

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

VALÉRIA PAGOTTO

**AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS
USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE GOIÂNIA-
GOIÁS.**

GOIÂNIA, 2009

VALÉRIA PAGOTTO

**AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS USUÁRIOS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE GOIÂNIA-GOIÁS.**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem – Mestrado da Faculdade de
Enfermagem da Universidade Federal de
Goiás para obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem.*

Área de concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana.

Linha de Pesquisa: Integralidade do cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Adelia Yaeko Kyosen Nakatani

Co-orientadora: Prof^a Dr^a Erika Aparecida da Silveira

GOIÂNIA, 2009

Autorizo a reprodução e divulgação total e parcial deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Baseado no Guia para apresentação de Trabalhos Acadêmicos na Universidade Federal de Goiás

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)
GPT/BC/UFG**

P128a Pagotto, Valéria.
Auto-avaliação do estado de saúde em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia-Goiás [manuscrito] / Valéria Pagotto. - 2009.
143 f.: il., figs., tabs., qds.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adelia Yaeko Kyosen Nakatani;
Co-orientadora: Prof^a Dr^a Érika Aparecida da Silveira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem, 2009.
Bibliografia p. 101 – 113.
Inclui listas de figuras, abreviaturas, siglas e tabelas.
Anexos.

1. Auto-avaliação de saúde. 2. Idosos. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDU: 614:616-053.9

FOLHA DE APROVAÇÃO

VALÉRIA PAGOTTO

AUTO-AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE EM IDOSOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE GOIÂNIA-GOIÁS.

*Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem –
Mestrado da Faculdade de Enfermagem da
Universidade Federal de Goiás para obtenção do
Título de Mestre em Enfermagem.*

Aprovada em 15 de dezembro de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Adelia Yaeko Kyosen Nakatani – Presidente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Erika Aparecida da Silveira – Co-orientadora
Faculdade de Nutrição – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Yeda Aparecida de Oliveira Duarte – Membro Externo
Faculdade de Enfermagem – Universidade de São Paulo

Profª Drª Lílian Varanda Pereira – Membro Interno
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Maria Márcia Bachion – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Darlene Mara dos Santos Tavares – Membro Suplente
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Aparecida e Henrique, que durante toda a minha vida foram exemplos de perseverança, humildade e confiança. Devo a eles mais esta conquista.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela oportunidade de ter feito esta Pós-Graduação, e a partir dela ter desenvolvido paciência, confiança, segurança para consolidar o conhecimento científico na saúde do idoso e assim colaborar na melhoria da qualidade de vida destas pessoas. À Deus também devo agradecer pela imensa alegria de poder aqui neste espaço, falar de pessoas com quem convivo há anos e de outras que conheci há pouco tempo, mas suficiente para construir a amizade.

Aos meus **pais**, Aparecida e Henrique, que sempre me apoiaram e proporcionaram autonomia para tomar minhas próprias decisões e trilhar meus próprios caminhos. Seus ensinamentos humildes e serenos são o alicerce das minhas ações.

Às minhas **irmãs**, Sara e Simone, pela amizade que possuímos por trás dos laços familiares. Em especial à Sara, que convive comigo há 8 anos em Goiânia, e que sempre me apoiou e incentivou com ternura nos momentos de desânimo.

Aos meus **avós**, que sempre incentivaram os estudos e o trabalho, e que na reta final deste Mestrado, com suas opiniões sobre saúde, me ajudaram a compreender melhor este objeto de estudo.

Aos **idosos**, que ao consentir em participar desta pesquisa, possibilitaram o conhecimento e o alcance de mais uma conquista na minha vida e na vida de cada pessoa envolvida neste projeto.

À minha querida **orientadora** Adelia, pela confiança que desde o início depositou em mim, pelas oportunidades a mim concedidas, pelo ombro amigo e carinhoso nas horas difíceis, pelos elogios. Obrigada pelas orientações e pela oportunidade de contar com a sua experiência e conhecimento.

À minha querida **co-orientadora** Érika, que possibilitou a minha participação neste projeto para desenvolver este estudo. Não tenho palavras para agradecer. Obrigada pela paciência, pela amizade construída em tão pouco tempo e por tanto conhecimento oferecido. Um exemplo a ser seguido pela competência, dinamismo, persistência, coragem e alegria.

À **ex-professora** e eterna mestre, Terezinha Silvério de Melo, com quem aprendi os fundamentos da Saúde Pública, a necessidade de trabalhar com a comunidade para transformar a realidade e a necessidade de uma transformação interna para melhorar esta realidade.

À **professora** Maria Márcia Bachion, Coordenadora do curso de Pós-Graduação Mestrado da Faculdade de Enfermagem/UFG, pelos cuidados e zelo com nossos trabalhos, exemplo a ser seguido pela postura, inteligência, caráter, sinceridade e doçura.

Às **professoras** Lílian Varanda Pereira e à Filomena Guterres Costa pela amizade e pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

Às **professoras** Lílian Varanda Pereira, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte, Maria Márcia Bachion e Darlene Tavares que se disponibilizaram para avaliar este trabalho.

Às **colegas que participaram do Projeto Idoso/Goiânia**: Larissa, Carla, Edna, Liana, Luana, Jordana, Fernanda, Ellen, Gabriela e Professora Zara. Obrigada por terem me acolhido de forma tão calorosa no grupo e pela amizade que construímos.

Às queridas **colegas da turma de Mestrado**: Alyne, Ana Lúcia, Grécia, Katiane, Heliny, Júlia, Suelen, Wagna, Zeile, Letícia, Laidilce, Gelda, Márcia, Giulena, Priscila, sempre companheiras, dispostas a ouvir, para compartilhar conhecimentos e para refletir fora dos ambientes universitários.

Às **colegas** Daniella e Larissa que contribuíram na análise multivariada.

Aos **alunos de graduação** em Enfermagem da UFG, Patrícia, Gabriela e José Antonio, sempre dispostos a aprender e ajudar. Obrigada por todo carinho e cuidado com nossos trabalhos.

Aos meus queridos **amigos**, Joanita, Janaína, João, Ana Elisa, Graciella que compreenderam a minha ausência nos momentos de lazer, de conversas e de divertimentos. Em especial à Joanita, que por horas ficou ao telefone e que nos últimos dias me ajudou a conferir as referências bibliográficas.

A todos os **professores da Faculdade de Enfermagem**, que contribuíram para a minha formação enquanto enfermeira, possibilitando o olhar crítico para a realidade, e o cuidado humanizado e de qualidade aos nossos usuários.

Aos meus **colegas de trabalho** da Secretaria Municipal de Saúde, pelas experiências que podemos compartilhar em especial à minha chefe Adacy Macedo Rocha, que compreendeu as minhas ausências e que, com alegria, não nos deixa desanimar e demonstra disposição para atuar de forma integral e resolutiva no SUS.

A todos os **funcionários da Faculdade de Enfermagem**, em especial a Maria do Carmo, Luciano, Gabriel, Silvana, Mirim, pela amizade e disponibilidade em ajudar.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – **CNPq** - pela bolsa de estudos disponibilizada até junho de 2009.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram para a concretização de mais esta etapa e àqueles com quem pude trocar um pouco destes conhecimentos.

“Saúde é não sentir dor, comer bem, dormir bem, trabalhar sem dor, ter paz na família.”

Adelia Braidó Pagotto, avó paterna, 79 anos

“A saúde é a vida, a saúde é tudo. Eu estou 100% de saúde. E com 84 anos, não uso nenhum comprimido, não sinto dor de cabeça e meu doutor me disse que meus exames é de gente nova. E eu não sinto nada. Meu problema é que estou meio arcado, mas nunca dói. A melhor coisa é a saúde e a vida, as outras coisas a gente vai levando, porque já está no fim”.

Antônio Pagotto, avô paterno, 84 anos

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

LISTA DE QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1. INTRODUÇÃO.....	20
2. OBJETIVOS.....	26
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	27
3.1. Envelhecimento populacional e condições de saúde dos idosos no Brasil.....	27
3.2. A saúde e seus determinantes.....	39
3.3. Auto-avaliação do estado de saúde: definições e fatores associados em idosos.....	46
4. METODOLOGIA.....	59
4.1. Delineamento do estudo.....	59
4.2. População Alvo.....	59
4.3. Tamanho da Amostra.....	59
4.4. Critérios de inclusão e exclusão.....	60
4.5. Amostragem.....	61
4.6. Instrumento de coleta de dados e Estudo Piloto.....	64
4.7. Variáveis do Estudo.....	66
4.7.1. Variável de Desfecho.....	66
4.7.2. Variáveis de Exposição.....	67
4.8. Coleta de Dados.....	71
4.9. Estruturação do Banco de dados.....	72
4.10. Análise estatística.....	72

4.11. Aspectos éticos.....	73
5. RESULTADOS.....	75
6. DISCUSSÃO.....	83
7. CONCLUSÃO.....	99
8. RECOMENDAÇÕES.....	101
9. REFERÊNCIAS.....	103

ANEXOS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Pirâmides etárias da população brasileira, 1980 – 2050 (IBGE, 2007).....	29
Figura 2.	Mapa do município de Goiânia com as divisões dos Distritos Sanitários de Saúde, 2008.....	62
Figura 3.	Fluxograma dos procedimentos de amostragem em múltiplos estágios do Projeto Idoso/Goiânia.....	64
Figura 4.	Blocos de Regressão de Poisson multivariada hierarquizada.....	73
Figura 5.	Prevalência da auto-avaliação do estado de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia, GO, conforme Distritos Sanitários, 2009 ($p=0,001$).....	75
Figura 6.	Prevalência da auto-avaliação do estado de saúde de idosos usuários do SUS, conforme o sexo, Goiânia, 2009.....	76
Figura 7.	Prevalência da auto-avaliação do estado de saúde de idosos usuários do SUS, conforme a faixa etária, Goiânia, GO, 2009.....	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Distribuição dos idosos, prevalência e fatores associados a auto-avaliação do estado de saúde ruim segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos usuários do SUS, Goiânia, GO, 2009 (n=403).....	78
Tabela 2.	Distribuição dos idosos, prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim e fatores associados segundo variáveis de estilo de vida em idosos usuários do Sistema Único de Saúde, Goiânia, GO, 2009 (n=403).....	79
Tabela 3.	Distribuição dos idosos, prevalência e fatores associados a auto-avaliação do estado de saúde ruim, segundo variáveis de condições de saúde, em usuários do Sistema Único de saúde de Goiânia, GO, 2009 (n=403).....	81
Tabela 4	Razão de prevalência (RP) ajustada hierarquicamente para prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia, GO, 2009.....	82

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Número e proporção da população de idosos, da amostra estimada e da amostra incluída por distrito sanitário e unidades de saúde de Goiânia, 2008.....	63
Quadro 2.	Distribuição das variáveis do estudo.....	67
Quadro 3.	Pontos de corte do Critério de Classificação Econômica do Brasil.....	68
Quadro 4.	Categorias das Morbidades referidas pelos idosos segundo a Classificação Internacional de Doenças.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABS	Atenção Básica à Saúde
ASPLAN	Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Goiânia
CAIS	Centros de Assistência Integrada à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CIAMS	Centro Integral de Assistência Médico Sanitária
CRASPI	Centro de Referência em Atenção a Saúde da Pessoa Idosa
CROF	Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia
CS	Centros de Saúde
DS	Distritos Sanitários
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de Massa Corporal
Kg	Quilograma
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MG	Minas Gerais
m²	Metro Quadrado
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RP	Razão de Prevalência
SABE	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UABSF	Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHS	<i>World Health Survey</i> – Inquérito Mundial de Saúde

RESUMO

PAGOTTO, V. **Auto-avaliação do estado de saúde em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia-Goiás.** [dissertação]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2009. 143p.

A auto-avaliação do estado 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 analisam sua própria saúde. O objetivo deste estudo foi estimar a prevalência da auto-avaliação do estado de saúde ruim e seus fatores associados em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia-GO. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, com idosos de 60 anos ou mais. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2008 a março de 2009. Aplicou-se questionário padronizado incluindo variáveis socioeconômicas, demográficas, condições de saúde e estilo de vida. A auto-avaliação de saúde foi dicotomizada em auto-avaliação de saúde boa (muito boa/boa/regular) e ruim (fraca/péssima). Realizou-se análise descritiva das variáveis do estudo e as associações entre auto-avaliação do estado de saúde ruim e as co-variáveis foram exploradas através da Razão de Prevalência (RP) e respectivos IC 95%. A análise multivariada foi realizada por meio da Regressão de Poisson hierarquizada. Foram inseridas nesta análise as variáveis com $p < 0,20$. As análises foram realizadas no STATA 8.0. Foram entrevistados 403 idosos sendo 66% do sexo feminino, 29,8% na faixa etária de 65 a 69 anos, 28,8% com menos de 1 ano de estudo e 56,1% de idosos vivendo com companheiro. A auto-avaliação do estado de saúde ruim foi referida por 27,5% dos idosos, com maior prevalência entre as mulheres (29,7%) e na faixa etária de 60-64 anos (29,1%). Na análise bivariada os fatores associados à auto-avaliação do estado de saúde ruim foram: viver sem companheiro, ter 3 ou mais morbidades, ter Diabetes Mellitus e Doenças Osteomusculares, ter sido internado no último ano, fazer uso de 5 ou mais medicamentos e não praticar atividade física. Observando as estimativas de efeito, as maiores Razões de Prevalência foram: não praticar atividade física (RP=2,17; IC95% 1,44 – 3,66), doenças osteomusculares (RP=1,84; IC95% 1,26 – 2,68), internação no último ano (RP=1,62; IC95% 1,10 – 2,41) e Diabetes Mellitus (RP=1,52; IC95% 1,02 – 2,27). Os resultados deste estudo mostram que vários fatores estão associados à auto-avaliação ruim da saúde. No entanto, entre os idosos usuários do SUS em Goiânia, a auto-avaliação de saúde ruim está fortemente associada com as condições de saúde. Partindo-se do pressuposto que este indicador pode auxiliar na avaliação objetiva do estado de saúde dos idosos, este conhecimento pode contribuir para a orientação e formulação de políticas que visem promover a saúde e a qualidade de vida dos idosos.

DESCRIPTORES: *Auto-avaliação de saúde, idosos, Sistema Único de Saúde.*

ABSTRACT

PAGOTTO, V. **Self-rated of health status in elderly users of the Unified System of Health from Goiânia, Goiás.** [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás; 2009, 143p.

Self-rated health is one of the most widely used indicators in studies of the elderly population. There is evidence of its reliability and its potential in predicting mortality and functional decline. The perception of health is a multidimensional and subjective individual, who usually consider a number of factors when considering their own health. The aim of this study was to estimate the prevalence of self-rated poor health and associated factors in elderly users of the Unified System of Health, Goiânia-GO. This is a cross-sectional population-based, with individuals 60 years or more. Data were collected from December 2008 to March 2009. Applied a standardized questionnaire including socioeconomic, demographic, health and lifestyle. Self-rated health was dichotomized in self-rated good health (very good / good / fair) and bad (poor / very poor). Analysis was descriptive of the study variables and the relationship between self-rated poor health and the covariates were explored through the prevalence ratio (PR) and respective CI 95%. Multivariate analysis was performed using Poisson regression with hierarchical analysis. Were included in this analysis the variables with value $p < 0.20$. The tests were performed in STATA 9.0. We interviewed 403 elderly and 66% were female, 29.8% aged 65 to 69, 28.8% with less than 1 year of study and 56.1% of elderly living with a partner. Self-rated poor health was reported by 27.5% of the elderly, with higher prevalence among women (29.7%) and aged 60-64 years (29.1%). In the bivariate analysis the factors associated with self-rated poor health were: living without a partner, have 3 or more conditions, have Diabetes Mellitus and Musculoskeletal Disease, was hospitalized last year, making use of 5 or more drugs and no physical activity or sport. Observing the estimates of effect, the highest prevalence ratios were: no physical activity (RP= 2.17, 95% CI 1.44-3.66), musculoskeletal diseases (RP = 1.84, 95% CI 1.26-2.68), hospitalization in the last year (RP = 1.62, 95% CI 1.10 - 2.41), diabetes (RP = 1.52, 95% CI 1.02 to 2.27). The results of this study confirm that several factors are associated with poor self-rated health. However, among elderly users of SUS in Goiânia, self-evaluation is strongly associated with health conditions. Starting from the assumption that this indicator can help in objective assessment of the health status of older people, this knowledge can help steer the formulation of policies to promote health and quality of life.

KEYWORDS: *Self-rated health; elderly; Unified Health System.*

RESUMEN

PAGOTTO, V. **Autoinforme de salud general en adultos mayores usuarios del Sistema Único de Salud de Goiânia-Goiás.** [disertación]. Goiânia: Facultad de Enfermaje, Universidad Federal de Goiás; 2009. 143p.

El autoinforme de salud general es uno de los indicadores más utilizados en los estudios de los adultos mayores. Hay pruebas de su fiabilidad y de su potenciabilidad en la predicción de la mortalidad y del deterioro funcional. La percepción de la salud representa una visión multidimensional y subjetiva del individuo, que suelen tener en cuenta una serie de factores al considerar su propia salud. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de la autopercepción de la mala salud y los factores asociados en los adultos mayores usuarios del Sistema Único de Salud de Goiânia – GO. Este es un estudio transversal, basado en los datos de la población de adultos mayores de 60 años o más. Se recogieron datos de diciembre de 2008 hasta marzo de 2009. Se aplicó una encuesta estandarizada, incluyendo los aspectos socioeconómicos, demográficos, condiciones de salud y estilo de vida. La autopercepción de salud se dividió en el autoinforme de la salud buena (muy buena / buena / regular) y mala (mala / muy mala). El análisis fue descriptivo de las variables del estudio y las relaciones entre la autopercepción de la mala salud y las covariables fueron explotadas a través de la razón de prevalencia (RP) y sus respectivos IC 95%. El análisis multivariante se realizó mediante regresión de Poisson con el análisis jerárquico. Se incluyeron en este análisis las variables con valor $p < 0,20$. Los análisis se realizaron en STATA 8.0. Se entrevistaron 403 adultos mayores y 66% del sexo femenino, 29,8% de 65 a 69 años, 28,8% con menos de 1 año de estudio y el 56,1% de ancianos que viven con una pareja. La autopercepción de mala salud se informó en un 27,5% de los adultos mayores, con mayor prevalencia entre las mujeres (29,7%) y edades comprendidas entre 60-64 años (29,1%). En el análisis bivariado a los factores asociados a la autopercepción de mala salud fueron: vivir sin pareja, tener 3 o más morbilidades, tener diabetes mellitus y enfermedades huesomusculares, haber sido hospitalizado el último año, hacer uso de 5 o más drogas y ninguna actividad física o deporte. Observación de las estimaciones del efecto, las tasas de prevalencia más alta fueron: no hay ninguna actividad física (PR=2,17, IC 95%: 1,44-3,66), las enfermedades musculoesqueléticas (OR= 1,84, IC 95%: 1,26-2,68), hospitalización en el último año (RP= 1,62, IC 95%: 1,10-2,41), diabetes (PR=1,52, IC 95%: 1,02-2,27). Los resultados de este estudio confirman que varios factores están asociados al autoinforme de la mala salud. Sin embargo, entre los adultos mayores usuarios del SUS en Goiânia, el autoinforme está fuertemente asociado a las condiciones de salud. . Partiendo de la hipótesis de que este indicador puede ayudar en la evaluación objetiva del estado de salud de los adultos mayores, este conocimiento puede contribuir para la orientación y formulación de políticas que promuevan la salud y la calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: adultos mayores (ancianos), autoinforme de la salud, Sistema Único de Salud.

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno de envelhecimento da população mundial constitui-se uma das maiores conquistas da saúde pública contemporânea. Atualmente, mesmo em condições de desigualdades sociais e de saúde, alcançar uma idade mais avançada não é mais uma conquista de poucas pessoas (VERAS, 2009).

Os países emergentes da atualidade (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) possuem juntos cerca de 273 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 40,6% da população idosa mundial (VERAS, 2007).

O Brasil tem apresentado profundas mudanças na sua dinâmica demográfica. O número de idosos passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 17 milhões em 2006, ou seja, um aumento de 600% em menos de cinquenta anos (VERAS, 2007). Os idosos representam 8,6% da população brasileira, e o segmento populacional que mais cresce é o dos chamados “muito idosos”, pessoas com 80 anos ou mais, que já representavam 1,1% da população total no ano 2000 (CAMARANO, 2006).

A estimativa para o século XXI é de que em 2025, o Brasil seja a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões de pessoas, o que representará 13% da população total (IBGE, 2007).

Paralelo ao processo de transição demográfica da população ocorre o processo de transição epidemiológica que se caracteriza por três tipos de mudanças: diminuição da mortalidade e aumento das morbidades, substituição das doenças transmissíveis para as não-transmissíveis e causas externas e deslocamento da carga de morbi-mortalidade dos grupos jovens para os grupos mais idosos (FRENK, 1991).

Assim, o cenário atual de morbi-mortalidade entre os idosos é caracterizado pela elevada prevalência de doenças como hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, obesidade, diabetes mellitus e outras doenças crônico não-transmissíveis (LIMA-COSTA et al., 2003a; AMARAL, 2004; SILVEIRA et al., 2009).

Pode-se inferir que o envelhecimento populacional no Brasil ocorre de forma bastante acelerada, e se dá num contexto de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade das instituições de atenção ao idoso, tornado-se um desafio para as políticas públicas de saúde (VERAS, 2007; NÓBREGA et al., 2009).

Tanto as mudanças demográficas quanto as epidemiológicas geram demandas para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois aumentam a utilização dos serviços de saúde, o consumo de medicamentos, bem como os custos de assistência médica, o que por sua vez demanda a incorporação de tecnologias de alto custo (LIMA-COSTA et al., 2007).

Sob esta perspectiva, os inquéritos populacionais ganham importância, porque reúnem informações sobre as condições demográficas, socioeconômicas e de saúde das pessoas, possibilitando a monitoramento dos indicadores das condições de saúde da população e por fim, a formulação das políticas de saúde (VIACAVA, 2002; TRAVASSOS et al., 2008).

Entre os vários indicadores recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a saúde das populações destaca-se a auto-avaliação do estado de saúde (*self-rated health*), que representa uma percepção própria do sujeito, baseada em interpretações da saúde física, cognitiva, emocional, de suas

expectativas e de seus referenciais de comparação (HOEYMANS et al., 1997; THEME FILHA et al., 2008).

É um indicador confiável e válido das condições reais e objetivas de saúde das pessoas (VERAS, 2007; DACHS, 2002; KIKUCHI, 2005; SZWARCOWALD et al. 2005; THEME FILHA et al. 2008). Tem sido amplamente utilizada em pesquisas gerontológicas já que existem evidências do potencial desta medida na predição da mortalidade e do declínio funcional independente das condições objetivas de saúde (MOSSEY; SHAPIRO, 1982; IDLER; BENYAMINI, 1997; BENYAMINI; IDLER, 1999; MCGEE et al., 1999; DeSALVO et al., 2005).

Sua ampla utilização decorre ainda da facilidade de aplicação e operacionalização. É analisada por meio das respostas à pergunta: “De uma maneira geral como você avalia a sua saúde?”, que vão desde a saúde boa até a ruim. A maioria dos estudos desenvolvidos no Brasil apresenta as opções de resposta muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim (DACHS, 2002; LIMA-COSTA et al., 2004; SZWARCOWALD et al., 2005; THEME FILHA et al., 2008).

Alguns estudos nacionais (LIMA-COSTA et al., 2004; ALVES; RODRIGUES, 2005; SOUSA; SILVER, 2008; HARTAMAN, 2008; SANTIAGO, 2009) e internacionais (DAMIAN et al., 1999; GILMORE et al., 2002; AHMAD et al., 2005; PHILLIPS et al., 2005; RAMKUMAR et al., 2009) buscaram analisar variáveis associadas à auto-avaliação do estado de saúde em populações idosas. Tais investigações partem do pressuposto de que a percepção da saúde representa uma visão multidimensional e subjetiva do indivíduo e que costuma considerar, portanto, uma ampla gama de variáveis sócio-demográficas, de suporte social, de estilo de vida, de status de saúde física, mental e funcional e de acesso a serviços de saúde

Os resultados destes estudos demonstram que os fatores associados à percepção negativa de saúde têm sido bastante heterogêneos entre os países: sexo feminino (GILMORE et al., 2002; AHMAD et al., 2005), faixa etária maior que 80 anos (SUN et al., 2007), baixa renda (GILMORE et al., 2002; AHMAD et al., 2005) e presença de comorbidades (PHILLIPS et al., 2005; RAMKUMAR et al., 2009). Damian et al. (1999) sugerem que os fatores culturais podem ter influenciado estas diferenças.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) é a principal fonte de informações sobre a auto-avaliação de saúde. Alguns estudos foram desenvolvidos em municípios brasileiros buscando analisar a auto-avaliação do estado de saúde em idosos, a saber: Bambuí/MG (LIMA-COSTA et al. 2004), São Paulo/SP (ALVES; RODRIGUES, 2005), Friburgo/RJ (SOUSA; SILVER, 2008), Porto Alegre/RS (HARTAMAN, 2008), Juiz de Fora/MG (SANTIAGO, 2009). Assim como nos estudos internacionais, os fatores associados à auto-avaliação de saúde encontrados nesses estudos, também são heterogêneos entre as regiões brasileiras.

O município de Goiânia, localizado na região Centro-Oeste do Brasil, também tem sofrido mudanças na sua dinâmica demográfica e epidemiológica, sendo que 8,4% da população é composta por idosos, o que corresponde a 116.225 pessoas (IBGE, 2009).

Atualmente, encontra-se em estruturação neste município a Rede de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, que teve como meta principal a criação do Centro de Referência em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (CRASPI) no ano de 2008. Embora tenha alcançado alguns objetivos, a implementação desta Rede continua com grandes desafios, devido à escassez de informações sobre a situação de saúde

dos idosos, em especial daqueles que são usuários do Sistema Único de Saúde.

A maioria das informações sobre as condições de saúde da população idosa de Goiânia são oriundas das bases de dados nacionais, e de estudos que foram desenvolvidos em pequenas amostras de idosos residentes em área de abrangência da ESF e em instituições de longa permanência (ILP). Estes estudos identificaram algumas condições de saúde tais como: o estado funcional (COSTA et al., 2006; NUNES et al., 2008; NAKATANI et al., 2009), os fatores associados a quedas (SILVA et al., 2007; MENEZES; BACHION, 2008), a integridade da pele prejudicada (MALAQUIAS et al. 2008), dor crônica (LACERDA et al., 2005). Apenas um analisou a auto-avaliação do estado de saúde. No entanto, buscava a associação desta variável com a ocorrência de quedas (MENEZES; BACHION, 2008).

Tendo em vista que a auto-avaliação de saúde é um indicador das condições de saúde das pessoas e da capacidade funcional e também um preditor da mortalidade é importante conhecer como os idosos do município de Goiânia se auto-avaliam e quais os fatores associados à auto-avaliação negativa de sua saúde. Além disso, a auto-avaliação do estado de saúde é um indicador de saúde importante e de fácil obtenção, contudo tem sido pouco explorado.

Assim, o presente estudo poderá orientar a estruturação e expansão da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso de Goiânia, especialmente para o fortalecimento e planejamento de ações na Atenção Básica, o que possibilitará a continuidade da assistência em todos os níveis de atenção, com vistas a garantia da qualidade de vida por meio de uma atenção integral, resolutiva e equânime aos idosos deste município.

Além disso, a identificação os fatores associados a auto-avaliação do estado de saúde ruim em idosos usuários do SUS, poderá subsidiar a atuação de

enfermeiros e demais 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 qualidade de vida.

Por ser o primeiro inquérito populacional em idosos realizado na Região Centro-Oeste, este estudo fornecerá subsídios para a realização de novos inquéritos na região direcionados à esta população com possibilidade de ampliar o foco da investigação.

2. OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência da auto-avaliação do estado de saúde ruim e identificar os fatores associados em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia-Goiás.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as categorias de auto-avaliação de saúde conforme os distritos sanitários de Goiânia, sexo e faixa etária dos idosos.
- Descrever as características demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e estilo de vida dos idosos.
- Investigar a associação entre as características demográficas, socioeconômicas, condições de saúde e estilo de vida e a auto-avaliação do estado de saúde ruim dos idosos.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Estudar a situação de saúde das populações tem sido um grande desafio para os pesquisadores, em virtude da complexidade das concepções que existem sobre saúde. Assim, o objetivo deste capítulo é revisar as principais questões relacionadas à saúde e os fatores que tem determinado as condições de saúde entre as pessoas idosas.

Para isso, a revisão da literatura está estruturada em três itens. O primeiro apresenta as mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas no Brasil, bem como as condições de saúde dos idosos no país segundo inquéritos populacionais. O segundo, mostra a evolução do conceito de saúde e as várias as concepções e formas de analisar este conceito. Por fim, o terceiro aborda a auto-avaliação do estado de saúde, buscando situá-la como uma medida eficaz de analisar as condições de saúde de idosos. Apresenta seus conceitos, aplicações e os resultados de inquéritos populacionais realizados com pessoas idosas.

3.1. Envelhecimento populacional e condições de saúde dos idosos no Brasil.

A busca da longevidade, viver mais e usufruir um estado de bem-estar e de saúde constituem um dos principais valores cultuados em toda a história da humanidade (LITVOC; BRITO, 2004).

Atualmente, alcançar uma idade mais avançada já é uma realidade da população mundial e brasileira. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma eqüitativa nos diferentes contextos; envelhecer é uma realidade de muitas pessoas (VERAS, 2009).

O processo de envelhecimento populacional iniciou-se nos países desenvolvidos no final da década de 40 e início dos anos 50, e nos países em desenvolvimento ocorre desde os anos 60, como resultado das mudanças nos padrões de fecundidade e mortalidade (RAMOS et al., 1987).

Os processos de industrialização e urbanização acelerada foram responsáveis por importantes mudanças nos padrões de fecundidade da população, diminuindo de maneira acelerada a partir de 1960. Essas mudanças nas taxas de fecundidade provocaram uma importante modificação na estrutura etária o que resultou no aumento do percentual de idosos (CAMARANO, 2006).

Somado a isso, os avanços tecnológicos relacionados à área da saúde como a descoberta de vacinas, de antibióticos, de quimioterápicos, além da melhoria das condições de habitação, alimentação, trabalho e saneamento provocaram uma queda na mortalidade (KALACHE, 1996; CHAIMOWICZ, 1997; MENDES et al., 2005).

As mudanças nos padrões de fecundidade e mortalidade resultaram num processo de transição demográfica, aumentando a expectativa de vida e, conseqüentemente, a proporção de pessoas idosas (CHAIMOWICZ, 1997).

No Brasil, o crescimento da população idosa ocorre de forma acelerada. No início do século XX, os brasileiros tinham uma expectativa de vida ao nascer de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 em 1950. Em 1960, a expectativa de vida aumentou em 8 anos, cerca de 55,9 anos, e em 1985 ela atingiu 63,5 anos (KALACHE et al., 1987; CAMARANO, 2004). Atualmente, a expectativa de vida ao nascer é em média 72 anos (IBGE, 2009).

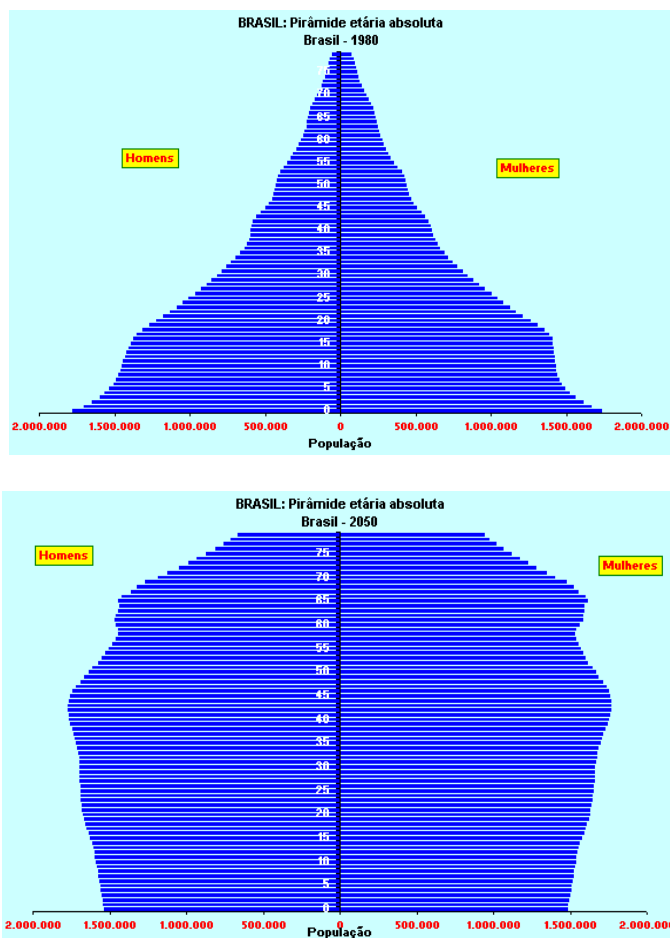


Figura 1. Pirâmides etárias da população brasileira, 1980 – 2050 (IBGE, 2007).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma população é considerada envelhecida quando a proporção de pessoas com 60 anos atinge 7% do total, com tendência a crescer. Diante disso, não se pode considerar que o Brasil seja um país jovem, pois 8,6% da população brasileira é composta por pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2007). Atualmente, o segmento populacional que mais cresce é o de 80 anos ou mais. Em 2000, enquanto 17% dos idosos tinham 80 anos ou mais de idade, em 2050 corresponderão, provavelmente, a aproximadamente 28% (CARVALHO;WONG, 2008).

Estima-se que em 2025 o Brasil seja a sexta maior população de idosos no mundo, com aproximadamente 32 milhões, o que representará 13% da população total (IBGE, 2007).

No Estado de Goiás, segundo estimativas recentes do IBGE para julho de 2009, a população idosa representa 8,86% da população total. Goiânia, capital do Estado de Goiás, possui uma população total de 1.281.973 habitantes. Deste contingente, 116.225 são idosos, o que representa 9,06% do total (IBGE, 2009).

Em um estudo realizado por Nogueira et al. (2008) para verificar o crescimento da população idosa no Brasil de 1980 a 2006, houve aumento expressivo na proporção de idosos em Brasília (92,5%), seguida por Goiânia, com crescimento de 74,7% (NOGUEIRA et al., 2008). Embora tenha tido este crescimento, Goiânia é a 11ª capital brasileira em proporção de idosos (IBGE, 2009).

Há uma concentração de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, que corresponde a 54,7% da população total de idosos no Brasil. Em Goiânia, esta proporção é semelhante, representando 58,5% dos idosos no município (IBGE, 2009).

Como em outros países do mundo, no Brasil, há um predomínio de mulheres na faixa etária idosa (55,4%). A expectativa de vida também acompanha o sexo, sendo 68,7 anos, para os homens e 76 para as mulheres (DATASUS, 2007). Verifica-se, também, que no envelhecimento reduz-se a proporção de mulheres casadas e há um aumento de viúvas. A menor mortalidade da população feminina explica esse diferencial na composição por sexo e faz com que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina. Em função disso,

constata-se, uma feminização do envelhecimento populacional (CAMARANO, 2006; NEGREIROS, 2004).

Mudanças também ocorrem no perfil do estado civil. Há uma grande proporção de idosos vivendo sozinhos, sendo que este percentual é mais elevado entre as mulheres. Esses diferenciais se devem à maior longevidade das mulheres e também, a normas sociais e culturais prevalentes em nossa sociedade que levam os homens a se casar com mulheres mais jovens. A viuvez tem sido apontada como sinônimo de solidão. No entanto, este acontecimento pode ser uma tragédia ou uma libertação. Para as idosas atuais, a viuvez pode significar autonomia e liberdade, quando estas, na vida adulta e juventude não desfrutaram de liberdade, dadas as relações de gênero prevalentes (CAMARANO, 2006).

As modificações na estrutura demográfica têm provocado mudanças na estruturação das famílias. O ambiente familiar pode determinar as características e o comportamento do idoso. Assim, na família suficientemente sadia, onde predomina uma atmosfera saudável e harmoniosa entre as pessoas, há possibilidade de crescimento de todos, incluindo o idoso, pois todos possuem funções, papéis, lugares e posições e as diferenças de cada um são respeitadas e levadas em consideração (MENDES et al., 2005).

Um estudo desenvolvido em São Paulo mostrou que a maioria dos idosos morava com o cônjuge e com os filhos, ou apenas com filhos (32,1%), ou somente com o cônjuge (20%) (DUARTE et al., 2005).

Este acelerado crescimento demográfico pode ampliar as desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira, pois de forma geral, a população mais pobre é a que tem crescido mais, com fortes consequências para a estrutura etária (BRITO, 2008). É preciso levar em conta que as mudanças se são num contexto

nacional de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade das instituições (VERAS, 2007).

Em 2003, 65% dos idosos brasileiros eram os responsáveis financeiros de suas famílias e um terço deles ainda estavam trabalhando. A distribuição da quantidade de idosos e os níveis de pobreza variam por região no Brasil. As maiores diferenças ocorrem entre as regiões Sul e Nordeste (NÓBREGA et al., 2009).

Estas mudanças no perfil demográfico desencadearam alterações nos perfis de doenças da população, ocasionando uma transição epidemiológica.

O conceito de transição epidemiológica refere-se às modificações de padrões de morbidade, invalidez e morte que ocorreram na população ao mesmo tempo. O processo engloba três mudanças básicas: substituições das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e causas externas como causas de morte; deslocamento da maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos e transformação de uma situação onde predomina a mortalidade para onde a morbidade é predominante (FRENK et al., 1991).

Dessa forma, as doenças infecciosas agudas foram e ainda continuam sendo substituídas pelas crônicas não transmissíveis, acometendo indivíduos na idade adulta e os mais idosos (AMARAL et al., 2004; PAES, 2004; PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

Estudos têm apontado que as doenças mais prevalentes na velhice são hipertensão, artrite/reumatismo, diabetes, depressão e ansiedade (LIMA-COSTA et al., 2007b, ESTRELLA et al., 2009, LIMA et al., 2009). Dados da pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) evidenciam que na população idosa, a prevalência de

diabetes e hipertensão auto-referido foi de aproximadamente 17% e 55,5% respectivamente (SCHMIDT et al., 2009).

Um estudo conduzido na cidade de Botucatu, interior do estado de São Paulo, identificou que 45,7% dos idosos tinham 3 ou mais doenças crônicas e que esta condição atua de forma negativa na qualidade de vida dos idosos (LIMA et al., 2009).

A presença destes agravos faz com que os idosos sejam o grupo populacional que mais utiliza os serviços de saúde. Dados da PNAD mostram um aumento significativo das consultas médicas entre 1998 e 2003, o que pode estar relacionado tanto à melhoria do acesso quanto ao aumento das necessidades em saúde (LIMA-COSTA et al., 2007b). No estudo de Estrella et al. (2009), 35,8% idosos fizeram 2 a 3 consultas nos últimos 12 meses.

Estudo a partir de dados da PNAD demonstra que a partir dos 60 anos, os coeficientes de internação começam a aumentar de 9,9% de 60 a 64 anos para 18,2% para 80 anos ou mais (CASTRO, 2006). Além disso, há evidência de que a hospitalização provoca uma piora na capacidade funcional, *delirium* e déficit cognitivo (SIQUEIRA et al., 2004).

Estudo desenvolvido com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) mostrou que as principais causas de internação entre idosos foram insuficiência cardíaca, bronquite/enfisema, pneumonia, doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração que correspondem a 38% dos gastos com internação hospitalar (PEIXOTO et al., 2004).

Ainda a partir do SIH, verifica-se que, na Região Centro-Oeste, foram realizadas no período de 2007, 14.703 internações sendo 27,3% por doenças do aparelho circulatório e 22,8% do aparelho respiratório (BRASIL, 2007).

Estudo desenvolvido em um Hospital Escola de Goiânia encontrou uma taxa de reinternação dos idosos de 85,7%, sendo que as principais causas foram as doenças cardiovasculares e respiratórias (GUEDES, 2007).

A superposição de agravos gera uma crescente demanda aos serviços de saúde com incremento dos custos da assistência médica, na medida em que o novo padrão epidemiológico requer assistência mais especializada, com incorporação de tecnologias de alto custo (LOUVISON et al., 2008).

O SUS é responsável por 70% dos gastos de assistência ao idoso na população brasileira. Embora os idosos representassem em 2001, 14,3% da população idosa brasileira, este segmento foi responsável por 33,5% da hospitalização naquele ano. Em 2006, das 11,3 milhões de admissões por problemas agudos em hospitais do SUS, 2,2 milhões eram pessoas com idade igual ou maior que 60 anos (NÓBREGA et al., 2009).

A redução dos custos com a assistência hospitalar e institucional é um dos motivos que faz com que, tanto no Brasil quanto em muitos outros países, a permanência dos idosos incapacitados em suas próprias casas, sob os cuidados de sua família, seja indicada. Além disso, a visão atual da assistência em saúde propõe que o idoso acometido por uma condição crônica e com incapacidades deve ser cuidado no ambiente onde sempre viveu e adoeceu (CHAIMOWICZ, 1997).

Outra consequência do aumento da prevalência de doenças crônicas na velhice é o aumento do consumo de medicamentos por esta população. A proporção de idosos que não usa qualquer medicação é de 4% a 10% (ROZENFELD, 2003). Estudos realizados em Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro apresentam alta prevalência de uso de medicação entre a população idosa,

com 86,1%, 86,7% e 80,2% respectivamente (LEBRÃO; LAURENTI, 2003; ROZENFELD, 2003; LOYOLA-FILHO et al., 2005).

Marin et al. (2008) encontraram uma prevalência de 22,8% de polifarmácia entre os idosos usuários do Programa Saúde da Família (PSF). A polifarmácia é definida como administração de múltiplos medicamentos ao mesmo paciente. Existem várias classificações sobre a quantidade de medicamentos consumidas que configuram a polifarmácia. No Brasil, tem sido adotada como critério de classificação o consumo de 5 ou mais medicamentos (ESPINO et al., 2006; MEDEIROS-SOUZA, 2007; HAIDER et al., 2009;). Um estudo desenvolvido no Sul do Brasil demonstrou que 92,2% tomavam até seis medicamentos. As classes farmacológicas mais utilizadas foram: anti-hipertensivos, diuréticos e medicamentos para circulação periférica (FLORES; BENVEGNÚ, 2008).

O uso de múltiplas medicações pode prover benefícios potenciais no controle de muitas doenças crônicas. Porém, algumas terapias com polifármacos são inapropriadas, aumentando o risco de desenvolver reações adversas, além de proporcionar falhas no cumprimento do tratamento medicamentoso (MOSEGUI et al., 1999; NÓBREGA; KARNIKOWSKI, 2005; MEDEIROS-SOUZA et al., 2007).

A complexidade dos esquemas medicamentosos, juntamente com a falta de entendimento, esquecimento, diminuição da acuidade visual e destreza manual que podem ocorrer no idoso, contribui para que haja grande quantidade de erros na administração de medicamentos. Além disso, acrescenta-se, em nossa realidade, alto índice de analfabetismo, o que pode comprometer o entendimento e levar ao uso incorreto do medicamento (MARIN et al., 2008).

O Brasil também passa por um processo de transição nutricional, que consiste na substituição de um padrão alimentar saudável por uma alimentação

mais rica em gordura. Essas mudanças aumentam o risco de sobrepeso e obesidade e afeta a população idosa (CAMPOS et al., 2006).

O padrão dietético associado à obesidade e a outras doenças crônicas é caracterizado essencialmente pelo consumo insuficiente de frutas, legumes, verduras (FLV) e pelo consumo excessivo de alimentos de alta densidade energética e ricos em gorduras, açúcares e sal (CLARO et al., 2007)

Em idosos de São Paulo, Barbosa et al., (2007) relataram prevalência de obesidade nas mulheres maior (40,5%), quando comparada aos homens (21,6%). Campos et al., (2006), observaram que o aumento da renda domiciliar contribuiu para a prevalência de sobrepeso e obesidade entre os idosos. Em idosos de Bambuí (MG), Barreto et al. (2003) apontaram prevalência de obesidade de 12,5%, positivamente associada com sexo feminino e inversamente associada à prática de atividade física. O baixo peso afetou 15% dos indivíduos estudados, e foi mais elevado nos homens de renda mais baixa, sendo a escolaridade protetora para o baixo peso, mas associada positivamente à obesidade.

O estado nutricional adequado contribui para o aumento do número de pessoas que se aproximam do ciclo máximo de vida. Carlos et al., (2008) apontam em seu estudo no município de São Paulo sobre as porções de alimentos consumidos, que a quantidade de frutas consumidas é maior entre a população idosa.

Aliada a nutrição adequada, outro fator importante que interfere na qualidade de vida dos idosos é a prática de atividade física. Pessoas ativas têm um risco diminuído para o desenvolvimento de várias doenças (SIQUIERA et al., 2008).

No Brasil, o sedentarismo apresenta alta prevalência, causando custos elevados, tanto diretos quanto indiretos, para o sistema de saúde. Siquiera et al.

(2008) verificaram uma prevalência de 31,8% e 58% de sedentarismo para adultos e idosos respectivamente, sendo sempre maior na Região Nordeste e nos homens.

Almeida et al., (2005) verificaram que entre os idosos estudados, quanto maior a escolaridade e a renda, maior o percentual de participação em atividades de lazer. A atividade física mais realizada foi a caminhada. Alguns agravos foram menos frequentes entre os idosos que participavam regularmente de atividades de lazer, revelando que a manutenção de atividades prazerosas, como as de lazer, pode repercutir positivamente na saúde deste grupo.

Apesar da crescente população idosa, Nóbrega et al., (2009) enfatizam que o Brasil tem questões referentes a políticas e práticas para os idosos, que suscitam uma grande preocupação com o bem-estar social desta população. Os elevados níveis de pobreza, a redução no tamanho família e o número limitado de prestadores de cuidados convergem para uma sobrecarga deste segmento populacional. Além disso, as características geográficas, políticas e as diversidades da população no Brasil, foram um cenário que afeta os idosos.

Enfim, com o aumento a expectativa de vida e o aumento proporcional das doenças crônicas, existe a necessidade da preparação e adequação dos serviços de saúde, visando a melhor estruturação, formação e qualificação profissional para o atendimento dessa nova demanda. Embora o sistema de saúde atual ofereça atendimento universal à população, problemas relacionados à escassez de recursos humanos, garantia de acesso, utilização de serviço e equidade no atendimento, têm sido descritos como preocupação das políticas de saúde, tornando importante corrigi-los com o objetivo de melhor atender a população (RAMOS, 2003).

Para Veras (2007) a nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira aponta para a urgência de mudanças e inovação de paradigmas de atenção à saúde da população idosa e requerem estruturas criativas, com propostas de ações diferenciadas afim de que o sistema ganhe efetividade. Assim, o idoso poderá usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência. Sabe-se que este viver é mais importante na medida em que se agregue a qualidade aos anos adicionais de vida.

Devido às repercussões que o processo de transição epidemiológica pode trazer para o idoso, para a família, para os serviços de saúde, entre outros, a maioria dos estudos com a população idosa tem destacado uma visão negativa do envelhecimento populacional (CAMARANO, 2006).

No entanto, alguns estudos têm buscado avaliar condições positivas do envelhecimento. Um estudo conduzido por Joia et al. (2007) no município de Botucatu/SP, encontrou que 51,5% dos idosos referiram estar satisfeitos com sua vida. Os fatores relacionados à satisfação com a vida foram: conforto domiciliar, acordar bem pela manhã, ter três ou mais refeições diárias, não-sensação de solidão, não ser diabético e valorizar o lazer como qualidade de vida.

Não há que se discutir que os indicadores utilizados em pesquisas contribuíram e ainda contribuem para a formulação de políticas de saúde, para melhoria das condições de vida dos idosos. Mas, com o aumento geral da sobrevida da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas qualidade de vida, felicidade e satisfação pessoal.

3.2. A saúde e seus determinantes

Em nossa vida cotidiana, é bastante frequente o questionamento sobre o nosso estado geral. Perguntas triviais como “Tudo bem com você?” dá início à maioria dos diálogos, e muitas vezes, ao responder este questionamento, o indivíduo faz referência a circunstâncias gerais de sua vida, sendo uma delas, suas condições atuais de saúde. Embora pareça simples e óbvia, a resposta a esta pergunta pode ser influenciada por vários fatores que vão além da saúde física, fundamentado nas crenças de saúde da pessoa. No entanto, inferir sobre doenças/agravos parece mais fácil e previsível, pois muitas vezes, a referência é a presença de alterações na fisiologia.

Historicamente, a saúde foi definida como ausência de doença. Gozar de saúde significava não padecer de enfermidade, estar em harmonia consigo mesmo e com o meio. Czeresnia (2003) afirma que o discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos de doença e não de saúde.

Para Christopher Boorse, representante do naturalismo, a saúde é pensada como a ausência de doença e, inversamente, a doença se define como o estado de um indivíduo que interfere nas funções normais (ou no funcionamento normal) de alguns órgãos ou sistema de órgãos. A doença seria o termo de referência pelo qual saúde poderia ser negativamente definida (BOORSE, 1975).

A concepção de saúde, como oposto da doença, vinculada somente ao biológico, resulta do modelo biomédico onde prevalecia uma visão mecanicista e reducionista do homem. A doença aparecia quando existia um desequilíbrio entre os humores do corpo, alterando sua normalidade. Ou seja, o corpo do homem funcionava como uma máquina, dividido em partes, que em desarticulação

provocaria danos, no caso a doença. Nesse sentido, curar a doença, seria o equivalente à reparar a máquina, ou melhor suas partes. O controle da sua evolução e o retorno ao estado de não doença eram os objetivos de todas as atividades (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

O modelo biomédico direcionou a atenção durante anos, e a área da saúde pautou-se no assistencialismo e no curativismo. Entretanto, as transformações econômicas, políticas e demográficas ocorridas no século XX, contribuíram para a mudança de alguns paradigmas em torno das concepções de saúde (REZENDE, 1986).

Paim (1997) afirma que a aproximação entre saúde e condições de vida fez-se presente em diferentes abordagens conceituais e teóricas sobre causalidade em saúde no século XX. Destaca neste cenário, o modelo ecológico, formulado por Gordon em 1920, que faz analogia ao processo saúde/doença com uma balança e incorpora, sob o rótulo de “meio-ambiente social”, os fatores relacionados a salário, moradia, trabalho, renda e acesso a saneamento básico.

O epistemólogo francês Georges Canguilhem defende que saúde é uma questão filosófica. Considera que a saúde se realiza no genótipo, na história de vida do sujeito e na relação do indivíduo com o meio. Para o autor não é possível reduzir o conceito de saúde a um termo específico (CANGUILHEM, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), também amplia sua definição de saúde e em sua Carta Magna de 7 de abril de 1948, define que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”.

Alguns autores criticaram este conceito ao descrevê-lo como estático, subjetivo e redundante, mais ideal, do que descritivo de um estado fatural (REZENDE, 1986; SEGRE; FERRAZ, 1997).

O modelo da história natural da doença proposto por Leavell & Clark, inspirou, na década de 50, o preventivismo. Tal modelo comporta três níveis de prevenção, sendo que dentro deles, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural (BUSS, 2003).

Durante a década de 60, o amplo debate realizado em várias partes do mundo, realçando a determinação econômica e social da saúde, abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade (FERREIRA; BUSS, 2002).

Na década de 70, no Canadá, o documento conhecido como Relatório Lalonde define as bases de um movimento ideológico na saúde que passou a se designado como Promoção da Saúde. Este relatório estabelece o modelo do “campo da saúde” os chamados “determinantes de saúde”. Contempla a decomposição do campo da saúde em quatros amplos componentes da saúde: a biologia humana, o sistema de organização dos serviços, o ambiente e o estilo de vida (CANADÁ, 1974).

Apesar dessa evolução, esta abordagem tinha o enfoque voltado para a mudança dos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental e preventivista (HEIDMANN et al., 2006).

Neste sentido, em 1978, durante a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a OMS teve como principal meta para todos seus membros, "Saúde para todos no Ano 2000", recomendando a adoção de um conjunto de medidas para um nível de saúde que permitiria o desempenho de uma vida social e economicamente produtiva. Este evento foi um dos mais significativos para a saúde pública, pelo alcance que teve em quase todos os sistemas de saúde do mundo. Esse compromisso com a estratégia de saúde para todos foi renovado em 1998 (BUSS, 2003).

A Carta de Ottawa, resultante Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, é a referência ao desenvolvimento das idéias de promoção à saúde em todo o mundo. Assim define a promoção à saúde:

"...o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... Assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global." (BRASIL, 2002, p.19).

A promoção da saúde surge, certamente, como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Pressupõe, portanto, que saúde não seja entendida como ausência de doença, mas também como capaz de agir sobre seus determinantes (BUSS, 2003).

No Brasil, essa compreensão de saúde foi incorporada ao Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (MS, 1986), que teve como marco

principal a saúde como direito. No artigo 196 da Constituição Federal, verifica-se que a concepção de saúde relaciona-se com a equidade no acesso ao serviço, ao atendimento integral, aos direitos dos cidadãos, a saber:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CF, 1988, p.81).

Assim, a saúde passa a ter uma concepção ampliada, baseada na agregação de fatores determinantes e condicionantes: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990; WESTPHAL, 2006)

Esses fatores determinantes se aproximam dos recursos necessários para a saúde proposto na Carta de Ottawa: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade, e que para a mobilização desses recursos seria necessária a participação de outros setores (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004).

Aproximam-se também dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), propostos por Dahlgren e Whitehead. Incluem as condições mais gerais socioeconômicas, culturais e ambientais de uma sociedade, e relacionam-se com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo também a trama de redes sociais e comunitárias (CNDSS, 2008).

Em março de 2005, a OMS criou a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde - Commission on social Determinants of Health (CSDH), que tem como objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. O Brasil foi o primeiro país a criar no ano de 2006, a sua própria comissão, denominada Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS). A criação desta comissão demonstra a preocupação dos sanitaristas brasileiros em desenvolver ações concretas em relação aos perfis destes determinantes (CNDSS, 2008).

Diante disso, verifica-se que saúde é um fenômeno complexo e pode ser abordado sob diversos ângulos. Czeresnia (2003) afirma que a saúde não é objeto que possa delimitar; não se traduz em conceito científico.

Diante disso, na atualidade pode-se considerar que a saúde é um construto a partir de uma concepção ampliada, que leva em consideração os determinantes já citados. No Brasil, esta proposta tem fundamentado a formulação das políticas públicas, bem como o delineamento de estudos sobre as condições de saúde das pessoas.

No entanto, segundo Pereira e Rebouças (2006) os estudos sobre a saúde da população se direcionam para a descrição de indicadores de saúde, que tradicionalmente tem trabalhado com indicadores negativos, que informam mortalidade e morbidade, em lugar dos positivos, do tipo bem-estar, qualidade de vida, normalidade e envelhecimento saudável.

O método de estudo epidemiológico, muito utilizado para o conhecimento da situação de saúde da população, define saúde como atributo do grupo dos “não-doentes”, entre os expostos e os não-expostos a fatores de risco em uma população definida (ALMEIDA FILHO, 2000). Embora tenha como foco o grupo dos doentes, essa concepção se deve à necessidade de uma definição clara, objetiva e reprodutível dos desfechos a serem estudados, com vistas à elaboração de estratégias concisas e válidas para o setor saúde (PEREIRA; REBOUÇAS, 2006).

Nos últimos anos, observa-se um incremento da população idosa no Brasil. Estudar a situação de saúde dos idosos, também tem sido um desafio para os pesquisadores, em virtude das desigualdades em saúde e da própria característica de saúde nesta população, que está fortemente relacionada à preservação da capacidade funcional, à independência e autonomia (RAMOS, 2003).

Alguns fatores como escolaridade, a renda, a raça ou cor da pele das pessoas, área de moradia, alimentação, o acesso a estes bens, têm um impacto considerável sob o grupo de pessoas idosas, e demonstram um cenário de intensas desigualdades (DACHS, 2002).

Alguns indicadores têm sido utilizados para conhecer as condições de saúde dos idosos, como: expectativa de vida, mortalidade, condições crônicas de saúde, déficit cognitivo, sintomas depressivos, hospitalizações no âmbito do SUS, doenças de notificação compulsória, incapacidade. Outros indicadores como a auto-avaliação do estado de saúde e a qualidade de vida tem sido utilizados mais recentemente na tentativa de se aproximar de uma concepção ampla de saúde (REBOUÇAS et al., 2008; REBOUÇAS; PEREIRA, 2008).

A auto-avaliação do estado de saúde está entre as medidas mais simples e frequentemente utilizadas para verificar a saúde individual, por ser considerada o

meio mais prático de reunir informações da condição de saúde dos indivíduos. Reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social (WARE, 1995; WARE et al. 1981).

A Política Nacional do Idoso baseia-se na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção da capacidade funcional, na prevenção das doenças, na recuperação da saúde, e na reabilitação da capacidade funcional perdida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 2006).

O envelhecimento saudável resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, bem-estar psicológico, sentimento de felicidade e alegria, sentir-se útil na sociedade e na família (RAMOS, 2003; VERAS, 2001; BRASIL, 2006).

Analisar a saúde, a partir da própria percepção do indivíduo contribui para uma visão multidimensional do envelhecimento. Pode-se considerar que este indicador se aproxima do conceito ampliado de saúde e de envelhecimento ativo, pois considera engloba os determinantes sociais, as condições físicas, e possibilita a formulação de estratégias para a promoção da saúde.

3.3. Auto-avaliação do estado de saúde: definições e fatores associados em idosos.

Conforme exposto no tópico anterior, o estudo da situação de saúde das populações é um objeto de pesquisa de grande complexidade. Por um lado, isso se dá pela dificuldade em entender o que de fato está compreendido no fenômeno saúde. Por outro, considerando a pessoa idosa, em função das alterações

decorrentes do envelhecimento, a maioria dos estudos estão direcionados a aspectos negativos do envelhecimento, senão, às medidas para prevenir estes agravos.

Antes de introduzir o tema, uma questão que vale ser salientada neste tópico do referencial teórico, é a determinação do termo utilizado para avaliação da saúde geral. Os termos identificados nos estudos foram: auto-avaliação de saúde, autopercepção de saúde, saúde referida e saúde percebida. Não foram encontrados estudos diferenciando estes termos. Analisando a semântica das palavras, a palavra percepção tem o significado de ato ou efeito de perceber pelos órgãos dos sentidos; idéia, compreensão de algo. Já a palavra avaliação tem o significado de ato ou efeito de avaliar; apreciação, análise; valor determinado por quem avalia. Pode-se dizer que as duas palavras possuem semelhanças de significados. Neste estudo fizemos a opção pelo termo auto-avaliação de saúde, pois além de constar nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), o termo avaliação parece ser mais abrangente pressupondo julgamento de valor e análise de diferentes dimensões.

A avaliação da saúde pode englobar três domínios diferentes de estudo. Um desses domínios é a chamada saúde “testada”, analisada por meio de exames laboratoriais e funcionais. Outro é aquele baseado na avaliação clínica feita por profissionais especializados, denominado de saúde “observada”. O terceiro domínio denomina-se saúde “percebida” pautada nos conhecimentos e nas crenças de cada indivíduo sobre a sua saúde (BARROS, 2005; SEN, 2002).

A auto-avaliação do estado de saúde, objeto de estudo deste trabalho, enquadra-se no terceiro domínio. 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).

Diferentemente dos outros indicadores, a auto-avaliação da saúde não enfatiza uma questão específica. Mensura de uma maneira bastante global, o estado de saúde do indivíduo, incorporando aspectos de saúde cognitiva e emocional, como também da saúde física (KIKUCHI, 2005).

Avaliar a própria vida, para concluir a respeito de sua qualidade, para saber se é boa ou ruim, é um processo intrapsíquico complexo, abrangendo julgamentos, emoções e projeções para o futuro (PASCHOAL, 2002).

A auto-avaliação de saúde é analisada por meio das respostas à pergunta: “De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?”, cujas opções variam de uma saúde boa à uma saúde ruim. Existem divergências quanto aos nomes dados às opções de resposta, como à categorização das mesmas. Alguns estudos utilizam as opções excelente, muito boa, boa, regular e ruim (ALVES; RODRIGUES, 2005; AHMAD et al., 2005; PHILLIPS, et al., 2005; WONG et al., 2005; SOUZA et al., 2008). Outros utilizam as opções muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim (DAMIAN et al., 1999; DACHS, SANTOS, 2002; LIMA-COSTA et al., 2004; THEME-FILHA et al., 2008). Na categorização destas opções, alguns estudos classificam a categoria regular junto à ruim, e outros categorizam a muito ruim junto à ruim.

A auto-avaliação do estado de saúde é um dos indicadores mais utilizados em pesquisas gerontológicas, porque prediz de forma robusta e consistente a

mortalidade e o declínio funcional (MOSSEY;SHAPIRO, 1982; IDLER; BENYAMINI, 1997; DeSALVO et al., 2005).

Um estudo de metanálise que buscou evidenciar a associação entre a auto-avaliação do estado de saúde e mortalidade, demonstrou que as pessoas com pior avaliação da saúde tiveram um risco duas vezes maior de mortalidade comparado com pessoas com auto-avaliação de saúde excelente, independente de ter estado funcional prejudicado, depressão e comorbidades (DeSALVO et al., 2005). Esse perfil de mantêm para ambos os sexos e para os diferentes grupos raciais / étnicos (McGEE et al., 1998).

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

Nos últimos anos, a auto-avaliação do estado de saúde tem sido bastante empregada em inquéritos populacionais em nível nacional (LIMA-COSTA et al., 2004; ALVES; RODRIGUES, 2005) e internacional (DAMIAN et al., 1999; PHILLIPS et al., 2005) buscando seus fatores determinantes. Estes estudos partem do pressuposto de que a percepção da saúde representa uma visão multidimensional e subjetiva do indivíduo e costumam considerar, portanto, uma ampla gama de variáveis sócio-demográficas, de suporte social, de estilo de vida, de status de saúde física, mental e funcional e de acesso a serviços de saúde

Estudo desenvolvido no Japão (SUN et al., 2007) com vistas a identificar fatores associados a boa auto-avaliação de saúde segundo o sexo demonstrou que

nos homens os fatores associados foram: não ter depressão, não perder peso, não ter morbidades e capacidade visual comprometida.

Damian et al. (1999), na Espanha, demonstraram que os principais determinantes da auto-avaliação de saúde ruim foram: número de doenças e estado funcional.

Em Cingapura em estudo conduzido com pessoas de 40 anos ou mais, fazer pouca atividade física, presença de doenças crônicas como doenças da artéria coronária, diabetes mellitus, câncer e depressão foram associados com a percepção negativa da saúde (RAMKUMAR et al., 2009).

Em Bangladesh, Rahman e Barsky (2003), as mulheres e os mais idosos apresentaram pior percepção de saúde, e nos dois casos houve influência de limitações nas atividades cotidianas e das morbidades crônicas e agudas.

Um estudo de coorte na Dinamarca investigou se a da perda de peso entre mulheres com excesso de peso se associava a percepção ruim da saúde. As mudanças no peso estavam associadas com mudanças no perfil da auto-avaliação de saúde, sendo que as que ganharam peso tiveram o risco 1,18 vezes maior de relatar saúde ruim. Já a perda de peso apresentou-se como fator de proteção (SIMONSEN et al., 2008).

Um estudo de revisão sistemática que abrangeu estudos internacionais, demonstrou que dentre os estudos revisados, a percepção de saúde ruim, apresentou força de evidência moderada como fator prognóstico para a incapacidade funcional (TAS et al., 2007).

No Brasil, a PNAD constitui-se na maior fonte de informação sobre a auto-avaliação do estado de saúde. Outros grandes inquéritos populacionais também

analisaram a auto-avaliação do estado de saúde e serão descritos a seguir (DACHS, 2002).

Foram realizados dois estudos baseados em dados da PNAD. Um deles foi realizado com dados coletados em 1998 (DACHS, 2002) e o outro com dados de 2003 (DACHS; SANTOS, 2006). O primeiro descreve a variável da auto-avaliação de saúde e estabelece as cadeias de determinação da auto-avaliação de saúde segundo condições socioeconômicas como a renda per capita, a escolaridade, sexo, cor da pele e moradia urbana ou rural. Verificou-se que 68,5% das pessoas auto-avaliaram sua saúde como muito boa ou boa e 7,0% auto-avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim. As variáveis renda, escolaridade e idade apresentaram-se como determinantes de pior auto-avaliação de saúde entre as pessoas entrevistadas. Além disso, houve uma tendência a melhorar a auto-avaliação de saúde quando a pergunta era respondida por outro morador do domicílio.

Nos dados da PNAD do ano de 2003, Dachs e Santos (2006) desenvolveram um modelo para auto-avaliação de saúde ruim e muito ruim em pessoas maiores de 14 anos. Foram utilizadas as mesmas variáveis para analisar a auto-avaliação de saúde, com exceção da variável renda (que é determinada pelo índice de bens duráveis) e da variável informante (devido aos problemas de auto-avaliação de saúde em pessoas menores de 14 anos). Os resultados apontaram que 21,85% das pessoas auto-avaliam sua saúde como muito boa, 52,53% como boa, 21,30% como regular, 3,58% e 0,73%, como ruim e muito ruim respectivamente. A associação com as variáveis de predição demonstraram que a auto-avaliação de saúde ruim aumenta com a idade, diminui com a melhora das

condições socioeconômicas, aumenta em mulheres em todos os grupos de idade, aumenta com a menor escolaridade e menor renda.

Quanto à PNAD, alguns autores têm discutido a confiabilidade da resposta sobre a percepção da saúde, uma vez que as entrevistas respondidas por outra pessoa são frequentes nessa pesquisa, podendo alcançar 50% entre idosos. Lima-Costa et al. (2007a) desenvolveram um estudo para verificar se o uso do respondente substituto influencia a distribuição e os fatores associados à percepção de saúde em idosos. Os resultados mostraram que a informação sobre percepção de saúde na PNAD pode ser utilizada, independente de quem respondeu à entrevista e que a associação entre pior percepção de saúde e mortalidade persistiu mesmo quando essa percepção foi inferida por outra pessoa, validando assim, os resultados do estudo da PNAD em relação à população idosa.

Outro estudo de grande abrangência realizado no Brasil foi baseado no Inquérito Mundial de Saúde (WHS). Neste estudo, Szwarcwald et al. (2005) buscaram identificar os determinantes socioeconômicos da boa auto-avaliação de saúde no Brasil. Foram entrevistadas pessoas com 18 anos ou mais, sendo que 9% relataram sua saúde como ruim ou muito ruim, 53,0% como boa ou muito boa e 38% como regular. A auto-avaliação de saúde foi pior entre as mulheres, e variou em relação à idade (70% dos jovens auto-avaliam sua saúde como boa ou muito boa contra 28% em relação aos idosos). Ainda, quanto maior a escolaridade e menor a quantidade de doenças, melhor a auto-avaliação de saúde.

Ainda em relação ao WHS, um estudo desenvolvido por Theme-Filha et al., (2008) mostrou que as piores auto-avaliações de saúde foram encontradas em indivíduos com diabetes, angina e artrite. A auto-avaliação de saúde ruim e a

percepção de ser portador de doença de longa duração foram significativamente mais frequentes entre as mulheres, em pessoas com mais de 50 anos.

Um estudo realizado em 18 capitais brasileiras, a partir do Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, identificou que a percepção de saúde regular/ruim apresentou valores que variaram de 18,4% em Porto Alegre e 36% em Belém. Evidenciou-se que as piores condições de saúde ocorreram nas regiões Norte/Nordeste comparadas com as regiões Sul/Sudeste revelando um conjunto de fatores relacionados às desigualdades sociais. As piores condições de saúde foram referidas pelas mulheres, indivíduos com 50 anos ou mais e com menor grau de escolaridade (SOUZA et al., 2008).

Mais recentemente um estudo com dados oriundos do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), analisou a auto-avaliação do estado de saúde em pessoas com idade igual ou maior que 18 anos. A avaliação negativa de saúde foi mais frequente em mulheres, nos mais idosos, nas pessoas de menos escolaridade, sem atividade ocupacional, e residentes em capitais do Norte e do Nordeste. Os comportamentos nocivos à saúde (fumar, sedentarismo, obesidade) e comorbidades foram associados à auto-avaliação ruim de saúde (BARROS et al., 2009).

Szkho e Coutinho (2009) estimaram a prevalência de percepção de saúde auto-referida regular ou ruim segundo consumo diário de cigarros, numa população constituída por pessoas com 15 anos ou mais, residentes em 17 capitais estaduais e em Brasília. A proporção de fumantes com percepção de saúde auto-referida regular ou ruim foi 25% maior entre aqueles que fumavam > 20 cigarros/dia. Entre fumantes com percepção de saúde auto-referida regular ou ruim, os fumantes

pesados apresentaram as proporções mais elevadas de respostas em favor das mensagens anti-fumo mais identificadas com perdas na vida cotidiana, como falta de fôlego e sentir-se incomodado pela própria dependência em relação ao cigarro.

Os estudos anteriormente citados envolveram indivíduos de todas as faixas etárias, mas evidenciaram que a percepção negativa da saúde aumenta com o avançar da idade. Os estudos apresentados a seguir foram realizados com a população de idosos.

No estudo baseado na PNAD de 2003, foram analisados os fatores associados à auto-avaliação ruim e encontraram associações positivas com faixa etária maior, número de condições crônicas, número de consultas médicas no último ano e hospitalização no período, enquanto se encontrou associação negativa para sexo feminino e escolaridade (LIMA-COSTA, 2007b)

Alves e Rodrigues (2005) investigaram a influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional sobre a auto-avaliação de saúde entre idosos do município de São Paulo, baseado no Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE). A auto-avaliação ruim foi 16% maior nas mulheres e 46% menor quando avaliado pelo próprio idoso. Além disso, os autores apontaram que o idoso que mora sozinho avalia melhor a sua saúde do que os que moram acompanhados. Idosos separados ou divorciados e aqueles casados ou em união consensual apresentaram uma chance 12 e 9% maior de perceber a própria saúde como ruim em relação aos solteiros. Em relação às doenças crônicas, idosos com presença de 2 a 3 doenças crônicas tiveram menor probabilidade de apresentar sua saúde como ruim. Quanto à capacidade funcional, quanto mais aumenta a incapacidade, maior a chance do idoso perceber

a sua saúde como ruim. Neste estudo, o nível de escolaridade mais elevado foi considerado fator de proteção de uma percepção de saúde ruim.

Outro estudo com dados do SABE, revela que em todas as cidades estudadas foi muito baixa a probabilidade de informar a saúde como excelente (6% ou menos). A auto-avaliação da memória ruim, insatisfação com estado nutricional e com a vida tiveram forte associação com a saúde ruim (WONG et al., 2005).

Estudo realizado na cidade de Bambuí/MG por Lima-Costa et al. (2004) demonstrou que 24,7% dos idosos auto-avaliaram sua saúde como boa/muito boa, 49,2% como razoável e 26,1% como ruim/muito ruim. Foram associados a pior auto-avaliação de saúde: insatisfação com relacionamentos pessoais, presença de sintomas depressivos e ansiosos, queixas de insônia, número de medicamentos consumidos, número de consultas médicas e de internações. Baseado em dados oriundos do mesmo estudo, Lima-Costa et al. (2005) observaram que das condições socioeconômicas analisadas, idosos com baixa renda mensal, menor escolaridade e insatisfação com a rede social tiveram associação positiva com a percepção de saúde ruim.

Em Porto Alegre, Hartmann (2008) encontrou prevalência de auto-avaliação 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.

Estudo baseado no Projeto EPOCA – Envelhecimento Populacional e Câncer, realizado em Juiz de Fora/MG, entre os homens idosos, 37,1% referiram saúde razoável/ruim e foram associados a esta percepção o número de doenças

crônicas, uso de medicação regular, não trabalhar, ter baixa escolaridade e ser usuário do sistema público de saúde (SANTIAGO, 2009).

Sousa e Silver (2008) desenvolveram estudo em uma localidade de baixa renda do Rio de Janeiro com mulheres idosas. Embora 62,0% afirmarem boa saúde, 80,5% referiram apresentar algum problema de saúde. Foram associados à pior percepção de saúde entre estas mulheres: menor alfabetização, menor renda, não trabalhar, ter morbididades e ser insatisfeito com a vida.

Pereira et al. (2009) investigaram a associação da auto-avaliação de saúde com aglomeração de fatores de risco cardiovascular em pessoas com idade entre 30 a 69 anos, residentes em 16 capitais brasileiras, incluídas no Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-transmissíveis. Uma pior auto-avaliação de saúde foi encontrada entre participantes com maior número de fatores de risco (hipertensão, tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool, dieta inadequada e obesidade central). Aqueles que apresentaram percepção de saúde ruim comparado com os que referiram ter percepção excelente, apresentaram uma probabilidade 2,08 vezes maior para um fator de risco, 6,13 para dois fatores de risco e 14,60 vezes maior para 3 ou mais fatores de risco aglomerados.

Outros estudos realizados no Brasil utilizaram a auto-avaliação de saúde como variável de exposição. LIMA-COSTA et al., (2003b) encontrou que pior auto-avaliação foi significativamente mais frequente entre idosos com menor renda domiciliar per capita. Paskulin e Viana (2007) não encontraram diferenças de gênero e idade entre os idosos que referiram saúde ruim. No estudo de Ramos (2003), que investigou variáveis com análise de risco para morte e incapacidades,

a auto-avaliação de saúde negativa, dentre outros fatores, aumentou o risco de morte em idosos residentes na zona urbana.

Verifica-se nos estudos brasileiros, que as variáveis mais utilizadas para verificar associações com a auto-avaliação de saúde são aquelas referentes às condições socioeconômicas e demográficas, principalmente idade, sexo, renda e escolaridade. Seguindo destas variáveis destacam-se a capacidade funcional e os indicadores de condições de saúde. O número de doenças crônicas é uma variável bastante utilizada nos estudos e tem apresentado forte associação com a auto-avaliação do estado de saúde ruim. Alguns agravos como hipertensão, artrite ou reumatismo, doença cardiovascular, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, embolia ou acidente vascular cerebral e câncer, têm influenciado a auto-avaliação do estado de saúde nestes estudos.

O estudo utilizando os dados da linha de base Bambuí foi o que utilizou o maior número de variáveis para realizar associações com auto-avaliação do estado de saúde. Os autores enfatizam que trata-se de uma estrutura multidimensional que compreende a situação socioeconômica, a rede social de apoio, a condição de saúde e o acesso a bens e serviços de saúde (LIMA-COSTA et al. 2004).

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 auto-avaliação está relacionada ao estado real e objetivo de saúde e pode ser encarada como uma representação das avaliações de condições de saúde.

Subramanian et al. (2005) pesquisaram nos Estados Unidos os determinantes de auto-avaliação de saúde e felicidade demonstraram que pior auto-avaliação do estado de saúde e a infelicidade foram altamente

correlacionados entre os indivíduos, e as comunidades que são saudáveis tendem a ser mais felizes.

Assim, o conhecimento dos fatores que determinam a auto-avaliação do estado de saúde em idosos de Goiânia, poderá ser útil para o desenvolvimento de ações que possibilitem ao idoso, uma vida mais saudável e feliz.

A compreensão sobre a diversidade de definições e concepções sobre saúde, as condições de vida do idoso e a importância de valorizar a percepção das pessoas sobre sua saúde subsidiaram a fundamentação conceitual e a construção do percurso analítico deste estudo.

4. METODOLOGIA

4.1. Delineamento do estudo

Este estudo está inserido na primeira pesquisa populacional sobre saúde e nutrição de idosos realizada na Região Centro-Oeste, intitulada “Validação de Indicadores Antropométricos para Avaliação do Estado Nutricional do Idoso”², também denominada Projeto Idosos/Goiânia. Trata-se de um estudo de delineamento transversal.

4.2. População Alvo

A população alvo constitui-se de idosos de ambos os sexos, usuários da Rede Básica de Atenção à Saúde (SUS), âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da área urbana do município de Goiânia-GO.

De acordo com os dados do último Censo Demográfico realizado em 2000, Goiânia possui uma população total de 1.093.007 habitantes, sendo que a população acima de 60 anos é de 76.184 habitantes (IBGE, 2000). Houve um crescimento populacional e de acordo com dados mais recentes da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Goiânia (ASPLAN, 2006), a estimativa da população total de Goiânia é de 1.225.410 e acima de 60 anos é de 85.413 habitantes.

4.3. Tamanho da Amostra

Como este estudo integra um Projeto maior, o tamanho da amostra foi definido pelo desfecho de interesse com menor prevalência.

² Edital Universal MCT/CNPq 14/2008.

Entretanto, para verificar se a amostra do presente estudo possuía poder estatístico suficiente para identificar diferenças estatisticamente significantes procedeu-se *a posteriori* o cálculo do tamanho da amostra. No Programa EpiInfo® considerou-se os seguintes parâmetros:

- desfecho auto-avaliação do estado de saúde ruim/muito ruim -prevalência de 13,4%;
- exposição de interesse - presença de 3 ou mais morbidades - prevalência de 38% entre os idosos que referiram auto-avaliação do estado de saúde ruim/muito ruim;
- nível confiança de 95% ($\alpha < 0,05$);
- poder estatístico de 80%;
- razão de expostos: não expostos de 2:1;
- razão de prevalência (RP) de 2.

A partir destes parâmetros encontrou-se o número de 210 e a este número acrescentou-se 20% para análise estratificada e 30% para controle de fatores de confusão e para minimizar o efeito do delineamento. Ao final do cálculo amostral chegou-se ao número de 315 idosos. Porém, considerando-se um poder de 95% (erro tipo II) seriam necessários 406 idosos.

Portanto, a amostra do projeto maior, 418 idosos, é um número que contempla suficientemente os objetivos do presente trabalho, sendo que apresenta inclusive com um poder estatístico de 95% o que minimiza o erro tipo II

4.4. Critérios de inclusão e exclusão

Neste estudo, foram incluídas pessoas com idade ≥ 60 anos, que foram atendidos em consulta ambulatorial no período de doze meses anteriores a coleta

de dados (como forma de confirmar se o idoso era usuário do SUS/Rede Básica) e que consentiram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os idosos que apresentavam evidência de transtorno mental ou qualquer outra condição que os tornasse de responder ao questionário por razões físicas e/ou cognitivas e questionários respondidos pelo cuidador.

4.5. Amostragem

O plano de amostragem desta pesquisa está em conformidade com o do “Projeto Idoso/Goiânia”, que foi elaborado em múltiplos estágios sendo que os Distritos Sanitários de Goiânia foram considerados as unidades primárias.

Em virtude da descentralização política, técnica e administrativa, da Secretaria Municipal de Saúde, em 2008, o município de Goiânia era dividido em nove (9) regiões denominadas Distritos Sanitários (DS), a saber: DS Central, Sul/Sudeste, Oeste, Leste, Norte, Noroeste, Sudoeste, Meia Ponte e Medanha (Figura 2). Distribuídos nestes distritos, o município possuía 46 Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), 26 Centros de Saúde (CS), 13 Centros de Assistência Integrada à Saúde (CAIS), 14 Centros Integrals de Assistência Médico Sanitária (CIAMS), sete Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 3 Residências Terapêuticas, 1 Maternidade, 1 Ambulatório de Saúde Mental, 1 Ambulatório de Queimaduras, 1 Centro de Referência em Diagnóstico e Terapêutica, 1 Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia (CROF), 1 Centro de Referência em Atenção a Saúde da Pessoa Idosa (CRASPI), 1 Pronto Socorro Psiquiátrico e 1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

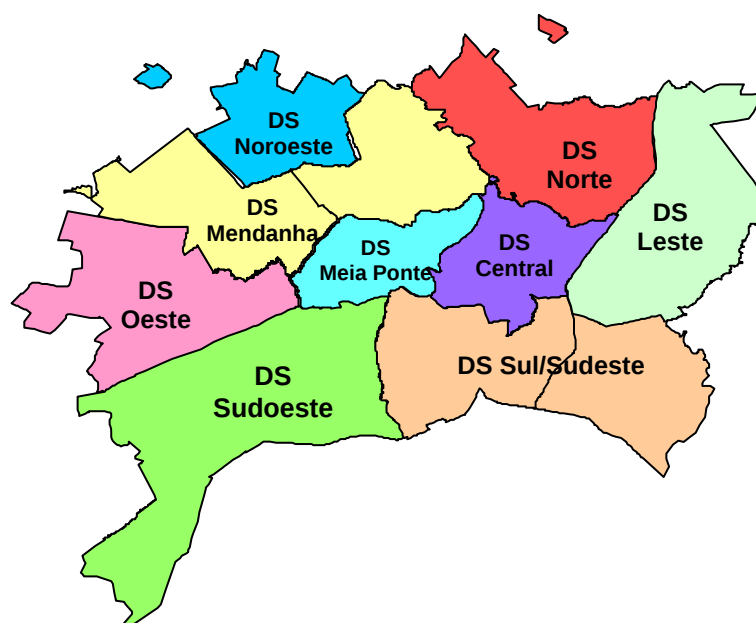


Figura 2. Mapa do município de Goiânia com as divisões dos Distritos Sanitários de Saúde, 2008.

Para a seleção da amostra considerou-se a população idosa residente em cada DS e calculou-se a proporção equivalente de idosos para cada um. A informação sobre o total de idosos residentes em cada DS foi fornecida pela Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Goiânia - ASPLAN (2008). A distribuição proporcional de idosos está descrita no Quadro 1. Como a SMS e a ASPLAN não possuíam qualquer tipo de cadastro informatizado ou não dos usuários da Rede Básica definiu-se as etapas de amostragem a seguir.

Primeiramente foram identificadas as unidades de saúde de maior fluxo em cada um dos DS (segundo a SMS). Cada uma das unidades de saúde identificadas foram visitadas por duas pesquisadoras diferentes e a partir do arquivo ativo existente nas mesmas (prontuários), foi realizado um cadastro com nome, idade e endereço de pessoas com 60 anos ou mais, que foram atendidos nos últimos 12 meses (Janeiro de 2007 à Janeiro de 2008). Devido às informações da própria SMS e pelo estudo piloto, já se esperava um grande número de perdas devido a

endereços desatualizados ou fornecidos de forma equivocada nos cadastros/prontuários. Em função disso, esse cadastro possuía duas (2) vezes o número de idosos necessários.

A partir desse cadastro, procedeu-se alocação aleatória simples para localizar a quantidade de idosos necessários. Na última etapa os endereços dos idosos foram localizados em mapa da área urbana do município para viabilizar a localização do domicílio dos idosos na fase de coleta de dados.

Quadro 1. Número e proporção da população de idosos, da amostra estimada e da amostra incluída por distrito sanitário e unidades de saúde de Goiânia, 2008.

Distrito Sanitário	Unidade de Saúde Seleccionada	População de Idosos*		Amostra Incluída	
		N	%	N	%
Norte	CAIS Jardim Guanabara III	5.220	6,1	26	6,2
Sul/Sudeste	CAIS Jardim América	16.239	19,0	76	18,2
	UABSF Parque Atheneu				
Leste	CAIS Novo Mundo	8.379	9,8	41	9,8
Oeste	CAIS Bairro Goiá	5.115	6,0	27	6,5
Noroeste	Cais Finsocial	8.764	10,3	41	9,8
Sudoeste	CIAMS Novo Horizonte	12.062	14,1	57	13,6
Central	UABSF Leste Universitário	11.377	13,3	54	12,9
Meia Ponte	CAIS Campinas	9.696	11,4	50	12,0
Mendanha	CIAMS Urias Magalhães	8.559	10,0	46	11,0
Total		85413	100	418	100

* Dados fornecidos pela Assessoria de Planejamento da Prefeitura de Goiânia.

O fluxograma dos procedimentos amostrais em múltiplos estágios está representado na Figura 3.

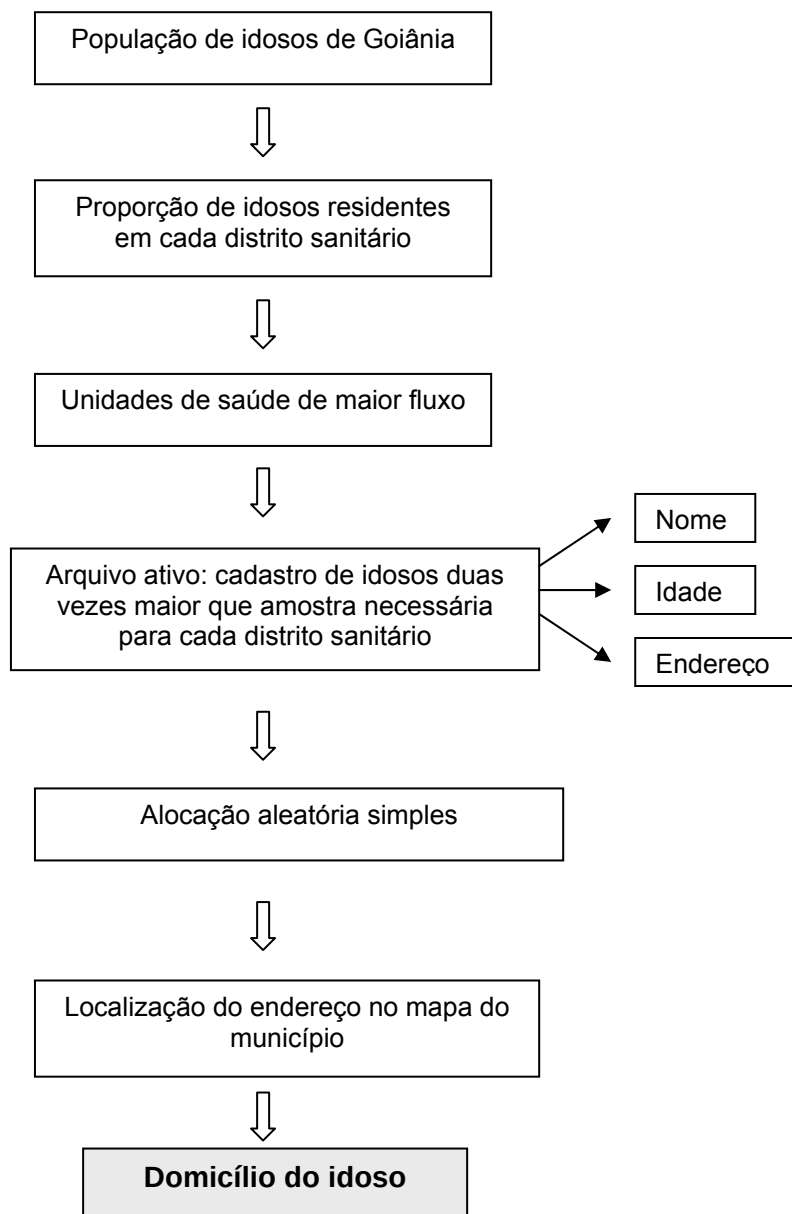


Figura 3. Fluxograma dos procedimentos de amostragem em múltiplos estágios do Projeto Idoso/Goiânia.

4.6. Instrumento de coleta de dados e Estudo Piloto

Elaborou-se um questionário (ANEXO 1) e uma ficha antropométrica (ANEXO 2) por professores experts em temas específicos da pesquisa.

No questionário foram contempladas informações socioeconômicas, demográficas, condições de saúde, uso de medicamentos, estilo de vida, além de

um Questionário de Frequência Alimentar (QFA), desenvolvido por Block (1994) e adaptado para população brasileira por Rodrigues (2005).

Na ficha antropométrica constam várias medidas, porém para esse estudo foram utilizados apenas o peso e altura para posterior cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC).

Para testar os instrumentos, em setembro de 2008 realizou-se um estudo piloto em uma amostra de 48 idosos da área de abrangência da Unidade de Atenção Básica Saúde do bairro Leste Universitário, localizado no Distrito Sanitário Central.

Para esta etapa, houve um treinamento de oito horas para os entrevistadores incluindo: leitura e estudo do Manual do Entrevistador (ANEXO 3), utilização de mapas, dramatizações e simulações de abordagem do idoso no domicílio e demais procedimentos da coleta de dados. As antropometristas também foram treinadas e padronizadas para a coleta das medidas antropométricas, segundo a proposta de Habiccht (1974).

Sendo assim, o estudo piloto possibilitou: treinamento dos entrevistadores e antropometristas, testar os instrumentos que seriam utilizados e a metodologia anteriormente estabelecida possibilitando a melhor operacionalização do trabalho de campo, inclusive com a melhor estimativa do total de perdas devido ao cadastro no SUS.

Após realização do estudo piloto a equipe se reuniu para discutir e avaliar a logística, adequar e aprimorar o questionário conforme a compreensão das perguntas pelos idosos. Após muitas análises e discussões os pesquisadores chegaram a versão final do questionário padronizado e pré-testado (ANEXO 1).

Todas estas medidas integram o controle de qualidade da pesquisa, o que garante a confiabilidade dos resultados encontrados. Os equipamentos como balança também eram aferidos para garantir sua precisão.

Os dados dos idosos do estudo piloto não fazem parte da análise do presente estudo.

4.7. Variáveis do Estudo

4.7.1. Variável de Desfecho

A variável de desfecho deste estudo foi a auto-avaliação do estado de saúde ruim. A auto-avaliação é uma variável categórica de nível ordinal, pois além de identificar diferentes categorias, é possível reconhecer graus de intensidade entre elas, o que possibilita a ordenação de várias categorias (CALLEGARI-JACQUES, 2003).

A pergunta utilizada foi: *“O que o Sr(a) acha do seu estado de saúde no último mês?”*. As repostas foram lidas e o idoso (a) poderia escolher uma, de 5 opções de resposta: *“muito bom”, “bom”, “regular”, “fraco” “péssimo”*.

A partir disso realizou-se a dicotomização da variável em “Boa” e “Ruim”. As opções de resposta muito bom, bom e regular integraram a categoria “Boa”, ao passo que as opções fraco e péssimo, integraram a categoria “Ruim”.

Os estudos no Brasil sobre auto-avaliação do estado de saúde apresentam diferentes opções de resposta e diferentes categorizações. Assim como no presente estudo, nos estudos com dados da PNAD (DACHS; SANTOS, 2002; DACHS, 2005), do Estudo Bambuí (LIMA-COSTA et al. 2004) e do WHS

(SZWARCWALD et al. 2005), também foi feita dicotomização da variável auto-avaliação de saúde para posterior análise.

4.7.2. Variáveis de Exposição

As variáveis de exposição utilizadas neste estudo foram subdivididas em 3 blocos e estão descritas no Quadro 2.

Quadro 2. Distribuição das variáveis do estudo.

Bloco	Variáveis	Número da Questão (conforme ANEXO 1)
Demográficas e Socioeconômicas	Sexo	4
	Idade	5
	Número de Residentes no domicílio	11
	Estado civil	6
	Cor da pele	3
	Escolaridade	8, 9 e 10
	Classe Econômica	65 a 75
Estilo de Vida	Tabagismo	31
	Consumo de bebidas alcoólicas	36
	Prática de atividade física	41
	Consumo diário de frutas e vegetais	60 (apenas frutas e vegetais diários).
Condições de saúde	Morbidades Referidas	27
	Número de Morbidades	27
	Perda de peso recente	17
	Estado nutricional (IMC)	Ficha Antropometrista
	Número de medicamentos em uso	22
	Internação no último ano	24

Em relação às variáveis demográficas e socioeconômicas a idade foi categorizada nas faixas etárias 60 a 64 anos, 65 a 69 anos, 70 a 74 anos e 75 anos ou mais. O estado civil foi categorizado em: vive com companheiro e vive sem companheiro, sendo que na primeira foram inseridos os idosos casados ou que moram com companheiro e na segunda os solteiros, divorciados/separados e os viúvos.

A escolaridade foi avaliada segundo os anos de estudo e foi classificada nas

seguintes categorias: < 1; 1 a 3; 4 a 7 e $\geq$ 8 anos de estudos. A cor da pele foi observada pelo entrevistador e classificada como branca, parda ou preta. A variável número de residentes no domicílio foi classificada em 4 categorias: mora sozinho, 2 moradores, 3 a 4 moradores e 5 ou mais moradores.

A variável classe econômica foi avaliada de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Este critério estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, definindo-a como classes econômicas. Para definição das classes econômicas considera-se a posse de itens duráveis no domicílio (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer) e o nível de instrução do chefe da família. Cada item citado apresenta uma pontuação, sendo que a pontuação final classifica o indivíduo em uma classe econômica (Quadro 3). As classes A1 e A2, B1 e B2, C1 e C2, foram agrupadas em A, B e C respectivamente. As classes D e E mantiveram sua classificação. Para fins de análise, as classes econômicas foram classificadas em A/B, C e D/E (ABEP, 2009).

Quadro 3. Pontos de corte do Critério de Classificação Econômica do Brasil.

Classe	Pontuação
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

No bloco de variáveis sobre o estilo de vida, a atividade física foi avaliada como fazer ou não atividade física ou esporte (sim/não). Em relação ao tabagismo, os idosos foram classificados em três grupos: não-fumante (nunca fumaram), ex-

fumantes (aqueles que pararam de fumar há mais de seis meses) e fumantes (fumam atualmente ou pararam de fumar há menos de seis meses). O consumo de bebida alcoólica foi classificado em sim (consome bebida alcoólica mesmo que de vez em quando) e não (não consome bebida alcoólica).

Para a classificação do consumo diário de frutas e verduras foi analisado o item consumo 1 vez ao dia do Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Estas variáveis foram classificadas em sim (consome frutas e/ou verduras no mínimo 1 vez ao dia) e não (não consome no mínimo 1 vez ao dia).

No bloco de variáveis de Condições de Saúde, o número de morbidades referidas, foi categorizado em: 0 a 2 morbidades e 3 ou mais morbidades. As morbidades referidas foram identificadas por meio da pergunta: “Quais doenças o médico já disse que o (a) Sr.(a) têm?” (TRAVASSOS et al. 2008). As opções não foram lidas, sendo, portanto considerado apenas a que idoso referisse. As morbidades referidas foram categorizadas segundo a Classificação Internacional de Doenças CID (OMS, 2007) em 16 categorias, conforme Quadro 4.

Quadro4. Categorias das Morbidades referidas pelos idosos segundo a Classificação Internacional de Doenças.

Código	Categorias (CID)
1	Neoplasias
2	Doenças do sangue e órgãos hematopoiéticos
3	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas
4	Transtornos mentais e comportamentais
5	Doenças do Sistema Nervoso
6	Doenças do olho e anexos
7	Doenças do ouvido e apófise mastóide
8	Doenças do aparelho circulatório
9	Doenças do aparelho respiratório
10	Doenças do aparelho digestivo
11	Doenças da pele e do tecido subcutâneo
12	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo
13	Doenças do aparelho genitourinário
14	Doenças infecciosas e parasitárias
15	Sintomas, sinais e achados anormais
16	Outras

Foram avaliadas neste estudo as seguintes Categorias: Doenças do Aparelho Circulatório (Infarto Agudo do Miocárdio, Angina, Acidente Vascular Encefálico, Má circulação, Varizes), Doenças do Aparelho Respiratório (Asma, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Bronquite), Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo (Artrite, Artrose, Osteoporose), Doenças Endócrinas, nutricionais e metabólicas (Colesterol Elevado, Triglicerídeos Elevado, Desnutrição) e Doenças do aparelho Digestivo (Gastrite, Esofagite, Úlcera).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) foram analisadas separadamente e assim, não integraram as categorias descritas. Isso deveu-se à alta prevalência destas morbidades e ainda, no caso do Diabetes Mellitus por trazer complicações que torna o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas (XAVIER et al., 2009).

O estado nutricional foi determinado pelo Índice de Massa Corporal (IMC) aferido, classificados em: Baixo Peso ($IMC < 22,0 \text{ kg/m}^2$); Normal ($IMC = 22,0 \text{ a } 27,0 \text{ kg/m}^2$); e Obeso ($IMC > 27,0 \text{ kg/m}^2$). Estes pontos de corte são específicos para a população idosa, e foram desenvolvidos por Lipschitz (1994), recomendado por Silveira et al (2009). Para a medida de peso foi utilizada balança eletrônica da marca Tanita® com capacidade para 200 kg e precisão de 100 g. Para a medida da altura, foi afixada fita métrica na parede sem rodapé, com precisão de 0,1 cm, com auxílio de um fio de prumo e a medida foi aferida com auxílio de esquadro de madeira (ANEXO 4).

A perda de peso recente foi referida pelo idoso e categorizada em sim ou não. A internação hospitalar foi avaliada segundo a internação no último ano (sim/não).

A variável sobre medicações foi avaliada quanto ao uso (sim/não) e quanto ao número de medicamentos em uso: 1 a 2, 3 a 4 e 5 ou mais medicamentos. Para verificar o número de medicamentos em uso foi solicitado ao idoso que mostrasse a receita médica ou a embalagem. O uso de 5 ou mais medicamentos denomina-se polifarmácia, e tem sido assim classificado em vários estudos (ESPINO et al., 2006; MEDEIROS-SOUZA, 2007).

4.8. Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2008 a março de 2009. Os dados foram coletados por 8 duplas compostas de uma antropometrista e uma entrevistadora devidamente treinadas. Tratavam-se de pesquisadoras e auxiliares de pesquisa, sendo estes últimos, acadêmicas de nutrição.

Para encontrar o domicílio do idoso foi localizado o endereço no mapa do bairro. Ao encontrar o idoso, a entrevistadora explicava o motivo da visita e a partir do consentimento do idoso e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), era iniciada a coleta dos dados.

Nas ocasiões em que o idoso não aceitava participar da pesquisa determinava-se a recusa, porém somente após mais duas tentativas em dias alternados. Já nas ocasiões em que o endereço era inexistente, o idoso havia falecido, ou havia mudado de endereço, determinava-se a perda.

Após o término das entrevistas diárias procedia-se a checagem dos questionários e codificação. Os questionários eram entregues no Laboratório de Avaliação Nutricional, para uma aluna bolsista (PIBIC/CNPq) do Curso de Graduação em Nutrição, responsável pela organização dos mesmos.

4.9. Estruturação do Banco de dados

O banco de dados foi elaborado utilizando o programa EPI DATA[®] versão 3.3. Os dados foram digitados com dupla entrada e após o termino da digitação foi realizada a checagem, através do “validate”. Todas as inconsistências existentes entre os dois bancos foram corrigidas de acordo com o questionário original.

4.10. Análise estatística

A análise dos dados foi processada no programa STATA/SE[®] versão 9.0.

Primeiramente todas as variáveis foram analisadas de forma descritiva para conhecer as características da amostra estudada quanto às variáveis de interesse. As variáveis categóricas foram expressas em frequências absolutas e relativas e as variáveis contínuas em médias e desvio-padrão.

Estimou-se a prevalência de todas as categorias da auto-avaliação do estado saúde segundo o sexo, idade e DS. Realizou-se Regressão de Poisson Simples para análises de associação entre as variáveis explanatórias e a variável dependente, auto-avaliação de saúde ruim. A magnitude da associação foi estimada pela razão de prevalência (RP), considerando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Todas as variáveis que na análise bivariada apresentaram valor $p \leq 0,20$ foram inseridas no modelo de análise multivariada hierarquizada por Regressão de Poisson. Essas variáveis foram agrupadas em três blocos, conforme a Figura 4. Esses blocos foram organizados e testados de modo distal-proximal em relação à auto-avaliação do estado de saúde ruim. Seguindo um sentido distal-proximal, partiu-se das características demográficas e socioeconômicas do idoso (Bloco 1), para agregarem-se as variáveis relativas ao estilo de vida (Bloco 2), e depois as

condições de saúde, mais diretamente ligada à auto-avaliação de saúde (Bloco 3). A partir disso, os blocos foram sendo conjugados, construindo-se mais dois modelos (Bloco 1, Bloco 1+2 e Bloco 1+2+3). Mantiveram-se no modelo de seu respectivo bloco as variáveis que apresentaram valor $p \leq 0,05$ ou quando houve mudanças na RP ajustada maiores que 10%. Após inclusão de um novo bloco, mantiveram-se as variáveis do bloco já testado, ou seja, os blocos posteriores não influenciaram os anteriores. A lista das variáveis de cada bloco estão descritas no Quadro 2.

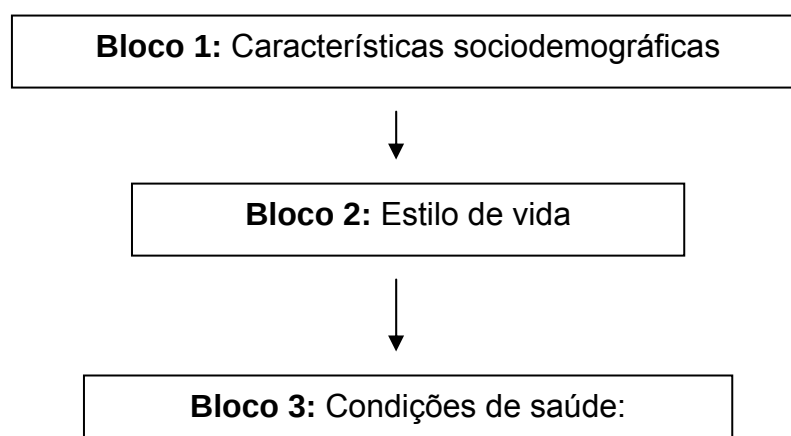


Figura 4. Blocos de Regressão de Poisson multivariada hierarquizada.

4.11. Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (Protocolo nº 031/2007) (ANEXO 5). Antes de responder ao questionário, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 6) foi lido e explicado aos participantes da pesquisa, para obtenção da assinatura ou digital do entrevistado (a). Foi garantido o sigilo e o anonimato bem como o

direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem penalidade alguma, atendendo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

5. RESULTADOS

No período de novembro de 2008 a fevereiro de 2009, foram visitados 742 idosos residentes da área de abrangência dos Distritos Sanitários do município de Goiânia-GO. Deste total foram entrevistados 418 idosos, ocorreram 305 perdas (41,1%) e 19 (2,5%) recusas. A taxa de perdas deveu-se aos endereços inexistentes, mudanças de domicílios, idosos residentes em outros municípios utilizando endereço de Goiânia e falecimento dos idosos.

Considerando os critérios de exclusão desta pesquisa, foram excluídos 15 idosos que não responderam a pergunta sobre a auto-avaliação do estado de saúde, resultando em uma amostra final de 403 idosos.

A prevalência da auto-avaliação do estado de saúde foi: muito boa 3,5% (n=14), boa 27,3% (n=110), regular 41,6% (n=168), fraca 14,1% (n=57) e péssima 13,4% (n=54).

Em relação à prevalência de auto-avaliação de saúde ruim, segundo os Distritos Sanitários, pode-se verificar que a maior prevalência foi encontrada nos Distritos Oeste (53,85%), Leste (41,03%) e Central (32,08%) (Figura 5).

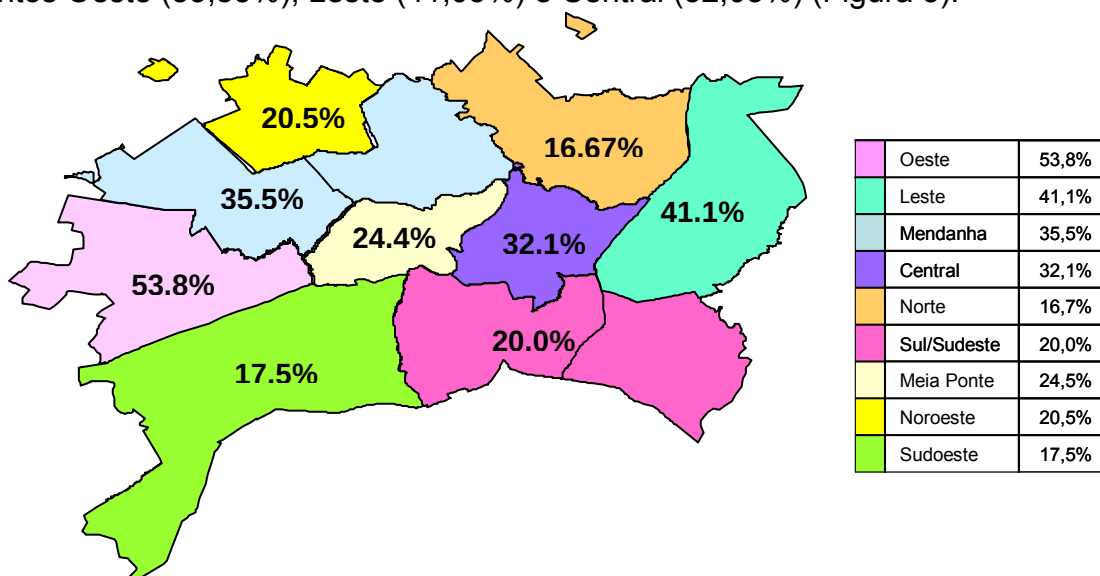


Figura 5. Prevalência da auto-avaliação do estado de saúde ruim em usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia, GO, conforme Distritos Sanitários, 2009 (p=0,001).

Observa-se que a prevalência de auto-avaliação de saúde ruim é maior entre as mulheres (29,7%). Já entre os homens, a auto-avaliação do estado de saúde boa e muito boa é a mais prevalente (Figura 6).

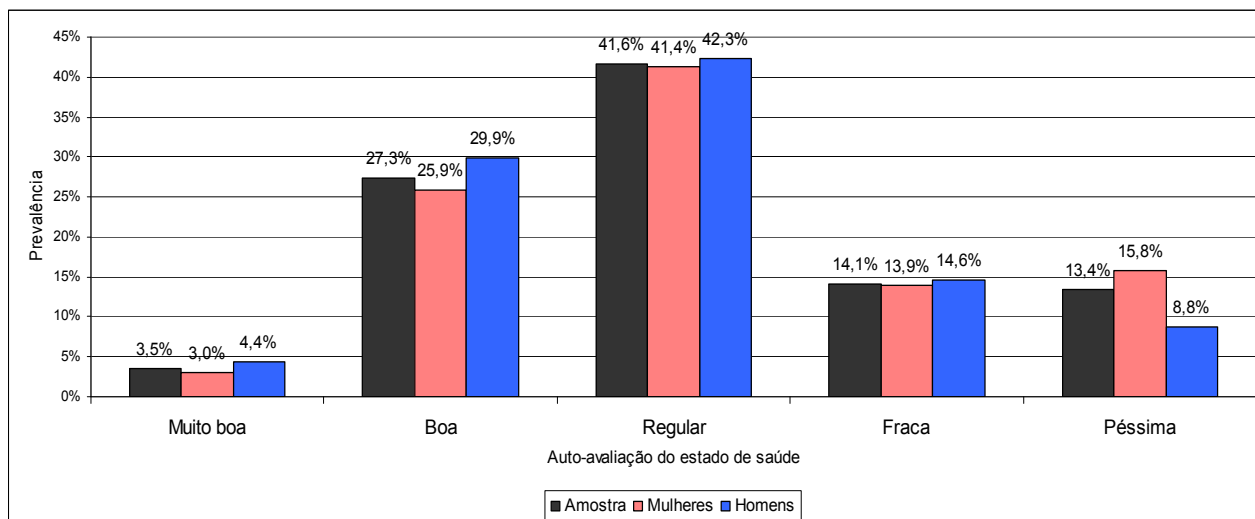


Figura 6. Prevalência da auto-avaliação do estado de saúde de idosos usuários do SUS, conforme o sexo, Goiânia, 2009.

Em relação à faixa etária pode-se observar que a auto-avaliação do estado de saúde boa é mais prevalente na faixa etária ≥ 75 anos (32,7%) e a auto-avaliação do estado de saúde péssima é mais prevalente na faixa etária de 60 a 64 anos (18,8%) (Figura 7).

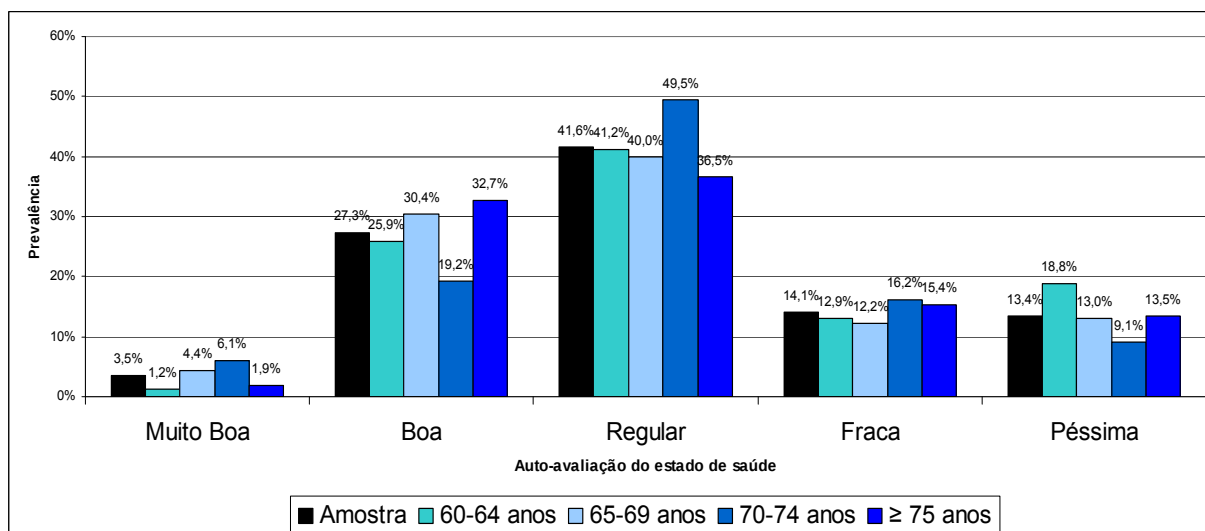


Figura 7. Prevalência da auto-avaliação do estado de saúde de idosos usuários do SUS, conforme a faixa etária, Goiânia, GO, 2009.

Quanto à distribuição das características demográficas e socioeconômicas, dos 403 idosos entrevistados, 266 (66,0%) eram do sexo feminino, 56,1% viviam com companheiro e a média de idade foi de 70 anos (DP=6,70), com predominância da faixa etária de 65 a 69 anos (29,8%). A maioria dos idosos foi classificada pelos entrevistadores como tendo cor da pele branca (46,1%). Quanto à classe socioeconômica, 46,4% dos idosos pertencia a classe social C, seguido da classe D/E (38,7%). Quanto ao tempo de estudo, 31,9% dos idosos referiram 4 a 7 anos de estudos, com média de 3,4 anos (DP=3,7). Observou-se que 9,4% dos idosos moravam sozinhos e a 39,3% residiam em domicílios com 3 a 4 pessoas (39,3%).

Verifica-se que a auto-avaliação do estado de saúde ruim foi mais prevalente nos idosos: do sexo feminino, na faixa etária entre 60 e 69 anos, com a cor da pele preta, nos que viviam sem companheiro, com menos de 1 ano de estudo, na classe econômica A/B e entre os que moravam sozinhos, contudo sem diferenças estatisticamente significantes.

Dentre as variáveis demográficas e socioeconômicas, viver sem companheiro apresentou tendência à associação com a auto-avaliação do estado de saúde ruim (RP=1,44; IC95% 1,00-2,10) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos, prevalência e fatores associados a auto-avaliação do estado de saúde ruim segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos usuários do SUS, Goiânia, GO, 2009 (n=403).

<i>Variáveis</i>	<i>n (%)</i>	<i>Prevalência da auto-avaliação de saúde Ruim</i>	<i>RP</i>	<i>p*</i>
Sexo				0,244
Feminino	266 (66,00)	79 (29,70)	1,27 (0,84 – 1,92)	
Masculino	137 (44,00)	32 (23,36)	1,00	
Faixa etária				0,972
60-64 anos	110 (27,30)	32 (29,09)	1,12 (0,69 - 1,84)	
65-69 anos	120 (29,77)	31 (25,83)	1,00	
70-74 anos	86 (21,34)	24 (27,91)	1,08 (0,63 – 1,84)	
≥ 75 anos	87 (21,59)	24 (27,59)	1,06 (0,62 – 1,82)	
Cor da Pele				0,780
Branca	186(46,15)	51 (27,42)	1,04 (0,70 – 1,55)	
Parda	171 (42,43)	45 (26,32)	1,00	
Preta	46 (11,41)	15 (32,61)	1,24 (0,69 – 2,22)	
Vive com Companheiro				0,051
Sim	226 (56,08)	52 (23,01)	1,00	
Não	177 (43,92)	59 (33,33)	1,44 (1,00 – 2,10)	
Anos de Estudo				0,162**
< 1	104 (28,81)	37 (35,58)	1,99 (0,99 – 4,00)	
1-3	94 (26,04)	29 (30,85)	1,73 (0,84 – 3,54)	
4-7	115 (31,86)	30 (26,09)	1,36 (0,65 – 2,82)	
≥ 8	48 (13,30)	6 (12,50)	1,00	
Classe social				0,657
A/B	60 (14,89)	19 (31,67)	1,18 (0,81 – 1,72)	
C	187 (46,40)	50 (26,74)	1,00	
D/E	156 (38,71)	42 (26,92)	1,01 (0,75 – 1,34)	
Residentes no domicílio				0,830
Mora sozinho	38 (9,45)	13 (34,21)	1,36 (0,72 – 2,57)	
2 pessoas	139 (34,58)	35 (25,18)	1,00	
3 a 4 pessoas	158 (39,30)	44 (27,85)	1,10 (0,71 – 1,72)	
5 ou mais	67 (16,67)	19 (28,36)	1,13 (0,64 – 1,97)	

* Teste de Wald.

** Qui-quadrado para tendência linear.

Em relação ao estilo de vida, pode-se verificar que embora a maioria dos idosos tenha referido ser não-fumantes (46,9%), há uma frequência quase proporcional de idosos ex-fumantes (43,4%). Entre os fumantes, a média de consumo foi de 11,26 cigarros ao dia (DP=8,26). 15,9% referiram consumir bebida alcoólica. A prática de atividade física foi referida por 36,5% de idosos, sendo que neste grupo, 17,87% praticavam numa frequência de 5 ou mais vezes por semana.

Em relação aos hábitos alimentares, 26,93% e 28,93% referiram consumo de frutas e verduras diários respectivamente.

A maior de prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim ocorreu entre os fumantes (28,1%), os que não consumiam bebida alcoólica (28,0%), os que não praticavam atividade física (34,8%) e entre os que não consumiam frutas (30,0%) e verduras (29,1%) diariamente.

A variável que apresentou associação com a auto-avaliação do estado de saúde ruim foi não praticar atividade física (RP=2,32; IC95% 1,46–3,70) (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos, prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim e fatores associados segundo variáveis de estilo de vida em idosos usuários do Sistema Único de Saúde, Goiânia, GO, 2009 (n=403)

Variáveis	n (%)	Prevalência de auto-avaliação de saúde ruim	RP	p*
Tabagismo				0,996
Fumante	39 (9,68)	11 (28,21)	1,02 (0,54 – 1,98)	
Ex-fumante	175 (43,42)	48 (27,43)	1,01 (0,68 – 1,05)	
Não fumante	189 (46,90)	52 (27,51)	1,00	
Consumo bebida alcoólica				0,668
Sim	64 (15,88)	16 (25,00)	0,89 (0,52 – 1,51)	
Não	339 (84,12)	95 (28,02)	1,00	
Atividade física no lazer				0,000
Sim	147 (36,48)	22 (14,97)	1,00	
Não	256 (63,52)	89 (34,77)	2,32 (1,46 – 3,70)	
Consumo diário de frutas				0,090
Sim	108 (26,93)	22 (20,37)	1,00	
Não	293 (73,07)	88 (30,03)	1,47 (0,92 – 2,35)	
Consumo diário de verduras				0,302
Sim	116 (28,93)	27 (23,28)	1,00	
Não	285 (71,07)	83 (29,12)	1,25 (0,81 – 1,93)	

* Teste de Wald.

Quanto às condições de saúde, 5,5% dos idosos referiram não ter morbidades e 43,4% referiram ter 3 ou mais. O número de morbidades variou de 1 a 8 (média=2,65; DP=1,51). As morbidades mais frequentes foram: Hipertensão Arterial (59,8%), Diabetes Mellitus (23,6%) e Doenças Osteomusculares (22,6%). Quanto às internações 98 idosos (24,3%) relataram ter sido internado no último

ano; o tempo de internação variou de 0 a 60 dias (média=6,1 dias) e 54,6% ficaram internados de 0 a 3 dias. A maioria fazia uso de medicações (87,8%). A quantidade de medicamentos consumida variou de 1 a 12 (média= 3,70; DP=2,37), com maior frequência o consumo de 1 a 2 medicações (39,6%). Em relação ao estado nutricional, 49,1% apresentaram excesso de peso. Perda de peso recente foi referida por 33,58% dos idosos.

Entre as condições de saúde, observou-se maior prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim nas seguintes categorias: relato de 3 ou mais morbidades (38,4%), referência de doenças osteomusculares (39,6%), internação no último ano (39,8%), não fazer uso de medicação (27,97%), uso de 5 ou mais medicamentos (38,7%) , baixo peso (32,2%) e perda de peso recente (33,6%).

Foram associadas a auto-avaliação do estado de saúde ruim: 3 ou mais morbidades (RP=1,98, IC95% 1,36-2,90), ter diabetes (RP=1,57, IC95% 1,05-2,34), ter doenças ósteomusculares (RP=1,64; IC95% 1,11 – 2,45), ter sido internado no último ano (RP=1,68; IC95% 1,14 – 2,49) e polifarmácia (RP=1,70; IC95% 1,07 – 2,68) (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos idosos, prevalência e fatores associados a auto-avaliação do estado de saúde ruim, segundo variáveis de condições de saúde, em usuários do Sistema Único de saúde de Goiânia, GO, 2009 (n=403).

Variáveis	N (%)	Prevalência de auto-avaliação de saúde Ruim N(%)	RP	p*
Número de morbidades				0,000
0 - 2	228 (56,58)	44 (19,30)	1,00	
3 ou mais	175 (43,42)	67 (38,29)	1,98 (1,36 – 2,90)	
Morbidades Referidas				
Hipertensão Arterial	241 (59,80)	70 (29,05)	1,17 (0,79 – 1,72)	0,427
Diabetes Mellitus	95 (23,57)	36 (37,89)	1,57 (1,05 – 2,34)	0,030
Doenças Osteomusculares	91 (22,58)	15 (35,71)	1,78 (1,23 – 2,60)	0,002
Doenças Digestivas	48 (18,82)	30 (63,83)	1,04 (0,79 – 1,37)	0,770
Doenças Cardiovasculares	62 (15,38)	23 (34,33)	1,28 (0,80 – 2,06)	0,316
Doenças Respiratórias	42 (16,03)	52 (39,10)	1,03 (0,78 – 1,38)	0,803
Internação no último ano				0,010
Sim	98 (24,32)	39 (39,80)	1,68 (1,14 – 2,49)	
Não	305 (75,68)	72 (23,61)	1,00	
Uso de medicação				0,658
Sim	354 (87,84)	99 (27,97)	1,14 (0,63 – 2,08)	
Não	49 (12,16)	12 (24,49)	1,00	
Medicamentos em uso				0,010**
1 - 2	140 (39,66)	32 (22,86)	1,00	
3 - 4	102 (28,90)	24 (23,53)	1,03 (0,61 – 1,75)	
5 ou mais	111 (31,44)	43 (38,74)	1,70 (1,07 – 2,68)	
Estado Nutricional				0,507
Baixo Peso	62 (15,38)	20 (32,26)	1,35 (0,78 – 2,36)	
Eutrófico	143 (35,48)	34 (23,78)	1,00	
Excesso de Peso	198 (49,13)	57 (28,79)	1,21 (0,79 – 1,85)	
Perda de Peso recente				0,058
Sim	137 (34,86)	46 (33,58)	1,46 (0,99 – 2,14)	
Não	256 (65,14)	59 (23,05)	1,00	

* Teste de Wald

* Qui-quadrado tendência linear.

As variáveis que entraram na análise multivariada foram: Bloco 1 – viver com companheiro e anos de estudos; Bloco 2 – Prática de atividade física; Bloco 3 – número de morbidades, Diabetes Mellitus, Doenças Osteomusculares, internação no último ano, medicamentos em uso e perda de peso recente.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 4, os fatores associados foram: não praticar atividade física (RP=2,17; IC95% 1,44 – 3,66), diabetes (RP=1,52; IC95% 1,02 – 2,27), doenças osteomusculares (RP=1,84; IC95% 1,26 – 2,68) e internação no último ano (RP=1,62; IC95% 1,10 – 2,41).

Tabela 4. Razão de prevalência (RP) ajustada hierarquicamente para prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia, GO, 2009.

Variáveis	RP Ajustada	IC 95%	Valor p
1º NÍVEL			
Anos de Estudo			0,092
< 1	1,78	0,88 – 3,63	
1 - 3	1,62	0,79 – 3,35	
4 - 7 anos	1,34	0,64 – 2,78	
≥ 8 anos	1,00		
Vive com companheiro			0,089
Sim	1,00		
Não	1,41	0,95 – 2,11	
2º NÍVEL			
Atividade física			0,000
Sim	1,00		
Não	2,17	1,44 – 3,66	
Consumo diário de frutas			
Sim	1,00		
Não	1,42	0,90 – 2,30	0,124
3º NÍVEL			
Número de morbidades			0,081
0 a 2	1,00		
3 ou mais	1,47	0,95 – 2,27	
Doenças Osteomusculares			0,002
Sim	1,84	1,26 – 2,68	
Não	1,00		
Diabetes Mellitus			0,042
Sim	1,52	1,02 – 2,27	
Não	1,00		
Internação			0,015
Sim	1,62	1,10 – 2,41	
Não	1,00		
Medicamentos em uso			0,356
0 - 2	1,00		
3 - 4	0,92	0,54 – 1,56	
5 ou mais	1,26	0,77 – 2,05	
Perda de Peso			0,185
Sim	0,76	0,52 – 1,14	
Não	1,00		

6. DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo a analisar a auto-avaliação do estado de saúde em idosos no município de Goiânia-GO. Os resultados desta investigação ampliam o conhecimento sobre a saúde dos idosos neste município e no Brasil. Portanto, poderão contribuir para as atividades de gestão, ensino e pesquisa, além de direcionar as ações de promoção à saúde para a população idosa no país.

A prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim de 27,5% (IC= 23,2% - 32,2%) mostrou-se semelhante às observadas em outros estudos de base populacional desenvolvidos em países como Japão (26,9%) (SUN et al., 2007), Cingapura (27,6%) (RAMKUMAR et al., 2009) e Ucrânia (34,7%) (GILMORE et al., 2002). Por outro lado, foi superior à encontrada no Texas (22,6%) (PHILLIPS et al., 2005) e na Espanha (13,6%) (DAMIAN et al., 1999).

Na América Latina, dados do SABE, mostram que a maior proporção de saúde ruim foi em Cuba, Chile e México (entre 60 a 70%), seguidos de Barbados e Brasil (em torno de 50%), Argentina e México (menos de 40%) (WONG et al., 2005).

No Brasil, resultados semelhantes foram encontrados em Bambuí/MG (LIMA-COSTA et al., 2004) e no Rio de Janeiro/RJ (ESTRELLA et al., 2009), cuja prevalência de auto-avaliação de saúde ruim/muito ruim foi de 26,1% e 27,3% respectivamente.

No entanto, se diferem dos resultados da PNAD, cuja prevalência em 1998 foi de 16,3% e em 2003 12,6% (LIMA-COSTA et al., 2007b), e de um inquérito domiciliar realizado em Porto Alegre, em que 9,5% dos idosos avaliaram sua saúde como ruim/péssima (HARTMAN, 2008). Estudo realizado em 15 capitais

brasileiras demonstrou que entre as pessoas de 50 anos ou mais, a prevalência de percepção de saúde regular/ruim foi maior em São Luís (52,1%) e Natal (51,7%) e a menor prevalência foi encontrada em Porto Alegre (23,8%) (SOUZA et al., 2008).

Pode-se verificar que a prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim se difere entre as regiões brasileiras, com valores mais elevados na Região Nordeste. Souza et al. (2008) apontam que há uma homogeneidade interna dos percentuais encontrados nas regiões Norte/Nordeste e Sul/Sudeste e uma heterogeneidade entre estas regiões, demonstrando que as diferenças regionais refletem as desigualdades sociais.

De fato, as diferenças de prevalência entre as várias regiões brasileiras demonstram as desigualdades em saúde existentes no país. No entanto, deve ser feita uma análise cuidadosa destes resultados, uma vez que existem diferenças tanto na quantidade, quanto na denominação das opções para responder a pergunta sobre auto-avaliação de saúde. A influência das categorias de auto-avaliação do estado de saúde deve ser avaliada em futuras pesquisas.

Observaram-se diferenças na prevalência entre os Distritos Sanitários (DS) de Goiânia, sendo mais elevados no Oeste (53,8%) e Leste (41,1%). Estudo desenvolvido por Tavares et al. (2008) também encontraram diferenças na auto-avaliação nos Distritos do município de Uberada. Os autores apontam os idosos residentes em um dos 3 distritos pesquisados, apresentam maiores desafios na atenção à sua saúde, mas mesmo assim, estão satisfeitos com o atendimento e internações.

Em Goiânia, os DS Oeste e Leste localizam-se em regiões opostas e periféricas da cidade, onde a população em geral possui baixas condições socioeconômicas. No entanto, o DS Norte, que apresentou a menor prevalência

(16,8%), também possui estas características. Em Goiânia, O DS Norte têm sido adotado como DS piloto para a implementação das ações previstas nas políticas de saúde, o que pode acarretar maior acesso aos serviços de atenção à saúde pelos idosos e conseqüentemente maior resolutividade de seus problemas.

Entretanto, outros estudos são necessários para verificar os fatores associados às diferenças entre DS, o que poderá auxiliar na implementação de medidas para fortalecer a Atenção Básica e reorientar a gestão tanto nos Distritos Sanitários, como na Secretaria Municipal de Saúde, com ênfase na promoção do envelhecimento ativo.

A prevalência da auto-avaliação da saúde ruim foi maior entre as mulheres, comparado aos homens. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos, corroborando com os achados de Rahman e Barsky (2003) e Paskulin et al. (2007). Estudos nacionais e internacionais têm demonstrado que as mulheres avaliam sua saúde de forma negativa quando comparado aos homens (LIMA-COSTA et al., 2005; ALVES; RODRIGUES, 2005; DAMIAN, et al., 1999; GILMORE et al., 2002; PHILLIPS et al, 2005, KAWADA et al., 2009, AHMAD et al., 2005).

Por ter uma expectativa de vida maior, as mulheres tendem a apresentar um maior número de agravos e mais limitações funcionais, mas não necessariamente morrerão em função disso. Sua percepção de saúde pode estar mais associada com qualidade de vida. Os homens, no entanto, quando avaliam sua saúde forma negativa, apresentam maior risco de serem acometidos por um evento fatal (IDLER, 2003; MAIA et al., 2006; DAMIAN et al., 1999).

Quanto à faixa etária, pode-se observar que embora não tenha ocorrido associação positiva, na faixa etária mais avançada (75 anos ou mais) houve uma

prevalência maior de auto-avaliação de saúde boa, quando comparada à faixa etária mais jovem. Estudos demonstram que a percepção de saúde negativa permanece constante ou piora com o avançar da idade (RAHMAN; BARSKY, 2003; LIMA-COSTA et al., 2007b).

Resultado similar ao deste estudo foi encontrado por DAMIAN et al., (1999) e parece ser resultante de um processo de adaptação dos idosos ou do reconhecimento da deterioração das condições de saúde como normal do envelhecimento. Também, pode estar relacionado à sobrevivência, que seleciona, com o avançar da idade, os idosos mais saudáveis.

Pode-se considerar ainda que, para o idoso, chegar a uma idade avançada é uma conquista que poucos conseguem alcançar, e por si só, já é suficiente para referir uma saúde boa. Este resultado confirma as evidências de que os idosos mais velhos são atualmente, um grupo bastante distinto. Dentro desta nova perspectiva, torna-se essencial investigar mais criteriosamente esses indivíduos, a fim de obter essa explicação.

Os idosos que viviam sem companheiro, apresentaram pior auto-avaliação de saúde comparado com os que viviam com companheiro, confirmando os achados de outros estudos (HU;GOLDMAN, 1990; ZIMMER, AMORNSIRISOMBOON, 2001; LIMA-COSTA et al., 2004; HARTAMANN, 2008).

Nos Estados Unidos e em outros países industrializados, as pessoas casadas desfrutavam de melhor saúde e menores taxas de mortalidade em relação às solteiras, viúvas e divorciadas (HU;GOLDMAN, 1990). Em geral, todos os indivíduos não-casados relataram saúde pior que aqueles casados, especialmente entre os homens solteiros e divorciados (JOUTSENNIEMI et al., 2006). Por outro lado, Alves (2005) destaca que a viuvez poderia exercer um efeito protetor na auto-

avaliação ruim da saúde, uma vez que os viúvos experimentam mais autonomia, independência e liberdade, que poderiam ter sido reprimidas durante a vida em união conjugal.

Goldman et al. (1995) destacaram a existência de dois processos responsáveis por esses diferenciais. O primeiro é a proteção do casamento: um conjunto de mecanismos causais, consistindo de fatores ambientais, sociais e psicológicos tornam o estado de casado mais saudável do que os demais. O segundo processo é a seleção marital: o casamento e o recasamento selecionam indivíduos mais saudáveis tanto física quanto psicologicamente.

A partir disso, considera-se que a viuvez pode estar relacionada a uma saúde mais deteriorada. Soma-se a isso o fato de que a prevalência de percepção de saúde ruim foi pior entre os idosos que moravam sozinhos. Morar com um companheiro ou com membros da família pode refletir em auxílio nas tarefas, nos cuidados, o que pode gerar uma sensação de segurança e amparo, interferindo no estado de saúde. Jóia et al (2007) demonstraram que 51,5% dos idosos referiram estar satisfeitos com sua vida e que a não-sensação de solidão foi relacionada a esta satisfação.

As condições socioeconômicas têm importância marcante nos estudos sobre auto-avaliação de saúde, pois refletem o cenário de desigualdades sociais no Brasil e suas repercussões para a saúde da população. A auto-avaliação do estado de saúde melhora conforme o aumento das condições socioeconômicas e o nível de informação das pessoas. Dachs e Santos (2006) afirmam que a associação destes dois fatores pode conseguir diminuir as desigualdades na percepção do estado e saúde. Neste estudo, não houve associação entre variáveis socioeconômicas e a auto-avaliação ruim do estado de saúde.

Houve uma prevalência elevada de auto-avaliação do estado de saúde ruim entre os idosos com 0 a 3 anos de estudos. Porém, não houve diferença estatisticamente significativa. A baixa escolaridade apresentou associação positiva com a auto-avaliação do estado de saúde ruim nos estudos de Alves e Rodrigues (2005), Wong et al. (2005), Hartmann et al. (2008).

Os autores citados afirmam que a educação determina diversas vantagens para a saúde. Um melhor nível educacional poderia favorecer o acesso às informações, à modificação do estilo de vida, à adoção de hábitos saudáveis, à procura pelos serviços de saúde, ao ingresso em atividades que priorizam a promoção da saúde e o seguimento correto das orientações relacionadas à obtenção de melhor qualidade de vida.

Em Goiânia, a participação dos idosos usuários do SUS em atividades grupais na comunidade é bastante frequente, e pode ter contribuído para o acesso à informação e ao acesso periódico aos serviços de saúde. Neste âmbito, ressalta-se a necessidade de aperfeiçoar a qualificação dos profissionais em serviço para garantir a qualidade das informações oferecidas ao idoso.

Quanto à classe socioeconômica, pode-se observar que não houve associação positiva com a auto-avaliação do estado de saúde ruim. No entanto, vários estudos demonstraram esta associação (LIMA-COSTA et al., 2003; LIMA-COSTA et al., 2004; AHMAD et al., 2005; ALVES; RODRIGUES, 2005; PHILLIPS et al., 2005; HARTMANN et al., 2008). A baixa renda dos idosos atua negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar, no acesso aos serviços de saúde, mesmo se esses são disponibilizados adequadamente. Ainda, os idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, possuem baixa adesão aos

tratamentos e tem pouco acesso aos medicamentos, o que reflete diretamente nas condições de saúde do indivíduo (LIMA-COSTA et al., 2003).

Neste estudo, a maior proporção de idosos encontrava-se nas classes econômicas C e D/E (85,1%). Isso demonstra que os idosos usuários do SUS têm baixas condições econômicas. No entanto, esta posição social não influenciou sua percepção da saúde, o que pode estar relacionado ao acesso ao serviço e resolutividade de seus problemas de saúde.

Em relação às condições de saúde, a auto-avaliação do estado de saúde ruim mostrou-se associada positivamente ao número de doenças crônicas. Este resultado é condizente com outros estudos desenvolvidos no Brasil (LIMA-COSTA et al., 2004; LIMA-COSTA et al., 2007b; HARTMANN et al., 2008; THEME-FILHA et al., 2008).

A presença de doenças é um dos fatores de maior relevância nas pesquisas sobre auto-avaliação do estado de saúde, apresentando associações significativas com a percepção ruim. Os resultados encontrados neste estudo confirmam que a presença de comorbidades atua de forma negativa na saúde dos idosos. Isso pode estar relacionado às limitações e dificuldades enfrentadas mediante a presença de uma doença. Ou ainda, pode ser resultado do referencial de saúde destes idosos como ausência de doença.

No entanto, Alves e Rodrigues (2005) verificaram que os idosos portadores de 2 a 3 doenças crônicas tinham menos probabilidade de avaliar o seu estado de saúde como ruim. Os autores explicam que estes idosos podem se considerar saudáveis quando as doenças estão controladas. Paskulin et al. (2007) observam ainda que a percepção de ser doente está mais relacionado às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos.

Entre as morbidades referidas, Diabetes Mellitus e Doenças Ósteomusculares (artrite, artrose, osteoporose) foram as que apresentaram associação positiva com a auto-avaliação do estado de saúde ruim. Theme-Filha et al. (2005), Phillipis, et al. (2005), Ramkumar et al. (2009), Lima et al. (2009), encontraram uma elevada proporção de auto-avaliação de saúde negativa entre os idosos com diabetes. Estudos europeus também têm demonstrado que os diabéticos auto-avaliam a sua saúde de maneira negativa e relatam mais limitações em suas atividades de vida diária quando comparado com os não diabéticos (BACHAMAN et al., 2003; GULLIFORD et al., 2003).

Para Theme-Filha et al. (2008) a associação do diabetes mellitus com outras doenças crônicas, reduz os índices de qualidade de vida de forma significativa, repercutindo sobre a percepção de boa saúde. Jóia et al. (2007) demonstrou que os idosos portadores de diabetes referiram estar mais insatisfeitos com sua vida.

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, em que grande parte de suas complicações torna o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas, o que pode contribuir para uma diminuição de sua autoestima e, conseqüentemente, afetar sua qualidade de vida (XAVIER et al., 2009).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde, devem programar práticas de cuidado que promovam a saúde dos idosos diabéticos, com foco na adesão ao tratamento e no autocuidado para melhor controle da doença.

As doenças osteomusculares também apresentaram associação positiva com a auto-avaliação negativa de saúde. Resultado similar foi encontrado no estudo de Phillipis, et al. (2005) e de Theme-Filha et al. (2008) para a artrite. No estudo de Lima et al. (2009), com dados oriundos do SABE a osteoporose foi uma das condições que mais afetou a qualidade de vida dos idosos, particularmente nas

escalas de dor, função física, e funcionalidade. Ademais, a osteoporose é um fator de risco para fraturas ósseas, uma das principal causa de morbidade e mortalidade devido às doenças músculo-esqueléticas (LIMA et al., 2009).

As alterações no sistema musculo-esqueléticos provocadas pelas doenças osteomusculares podem desencadear conseqüências tais como a incapacidade funcional e a dor, o que por sua vez provoca dificuldade na execução das atividades básica da vida diária e perda da autonomia. Além disso, alterações osteomusculares podem provocar distúrbios da marcha, o que conseqüentemente influencia na prática de atividade pelos idosos (ROSSI, 2008).

Estudos têm demonstrado que à medida que aumenta o grau de dependência, maior é a chance de o idoso autoperceber sua saúde como ruim (ALVES;RODRIGUES, 2005). Assim, neste estudo a presença de doenças osteomusculares pode ser considerada um *proxy* de incapacidade funcional e da presença de dor. Outros estudos são necessários para avaliar esta condição.

Alguns estudos seccionais encontraram associação entre obesidade e auto-avaliação de saúde ruim (OKOSUN, 2001; PHILLIPS, et al., 2005; SIMONSEN et al., 2008). No entanto, neste estudo os idosos com baixo peso apresentaram maior prevalência de auto-avaliação de saúde ruim, mas não houve diferenças entre os diferentes estados nutricionais.

Já a perda de peso recente, apresentou associação estatisticamente significativa com a auto-avaliação do estado de saúde ruim. Estudo desenvolvido no Japão com idosos vivendo sozinhos, houve associação positiva entre a percepção positiva de saúde e a perda de peso (5 quilos) nos últimos 6 meses (SUN et al., 2007).

Para Campos et al. (2000) os idosos apresentam condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional, que podem ser devidos às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, às enfermidades presentes e aos fatores relacionados com a situação socioeconômica e familiar.

Estes resultados reforçam a necessidade de acompanhamento nutricional tanto nos casos de reabilitação como para adoção de hábitos alimentares saudáveis que possibilitem o controle de agravos como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Obesidade.

A prevalência de internação hospitalar neste estudo (24,8%) foi o dobro da encontrada em um estudo no Rio de Janeiro (ESTRELLA et al., 2009). Houve associação positiva entre os idosos que foram internados no último ano e a auto-avaliação de saúde ruim, corroborando aos estudos de Castro et al. (2006) e Ramkumar et al. (2009). No estudo de Castro (2006), desenvolvido com dados da PNAD, a pior auto-avaliação de saúde foi a variável que mais se associou a internação hospitalar tanto em idosos como em adultos e crianças.

Como repercussões, a hospitalização é seguida, em geral, por uma diminuição da capacidade funcional e mudanças na qualidade de vida, muitas vezes, irreversíveis. Os idosos são mais suscetíveis a complicações causadas pelo repouso prolongado no leito durante a hospitalização (SIQUEIRA et al., 2004).

Deve ser dada atenção especial às internações hospitalares, pois ao receberem alta, os idosos voltam para a comunidade com necessidade de alguma forma de assistência para cuidados pessoais, mobilidade e locomoção, acentuando a importância do papel da família, bem como do serviço de saúde.

Estudo desenvolvido em Goiânia com idosos hospitalizados, foi encontrado uma taxa de reinternação de 85,7% (GUEDES, 2007).

Assim, destaca-se a importância da estruturação de serviços de Referência e Contra-referência para garantir a continuidade do cuidado ao idoso, visando à diminuição das conseqüências advindas da hospitalização e também, maior resolutividade dos problemas de saúde. A interação entre os três níveis de atenção – Atenção Básica, Média e Alta complexidade – possibilita a comunicação entre os profissionais e além de uma atenção integral, contribuindo para o engajamento do idoso, da família e dos profissionais na rede de cuidados.

Houve associação significativa entre polifarmácia e auto-avaliação do estado de saúde ruim, o que também foi encontrado nos estudos de Lima-Costa et al. (2004) e Ramkumar et al. (2009).

O uso de múltiplas medicações pode provocar benefícios no controle de muitas doenças crônicas. No entanto, algumas terapias são inapropriadas conduzindo a reações adversas e interações (MEDEIROS-SOUZA et al., 2007).

Os efeitos produzidos pelo consumo excessivo de medicações, como as interações medicamentosas e seus efeitos potenciais podem ter contribuído para a auto-avaliação ruim da saúde. Atividades de educação em saúde são importantes para a prevenção destas interações. Mais uma vez, ressalta-se o papel da Atenção Básica e dos profissionais para a orientação 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.

Quanto as variáveis de estilo de vida, a inatividade física apresentou associação com auto-avaliação de saúde ruim. Estudos demonstraram esta associação (LIMA-COSTA et al., 2004; RAMKUMAR et al., 2009, PHILLIPS et al., 2005) e apontam que a maioria dos idosos não participam destas atividades, e que

as mulheres praticam menos que os homens. Phillips et al. (2005) apontam que um estilo de vida com uma dieta inadequada e pouca atividade física, além de aumentar o risco de morte, também resulta em anos de vida perdidos, diminuindo a produtividade, aumentando as taxas de incapacidade e conseqüentemente uma diminuição da qualidade de vida.

Almeida et al. (2005) apontam que os fatores que podem contribuir para a não participação do idoso em atividade do lazer são a dificuldade de locomoção, a falta de entusiasmo, a ausência de estímulo interno e externo, o estilo de vida, a forma de convivência, uma cultura sem lazer na juventude, a falta de oferta de atividades culturais, a falta de condições socioeconômicas e a desatenção ao idoso.

Tendo em vista que a atividade física ainda se restringe a uma pequena parcela da população idosa e considerando seus efeitos na melhoria da qualidade de vida, reforça-se a necessidade de planejamento de ações para orientar esta população quanto à importância desta prática para o envelhecimento ativo, bem como viabilizar e ampliar os locais de lazer coletivo na comunidade por meio de políticas intersetoriais. Ainda, como a prevalência de doenças osteomusculares foi alta nesta população, pode-se considerar que a presença destas doenças podem estar limitando o idoso a realizar atividades físicas, o que reforça ainda mais a necessidade do tratamento e acompanhamento do idoso nos três níveis de complexidade.

Houve uma baixa frequência no consumo de frutas e verduras diários entre os idosos. Embora não tenha apresentado significância estatística, os idosos deste estrato apresentaram maior proporção de auto-avaliação do estado de saúde negativa. No estudo de Lima-Costa et al. (2004), o consumo de frutas e verduras

diários foi fator de proteção para a percepção de saúde ruim. Um outro estudo conduzido pela mesma autora (LIMA-COSTA et al., 2003), o baixo consumo de frutas e vegetais frescos apresentou associação independente com o baixo rendimento familiar.

Esta informação direciona a necessidade de adoção de hábitos de vida saudáveis, no sentido de melhorar o estado de saúde e prevenir agravos.

Observando as estimativas de efeito, a maior Razão de Prevalência encontrada foi para não praticar atividade física (RP=2,17; IC95% 1,44 – 3,66), o que representou o maior risco de ter auto-avaliação do estado de saúde ruim.

Em seguida, as variáveis que permaneceram associadas foram: doenças osteomusculares, diabetes e ter sido internado no último ano. O número de morbidades ficou no limiar da significância.

Verifica-se portanto, que a auto-avaliação do estado de saúde dos idosos usuários do SUS apresenta forte associação com o estilo de vida e condições de saúde e estilo de vida.

Não praticar atividade física apresentou-se como o mais importante fator associado a auto-avaliação do estado de saúde ruim. Pode-se considerar que a orientação quanto à prática de atividade física por parte de profissionais de saúde ainda é insuficiente para promover alterações na atitude das pessoas em relação à prática de atividade física. Ou ainda, que os idosos não estejam aderindo a esta prática. Assim, são necessárias estratégias criativas que promovam a compreensão da importância da atividade física para o envelhecimento e para a prevenção de doenças, como às que apresentaram associação com a auto-avaliação do estado de saúde ruim neste estudo (Diabetes e Doenças Osteomusculares).

Diminuir o sedentarismo e promover estilos de vida mais saudáveis, com a participação da atenção básica à saúde e seus profissionais, pode representar um grande impacto na melhoria dos índices de saúde do idoso e nos custos relacionados à gestão dos serviços.

A associação entre auto-avaliação de saúde ruim e doenças osteomusculares pode ter como repercussões as limitações funcionais e a dor, fatores que interferem no desempenho de atividades cotidianas. Analisando a forte associação com o sedentarismo, pode-se considerar que as doenças osteomusculares podem estar comprometendo a prática de atividade física entre idosos. Diante disso, as atividades preventivas e de reabilitação, como a fisioterapia, precisam ser enfatizadas nas unidades de saúde, assim como nos grupos de terceira idade.

Já em relação ao Diabetes Mellitus, considera-se que a dificuldade no controle da doença, bem como as restrições alimentares podem ter contribuído para uma pior percepção da saúde.

Por fim, a associação com as internações confirmam as evidências de que a restrição no ambiente hospitalar provoca impacto funcional no idoso, comprometendo o desempenho de suas atividades cotidianas, possibilitando outras reinternações.

A Atenção Primária caracteriza-se como a porta de entrada prioritária do idoso ao Sistema Único de Saúde. Os resultados deste estudo direcionam o foco da atenção ao idoso neste nível fundamentado a promoção do envelhecimento ativo.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de

serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária bem como sua resolutividade. O NASF deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes (Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional), vinculado a no mínimo 03 Equipes Saúde da Família (BRASIL, 2008).

Assim, a ampliação da rede de atenção à saúde por meio da criação do NASF, possibilita a inserção do educador físico, do fisioterapeuta e do nutricionista na Atenção Básica. Essa estratégia poderá melhorar o acesso do idoso a prática de atividade física, ao consumo adequado de alimentos para prevenção de doenças e para a reabilitação. A integração de uma equipe multidisciplinar com ações integradas poderão promover a qualidade de vida e o envelhecimento ativo.

Aliada à isso, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, criada em 2006 pelo Ministério da Saúde, constitui-se importante instrumento para monitoramento da auto-avaliação do estado de saúde dos idosos, bem como das condições de saúde pelos profissionais da Atenção Básica. Pode ser um instrumento de acompanhamento destas condições em outros níveis de atenção, possibilitando o atendimento mais resolutivo.

A principal limitação deste trabalho é a natureza seccional da pesquisa. Estudos seccionais não permitem distinguir causa de efeito, uma vez que informações temporais são inexistentes neste tipo de investigação.

A auto-avaliação da saúde é considerada indicador válido, preditor independente da mortalidade, e vem sendo ainda utilizada para monitorar resultados na clínica e em programas de saúde pública. Entretanto, alguns autores

têm questionado a validade do indicador para comparações internacionais e entre subpopulações, devido à influência de fatores culturais e sociais.

Foram tomadas várias precauções para evitar vieses, tais como treinamento exaustivo das entrevistadoras e antropometristas para a coleta de dados, realização de teste piloto para validação do questionário, adoção de procedimentos e equipamentos padronizados. Dessa forma, garantiu-se a qualidade das informações e a validade interna do estudo.

7. CONCLUSÃO

Os achados deste estudo demonstraram que a prevalência de auto-avaliação de saúde ruim (27,4%) na população idosa usuária do SUS de Goiânia, embora elevada, é semelhante à encontrada em alguns estudos brasileiros.

Os Distritos Sanitários Leste e Oeste apresentaram a maior prevalência de auto-avaliação do estado de saúde ruim. Não houve diferenças entre sexo e faixa etária, embora a maior prevalência da auto-avaliação do estado de saúde ruim tenha sido encontrada entre as mulheres e os idosos na faixa etária entre 60 a 64 anos.

Os fatores associados à auto-avaliação do estado de saúde ruim foram: viver sem companheiro, ter 3 ou mais morbididades, internação no último ano, não praticar atividade física, presença de diabetes e doenças osteomusculares, consumo de 5 ou mais medicamentos.

Após análise multivariada, verificou-se que as variáveis que permaneceram associadas foram: não praticar atividade física, ter diabetes e doenças osteomusculares e internação no último ano.

A prevalência elevada de auto-avaliação do estado de saúde ruim, somada à sua associação com comportamentos não saudáveis, internações e presença de agravos crônicos como diabetes e doenças osteomusculares, indicam a importância das políticas e programas de promoção da saúde e melhoria de cuidados para evitar ou postergar a incidência de doenças e suas consequências.

Para isso, são necessários investimentos nos vários setores que abordem as dimensões da saúde, sejam eles econômicos sociais e da saúde, com vistas ao atendimento integral e resolutivo para que os anos adicionais destes idosos sejam vividos com qualidade de vida. Ações integradas que contemplem todas estas

dimensões podem contribuir para o bem-estar do idoso e conseqüentemente para sua qualidade de vida.

Este estudo é o primeiro a abordar a auto-avaliação no município de Goiânia e na Região Centro-Oeste. As reflexões expostas nesta dissertação sobre os fatores associados à auto-avaliação de saúde ruim, fornecem uma visão ampla das condições de saúde dos idosos deste município e direciona o foco de futuros estudos. No entanto, outros fatores merecem ser investigados em outras pesquisas sobre auto-avaliação de saúde como a influência da capacidade funcional e da capacidade cognitiva, que contemplam outras dimensões da saúde.

Além disso, destaca-se a importância de produzir periodicamente no Brasil informações que permitam avaliar e aprofundar as discussões sobre a saúde do idoso, em nível nacional. Estas informações serão úteis para subsidiar a gestão e as políticas de saúde que norteiam o Sistema Único de Saúde, possibilitando um efeito relevante para a redução das desigualdades de saúde do idoso.

A realização de pesquisas que utilizam métodos qualitativos de investigação pode ser pertinente para aprofundar o conhecimento sobre o significado da saúde e da auto-avaliação de saúde entre os idosos.

Estudos sobre a auto-avaliação de saúde no Brasil 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.

8. RECOMENDAÇÕES

Os resultados deste estudo demonstraram os principais fatores associados à saúde ruim dos idosos. Tendo em vista, que foram entrevistados idosos usuários do SUS, estes dados poderão orientar as políticas públicas locais e redirecionar a Rede de Atenção a Saúde de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, em implementação em Goiânia e em outras localidades do país.

Diante disso, foram elaboradas as seguintes recomendações:

- Apresentar estes resultados aos gestores do estado e do município para promover reflexões sobre os resultados e orientar a tomada de decisões articuladas para maior impacto.
- Valorizar a pergunta sobre auto-avaliação do estado de saúde como forma de vigilância de alterações de saúde dos idosos.
- Orientar os profissionais para a adoção da educação em saúde como forma de promover a saúde dos idosos, incluindo estratégias para estimular a atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Controlar as morbidades com ênfase no Diabetes Mellitus e Doenças Osteomusculares.
- Realizar articulação de estratégias intersetoriais para ampliação de espaços para promoção de atividades de lazer.
- Qualificar os profissionais da Atenção Básica quanto ao atendimento, registro e quanto à necessidade de envolvimento da família nos cuidados.
- Acompanhar o estado de saúde do idoso por meio da Caderneta de saúde da Pessoa Idosa, valorizando as questões de auto-avaliação de saúde.
- Orientar a Rede de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa para implantação da Caderneta do Idoso em especial no Distrito Sanitário Leste e Oeste.

- Recomendar as instituições de ensino do município de Goiânia a inserir disciplina de saúde do idoso em seus currículos.
- Qualificar os profissionais do SUS para atender esta realidade dos idosos usuários do SUS, incluindo a necessidade de orientação dos idosos e de seu(s) cuidadore(s) quanto aos cuidados com a medicação como: dosagem, via e horários de administração.
- Estudar as diferenças de auto-avaliação do estado de saúde entre os Distritos Sanitários de Goiânia, com vistas a orientar os serviços para melhor qualidade de vida dos idosos.
- Formular estratégias que promovam a educação em saúde dos idosos, com ênfase na prática de atividades físicas.
- Fortalecer o atendimento nos níveis de atenção básica, secundária e terciária com vistas ao atendimento integral e resolutivo do idoso.
- Alocar recursos humanos e financeiros que possibilitem um cuidado integral a esta população, para um controle adequados destas comorbidades.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEP. Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2009. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Utils/FileGenerate.ashx?id=12>. Acesso em: mar.2009.

Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. BMC Public Health 2005, 5:51.

Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença: Significações e Perspectivas em Mudança. Millenium – Revista do ISPV. 2002;25.

Almeida MMG, Moreira RF, Araújo TM, Pinho OS. Atividades de Lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. Revista Baiana de Saúde Pública. 2005; 29(2):339-52.

Almeida NF. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? Revista Brasileira de Epidemiologia. 2000;3(1).

Alves LCA, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo. Brasil. Rev. Panam. Salud. Publica. 2005;17(5/6).

Amaral ACS, Coeli LM, Costa MCE, Cardoso VS, Toledo ALA, Fernandes CR. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes hospitalizados. Cadernos de Saúde Publica. 2004;20(6):1617-1626.

Barros MB. Auto-avaliação de saúde. In: Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MB, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo – Inquérito multicêntrico de saúde em São Paulo – ISA/SP. São Paulo: FSP/USP, 2005

Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública. 2009;43 Suppl2:S27-37.
Benyamini Y, Idler EL. Community Studies Reporting Association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995 to 1998. Research on Aging. 1999; 21:392-401.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília (DF). 1996; out 16, n.201, seção 1:21082.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. p.81. In: http://www.aleppr.com.br/arquivos/Legislacao/constituicao_federal.pdf Acesso em: ago. 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2,528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Morbidade Hospitalar do SUS, por local de internação, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <G:/Data SUS/TabNet Win32 2_6 Morbidade Hospitalar do SUS – por local de internação – Brasil. Htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. DOU nº 18, 2008; seção 1: 47-49.

Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. R. Brás. Est. Pop. 2008; 25(1):5-26.

Boorse C. On the distinction between disease and illness. Philosophy and Public Affairs. 1975; 5:49-68.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 15-38.

Callegari-Jacques SM. Bioestatística. Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Editora Artmed; 2003. p. 16.

Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni, ML (orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.88-104.

Camarano, AA (org.). Os novos idosos brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2004.

Campos MAG, Pedroso ERP, Lamounier JÁ, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. Rev assoc med Brás. 2006; 52(4):214-221.

Canada. A new perspective on the health of Canadians: a work document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1974.

Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1990.

Carlos JV, Rolim S, Bueno MB, Fisber RM. Porcionamento dos principais alimentos e preparações consumidos por adultos e idosos residentes no município de São Paulo. Rev. Nutr. 2008; 21(4):383-391.

Carvalho JAM, Wong LLR. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008;24(3):597-605.

Castro MSM. Desigualdades sociais no uso de internações hospitalares no Brasil: o que mudou entre 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva. 2006;11(4):987-98.

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

Claro RM, Carmo HCE, Machado FMS, Monteiro CA. Renda, preço dos alimentos e participação de frutas e hortaliças na dieta. Rev Saúde Pública 2007;41(4):557-64.

Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. Acta Paulista de Enfermagem. 2006;19(1):43-35.

Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e a promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde. Conceitos, reflexes, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

Dachs JNW, Santos APRS. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):887-894.

Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):641-657.

Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53;412-416.

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. Expectativa de vida segundo faixa etária. 2007. Available from: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

DeSalvo KB, Bloser MHAN, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 21(3): 267–275.

Duarte YAO, Lebrão ML, Lima FD. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. *Revis. Panam. Salud. Publica*. 2005;17(5):370-378.

Espino DV et al. Suboptimal medication use and mortality in an older adult community-based cohort: Results from the hispanic EPESE study. *Journal of Gerontology*. 2006; 62(2):170-75.

Estrella K, Oliveira CEF, Sant'Anna AA, Caldas CP. Detecção do risco para internação hospitalar em população idosa: um estudo a partir da porta de entrada no sistema de saúde suplementar. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(3):507-12.

Ferreira JR, Buss PM. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção a Saúde*. Brasília: Textos Básicos em Saúde, 2002.

Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(6):1439-46.

Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Jose M. La transition epidemiologica en America Latina. Bol. Of. Sant. Panam., 1991, 111(6):485-96.

Gilmore ABC, McKee M, Roseb R. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. Social Science & Medicine 55 (2002) 2177–2188.

Guedes HM. Diagnósticos de enfermagem identificados na admissão hospitalar de idosos, para tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2007. 245 p.

Goldman, N., Korenman, S., Weinstein, R. Marital Status and health among the elderly. Social Science and Medicine. 1995; 40(12): 1717-30.

Habicht, J. P. Estandarizacion de métodos epidemiológicos cuantitativos sobre el terreno. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington. 1974; 76(5):375-84.

Haider et al. The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: A register-based study of more than 600.000 older people. Journal of the American Geriatrics Society. 2009; 57(1):62-69, 2009.

Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [thesis]. Porto Alegre: Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUC-RS; 2008. 73 p.

Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):352-8.

Hoeymans N, et al. Aging and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. Social Science and Medicine. 1997; 45(10):1527-36.

Hu Y, Goldman N. Mortality differentials by marital status: an international comparison. Demography; 1990; 27(2):233-50.

Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health and Social Behavior, 1997; 38 (1): 21-37.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas populacionais para os municípios brasileiros em 01.07.2009. In:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP_2009_TCU.pdf. Acesso em: ago.2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050: revisão 2004. Rio de Janeiro: Depis. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2000. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Brasília: IBGE, 2000.

Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):131-38.

Joutsenniemi KE, et al. Official marital status, cohabiting, and self-rated health – time trend in Finland, 1978-2001. European Journal of Public Health. 2006; 16(5):476-83.

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev. Saúde pública. 1987; 21(3): 200-210.

Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. Ciência e Saúde Coletiva. 1996;13(4):1107-1111.

Kawada T, et al. Patterns in self-rated health according to age and sex in a Japanese National Survey, 1989-2004. Gender Medicine. 2009; 6(1):329-34.

Kikuchi EL. Auto-avaliação da Saúde. In: JACOB FILHO, Wilson. Avaliação Global do Idoso. Manual da Liga do GAMIA. São Paulo: Editora Atheneu; 2005.

Lacerda PF, Godoy LF, Cobiañchi M G, Bachion MM. Estudo da ocorrência de dor crônica em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família em Goiânia. Revista Eletrônica de Enfermagem. 2005; 7(1):29-40.

Lebrão ML, Laurenti R. Condições de Saúde. In: Lebrão MI, Duarte YA. SABE – Saúde, Bem-estar, envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo:

uma abordagem inicial. Brasília: Athalaia Bureau. 2003; p.73 – 92. Disponível em: www.opas.org.br/publicações. Acesso em: jul.2008.

Lefevre, F, Lefevre AMC. Promoção de Saúde. A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent; 2004.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impacto of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(4):314-21.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JOA, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). Rev Panam Salud Publica. 2003b; 13(6):387-394

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamento da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cadernos de Saúde Pública. 2003a;19(3).

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. Cad. Saúde Pública. 2005;21(3):830-39.

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa EA. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Revista de Saúde Pública. 2004;38(6):827-834.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchoa. A influência de respondente substituto na percepção de 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. 2007a;23(8):1893-1902.

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. 2007; 23(10):2467-78.

Lipschitz, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. 1994; 21(1):55-67

Litvoc J, Brito FC. Envelhecimento. Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Editora Atheneu; 2004.

Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(4):733-40.

Loyola-Filho AI, Uchôa E, Firmo JOA. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. Cadernos de Saúde Pública. 2005; 21(2):545-53.

Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Risk Factors for mortality among elderly people. Rev Saúde Pública. 2006; 40(6):1-7.

Malaquias SG, Bachion MM, Nakatani AYK. Risco de integridade da pele prejudicada em idosos hospitalizados. Cogitare Enfermagem (UFPR). 2008;13: 428-36.

Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Filho JRG, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2008;24(7):1545-1555.

McGee DL., Liao Y, Cao G, Cooper RS. Self-reported Health Status and Mortality in a Multiethnic US Cohort. Am J Epidemiol 1999;149(1).

Medeiros-Souza P, Santos-Neto LL, Kusano LTE, Pereira MG. Diagnosis and control of polypharmacy in the elderly. Revista de Saúde Pública. 2007;41(6):1049-53.

Mendes MRSSB, Gusmão JL, Faro ACM, Leite RCBO. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paulista de Enfermagem. 2005;18(4):422-426.

Menezes RL, Bachion MM. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(4):1209-1218.

Mosegui GBG, Rosenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Revista de Saúde Pública. 1999;33(5):437-444.

Mossey JM, Shapiro E. Self-Rated health: A predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*. 1982;72(8):800-8.

Nakatani AYK, Silva L B, Bachion, MM, Nunes, DP. Capacidade funcional em idosos da comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11:144-50.

Negreiros TCGM. Sexualidade e gênero no envelhecimento. *Alceu*. 2004; 5(9):77-86.

Nóbrega OT, Faleiros VP, Telles JL. Gerontology in the developing Brazil: achievements and challenges in public policies. *Geriatr Gerontol*. 2009.

Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(2):309-313.

Nogueira SL, Geraldo JM, Machado JC, Ribeiro RCL. Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico. *Rev. bras. Est. Pop.* 2008; 25(1):195-98.

Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de saúde da família de Goiânia-GO. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. [internet]. 2008 [cited 2009 abr 4]; Available from: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2866

Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Tradução Centro Colaborador da OMS, 10a revisão. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2007.

Paes NA. A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias na população idosa brasileira. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 13(4):233-41.

Paim JS. Abordagens Teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: Notas para reflexão e ação. In: Barata, RB. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.

Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006;11(4):967-974.

Paschoal SMP. Epidemiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto M, coordenador. Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 2002.

Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública. 2007;41(5):757-68.

Peixoto SVI, Giatti L, Afradique, ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. Epidemiol. Serv. Saúde. 2004; 13(4):239-46.

Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e auto-avaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(6):491-98.

Pereira MG, Rebouças M. Indicadores de Saúde para Idosos. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni, ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.131-139.

Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. Public health research, practice, and policy. 2005; 2(4):1-10.

Quesnel-Vallée A. Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health? International Journal of Epidemiology. 2007;36:1161-1164.

Rahman MO, Barsky AJ. Self-Reported Health Among Older Bangladeshis: How Good a Health Indicator Is It? The Gerontologist 2003;43(6): 856–863.

Ramkumar Aishworiya et al. Self-rated Health, Associated Factors and Diseases: Community-based Cross-sectional Study of Singaporean Adults Aged 40 Years and Above. Annals Academy of Medicine. July 2009; 38(7):606-612.

Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 1987;21:211-24.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Caderno de Saúde Pública. 2003;19(3):793-797.

Rebouças M, Galera SC, Pereira SEM, Pereira MG. Que informações são necessárias para o conhecimento da situação de saúde do idoso? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(4):1305-1312.

Rebouças M, Pereira MG. Indicadores de saúde para idosos: comparação entre o Brasil e os Estados Unidos. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(4):237-46.

Rezende ALM. *Saúde. Dialética do pensar e do fazer*. São Paulo: Cortez; 1986.

Rodrigues TFF. Avaliação nutricional e risco cardiovascular em executivos submetidos a check-up em hospital privado - município de São Paulo. [dissertation] Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo 2005. 86p.

Rohrer JE, Herman DC, Stephen PM, Naessens JM, Houston MS. 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*. 2009; 15:366-69.

Rossi E. Envelhecimento do sistema osteoarticular. *Einstein*. 2008; 6(S1):7-12.

Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2003;19(3):717-724.

Santiago LM. Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG [dissertation]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldocruz/FIOCRUZ. 2009; 76p.

Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(Supl2):74-82.

Segre, M. & Ferraz, F.C. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1997;31(5):538-42.

Sen A. Health: perception versus observation. *BMJ*. 2002; (324):860-1.

Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS. A vulnerabilidade do idoso para quedas: análise dos incidentes críticos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007; 9(1):64-78.

Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(7):1569-1577.

Simonsen MK, Hundrup YA, Grønbæk M, Heitmann BL. A Prospective study of the association between weight changes and self-rated health. *BMC Women's Health* 2008, 8:13

Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2004;38(5):687-94.

Siquiera FV, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2008; 24(1):39-54.

Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2008;12(4):706-16.

Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo, VC, Lozana JA. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(4):741-749.

Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59:664-69.

Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, Shibutani T, Kono R, Saito M, et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007, 7: 297-305.

Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, Shibutani T, Kono R, Saito M, et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2007, 7: 297-305.

Szklo AS, Coutinho ESF. Vulnerability and self-perceived health status among light and heavy smokers: the relationship to short-term fear appeal tobacco control messages. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(7):1534-1542.

Szklo AS, Coutinho ESF. Vulnerability and self-perceived health status among light and heavy smokers: the relationship to short-term fear appeal tobacco control messages. *Cad. Saúde Pública*, 2009;25(7):1534-42.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2005;21 suppl:S54-S64.

Tas Ü, Verhagen AP, Bierma-Zeinstras S, Odding E, Koes BW. Prognostic factors of disability in older people: a systematic review. *British Journal of General Practice*. 2007;319-23.

Theme-Filha M M, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(1):73-81.

Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Socio-demographic characteristics, treatment coverage, and self-rated health of individuals who reported six chronic diseases in Brazil, 2003. *Cad. Saúde Pública*. 2005; Supl 21: S43-53.

Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(supl 1): 98-112.

Veras R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(10):2463-2466.

Veras R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. *Revista USP*. 2001;(51):72-85.

Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations *Rev Saúde Pública* 2009;43(3).

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):607-621.

Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science and Medicine*. 2001; 52(8):1297-11.

Ware JE, Brook RH, Davies AR, Lohr KN. Choosing Measures of Health Status for individuals in General Populations. *American Journal of Public Health*. 1981; 71(6):620-25.

Ware JE. The Status of Health. Assesment 1994. *Annu. Rev. Public Health*. 1995; 16:327-54.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Júnior M, Carvalho YMC (orgs). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 635-667.

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*. 2005;17(5/6):323-22.

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE NUTRIÇÃOPESQUISA: VALIDAÇÃO DE INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSOS

QUESTIONÁRIO

NQUES ____

Número do distrito sanitário: ____	DS ____
Número da pessoa: ____	PESSOA ____
Data da entrevista: ____/____/____	DE ____/____/____
Horário do início da entrevista: ____ hs	HORAIN ____:____
Entrevistador: ____	ENTREV ____
Endereço completo : _____ _____	
Telefones: res() _____ () cel. _____ () recado _____	

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Os pesquisadores da Universidade Federal de Goiás em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde lhe convidam a participar deste estudo, cujo objetivo é avaliar o estado nutricional e de saúde das pessoas com mais de 60 anos. Se você concordar em participar será avaliado seu estado nutricional por meio de medidas de peso, altura, circunferências corporais, dobras cutâneas e pressão arterial. Realizaremos algumas perguntas, porém seu nome e outros dados que possam identificá-lo não serão em hipótese nenhuma divulgados. Você pode perfeitamente se recusar a participar desse estudo, ou mesmo depois de ter concordado em participar, desistir de continuar, sem que isso atrapalhe os seus direitos de ser atendido nas unidades de saúde.

Solicitamos a sua colaboração nesta pesquisa para que no futuro possamos melhorar a assistência a saúde das pessoas com mais de 60 anos.

O pesquisador que o está atendendo responderá qualquer dúvida sobre o assunto e sobre a pesquisa.

Caso tenha algum problema ou dúvida favor entrar em contato com as Professoras Érika, Zara, Larissa e Edna na Faculdade de Nutrição-UFG no período da manhã ou pelos telefones 3209-6170, 3521-1824 ramal 204 ou 211.

Goiânia, ____/____/____

Assinatura: _____

Para outros esclarecimento, o Sr. (a) poderá entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1075 ou 3521-1076.

VISITAS

	1	2	3
Data	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Resultado*	_____	_____	_____
Próxima visita: Data	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Hora	____:____ h	____:____ h	____:____ h
Código de resultados:	1 completa 4 adiada 7 domicílio s/ morador	2 ausente/não atende 5 recusada 8 outra: _____	3 endereço inexistente 6 incompleta

1. Qual é o seu nome (idoso)? _____													
2. Quem respondeu à entrevista? (Sempre que possível o idoso) (1) Próprio idoso (2) Cuidador (nome: _____)	RESPOND ____												
3. Cor (observar e marcar): (1) Branca (2) Parda (3) Preta (4) Outra. Qual? _____	COR ____												
4. Sexo (observar e marcar): (1) Feminino (2) Masculino	SEXO ____												
Vou começar com algumas perguntas gerais e depois vamos conversar sobre seu estado de saúde													
5. Qual é a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____	DN ____ / ____ / ____												
6. Sobre o seu estado civil o(a) Sr. (a) é (ler as opções de resposta): (1) Casado ou vive junto c/ o companheiro (2) Solteiro (5) Outro _____ (3) Separado(a)/divorciado(a) (4) Viúvo(a) (9) Ignorado	ESTCIVIL ____												
7. O (a) Sr.(a) nasceu em Goiânia ou veio de outra cidade? (9) Ignorado (1) É de Goiânia (2) Veio de outra cidade. Qual(cidade e estado)? _____	RESIDE ____												
8. O (a) Sr. (a) aprendeu a ler e escrever ? (0) Não (1) Sim, para ler (2) Sim, para escrever (3) Sim, ler e escrever (9) Ignorado	LERESCREV ____												
9. Quantos anos o (a) Sr. (a) frequentou a escola/grupo/mobral ? ____ anos completos (00) menos de um ano ou nunca (pule para 11) (99) Ignorado	ANOESTUDO ____												
10. Até que série o (a) Sr. (a) completou na escola ? (00) Não terminou o 1º ano primário (01) Entre 1º e 3º ano primário (02) Terminou o 4º ano primário (03) Entre 5º e 7º Série (04) Terminou a 8ª Série (05) 2º grau incompleto (06) 2º grau completo (07) Faculdade incompleto (08) Terminou a Faculdade (09) Fez pós-graduação (especialização, mestrado) (88) Não se aplica (99) Ignorado	SERIESCOL ____												
11. Hoje o (a) Sr.(a) mora nesta (casa/apartamento) com quem? (00) Sozinho <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="2">Anotar apenas a relação de parentesco com o Idoso</td> </tr> <tr> <td>(01)</td> <td>(06)</td> </tr> <tr> <td>(02)</td> <td>(07)</td> </tr> <tr> <td>(03)</td> <td>(08)</td> </tr> <tr> <td>(04)</td> <td>(09)</td> </tr> <tr> <td>(05)</td> <td>(10)</td> </tr> </table>	Anotar apenas a relação de parentesco com o Idoso		(01)	(06)	(02)	(07)	(03)	(08)	(04)	(09)	(05)	(10)	NPESCASA ____
Anotar apenas a relação de parentesco com o Idoso													
(01)	(06)												
(02)	(07)												
(03)	(08)												
(04)	(09)												
(05)	(10)												
Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu peso e sua saúde													
12. O (a) Sr. (a) tem marcapasso no coração? (0) Não (1) Sim (9) Ignorado	MARCP ____												
13. Com relação ao seu peso atual o (a) Sr. (a) se acha? (Ler as opções) (1) Muito magro (2) Magro (3) Normal (4) Um pouco gordo (5) Me sinto gordo ou muito gordo (9) Ignorado	PERCEPESO ____												
14. Qual a altura do (a) Sr. (a)? ____, ____ m (9,999) Ignorado	ALTREF __, ____												
15. Qual o peso do (a) Sr. (a)? ____, ____ kg (999,99) Ignorado	PESOREF ____, ____												
16. O que o (a) Sr (a) acha do seu estado de saúde no último mês? (Ler as opções) (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Fraco (5) Péssimo (9) Ignorado	PERCEPSAUDE ____												
17. O (a) Sr. (a) teve alguma alteração no seu peso recentemente? Ganhou peso (0) Não (pule p/ questão 20) (1) Sim (9) Ignorado (pule p/ questão 20) Perdeu peso (0) Não (pule p/ questão 20) (1) Sim (9) Ignorado (pule p/ questão 20)	GANHAPESO ____ PERDEPESO ____												
18. Qual o peso do (a) Sr. (a) antes de perder (ou ganhar) peso, ou seja o peso que você costuma ter? ____, ____ (888,88) Não se aplica (999,99) Ignorado	PESOUSUAL ____, ____												
19. O (a) Sr. (a) sabe o motivo pelo qual teve essa alteração de peso? (00) Não (01) Alimentação (02) Internação (03) Cirurgia (04) Resfriado (05) Depressão (06) Remédios (07) Infecção. Qual? _____ (08) Outros.Quais? _____ (88) Não se aplica (99) Ignorado	MOTPESO ____												
20. Quando o (a) Sr.(a) tem algum problema de saúde o que faz? (Ler as opções)	PROBNADA ____												

- Não faz nada	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	PROBPOSTO __
- Vai ao Posto de Saúde/CAIS	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	PROBCONSU __
- Consulta particular	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	PROBCASEIR __
- Usa uma receita caseira	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	PROBREMED __
- Usa remédio que tem em casa	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	PROBFARMA __
- Compra remédio na farmácia por conta própria	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	PROBNUNCA __
- Nunca tem problema de saúde	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	PROBOUTRA __
- Outra Qual? _____	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	
21. O (a) Sr.(a) está tomando algum remédio?				REMEDIO __
(0) Não (Pule para questão 23) (1) Sim				
22. Quais remédios o (a) Sr.(a) costuma tomar todos os dias*? (Pedir a embalagem)				NREMEDIOS __ __
(88) Não se aplica (99) Ignorado ATENÇÃO- Codifique apenas NREMEDIOS e INFREMED				REMED. 1 __ __
				INFREMED 1 __ __
				REMED. 2 __ __
				INFREMED 2 __ __
				REMED. 3 __ __
				INFREMED 3 __ __
				REMED. 4 __ __
				INFREMED 4 __ __
				REMED. 5 __ __
				INFREMED 5 __ __
				REMED. 6 __ __
				INFREMED 6 __ __
				REMED. 7 __ __
				INFREMED7 __ __
				REMED. 8 __ __
				INFREMED8 __ __
				REMED. 9 __ __
				INFREMED9 __ __
				REMED. 10 __ __
				INFREMED10 __ __
				REMED. 11 __ __
				INFREMED11 __ __
				REMED. 12 __ __
				INFREMED12 __ __
				REMED. 13 __ __
				INFREMED13 __ __
* Costuma tomar todos os dias quando tem ou pode comprar.				
23. Qual a última vez que o (a) Sr. (a) consultou com um médico?				DIACONSUL __ __ __
____ dias ATENÇÃO – codificar tudo como dias (999) Ignorado				
24. O (a) Sr. (a) ficou internado (a) no último ano?				INTERNADO __
(0) Não (Pule para questão 27) (1) Sim (9) Ignorado				
25. Por qual (is) motivo (s) o (a) Sr. (a) ficou internado?				MOTCIRUR __
Cirurgia _____	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTHA __
Crise hipertensiva	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTDIAB __
Diabetes descompensado	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTRESP __
Doença respiratória (asma, bronquite)	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTINF __
Infarto	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTAVC __
Derrame	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTDIGES __
Doença do aparelho digestivo	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTCA __
Câncer	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	MOTOUTRO __
Outros? _____	(0) Não	(1) Sim	(8) Não se aplica	
26. Por quanto tempo o (a) Sr. (a) permaneceu internado (a)? (Total do ano)				DIASINTERN __ __ __
____ dias ATENÇÃO – codificar tudo como dias (888) Não se aplica (999) Ignorado				
27. Quais doenças o médico já disse que o (a) Sr. (a) têm? (Não ler as opções. Somente marcar o que o idoso referir. Não induza resposta. Ao final perguntar: “Existe mais alguma doença que o médico tenha falado?”)				DDIA __
Diabetes	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DHA __
Hipertensão	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DOB __
Excesso de peso (obesidade)	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DDESNU __
Baixo peso (desnutrição)	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DCOL __
Colesterol elevado	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DTGL __
Triglic. Elevado	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DOSTE __
Osteoporose	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DCAN __
Câncer	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DAVC __

Derrame cerebral (AVC)	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DINF	__
Infarto do miocárdio	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DASMA	__
Asma, bronquite, outros respiratórios	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado	DOUTRA	__
Outras _____	(0) Não	(1) Sim	(9) Ignorado		

Para melhor avaliar seu estado de saúde e nutrição precisamos ver os seus exames mais recentes.

28. Posso ver os resultados dos seus exames? (0) Não pode (1) Sim, conferir e anotar os valores na planilha abaixo (2) Sim, pegar no posto de saúde (3) Não fez exame no último ano (9) Ignorado					VEREX __
Exame	Resultado (valor)	Valor de referência	Método Laboratorial	Data do exame	
Colesterol total					
HDL					EXCOL __ __, __
LDL					EXHDL __ __, __
VLDL					EXLDL __ __, __
Ácido úrico					EXVLDL __ __, __
Triglicérides					EXACURI __ __, __
Glicemia de jejum					EXTG __ __, __
Glicemia pós-prandial					EXGLIJ __ __, __
Hemoglobina glicada					EXGLIP __ __, __
Hemoglobina					EXHEMOG __ __, __
Hematócrito					EXHEMAT% __ __, __
Albumina					EXHEMATg __ __, __
					EXALBU __ __, __
Observações: _____					
ATENÇÃO - As perguntas 29 e 30 devem ser feitas somente com mulheres					
29. A Sra. engravidou alguma vez? (0) Não (Pule para questão 31) (1) Sim (8) Não se aplica (9) Ignorado					ENGRAV __
30. Quantas vezes a Sra. engravidou? _____ vezes (88) Não se aplica (99) Ignorado					NGRAVID __ __
31. O (a) Sr. (a) fuma ou já fumou cigarro/cachimbo/charuto? (0) Não (Pule para questão 36) (1) Sim, é fumante (não perguntar questão 35) (2) Sim, ex-fumante (Pule para questão 34) (9) Ignorado					FUMA __
32. Se sim, quantos cigarros/cachimbos ou charutos por dia? _____ (88) Não aplica (99) Ignorado					NCIGARR __ __
33. Na última semana quantos dias o (a) Sr. (a) fumou? _____ dias (8) Não se aplica (9) Ignorado					DIAFUMA __
34. Com que idade o (a) Sr. (a) começou a fumar? _____ anos (88) Não aplica (99) Ignorado					IDADFUMA __ __
35. Há quanto tempo parou de fumar? _____ dias _____ meses _____ anos (88) Não se aplica (99) Ignorado					PAROUFDIA __ __ PAROUFMES __ __ PAROUFANO __ __
36. O (a) Sr. (a) consome bebida alcoólica? (0) Não (pule para questão 41) (1) Sim (9) Ignorado					BEBALC __
37. No último mês o (a) Sr. (a) tomou mais de 5 doses de bebida destilada ou cerveja em um mesmo dia? (0) Não (1) Sim * Ver definição de dose (8) Não se aplica (9) Ignorado					BEBRISCO __
38. Na última semana, o (a) Sr. (a) ingeriu bebidas alcoólicas? (0) Não (pule para questão 41) (1) Sim (8) Não se aplica (9) Ignorado					BEBSEM __

39 - Quantas vezes na última semana você ingeriu bebidas alcoólicas? ___ ___ vezes (88) Não se aplica (99) Ignorado	BEBVEZES ___ ___
40 - Qual a quantidade na última semana? Cerveja (garrafa, copo) _____ Vinho (cálice/copo) _____ Bebidas destiladas tipo uísque*, vodka* (dose) _____ * circule o tipo de bebida Cachaça (dose, garrafa) _____ Outros (especificar) _____ (888) Não se aplica (999) Ignorado CODIFICAR - Gramas de etanol _____	GETANOL ___ ___ , ___
Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre exercício físico	
41. O (a) Sr. (a) faz ou pratica algum tipo de atividade física ou esporte? (0) Não (Pule para a questão 44) (1) Sim	ATFISICA ___
42. Que tipo de atividade física o (a) Sr. (a) faz durante seu tempo livre ou momentos de folga? (Ler as opções) (1) No seu tempo livre, assiste televisão e faz coisas que não precisam de atividade física (2) No seu tempo livre, caminha, anda de bicicleta ou se movimenta de alguma maneira que tenha atividade física durante no mínimo 30 minutos por dia, inclusive caminhar, pescar ou caçar, jardinagem e outros, porém não ir e vir do trabalho. (3) No seu tempo livre, faz atividades físicas para manter seu estado físico, como, por exemplo, correr, ginástica, natação, jogos com bola ou trabalhos pesados de jardinagem ou equivalente durante um mínimo 30 minutos por dia. (4) No seu tempo livre, treina periodicamente, vários dias por semana, para participar de competições, corridas, jogos com bola ou algum outro esporte que exija muita atividade física. (8) Não se aplica (9) Ignorado	TIPOAFLAZER ___
43. Quantas vezes por semana o (a) Sr. (a) participa nas atividades que mencionou na pergunta anterior? (0) 5 ou mais vezes (1) 3 a 4 vezes (2) 1 a 2 vezes (3) Menos que 1 vez por semana ou quinzenalmente (8) Não se aplica (9) Ignorado	FREQAF ___
44. O (a) Sr. (a) faz limpeza pesada/faxina na sua casa/apartamento? (0) Não (1) Sim, Horas por dia: _____ Dias por semana _____	LIMPCASA ___ LIMPHORADIA ___ ___ LIMPDIASEM ___
45. O (a) Sr. (a) toma conta de crianças menores de 3 anos? (0) Não (1) Sim Vezes por semana: ___ ___ Horas por dia: ___ ___	CRIANÇA ___ CRIANSEM ___ CRIANHORA ___
46. O (a) Sr. (a) trabalhou no último mês? (Ler as opções) (0) Não (pule para a 50) (1) Sim (2) Sim em atividades do lar (pule p questão 50)	TRAB ___
47. Como o (a) Sr. (a) vai para o trabalho? (1) Carro (Pule p/ questão 49) (2) bicicleta (3) transporte coletivo (Pule p/ questão 49) (4) andando (5) Outro. Qual? _____ (8) Não se aplica	DESLOCTRAB ___
48. Quantos minutos por dia o (a) Sr. (a) se dedica a caminhar, andar de bicicleta ou a qualquer outra atividade física quando vai trabalhar? ___ minutos por dia (88) não se aplica (99) ignorado	MINUTOSTRAB ___ ___
49. Que tipo de atividade física o (a) Sr. (a) desenvolve em seu trabalho? (Dividimos as ocupações em quatro grupos. (Marque somente um grupo) (1) Seu trabalho tem atividades para as quais tem que ficar sentado. Não caminha muito enquanto trabalho. Exemplos: relojoeiro, eletro-técnico em rádios, costureira industrial, trabalho burocrático no escritório. (2) Caminha bastante enquanto trabalha, mas não tem que levantar nem carregar coisas pesadas. Exemplos: empregados comerciais, trabalho industrial leve, trabalho de escritório que implique movimento. (3) Tem que caminhar e mover muitas coisas ou subir escadas ou rampas em meu trabalho. Exemplos: carpinteiros ou trabalhadores agrícolas, trabalho de oficina mecânica, trabalho industrial pesado. (4) Seu trabalho exige atividades pesadas, como, por exemplo, mover/levantar coisas pesadas, trabalhar com madeira ou cortar muito. Exemplos: trabalhador florestal, trabalho agrícola pesado, construção, trabalho industrial pesado. (8) não se aplica/não trabalho (9) ignorado	TIPOAFOCUPA ___

Batata frita (batata palito e palha)										BATFRI__
Salgadinho de pacote (skinny)										SALGPA__
Sorvetes, chocolates e doces caseiros										DOCES__
Tortas, massas, bolos e biscoitos e quitandas										TMBQ__
Refrigerantes normais										REFRI__
Refrigerantes diet/light										REFRIDI__
Alimento	NUNCA	RARAMENTE (Menos que 1X/ MÊS)	1X/ MÊS	2 A 3 X/ MÊS	1 a 2X/ SEM.	3 a 4 X/ SEM.	5 a 6 X/ SEMAN A	1 X/ DIA	2 X OU + DIA	
Sucos naturais de frutas										SUCNAT__
Frutas										FRUT__
Vegetal A (ex: folhas, pepino, tomate, rabanete)										VEGA__
Vegetal B (ex: cenoura, vagem, beterraba, abobrinha, etc.)										VEGB__
Azeite de oliva extra-virgem (ver rótulo)										AZEIT__
Feijão/soja										FEISOJ__
Cereais integrais (aveia, farelos, arroz integral)										CERINT__
Pão integral										PAO INT__
Pães convencionais (francês, italiano, forma, bisnagas)										PCONV__

Fonte: Adaptado de Rodrigues (2005).

PERGUNTA 61. Qual o tipo de gordura/óleo que o (a) Sr. (a) usa para cozinhar seus alimentos? (marque apenas uma opção – a mais frequente) (1) soja (2) azeite (3) canola (4) girassol (5) milho (6) banha (7) outro (9) ignorado		TIPOGOR ____
Agora vamos lhe fazer algumas perguntas gerais que estão relacionadas à sua renda		
62. No último mês, o (a) Sr. (a) trabalhou ou recebeu algum dinheiro de pensão ou aposentadoria, por exemplo? (0) Não (pule p/ questão 64) (1) Sim		MESRENDA ____
63. De forma geral essa renda é: (1) Variável (2) Fixa (3) Fixa e variável (8) Não se aplica (9) Ignorado		RENDA ____
64. Qual é o grau de instrução do chefe de família (Aquele de maior renda na casa)? (00) não estudou (01) Primário incompleto (02) Primário completo (03) Ginásial incompleto (04) Ginásial completo (05) Colegial incompleto (06) Colegial completo (07) Superior incompleto (08) Superior completo (99) Ignorado		INSTRU ____
65. A família possui empregados domésticos (exemplo: passadeira, cozinheira, diarista)? (0) nenhum (1) 1 (2) 2 ou mais		EMPREG ____
DENTRE OS PRODUTOS ABAIXO, FAVOR ASSINALAR AQUELES QUE SÃO DE POSSE DA FAMÍLIA:		
66. Televisão a cores: (0) nenhuma (2) 2 aparelhos (1) 1 aparelho (3) 3 ou mais		TELEV ____
67. Rádio (walkman, 3 em 1, microsystem, exceto rádio de automóvel): (0) não tem (2) 2 aparelhos (4) 4 ou mais (1) 1 aparelho (3) 3 aparelhos		RADIO ____
68. Banheiro (incluindo de empregada e os localizados fora de casa): (1) 1 (2) 2 (3) 3 ou mais		BANHE ____
69. Automóvel (exceto os utilizados para fretes ou outras atividades profissionais): (0) Nenhum (1) 1 (2) 2 (3) 3 ou mais		AUTO ____
70. Aspirador de pó: (0) Nenhum (1) 1 ou mais		ASPI ____
71. Máquina de lavar: (0) Nenhuma (1) 1 ou mais		MAQLAV ____
72. Tanquinho: (0) Nenhuma (1) 1 ou mais		TANQ ____
73. Videocassete/DVD: (0) Nenhum (1) 1 ou mais		VIDEOC ____
74. Geladeira: (0) Nenhuma (1) 1 ou mais		GELAD ____
75. Freezer: (0) Nenhum (1) 1 ou mais		FREEZ ____
76. O Sr. alguma vez já recebeu visita domiciliar pelos agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Ignorado		

ANEXO 2

FICHA ANTROPOMÉTRICA

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

NQUES ____

Data da entrevista: ____ / ____ / ____

Hora de início: ____

Número do Distrito Sanitário: ____

Número da família: ____ Pessoa: ____

Antropometrista: _____

ANTRO ____

Medidas	1º	2º	3º	Média	Código
Peso mensurado (kg)			-----		PESMED ____, __
Altura mensurada (m)			-----		ALTURAMED __, __ __
Altura do joelho (cm)			-----		ALTJOELHO ____, __
Envergadura do braço (cm)			-----		ENVERGBRA ____, __
Circunferência da cintura (cm)			-----		CIRCCINT ____, __
Circunferência abdominal (cm)			-----		CIRCABDO ____, __
Circunferência do quadril (cm)			-----		CIRCQUAD ____, __
Circunferência do braço (cm)			-----		CIRCBRA ____, __
Circunferência da panturrilha (cm)			-----		CIRCPANT ____, __
Dobra cutânea subescapular(mm)					DCSUBES ____, __
Dobra cutânea bicipital (mm)					DCBI ____, __
Dobra cutânea tricipital (mm)					DCTC ____, __
Dobra cutânea suprailíaca (mm)					DCSUPRA ____, __

Hora final: _____

Observações: (Anotar qualquer situação fora do padrão)

() Presença de edema () Fístula () Ostomia () Sudorese intensa

ANEXO 3

MANUAL ENTREVISTADOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO

MANUAL DE INSTRUÇÕES DO QUESTIONÁRIO IDOSOS

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A ENTREVISTA

1. Cada entrevistador (a) será identificado com o crachá e carta de apresentação assinada pela coordenação do projeto.
2. A qualidade de seu trabalho será o maior determinante da qualidade dos resultados do estudo.
3. É importante seguir cuidadosamente as instruções que lhe forem dadas e coletar todas as informações necessárias.
4. É preciso conhecer profundamente o questionário e o manual do entrevistador e não ter dúvidas sobre o seu conteúdo, forma de aplicação, preenchimento e codificação.
5. Durante a entrevista, não demonstrar aprovação, desaprovação e/ou surpresa frente às respostas.
6. As dúvidas que surgirem no decorrer da coleta de dados deverão ser comunicadas e resolvidas com o supervisor da pesquisa.
7. A entrevista deve ser iniciada com a **apresentação** do(a) entrevistador(a), o **objetivo geral** da pesquisa e das **instituições** envolvidas.
8. Antes de iniciar a entrevista, o entrevistador deverá ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após ser orientado e esclarecido sobre todos os procedimentos e objetivos da pesquisa, o entrevistado, caso concorde em participar, deverá assinar o TCLE.
9. Caso o idoso não possa responder ao questionário naquela ocasião, remarcar a visita.
10. Após 3 tentativas de visita sem sucesso, na casa do idoso, considerar a entrevista não realizada.
11. Todas as codificações deverão ser feitas com muita calma, após o término de todo o trabalho realizado no dia, afim de, se evitar erros e dispêndio de tempo no momento da coleta de dados.
12. Anotar em uma ficha a parte todas as recusas, motivos e demais observações.

INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

1. Antes de sair para a entrevista checar se está levando todo o material necessário (check list).
2. Usar uma prancheta para apoiar o questionário.
3. Procurar um local adequado para realizar a entrevista.
4. Fazer as perguntas pausadamente e com a mesma entonação.
5. Não induzir respostas; não sugerir palavras, mesmo que o entrevistado esteja com dificuldade para elaborar a resposta.

6. Evitar a “influência” de outras pessoas nas respostas do informante.
7. Utilize lápis para o registro das informações nos questionários.
8. Evitar rasuras e escrever com letra legível. Os registros devem ser facilmente legíveis por ocasião da digitação.
9. Não abreviar ou escrever siglas.
10. Assinalar com **X** as opções referidas e preencher o item “**Outro (s)**”, “**Qual (is)?**”, quando for o caso.
11. Fique sempre atento aos PULOS, certificando-se de que está indo para a pergunta certa.
12. **As perguntas e as opções de resposta EM NEGRITO deverão ser lidas para o entrevistado.**
13. As informações entre parênteses são orientações para o entrevistador, portanto, elas **NÃO** devem ser lidas para o entrevistado.
14. **NUNCA** ofereça como opção de resposta o item NÃO SABE. Este deverá ser assinalado somente quando o próprio entrevistado informar.
15. Após realizar a entrevista, conferir o formulário. Verificar se deixou alguma questão em branco.
16. **Lembre-se de que no caso de pergunta sem resposta, você precisará voltar ao mesmo domicílio para completá-la.**
17. Faça observação detalhada, em caso de dúvidas, a lápis na própria questão.
18. Procure utilizar os números padronizados para evitar confusões. Siga os modelos:
 - O número 1 deve ser marcado com apenas um risco (ex.: I);
 - O número 7 deve vir com um risco no meio para evitar confusão com o número 4;
 - Sempre fechar as voltas dos números 9 e 6.

INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS

Número do distrito sanitário: ____ Preencha o número do distrito sanitário, de acordo com o código no final deste manual

Número da pessoa: ____ Numere de acordo com a sequência das casas selecionadas para o entrevistador.

Data da entrevista: ____/____/____ Coloque a data de realização da entrevista.

Horário do início da entrevista: ____hs ____ min. Preencher o horário do início da entrevista com horas e minutos.

Entrevistador: ____ Escreva seu nome completo. Na coluna de codificação, será acrescentada a variável ENTREV ____ onde deve ser colocado o número respectivo a cada entrevistadora, veja lista no final deste manual (CONFIRMAR OS NOMES POR FAVOR).

Endereço: ____ Registrar, nominalmente, o endereço do domicílio com informações sobre rua, nº, complemento (quando houver), referência (como ir até a casa), bairro, cidade, CEP.

Telefone: ____ Registre o telefone da residência, celular. Caso não tenha nenhum destes, solicite algum número de telefone de vizinho ou parente ou telefone comunitário para recado. Caso não possua nenhuma destas opções, agende em uma lista a parte o melhor dia e horário para fazer a bioimpedância e pressão arterial nos próximos 7 dias.

PERGUNTA 1. Qual é o seu nome (idoso)?

Preencher o nome completo do entrevistado, não abreviando sobrenome. Caso seja contra a vontade do informante coloque apenas o primeiro nome.

PERGUNTA 2. Quem respondeu a entrevista?

Marcar a resposta correspondente, dando preferência para o idoso. Caso o cuidador responda, preencher com o nome.

PERGUNTAS 3 e 4.

3. Cor (observar e marcar):

4. Sexo (observar e marcar):

As respostas das questões 3 e 4 devem ser de simples observação, as perguntas não devem ser formuladas. Observe e assinale a cor e o sexo do entrevistado. Na questão 3 o item "Outra" é dirigido aos indígenas e asiáticos.

PERGUNTA 5. Qual é a sua data de nascimento? ____ / ____ / ____

Preencha a data de nascimento do entrevistado. Anotar a idade verdadeira (biológica). Caso o entrevistado tenha dificuldade de responder ou apresentar confusão, pedir o documento de identidade e anotar os dados conforme o documento. Se não souber a data ou souber apenas o mês e/ou o dia, preencher os campos correspondentes com 12/12/1212 (IGN especial para datas).

PERGUNTA 6. Sobre o seu estado civil o (a) Sr. (a) é (ler as opções de resposta):

Formule a questão e leia as opções de resposta. Considerar como "solteiro" se nunca viveu maritalmente com outra pessoa. Considerar como "viúvo", se o entrevistado vivia maritalmente com outra pessoa que morreu. Considerar como "separado" ou "divorciado", se já viveu maritalmente com outra pessoa, mas não estão mais morando juntos. Marque "Outro" caso a resposta não se enquadre em nenhuma das opções acima

PERGUNTA 7. O (a) Sr.(a) nasceu em Goiânia ou veio de outra cidade?

Se apenas nasceu em outra cidade e mudou nos primeiros 2 anos de vida para Goiânia, considere: "(0) É de Goiânia".

PERGUNTA 8. O (a) Sr. (a) aprendeu a ler e escrever ?

Formule as questões e marque a resposta sugerida pelo idoso. O caso do "não se aplica" refere-se ao indivíduo que não estudou em escola/grupo ou mobral, e o "ignorado", se o idoso recusar-se a responder esta questão.

PERGUNTA 9. Quantos anos o (a) Sr. (a) frequentou a escola/grupo/mobral ?

Na primeira opção marcar a quantidade de anos estudados, referido pelo idoso. Caso o entrevistado referir ter estudado menos de um ano assinalar 00. O item "não se aplica" refere-se ao indivíduo que não estudou em escola/grupo ou mobral, e o "ignorado", se o idoso recusar-se a responder esta questão.

PERGUNTA 10. Até que série o (a) Sr. (a) completou na escola ?

Marque os itens correspondentes. O ano "primário" é o correspondente ao ginásial e admissão da época. O item "não se aplica" refere-se ao indivíduo que não estudou em escola/grupo ou mobral, e o "ignorado", se o idoso recusar-se a responder esta questão.

PERGUNTA 11. Hoje o (a) Sr. (a) mora nesta (casa/apartamento) com quem?

Se o idoso morar sozinho, marque a opção (00) e pule para a questão seguinte. Caso contrário coloque até dez contatos, sem discriminar o nome, apenas a relação de parentesco com o idoso (ex.: filho, irmão etc.). Quando tiver parentes que residem em outra casa no mesmo lote, considerar que moram com o entrevistado somente se dividirem a mesma cozinha.

PERGUNTA 12. O (a) Sr. (a) tem marcapasso no coração?

Caso o indivíduo refira usar marcapasso, ao final não entregar o preparo para Bioimpedância. Considerar ignorado se paciente se recusar ou não souber responder.

PERGUNTA 13. Com relação ao seu peso atual o (a) Sr. (a) se acha? (Ler as opções)

Caso o entrevistado não entenda a pergunta, pode-se perguntar o que o (a) Sr. (a) acha do seu peso. A resposta deve ser encaixada em uma das opções. Se a pessoa disser que é um pouco magra, leia as opções abaixo, muito abaixo do normal ou normal e marque a que o (a) entrevistado (a) acha mais adequada. O entrevistador deverá ler as alternativas. O termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que se recusou a responder.

PERGUNTA 14. Qual a altura do (a) Sr. (a)?

Anote a altura em metros. Para homens, se eles falarem que não sabem perguntar se ele se lembra da sua altura quando serviu ao exército. Ex.: Um metro e setenta e três (1, 73 m). Ex.: Um metro e cinquenta e nove e meio (1, 59 m). Arredonde para baixo. Não sabe informar codificar 9,999. Procure conseguir a altura mesmo que aproximada.

PERGUNTA 15. Qual a peso do (a) Sr. (a)?

Anote o peso em quilos. Se a pessoa disser, setenta quilos e meio, anote: 70,5 kg. Quarenta e oito e duzentos, anote: 48,2 Kg.

PERGUNTA 16. O que o (a) Sr (a) acha do seu estado de saúde no último mês? (ler as opções)

Assinalar a resposta referida pelo indivíduo. O termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que se recusou a responder. Considerar ignorado se a pessoa não souber responder.

PERGUNTA 17. O (a) Sr. (a) teve alguma alteração de peso recentemente?

Assinalar a resposta referida pelo indivíduo. O termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que se recusou a responder.

PERGUNTA 18. Qual o peso do (a) Sr. (a) antes de perder (ou ganhar) peso, ou seja o peso que você costuma ter?

Anote o peso usual que o indivíduo costuma ter.

PERGUNTA 19. O (a) Sr. (a) sabe o motivo pelo qual teve essa alteração de peso?

Assinalar a resposta referida pelo indivíduo. O termo “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não teve alteração de peso recentemente.

PERGUNTA 20. Quando o (a) Sr.(a) tem algum problema de saúde o que faz? (ler as opções)

Marcar a opção correspondente à resposta referida pelo (a) idoso (a). O item “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não apresenta algum problema de saúde. .

PERGUNTA 21. O (a) Sr. (a) está tomando algum remédio?

Marcar SIM caso refira que está tomando qualquer tipo de medicamento e “ignorado”, se o idoso recusar-se a responder esta questão.

PERGUNTA 22. Quais remédios o (a) Sr.(a) costuma tomar todos os dias? (Pedir a embalagem)

Marcar não se aplica quando ele não faz uso diário de medicamentos e codificar com 88 no NREMEDIOS.

Em caso afirmativo, relacionar todos os medicamentos referidos pelo entrevistado. Na categoria colocar o código de onde foi adquirida a informação: pela embalagem do medicamento, pela receita médica ou referida pelo entrevistado. Se a embalagem e/ou a receita forem apresentadas, usá-las como fonte preferencial de informação e anotar o nome completo constante no rótulo da embalagem. Sempre pedir primeiramente a embalagem dos medicamentos. Usar a receita como segunda opção e caso não for legível registrar o que o entrevistado referir, exatamente como dito. Se apenas um medicamento for informado, fazer um traço no espaço referente às outras informações. Em caso de dúvida quanto ao medicamento referido, anotar o nome para posterior avaliação. Mesmo que não saiba o que exatamente usou, insistir para saber pelo menos a forma de apresentação. Ex. Injeção, comprimido, xarope, etc. Se exceder ao espaço do quadro, usar o verso da folha e assinalar que tem informações no verso. Considerar ignorado se a pessoa não souber responder.

PERGUNTA 23. Qual a última vez que o (a) Sr. (a) consultou com um médico?

Deixar a pergunta aberta e escreve o que o indivíduo responder. O item “ignorado” refere-se ao indivíduo que recusar-se a responder esta questão.

PERGUNTA 24. O (a) Sr. (a) ficou internado (a) no último ano?

Considerar como sim, se a pessoa foi internada por qualquer motivo nos 12 meses antecedentes à data da entrevista.

PERGUNTA 25. Por qual (is) motivo (s) o(a) Sr. (a) ficou internado?

Marcar o motivo relatado pelo entrevistado. O item “não se aplica” deve ser usado quando o indivíduo não ficou internado e “ignorado” caso não saiba responder.

PERGUNTA 26. Por quanto tempo o (a) Sr. (a) permaneceu internado (a)? (Total do ano)

Considerar em dias o tempo que for referido. Assinalar “não se aplica” caso o indivíduo não tenha sido internado e “ignorado” se não souber responder

PERGUNTA 27. Quais doenças o médico já disse que o (a) Sr (a) têm?

(Não ler as opções. Somente marcar o que o idoso referir. Ao final perguntar: “existe mais alguma doença que o médico tenha falado?”).

PERGUNTA 28. Posso ver os resultados dos seus exames?

Caso o paciente não tenha o exame em casa, o entrevistador deverá perguntar se o exame dele deste período ficou arquivado no prontuário na unidade de saúde, caso afirmativo anotar no espaço da observação e também na lista de conferência de exame, e posteriormente fazer a consulta no prontuário do indivíduo.

PERGUNTA 29. A Sra engravidou alguma vez?

*Assinale a resposta referida pela senhora. Em caso negativo, **pule para a pergunta 31.** O item “não se aplica” refere-se ao indivíduo do sexo masculino.*

PERGUNTA 30. Quantas vezes a Sra engravidou?

Escreva o número de vezes que ela engravidou. O item não se aplica refere-se ao indivíduo do sexo masculino e o item ignorado a ausência de gestação.

PERGUNTA 31. O (a) Sr. (a) fuma ou já fumou cigarro/cachimbo/charuto?

Assinale a resposta referida pelo indivíduo. O termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que recusou-se a responder esta questão. Caso a pessoa responda que é fumante, não perguntar a questão 35 e marcar nesta 88 (não se aplica).

PERGUNTA 32. Se sim, quantos cigarros/cachimbos ou charutos por dia?

Registrar o número referido pelo idoso. O termo “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não fuma e o termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que não se lembra da quantidade de cigarros/cachimbos ou charutos que fuma.

PERGUNTA 33. Na ultima semana quantos dias o (a) Sr. (a) fumou?

Registrar o número referido pelo idoso. O termo “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não fuma e o termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que não se lembra da quantidade de cigarros/cachimbos ou charutos que fuma.

PERGUNTA 34. Com que idade o (a) Sr. (a) começou a fumar?

Registre o número de anos que o indivíduo começou a fumar. O termo “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não fuma e o termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que não se lembra da idade de início do hábito.

PERGUNTA 35. Há quanto tempo parou de fumar?

Registre o número de dias ou meses ou anos que o indivíduo parou de fumar. O termo “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não fuma e o termo “ignorado” refere-se ao indivíduo que não se lembra de quando parou de fumar.

Por exemplo, caso a pessoa responda somente em anos, ou virse e versa, os outros itens (dias e meses) deverão ser preenchidos com 00. 88 só é utilizado em caso de pulo.

PERGUNTA 36. O (a) Sr. (a) consome bebida alcoólica?

Registre a resposta do entrevistado.

PERGUNTA 37. No último mês o (a) Sr. (a) tomou mais de 5 doses de bebida destilada ou cerveja em um mesmo dia?

Registre a resposta do entrevistado.

PERGUNTA 38. Na última semana, o (a) Sr. (a) ingeriu bebidas alcoólicas?

Registre a resposta do entrevistado. Se a resposta for "não" pular para a questão 41.

PERGUNTA 39. Quantas vezes na última semana você ingeriu bebidas alcoólicas?

Registre a resposta do entrevistado. O termo "não se aplica" refere-se ao indivíduo que não ingere bebidas alcoólicas.

PERGUNTA 40. Qual a quantidade na última semana?

Registre a resposta do entrevistado. O termo "não se aplica" refere-se a indivíduos que não ingerem bebida alcoólica e o termo " ignorado" refere-se ao indivíduo que não se lembra da resposta.

*Para codificar esta questão, as quantidades referidas pelo idoso de cada bebida serão convertidas para gramas de etanol por dia, onde têm-se: uma garrafa de cerveja (600ml) = 26,4g de etanol; uma taça de vinho (150ml) = 10,8 g e etanol; uma dose de licor (45ml) = 13,5g de etanol; uma dose de cachaça (60ml) = 24g de etanol; uma dose de uísque (60ml) = 27g de etanol). Se a medida de referência para o cálculo da quantidade de etanol que o vinho contém for **copo** e o idoso responder em **garrafa**, deveremos detalhar quantos ml tem esta garrafa e depois convertemos em copos para o cálculo. Isso vale para todos os tipos de bebidas que estão sendo perguntadas.*

PERGUNTA 41. O (a) Sr. (a) faz ou pratica algum tipo de atividade física ou esporte?

Registre a resposta do entrevistado. Considerar "não" para indivíduos que referir não realizar nenhum tipo de atividade física ou esporte.

PERGUNTA 42. Que tipo de atividade física o (a) Sr. (a) faz durante seu tempo livre ou momentos de folga? (ler as opções)

Registre a resposta do entrevistado. Marcar "não se aplica" para os indivíduos que não realizam nenhum tipo de atividade física ou esporte no tempo livre ou de folga. Considerar "ignorado" para os indivíduos que não souber responder.

PERGUNTA 43. Quantas vezes por semana o (a) Sr. (a) participa nas atividades que mencionou na pergunta anterior?

Registre a resposta do entrevistado. Marcar "não se aplica" para os indivíduos que não realizam nenhum tipo de atividade física ou esporte no tempo livre ou de folga. Considerar "ignorado" para o indivíduo que não souber responder.

PERGUNTA 44. O(a) Sr. (a) faz limpeza/faxina na sua casa/apartamento?

Registre a resposta como referida pelo idoso. Em caso afirmativo, anote quantas horas por dia e quantos dias na semana são gastos nesta outra ocupação. A codificação de hora e dia deve ser 88 ou 8, caso responda não. Quando a pessoa responder 'não' a codificação para LIMPHORADIA e LIMPDIASEM deverá ser 00.

PERGUNTA 45. O (a) Sr. (a) toma conta de crianças menores de 3 anos?

Em caso de resposta afirmativa, registre o número de vezes por semana e a quantidade de horas que gasta neste tipo de atividade. A codificação de hora e dia deve ser 88 ou 8, caso responda não.

Quando a pessoa responder 'não' a codificação para CRIANSEM e CRIANHORA deverá ser 00.

PERGUNTA 46. O (a) Sr. (a) trabalhou no último mês?

Registre a resposta do entrevistado.

PERGUNTA 47. Como o (a) Sr. (a) vai para o trabalho?

Registre a resposta como foi referida pelo idoso. Caso ele (a) responda que vai de carro ou de transporte coletivo, pule para a questão 49. O termo "não se aplica" refere-se ao indivíduo que não trabalha.

PERGUNTA 48. Quantos minutos por dia o (a) Sr. (a) se dedica a caminhar, andar de bicicleta ou a qualquer outra atividade física quando vai trabalhar?

Registre a resposta como for referida pelo idoso. O termo "não se aplica" refere-se ao indivíduo que não trabalha. Incluir o tempo que passa indo e vindo do seu trabalho e o tempo gasto para ir do ponto de ônibus até o trabalho.

PERGUNTA 49. Que tipo de atividade física o (a) Sr. (a) desenvolve em seu trabalho? (Dividimos as ocupações em quatro grupos. Caso não trabalhe, mencione o grupo 1. Marque somente um grupo)

Registre a resposta do entrevistado. Marcar no grupo 1 para os indivíduos que não realizam nenhum não trabalham e/ou não fazem esforço físico de ocupação. Considerar "ignorado" para os indivíduos que não souber responder.

Prestar atenção no preenchimento desta questão, pois na questão 46 tem um pulo para a questão 50. Neste caso deve-se marcar com zero a questão 49. Ex: TIPOAFOCUPA:0.

PERGUNTA 50. Quantos dias por semana o (a) Sr. (a) costuma assistir televisão?

Em caso de resposta afirmativa, registre a quantidade de horas por dia e a quantidade de horas por semana (você deverá multiplicar por sete (sete dias da semana) para que o idoso não gaste tempo pensando neste total).

PERGUNTA 51. Quantas horas o (a) senhor (a) assiste televisão diariamente?

Ao responder essa questão deve-se colocar horas inteiras (uma, duas, três, etc). EX: se o indivíduo assiste 2 horas por dia de televisão HORASTV: 02

PERGUNTA 52. O (a) Sr. (a) usa adoçante todos os dias?

Assinalar a resposta referida pelo indivíduo.

PERGUNTA 53. O (a) Sr. (a) coloca sal na comida, depois de pronta?

Assinalar a resposta referida pelo indivíduo.

PERGUNTA 54. O (a) Sr. (a) usou na última semana usou algum tipo de chá diurético ou outro produto para ajudar a urinar?

Assinalar conforme a resposta que o indivíduo referir. Caso a pessoa não saiba responder marcar o item "ignorado".

PERGUNTA 55. O (a) Sr. (a) está seguindo alguma dieta ou recomendação alimentar?

Assinalar conforme a resposta referida pelo indivíduo. Considerar ignorado se a pessoa não souber responder.

PERGUNTA 56. Qual é a dieta ou recomendação alimentar que o (a) Sr.(a) está seguindo? (ler as opções)

Assinalar conforme a resposta referida pelo indivíduo. Caso ele citar outro tipo de dieta, descrever no espaço programado.

PERGUNTA 57. Quem orientou o (a) Sr. (a) a seguir esta dieta ou recomendação alimentar? (ler as opções)

Assinalar conforme a resposta referida pelo indivíduo. O item “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não segue orientação. Considerar ignorado se a pessoa não souber responder.

PERGUNTA 58. O (a) Sr. (a) consome a pele do frango ou couro do peixe?

Assinalar conforme a resposta referida pelo indivíduo.

PERGUNTA 59. O (a) Sr. (a) retira a gordura da carne antes de comer?

Assinalar conforme a resposta referida pelo indivíduo.

60 - FREQUENCIA ALIMENTAR

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA REALIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR:

- 1) Estabeleça inicialmente uma relação cordial e respeitosa para motivar a participação do entrevistado.
- 2) Os princípios éticos devem ser cuidadosamente observados;
- 3) Tenha muito cuidado para não induzir nenhuma resposta. Se o idoso estiver com dúvidas na frequência, tente lembrá-lo da semana ou do mês para que ele responda com mais clareza.
- 4) Lembre o entrevistado que a frequência de consumo de alimentos é retroativa a doze meses, mas caso ele não se lembre, será referente ao último mês.
- 5) Não demonstre aprovação ou desaprovação por meio de gestos, expressões faciais e interjeições (“mesmo”? “verdade”? “sério”?)
- 6) Leia atentamente o seguinte texto básico:
“Nós iremos agora falar uma lista de alimentos e queremos saber quantas vezes o(a) Sr.(a) costuma come-los. Primeiro dia se o Sr.(a) NUNCA come este alimento, e se come pense quantas vezes por MÊS ou por SEMANA ou por DIA, conforme o seu hábito real”.
- 7) Explicar antes da observação como serão apresentados os alimentos. Ler pausadamente cada alimento e assinalar um “x” na opção informada.

OBSERVAÇÕES:

- 1) Quando falar de hambúrguer, lembre o entrevistado da carne contida nos sanduíches de *pit dogs*.
- 2) Quando for lido o item suco natural de frutas, enfatizar a palavra natural e esclarecer que sucos concentrados de garrafa ou sucos de saquinho (em pó) não são considerados como suco natural.
- 3) Quando perguntar de frutas, faça a seguinte pergunta: “quantas vezes o (a) sr(a) costuma comer qualquer tipo de fruta”? Este comentário evitará que o idoso comece a descrever qual fruta ele gosta ou que normalmente tem em casa e acaba não respondendo à pergunta formulada, pois o que interessa é a real ingestão.
- 4) Quando algum item contemplar mais de um alimento e as frequências indicadas forem diferentes, você deve juntar as duas respostas. Ex: Quando for questionada a frequência de feijão e soja e o idoso lembrar que ele consome extrato de soja em pó três vezes na semana e consome feijão diariamente, a resposta deverá ser diariamente.
- 5) Quando mencionar o item “maionese”, lembrar da maionese que acrescenta na comida e a maionese que se adiciona em salada de vegetais cozidos.
- 6) O azeite de oliva só deverá ser anotado se o mesmo for do tipo extra-virgem. Pedir para ver o rótulo, caso o idoso afirme que utiliza o produto. Verifique na lista de ingredientes: se estiver listado apenas o azeite de oliva, será considerado extra-virgem; se tiver algum outro tipo de óleo, será considerado composto.
- 7) Se o idoso referir usar “leite de soja” considerar a frequência junto ao feijão.

PERGUNTA 61. Qual o tipo de gordura/óleo que o (a) Sr. (a) usa para cozinhar seus alimentos?

Assinalar a resposta referida pelo indivíduo.

PERGUNTA 62. No último mês, o (a) Sr. (a) trabalhou ou recebeu algum dinheiro de pensão, por exemplo?

Assinalar a resposta referida pelo indivíduo, caso negativo pule para questão 63.

PERGUNTA 63. De forma geral essa renda é?

Descrever o que for relatado pelo entrevistado. O item “não se aplica” refere-se ao indivíduo que não tem nenhum tipo de renda. Considerar ignorado se a pessoa não souber responder.

PERGUNTA 64. Qual é o grau de instrução do chefe de família?

Assinalar o item referido pelo entrevistado. O “chefe da família” é considerado a pessoa de maior renda da casa.

PERGUNTA 65. A família possui empregados domésticos (exemplo: passadeira, cozinheira, diarista)?

Assinalar o item referido pelo entrevistado.

DENTRE OS PRODUTOS ABAIXO, FAVOR ASSINALAR AQUELES QUE SÃO DE POSSE DA FAMÍLIA:

As questões abaixo poderão ser perguntadas para qualquer pessoa da casa.

PERGUNTA 66. Televisão a cores:

Assinalar o número de televisão a cores que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 67. Rádio (walkman, 3 em 1, microsystem, exceto rádio de automóvel):

Assinalar o número de qualquer tipo de aparelho de rádio que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 68. Banheiro (incluindo de empregada e os localizados fora de casa):

Assinalar o número de banheiro dentro da casa incluindo de empregadas e também aqueles fora de casa que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 69. Automóvel (exceto os utilizados para fretes ou outras atividades profissionais):

Assinalar o número de automóveis que o indivíduo referir ter na sua residência. Moto não se aplica.

PERGUNTA 70. Aspirador de pó:

Assinalar o número de aspirador de pó que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 71. Máquina de lavar roupas:

Assinalar o número de máquinas de lavar roupas que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 72. Tanquinho:

Assinalar o número de tanquinhos que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 73. Videocassete/DVD:

Assinalar o número de videocassete e/ou DVD que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 74. Geladeira:

Assinalar o número de geladeira que o indivíduo referir ter na sua residência.

PERGUNTA 75. Freezer:

Assinalar o número de freezer que o indivíduo referir ter na sua residência.

CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS

1. No final do dia de trabalho, os entrevistadores deverão revisar os questionários aplicados e a codificação das questões deverão ser realizadas, anotando os códigos correspondentes na coluna à direita correspondente a cada questão.
2. Posteriormente, o antropometrista deverá revisar a codificação realizada pelo entrevistador.
3. Todas as respostas devem ser registradas no corpo do questionário. Nunca registrar as respostas diretamente na coluna da direita, reservada somente para a codificação. Sempre que o espaço definido para a resposta for insuficiente utilizar também as margens da folha. Não anote nada na coluna da direita.
4. Somente as questões “fechadas” deverão ser codificadas, isto é, aquelas cujas respostas são do tipo múltipla escolha e quando não tiver dúvida quanto a que código usar. Caso tenha dúvida, deixe a codificação da questão em branco. As questões abertas (respondidas por extenso) serão codificadas posteriormente.
5. Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista porque isso geralmente resulta em erro. Por exemplo, se o salário for indicado sob a forma de pagamento diário ou semanal, anotá-lo por extenso e não tentar a multiplicação para obter o valor mensal.

Não deixe respostas em branco. Aplique os códigos especiais:

IGNORADA (IGN):

Usar o código 99 no espaço da codificação quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada (código 99), deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada como, por exemplo, renda entre 5.000 e 6.000, anotar 5.500. Se a resposta for vaga, anotar por extenso e discutir com o supervisor.

Lembre-se: uma resposta não coletada é uma resposta perdida. **TENHA O CUIDADO PARA NÃO INDUZIR UMA RESPOSTA.**

NÃO SE APLICA (NSA):

Usar o código 88 quando a questão não pode ser aplicada para aquele caso. Utilize nas perguntas que não forem aplicáveis. Por exemplo, quando uma questão for direcionada só para mulheres, como perguntas sobre gestação, nos questionários dos homens codificar com 88 nestas questões.

Não deixe questões em branco durante a entrevista, mesmo que estas não se apliquem. Questões em branco deixam dúvidas sobre sua aplicabilidade.

CÓDIGO PARA OS DISTRITOS SANITÁRIOS:

1	Distrito Sanitário Norte
2	Distrito Sanitário Sul/ Sudeste
3	Distrito Sanitário Leste
4	Distrito Sanitário Oeste
5	Distrito Sanitário Noroeste
6	Distrito Sanitário Sudoeste
7	Distrito Sanitário Central
8	Distrito Sanitário Meia Ponte
9	Distrito Sanitário Mendanha

CÓDIGO PARA OS ENTREVISTADORES

01	Bruna
02	Lara
03	Jordana
04	Grace
05	Laísa
06	Ellen
07	Ana Paula
08	Alessandra
12	Valéria

CÓDIGO PARA OS ANTROPOMETRISTAS

01	Carla
02	Larissa
03	Edna
04	Vivian
05	Renata
06	Raquel
07	Luana

IMPORTANTE:

Ao final da entrevista:

- entregar a ficha com a avaliação nutricional;
- agradecer a participação do entrevistado;
- entregar e explicar o preparo para a bioimpedância elétrica e para a aferição da pressão arterial;
- despedir-se.

LOGÍSTICA DOS EXAMES BIOQUÍMICOS:

Os resultados de exames bioquímicos serão coletados no questionário sendo que, aqueles conseguidos no domicílio serão anotados no momento da entrevista e aqueles resultados faltosos ou serão coletados na unidade de saúde freqüentada pelo idoso recentemente, ou novos exames serão solicitados pela Divisão de Ambulatório da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia-GO.

ANEXO 4

MANUAL ANTROPOMETRISTA

Obs: O manual do Antropometrista é composto por 15 páginas, onde constam todas as Medidas Antropométricas que foram aferidas no Projeto Idoso/Goiânia. Como nesta pesquisa foram utilizadas apenas as medidas de peso e altura, foram anexadas somente as páginas referentes a estas medidas.

Manual do Antropometria e Aferições

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar e determinar pontos de corte mais precisos para a avaliação do estado nutricional a partir de diferentes medidas antropométricas e conhecer o perfil de saúde de idosos.

Este manual apresenta os procedimentos padronizados para a realização de levantamento antropométrico (peso, altura, altura do joelho (AJ), envergadura do braço, circunferências - da panturrilha (CP), do braço (CB), da cintura (CC), abdominal (CA), do quadril (CQ) e as dobras cutâneas - subescapular (DSE), tricipital (DT), bicipital (DB) e supra-ilíaca), bem como aferição da pressão arterial e bioimpedância.

Todas as informações levantadas foram consideradas sigilosas.

OBJETIVOS

Este manual tem como objetivos explicitar para o (a) **antropometrista** a maneira correta de coletar as medidas antropométricas, considerando as questões éticas e de preenchimento dos formulários, bem como o esclarecimento de dúvidas e a normatização de procedimentos a serem realizados para o levantamento dos dados.

ORIENTAÇÃO GERAL SOBRE A COLETA DE DADOS

1. A qualidade de seu trabalho será o maior determinante da qualidade dos resultados do estudo.
2. É importante seguir cuidadosamente as instruções que lhe forem dadas e coletar todas as informações necessárias. Ter responsabilidade, concentração e atenção durante a realização do procedimento.
3. Durante a entrevista, não demonstrar aprovação, desaprovação e/ou surpresa frente às respostas.
4. As dúvidas que surgirem no decorrer do levantamento deverão ser comunicadas e resolvidas com o supervisor da pesquisa.

5. Todas as informações obtidas na entrevista são confidenciais, fornecidas pelo morador que o recebeu em seu domicílio e confiou em você, portanto, o que você observou não deverá ser comentado fora do âmbito da pesquisa.
6. Em caso de dúvida, consultar o supervisor de pesquisa (Dra. Zara 3209-6171); (Dra Érika:35211825 e 8123-5051).
7. O ANTROPOMETRISTA é a denominação para o profissional capacitado para a coleta de medidas antropométricas. Dever ser gentil, usar sempre o jaleco ou devida identificação, lavar as mãos antes do contato com cada indivíduo, limpar com álcool a balança e o adipômetro na frente do idoso. Não se esqueça de levar seu kit de higiene (toalha e sabonete).
8. Importância de um ambiente adequado para a realização das medidas.
9. Em caso de dúvidas, sempre REPETIR.
10. O valor da medida antropométrica obtida deve ser anotado IMEDIATAMENTE com segurança e com boa caligrafia.

Os EQUIPAMENTOS devem estar em perfeito funcionamento. O local de instalação deve oferecer clareza suficiente para uma boa leitura da escala de medidas.**PROCEDIMENTOS DE AFERIÇÃO**

Peso (LOHMAN et al., 1988):

1. Número de vezes a realizar a medida: duas (02);
2. Equipamento: balança eletrônica;
3. Técnica: Instalar a balança em superfície plana, firme e lisa e afastada da parede. Ligar a balança antes de o idoso ser colocado sobre ela;
4. Colocar o idoso no centro do equipamento, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nesta posição;
5. Realizar a leitura após o valor de o peso estar fixado no visor.
6. Registre o valor mostrado no visor, imediatamente, sem arredondamentos (ex: 75,2kg)



Altura (LOHMAN et al., 1988):

1. Número de vezes a realizar a medida: duas (02);
2. Equipamento: fita métrica inelástica, esquadro de madeira, fita adesiva e fio de prumo.
3. Técnica: escolher, na casa, uma parede ou portal sem rodapé. Afixar a fita métrica inelástica, a 50 cm do solo.
3. A pessoa deverá ser colocada ereta, e, sempre que possível, calcanhares, panturilha, escápulas e ombros encostados na parede ou portal, joelhos esticados, pés juntos e braços estendidos ao longo do corpo;
4. A cabeça deverá estar erguida (fazendo um ângulo de 90° com o solo), com os olhos mirando um plano horizontal à frente, de acordo com o plano de Frankfurt;
5. Peça à pessoa que inspire profundamente e prenda a respiração por alguns segundos;
6. Neste momento, desça o esquadro até que este encoste na cabeça da pessoa, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Realizar a leitura da estatura sem soltar o esquadro.
7. Registre o valor encontrado, imediatamente, sem arredondamentos. (ex: 1,734 m).



ANEXO 5

PARECER CONSUBSTANCIADO



PROTOCOLO Nº
031/2007

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO

I - Identificação: 031/2007

- Título do projeto: Validação de Indicadores Antropométricos para Avaliação do Estado Nutricional do Idoso
- Pesquisador Responsável: Maria do Rosário Gondim Peixoto
- Instituição onde será realizado: Faculdade de Nutrição
- Data de apresentação ao COEP: 13/03/2007

II - Objetivos:

Avaliar e determinar pontos de corte mais precisos para a avaliação do estado nutricional do idoso de a partir de diferentes medidas antropométricas.

Objetivos Específicos:

- avaliar a associação entre índices antropométricos e doenças crônicas não transmissíveis na população de idosos usuários do sistema público de saúde da cidade de Goiânia-GO;
- determinar a sensibilidade e especificidade dos pontos do IMC recomendados pela OMS e por Lipschitz para a classificação do estado nutricional do idoso;
- validar pontos de corte de IMC com maior sensibilidade e especificidade para estimar percentual de gordura corporal, adiposidade central, dislipidemias, diabetes e hipertensão em idosos de 60 a 79 anos e com mais de 80 anos de idade;
- Avaliar a capacidade preditiva da circunferência da panturrilha e da circunferência muscular do braço para estimar a massa muscular do idoso, determinando pontos de corte de maior sensibilidade e especificidade;
- Avaliar a capacidade dos pontos de corte recomendados para a classificação dos índices antropométricos em prever o risco para doenças crônicas não transmissíveis;
- Avaliar e validar equações desenvolvidas para estimar o peso corporal por meio de medidas antropométricas;
- Verificar a validade da estimativa da altura do idoso por meio da convergência do braço e das equações que utilizam a altura do joelho para a amostra estudada e em caso negativo validar uma equação.

III - Sumário do projeto:

COEP - UFG

PARECER CONSUBSTANCIADO

PROTOCOLO Nº 031/2007

• Descrição e caracterização da amostra:

A amostra da pesquisa consiste em pessoas com mais de 60 anos de idade e que estejam cadastradas no Sistema Público Municipal de Saúde.

• Critérios de inclusão e exclusão:

Serão elegíveis para o projeto os pacientes que apresentem idade maior que 60 anos, que compareçam para consulta de saúde no período de 12 meses. Estima-se que sejam avaliados 300 pessoas.

Serão excluídos pacientes que apresentarem evidência de instabilidade clínica.

• Adequação da metodologia:

A metodologia consiste coleta de dados sócio econômicos, por meio de formulário, antropométricos, mediante procedimentos padronizados, e exames laboratoriais, coletados do prontuário do paciente

• Adequação das condições:

A pesquisa ocorrerá no domicílio do idoso

IV - Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

• Estrutura do protocolo

O protocolo apresentado contém todos os documentos exigidos pelo COEP/UFG

• Análise de riscos e benefícios:

Em princípio a pesquisa não oferece riscos aos sujeitos, uma vez que consistirá de análise de documentos e medições antropométricas e coleta de dados no prontuário dos participantes.

• Estrutura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

• Está faltando no TCLE o telefone do COEP/UFG indicando-o como local para retirar dúvidas sobre a ética da pesquisa.

• Colocar o nome completo das pesquisadoras

• Faltava a declaração de consentimento do participante da pesquisa

• Forma de obtenção do Termo de Consentimento:

Não especificado

• Privacidade e confidencialidade

Garantida no TCLE

COEP - UFG

PARECER CONSUBSTANCIADO

PROTOCOLO Nº
031/2007

V – Parecer do COEP:

Após a análise do projeto de pesquisa "Validação de Indicadores Antropométricos para Avaliação do Estado Nutricional do Idoso" verificou-se que o mesmo apresenta as seguintes **PENDÊNCIAS**.

- Adequação do TCLE incluindo tetatone do COEP/UFG, e indicando-o como local para retirar dúvidas sobre a ética da pesquisa; adoção do nome completo das pesquisadoras, e não apenas do primeiro nome; elaboração da declaração de consentimento de participação na pesquisa.

Salvo melhor juízo, este é o meu parecer.

Goiânia, 07/05/2007

Assinatura do Coordenador/COEP:

V – Parecer do COEP das Pendências

Após a análise da documentação complementar encaminhada pela pesquisadora do projeto de pesquisa "Validação de Indicadores Antropométricos para Avaliação do Estado Nutricional do Idoso", pode-se considerar que as pendências foram atendidas devendo o projeto ser **APROVADO**.

Salvo melhor juízo, este é o meu parecer

Goiânia, 04/06/2007

Assinatura do Coordenador/COEP:

Prof. Nelo Teodoro Pádua
Coordenador do COEP/PR/PPG/UFG

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Os pesquisadores da Universidade Federal de Goiás em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde lhe convidam a participar deste estudo, cujo objetivo é avaliar o estado nutricional e de saúde das pessoas com mais de 60 anos.

Se você concordar em participar será avaliado o seu estado nutricional por meio de medidas de peso, altura, circunferências corporais, dobras cutâneas e ainda pressão arterial. Realizaremos também algumas perguntas, porém seu nome e outros dados que possam identificá-lo (a) não serão em hipótese nenhuma divulgados. Você pode perfeitamente se recusar a participar desse estudo, ou mesmo depois de ter concordado em participar, desistir de continuar, sem que isso atrapalhe os seus direitos de ter atendimento nas unidades de saúde.

Solicitamos a sua colaboração nesta pesquisa para que no futuro possamos melhorar a assistência à saúde das pessoas com mais de 60 anos.

As pesquisadoras que está te atendendo responderá qualquer dúvida que você tenha sobre o assunto e que seja relacionada ao estudo.

Caso tenha algum problema ou dúvida favor entrar em contato com as Professoras Erika, Larissa e Edna na Faculdade de Nutrição-UFG no período da manhã ou pelos telefones 3209-6170, 3521-1815, 3521-1824 ramal 42.

Goiânia, ____/____/____

Assinatura: _____

Em caso de dúvidas, o Sr. (a) poderá entrar em contato com:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás pelo telefone (62) 3521-1075 ou 3521-1076.