011.

WONG, R.; PELÁEZ, M.; PALLONI, A. Autoinforme de salud general en adultos mayores de América Latina y el Caribe: su utilidad como indicador. *Rev Panam Salud Publica*, v.17, n.5/6, p. 323-332, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. WHO Technical Report Series, n. 894, Geneva: WHO, 1998.

_____. *Active ageing: a policy framework*. Geneva, 2002. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Lista de variáveis

Variável	Descrição	Categoria
Autopercepção de saúde	Satisfação do indivíduo com a própria saúde (Variável dependente)	0- Positiva 1- Negativa
Grupo etário	Faixa etária	0- ≥ 60 à ≤ 69 1- ≥ 70 à ≤ 79 2- ≥ 80
Sexo	Sexo do indivíduo	0- Masculino 1- Feminino
Sabe ler e escrever um recado	Nível de instrução do indivíduo	0- Sim 1- Não
Arranjo Familiar	Condição do relacionamento civil	0- Com união 1- Sem união
Participação em atividade religiosa	Identificação de alguma religião	0- Participa 1- Não participa
Atividade Física	Prática de atividade física	0- Ativo 1- Inativo
Tabagismo	Hábito de fumar atual ou pregresso	0- Nunca fumou 1- Ex-fumante 2- Fumante
Consumo de bebida alcoólica	Consumo de bebida alcoólica	0- Consome 1- Não consome
Doenças crônicas autorreferidas	Presença de doenças crônicas referidas por profissional de saúde	0- Sim 1- Não
Hospitalização nos últimos 12 meses	Número de hospitalizações	0- Nenhuma 1- Uma ou mais
Quantidade de medicamentos	Número de medicamentos de uso contínuo	0- Até um 1- Dois ou mais
Sintomas depressivos	Presença de sintomas depressivos	0- Negativo 1- Positivo
Capacidade Funcional	Escala de capacidade funcional	0- Independente 1- Dependente nas AIVDs 2- Dependente nas AIVDs e ABVDs

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA

Resolução nº 196, de 10 de Outubro de 1996, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

O presente termo em atendimento à Resolução 196/96, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada “Estado nutricional, comportamentos de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho-BA”, sob responsabilidade do pesquisador **Raldo da Silva Coqueiro**, do Departamento de Saúde, os seguintes aspectos:

Objetivo: analisar o estado nutricional e sua relação com características sócio-demográficas, comportamentos de risco e condições de saúde em idosos residentes na cidade de Lafaiete Coutinho-BA, Brasil.

Metodologia: trata-se de um estudo que será realizado com todos os idosos residentes na cidade de Lafaiete Coutinho, em que será feita uma entrevista e alguns testes físicos e medidas corporais em domicílio.

Justificativa e Relevância: esta pesquisa é necessária para que se possa conhecer o estado nutricional dos idosos de Lafaiete Coutinho e os fatores que predispõe a inadequação nutricional, para assim, ser possível traçar estratégias mais adequadas para favorecer a saúde dos idosos do município.

Participação: o Sr(a). poderá colaborar com a pesquisa respondendo um questionário em forma de entrevista com perguntas referentes à sua situação sócio-demográfica, comportamentos de risco, condições de saúde e permitir que sejam realizadas alguns testes e medidas corporais.

Desconfortos e riscos: durante os testes de desempenho motor, existe um pequeno risco do Sr(a). perder o equilíbrio e cair. É possível que ocorra também um pequeno desconforto muscular após 24h a realização dos testes. Esse desconforto é chamado de “dor muscular tardia” e é comum em indivíduos sedentários que realizam atividade muscular intensa. Porém, como os testes são considerados leves (mesmo para indivíduos sedentários), se ocorrer, esse desconforto será mínimo e desaparecerá após 48h. Durante a coleta de sangue o Sr(a). poderá sentir uma leve dor, decorrente de um pequeno furo que será feito em seu dedo indicador. Mas, não haverá qualquer risco de contaminação, pois será utilizado material descartável e esterilizado. Para tranquilizá-lo, é importante deixar claro que todos esses procedimentos serão realizados por uma equipe de pesquisadores altamente treinada e qualificada, o que minimizará todos os riscos e desconfortos. Além disso, o Sr(a). terá toda liberdade para interromper ou não permitir a realização dos procedimentos, se assim preferir.

Confidencialidade do estudo: as informações obtidas, bem como o anonimato de sua pessoa, serão mantidos em sigilo, sendo utilizadas somente para o desenvolvimento desta pesquisa e sua publicação.

Benefícios: espera-se que esta investigação possa fornecer informações que servirão de subsídio para a melhoria da atenção a saúde do idoso no município.

Dano advindo da pesquisa: esta pesquisa não trará qualquer tipo de dano (moral ou material) a seus participantes.

Garantia de esclarecimento: quaisquer dúvidas ou esclarecimentos poderão ser obtidos a qualquer momento pelo e-mail: raiconquista@yahoo.com.br ou pelo telefone (73) 3528-9610.

Participação Voluntária: a sua participação nesta pesquisa será voluntária e livre de qualquer forma de remuneração. Esclarecemos, desde já, que você poderá retirar seu consentimento em participar da pesquisa a qualquer momento, se assim desejar.

- **Consentimento para participação:** Eu estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Eu fui devidamente esclarecido quanto os objetivos da pesquisa, aos procedimentos aos quais serei submetido e os possíveis riscos envolvidos na minha participação. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa ou à minha família, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação, bem como de que a minha participação neste estudo não me trará nenhum benefício econômico.

Eu, _____, **aceito livremente participar do estudo intitulado “Estado nutricional, comportamentos de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho-BA” sob a responsabilidade do Professor Raildo da Silva Coqueiro da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).**

Nome da Participante _____

Nome da pessoa ou responsável legal _____

COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Polegar

Eu discuti as questões acima apresentadas com cada participante do estudo. É minha opinião que cada indivíduo entenda os riscos, benefícios e obrigações relacionadas a esta pesquisa.

_____ Jequié, Data: __/__/__
Assinatura do Pesquisador

Para maiores informações, pode entrar em contato com: Raildo da Silva Coqueiro
Fone: (73) 3528-9610

ANEXO B - Questionário

SAÚDE DOS IDOSOS DE LAFAIETE COUTINHO (BA), 2010.

Número do Questionário |__|__|__|

Nome do Entrevistador: _____.

Nome do entrevistado: _____
Sexo: () M () F
Endereço completo / telefone: _____ _____
Número de pessoas entrevistadas no mesmo domicílio: ()

Visita	1	2	3
Data	DIA __ __ MÊS __ __	DIA __ __ MÊS __ __	DIA __ __ MÊS __ __
Ano	__ __ __	__ __ __	__ __ __

HORA DE INÍCIO	__ __ __	__ __ __	__ __ __
HORA DE TÉRMINO	__ __ __	__ __ __	__ __ __
DURAÇÃO	__ __ __	__ __ __	__ __ __
RESULTADO*	__	__	__

* Códigos de Resultados:

01 Entrevista completa; **02** Entrevista completa com informante substituto; **03** Entrevista completa com informante auxiliar; **04** Entrevista incompleta (anote em observações); **05** Entrevista adiada; **06** Ausente temporário; **07** Nunca encontrou a pessoa; **08** Recusou-se; **09** Incapacitado e sem informante; **10** Outros (anote em observações) _____.

Nome do informante substituto ou auxiliar: _____.

Parentesco com o entrevistado: _____.

Tempo de conhecimento (no caso de não ser familiar): _____.

Minha participação é voluntária, recebi e assinei o termo de consentimento livre e esclarecido:

(assinatura)

DS//UESB

SEÇÃO A – INFORMAÇÕES PESSOAIS

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA - Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o Sr. não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

A.1a. Em que mês e ano o(a) Sr(a) nasceu? Mês

Ano

A.1b. Quantos anos completos o(a) Sr.(a) tem?

A.1c. NÃO LER!

ATENÇÃO: SOME A IDADE COM O ANO DE NASCIMENTO E ANOTE O TOTAL. SE O(A) ENTREVISTADO(A) JÁ FEZ ANIVERSÁRIO EM 20___, A SOMA DEVE SER 20___. SE NÃO FEZ ANIVERSÁRIO AINDA, A SOMA DEVE SER 20___. NO CASO DE INCONSISTÊNCIA, ESCLAREÇA COM O(A) ENTREVISTADO(A). PEÇA ALGUM DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO QUE MOSTRE A DATA DE NASCIMENTO OU A IDADE.

SOMA

A.2. O(a) Sr(a) nasceu no Brasil? (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

A.2a. Anote a descendência/filho ou neto de _____



Vá para a questão A.5.

A.3. Em que país/cidade o(a) Sr(a) nasceu? _____

A.4 No total, quantos anos o(a) Sr(a) viveu no país/cidade?

Anos (998) NS (999)NR

A5 – Em que estado/cidade o Sr(a) nasceu? _____

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

(1) SIM (2) NÃO (8) NS (9) NR

A.5b. O(a) Sr.(a) foi à escola?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

A.6 Qual a última série, de qual grau, na escola, o Sr. concluiu com aprovação? (Anote a série do último grau aprovado e registre só a opção que corresponda a esse grau)

(01) Primeiro grau (ou primário + ginásio)

(02) Segundo grau (antigo clássico e científico)

(03) Primeiro grau + auxiliar técnico

(04) Técnico de nível médio (técnico em contabilidade, laboratório)

(06) Magistério - segundo grau (antigo normal)

(07) Graduação (nível superior)

(08) Pós-graduação

(988) NS (999) NR

A.7. Atualmente o(a) Sr (a) vive sozinho ou acompanhado?

(1) sozinho (2) acompanhado (8)NS (9) NR

A.8 Em geral, o(a) Sr.(a) gosta(ria) de morar sozinho ou com as pessoas com quem mora hoje?

(1) Sim (prefere morar sozinho) Vá para a questão A. 10.

(2) Não (prefere morar acompanhado) (3) mais ou menos (8) NS (9) NR

A.9 Se o(a) Sr(a) pudesse escolher, preferiria morar com?

Leia as opções e anote todas as afirmativas mencionadas.

(1)Só (2)Com esposo(a) ou companheiro(a)

(3)Com filho(a)? (4)Com neto(a)?

(5)Com outro familiar? (6)Com outro não familiar?

(8)NS (9)NR

A10. Há 5 anos, o(a) Sr.(a) morava nesta mesma casa?

(1)sim (2)não (8)NS (9)NR

A11 Qual a religião do Sr(a)?

(1) Católica (2) Protestante ou Evangélica (3) Judáica

(4) Outros Cultos Sincreticos (5) Outro. Especifique: _____

(6) Nenhuma (8) NS (9) NR



Vá para a questão A. 12.

A.11a. Qual a importância da religião em sua vida?

(1) Importante (2) Regular (3) Nada importante (8) NS (9) NR

A.12 Qual destas opções o descreve melhor? (Ler todas as alternativas)

(1) Branco (de origem européia)

(2) Mestiço (combinação de branco e índio)

(3) Mulato (combinação de branco e negro)

(4) Negro

(5) Indígena

(6) Asiático

(7) Outra

(8) NS

(9) NR

A.13 Alguma vez o(a) Sr.(a) foi casado(a) ou teve uma união livre (viveu com alguém)?

(1)SIM (2)NÃO (9)NR \Rightarrow Vá para a questão A. 13a1

A13a No total, quantas vezes, o(a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união?

Nº de vezes |__|__|

A.13a1 Com relação ao seu estado civil atual, o(a) Sr.(a) é (leia cada uma das opções):

(1) Casado(a) ou em união (2)Solteiro(a)/nunca se casou (3)Viúvo (4)Divorciado (9)NR

A.14-Quantos filhos e filhas nascidos vivos o(a) Sr.(a) teve? (não inclua enteados, filhos adotivos, abortos ou filhos nascidos mortos)

Número de filhos: |__|__| (98)NS (99)NR

A.15. Tem ou teve filhos adotivos ou enteados?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

A.16. No total, quantos dos filhos biológicos, enteados e adotivos que mencionou, ainda estão vivos?

Número de filhos: |____|____| (98)NS (99)NR

A.17. O seu pai ainda está vivo?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

Vá para a questão A.19.

Vá para a questão A.20.

A.18. Onde mora seu pai?

(1) Nesta casa

(2) Em outra casa neste bairro

(3) Em outro bairro nesta cidade

(4) Em outra cidade neste país

(5) Em outro país

(8) NS

(9) NR

*Vá para questão A.20.

A.19. Que idade tinha seu pai quando faleceu?

Idade |____|____|____| (998)NS (999)NR

A.20. Sua mãe ainda está viva?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

Vá para a questão A.22.

Vá para questão A.23.

A.21. Onde mora sua mãe?

(1) Nesta casa

(2) Em outra casa neste bairro

(3) Em outro bairro nesta cidade (4) Em outra cidade neste país

(5) Em outro país

(8) NS

(9) NR

*Vá para questão A.23.

A.22. Que idade ela tinha quando faleceu? Idade |____|____|____|

(998) NS (999)NR

A.23. NÃO LER! FILTRO: As perguntas A.1 a A.22 foram realizadas com um informante substituto? (1) Sim ⇨ Vá para a questão B.10a. (2) Não

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão reduzida (GDS-15)

- | | | |
|---|---------|---------|
| 1 Você está satisfeito com a sua vida? | () Sim | () Não |
| 2 Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses? | () Sim | () Não |
| 3 Você sente que sua vida está vazia? | () Sim | () Não |
| 4 Você sente-se aborrecido com frequência? | () Sim | () Não |
| 5 Está você de bom humor na maioria das vezes? | () Sim | () Não |
| 6 Você teme que algo de ruim lhe aconteça? | () Sim | () Não |
| 7 Você se sente feliz na maioria das vezes? | () Sim | () Não |
| 8 Você se sente freqüentemente desamparado? | () Sim | () Não |
| 9 Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas? | () Sim | () Não |
| 10 Você sente que tem mais problemas de memória que antes? | () Sim | () Não |
| 11 Você pensa que é maravilhoso estar vivo? | () Sim | () Não |

- 12 Você se sente inútil? () Sim () Não
 13 Você se sente cheio de energia? () Sim () Não
 14 Você sente que sua situação é sem esperança? () Sim () Não
 15 Você pensa de que a maioria das pessoas estão melhores do que você? () Sim () Não

SEÇÃO B- AVALIAÇÃO COGNITIVA

Neste estudo estamos investigando como o(a) Sr(a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.

B.1. Como o(a) Sr(a) avalia sua memória atualmente?(leia as opções)

- (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa
 (4) Regular (5) Má (8) NS (9) NR

B.2. Comparando com um ano atrás, o(a) Sr.(a) diria que agora sua memória é: melhor, igual ou pior?

- (1) Melhor (2) Igual
 (3) Pior (8) NS (9) NR

B.3. Por favor, me diga a data de hoje (Pergunte mês, dia, ano, e dia da semana. Anote um ponto em cada resposta correta).

Códigos:			Correto
Segunda feira	01	Mês	<input type="text"/> <input type="text"/> ()
Terça feira	02	Dia do mês	<input type="text"/> <input type="text"/> ()
Quarta feira	03	Ano	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ()
Quinta feira	04	Dia da semana	<input type="text"/> <input type="text"/> ()
Sexta feira	05		Total ()
Sábado	06		
Domingo	07		

B.4. Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são as palavras porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr(a) tem alguma pergunta?

(Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote. Se o entrevistado não acertar as três palavras: 1) repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda, máximo de repetições: 5 vezes; 2) anote o número de repetições que teve que fazer; 3) nunca corrija a primeira parte; 4) anota-se um ponto por cada objeto lembrado e zero para os não lembrados)

ÁRVORE () (1) Lembrou
 MESA () (0) Não lembrou
 CACHORRO () NÚMERO DE REPETIÇÕES: ____
Total: ()

B.5. "Agora quero que me diga quantos são 30 menos (tira) 3 ... Depois ao número encontrado volte a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

(1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

27 ____ 24 ____ 21 ____ 18 ____ 15 ____

Total: ()

B.6. Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas (Passe o papel e anote 1 ponto para cada ação correta).

Pega o papel com a mão direita () Ação correta: 1 ponto
 Dobra na metade com as duas mãos () Ação incorreta: 0
 Coloca o papel sobre as pernas ()

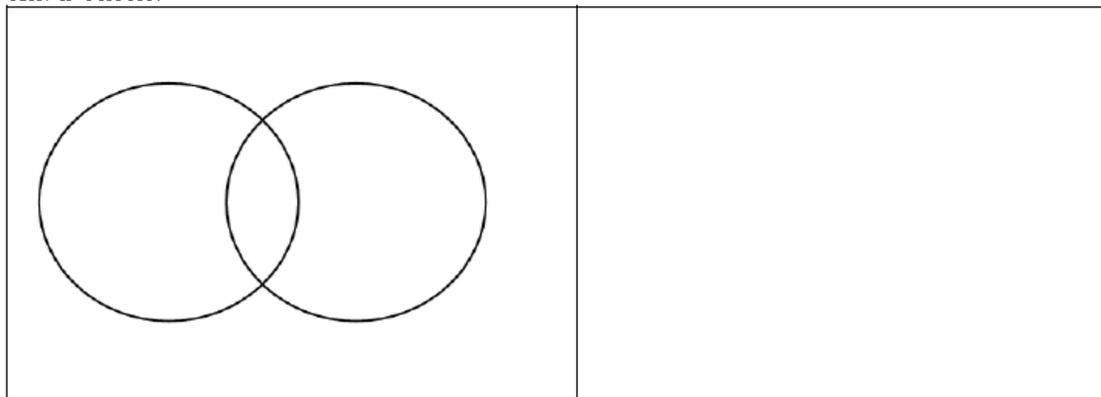
Total: ()

B.7. Há alguns minutos li uma série de 3 palavras e o Sr.(a) repetiu as palavras que lembrou. "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar". (1 ponto por cada resposta correta).

ÁRVORE () Lembrou- 1
MESA () Não lembrou-0
CACHORRO ()

Total ()

B.8. Por favor, copie este desenho. Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam. A ação está correta se os círculos não se cruzam mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto.



(0) Ação incorreta (1) ação correta

B.9. NÃO LER! FILTRO- Some as respostas corretas anotadas nas perguntas B.3 a B.8 e anote o total (a pontuação máxima é 19)

(1) a soma é 13 ou mais (Vá p → a seção C- ESTADO DE SAÚDE)
(2) a soma é 12 ou menos

B.10. Alguma outra pessoa que mora nesta casa poderia ajudar-nos a responder algumas perguntas?

(1) SIM (anote o nome do informante e aplique a escala abaixo)
(2) NÃO (avaliar com o supervisor se a entrevista pode continuar só com a pessoa entrevistada)

Mostre ao informante a seguinte cartela com as opções e leia as perguntas. Anote a pontuação como segue:

(0) Sim, é capaz (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora
(1) Com alguma dificuldade, mas faz (1) Nunca fez e teria dificuldade agora
(2) Precisa de ajuda (3) Não é capaz

		Pontos
B.10a.	(NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	
B.10b.	(NOME) é capaz de fazer compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)?	
B.10c.	(NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	
B.10d.	(NOME) é capaz de preparar comida?	
B.10e.	(NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	
B.10f.	(NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal?	
B.10g.	(NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	
B.10h.	(NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	
B.10i.	(NOME) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	
B.10j.	(NOME) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	
B.10k.	(NOME) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?	

B.11. Some os pontos das perguntas de B.10a ao B.10.k e anote no "TOTAL". **Total: ()**

- (1) A soma é 6 ou mais (continue a entrevista com ajuda do informante substituto e **revise a Seção A- INFORMAÇÕES PESSOAIS**)
- (2) A soma é 5 ou menos (continue a entrevista com o entrevistado. Caso a pessoa necessite de ajuda para responder algumas perguntas, continue com um informante auxiliar)

SEÇÃO C- ESTADO DE SAÚDE

C.1. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

- (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Má (8) NS (9) NR

C.2. Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o(a) Sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

- (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

C.3. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?

- (1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

C.4. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão? (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR



Vá para a C.5.

C.4a. O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento para baixar sua pressão sanguínea? (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.4b. Para baixar sua pressão sanguínea, durante os últimos doze meses, perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?

- (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.4c. Sua pressão sanguínea geralmente está controlada?

- (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.5. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes, quer dizer, níveis altos de açúcar no sangue?

- (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR



Vá para a questão C.6.

C.5a. O Sr(a) está tomando algum medicamento oral para controlar seu diabetes?

- (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.5b. Para controlar seu diabetes, utiliza injeções de insulina?

- (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.5c. Nos últimos doze meses, para tratar ou controlar seu diabetes, o Sr(a) perdeu peso ou seguiu uma dieta especial?

- (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.5d. Seu diabetes está geralmente controlado?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.6. Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) tem câncer ou tumor maligno, excluindo tumores menores da pele?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

↓
Vá para a questão C.7.

C.6a. Em que ano ou com que idade foi diagnosticado o seu câncer pela primeira vez?

Idade |__|__|

Ano |__|__|__|__|

(9998) NS

(9999) NR

C.6b. O(a) Sr.(a) tem algum outro tipo de câncer, além do primeiro que o(a) Sr.(a) mencionou?

(1) SIM, Quantos? |__| (2) NÃO (8) NS (9) NR

C.7. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite ou enfisema?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

↓
Vá para C.8.

C.7a. O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou recebendo algum outro tratamento para sua doença pulmonar?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.7b. Em comparação com doze meses atrás, essa doença pulmonar melhorou, ficou igual ou piorou?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

C.7c. O(a) Sr.(a) está recebendo oxigênio?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.7d. O(a) Sr.(a) está recebendo alguma terapia física ou respiratória?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.7e. Sua doença pulmonar limita suas atividades diárias tais como trabalhar ou fazer as tarefas domésticas?

(1) Muito (2) Pouco (3) Não interfere (8) NS (9) NR

C.8. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) teve um ataque do coração, uma doença coronária, angina, doença congestiva ou outros problemas cardíacos?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para questão C.9.

C.8a. Em que ano ou com que idade foi diagnosticado pela primeira vez, seu problema cardíaco?

Idade |__|__|

Ano |__|__|__|__|

() NS 9998

() NR 9999

C.8b. Nos últimos 12 meses seu problema cardíaco melhorou, ficou igual ou piorou?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

C.8c. O(a) Sr(a) toma algum medicamento para seu problema cardíaco?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.8d. Sua doença cardíaca limita suas atividades diárias como as tarefas domésticas ou trabalho?

(1) Muito (2) Pouco (3) Não interfere (8) NS (9) NR

C.9. Alguma vez um médico lhe disse que o(a) Sr(a) teve uma embolia, derrame, isquemia ou trombose cerebral?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para a C.10

C.9a. Em que ano ou com que idade teve o mais recente?

Idade |____|____|

Ano |____|____|____|____| () NS 9998 () NR 9999

C.9b. Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) consultou um médico a respeito deste problema ou derrame cerebral? (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.9c. O(a) Sr(a) tem alguma seqüela ou problema derivado do(s) derrame(s) cerebral(is)?

(1) Sim. Qual: _____
(2) Não (8) NS (9) NR

C.10. Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que tem artrite, reumatismo, artrose?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para a questão C.11.

C.10a. Sente dor, rigidez ou inchaço nas articulações?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.10b. O(a) Sr(a) está tomando algum medicamento ou está recebendo tratamento para sua artrite, reumatismo ou artrose?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.10c. A artrite, reumatismo ou artrose limita suas atividades diárias como trabalhar ou fazer coisas da casa?

(1) Muito (2) Pouco (3) Nada (8) NS (9) NR

C.11. Teve alguma queda nos últimos 12 meses?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para a questão C.11c.

C.11a. Quantas vezes o(a) Sr(a) caiu nos últimos 12 meses?

(1) Nº Vezes |____|____| (8) NS (9) NR

C.11b. Em alguma queda se machucou de tal maneira a ponto de precisar de tratamento médico?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.11c. Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) fraturou o quadril?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.11d. Nos últimos 12 meses o(a) Sr(a) fraturou o punho?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.11e. Alguma vez um médico ou enfermeiro disse que o Sr. tem osteoporose?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

↓
Vá para a C.12

C.11f. Em que ano ou com que idade foi diagnosticada a osteoporose?

Idade | |

Ano | | | | () NS 9998 () NR 9999

C.12. Normalmente não gostamos de falar sobre isso, mas preciso saber para o estudo se, nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu urina sem querer?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para C.12b.

C.12a. Quantos dias aconteceu isso, no último mês?

(1) menos de 5 dias (2) de 5 a 14 dias
(3) mais de 15 dias (8) NS (9) NR

C.12b. Nos últimos 12 meses, alguma vez perdeu controle dos movimentos intestinais ou das fezes?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.13. Agora passemos a falar da boca e dos seus dentes. Faltam-lhe alguns dentes?

(1) Sim, uns poucos (até 4)
(2) Sim, bastante (mais de 4 e menos da metade)
(3) Sim, a maioria (a metade ou mais)
(4) Não Vá para a questão C.14
(8) NS (9) NR

C.13a. O(a) Sr(a) usa ponte, dentadura ou dentes postiços?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.14. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve que comer menos ou mudar de comida por causa dos seus dentes, pontes ou dentadura postiça?

(1) Sempre (2) Frequentemente
(3) Algumas vezes (4) Raramente
(5) Nunca (8) NS (9) NR

Agora gostaria que me respondesse se o que lhe pergunto aconteceu sempre, frequentemente, algumas vezes, raramente ou nunca, nos últimos 12 meses.	Sem-pre	Fre-qüen-temen-te	Algu-mas-vezes	Rara-men-te	Nun-ca	NS	NR
C.14a. Quantas vezes teve problemas para mastigar comidas duras como carne ou maçã?	1	2	3	4	5	8	9
C.14b. Quantas vezes conseguiu engolir bem?	1	2	3	4	5	8	9
C.14c. Quantas vezes não conseguiu falar bem por causa dos seus dentes ou dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.14d. Quantas vezes foi capaz de comer qualquer coisa sem sentir desconforto?	1	2	3	4	5	8	9
C.14e. Quantas vezes não quis sair à rua ou falar com outras pessoas por causa de seus dentes ou da sua dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.14f. Quando se olha no espelho, quantas vezes esteve contente de como vê seus dentes ou dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.14g. Quantas vezes teve que usar algum remédio para aliviar a dor de seus dentes ou os problemas na sua boca?	1	2	3	4	5	8	9
C.14h. Quantas vezes esteve preocupado ou se deu conta de que seus dentes ou sua dentadura não estão bem?	1	2	3	4	5	8	9

C.14i. Quantas vezes ficou nervoso por problemas de dentes ou da dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.14j. Quantas vezes não comeu como queria diante de outras pessoas por causa dos seus dentes ou da dentadura?	1	2	3	4	5	8	9
C.14k. Quantas vezes teve dor nos dentes por causa de alimentos frios, quentes ou doces?	1	2	3	4	5	8	9

C14l - Já foi ao dentista alguma vez na vida? (1) sim (2) não

C14m - Há quanto tempo foi ao dentista?

(0) nunca foi (1) menos de 1 ano (2) de 1 a 2 anos

(3) 3 anos ou mais (98)NS (99) NR

C14n- Considera que necessita de tratamento atualmente?

(1) sim (2) não (98)NS (99) NR

C14o - Como classificaria sua saúde bucal?

(1) péssima (2) ruim (3) regular (4) boa (5)ótima (99)NR

C.15. FILTRO: Sexo do entrevistado

(1) Feminino (2) Masculino → vá para a questão C.16.



C.15a. Que idade tinha quando menstruou pela última vez?

Idade |____|____|

(00) Ainda menstrua (98) NS (99) NR

C.15b. A senhora tomou alguma vez ou toma atualmente estrógeno, isto é, hormônio de mulher para a menopausa, através de comprimidos, adesivos (emplastros) ou creme?

(1) SIM

(2) Não (8)NS (9)NR

↓
Vá para a questão C.17

C.15c. Com que idade começou a tomar hormônios para a menopausa? Idade |____|____|

C.15d. Há quanto tempo a senhora está tomando estrógeno?

() Meses |____|____|

(13) 1 a 4 anos (14) 5 a 9 anos (15) 10 anos e mais

(98) NS (99) NR (16) tomou, e não toma mais

C.16. APENAS PARA HOMENS: (mulheres, vá para C17)

Nos últimos 2 anos, alguma vez lhe fizeram o exame da próstata?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

	Sim	Não	NS	NR
C.16a - Precisa urinar com frequência?	1	2	8	9
C.16b -O senhor acha que mesmo tendo vontade de urinar, o jato é fraco e pequeno?	1	2	8	9
C.16c -Sente um ardor ou queimação quando urina?	1	2	8	9
C.16d -O senhor precisa urinar 3 vezes ou mais durante a noite?	1	2	8	9

C.17. Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem algum problema nervoso ou psiquiátrico?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR  Vá para a questão C.17c

C.17a- Em comparação com 12 meses atrás, seu problema nervoso ou psiquiátrico está melhor, igual ou pior?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

C.17b- O(a) Sr(a) tem tratamento psiquiátrico ou psicológico por esses problemas?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.17c- Durante os últimos 12 meses, o(a) Sr(a) tomou algum remédio contra a depressão?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.17d- O(a) Sr(a) tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite, nos últimos 12 meses?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.17e- Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) tem diminuído de peso sem fazer nenhuma dieta?

(1) 1 a 3 kg (2) + 3 kg (3) Não perdeu (8) NS (9) NR

C.17f- Com relação a seu estado nutricional, o(a) Sr(a) se considera bem nutrido?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

OS ESTUDOS FEITOS MOSTRAM QUE O ESTILO DE VIDA É UM FATOR MUITO IMPORTANTE PARA A SAÚDE. POR ISSO GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ELE.

C.18. Nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas? (Por exemplo: cerveja, vinho, aguardente ou outras bebidas que contenham álcool).

(1) Nenhum Vá para a questão 19 (4) 2-3 dias por semana (8) NS

(2) Menos de 1 dia por semana (5) 4-6 dias por semana (9) NR

(3) 1 dia por semana (6) Todos os dias

C.18a. Nos últimos três meses, nos dias em que tomou bebida alcoólica, quantos copos de vinho, cervejas, aguardente ou outra bebida tomou, em média, cada dia?

copos de vinho (98) NS

cervejas (99) NR

outra bebida

C.19. O Sr. tem ou teve o hábito de fumar? **Leia cada opção até obter uma resposta afirmativa**

(1) fuma atualmente

(2) já fumou, mas não fuma mais Vá para a questão C.19b.

(3) nunca fumou (8) NS (9) NR Vá para a questão C.20.

C.19a. Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia?

cigarros por dia

cachimbos

charutos

Definição: um maço=20 cigarros

Vá para a questão C.19c

C.19b. Há quantos anos deixou de fumar?

Idade em anos:

Ano:

(9998) NS

(9999) NR

Se deixou de fumar há menos de um ano, anote "00"

C.19c. Que idade tinha quando começou a fumar?

Idade em anos:

Ano:

(9998) NS

(9999) NR

**GOSTARIA DE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE OS PRIMEIROS
15 ANOS DE SUA VIDA**

C.20. Como o(a) Sr(a) descreveria a situação econômica de sua família durante a maior parte dos primeiros 15 anos de sua vida? **Leia cada opção até obter uma resposta afirmativa**

(1) Boa (2) Regular (3) Ruim (8) NS (9) NR

C.21. Durante a maior parte dos primeiros 15 anos da sua vida, como o(a) Sr(a) descreveria sua saúde naquela época?

(1) Excelente (2) Boa (3) Ruim (8) NS (9) NR

C.22

Antes dos 15 anos o(a) Sr(a) se lembra de ter tido alguma destas doenças?	Sim	Não	NS	NR
a- Nefrite ou doenças dos rins	1	2	8	9
b- Hepatite	1	2	8	9
c- Sarampo	1	2	8	9
d- Tuberculose	1	2	8	9
e- Febre reumática	1	2	8	9
f- Asma	1	2	8	9
g- Bronquite crônica	1	2	8	9
h- Alguma outra doença?	1	2	8	9
Especifique: 1 _____	1	2	8	9
2 _____	1	2	8	9
3 _____	1	2	8	9

C.23. Durante os primeiros 15 anos da sua vida ficou na cama por um mês ou mais devido a algum problema de saúde?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

C.24. Durante os primeiros 15 anos da sua vida, o(a)Sr(a) diria que houve algum tempo em que não comeu o suficiente ou passou fome?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

SEÇÃO D- ESTADO FUNCIONAL

D – O idoso é: (1) deambulante (2) acamado (3)cadeirante (8)NS

DO – O(a) Sr(a) desenvolveu algum tipo de lesão de pele (ferida ou escara)?

(1) Sim, anote o local _____
(2) Não (8) NS (9) NR

Precisamos entender as dificuldades que algumas pessoas têm em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária devido a algum problema de saúde. O(a) Sr(a) poderia me dizer, por favor, se encontra alguma dificuldade (atualmente) em fazer cada uma das seguintes atividades que vou dizer. Não considere qualquer problema que o(a) Sr(a) espera que dure menos de três meses.

Tarefas de atividades físicas mais elaboradas	Sim	Não	Não pode	Não faz	NR
D.1a Tem alguma dificuldade em correr ou trotar um quilômetro e meio ou 15 quadras?	1	2- Vá p/ "D2."	3	4	9
D.1b Tem dificuldade em caminhar várias ruas (quadras)?	1	2- Vá p/ "D2"	3	4	9
D.1c Tem alguma dificuldade em caminhar uma rua (quadra)?	1	2	3	4	9
D.2 Tem dificuldade em ficar sentado(a) durante duas horas?	1	2	3	4	9
D.3 Tem dificuldade em se levantar de uma cadeira, depois de ficar sentado(a) durante longo período?	1	2	3	4	9
D.4 Encontra alguma dificuldade em subir vários lances de escada sem parar para descansar?	1	2- Vá p/ "D6."	3	4	9
D.5 Tem dificuldade em subir um andar pelas escadas sem descansar?	1	2	3	4	9
D.6 Tem dificuldade em se curvar, se ajoelhar, ou se agachar?	1	2	3	4	9
D.7 Tem dificuldade para estender seus braços acima dos ombros?	1	2	3	4	9
D.8 Tem dificuldade para puxar ou empurrar grandes objetos, como uma poltrona?	1	2	3	4	9
D.9 Encontra alguma dificuldade em levantar ou carregar pesos maiores que 5kg, como uma sacola de compras pesada?	1	2	3	4	9
D.10 Tem dificuldade em levantar uma moeda de uma mesa?	1	2	3	4	9

Vou dizer para o(a) Sr(a) algumas atividades da vida diária. Por favor, diga se tem alguma dificuldade em realizá-las DEVIDO A UM PROBLEMA DE SAÚDE.

Exclua os problemas que o(a) Sr(a) espera que dure menos de três meses.

D.11- O(a) senhor(a) tem dificuldade em atravessar um quarto caminhando?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR para D.13

D.12- O(a) senhor(a) costuma usar algum aparelho ou instrumento de apoio para atravessar um quarto, caminhando?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para 12b

D.12a- Que tipo de aparelho ou meio de apoio o(a) Sr.(a) usa? **(Anote todas as respostas mencionadas espontaneamente).**

- (01) corrimão (02) andador (03) bengala
 (04) muletas (05) sapatos ortopédicos
 (06) suporte ou reforço (p/ pernas ou ombro)
 (07) prótese
 (08) oxigênio ou respirador
 (09) móveis ou parede como apoio
 (10) cadeira de rodas
 (11) outro. Especifique: _____
 (98) NS (99) NR

D.12b- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para atravessar um cômodo caminhando?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.13- O(a) senhor(a) encontra dificuldade para se vestir (incluindo calçar sapatos, chinelos ou meias)?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR para D.14a

D.13a- O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para se vestir?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.14- O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar banho? (Incluindo entrar ou sair da banheira)

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para D.15

D.14a- O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou aparelho para tomar banho (como corrimão, barra de apoio ou cadeira/banquinho)?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.14b- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para tomar banho?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.15- O(a) senhor(a) tem dificuldade para comer? (cortar a comida, encher um copo, etc.)

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para D.16

D.15a- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para comer?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.16- O(a) senhor(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para 17

D.16a- O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum aparelho ou instrumento de apoio para deitar ou levantar da cama?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.16b- O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para deitar ou levantar da cama?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.17- O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir ao banheiro (incluindo sentar e levantar do vaso sanitário)?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR \implies Vá para D.18

D.17a- O(a) senhor(a) utilizou alguma vez algum equipamento ou instrumento de apoio quando usa o vaso sanitário?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.17b- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para usar a privada ou o vaso sanitário?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.18- O(a) senhor(a) tem dificuldade em preparar uma refeição quente?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR } Vá para D.19

D.18a- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para preparar uma refeição quente?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.19- O(a) senhor(a) tem dificuldade para cuidar do próprio dinheiro?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR } Vá para D.20

D.19a- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para cuidar do próprio dinheiro?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.20- O(a) senhor(a) tem dificuldade para ir a outros lugares sozinho(a), como ir ao médico, à igreja, etc.?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR } Vá para D.21

D.20a- Alguém o(a) acompanha para ajudá-lo(a) a subir ou descer de um transporte (carro ou ônibus), lhe oferece transporte ou ajuda para conseguir um transporte (chama um táxi, por exemplo)?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.21- O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer as compras de alimentos?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR } Vá para D.22

D.21a- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para fazer as compras de alimentos?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.22- O(a) senhor(a) tem dificuldade para telefonar?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR Vá para D. 23

D.22a- O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para telefonar?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.23- O(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer tarefas domésticas leves, tais como arrumar a cama, tirar pó dos móveis, etc.?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR Vá para D. 24

D.23a- O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para as tarefas domésticas leves?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.24- O(a) senhor(a) tem dificuldade para realizar tarefas domésticas mais pesadas, tais como lavar roupas, limpar o chão, limpar o banheiro, etc.?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR Vá para D. 25

D.24a- O(a) senhor(a) recebe a ajuda de alguém para as tarefas pesadas da casa?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

D.25- O(a) senhor(a) tem dificuldade para tomar seus remédios?

(1) Sim (3) Não consegue

(2) Não

(4) Não costuma fazer (8) NS (9) NR Vá para seção E

D.25a- O(a) senhor(a) recebe ajuda de alguém para tomar seus remédios?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

SEÇÃO E- MEDICAMENTOS

Gostaria de tomar nota dos remédios e outras coisas que o(a) Sr(a) está tomando ou usando atualmente.

E.1- O(a) Sr.(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente está usando ou tomando?

(1) Sim (2) Não (3) Não toma medicamentos \rightarrow para questão E.6.

E.2- Caso a pessoa entrevistada não tenha mostrado os remédios, pergunte: O(a) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos remédios de uso contínuo que está usando ou tomando?

*Anotar apenas os 5 principais e fazer observação no caso de maior número.

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____

E.3- Quem o receitou?

- (1) médico (2) farmacêutico (3) enfermeira (4) o(a) Sr(a) mesmo
 (5) outro (8) NS (9) NR
- 1- _____ ()
 2- _____ ()
 3- _____ ()
 4- _____ ()
 5- _____ ()

E.4- Há quanto tempo usa este medicamento de maneira contínua?

- (0) menos de um mês; (95) não toma de forma contínua;
 (96) menos de seis meses; (97) menos de 1 ano; (98) NS (99) NR
- 1- _____ ()
 2- _____ ()
 3- _____ ()
 4- _____ ()
 5- _____ ()

E.5- Como obteve ou quem pagou pelo remédio, na última vez que o comprou?

- (1) seguro social (2) outro seguro público
 (3) seguro particular (4) do seu próprio bolso
 (5) filhos pagam (6) outro. Qual? _____
 (8) NS (9) NR
- 1- _____ ()
 2- _____ ()
 3- _____ ()
 4- _____ ()
 5- _____ ()

E.6- Atualmente, o(a) Sr(a) toma (outros) remédios naturais, como ervas ou produtos homeopáticos para cuidar da sua saúde?

- (1) Sim **Volte para E.2 e anote** (2) Não (8) NS (9) NR

E.7- O(a) Sr(a) toma ou usa algum outro medicamento? Por exemplo: aspirina ou outro medicamento contra a dor, laxantes, medicamentos para gripe, medicamento para dormir, tranquilizantes, antiácidos, vitaminas, unguentos ou suplemento alimentar?

- (1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

SEÇÃO F- USO E ACESSO AOS SERVIÇOS**F01- Que tipo de seguro de saúde o(a) Sr(a) tem? (Assinale todas as respostas mencionadas)**

- (1) Plano de Saúde Privado
 (2) Seguro Público (SUS)
 (3) Outro: _____
 (4) Nenhum (8) NS (9) NR

F02 – Durante os últimos 12 meses, quantas vezes diferentes o(a) Sr(a) esteve internado no hospital?

- _____ número de vezes; (999) Nenhuma; (98) NS (99) NR

F03 – No total, quantas noites esteve internado em hospital nos últimos 4 meses?
 _____(nº) (999) Nenhuma; (98)NS (99)NR

SEÇÃO H- HISTÓRIA DE TRABALHO E FONTES DE RECEITA

H.01- Alguma vez, na sua vida, o(a) Sr.(a) teve algum trabalho, pelo qual recebeu um pagamento em dinheiro ou em espécie?

(1) Sim → Vá para H.04 (2) Não (8) NS (9) NR

H.02- Alguma vez, na sua vida, trabalhou ou ajudou em um estabelecimento familiar, sem receber qualquer tipo de pagamento?

(1) Sim → Vá para H.04 (2) Não (8) NS (9) NR

H.03- Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) nunca trabalhou?

- (1) problema de saúde (2) não tinha necessidade econômica
 (3) dedicou-se a cuidar da família (4) casou-se muito jovem
 (5) não havia oportunidade de trabalho (6) os pais não deixaram
 (7) outro. Especifique: _____
 (8) NS (9) NR

H.04- Que idade o(a) Sr.(a) tinha quando começou a trabalhar, na primeira vez?

____ ANOS (98) NS (99) NR

H.05- O Sr(a) trabalha atualmente mesmo sendo aposentado?

(01) sim, mesmo sendo aposentado Vá para H.07

(02) sim, não sou aposentado Vá para H.07

(03) não trabalha Vá para H.07

(04) só faço trabalho doméstico Vá para H.07

(98) NS (99) NR Vá para H.09

H.07- Com que idade deixou de trabalhar?

____ ANOS (998) NS (999) NR

H.08- Qual a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) não trabalha atualmente?(somente uma resposta)

- (1) não consegue trabalho (2) problemas de saúde
 (3) aposentado por idade (4) foi colocado à disposição
 (5) a família não quer que trabalhe (6) outro. Especifique: _____
 (8) NS (9) NR

H.09- Agora, vou me referir ao seu trabalho atual ou ao último que o(a) Sr(a) teve.

Qual é o nome da ocupação ou ofício que o(a) Sr.(a) desempenhou no seu trabalho na última vez que trabalhou?

(98) NS (99) NR

Textual: _____

H.10- Qual a ocupação que desempenhou a maior parte da sua vida?

(98) NS (99) NR

Textual: _____

H.11- Quantos anos o(a) Sr.(a) dedica ou dedicou a esta ocupação?

Anos: (98) NS (99) NR

H.12- Alguma vez um médico ou enfermeira lhe disse que o(a) Sr(a) tinha ou tem um problema de saúde provocado pelas condições desta ocupação?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR Vá para H. 1 ⇌

H.13- Que tipo de problema é este? (98) NS (99) NR

Textual: _____

H.14- Qual é a principal razão pela qual o(a) Sr.(a) trabalha? (anote somente uma resposta)

- (1) necessita do ganho (2) quer ajudar a família
 (3) quer manter-se ocupado (4) necessidade de sentir-se útil, produtivo
 (5) gosto do meu trabalho (6) outro. Especifique: _____
 (8) NS (9) NR

H.15 - Qual a renda familiar? (em reais)

_____ (número) (8) NS (9)NR

H.16 - Quantas pessoas vivem desta renda?

_____ (número) (998) NS (999)NR

H.17. O(a) Sr(a) (e sua(seu) companheira(o)) considera que tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

(1) Sim (2) Não (8) NS (9) NR

SEÇÃO J- CARACTERÍSTICAS DA MORADIA

Agora, quero fazer algumas perguntas sobre a sua casa.

J.01- Esta moradia é? (leia as opções até obter uma resposta afirmativa)

- (1) casa? (2) apartamento? (3) barraco ou trailer?
 (4) abrigo? (5)outro? Especifique: _____ (8) NS
 (9)NR

J.02- Esta casa é: (leia as opções até obter uma resposta afirmativa)

- (1) própria e quitada, em terreno próprio
 (2) ainda está pagando
 (3) própria, em terreno que não é próprio
 (4) arrendada, alugada ou emprestada
 (5) outro? Especifique: _____
 (8) NS (9)NR

J.03- A sua casa tem luz elétrica?

(1) Sim (2) Não (998) NS (999)NR

J.04- Os moradores desta casa dispõem de água encanada? (Leia as opções até obter uma resposta afirmativa)

- (1) dentro da casa? (2) fora da casa, mas no terreno?
 (3) fonte pública? (4) não dispõem de água encanada?
 (9) NR

J.05 - Qual o número de cômodos da residência?
 _____(número) (998) NS (999)NR

J05a – Esta casa tem algum sistema de drenagem de esgoto?
 (1) Sim
 (2) Não (998) NS (999)NR \Rightarrow Vá para J06

J05b – Especifique: Rede pública de esgoto (1)
 Fossa séptica (2)
 Escoamento a céu aberto (3)
 NS(8) NR(9)

J.06 - Quantas pessoas residem neste domicílio?
 _____(número) (998) NS (999)NR

SEÇÃO K- ANTROPOMETRIA

Precisamos medir sua altura e para isso, queremos que o(a) Sr(a) fique descalço(a). Coloque-se de pé, com pés e calcanhares juntos e com suas costas e cabeça encostada na parede. Olhe bem para frente.

K.01- ALTURA- Referida | | | | | cm
 Medida 1 | | | | | cm
 Medida 2 | | | | | cm
 Medida 3 | | | | | cm

(999) não consegue parar de pé Neste caso \Rightarrow realizar a medida da altura do joelho.

K.02- Medida da altura dos joelhos- Medida 1 | | | | | cm
 Medida 2 | | | | | cm
 Medida 3 | | | | | cm

K.03- Circunferência do braço- Medida 1 | | | | | cm
 Medida 2 | | | | | cm
 Medida 3 | | | | | cm

K.04- Cintura- Medida 1 | | | | | cm
 Medida 2 | | | | | cm
 Medida 3 | | | | | cm
 (999) não consegue parar de pé

K.04b- Quadril Medida 1 | | | | | cm
 Medida 2 | | | | | cm
 Medida 3 | | | | | cm
 (999) não consegue parar de pé

K.05- Dobra tricipital- Medida 1 | | | | | cm
 Medida 2 | | | | | cm
 Medida 3 | | | | | cm

K.06- Peso- Referido | | | | | Kg Medida 1 | | | | | Kg

K.07- Circunferência de panturrilha- Medida 1 | | | | | cm
 Medida 2 | | | | | cm
 Medida 3 | | | | | cm

K.08- O(a) Sr.(a) teve alguma cirurgia no braço ou na mão que usa regularmente, nos últimos três meses?

(1) Sim \Rightarrow Vá para Seção L (2) Não (8) NS (9) NR

K.09- Agora vou usar um instrumento que se chama DINAMÔMETRO para testar a força da sua mão. Este teste somente pode ser feito se o(a) Sr(a) **NÃO** sofreu nenhuma cirurgia no braço ou na mão, nos últimos três meses. Use o braço que acha que tem mais força. Coloque o cotovelo sobre a mesa e estique o braço com a palma da mão para cima. Pegue as duas peças de metal juntas assim (faça a demonstração). Preciso ajustar o aparelho para o seu tamanho? Agora, aperte bem forte. Tão forte quanto puder. As duas peças de metal não vão se mover, mas eu poderei ver qual a intensidade da força que o(a) Sr(a) está usando. Vou fazer este teste 2 vezes. Avise-me se sentir alguma dor ou incômodo. ANOTE A MÃO USADA NO TESTE: (1) Esquerda (2) Direita

PRIMEIRA VEZ:

(95) tentou, mas não conseguiu (96) não tentou, por achar arriscado
 (97) entrevistado incapacitado (98) recusou-se a tentar
 COMPLETOU O TESTE: |___|___|___| kg

SEGUNDA VEZ:

(95) tentou, mas não conseguiu (96) não tentou, por achar arriscado
 (97) entrevistado incapacitado (98) recusou-se a tentar
 COMPLETOU O TESTE: |___|___|___| kg

SEÇÃO L- MOBILIDADE E FLEXIBILIDADE

Serão excluídos desta seção: usuários de próteses, muletas/órteses, pessoas com dificuldade de entendimento dos testes e com dificuldade de equilíbrio.

Para continuarmos preciso realizar alguns testes para medir sua mobilidade e flexibilidade. Primeiro vou-lhe mostrar como fazer cada movimento e, em seguida, gostaria que o(a) Sr(a) tentasse repetir os meus movimentos. Se achar que não tem condições de fazê-lo ou achar arriscado, diga-me e passaremos a outro teste.

L.1 FILTRO: Incapacitado para realizar qualquer teste de flexibilidade e mobilidade.

(1) Sim \Rightarrow **não realize os testes** (2) Não

L.01a - Quero que o(a) Sr(a) fique em pé, com os pés juntos, mantendo os olhos abertos. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (**dez segundos**). Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer com o corpo, para se equilibrar, porém, tente não mexer os pés.

(95) tentou, mas não conseguiu
 (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |___|___| } Vá para L.4

L.02- Agora, quero que o(a) Sr(a) tente ficar em pé, com o calcanhar de um dos pés na frente do outro pé, por uns dez segundos. O(a) Sr(a) pode usar qualquer pé, aquele que lhe dê mais segurança. Pode usar os braços, dobrar os joelhos ou mexer o corpo para se equilibrar, porém tente não mexer os pés. Por favor, mantenha essa posição até eu avisar (**dez segundos**).

(95) tentou, mas não conseguiu
 (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |___|___| } Vá para L.4

L.03- Ficando de pé, gostaria que o(a) Sr(a) tentasse se equilibrar em um pé só, sem se apoiar em nada. Tente primeiro com qualquer um dos pés, depois tentaremos com o outro. Eu contarei o tempo e vou

lhe dizer quando começar e terminar (**dez segundos**). Podemos parar a qualquer momento que o(a) Sr(a) sinta que está perdendo o equilíbrio.

Pé Direito: (95) tentou, mas não conseguiu
 (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |____|____|

Pé Esquerdo: (95) tentou, mas não conseguiu
 (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |____|____|

L.04- O(a) Sr(a) se sente confiante para tentar levantar-se rapidamente da cadeira, cinco vezes seguidas?

(1) Sim (2) Não \Rightarrow Vá para L.8

L.05- Agora, quero que o(a) Sr(a) tente levantar e sentar de uma cadeira, cinco vezes seguidas.

(95) tentou, mas não conseguiu
 (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |____|____| } Vá para L.8

L.06- O(a) Sr(a) se sente confiante para tentar levantar-se da cadeira, com os braços cruzados cinco vezes seguidas?

(1) Sim (2) Não \Rightarrow Vá para L.8

L.07- Agora, mantendo os braços cruzados sobre o peito, quero que o(a) Sr(a) se levante da cadeira, o mais rapidamente possível, cinco vezes sem fazer nenhuma pausa. Cada vez que o(a) Sr(a) conseguir ficar em pé, sente-se de novo e, levante-se novamente (60 segundos).

(95) tentou, mas não conseguiu
 (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |____|____|

Anote a altura do assento da cadeira |____|____| cm

L.08- Nas últimas seis semanas, o(a) Sr(a) sofreu uma cirurgia de catarata ou uma intervenção na retina?

(1) Sim \Rightarrow Vá para Seção M (2) Não (8) NS (9) NR

L.09- Para este próximo teste, o(a) Sr(a) terá que se agachar e apanhar um lápis do chão. Este é um movimento que vai fazer somente se **NÃO** sofreu uma cirurgia de catarata nas últimas seis semanas. Começando, fique em pé, agache-se, apanhe este lápis, e fique novamente em pé. (Coloque o lápis no chão, na frente do entrevistado e avise-o quando começar. **Se o entrevistado não conseguir em menos de 30 segundos, não o deixe continuar**).

(95) tentou, mas não conseguiu (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |____|____|

L10 – Este é o trajeto da caminhada, gostaria que o(a) Sr(a) andasse de um ponto a outro deste percurso em sua velocidade normal, como estivesse caminhando na rua.

(95) tentou e não conseguiu (96) não tentou, por achar arriscado
 (98) recusou-se a tentar
 () realizou o teste em: segundos |____|____|

L10a – Repetir o teste:

(95) tentou e não conseguiu (96) não tentou, por achar arriscado

(98) recusou-se a tentar

() realizou o teste em: segundos [] []

Anotar aqui o menor tempo entre as duas tentativas _____

L10b – Para realizar a caminhada o idoso precisou de algum dispositivo de ajuda?

(1) sim especifique _____

(2) não (8)NS (9)NR

SEÇÃO M- FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Com que frequência, aproximadamente, você consome os alimentos listados abaixo?

Alimento	4 ou mais vezes por semana	1 a 3 vezes por semana	Menos de 1 vez por semana	Não consome	Não sabe informar
M.01 - Carnes salgadas: bacalhau, charque, carne seca, carne de sol, paio, toucinho, costela etc.	3	2	1	0	
M.02 - Produtos industrializados: enlatados, conservas, sucos engarrafados, sucos desidratados, sopa desidratadas, produtos em vidros etc.	3	2	1	0	
M.03 Embutidos: lingüiça, salsicha, fiambre, presunto etc.	3	2	1	0	
M.04 - Frituras	3	2	1	0	
M.05 – Manteigas	3	2	1	0	
M.06 - Carne de porco: pemil, carrê, costeleta etc., carne de carneiro ou cabra.	3	2	1	0	
M.07- Carne de vaca	3	2	1	0	
M.08- Refrigerantes não dietéticos	3	2	1	0	
M.09- Balas, doces, geléias, bombons ou chocolate	3	2	1	0	
M.10- Açúcar, mel ou melaço usados como adoçantes no café, chá, sucos etc.	3	2	1	0	
M.11 - Ovos: crus, cozidos, fritos, pochê etc	3	2	1	0	
M.12- Verduras, legumes e frutas.	0	1	2	3	

M13 - Quantas refeições completas o(a) Sr(a) faz por dia?

(1) Uma (2) duas (3) três ou mais (8)NS

M14 - Consome leite, queijo ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia?

(1)sim (2)não (8)NS (9)NR

M14a – O leite e derivados que você consome são integrais, semi-desnatados ou desnatados:

(1) Integrais (2) desnatados (3) semi-desnatados (8)NS (9)NR

M15 - Come ovos, feijão ou lentilhas (leguminosas), pelo menos uma vez por semana?

(1)sim (2)não (8)NS (9)NR

M16 - Come carne, peixe ou aves pelo menos três vezes por semana?

(1)sim (2)não (8)NS (9)NR

M17 - Tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite nos últimos 12 meses?

(1)sim (2)não (8)NS (9)NR

M18 - Quantos copos ou xícaras de líquido consome diariamente? (incluir água, café, chá, leite, suco etc.)

(1) Menos de 3 copos (2)de 3 a 5 copos (3)mais de 5 copos

(8)NS (9)NR

SEÇÃO N- QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA- IPAQ

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **normal/habitual**

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas vigorosas são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **muito** mais forte que o normal.
- Atividades físicas moderadas são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **um pouco** mais forte que o normal.
- Atividades físicas leves são aquelas que o esforço físico é normal, fazendo com que a respiração seja normal.

DOMÍNIO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO:

Este domínio inclui as atividades que você faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as atividades na universidade, faculdade ou escola (trabalho intelectual). Não incluir as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas no Domínio 3.

N.1a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

() Sim () Não **Vá para o Domínio 2: Transporte**

As próximas questões relacionam-se com toda a atividade física que você faz em uma semana **normal/habitual**, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário. **Não inclui** o transporte para o trabalho. Pense apenas naquelas atividades que durem **pelo menos 10 minutos contínuos** dentro de seu trabalho:

N.1b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **VIGOROSAS** como: trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário**, por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS**?

_____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum **Vá para a questão N.1c.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

N.1.c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **MODERADAS**, como: levantar e transportar pequenos objetos, lavar roupas com as mãos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?**

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → a questão N.1.d.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

N.1.d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **CAMINHA, NO SEU TRABALHO remunerado ou voluntário por pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS?** Por favor, **não inclua** o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que você é voluntário.

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá para → domínio 2 - Transporte**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE:

Estas questões se referem à forma normal como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, trabalho, cinema, lojas e outros.

N.2a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante **uma semana normal** você **ANDA DE ÔNIBUS E CARRO/MOTO?**

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → a questão N.2b.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

N. 2b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **ANDA DE BICICLETA** para ir de um lugar para outro por **pelo menos 10 minutos contínuos**? (**Não inclua o pedalar por lazer ou exercício**)

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → a questão N.2c**

Dia da Semana/Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

N.2c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana **normal** você **CAMINHA** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por **pelo menos 10 minutos contínuos**? (**NÃO INCLUA as caminhadas por lazer ou exercício físico**)

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana**() Nenhum **Vá → o Domínio 3**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA OU APARTAMENTO: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **normal/habitual** dentro e ao redor da sua casa ou apartamento. Por exemplo: trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa e para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas com duração **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

N.3a. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz Atividades Físicas **VIGOROSAS AO REDOR DE SUA CASA OU APARTAMENTO (QUINTAL OU JARDIM)** como: carpir, cortar lenha, serrar madeira, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama, por **pelo menos 10 MINUTOS CONTÍNUOS**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → a questão N.3b.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

N.3b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **MODERADAS AO REDOR de sua casa ou apartamento** (jardim ou quintal) como: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, serviço de jardinagem em geral, por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → a questão N.3c.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

N.3c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **MODERADAS DENTRO da sua casa ou apartamento** como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro e o chão, por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → o Domínio 4.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Este domínio se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **normal/habitual** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **não inclua atividades que você já tenha citado**.

N.4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você **CAMINHA (exercício físico) no seu tempo livre** por **PELO MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → a questão N.4b.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

N.4b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **VIGOROSAS no seu tempo livre** como: correr, nadar rápido, musculação, canoagem, remo, enfim esportes em geral por **pelo menos 10 minutos contínuos**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum **Vá → a questão N.4c.**

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

N.4c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **MODERADAS no seu tempo livre** como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo,

fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar... pele me → 10 minutos contínuos?
 _____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum Vá para o Domínio 5.

Dia da Sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como exemplo: em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isto inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as refeições. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, carro, trem e metrô.

N.5a. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante UM DIA de semana normal?

UM DIA _____ horas _____ minutos

Dia da Semana	Tempo horas/Min.		
	Manhã	Tarde	Noite
Um dia			

N.5b. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante UM DIA de final de semana normal?UM DIA _____ horas _____ minutos

Final da Semana	Tempo horas/Min.		
	Manhã	Tarde	Noite
Um dia			

SEÇÃO O – EXAMES SANGÜÍNEOS/PRESSÃO ARTERIAL

Exames Laboratoriais	Valor	Data realização exame
Colesterol total (mg/dl)		
Triglicérides (mg/dl)		
Glicose (mg/dl)		

Pressão arterial	1ª medida	2ª medida	3ª medida	Data de aferição
Sistólica				
Diastólica				

Anote qualquer consideração a mais que achar pertinente:

ANEXO C – Autorização do CEP/UESB



Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
 Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB

Jequié, 24 de maio de 2010

Of. CEP/UESB 170/2010

Ilmo. Sr.
 Prof. Raildo da Silva Coqueiro
 Departamento de Saúde - UESB

Prezado Senhor,

Comunicamos a V. S^a que o Projeto de Pesquisa abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UESB, estando os pesquisadores liberados para o início da coleta de dados.

Protocolo nº: **064/2010**

Projeto: **ESTADO NUTRICIONAL, COMPORTAMENTOS DE RISCO E CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS IDOSOS DE LAFAIETE COUTINHO/BA**

Pesquisadores: **Prof. Raildo da Silva Coqueiro (coordenador)**

Prof. Marcos Henrique Fernandes, Prof. Saulo Vasconcelos Rocha, Profa. Luciana Araújo dos Reis, Profa. Aline Rodrigues Barbosa, Profa. Lucília Justino Borges,

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa (ver modelo no CEP), para acompanhamento pelo Comitê.

Atenciosamente,


Prof^a. Ivone Gonçalves Nery
 Presidente em Exercício do CEP/UESB

Prof. Ana Regina de Sá
 Presidente do Conselho Superior

ANEXO D – Autorização da Secretaria de Saúde



PREFEITURA MUNICIPAL DE LAFAIETE COUTINHO (BA)
A FORÇA DO NOVO
Construindo uma nova história

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Lafaiete Coutinho, 10 de novembro de 2009.

Ao Prof. Dr. Marcos Henrique Fernandes
Diretor do Departamento de Saúde
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Jequié-BA

Cumprimentando-o cordialmente, tenho a satisfação de informar a Vossa Senhoria que a Prefeitura Municipal de Lafaiete Coutinho acolhe a proposta do Prof. Ms. Raildo da Silva Coqueiro, intitulada “Efetividade de ações de saúde, atividade física e nutrição, em idosos do município de Lafaiete Coutinho-BA”.

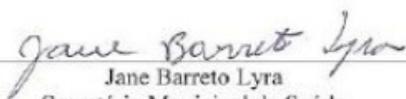
Nossa administração está comprometida com a melhora das condições de saúde da população e tem interesse no aperfeiçoamento das práticas que tornem efetivas as ações de promoção da saúde, em especial neste grupo expressivo de indivíduos. Entendemos que a integração da Universidade com a Prefeitura Municipal, via Secretaria Municipal de Saúde, e os idosos, poderá repercutir em bons resultados no campo da saúde, principalmente nos aspectos relacionados à atividade física e nutrição.

Ao associar nosso desejo de avançar nas melhorias da atenção a população idosa, facilitaremos ao proponente, o acesso aos nossos serviços, colaboradores e registros, bem como estaremos integrados ao projeto, visando à promoção da saúde.

Nesta oportunidade, reiteramos a importância do desenvolvimento de projetos envolvendo Instituições de Ensino Superior (professores e acadêmicos), comunidade e poder público.

Ao desejar a você e demais professores da UESB um profícuo desempenho, despedimo-nos.

Atenciosamente,


Jane Barreto Lyra
Secretária Municipal de Saúde


Jane Barreto Lyra
Secretária de Saúde
Decreto 332/2009

Rua Assemiro Marques Andrade – Centro – Lafaiete Coutinho (BA)
Telefax: (73) 3541 – 2155 e-mail: saudelc@hotmail.com