

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA  
TESE DE DOUTORADO

ANA CRISTINA VAZ COSTA HARTMANN

**FATORES ASSOCIADOS A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE  
EM IDOSOS DE PORTO ALEGRE**

Porto Alegre

2008

ANA CRISTINA VAZ COSTA HARTMANN

**FATORES ASSOCIADOS A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE  
EM IDOSOS DE PORTO ALEGRE**

Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação como requisito à obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Co-Orientador: Prof. Dr. Irênio Gomes da Silva Filho

Porto Alegre

2008

## RESUMO

O objetivo principal desta tese foi descrever a autopercepção de saúde dos idosos com a finalidade de verificar se existe associação entre a autopercepção de saúde e doenças crônicas, incapacidades e atividades da vida diária entre os idosos de Porto Alegre. Adicionalmente pretendeu-se verificar se sexo, idade, escolaridade e renda influenciam na autopercepção de saúde dos idosos. As informações foram obtidas do banco de dados do Estudo multidimensional dos Idosos de Porto Alegre, que consiste de um estudo epidemiológico transversal, de base populacional domiciliar, realizado pelo IGG no período de dezembro de 2005 a novembro de 2006. Foram entrevistados 1078 idosos (indivíduos de 60 anos e mais). Comparou-se as frequências das diversas variáveis estudadas através do teste do qui-quadrado. Para avaliação da força de associação foi utilizada a medida do "Odds Ratio" (OR), com intervalo de confiança 95%. Foram consideradas associações significativas aquelas com valores de  $p \leq 0,05$ . Os resultados revelaram que a maior parte dos participantes relatou a sua saúde como boa ou regular. Não se observou diferença significativa entre a percepção de saúde e os sexos. Verificou-se que a maior escolaridade apresenta uma relação estatisticamente significativa com uma melhor autopercepção de saúde. Verificou-se que existe uma relação significativa com a melhor condição socioeconômica e a melhor autopercepção de saúde. A presença de dificuldade no aspecto físico ou sintomatologia depressiva apresenta relação com uma autopercepção de saúde predominantemente regular. Evidenciou-se que, as doenças reumatismo, bronquite, pressão alta, diabetes mellitus e isquemia cerebral, apresentaram associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde ( $p < 0,001$ ), enquanto, a ausência de todas as doenças abordadas se mostrou relevante para a autopercepção da saúde como boa ou ótima. A necessidade de auxílio para as atividades diárias mostrou que os idosos que informaram a ausência de auxílio têm mais chances de se auto-avaliarem com saúde boa ou ótima.

**Palavras-chave:** Geriatria. Envelhecimento. Doenças Crônico-Degenerativas. Autopercepção de Saúde. Atividades da Vida Diária. Idosos.

## ABSTRACT

The main goal of this thesis was to describe the self-perception of health among elderly individuals with the purpose to ascertain whether there is an association between health self-perception and chronic diseases, disabilities and daily life activities among the elderly in Porto Alegre. Additionally, we intended to ascertain whether sex, age, schooling, and income influence the self-perception of health among the elderly. The data were obtained from the Multidimensional Study of the Elderly in Porto Alegre, which consists of a household population-based, cross-sectional epidemiological study carried out by IGG from December 2005 through November 2006. 1078 elderly people were interviewed (individuals at or over age 60). The frequencies of the several variables studied were compared using the chi-square test. For evaluation of the strength of the association an odds ratio (OR) measure was used, with a 95% confidence interval. Associations with values with  $p \leq 0.05$  were considered significant. The results revealed that most participants reported their health as being good or regular. No significant difference was observed between health perception and sex. Better schooling presented a statistically significant relation with a better self-perception of health. It was found that there was a significant relation between a better socioeconomic condition and a better self-perception of health. The presence of difficulty in the physical aspect or depressive symptomatology correlated with a predominantly regular health self-perception. It was found that the diseases rheumatism, bronchitis, high pressure, diabetes mellitus and brain ischemia presented a statistically significant association with the self-evaluation of health ( $p < 0.001$ ), while the absence of all the diseases addressed was shown to be relevant for a good or excellent self-perception of health. Regarding the need for help in daily activities, it was shown that the elderly reporting the absence of help have more chances of rating their own health as good or excellent.

**Key-words:** Geriatrics. Ageing. Chronic-Degenerative Diseases. Self-Perception of Health. Daily Life Activities. Elderly.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade $\geq$ 60 anos) do município de Porto Alegre e comparação da autopercepção de saúde entre as categorias dessas variáveis .....	35
Tabela 2 - Distribuição de variáveis relacionadas à saúde em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade $\geq$ 60 anos) do município de Porto Alegre e comparação da autopercepção de saúde entre as categorias dessas variáveis.....	36
Tabela 3 - Freqüência de problemas de saúde nos últimos seis meses referidos em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade $\geq$ 60 anos) do município de Porto Alegre e a comparação da autopercepção de saúde entre a presença e a ausência do problema.....	38
Tabela 4 - Freqüência da necessidade de utilização de aparelhos ou de auxílio para as atividades da vida diária em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade $\geq$ 60 anos) do município de Porto Alegre e a comparação da autopercepção de saúde entre a presença e a ausência da necessidade .....	39
Tabela 5 - Freqüência das respostas de questões relacionadas a sintomas depressivos em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade $\geq$ 60 anos) do município de Porto Alegre e a comparação da autopercepção de saúde entre as respostas de cada questão.....	40
Tabela 6 -Variáveis associadas a autopercepção de saúde, dicotomizada em saúde boa ou ótima (sim ou não) e saúde má ou péssima (sim ou não) em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade $\geq$ 60 anos) do município de Porto Alegre, ordenadas pela força de associação medida pelo odds ratio (OR) .....	42

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	07
<b>2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO</b> .....	09
<b>3 PROBLEMA DA PESQUISA</b> .....	11
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	12
4.1 OBJETIVO GERAL .....	12
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
<b>5 HIPÓTESES DO ESTUDO</b> .....	13
<b>6 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	14
6.1 DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL MUNDIAL E AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE .....	14
6.2 O ENVELHECIMENTO .....	15
6.3 ENVELHECIMENTO E FATORES DE RISCO .....	17
6.4 A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NO IDOSO .....	17
6.5 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ASSOCIADO À MORTALIDADE EM IDOSOS .....	20
6.6 FATORES QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE .....	22
6.6.1 Idade .....	22
6.6.2 Gênero .....	23
6.6.3 Indicadores Socioeconômicos .....	24
6.6.4 Doenças Crônicas .....	26
6.6.5 Capacidade Funcional .....	27
6.6.6 Variados Fatores .....	29
<b>7 METODOLOGIA</b> .....	31
7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	31

7.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	31
7.3 COLETA DE DADOS .....	31
7.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	32
7.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
7.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	33
<b>8 RESULTADOS.....</b>	<b>34</b>
<b>9 DISCUSSÃO .....</b>	<b>43</b>
9.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E DADOS DEMOGRÁFICOS: IDADE, SEXO, E ESTADO CONJUGAL.....	43
9.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E DADOS SOCIOECONÔMICOS: EDUCAÇÃO E RENDA.....	46
9.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS .....	48
9.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL, AVALIADA PELAS AVDS E INCAPACIDADES .....	49
<b>10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>11 CONCLUSÕES .....</b>	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>62</b>
ANEXO A - Questionário do Projeto Idosos de Porto Alegre .....	63

## 1 INTRODUÇÃO

Na realidade brasileira, o envelhecimento populacional vem ocorrendo devido a fatores demográficos como a queda gradual e progressiva na taxa de nascimentos e da mortalidade infantil, a implantação de políticas de saúde, a melhoria nas condições médico-sanitárias e uma melhoria nas condições diagnósticas e terapêuticas.

O Brasil, que era considerado um país jovem, hoje, além de continuar com um grande número de jovens em sua população, também conta com um expressivo número de pessoas com mais de 60 anos. Na América Latina, entre 1980 e 2025, deverá ocorrer um aumento de 217% da população total, enquanto o aumento da população acima de 60 anos será de 412%.<sup>1</sup> Assim sendo, no ano 2000, o Brasil que tinha 14 milhões de idosos, passará a ter em 2025, 32 milhões.

Embora o processo de envelhecimento, que está ocorrendo com a população brasileira seja comparável ao dos países desenvolvidos e que segundo projeções, deva se tornar bem expressivo, ainda temos poucas informações sobre a situação desse grupo populacional, resultado tanto de falta de tradição em pesquisa nesta área, como também, da pouca importância dada às questões de saúde e à assistência da população idosa.

No Brasil, a passagem de uma situação de alta fecundidade e alta mortalidade para uma redução nestes aspectos, tem proporcionado mudanças significativas na pirâmide populacional.<sup>2</sup> Esta transição demográfica, que se caracteriza por uma acentuada velocidade, colocará o país dentro de 25 anos, como a 6ª população de idosos do mundo, em números absolutos o que representará cerca de 15,5% de nossa população total brasileira. É importante salientar que essa é a mesma proporção que apresentam atualmente os países europeus, os quais, apesar de seus processos terem sido instalados de maneira mais gradual e possuírem uma estrutura sócio-econômica melhor, ainda não conseguiram equacionar o impacto que o envelhecimento da população tem causado em seus sistemas de saúde.<sup>3,4,5</sup>

O interesse dos profissionais das diversas áreas em desenvolver pesquisas que abordem temas relacionados à epidemiologia no Brasil, provavelmente, foi motivado pelo aumento do número de idosos.<sup>6</sup>

É importante identificar que a prática da epidemiologia apresenta três tipos de atividades analíticas: prestação de serviços, pesquisa e ensino além do conhecimento de geriatria e gerontologia <sup>7</sup>

Estudos epidemiológicos com abordagem gerontológica auxiliam, não só na compreensão do envelhecer, como também fornecem parâmetros para organizar e praticar políticas de saúde voltadas à população de idosos em geral. <sup>7</sup>

Um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas é a autopercepção de saúde, uma vez que essa prediz a mortalidade e o declínio funcional. <sup>8</sup>

Vários trabalhos na literatura apontam que o risco da mortalidade associado à pior percepção da saúde é mais alto do que o observado para diversas medidas objetivas da condição de saúde, <sup>1,2,8,9</sup> mesmo em populações com características culturais diferentes. <sup>10,11</sup>

No presente trabalho foram utilizados dados do Estudo Idosos do Rio Grande do Sul para investigar essa questão. O trabalho foi desenvolvido com o objetivo de verificar: - os fatores que estão relacionados a autopercepção de saúde entre os idosos de Porto alegre.

## 2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O Brasil apresenta um dos maiores crescimentos da população idosa do planeta. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está aumentando rapidamente e a previsão para 2025 é de que o Brasil seja a sexta maior população de idosos do mundo.<sup>12</sup> Desta forma, o envelhecimento da população é um fenômeno mundial que tem conseqüências diretas no sistema de saúde pública.

Uma vez que a parcela da população que mais cresce atualmente é a população idosa do Brasil e da América Latina, é importante conhecer as condições de vida, de saúde, econômicas e de suporte social destes indivíduos, para que se possa estar preparado para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas dessa parcela da população.<sup>13</sup>

A população idosa, isto é com 60 anos ou mais, no Brasil aumentou duas vezes e meia (35%) entre 1991 e 2000 enquanto o resto da população cresceu 14%.<sup>14</sup>

Os idosos, particularmente os mais velhos, constituem o segmento que mais cresce da população brasileira, porém este crescimento não tem sido acompanhado na mesma proporção por estudos epidemiológicos sobre a população idosa.<sup>15</sup>

Embora as condições de saúde da população idosa possam ser determinadas através dos seus perfis de morbidade e de mortalidade, da presença de *déficits* físicos e cognitivos e da utilização de serviços de saúde, entre outros indicadores mais específicos, são necessários mais estudos epidemiológicos de base populacional para que se conheçam as condições de saúde da população idosa residente na comunidade.<sup>15</sup> Segundo Lima e colaboradores, estudos de base populacional da saúde do idoso foram desenvolvidos somente em algumas cidades brasileiras, que não representam a população do País.<sup>15</sup>

Isto tem levado a uma busca por indicadores simples da condição de saúde, que possam ser usados tanto em inquéritos de saúde quanto em estudos etiológicos. A autopercepção da saúde, determinada por meio de uma simples pergunta: "*De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?*", ou equivalente, é um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas, porque prediz de forma robusta e consistente a mortalidade e o declínio funcional.<sup>10,16</sup>

O objetivo do presente trabalho é descrever, utilizando dados da do estudo IDOSOS DO RIO GRANDE DO SUL, a situação de saúde da população idosa de Porto Alegre em relação a autopercepção de saúde.

### **3 PROBLEMA DA PESQUISA**

Como a população idosa de Porto Alegre se auto-avaliou em relação à saúde e quais os fatores que estão associados à autopercepção de saúde entre os idosos da comunidade de Porto Alegre.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a autopercepção de saúde e verificar os fatores que estão relacionados à mesma nos idosos de Porto alegre.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever a frequência das categorias da autopercepção de saúde nos idosos do município de Porto Alegre.
- b) Verificar se sexo, idade, cor, zona de nascimento, escolaridade e renda influenciam na autopercepção de saúde dos idosos de Porto Alegre.
- c) Verificar se existe associação entre autopercepção de saúde e presença de doenças ou problemas de saúde.
- d) Verificar se existe associação entre autopercepção de saúde e incapacidades físicas.
- e) Verificar se existe associação entre autopercepção de saúde e necessidade de auxílio para as atividades da vida diária.
- f) Identificar as variáveis, dentre a todas as estudadas, aquelas com maior força de associação com a autopercepção de saúde.

## 5 HIPÓTESES DO ESTUDO

- a)  $H_1$ : sexo, idade, cor, zona de nascimento, escolaridade e renda influenciam na autopercepção de saúde dos idosos de Porto Alegre.  
 $H_0$ : sexo, idade, cor, zona de nascimento, escolaridade e renda não influenciam na autopercepção de saúde dos idosos de Porto Alegre.
- b)  $H_1$ : a autopercepção de saúde está associada com doenças ou problemas de saúde.  
 $H_0$ : não existe associação entre a autopercepção de saúde e doenças ou problemas de saúde.
- c)  $H_1$ : a autopercepção de saúde está associada com incapacidade física.  
 $H_0$ : não existe associação entre a autopercepção de saúde e incapacidade física.
- d)  $H_1$ : a autopercepção de saúde está associada com a necessidade de auxílio para as atividades da vida diária.  
 $H_0$ : não existe associação entre a autopercepção de saúde e a necessidade de auxílio para as atividades da vida diária.

## 6 REFERENCIAL TEÓRICO

### 6.1 DEMOGRAFIA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL MUNDIAL E AS IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE

A população idosa vêm aumentando rapidamente nos últimos anos . Dados dos EUA revelam que em 1900 havia 252.000 pessoas com 80 a 84 anos e somente 122.000 com 85 anos ou mais. Já em 1990 estes números passaram para 3,9 milhões e 3,0 milhões respectivamente. Um aumento da expectativa de vida não deve ser traduzido necessariamente como saúde melhor. É possível que as doenças crônicas, que com freqüência acompanham as idades avançadas, venham a ser um sério e dispendioso problema para o sistema de saúde que irá crescer junto com esta população.<sup>17</sup>

Este fenômeno que cresceu desde o início do século passado é conseqüência de uma melhor expectativa de vida e uma queda gradualmente progressiva na taxa de nascimentos, avanços no saneamento de água e abastecimento público, progressos da medicina e estilo de vida saudável. Este processo já é possível em países desenvolvidos e torna-se crescente em países em desenvolvimento.

O envelhecimento é um processo normal, dinâmico e não é doença<sup>2</sup> contudo, a idade avançada está associada a uma prevalência maior de doenças crônico-degenerativas principais geradoras de incapacidade e dependência, o que leva esse extrato da população a demandar recursos de saúde, como terapias de reabilitação, assistência domiciliar e institucionalização por períodos tanto mais longos quanto maior seja a expectativa de vida e piores sejam as condições de saúde.<sup>4,18,19,20</sup> Embora o tratamento agudo de alta tecnologia esteja prontamente disponível para a maioria dos indivíduos idosos, existem enormes deficiências no fornecimento de cuidados primários e preventivos. Devido à prevalência aumentada de doenças crônicas e a incapacidade funcional entre os idosos, os indivíduos pertencentes à população menos favorecida financeiramente se tornam suscetíveis à internação em asilos. As doenças crônico-degenerativas constituem uma das principais causas de morte nos países desenvolvidos e nas grandes capitais brasileiras.<sup>4</sup>

Ramos em 1993 avaliou o perfil de sujeitos com 60 anos ou mais, residentes no município de São Paulo e observou que 86% dos entrevistados referiram ter pelo menos uma doença crônica, e 15% do total respondeu ter pelo menos cinco doenças crônicas, entre elas hipertensão, diabetes mellitus, doenças vasculares e reumatismo. O autor salientou que estes dados não diferem substancialmente do que se observa em países mais desenvolvidos.<sup>21</sup> O envelhecimento populacional é uma tendência mundial. Este fato associado ao aumento da população idosa pode gerar uma demanda insuportável para o sistema de saúde principalmente em relação a instituições asilares de longa duração.<sup>3,4</sup>

Com base nas projeções das Nações Unidas (ONU, 1999) para a população brasileira, o Brasil no período de 1950-2050 apresentará um dos mais rápidos processos de envelhecimento demográficos, entre 51 países que, em 2030, terão pelo menos 30 milhões de habitantes, só superado pela Venezuela. Projeções para 2020 sugerem que o Brasil deve atingir 209 milhões de habitantes, sendo que 17,8 milhões acima de 65 anos correspondendo à 8,5%.<sup>22</sup> As projeções do IBGE (1997) confirmam os 8,5% projetados pelas Nações Unidas.<sup>22,23,24,25,26</sup>

## 6.2 O ENVELHECIMENTO

Até o momento não há uma definição precisa acerca do envelhecimento normal. Os mecanismos celulares intrínsecos embora possam regular o processo de envelhecimento ainda não foram identificados com precisão, mas sabe-se que são regulados por numerosas influências do meio ambiente.<sup>19</sup> Numerosas teorias já foram propostas para explicar os mecanismos do envelhecimento, mas nenhuma das hipóteses é totalmente exclusiva e até o momento não há indícios que haja um único mecanismo mas, sim causas múltiplas e interativas. A resposta do organismo ao processo de envelhecimento é individual de cada indivíduo e num mesmo indivíduo varia conforme o sistema orgânico.<sup>19</sup>

De um modo geral no envelhecimento ocorre uma redução na capacidade de reserva o que faz com que os idosos se tornem mais suscetíveis a doenças e se recuperem mais lentamente que os jovens.<sup>19</sup>

Envelhecimento não é sinônimo de doença. Contudo saúde no idoso não significa estar sem doença. Saúde no idoso, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO), significa independência física, psicológica, social e espiritual.

Logo se faz necessário estar atento ao surgimento das incapacidades, caso contrário, os anos de vida ganhos só fazem aumentar a proporção de incapacitados e doentes.<sup>27</sup>

A saúde é o determinante chave da possibilidade dessas se manterem independentes e autônomas.<sup>28</sup> Uma condição de saúde ruim implica numa maior vulnerabilidade e dependência na velhice.<sup>29</sup>

Considerando-se que a autonomia se refere à capacidade de decidir e a independência a capacidade do indivíduo realizar algo com seus próprios meios, a condição de saúde pode ser influenciada pela perda de autonomia e/ou dependência.<sup>30</sup>

A obtenção de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social depende de fatores que não estão somente ao alcance da medicina, mas sim da sociedade em geral.<sup>30</sup>

O estado de saúde não possui um conceito bem definido por possuir um caráter multidimensional e dinâmico. A saúde depende dos recursos alocados para a educação, da alimentação, da habitação, da infra-estrutura sanitária, das condições de vida e de trabalho, da renda, do estilo de vida, do meio ambiente, do lazer. Portanto, para que seja possível fazer a caracterização das condições de saúde dos idosos são necessárias informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida deles. Cada elemento pode ser visto como um indicador específico, mas quando analisados separadamente insuficientes para descrever o estado geral de saúde do indivíduo.<sup>31</sup>

Para que se conheçam as informações detalhadas sobre as condições de saúde da população idosa residente na comunidade somente podem ser obtidas por meio dos inquéritos domiciliares de base populacional.<sup>32</sup>

As pesquisas domiciliares apresentam algumas desvantagens. As variáveis são susceptíveis a vários tipos de erros de medida uma vez que as informações são referidas pelos próprios entrevistados ou por outros moradores do domicílio. Os erros mais freqüentes são aqueles relacionados à qualidade dos dados, que depende da capacidade dos entrevistados de recordar e informar adequadamente, e as características intrínsecas das pessoas. Tais características determinam, para

cada indivíduo, uma interpretação diferente daquilo que sente, de acordo com sua experiência, da cultura, da escolaridade, e do contexto social em que está inserido.<sup>32,33</sup>

Uma das variáveis mais utilizadas nas pesquisas de saúde são inquéritos domiciliares nas populações em geral e particularmente nas gerontológicas.<sup>34</sup>

### 6.3 ENVELHECIMENTO E FATORES DE RISCO

Fatores de risco podem ser definidos como condições que predispõem a um maior risco de desenvolver certo evento relacionado à saúde, depois de determinado tempo. Os fatores de risco passíveis de mudança e/ou tratamento são, portanto, de grande interesse e a promoção de medidas preventivas constitui aspecto central para a manutenção e recuperação da saúde do idoso.<sup>4,35,36,37</sup>

Com o envelhecimento, tem crescido também o interesse em estabelecer os fatores que, isolados ou em conjunto, melhor expliquem o risco que um idoso tem de morrer em curto prazo, adiando assim, um desfecho fatal precoce.<sup>38</sup>

Os fatores de risco para óbito entre idosos freqüentemente descritos pela literatura como imutáveis são a idade e o sexo. Dentre aqueles passíveis de serem alterados estão a hospitalização, a dependência para realização das atividades de vida diária, o déficit cognitivo, os hábitos de vida (como fumar e não praticar exercícios físicos), algumas doenças como a depressão e o câncer, o isolamento social e a falta de suporte familiar, o nível socioeconômico e a autopercepção negativa da saúde como um preditor de mortalidade.<sup>39,40</sup>

### 6.4 A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE NO IDOSO

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos, bem como aumentar sua sobrevivência, a autopercepção de saúde tem sido estudada mundialmente.

A autopercepção de saúde apesar de ser uma avaliação subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde, tem sido amplamente utilizada em pesquisas com populações idosas. A autopercepção é feita em resposta à questão "Como o Sr(a) avalia a sua saúde?".<sup>10,41</sup>

A autopercepção de saúde tem sido bem documentada como um confiável preditor de incapacidade funcional e mortalidade em populações idosas.<sup>42,43</sup>

Além de ser uma informação facilmente obtida, pois depende apenas da opinião do idoso sobre sua própria saúde, mostrou-se muito importante, pois, quando considerada como sendo má, aumentou consideravelmente a possibilidade de o idoso morrer.<sup>44</sup>

Em levantamento bibliográfico, Benyamini e Idler<sup>8,10,41</sup> mostraram que na maioria das pesquisas realizadas desde a década de 80, os idosos que auto-referiram saúde ruim apresentaram maior incidência de óbitos do aqueles que a consideraram excelente.

A autopercepção da saúde pode apresentar maior sensibilidade para homens idosos do que para mulheres idosas<sup>45</sup> Como as mulheres vivem mais do que os homens e experimentam mais anos com doenças e incapacidades, tendem a avaliar mais negativamente a sua saúde, mas não necessariamente morrerão em função disso, em um curto período de tempo. Assim, a autopercepção negativa da saúde feita pelas mulheres, pode estar mais associada com a qualidade de vida<sup>45</sup>

Os homens, no entanto, quando avaliam sua saúde de forma negativa, apresentam risco maior de serem acometidos por um evento fatal.<sup>45</sup>

A autopercepção da saúde reflete uma percepção integrada do indivíduo, que inclui as dimensões biológica, psicossocial e social,<sup>11,46</sup> e é um preditor da mortalidade melhor do que medidas objetivas da condição de saúde.<sup>10,16</sup>

Essa avaliação apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas mais complexas da condição de saúde.<sup>47,48</sup>

Estudos conduzidos em diferentes países têm mostrado que essa associação é consistente, sendo observada em populações com diferentes características culturais<sup>3,4,10,11</sup>

Embora existam outras medidas para avaliar as condições de saúde dos indivíduos, a autopercepção de saúde embora apresente um caráter subjetivo é atualmente considerada o meio mais prático de reunir informações da condição de

saúde dos mesmos. O auto-relato torna-se preferível porque é um método válido e bem aceito.<sup>49</sup>

Os resultados do estudo de Bailis et al.<sup>50</sup> encontraram uma boa confiabilidade da variável percepção de saúde, adicionando segurança na utilização dessa medida em investigações do estado de saúde. Os resultados de Martikainen et al.<sup>51</sup> confirmam os resultados desse estudo, mostrando que a autopercepção da saúde é uma medida válida. Desta forma, as pessoas sintetizam uma grande quantidade de informações sobre elas mesmas quando avaliam a sua saúde como excelente, muito boa, boa, razoável ou ruim.<sup>10</sup>

A autopercepção de saúde de saúde do idoso é produto de um amplo espectro de fatores determinantes, incluindo a idade, o sexo, o suporte familiar, o estado conjugal, as oportunidades de educação e emprego, a renda, a capacidade funcional, as condições crônicas de saúde, o estilo de vida, dentre outros. Diversos estudos demonstram uma correlação da autopercepção de saúde com as variáveis demográficas e socioeconômicas e com outras medidas de condição de saúde, como as doenças crônicas e a capacidade funcional.<sup>34</sup>

Estudos de base populacional que avaliam a distribuição da autopercepção da saúde em idosos, no Brasil, ainda são raros.<sup>52</sup>

Os dados mais abrangentes sobre esse tema foram advindos de um estudo realizado com os dados coletados no suplemento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), conduzida em 1998 pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este estudo mostrou que somente 24,5% da população idosa brasileira classificava a sua saúde como boa ou muito boa.<sup>15</sup>

Entretanto Lima-Costa considera que esse resultado deve ser interpretado com cautela porque a percepção da saúde refere-se a um julgamento subjetivo que não pode ser determinado por outra pessoa.<sup>52</sup>

Na pesquisa mencionada, 38% das entrevistas com idosos foram respondidas por outra pessoa.<sup>15</sup> Estudos epidemiológicos conduzidos anteriormente no Brasil mostraram que a avaliação da saúde como boa/muito boa entre idosos variava entre 25% em Bambuí,<sup>53</sup> 44% no Rio de Janeiro,<sup>54</sup> e 70% em São Paulo.<sup>55</sup>

Isso tem levado a dúvidas quanto à adequação do uso da informação sobre percepção da saúde obtida neste estudo. O questionamento baseia-se na premissa de que a autopercepção da saúde representa uma visão subjetiva do indivíduo, que não pode ser aferida por outra pessoa. Entretanto, a influência de respondente

substituto na distribuição e fatores associados à percepção da saúde entre idosos ainda não recebeu a devida atenção.<sup>56</sup>

Segundo Lima e seus colaboradores os estudos brasileiros não investigam os fatores associados à autopercepção da saúde entre idosos<sup>52</sup> e são raros os estudos de base populacional que avaliam a distribuição da autopercepção da saúde em idosos.<sup>52</sup>

Portanto, prolongar a vida com saúde ou “comprimir a morbidade” se refere a reduzir ao mínimo, a perda de capacidade e a instalação da incapacidade.<sup>27</sup>

As incapacidades e doenças no idoso estão intimamente ligadas ao termo fatores de risco. Os fatores de risco podem ser definidos como condições que predisõem a um maior risco de desenvolver certo evento relacionado à saúde, após determinado tempo. Os fatores de risco passíveis de mudança e/ou tratamento são, portanto, de grande interesse e a promoção de medidas preventivas constitui aspecto central para a manutenção e recuperação da saúde do idoso.<sup>4,35</sup>

Torna-se importante, portanto, identificar os fatores de risco, isto é, determinados fatores que indicam uma probabilidade maior de aparecimento de danos à saúde, esses fatores podem ser tratados ou modificados por ações de saúde, alterando eventos mórbidos ou fatais.<sup>44</sup>

Com o aumento da população idosa tem também crescido o interesse em estabelecer os fatores que, isolados ou em conjunto, melhor expliquem o risco que um idoso tem de morrer em curto prazo, adiando assim, um desfecho fatal precoce.<sup>17,38</sup>

## 6.5 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ASSOCIADO À MORTALIDADE EM IDOSOS

A literatura freqüentemente descreve como fatores de risco para o óbito entre idosos, a idade e o sexo. Dentre aqueles passíveis de serem alterados estão a hospitalização, a dependência para realização das atividades de vida diária, o déficit cognitivo, os hábitos de vida, algumas doenças como a depressão e o câncer, o isolamento social e a falta de suporte familiar, o nível socioeconômico e a autopercepção negativa da saúde como um preditor de mortalidade.<sup>39,40,57,58</sup>

Dados do primeiro inquérito populacional de seguimento com idosos na comunidade no Brasil, Projeto Epidoso, em andamento desde 1991 na cidade de São Paulo onde são discutidas as características sócio-demográficas, clínicas e funcionais de uma coorte de idosos, com análise de risco para morte e incapacidade e considerações sobre as implicações para o planejamento em saúde mostram que a mortalidade nessa coorte de idosos residentes em zona urbana foi de quase 10% em dois anos. Os fatores que aparentemente influenciaram o risco de morte foram: sexo (masculino), idade (avançada), autopercepção subjetiva de saúde (negativa), história pregressa de sedentarismo, quedas, acidente vascular cerebral e incontinência urinária, hospitalização e visita ao médico nos últimos seis meses, positividade para depressão, déficit cognitivo e dependência no dia-a-dia.<sup>38</sup>

Heistaro et al.<sup>59</sup> estudaram durante 23 anos um grupo de idosos para avaliar a relação entre autopercepção de saúde e mortalidade. Encontrou que autopercepção ruim é um forte preditor para mortalidade e a associação é só em parte explicada pela história médica, doença cardiovascular e educação.

Spiers et al.<sup>43</sup> em um estudo com idosos de Reino Unido também para avaliar a associação entre gênero, autopercepção de saúde e mortalidade. Mais da metade daqueles que relataram alguma ameaça potencial à saúde disseram que sua saúde era boa. A autopercepção de saúde é mais fortemente associada à mortalidade em homens, mas contrariamente isso não pode ser explicado pelas diferenças de natureza dos problemas físicos de saúde dos avaliados.

Chiyoe et al. buscaram observar durante 20 anos a associação entre autopercepção de saúde ruim e mortalidade avaliando dados de pesquisas feitas na Europa e Estados Unidos. Encontraram que a mortalidade é fortemente dependente da idade e que autopercepção é um preditor independente de sobrevivência que é controlado por outros indicadores de saúde ou covariantes.<sup>60</sup>

Um estudo que buscava investigar os fatores relacionados a autopercepção de saúde e mortalidade entre 2490 idosos da comunidade encontrou que a idade, capacidade funcional e relações sociais estavam associadas a ambos, ou seja, autopercepção e mortalidade, sendo que doenças e incapacidade funcional foram os maiores determinantes de autopercepção, fatores financeiros, sociais e psicológicos também se encontraram relacionados a autopercepção de saúde.<sup>61</sup>

Deeg et al. usaram dados do estudo longitudinal sobre o envelhecimento de Amsterdan para avaliar a relação autopercepção de saúde e sexo e mortalidade em

idosos. Como resultado tiveram que a autopercepção de saúde foi preditor de mortalidade apenas nos homens e não nas mulheres. Esta diferença se fez notar através do acompanhamento destes indivíduos.<sup>62</sup>

Benyamini et al. fizeram um estudo para verificar se achados referentes a autopercepção de saúde ruim era preditor de mortalidade ou no caso de ser excelente era preditor de longevidade em uma população de idosos de Israel. Os resultados mostraram que em ambos os sexos há associação entre autopercepção de saúde ruim e mortalidade apenas para uma mortalidade em curto prazo (4 anos). Esta associação foi mais forte entre as mulheres de 75-84 anos quando comparados com idosos de 85-94 anos de ambos os sexos. A associação pode diferir entre as idades e gênero identificando até que idade existe exatidão nos dados. É interessante avaliar até que idade os resultados refletem o que realmente é autopercepção ruim ou excelente.<sup>63</sup>

## 6.6 FATORES QUE PODEM ESTAR ASSOCIADOS A AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE

Entre os fatores determinantes que podem influenciar simultaneamente a autopercepção de saúde temos basicamente, em quatro grupos: o demográfico, compreendendo a idade, o sexo e o estado conjugal; o socioeconômico, incluindo a educação e a renda; as doenças crônicas; e, finalmente, a capacidade funcional, avaliada pelas AVDs, AIVDs e mobilidade.<sup>30</sup>

### 6.6.1 Idade

Algumas pesquisas ressaltam a associação entre idade e a autopercepção de saúde dos idosos. Ferraro et al. concluíram que entre as pessoas idosas a idade quanto mais avançada mais estaria relacionado a uma percepção da saúde ruim.<sup>64</sup>

Denton e Walters empreenderam um estudo com o objetivo de medir o estado de saúde dos indivíduos canadenses, e encontraram que a idade é um significativo

determinante da autopercepção de saúde em ambos os sexos, sendo que tanto os homens quanto as mulheres idosas não percebem a saúde deles como boa ou excelente.<sup>65</sup>

Liang e colaboradores em um estudo que buscou examinar como é a trajetória da autopercepção de saúde entre idosos japoneses, de uma forma geral perceberam que a avaliação começa a ficar ruim entre 60 e 85 anos, embora pareça melhorar depois dos 85 anos.<sup>66</sup>

Uma pesquisa, realizada no Brasil, com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD-98), sobre desigualdades na autopercepção do estado de saúde e suas determinações revelou que a probabilidade dos indivíduos classificarem o estado de saúde como ruim aumenta significativamente a partir dos 65 anos de idade, sendo a idade o determinante mais importante do estado de saúde autopercebido.<sup>67</sup>

Um estudo realizado com 677 idosos em Madrid, na Espanha, mostrou que a autopercepção do estado de saúde como ruim tende a diminuir com o avançar da idade, sendo que os idosos de 85 anos e mais avaliam a sua saúde melhor do que os idosos de 65 a 74 anos.<sup>68</sup>

### **6.6.2 Gênero**

O gênero é também um fator que está relacionado a autopercepção de saúde pelos idosos.<sup>30</sup>

Spiers et al. em um estudo onde buscaram avaliar se há diferença entre a autopercepção entre os gêneros e se esta autopercepção quando ruim é preditora de mortalidade, e ainda se o fato de relatarem problemas físicos implica em agravar esta autopercepção. Os resultados mostraram que a autopercepção foi um forte preditor para os homens. Quanto aos problemas de saúde relatados, as mulheres relataram mais do que os homens, contudo, estas diferenças não explicam a associação entre autopercepção e mortalidade uma vez que mais da metade daqueles que relataram problemas ameaçadores à saúde disseram que sua saúde era boa. Como conclusão, estes autores dizem que a autopercepção está fortemente associada a mortalidade em homens, mas não é explicada pela saúde física.<sup>43</sup>

Um estudo feito na Inglaterra com dados da pesquisa domiciliar geral britânica demonstra modestas diferenças entre os idosos do sexo masculino e feminino na avaliação subjetiva de saúde, sendo que as mulheres avaliam sua saúde como levemente melhor em relação à saúde dos homens.<sup>28</sup>

Kubzansky et al. realizaram um trabalho com idosos em três cidades americanas objetivando investigar a associação do nível educacional com uma variedade de fatores de risco para saúde ruim e argumentaram que os homens idosos avaliavam a saúde deles melhor do que as mulheres.<sup>69</sup>

Neal Krause et al. estudaram idosos de ambos os sexos para avaliar fatores associados a autopercepção de saúde. Os dados encontrados em seu estudo revelam que as mulheres idosas experenciam mais incapacidades funcionais que os homens e por este motivo mensuram suas saúdes como menos favoráveis quando comparadas aos homens. Em contraste ocorre o contrário quando se trata de doenças crônicas onde este fator está associado a pobre autopercepção de saúde por parte dos homens.<sup>70</sup>

Damian et al. afirmaram que as mulheres idosas de Madrid (Espanha) apresentavam uma pior percepção de saúde do que homens.<sup>68</sup>

O estudo de Zimmer e Amornsirisomboon, com base nos dados de uma pesquisa com idosos da Tailândia, aponta que as mulheres declaram mais prejuízos na saúde do que os homens.<sup>71</sup>

McDonough e Walters examinaram as diferenças de sexo na autopercepção de saúde. Os resultados indicaram que as mulheres avaliavam a saúde delas ligeiramente inferior à saúde dos homens.<sup>72</sup>

Por outro lado, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou uma melhor autopercepção de saúde das mulheres em comparação aos homens.<sup>73</sup>

Conforme Lahelma et al., existe uma similaridade na autopercepção de saúde entre os idosos do sexo masculino e feminino.<sup>74</sup>

### **6.6.3 Indicadores Socioeconômicos**

Para alguns autores, o efeito do *status* socioeconômico na saúde é consequência de uma interação de mecanismos psicológicos e sociológicos, como o

comportamento, o suporte social, o *stress*, os fatores ambientais e o acesso aos cuidados médicos.<sup>75</sup>

Os indicadores da situação socioeconômica são freqüentemente operacionalizados pela educação e a renda. Essas variáveis fazem referência a um aspecto específico da saúde. A educação, por exemplo, estimula o acesso às informações e a prática de comportamentos saudáveis.<sup>69</sup>

Os diferenciais socioeconômicos na saúde persistem e, em alguns casos, aumentam com o avançar da idade.<sup>76,77,78</sup>

As pesquisas realizadas em países desenvolvidos apontam que o nível socioeconômico mais elevado está associado a melhores condições de saúde.<sup>79,80</sup>

No entanto, os efeitos das desigualdades sociais na saúde dos idosos brasileiros e de outros países em desenvolvimento não têm sido completamente investigados.<sup>15</sup>

Segundo Arber e Ginn, as pesquisas britânicas sugerem que o ambiente social e econômico pode desencadear diferentes efeitos no estado de saúde do idoso, tanto masculino quanto feminino.<sup>28</sup>

Conforme Goldman et al. (1995), numerosos estudos têm mostrado que um baixo *status* socioeconômico é associado com uma saúde deficiente e elevados riscos de mortalidade.<sup>81</sup>

Wang et al. estudaram 9650 participantes no Japão para ver se havia associação entre autopercepção de saúde e nível sócio econômico. Os resultados que indicam que autopercepção de saúde estava associada ao nível sócio econômico em idosos residentes no Japão.<sup>82</sup>

Os resultados de Cheng et al. (2002) demonstram que as condições econômicas são significativamente relacionadas com a autopercepção de saúde. Ou seja, as pessoas que relatam sua situação financeira como insuficiente apresentam uma pobre percepção da saúde.<sup>83</sup>

A literatura fornece evidência de uma relação positiva entre educação e saúde dos idosos, apesar dessa associação declinar com a idade em determinadas pesquisas.<sup>84,85</sup>

Ross e Wu encontraram uma correlação significativa entre educação e a auto percepção de saúde. Nesse estudo, a percepção de saúde dos indivíduos com maior nível educacional era melhor entre os grupos etários mais avançados.<sup>86</sup>

Para Arber e Ginn os idosos de baixa renda relatavam uma condição de saúde ruim.<sup>28</sup>

Ecob e Davey Smith (1999) apresentaram dados confirmando uma forte associação entre renda e saúde.<sup>87</sup>

Lima-Costa et al. utilizaram os dados da PNAD de 1998 para examinar a influência da situação socioeconômica em uma amostra de 19.068 indivíduos com 65 anos e mais, representativos da população brasileira, e encontraram que os idosos com renda mais baixa apresentavam uma pior percepção da saúde.<sup>15</sup>

Conforme Zimmer e Amornsirisomboon, a educação e a renda são fortes indicadores da autopercepção de saúde entre os idosos, ou seja, a redução dos níveis de educação e renda acarreta um aumento na probabilidade destas pessoas perceberem sua saúde como ruim.<sup>71</sup> Assim, como o estado de saúde declina com a redução do nível socioeconômico, torna-se apropriado analisar as condições sociais e econômicas, por meio da educação e da renda, em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo.<sup>88</sup>

#### **6.6.4 Doenças Crônicas**

Pijls et al. argumentaram que a prevalência de doenças crônicas é um importante determinante da autopercepção de saúde.<sup>89</sup>

Ferraro et al. observaram um declínio na autopercepção da saúde entre os idosos que possuíam um maior número de condições crônicas.<sup>64</sup>

A autopercepção de saúde no idosos pode estar associada a doenças crônicas bem como a capacidade funcional, incapacidades de visão, incapacidade de sair sozinho, incapacidade de fazer exercício físico.<sup>68,90</sup>

Adicionalmente, além dos determinantes demográficos e socioeconômicos, a presença de doenças crônicas é um outro fator que tem uma significativa associação com a autopercepção de saúde na maioria dos estudos da população idosa.

Os resultados de Damian et al. apontam que as doenças crônicas são fortemente relacionadas com uma autopercepção de saúde ruim entre os idosos, indicando que um aumento no número das doenças eleva a probabilidade do indivíduo perceber a sua saúde de forma negativa.<sup>68</sup>

Um estudo realizado por Orfila et al., com base nos dados do *Health Interview Survey*, com indivíduos de 65 anos ou mais, não-institucionalizados, residentes na cidade de Barcelona (Espanha), evidenciou que as doenças crônicas são importantes determinantes do declínio da autopercepção do estado de saúde do idoso.<sup>91</sup>

A pesquisa de Molarius e Janson (2002) analisou o impacto das doenças crônicas na autopercepção de saúde. Os autores utilizaram dados de um questionário obtidos por meio de correspondência, de uma amostra representativa da população da Suécia em 2000. Os resultados indicaram que as doenças crônicas são fortemente relacionadas com uma pobre percepção de saúde entre os idosos.

Mas, ao contrário do que se deveria esperar, as evidências sugerem que as pessoas portadoras de algum tipo de doenças crônicas também podem relatar uma boa saúde.

Cott et al. (1999) colocam que os dados de uma pesquisa de saúde realizada no Canadá, em 1990, mostraram que 79% dos indivíduos que reportaram a presença de doenças crônicas classificaram sua saúde como sendo boa ou excelente.<sup>92</sup>

Diante desse contexto, torna-se necessário analisar a influência da presença de doenças crônicas na autopercepção de saúde dos idosos.

Um estudo buscou avaliar o impacto da diabetes mellitus na autopercepção de saúde de idosos espanhóis usando dados de cinco pesquisas nacionais conduzidas de 1993 a 2003. O achado mais relevante foi que a autopercepção ruim encontrada entre os idosos com diabetes mellitus foi mais que o dobro daqueles sem diabetes mellitus. Isto reflete a urgente necessidade de implementação de promoção de saúde, prevenção e estratégias de gerenciamento da diabetes mellitus visando qualidade de vida nesses indivíduos.<sup>93</sup>

### **6.6.5 Capacidade Funcional**

Uma outra maneira de conceituar o estado de saúde é por meio da capacidade funcional<sup>94</sup>, que se refere à potencialidade para desempenhar as AVDs ou para realizar um determinado ato, necessário para garantir condições mínimas de

sobrevivência aos indivíduos, bem como para proporcionar qualidade de vida ou bem-estar.<sup>95</sup>

Já a incapacidade funcional é definida pela presença de dificuldade no desempenho de atividades de vida diária ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las.<sup>95</sup>

A capacidade funcional é vista como um poderoso determinante de saúde<sup>80</sup> qualidade de vida<sup>27</sup> e mortalidade entre os idosos<sup>97,89,98</sup> e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou sociedade.

O problema se inicia quando as funções começam a deteriorar.<sup>12</sup>

As AVDs, AIVDs e mobilidade são as medidas freqüentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. As AVDs consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar/levantar da cama, usar o sanitário. As AIVDs são tarefas mais adaptativas, como, por exemplo, fazer compras, telefonar, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição. A mobilidade se refere à capacidade de sair da residência.<sup>93</sup>

A dependência funcional é um componente do modelo teórico da autopercepção de saúde.<sup>99</sup>

A literatura destaca a capacidade funcional como um forte indicador do modo como as pessoas avaliam o seu estado geral de saúde. Diversos estudos exibem uma significativa associação entre essas duas variáveis.

Segundo Damian et al., a capacidade funcional é um importante determinante da autopercepção de saúde entre os idosos.<sup>68</sup> Ferraro et al. revelaram que a capacidade funcional afeta a autopercepção da saúde.<sup>64</sup>

Wang, Mitchell e Smith buscaram avaliar a relação entre autopercepção de saúde ruim e visão entre outros fatores no oeste de Sidney, na Austrália. Encontraram que o decréscimo da visão tem um impacto importante na saúde global em idosos com menos de 80 anos, mas não em pessoas com mais de 80 anos.<sup>100</sup>

Hoeymans, Feskens, Van den Bos e Kromhout observaram o declínio funcional e a autopercepção de saúde em um grupo de homens idosos com o objetivo de estudar as mudanças na capacidade funcional e a sua autopercepção de saúde concluíram que embora a capacidade funcional deteriore com a idade a autopercepção de saúde não esta relacionada em homens de 70 anos ou mais.<sup>96</sup>

Hoeymans et al. numa pesquisa longitudinal realizada com 939 idosos do sexo masculino, na Holanda, concluíram que a porcentagem de indivíduos incapacitados e limitados funcionalmente aumentava ao longo do tempo, e a relação entre nível de incapacidade e percepção de saúde era significativa. Nesse estudo, somente a incapacidade para AVDs e para mobilidade apresentavam impacto na autopercepção de saúde dos idosos masculinos.<sup>96</sup>

Gama et al.<sup>101</sup> encontraram num estudo transversal de 5139 idosos não institucionalizados, realizado na região rural da Espanha, que as AVDs, AIVDs e as atividades envolvendo mobilidade eram fortemente associadas com a autopercepção da saúde. Para Kim et al., um aumento nas dificuldades de realização de AVDs pressupõe um declínio na autopercepção de saúde.<sup>102</sup>

Leinonen et al. ressaltam que o aumento das dificuldades nas AVDs é indicativo de declínio na autopercepção de saúde.<sup>103</sup>

Leinonen et al.<sup>104</sup> afirmam que as diferentes autopercepções de saúde observadas entre os idosos refletem sistematicamente o nível de desempenho funcional. Lee e Shinkai examinaram a associação entre autopercepção de saúde e capacidade funcional de idosos japoneses e coreanos que residiam na comunidade, por meio da análise de *surveys* nacionais, e os resultados apontaram que a capacidade funcional era significativamente relacionada com a autopercepção de saúde nas duas populações.<sup>105</sup>

A saúde do idoso é o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.<sup>38</sup> Portanto, é imprescindível incluir questões referentes à capacidade funcional em investigações que mensuram o estado de saúde do indivíduo idoso.

#### **6.6.6 Variados Fatores**

Dois estudos feitos no Japão<sup>100,106</sup> mostraram que a autopercepção de saúde piora com a idade e esta correlacionada com a renda, atividade física e com a capacidade de mastigação.

Cielito et al. estudaram quais os preditores da autopercepção em idosos americanos e encontraram que a incapacidade física, doenças crônicas, educação e a dor estão associados a autopercepção em saúde no idoso.<sup>107</sup>

Um estudo em Minesota, Estados Unidos, que buscava preditores relacionados a qualidade de vida de idosos teve como principal achado foi que a autopercepção de saúde onde os idosos se vêem piores está fortemente associado a idade, sexo, diabete, e doenças respiratórias.<sup>108</sup>

Alves em um estudo foi desenvolvido com base em dados do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE) investigou a influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional sobre a autopercepção de saúde entre os idosos do Município de São Paulo. Foram analisados os dados de 2135 idosos. Foram encontrados os seguintes fatores associados a autopercepção de saúde entre os idosos pesquisados: a presença de doenças crônicas, gênero, capacidade funcional, nível de escolaridade, renda e idade. Na ausência de doenças crônicas, ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas tiveram maior probabilidade de relatar uma boa autopercepção de saúde em comparação com os homens.<sup>109</sup>

Hammock e colaboradores, com o objetivo de investigar os fatores preditivos de autopercepção de saúde por idosos do Texas encontraram que educação formal, massa corporal baixa, de etnia não hispânica, e participantes de atividades físicas são associados a bom, muito bom e excelente autopercepção de saúde. Os achados das entrevistas, que significativamente predizem autopercepção ruim, enfatizam a importância de cuidados a saúde culturalmente adaptados aos hispânicos residentes nos Estados Unidos.<sup>110</sup>

## 7 METODOLOGIA

### 7.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico.

### 7.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população estudada é uma amostra de 1078 idosos do município de Porto Alegre. Segundo o cálculo feito para uma amostra representativa do município, foram selecionados 0,69% dos idosos de Porto Alegre, que seriam 1164, segundo censo de 2005, tendo ocorrido uma pequena perda na coleta.

- **Critérios de inclusão:**

- Residente do município de Porto Alegre;
- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Concordância em participar do projeto;

- **Critérios de exclusão:**

- Impossibilidade de responder ao questionário.

### 7.3 COLETA DE DADOS

Os idosos foram entrevistados em sua residência por um profissional treinado do serviço social da PUCRS, utilizando o questionário em anexo (anexo A). Os dados coletados fizeram parte do Estudo Multidimensional dos Idosos de Porto Alegre, realizado pelo IGG no período de dezembro de 2005 a novembro de 2006, com a participação das faculdades de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, de Educação Física, de Farmácia, de Psicologia e de Matemática da PUCRS. No

presente estudo, foram analisadas as questões referentes a: autopercepção de saúde, doenças ou problemas de saúde apresentados nos últimos 6 meses, necessidades de auxílios para as atividades de vida diária, incapacidades físicas, além de dados demográficos.

#### 7.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis selecionadas para este estudo são citadas abaixo e podem ser visualizadas na versão integral do instrumento de coleta de dados que se encontra no anexo A, onde foram marcadas em negrito.

a) Variável dependente:

- Autopercepção de saúde (variável qualitativa com 5 categorias, sendo posteriormente transformada em duas variáveis dicotômicas: saúde ótima ou boa e saúde má ou péssima)

b) Variáveis independentes:

- Variáveis demográficas como sexo, faixa etária, cor, zona de nascimento, escolaridade, estado civil e renda;
- Variáveis relacionadas à saúde como internação no último ano, atividade física regular; fraturas e sintomas depressivos;
- Dificuldades para enxergar, ouvir, movimentar-se, mastigar e controlar urina ou fezes;
- Relato de doença ou problema de saúde nos últimos 6 meses como reumatismo, bronquite, pressão alta, varizes, diabetes mellitus, isquemia cerebral, doença de pele, problema de coluna, gastrite ou úlcera, infecção urinária, pneumonia, doença renal, cardiopatia, problema de próstata, osteoporose e câncer;
- Uso de óculos ou lente, prótese dentária, aparelho auditivo, muleta e bengala;
- Necessidades de auxílio para as atividades da vida diária, como atividades de casa, tomar remédios, higiene, alimentação e mobilidade;
- Sintomas relacionados a possível depressão.

## 7.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em banco específico criado em ACCESS 2000 e analisados utilizando o pacote estatístico SPSS, versão 11,5. Para as descrições foram usadas frequências para as variáveis categóricas e médias e desvios padrões para as variáveis quantitativas. As comparações de frequências das diversas variáveis estudadas entre os grupos de diferentes auto-avaliações de saúde foram realizadas através do teste do qui-quadrado. Para avaliação da força de associação foi utilizada a medida do “Odds Ratio” (OR), com intervalo de confiança 95%. Foram consideradas associações significativas aquelas com valores de  $p \leq 0,05$ .

## 7.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (Anexo B). A análise e publicação dos dados do presente estudo segue a Resolução CNS 196/96.

## 8 RESULTADOS

Foram estudados 1078 idosos com idade entre 60 e 95 anos (média de 71,8; desvio padrão de 7,8 e mediana de 71 anos). Desses, 72,1% era do sexo feminino, 83,1% da cor branca e 66,8% não tinha o primeiro grau completo. A distribuição dos dados demográficos da população estudada é vista na tabela 1, assim como a distribuição da autopercepção de saúde para cada categoria dessas variáveis. De todos os idosos estudados, 13,3% definiu sua saúde como ótima, 34,0% boa, 43,2% regular, 4,2% ruim e 5,3% como péssima. Não foi observada associação entre a autopercepção de saúde e sexo, faixa etária, cor e estado civil. Nos idosos nascidos no meio rural foi observada uma freqüência um pouco menor na autopercepção de saúde como boa (29,5%) e uma maior freqüência na autopercepção de saúde como péssima (7,8%). Uma melhor percepção da própria saúde foi claramente observada em idosos com maior escolaridade e maior renda ( $P < 0,001$ ).

Considerando as informações relacionadas direta ou indiretamente com a saúde, verificamos que 17,7% dos idosos relataram internação hospitalar no último ano, 20,2% referiram ter tido alguma fratura não devida a acidente de trânsito após os 50 anos e 36,8% disseram praticar atividade física regular nos últimos 3 meses. Ter necessidade de auxílio para uma ou mais das atividades diárias estudadas foi observado em 28,7% dos idosos e ter mais que três respostas indicativas de sintoma depressivo entre as 12 perguntas relacionadas a depressão foi identificado em 27,9%. O fato do idoso ter sido internado no último ano, de não praticar atividade física, ter mais que três das 12 respostas relacionadas com sintomas depressivos, assim como necessitar de auxílio para as atividades da vida diária e dificuldade para enxergar, ouvir, mastigar, movimentar-se ou controlar urina ou fezes, fizeram com que apresentassem uma autopercepção pior (tabela 2). Não foi observada diferença entre os que tinham ou não apresentado fratura, não relacionada a acidente de trânsito, após os 50 anos.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis demográficas em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade  $\geq$  60 anos) do município de Porto Alegre e comparação da autopercepção de saúde entre as categorias dessas variáveis

Variáveis demográficas	N (%)	Autopercepção da Saúde (%)					P
		Ótima	Boa	Regular	Má	Péssima	
<u>Sexo</u>							
Masculino	301 (27,9)	16,6	35,9	40,5	3,3	3,7	0,113
Feminino	777 (72,1)	12,0	33,3	44,3	4,5	5,9	
<u>Faixa etária (anos)</u>							
60-64	254 (23,6)	12,2	34,3	42,5	4,7	6,3	0,140
65-69	204 (18,9)	10,3	31,4	50,0	1,5	6,9	
70-74	224 (20,8)	14,3	38,4	37,9	5,4	4,0	
75-79	196 (18,2)	13,8	31,6	44,9	4,1	5,6	
80-84	134 (12,4)	12,7	38,8	40,3	3,7	4,5	
85 ou +	66 (6,17)	22,7	24,2	43,9	7,6	1,5	
<u>Cor</u>							
Branca	893 (83,1)	13,8	34,6	42,9	3,9	4,8	0,855
Preta	117 (10,9)	10,3	29,9	47,0	5,1	7,7	
Amarela	6 (0,6)	16,7	33,3	33,3	16,7	0,0	
Parda	58 (5,4)	12,1	34,5	43,1	5,2	5,2	
<u>Local de nascimento</u>							
Meio Urbano	666 (62,7)	13,7	36,3	41,7	4,4	3,9	0,020
Meio Rural	397 (37,3)	12,8	29,5	45,8	4,0	7,8	
<u>Escolaridade</u>							
Nunca estudou	124 (11,6)	5,6	15,3	54,8	9,7	14,5	<0,00 1
1º grau incompleto	591 (55,2)	12,0	29,9	48,2	4,1	5,8	
1º grau completo	140 (13,1)	18,6	40,7	34,3	2,9	3,6	
2º grau completo	126 (11,8)	17,5	46,0	35,7	0,8	0,0	
Superior	89 (8,3)	19,1	57,3	19,1	4,5	0,0	
<u>Estado civil</u>							
Solteiro(a)	166 (15,4)	15,7	33,1	40,4	3,6	7,2	0,606
Casado(a)	393 (36,5)	14,0	35,6	41,2	3,6	5,6	
Viúvo(a)	422 (39,2)	12,1	32,0	47,4	4,5	4,0	
Separado(a)	95 (8,8)	11,6	37,9	37,9	6,3	6,3	
<u>Última renda pessoal</u>							
Sem renda própria	61 (6,0)	6,6	36,1	34,4	4,9	18,0	<0,00 1
Até 1 salário mínimo	316 (31,0)	9,5	22,8	52,8	6,0	8,9	
Até 3 salários mínimos	317 (31,1)	14,5	29,3	47,9	4,7	3,5	
Até 6 salários mínimos	194 (19,0)	12,9	47,9	35,1	2,1	2,1	
Mais de 6 salários mínimos	131 (12,9)	20,6	49,6	26,7	1,5	1,5	
<u>Renda mensal familiar</u>							
Até 2 salário mínimo	269 (31,7)	10,4	23,4	52,0	5,9	8,2	<0,00 1
Até 5 salários mínimos	326 (38,4)	13,5	30,1	45,4	4,6	6,4	
Até 8 salários mínimos	111 (13,1)	13,5	38,7	40,5	2,7	4,5	
Mais de 8 salários mínimos	142 (16,7)	19,7	53,5	26,1	0,7	0,0	
TOTAL	1078 (100)	13,3	34,0	43,2	4,2	5,3	-----

Tabela 2 - Distribuição de variáveis relacionadas à saúde em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Porto Alegre e comparação da autopercepção de saúde entre as categorias dessas variáveis

Variáveis relacionadas à saúde	N (%)	Autopercepção da Saúde (%)					P
		Ótima	Boa	Regular	Má	Péssima	
<u>Internação hospitalar no último ano</u>							
Não	882 (82,4)	<b>14,2</b>	<b>36,5</b>	40,6	4,0	4,8	<0,001
Uma vez	138 (12,9)	11,6	23,9	<b>54,3</b>	5,8	4,3	
Mais de 1 vez	51 (4,8)	2,0	21,6	<b>54,9</b>	3,9	<b>17,6</b>	
<u>Fratura após 50 anos não sendo por acidente de trânsito</u>							
Sim	214 (20,2)	11,7	31,3	44,9	6,1	6,1	0,288
Não	847 (79,8)	13,8	34,8	42,9	3,3	5,2	
<u>Prática de atividade física regular nos últimos 3 meses</u>							
Não	679 (63,3)	9,9	28,4	48,6	6,0	7,1	<0,001
1-3 vezes/semana	226 (21,1)	14,6	42,0	39,4	1,8	2,2	
Mais de 3 vezes/semana	168 (15,7)	25,0	45,8	26,8	0,0	2,4	
<u>Situação atual da visão</u>							
Ruim/péssima	227 (21,1)	7,0	17,6	48,0	12,8	14,5	<0,001
Regular	430 (39,9)	12,1	33,0	48,1	2,8	4,0	
Boa/ótima	421 (39,1)	17,8	43,9	35,6	1,0	1,7	
<u>Situação atual da audição</u>							
Ruim/péssima	149 (13,9)	8,7	22,8	52,3	7,4	8,7	0,001
Dificuldade mínima	245 (22,9)	10,2	34,3	45,3	3,7	6,5	
Sem problemas	678 (63,2)	15,2	36,4	40,7	3,5	4,1	
<u>Dificuldade para mastigar</u>							
Sim	251 (23,6)	7,2	23,5	51,0	7,6	10,8	<0,001
Não	812 (76,4)	14,7	37,4	41,1	3,1	3,7	
<u>Dificuldade para controlar urina ou fezes</u>							
Sim	107 (10,3)	4,7	19,6	59,8	3,7	12,1	<0,001
Não	935 (89,7)	14,1	35,6	41,6	4,3	4,4	
<u>Dificuldade para se movimentar</u>							
Sim	233 (21,9)	6,0	15,9	54,9	11,6	11,6	<0,001
Não	831 (78,1)	15,2	39,2	40,0	2,0	3,6	
<u>Necessidade de auxílio para as atividades diárias</u>							
Sim	309 (28,7)	10,4	25,9	47,6	7,4	8,7	<0,001
Não	769 (71,3)	14,4	37,3	41,5	2,9	3,9	
<u>Mais que 3 sintomas relacionados a depressão</u>							
Sim	299 (27,9)	7,4	15,4	53,2	10,4	13,7	<0,001
Não	774 (72,1)	15,6	41,5	39,3	1,6	2,1	

Em relação aos problemas de saúde, onde foram investigadas a presença ou ausência de determinada doença ou problema de saúde apresentado nos últimos 6 meses, pode-se verificar que a condição mais freqüente entre os idosos foi a pressão alta, presente em 52,4%, seguido por problema de coluna (42,0%) e reumatismo (38,3%), enquanto que, as menos prevalentes foram isquemia cerebral (4,8%), pneumonia (4,8%) e câncer (4,2%). Das doenças ou problemas de saúde que referiram ter tido nos últimos 6 meses, doenças de pele, problemas de próstata e câncer não modificaram a auto percepção de saúde desses idosos. Todas as demais, relacionadas na tabela 3, fizeram com que as pessoas percebessem de forma pior a sua saúde. Podemos verificar que, na ausência de reumatismo, por exemplo, 57,3% dos idosos se auto-avaliaram como tendo saúde boa ou ótima, enquanto que, na presença de reumatismo, apenas 32,3% se colocaram nessa situação de saúde. Por outro lado, entre os que referiram doença renal, 32,6% se auto-avaliaram como tendo saúde má ou péssima, freqüência bem maior que daqueles que não referiram doença renal (6,7%).

Uso de óculos ou lente, aparelho auditivo, prótese dentária e bengala não estiveram, entre os idosos, associados a melhor ou pior autopercepção de saúde (tabela 4). Já a utilização de muleta fez com que a saúde fosse percebida menos freqüentemente como boa ou ótima, sem, no entanto, aumentar sua percepção como má ou péssima. Na abordagem referente à investigação da necessidade de auxílio em algumas atividades da vida diária, conforme consta também na tabela 4, pode-ser observar que, a maior necessidade de auxílio ocorreu nas atividades da casa, com 26,1%. A menor necessidade ocorreu no auxílio para alimentar-se, informado por 2,1% dos idosos. Todas as necessidades de auxílio para as atividades de vida diária que foram pesquisadas mostraram uma associação significativa com a autopercepção de saúde.

Todas as respostas relacionadas a sintomas depressivos que foram realizadas, como pode ser observado na tabela 5, mostraram uma associação significativa com a autopercepção de saúde, com  $p < 0,001$ .

Tabela 3 - Frequência de problemas de saúde nos últimos seis meses referidos em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade  $\geq 60$  anos) do município de Porto Alegre e a comparação da autopercepção de saúde entre a presença e a ausência do problema

Problemas de saúde	N (%)	Autopercepção da Saúde (%)					P
		Ótima	Boa	Regular	Má	Péssima	
<u>Reumatismo</u>							
Sim	403 (38,3)	7,2	25,1	51,9	6,5	9,4	<0,001
Não	650 (61,7)	17,5	39,8	37,4	2,8	2,5	
<u>Bronquite</u>							
Sim	189 (17,9)	7,4	23,8	50,3	5,8	12,7	<0,001
Não	866 (82,1)	14,8	36,5	41,2	3,7	3,8	
<u>Pressão alta</u>							
Sim	558 (52,4)	8,4	32,3	47,8	4,8	6,6	<0,001
Não	506 (47,6)	18,6	36,2	38,1	3,2	4,0	
<u>Varizes</u>							
Sim	246 (23,2)	6,5	29,3	50,0	6,1	8,1	<0,001
Não	815 (76,8)	15,5	35,3	41,2	3,4	4,5	
<u>Diabete Mellito</u>							
Sim	190 (18,0)	5,3	23,2	56,8	5,8	8,9	<0,001
Não	865 (82,0)	15,3	36,8	40,0	3,8	4,2	
<u>Isquemia cerebral</u>							
Sim	52 (4,8)	3,8	25,0	48,1	9,6	13,5	0,003
Não	1023 (95,2)	13,6	34,6	42,9	3,9	4,8	
<u>Doença de pele</u>							
Sim	129 (12,1)	10,9	27,1	47,3	7,8	7,0	0,070
Não	939 (87,9)	13,6	35,3	42,4	3,7	5,0	
<u>Problema de coluna</u>							
Sim	448 (42,0)	6,7	25,9	53,6	6,0	7,8	<0,001
Não	619 (58,0)	18,3	39,6	35,9	2,9	3,4	
<u>Gastrite/Úlcera gástrica</u>							
Sim	246 (23,1)	8,5	27,2	48,8	5,7	9,8	<0,001
Não	818 (76,9)	14,9	36,1	41,4	3,8	3,8	
<u>Infecção urinária</u>							
Sim	161 (15,0)	8,1	20,5	50,9	6,2	14,3	<0,001
Não	909 (85,0)	14,2	36,5	41,8	3,9	3,6	
<u>Pneumonia</u>							
Sim	51 (4,8)	9,8	15,7	58,8	5,9	9,8	0,022
Não	1019 (95,2)	13,3	35,1	42,5	4,1	4,9	
<u>Doença renal</u>							
Sim	95 (9,0)	2,1	15,8	49,5	13,7	18,9	<0,001
Não	961 (91,0)	14,6	36,3	42,4	3,1	3,6	
<u>Problema de coração</u>							
Sim	293 (28,0)	8,9	19,5	56,7	7,2	7,8	<0,001
Não	754 (72,0)	15,4	39,9	37,5	2,8	4,4	
<u>Problema de próstata</u>							
Sim	42 (14,4)	11,9	33,3	42,9	9,5	2,4	0,051
Não	250 (85,6)	18,0	37,2	39,6	1,6	3,6	
<u>Osteoporose</u>							
Sim	241 (24,3)	5,4	22,8	52,7	7,9	11,2	<0,001
Não	752 (75,7)	16,6	38,4	39,4	2,4	3,2	
<u>Câncer</u>							
Sim	45 (4,2)	13,3	28,9	40,0	11,1	6,7	0,130
Não	1016 (95,8)	13,5	34,6	43,2	3,5	5,1	
<u>Outro problema de saúde</u>							
Sim	199 (19,9)	7,5	30,2	45,7	8,5	8,0	<0,001
Não	801 (80,1)	14,7	34,3	42,9	3,1	4,9	

Tabela 4 - Frequência da necessidade de utilização de aparelhos ou de auxílio para as atividades da vida diária em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade  $\geq$  60 anos) do município de Porto Alegre e a comparação da autopercepção de saúde entre a presença e a ausência da necessidade

Necessidades da vida diária	N (%)	Autopercepção da Saúde (%)					P
		Ótima	Boa	Regular	Má	Péssima	
<u>Óculos ou lente de contato</u>							
Sim	892 (82,7)	13,1	35,5	42,6	3,6	5,2	0,079
Não	186 (17,3)	14,0	26,9	46,2	7,0	5,9	
<u>Aparelho auditivo</u>							
Sim	47 (4,4)	17,0	29,8	38,3	8,5	6,4	0,495
Não	1031 (95,6)	13,1	34,2	43,5	4,0	5,2	
<u>Prótese dentária</u>							
Sim	635 (58,9)	11,5	34,8	43,5	4,7	5,5	0,268
Não	443 (41,1)	15,8	33,0	40,8	3,4	5,0	
<u>Muleta</u>							
Sim	26 (2,4)	3,8	7,7	84,6	0,0	3,8	0,001
Não	1052 (97,6)	13,5	34,7	42,2	4,3	5,3	
<u>Bengala</u>							
Sim	36 (3,3)	2,8	44,4	41,7	5,6	5,6	0,346
Não	1042 (96,7)	13,6	33,7	43,3	4,1	5,3	
<u>Necessita de auxílio para atividades da casa?</u>							
Sim	278 (26,1)	10,4	26,3	47,1	6,8	9,4	<0,001
Não	789 (73,9)	14,4	37,1	41,6	2,9	3,9	
<u>Necessita de auxílio para tomar remédio?</u>							
Sim	66 (6,2)	4,5	19,7	50,0	12,1	13,6	<0,001
Não	1002 (93,8)	13,7	35,2	42,9	3,5	4,7	
<u>Necessita de auxílio para higiene?</u>							
Sim	44 (4,1)	6,8	15,9	52,3	11,4	13,6	0,001
Não	1028 (95,9)	13,6	34,9	42,8	3,7	5,0	
<u>Necessita de auxílio para alimentar-se?</u>							
Sim	23 (2,1)	13,0	8,7	65,2	0,0	13,0	0,031
Não	1048 (97,9)	13,3	34,7	42,7	4,1	5,2	
<u>Necessita de auxílio para se movimentar?</u>							
Sim	56 (5,2)	8,9	8,9	53,6	12,5	16,1	<0,001
Não	1015 (94,8)	13,6	35,5	42,7	3,5	4,7	

Tabela 5 - Frequência das respostas de questões relacionadas a sintomas depressivos em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Porto Alegre e a comparação da autopercepção de saúde entre as respostas de cada questão

Questões	N (%)	Autopercepção da Saúde (%)					P
		Ótima	Boa	Regular	Má	Péssima	
<u>Sua vida é cheia de acontecimentos interessantes?</u>							
Sim	560 (52,1)	13,9	40,4	38,8	3,0	3,9	<0,001
Não	515 (47,9)	12,6	27,4	48,0	5,2	6,8	
<u>Já teve vontade de abandonar o lar?</u>							
Sim	232 (21,6)	12,9	25,9	43,1	5,6	12,5	<0,001
Não	840 (78,4)	13,5	36,5	43,1	3,6	3,3	
<u>Já teve a sensação de que ninguém o(a) entende?</u>							
Sim	296 (27,6)	11,1	18,6	53,7	6,1	10,5	<0,001
Não	777 (72,4)	14,0	40,2	39,3	3,2	3,3	
<u>Já teve períodos que não agüentava mais?</u>							
Sim	209 (19,5)	8,6	19,1	50,2	9,1	12,9	<0,001
Não	862 (80,5)	14,4	37,9	41,4	2,8	3,5	
<u>Tem sono agitado ou conturbado?</u>							
Sim	290 (27,0)	9,7	27,9	48,6	5,2	8,6	<0,001
Não	784 (73,0)	14,7	36,5	41,2	3,6	4,1	
<u>É feliz na maior parte do tempo?</u>							
Sim	955 (89,0)	14,3	35,7	42,4	3,4	4,2	<0,001
Não	118 (11,0)	5,1	22,0	49,2	9,3	14,4	
<u>Sente que o mundo ou as pessoas estão contra você?</u>							
Sim	117 (11,0)	11,1	16,2	48,7	6,8	17,1	<0,001
Não	948 (89,0)	13,7	36,5	42,3	3,7	3,8	
<u>Você se sente inútil?</u>							
Sim	206 (19,2)	5,8	18,0	53,4	9,7	13,1	<0,001
Não	865 (80,8)	15,1	38,0	40,7	2,7	3,5	
<u>Nos últimos anos, se sente bem na maior parte do tempo?</u>							
Sim	916 (85,6)	14,2	37,0	42,4	2,6	3,8	<0,001
Não	154 (14,4)	8,4	18,2	46,8	12,3	14,3	
<u>Tem problemas de dores de cabeça?</u>							
Sim	249 (23,2)	5,6	21,3	52,6	7,2	13,3	<0,001
Não	824 (76,8)	15,7	38,0	40,4	3,0	2,9	
<u>Se sente fraco na maior parte do tempo?</u>							
Sim	235 (21,9)	4,3	13,6	54,0	11,9	16,2	<0,001
Não	838 (78,1)	15,9	40,0	40,1	1,8	2,3	

A tabela 6 mostra a força de associação das variáveis, separadas em grupos, com o desfecho, categorizado de duas formas (saúde boa ou ótima: sim ou não; saúde má ou péssima: sim ou não). Podemos observar que, entre as variáveis demográficas, a escolaridade e a renda tiveram forças de associação semelhantes e importantes (OR de aproximadamente 3), com as duas formas de variáveis desfecho.

Entre as variáveis descritas como variáveis relacionadas à saúde, sintomas depressivos foi a que apresentou maior força de associação com autopercepção de saúde. A presença de mais que três questões que eram relacionadas com depressão mostrou um OR de 8,45 para definir saúde má ou péssima e a ausência de mais que três questões mostrou um OR de 4,5 para saúde boa ou ótima. Esta variável foi seguida por dificuldade para movimentar-se para enxergar como variável com maior força de associação, tanto sua ausência relacionada com saúde boa ou ótima, quanto sua presença relacionada com saúde má ou péssima.

A ausência de internação no último ano mostrou uma associação com saúde boa ou ótima. No entanto, a presença de internação no último ano não esteve associada de forma significativa com saúde má ou péssima. Isto mostra que o fato de ter sido internado no último ano faz com que menos frequentemente refiram uma saúde boa ou ótima, sem, no entanto, aumentar, significativamente, a frequência com que refiram saúde má ou péssima.

Em relação às doenças ou problemas de saúde, doença renal foi a que mais fortemente se relacionou com a autopercepção de saúde, seguida por osteoporose e reumatismo. Problema de coração e de coluna e diabetes mostraram uma maior associação da ausência com maior frequência de autopercepção de saúde boa ou ótima que da presença com maior frequência de saúde má ou péssima. As doenças com menor força de associação foram gastrite ou úlcera, varizes e pressão alta.

Das necessidades de auxílio, observamos que para movimentar-se foi a que apresentou maior associação com a autopercepção de saúde, o que é visto também na grande força de associação entre a não necessidade de muleta e saúde boa ou ótima (OR=7,13). Muito menos frequentemente o idoso referia saúde boa ou ótima quando necessitava de muleta. Por outro lado, tal necessidade não aumentou a frequência de relato de saúde má ou péssima. De forma contrária, a necessidade de auxílio para tomar remédio aumentou mais a frequência de saúde má ou péssima que a ausência dessa necessidade aumentou a frequência de saúde boa ou ótima.

Tabela 6 - Variáveis associadas a autopercepção de saúde, dicotomizada em saúde boa ou ótima (sim ou não) e saúde má ou péssima (sim ou não) em uma amostra aleatória de 1078 idosos (idade ≥ 60 anos) do município de Porto Alegre, ordenadas pela força de associação medida pelo odds ratio (OR)

SAÚDE BOA OU ÓTIMA			SAÚDE MÁ OU PÉSSIMA		
VARIÁVEL	OR	IC 95%	VARIÁVEL	OR	IC 95%
<b>Variáveis Demográficas</b>					
1o.grau completo	3,00	2,30-3,91	Renda baixa	3,66	2,08-6,44
Renda elevada	2,99	2,30-3,89	1o.grau incompleto	3,42	1,92-6,10
Meio urbano	1,36	1,06-1,75	Sexo feminino	1,55	0,94-2,56
Sexo masculino	1,33	1,02-1,74	Meio rural	1,49	0,99-2,25
<b>Variáveis Relacionadas à Saúde</b>					
Três sintomas de depressão ou menos	4,52	3,33-6,14	Mais de 3 sintomas de depressão	8,45	5,33-13,4
Sem dificuldade para se movi-mentar	4,26	3,03-5,98	Visão ruim	7,62	4,95-11,73
Visão regular ou boa	3,49	2,51-4,86	Dificuldade para se movimentar	5,03	3,29-7,69
Sem dificuldade para controlar urina ou fezes	3,08	1,95-4,88	Não pratica atividade física	4,42	2,44-8,02
Pratica atividade física	2,71	2,10-3,50	Dificuldade para mastigar	3,09	2,03-4,71
Sem dificuldade para mastigar	2,46	1,82-3,32	Necessidade de auxílio Para as atividades diárias	2,66	1,76-4,03
Sem internação no último ano	2,16	1,55-3,01	Dificuldade para controlar urina ou fezes	1,99	1,13-3,51
Sem necessidade de auxílio para atividades diárias	1,89	1,44-2,48	Problemas de audição	1,71	1,13-2,58
Sem problemas de audição	1,63	1,27-2,09	Internação no último ano	1,59	0,99-2,58
<b>Problemas de Saúde</b>					
Sem doença renal	4,75	2,77-8,15	Doença renal	6,68	4,06-10,98
Sem problema de coração	3,13	2,34-4,19	Osteoporose	3,99	2,55-6,24
Sem osteoporose	3,12	2,27-4,27	Reumatismo	3,42	2,21-5,29
Sem problema de coluna	2,84	2,20-3,66	Infecção urinária	3,19	2,02-5,03
Sem reumatismo	2,83	2,18-3,67	Isquemia cerebral	3,15	1,59-6,22
Sem diabetes	2,73	1,94-3,85	Bronquite	2,80	1,79-4,37
Sem infecção urinária	2,57	1,78-3,71	Problema de coluna	2,39	1,57-3,64
Sem bronquite	2,32	1,66-3,24	Problema de coração	2,29	1,50-3,50
Sem isquemia cerebral	2,31	1,25-4,27	Gastrite ou úlcera	2,23	1,45-3,43
Sem gastrite ou úlcera	1,87	1,39-2,51	Diabetes	1,99	1,25-3,19
Sem varizes	1,85	1,38-2,49	Varizes	1,91	1,23-2,97
Sem pressão alta	1,76	1,38-2,25	Pressão alta	1,69	1,10-2,59
<b>Necessidades de Auxílio para as Atividades Diárias</b>					
Não necessita muleta	7,13	2,13-23,90	Necessita de auxílio para se movimentar	4,43	2,38-8,25
Não necessita de auxílio para se movimentar	4,43	2,21-8,88	Necessita de auxílio para tomar remédio	3,89	2,14-7,07
Não necessita de auxílio para se alimentar	3,32	1,23-9,01	Necessita de auxílio para a higiene	3,52	1,72-7,20
Não necessita de auxílio para a higiene	3,21	1,57-6,56	Necessita de auxílio para as atividades de casa	2,63	1,72-4,01
Não necessita de auxílio para tomar remédio	2,99	1,68-5,32	Necessita de auxílio para se alimentar	1,47	0,43-5,04
Não necessita de auxílio para atividades de casa	1,84	1,39-2,43	Necessita muleta	0,38	0,05-2,81

## 9 DISCUSSÃO

Atualmente o mundo tem presenciado um crescimento cada vez mais consistente da população idosa, principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil. Desta forma, o envelhecimento humano implica em maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, afetando desta forma, a qualidade de vida do idoso. Assim, instrumentos capazes de mensurar a autopercepção de saúde neste grupo populacional se tornam importantes, auxiliando também em programas de intervenção para a melhoria das condições gerais de saúde.

### 9.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E DADOS DEMOGRÁFICOS: IDADE, SEXO, E ESTADO CONJUGAL

Dentre os determinantes demográficos, a idade é considerada por muitos pesquisadores como um fator fundamental da saúde no idoso.<sup>28,71</sup> Algumas pesquisas ressaltam a associação entre idade e a autopercepção de saúde dos idosos. As evidências mais recentes sugerem que o avançar da idade implica em um aumento da probabilidade do relato de problemas de saúde pelos indivíduos.<sup>28,71</sup>

Ferraro et al. em 1997 concluíram que o aumento da idade entre as pessoas idosas estava relacionado a uma percepção da saúde ruim.<sup>64</sup> Denton e Walters em 1999 conduziram um estudo utilizando os dados do *National Population Health Survey* – NPHS, com o objetivo de medir o estado de saúde dos indivíduos canadenses, em 1994. As autoras encontraram que a idade é um significativo determinante da autopercepção de saúde em ambos os sexos, sendo que tanto os homens quanto as mulheres idosas não percebem a saúde deles como boa ou excelente, embora haja diferença em relação ao preditor de saúde nos dois sexos.<sup>65</sup> Os resultados de Baron-Epel e Kaplan em 2001 obtidos de uma pesquisa transversal, em 1998, com indivíduos israelenses de 45 a 75 anos, mostraram que a autopercepção de saúde é correlacionada negativamente com a idade.<sup>34</sup> Uma pesquisa sobre desigualdades na autopercepção do estado de saúde e suas determinações, realizada no Brasil, com base nos dados da Pesquisa Nacional por

Amostra Domiciliar (PNAD-98), revelou que a probabilidade dos indivíduos classificarem o estado de saúde como ruim aumenta significativamente a partir dos 65 anos de idade, sendo a idade, desta forma, o determinante mais importante do estado de saúde autopercebido.<sup>67</sup> Por sua vez, um estudo realizado com 677 indivíduos com 65 anos e mais na cidade de Madrid (Espanha) mostrou que a autopercepção do estado de saúde como ruim tende a diminuir com o avançar da idade, sendo que os idosos de 85 anos e mais avaliam a sua saúde melhor do que os idosos de 65 a 74 anos.<sup>68</sup> Assim, como a autopercepção de saúde varia com a idade, esta variável deve ser incluída em pesquisas que investigam o estado de saúde do indivíduo, principalmente do idoso.

Um outro fator diretamente relacionado à saúde dos idosos é o sexo. Os estudos destacam que os homens apresentam maiores taxas específicas de mortalidade, ao passo que as mulheres apresentam um estado de saúde mais precário.<sup>74</sup> De acordo com Verbrugge em 1985, as mulheres têm maiores taxas de morbidade, mas os homens se deparam com condições que são, freqüentemente, mais severas, como as doenças crônicas fatais. A desigualdade de sexo exibe uma influência na saúde e no bem-estar porque afeta determinantes de saúde, incluindo a educação, a ocupação, a renda, as redes sociais, o ambiente físico e social e os serviços de saúde. Apesar disso, alguns autores argumentam que as pessoas idosas tem sido negligenciadas em pesquisas em relação a diferenças de gênero na área da saúde em relação a outros estágios da vida, sendo este um achado paradoxal, visto que nas fases mais tardias da vida ocorre uma maior procura pelos serviços de saúde.<sup>78</sup>

Segundo Arber e Ginn em 1993, a análise de dados da pesquisa domiciliar geral britânica demonstra poucas diferenças entre os idosos do sexo masculino e feminino na avaliação subjetiva de saúde, com as mulheres avaliando a sua saúde como menos positiva em relação à saúde dos homens.<sup>28</sup> Kubzansky et al. em 1998 realizaram um trabalho utilizando os dados do *MacArthur Research Network on Successful Aging Community Study*, com uma amostra de idosos entre 70 a 79 anos residentes em três cidades americanas, objetivando investigar a associação do nível educacional com uma variedade de fatores de risco para saúde ruim e concluíram que os homens idosos avaliaram a saúde deles melhor do que as mulheres.<sup>69</sup> O estudo de McDonough e Walters em 2001 também encontraram que os homens apresentaram maior probabilidade de relatarem uma boa autopercepção do estado

de saúde quando comparados às mulheres. Os autores colocam que essa condição deve motivar investigações detalhadas sobre fatores relacionados ao sexo na avaliação da autopercepção do estado de saúde do idoso.<sup>72</sup>

O estudo de Zimmer e Amornsirisomboon em 2001, com base nos dados de uma pesquisa com idosos da Tailândia, em 1994, conduzida pelo *National Statistical Office of Thailand*, que consiste de uma amostra representativa da população de 50 anos e mais, apontou que as mulheres declararam mais prejuízos na saúde do que os homens.<sup>71</sup> McDonough e Walters em 2001 examinaram as diferenças de sexo na autopercepção de saúde. Os resultados indicaram que as mulheres avaliaram a saúde delas como inferior (cerca de 2%) em relação à saúde dos homens.<sup>72</sup> Por outro lado, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou uma melhor autopercepção de saúde das mulheres, em comparação aos homens.<sup>73</sup> Conforme Lahelma et al. em 1999, existe uma similaridade na autopercepção de saúde entre os idosos do sexo masculino e feminino. Para Arber e Cooper em 1999, as mulheres idosas são mais prováveis de relatarem uma boa saúde do que os homens, sugerindo o aparecimento de um novo paradoxo entre os idosos no qual, ao analisar questões relacionadas à saúde dos idosos, é essencial levar em consideração o sexo como base de diferenciação.<sup>78</sup>

O estado de saúde dos idosos difere também sistematicamente de acordo com o estado conjugal, em ambos os sexos.<sup>80</sup> Estar casado parece ser a condição mais favorável.<sup>71</sup> Hu e Goldman em 1990 observaram que 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. Segundo Hahn em 1993, o casamento está relacionado a uma melhor autopercepção de saúde entre as mulheres, sendo que as casadas mostram marcadores de saúde melhorados em relação às não-casadas no que se refere à autopercepção de saúde. Desta forma, os idosos divorciados e separados mostram, freqüentemente, uma pobre autopercepção da saúde. Mais recentemente, GRUNDY (2001) enfatiza que o estado conjugal e saúde mostram que o indivíduo casado apresenta melhor saúde, seguido pelo solteiro, o viúvo e, então, o divorciado.

Segundo Alves existem pesquisas que mostram resultados sugerindo que a viuvez poderia exercer um efeito protetor na autopercepção negativa do estado de saúde dos idosos.<sup>109</sup> De acordo com esses estudos, os viúvos experimentam mais autonomia, independência e liberdade, que poderiam ter sido reprimidas durante a

vida em união conjugal, contribuindo diretamente para uma considerável melhora na autopercepção do estado de saúde.<sup>109</sup> É possível que aspectos culturais ou metodológicos possam auxiliar na explicação dessas diferenças.

Outras investigações sugerem que a viuvez contribuiria negativamente no marcadores de saúde, pois os viúvos poderiam apresentar maiores problemas de saúde e taxas específicas de mortalidade.<sup>81</sup> Goldman et al. em 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.<sup>81</sup>

Porém, alguns autores apontam para diferentes resultados com relação à autopercepção de saúde e o estado conjugal entre os idosos. Segundo Cott et al. em 1999, a situação de casado diminui as chances dos idosos avaliarem a saúde como boa ou excelente.<sup>92</sup> Goldman et al. em 1995 sugerem que o estado conjugal é de fato relacionado com a autopercepção de saúde e a sobrevivência nas idades mais avançadas.<sup>81</sup> Ainda, a viuvez é associada com uma saúde deteriorada, mas isto não é aplicado para as pessoas solteiras ou divorciadas, sendo que as mulheres solteiras apresentavam melhor saúde do que as casadas.<sup>81</sup>

## 9.2 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E DADOS SOCIOECONÔMICOS: EDUCAÇÃO E RENDA

Dentre as diversas variáveis relacionadas com a condição de saúde, a situação socioeconômica desempenha um papel fundamental na determinação da saúde dos indivíduos. Entretanto, até recentemente, algumas pesquisas ignoravam o impacto da condição social e econômica nas idades mais avançadas. Para alguns autores, o efeito do *status* socioeconômico na saúde é consequência de uma interação de mecanismos psicológicos e sociológicos, como o comportamento, o suporte social, o *stress*, os fatores ambientais e o acesso aos cuidados médicos.<sup>75</sup>

Os diferenciais socioeconômicos na saúde persistem e em alguns casos aumentam com o avançar da idade.<sup>76,77,78</sup> As pesquisas realizadas em países desenvolvidos mostram uma melhor condição socioeconômica nos indivíduos destes

países em relação aos seus marcadores de saúde.<sup>78,80</sup> No entanto, os efeitos das desigualdades sociais na saúde dos idosos brasileiros e de outros países em desenvolvimento ainda estão em investigação.<sup>56</sup>

De acordo com a literatura há estudos que consideram a renda elevada um indicador para a classificação de uma boa autopercepção do estado de saúde.<sup>28,71,109</sup> Conforme Goldman et al. em 1995, numerosos estudos têm mostrado que um baixo *status* socioeconômico é associado com uma saúde deficiente e um elevado risco de mortalidade.<sup>81</sup> Os resultados de Cheng et al. em 2002 demonstram que as condições econômicas estão significativamente relacionadas com a autopercepção de saúde. Ou seja, as pessoas que relatam sua situação financeira como insuficiente apresentam uma pobre percepção da saúde.<sup>83</sup>

Os indicadores da situação socioeconômica são freqüentemente operacionalizados pela educação e a renda. Essas variáveis fazem referência a um aspecto específico da saúde. A educação, por exemplo, estimula o acesso às informações e a prática de comportamentos saudáveis.<sup>69</sup> A renda favorece o acesso aos serviços médicos. Isso sugere que a educação e a renda influenciam diretamente a saúde.<sup>71</sup>

A literatura sugere uma relação positiva entre educação e saúde dos idosos, apesar dessa associação declinar com a idade em determinadas pesquisas.<sup>84,85</sup>

A baixa renda atua nos indivíduos de forma negativa para a adoção de um comportamento saudável no ambiente domiciliar e para o acesso aos serviços e recursos materiais exigidos para os cuidados em saúde. Idosos mais pobres procuram em menor número os serviços de saúde, possuem pouca adesão aos tratamentos e têm pouco acesso aos medicamentos.<sup>52,56,109</sup> Desta forma, estes achados poderiam explicar porque os idosos em situação socioeconômica mais precária apresentam uma autopercepção de saúde menos favorável em relação aqueles cuja condição social se apresenta em situação mais vantajosa, como demonstrado no presente estudo.

A educação determina diversas vantagens para a saúde, pois indivíduos com nível educacional mais elevado encontram-se menos propensos a se exporem aos fatores de risco para doenças.<sup>89,109</sup> 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, especialmente, o seguimento correto das orientações relacionadas à obtenção de melhor qualidade de vida.<sup>86,109</sup>

Ross e Wu em 1996 encontraram uma correlação significativa entre educação e a autopercepção de saúde.<sup>86</sup> Nesse estudo, a percepção de saúde dos indivíduos com maior nível educacional foi melhor entre os grupos etários mais avançados.<sup>86</sup> Para Arber e Ginn em 1993, os idosos de baixa renda relataram uma condição de saúde ruim.<sup>28</sup> Ecob e Davey Smith em 1999 apresentaram dados confirmando uma estreita associação entre renda e saúde.<sup>87</sup> Lima-Costa et al. em 2003 utilizaram os dados da PNAD de 1998 para examinar a influência da situação socioeconômica em uma amostra de 19.068 indivíduos com 65 anos e mais, representativos da população brasileira, e encontraram que os idosos com renda mais baixa apresentaram uma pior percepção da saúde.<sup>56</sup>

Conforme Zimmer e Amornsirisomboon em 2001, a educação e a renda são fortes indicadores da autopercepção de saúde entre os idosos, ou seja, a redução dos níveis de educação e renda acarreta um aumento na probabilidade destas pessoas perceberem sua saúde como menos favorável.<sup>71</sup> Assim, como o estado de saúde declina com a redução do nível socioeconômico, torna-se apropriado analisar as condições sociais e econômicas, por meio da educação e da renda, em pesquisas que visam estabelecer o estado de saúde do indivíduo.<sup>85,88</sup>

### 9.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS

A presença de doenças crônicas é um outro fator que tem uma associação positiva com a autopercepção de saúde na maioria dos estudos da população idosa.

Pijls et al. em 1993 argumentaram que a prevalência de doenças crônicas é um importante determinante da autopercepção de saúde.<sup>89</sup> Ferraro et al. em 1997 observaram um declínio na autopercepção da saúde entre os idosos que possuíam um maior número de condições crônicas.<sup>64,89</sup> Os resultados de Damian et al. em 1999 apontam que as doenças crônicas são fortemente relacionadas com uma autopercepção de saúde ruim entre os idosos, indicando que um aumento no número das doenças eleva a probabilidade do indivíduo perceber a sua saúde de forma negativa.<sup>68</sup> Um estudo realizado por Orfila et al. em 2000, com base nos

dados do *Health Interview Survey*, com indivíduos de 65 anos ou mais, não-institucionalizados, residentes na cidade de Barcelona (Espanha), evidenciou que as doenças crônicas são importantes determinantes do declínio da autopercepção do estado de saúde do idoso.<sup>91</sup> A pesquisa de Molarius e Janson em 2002 analisou o impacto das doenças crônicas na autopercepção de saúde. Os autores utilizaram dados de um questionário obtidos por meio de correspondência, de uma amostra representativa da população da Suécia em 2000. Os resultados indicaram que as doenças crônicas são podem estar relacionadas com uma pobre percepção de saúde entre os idosos. Mas, outros estudos têm demonstrado que as pessoas portadoras de algum tipo de doença crônica também podem relatar uma boa saúde.<sup>92</sup> Cott et al. colocam que, os dados de uma pesquisa de saúde realizada no Canadá, em 1990, mostraram que 79% dos indivíduos que reportaram a presença de doenças crônicas classificaram sua saúde como sendo boa ou excelente.<sup>92</sup>

Diante desse contexto, torna-se necessário analisar a influência da presença de doenças crônicas na autopercepção de saúde dos idosos.

#### 9.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E CAPACIDADE FUNCIONAL, AVALIADA PELAS AVDS E INCAPACIDADES

A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de atividades da vida cotidiana, ou mesmo, pela impossibilidade de desempenhá-las.

Uma outra maneira de conceituar o estado de saúde é por meio da capacidade funcional, que se refere à potencialidade para desempenhar as AVDs (atividades da vida diária).<sup>94</sup> Já a incapacidade funcional é definida pela presença de dificuldade no desempenho de atividades de vida diária ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las. A capacidade funcional é vista como um fator determinante de saúde, qualidade de vida e mortalidade entre os idosos e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou sociedade.<sup>27,89,96,97,98</sup> O problema se inicia quando as funções começam a deteriorar.

As AVDs, AIVDs e mobilidade são as medidas freqüentemente utilizadas para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. As AVDs consistem nas tarefas de autocuidado, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se, deitar/levantar da cama, usar o sanitário. As AIVDs são tarefas mais adaptativas, como, por exemplo, fazer compras, telefonar, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição. A mobilidade se refere à capacidade de sair da residência.<sup>94</sup> A dependência funcional é um componente do modelo teórico da autopercepção de saúde.<sup>99</sup> A literatura destaca a capacidade funcional como um indicador do modo como as pessoas avaliam o seu estado geral de saúde. Segundo Damian et al. a capacidade funcional é um robusto determinante da autopercepção de saúde entre os idosos.<sup>68</sup> Ferraro et al. revelaram que a capacidade funcional afeta a autopercepção da saúde.<sup>64</sup> Hoeymans et al. numa pesquisa longitudinal realizada com 939 idosos do sexo masculino, na Holanda, concluíram que a porcentagem de indivíduos incapacitados e limitados funcionalmente aumentava ao longo do tempo, e a relação entre nível de incapacidade e percepção de saúde era significativa. Os autores deste estudo mostraram que somente a incapacidade para AVDs e para mobilidade apresentaram impacto na autopercepção de saúde dos idosos masculinos.<sup>96</sup> Gama et al. em 2000 encontraram, num estudo transversal de 5139 idosos não institucionalizados, realizado na região rural da Espanha, que as AVDs, AIVDs e as atividades envolvendo mobilidade eram fortemente associadas com a autopercepção da saúde.<sup>101</sup> Para Kim et al. em 1997, um aumento nas dificuldades de realização de AVDs pressupõe um declínio na autopercepção de saúde. Leinonen et al. ressaltam que o aumento das dificuldades nas AVDs é indicativo de declínio na autopercepção de saúde.<sup>102</sup> Leinonen et al. afirmam que as diferentes autopercepções de saúde observadas entre os idosos refletem sistematicamente o nível de desempenho funcional.<sup>103,104</sup> Lee e Shinkai examinaram a associação entre autopercepção de saúde e capacidade funcional de idosos japoneses e coreanos que residiam na comunidade, onde os resultados apontaram que a capacidade funcional era significativamente relacionada com a autopercepção de saúde nas duas populações.<sup>105</sup>

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maior longevidade populacional tem proporcionado o impulso concomitante da comunidade científica para o estudo do envelhecimento e o seu envolvimento nos aspectos clínicos e na qualidade de vida deste grupo de indivíduos através de estudos epidemiológicos que auxiliam a compreensão do envelhecer e também na construção e planejamento de parâmetros para organizar e praticar políticas de saúde voltadas para os idosos.

A idade avançada envolve também um maior risco de comorbidades, com uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas contribuindo, inclusive, para uma queda na reserva funcional frente às diferentes intempéries do meio onde este idoso está inserido. Desta forma, repercussões importantes na vida do idoso podem aflorar no sentido de comprometer a sua independência e funcionalidade, inclusive como o indivíduo idoso percebe estas mudanças e como ele as vê. Desta forma, a autopercepção referida e demonstrada neste estudo é influenciada positivamente por fatores como a maior escolaridade. Por outro lado, a maior prevalência de doenças crônicas e maior grau de dependência nas atividades diárias se mostram como elementos que influenciam adversamente a autopercepção de saúde em idosos.

Estudos complementares se fazem necessários a fim de contribuir no entendimento e na interpretação de como os diferentes fatores socioeconômicos e clínicos participam na autopercepção de saúde da população idosa e qual a sua influência no envelhecimento saudável.

## 11 CONCLUSÕES

O presente estudo concluiu que:

- a) a autopercepção referida mais freqüentemente pelos idosos foi regular e boa;
- b) melhor escolaridade e renda estão relacionados com uma autopercepção de saúde melhorada;
- c) autopercepção de saúde se apresenta pior nos idosos com presença de doenças crônicas;
- d) maior grau de dependência em atividades diárias está relacionada com uma pior percepção na autopercepção de saúde.

## REFERÊNCIAS

- 1 Veras R. Epidemiologia do envelhecimento na América Latina. In: Forlenza OV, Caramelli P. Neuropsiquiatria geriátrica. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 7-21.
- 2 Dias JFS. O envelhecimento no contexto nacional. In: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC). Secretaria Regional do Rio Grande do Sul. Secretaria Seccional de Santa Maria. Projeto SBPC na comunidade. Palestra 6 [palestra online], ano II, 2001 Mar-Dez, Santa Maria, Brasil. [capturado 2002 Maio 23]; [7 telas]. Disponível em: <http://www.ufsm.br/antartica/Palestra%206.htm>
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Programas e projetos. Saúde do idoso. [capturado 2002 Maio 23]; [13 telas]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
- 4 Pimenta FAP. Autopercepção do estado de saúde, qualidade de vida e consumo de recursos de saúde em uma população de aposentados de Belo Horizonte. Dissertação de mestrado. UFMG. Biblioteca digital da UFMG. Disponível em: <http://dispace.lcc.ufmg.br/dspace/handle>
- 5 Mello ALSF. Cuidado odontológico provido a pessoas idosas residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre-RS: a retórica, a prática e os resultados [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- 6 Guimarães R, Lourenço R, Cosac S. A pesquisa em epidemiologia no Brasil. Rev Saúde Pública. 2001;35(4):321-40.
- 7 Pinto RBR, Bastos LC. Approach to research in epidemiology applied to gerontology in Brazil: literature review of papers published between 1995 and 2005. Rev. bras. epidemiol. [periódico online]. 2007 Sep [capturado 2008 Feb 19]; 10(3):361-369. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2007000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000300007&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S1415-790X2007000300007
- 8 Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1995; 50:S344-53.
- 9 Grundy E, Sloggett A. Health inequalities in the older population: the role of personal capital, social resources and socio-economic circumstances. Soc Sci Méd. 2003; 56:935-47.
- 10 Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997;38:21-37.
- 11 Jylhä M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1998; 53:S144-52.

12 Ramos LR, Veras R, Kalache A. Populational ageing: a Brazilian reality. *Rev. Saúde Pública*. 1987;21:211-24.

13 Lebrão ML, Laurenti R. Health, well-being and aging: the SABE study in São Paulo, Brazil. *Rev. bras. epidemiol.* [periódico online]. 2005 June [capturado 2008 Feb 19]; 8(2): 127-141. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200005&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S1415-790X2005000200005

14 Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico, 1991. Rio de Janeiro: IBGE; 1992.

15 Lima-Costa MF, Barreto SM, GL. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2003 Jun [citado 2008 Feb 20]; 19(3):735-743. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006&lng=pt&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2003000300006

16 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res*. 1975;12:189-98.

17 Taueber CM, Rosenwaike I. A demographic portrait of America's oldest old. In: Suzman RM, Willis DP, Manton KG. *The oldest old*. New York: Oxford University; 1992. p. 17-49.

18 Marin MJS, Caetano SB, Palasson RR. Avaliação da satisfação dos usuários do programa interdisciplinar de internação domiciliar. *Espaço Saúde* [periódico online] 2001 Jun. [capturado 2002 Maio 23]; 2(2):[15 telas]. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n2/doc/domiciliar.htm>

19 Andreoli TE, Bennett JC, Carpenter CCJ, et al. Biologia do envelhecimento. In: Andreoli TE, Bennett JC, Carpenter CCJ, Plum F, Smith Jr LH. *Cecil. Medicina interna básica*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. p. 748-753.

20 Universidade de São Paulo. Prêmio Saúde Brasil: Programa de Assistência ao Idoso Institucionalizado (PRAIDI): intervenção de estudantes universitários em instituição de longa permanência na cidade de São Paulo. [capturado 2002 Maio 23]; [4 telas] Disponível em: <http://www.saudebrasilnet.com.br/trabalhos/trabalho33.asp>.

21 Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil uma questão de saúde pública. *Gerontologia*. 1993;1:3-8.

22 Ramos LR. Os fármacos e o idoso. In: Gorzoni LR, Toniolo Neto J. *Terapêutica clínica no idoso*. São Paulo: Savoier; 1995. p. 3-6.

23 Moreira MM. Determinantes demográficos do envelhecimento brasileiro. [capturado 2002 Maio 23]; [11 telas]. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-1.doc>

- 24 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) e censo demográfico 2000. [capturado 2002 Maio 08]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2001/a14.htm>
- 25 McNamara TR. Adverse drug interacciones In: Wood WG, Strong R. The elderly. Geriatria clinical pharmacology. New York: Raven; 1987. p. 141-147.
- 26 Castillo Junior F, Serrano MJS, Romero GM. Bases de la farmacología clínica en el anciano. In: Castillo Junior F, Serrano MJS, Romero GM. La terapéutica farmacológica en geriatria. Barcelona: Sandoz; 1988. p. 9-18.
- 27 Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saude Publica [periódico online]. 1997 Abr. [capturado 2002 Maio 23]; 31(2):[18 telas]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>
- 28 Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. Soc Sci Med. 1993;36(1): 33-46.
- 29 Barreto SM, et al. Gênero e desigualdades em saúde entre idosos brasileiros. In: Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil, 1, 2002. Ouro Preto: NESPE , 2002. p. 59-69.
- 30 Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Revista Panamericana de Saúde Pública. 2005;17(5-6):1020-4989.
- 31 Portrait F, Lindeboom M, Deeg D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. Demography. 2001 Nov;38(4):525-536.
- 32 Leite IC, et al. Comparação das informações sobre as prevalências de doenças crônicas obtidas pelo suplemento saúde da PNAD/98 e as estimativas pelo estudo Carga de Doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(4):733-741.
- 33 Pinheiro RS, et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2002;7(4):687-707.
- 34 Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? Social Science and Medicine. 2001;53(9):1373-1381.
- 35 Grut M, Fratiglioni L, Viitanen M, Winblad B. Accuracy of the Mini-Mental Status Examination as a screening test for dementia in a Swedish elderly population. Acta Neurol Scand. 1993;87:312-7.
- 36 Bush TL, Miller SR, Criqui MH, Barret-Connor E. Risk factors for morbidity and mortality in older populations: an epidemiologic approach. In: Hazzard WR, Andres R, Bierman EL, Blass JP. Principles of geriatric medicine and gerontology. New York: McGraw-Hill; 1990. p. 125-35.

- 37 Ponzetto M, Maero B, Maina P, D'Agostino E, Scarafiotti C, Speme S, et al. Risk factors in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr Suppl.* 2002;(8):283-90.
- 38 Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública.* 2003;19:793-7.
- 39 Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 72-8.
- 40 Wolinsky FD, Johnson RL, Stump TE. The risk of mortality among older adults over an eight-year period. *Gerontologist.* 1995;35(2):150-61.
- 41 Benyamini Y, Idler E. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: additional studies, 1995 to 1998. *Res Aging.* 1999;21:392-401.
- 42 DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2006;21:267-275.
- 43 Spiers N, Jagger C, Clarke M, Arthur A. Are gender differences in the relationship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *Gerontologist.* 2003;43:406-411.
- 44 Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev. Saúde Pública [periódico online].* 2006 Dec [capturado 2008 Feb 19]; 40(6):1049-1056. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000700013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000700013&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0034-89102006005000009
- 45 Idler EL. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality, and in the relationship between the two. *Gerontologist.* 2003;43:372-5.
- 46 Almeida OP. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(3B):605-12.
- 47 Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
- 48 Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med.* 1999;48:1713-20.
- 49 Guccione AA. *Fisioterapia geriátrica.* 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.114-124.
- 50 Bailis DS, Segall A, Chipperfield, JG. Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine.* 2003 Jan;56(2):203-217.

51 Martikainen P, et al. Reliability of perceived health by sex and age. *Social Science and Medicine*. 1999 Apr;48(8):p.1117-1122.

52 Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da autopercepção da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública* [periódico online]. 2004 Dez [citado 2008 Feb 19]; 38(6):827-834. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600011&lng=pt&nrm=iso). doi: 10.1590/S0034-89102004000600011

53 Lima-Costa MF, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Vidigal PG, Barreto SM. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS): methodological approach and preliminary results of a population based cohort study of the elderly in Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2000;34:126-35.

54 Veras R. A survey of the health of elderly people in Rio de Janeiro, Brazil [PhD. thesis]. London: University of London; 1992.

55 Ramos LR, Toniolo NJ, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up study of elderly residents in São Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Rev Saúde Pública*. 1998;32:397-407.

56 Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. The influence of proxy respondents on health perception among older adults: a study based on the Brazilian National Household Survey (1998, 2003) and the cohort study in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [periódico online]. 2007 Aug [capturado 2008 Feb 19]; 23(8):1893-1902. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000800016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800016&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2007000800016

57 Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino AL, Faria ME, Figueira I, et al. O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antonio de Pádua, Rio de Janeiro. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):782-5.

58 Salmon DP, Riekkinen PJ, Katzman R, Zhang M, Jin H, Yu E. Cross-cultural studies of dementia: a comparison of Mini-Mental State Examination performance in Finland and China. *Arch Neurol*. 1989;46:769-72.

59 Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health*. 2001 Apr;55(4):227-32.

60 Kawada T. Self-rated health and life prognosis. *Arch Med Res*. 2003;34:343-347.

61 Chiyoe M, Takaaki K, Koji T, Hiroshi Y, Hideaki T. Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006 Nov;43(3):369-380.

62 Deeg DJH, Kriegsman DMW. Concepts of self-rated health: specifying the gender difference in mortality risk. *Gerontologist*. 2003;43:376-386.

- 63 Benyamini Y, Blumstein T, Lusky A, Modan B. Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it poor self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival? *Gerontologist*. 2003;43:396-405
- 64 Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997 Mar;38(1):38-54.
- 65 Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, 1999 May;48(9):1221-1235.
- 66 Liang BA, Shaw JM, Bennett N, Krause E, Kobayashi T, Sugihara Y. Intertwining Courses of Functional Status and Subjective Health Among Older Japanese. *J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2007 Sep 1;62(5):S340-S348.
- 67 Dachs, JNW. Determinantes das desigualdades na autopercepção do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):641-657.
- 68 Damián J, Ruigómez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(7):412-6.
- 69 Kubzansky LD, et al. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur studies of successful aging. *Psychosomatic Medicine*. 1998 Sep.-Oct.;60(5):578-585.
- 70 Krause N, Liang J, Jain A, Sugisawa H. Gender differences in health among the Japanese elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 1998 Mar;26(2):141-159.
- 71 Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Social Science and Medicine*. 2001 Apr;52(8):1297-1311.
- 72 McDonough P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Social Science and Medicine*. 2001 Feb;52(4):547-559.
- 73 Marks NF. Socioeconomic status, gender and health at midlife: evidence from the Wisconsin Longitudinal Study. *Research in the Sociology of Health Care*. 1996;13:133-150.
- 74 Lahelma E, et al. Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science and Medicine*. 1999 Jan;48(1):7-19.
- 75 House JS, Lepkowski JM, Kinney AM, Mero RP, Kessler RC, Herzog AR. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behaviour*. 1994;35:213-234.

- 76 Syme SL, Berkman LF. Social class, susceptibility and sickness. *American Journal of Epidemiology*. 1976 Jul;104(1):1-8.
- 77 Fingerhut LA, Wilson RW, Feldman JJ. Health and disease in the United States. *Annual Review of Public Health*. 1980 May;1:1-36.
- 78 Arber S, Cooper H. Gender differences in health in later life: the new paradox? *Social Science and Medicine*. 1999 Jan;48(1):61-76.
- 79 Hay DI. Socioeconomic status and health status: a study of males in the Canada Health Survey. *Social Science and Medicine*. 1988;27(12):1317-1325.
- 80 Arber S. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. *Social Science and Medicine*, 1991;32(4):425-436.
- 81 Goldman N, Korenman S, Weinstein R. Marital Status and health among the elderly. *Social Science and Medicine*, 1995 Jun;40(12):1717-1730.
- 82 Wang N, Iwasaki M, Otani T, Hayashi R, Miyazaki H, Xiao L, et al. Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle, and social support factors in a middle-aged Japanese. *J Epidemiol*. 2005;15:155-162.
- 83 Cheng YH et al. Self-rated economic condition and health of elderly persons in Hong Kong. *Social Science and Medicine*, 2002 Oct ;55(8):1415-1424.
- 84 Elo G, Preston IT. Educational differentials in mortality: United States, 1979-85. *Social Science and Medicine*, 1996 Jan;42(1):47-57.
- 85 House JS et al. The social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 1994 Sep;35(3):213-234.
- 86 Ross CE, Wu CL. Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 1996;37:104-120.
- 87 Ecob R, Davey Smith S. Income and health: what is the nature of the relationship? *Social Science and Medicine*, 1999 Mar;48(5):693-705.
- 88 Marmot M. et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 1997 Mar;44(6):901-910.//House, JS et al. Age, socioeconomic status, and health. *The Milbank Quarterly*, 1990;68(3):383-411.
- 89 Pijls LTJ, Feskens EJM, Kromhout D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men: the Zutphen study, 1985-1990. *American Journal of Epidemiology*, 1993 Nov;138(10):840-848.
- 90 Subramanian SV, Kubzansky L, Berkman L, Fay M, Kawachi I. Neighborhood effects on the self-rated health of elders: uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2006;61:153-160.

- 91 Orfila F, et al. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2000 Jun;53(6):563-570.
- 92 Cott CA, Gignac MAM, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1999 Nov;53(11):731-736.
- 93 Jiménez-García R, Jiménez-Trujillo I, Hernández-Barrera V, Carrasco-Garrido P, López A, Gil A. Ten-year trends in self-rated health among Spanish adults with diabetes, 1993-2003. 1: *Diabetes Care*. 2008 Jan;31(1):90-2. Epub 2007 Oct 1.
- 94 Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1983 Dec;31(12):721-727.
- 95 Yuaso DR, Sguizzatto GT, Fisioterapia em pacientes idosos. In: Papaléo-Netto, M. (Org.) *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002;30:331-347.
- 96 Hoeymans N, Feskens E J, Van den Bos, GA, Kromhout D. Age, time, and cohort effects on functional status and self-rated health in elderly men. *Am J Public Health*. 1997;87:1620-1625.
- 97 Harris T. et al. Longitudinal study of physical ability in the oldest-old. *American Journal of Public Health*, 1989 Jun;79(6):698-702.
- 98 Scott W. K. et al. Functional health status as a predictor of mortality in men and women over 65. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1997 Mar;50(3):291-296.
- 99 Moum T. Self-assessed health among Norwegian adults. *Social Science and Medicine*, 1992 Oct;35(7):935-947.
- 100 Wang JJ, Mitchell P, Smith W. Vision and low self-rated health: The Blue Mountains Eye Study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2000;41:49-54.
- 101 GAMA E. V. et al. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. *Age and Ageing*, 2000 May;29(3):267-270.
- 102 Kim SH, Wolde-Tsadik G., Reuben D. B. Predictors of perceived health in hospitalized older persons: a cross-sectional and longitudinal study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 1997 Apr;45(4):420-426.
- 103 Leinonen R., Heikkinen E., Jylhä M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 2001 Mar;52(9):1329-1341.
- 104 Leinonen R., Heikkinen E., Jylhä M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2002 July-Aug;35(4-5):79-92.

105 Lee Y., Shinkai S A. comparison of correlates of self-rated health and functional disability of older persons in the Far East: Japan and Korea. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2003 Jul-Aug;37(1):63-76.

106 Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennett JM, Kobayashi E, Fukaya T, Sugihara Y. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2005;60:S224-S232.

107 Cielito C, Gibby R, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults *Pain*. 2002 Jan;95(1):75-82.

108 Franzén K, Saveman BI, Blomqvist K. European Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2007 June;6(2):112-120.

109 Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000 [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.

110 Lorraine PJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Prev Chronic Dis*. 2005;2:A12.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Questionário do Projeto Idosos de Porto Alegre

## INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Número do paciente

Número do avaliador

Identificação:

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ Num: \_\_\_\_\_ Ap: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Área: \_\_\_\_\_

Inf Adicional: \_\_\_\_\_

## DADOS GERAIS DO IDOSO

**1. Onde reside?**

Bairro:.....

**2. Onde o(a) senhor(a) nasceu?**

Município: .....

Estado:.....

País:.....

**3. Nasceu em meio urbano ou rural?**

- (1) urbano
- (2) rural
- (3) não sabe
- (4) não respondeu

**4. Sexo**

- (1) masculino
- (2) feminino

**5. Cor**

- (1) branca
- (2) preta
- (3) amarela
- (4) parda
- (5) NR

**6. Atual estado civil:**

- (1) solteiro
- (2) casado
- (3) viúvo
- (4) desquitado
- (5) separado
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**7. Idade? [ \_ \_ ] ( em anos completos)**

7.1. Data de nascimento: \_ / \_ / \_ \_ .

## 7.2. (escolha)

- (1) 60 - 64 anos
- (2) 65 - 70 anos
- (3) 71 - 74 anos
- (4) 75 - 80 anos
- (5) 81 - 84 anos
- (6) 85 - 90 anos
- (7) 91 anos ou mais

**8. Escolaridade:**

- (1) analfabeto
- (2) alfabetizado fora da escola
- (3) primário incompleto
- (4) primário completo
- (5) ginásial incompleto
- (6) ginásial completo
- (7) complementar
- (8) secundário incompleto
- (9) secundário completo
- (10) superior incompleto
- (11) superior completo
- (12) não sabe
- (13) não respondeu

**B. QUALIFICAÇÃO DA MORADIA E INFRA-ESTRUTURA****9. Em que tipo de moradia o(a) senhor(a) vive?**

- (1) casa
- (2) apartamento
- (3) quarto /cômodo
- (4) barraco /maloca
- (5) NR

**10. Quantas peças possui sua moradia?**

- (1) uma peça
- (2) duas peças
- (3) três peças
- (4) quatro peças
- (5) mais de quatro peças
- (6) NR

**11. Sua moradia é:**

- (1) própria
- (2) alugada
- (3) cedida
- (4) invadida
- (5) outros
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**12.** O terreno em que se localiza a moradia

- (1) próprio
- (2) alugado
- (3) cedido
- (4) invadido
- (5) outros
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**13.** Qual o material de construção de sua moradia?

- (1) alvenaria
- (2) madeira
- (3) mista
- (4) outros
- (5) não sabe/ não respondeu

**14.** Como é feito o abastecimento de água?

- (1) rede pública, com canalização.
- (2) rede pública, sem canalização.
- (3) bica ou torneira pública
- (4) poço
- (5) outros
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**15.** O lixo de sua residência é?

- (1) coletado
- (2) queimado
- (3) enterrado
- (4) jogado
- (5) outros
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**16.** Possui energia elétrica?

- (1) sim com medidor
- (2) sim sem medidor
- (3) não
- (4) não sabe
- (5) não respondeu

**17.** Sua rua é servida por iluminação pública?

- (1) não
- (2) sim
- (3) NR

**18.** Que tipo de instalação sanitária possui sua moradia?

- (1) rede publica
- (2) fossa séptica
- (3) fossa negra
- (4) vala
- (5) outros
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**19.** Sua moradia possui:

- (1) banheiro com vaso sanitário e chuveiro
- (2) banheiro com vaso sanitário sem chuveiro
- (3) casinha privada externa
- (4) urinol exclusivamente

**20.** Quantas pessoas residem na sua moradia?

\_\_\_\_\_ INCLUIR O ENTREVISTADO (IDOSO)

## 20.1. (escolha)

- (1) 1 pessoa (idoso só)
- (2) 2 pessoas
- (3) 3 pessoas
- (4) 4 pessoas
- (5) 5 pessoas
- (6) 6 ou mais
- (7) não sabe
- (8) não respondeu

**21.** Em que local da casa dorme?

- (1) quarto
- (2) sala
- (3) cozinha /sala/ quarto (peça única)
- (4) outros
- (5) não respondeu

**22.** O(A) senhor(a) dorme com outras pessoas na mesma peça?

- (1) não, sozinho
- (2) sim, com cônjuge / companheiro.
- (3) sim, com os filhos.
- (4) sim, com os netos.
- (5) sim, com outras pessoas.
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**C. COMPOSIÇÃO FAMILIAR E RELAÇÕES SOCIAIS****23.** Quantos filhos o(a) Sr(a) teve?

- (1) um filho
- (2) dois filhos
- (3) três filhos
- (4) quatro filhos
- (5) cinco filhos
- (6) seis ou mais filhos: 23.1. Quantos \_\_\_\_\_
- (7) não tem filhos
- (8) não sabe
- (9) não respondeu

**24.** Destes filhos, quantos estão vivos?

- (1) um filho
- (2) dois filhos
- (3) três filhos
- (4) quatro filhos
- (5) cinco filhos
- (6) seis ou mais filhos: 24.1. Quantos \_\_\_\_\_
- (7) não tem filhos
- (8) não sabe
- (9) não respondeu

**25.** Atualmente o(a) senhor(a) mora:

- (1) sozinho
- (2) com cônjuge /companheiro (a)
- (3) com companheiro e filho(s)
- (4) com filho(s)
- (5) com filho(s) e neto(s)
- (6) com companheiro (a), filho(s) e neto(s)
- (7) com parentes (irmãos, tios, sobrinhos)
- (8) com pessoas não parentas (amigos, conhecidos)
- (9) com pais e/ou sogros
- (10) com netos
- (11) com empregada
- (12) com profissional de enfermagem
- (13) outros
- (14) não sabe
- (15) não respondeu

**26.** Como são suas relações familiares?

- (1) satisfatórias
- (2) insatisfatórias
- (3) não mantém relações familiares
- (4) não sabe
- (5) não respondeu

**27.** O(A) senhor(a) recebe alguma ajuda?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) não recebe
- (2) sim, dinheiro
- (3) sim, vestuário
- (4) sim, saúde
- (5) sim, habitação
- (6) sim, alimentação
- (7) sim, remédios
- (8) sim, cuidados pessoais.
- (9) outros
- (10) não sabe/não respondeu

**28.** De quem recebe ajuda / auxílio?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) cônjuge /companheiro
- (2) filho ou filhos (as)
- (3) neto ou netos (as)
- (4) Parentes
- (5) Amigos
- (6) Vizinhos
- (7) Outros
- (8) não recebe
- (9) não sabe
- (10) não respondeu

**D. OCUPAÇÃO****29.** Qual foi a sua principal ocupação, durante a maior parte de sua vida?

ANOTAR: \_\_\_\_\_

29.1. (escolha)

- (1) proprietário
- (2) administrador, gerente
- (3) profissional de nível superior universitário.
- (4) funções de escritório: corretor, contador, secretário, datilógrafo, auxiliar de escritório, caixa.
- (5) trabalhador especializado (técnico): indivíduo que possui curso técnico de nível médio (Continua...)

(6) trabalhador semi-especializado: mecânico, eletricista, armadores, soldadores, choferes, técnicos de indústria de transformação e construção civil, cabeleireiros.

(7) trabalhador não-especializado: pedreiros, lixeiros, serventes, empregados domésticos, estivadores, pescadores, operadores de Maquinas, vendedores ambulantes, policiais (sem treinamento técnico), vendedores-frentistas de postos de gasolina, Office - boy, vigias, guarda noturnos.

(8) indivíduos fora da PEA: donas de casa, estudantes, pensionistas, aposentados, desempregados e doentes.

(9) não sabe

(10) não respondeu:

**30.** Vincular com os setores econômicos

(1) Agrícola: agropecuária, extração vegetal e pesca.

(2) Indústria de transformação: metalurgia, metal. Mecânica, ind.móveis, papel e celulose, md. Couros e peles, md. Vestuário e sapatos, md. Química, md. Plásticos, farmacêuticos e prod. veterinários, petróleo, têxteis, editorial e gráfica.

(3) Indústria da construção civil

(4) Outras atividades industriais: extração mineral, serviços industriais de utilidade pública (energia elétrica, abastecimento de Água e serviços de esgoto /saneamento limpeza publica e remoção de lixo).

(5) Comércio de mercadorias: supermercados, armazéns, feiras-livres, casas de departamentos, comércio atacadista, açougues, postos de gasolina, comércio de material usado e ferro-velho, garrafeiros e papeleiros

(6) Serviços: alojamento e alimentação (hotéis, pensões, restaurantes, bares etc.), reparação e conservação (oficinas mecânicas), serviços pessoais e domiciliares (cabeleireiros, alfaiatarias, serviços domésticos), diversões, higiene, conservação de prédios e estiva.

(7) Serviços auxiliares de atividades econômicas: bancos, financeiras, seguradoras, imobiliárias, cartórios, contadores e serviços jurídicos.

(8) Transportes e comunicações: transporte de passageiros, transportes de carga, correios, telecomunicações, imprensa geral.

(9) Social: atividades comunitárias e sociais (seguridade social, sindicatos, assistência social), serviços médicos e odontológicos (públicos e privados), ensino, hospitais, igrejas.

(10) Administração publica: serviços administrativos federais, estaduais, municipais, entidades publicas, legislativo, justiça, serviço de segurança pública (Exercito, Marinha, Aeronáutica, Policia e Bombeiros)

(11) Outras atividades ou setores não classificados anteriormente

(12) Indivíduos fora da População Economicamente Ativa: donas de casa, pensionistas, aposentados sem outra ocupação, estudantes, desempregados

(13) não sabe

(14) não respondeu

**31.** Qual a sua principal ocupação atual?

ANOTAR: \_\_\_\_\_

31.1. (escolha)

- (1) proprietário
- (2) administrador, gerente
- (3) profissional de nível superior universitário
- (4) funções de escritório: corretor, contador, secretário, datilógrafo, auxiliar de escritório, caixa.
- (5) trabalhador especializado (técnico): indivíduo que possui curso técnico de nível médio
- (6) trabalhador semi-especializado: mecânico, eletricitista, armadores, soldadores, choferes, técnicos de indústria de transformação e construção civil, cabeleireiros.
- (7) trabalhador não especializado: pedreiros, lixeiros, serventes, empregados domésticos, estivadores, pescadores, operadores de máquinas, vendedores ambulantes, policiais (sem treinamento técnico), vendedores, frentistas de postos de gasolina, office-boys, vigias, guardas-noturnos
- (8) indivíduos fora da PEA: donas de casa, estudantes, pensionistas, aposentados, desempregados e doentes.
- (9) não sabe/não respondeu

**32.** Vincular com os setores econômicos

- (1) Agrícola: agropecuária, extração vegetal pesca.
- (2) Indústria de transformação: metalurgia, ind.mecânica, ind.móveis, ind.papel e celulose, ind.couros e peles, md. vestuário e sapatos, md. química, md. plásticos, farmacêuticos e prod. veterinários, petróleo, têxteis, editorial e gráfica.
- (3) Indústria da construção civil.
- (4) Outras atividades industriais: extração mineral, serviços industriais de utilidade pública (energia elétrica, abastecimento de água e serviços de esgoto/saneamento, limpeza pública e remoção de lixo).
- (5) Comércio de mercadorias: supermercados, armazéns, feiras livres, casas de departamentos, comércio atacadista, açougues, postos de gasolina, comércio de material usado e ferro-velho, garrafeiros e papeleiros.
- (6) Serviços: alojamento e alimentação (hotéis, pensões, restaurantes, bares etc), reparação e conservação (oficinas mecânicas), serviços pessoais e domiciliares (cabeleireiros, alfaiatarias, serviços domésticos), diversões, higiene, conservação de prédios e estiva.
- (7) Serviços auxiliares de atividades econômicas: bancos, financeiras, seguradoras, imobiliárias, cartórios, contadores e serviços jurídicos.
- (8) Transportes e comunicações: transporte de passageiros, transportes de carga, correios, telecomunicações, imprensa geral.
- (9) Social: atividades comunitárias e sociais (seguridade social, sindicato, assistência social), serviços médicos e odontológicos (públicos e privados), ensino, hospitais, igrejas.
- (10) Administração pública: serviços administrativos federais, estaduais, municipais, entidades públicas, legislativo, justiça, serviço de segurança pública (Exército, marinha, Aeronáutica, Polícia e Bombeiros). (Continua...)

(11) Outras atividades ou setores não classificados anteriormente.

(12) Indivíduos fora da PEA: donas de casa, pensionistas, aposentados sem outra ocupação, estudantes, desempregados.

(13) não sabe.

(14) não respondeu.

**33.** Com que idade o senhor começou a trabalhar em atividade remunerada?

\_\_\_\_\_ em anos completos

33.1. (escolha)

- (1) menos de 10 anos
- (2) de 11 a 14 anos
- (3) de 15 a 18 anos.
- (4) de 19 a 22anos
- (5) acima de 23 anos.
- (6) não sabe.
- (7) não respondeu.
- (8) não se aplica.

**34.** O (o) senhor está aposentado?

- (1) sim
- (2) não
- (3) NR

**35.** Com que idade se aposentou?

(EM ANOS COMPLETOS)

- (1) menos de 40 anos
- (2) de 41 a 44 anos
- (3) de 45 a 48 anos
- (4) de 49 a 52 anos
- (5) de 53 a 56 anos
- (6) de 57 a 60 anos
- (7) de 61 a 64 anos
- (8) de 65 a 68 anos
- (9) acima de 69 anos
- (10) não se aposentou
- (11) não sabe
- (12) não respondeu

**36.** Qual o motivo de sua aposentadoria?

- (1) tempo de serviço.
- (2) idade.
- (3) problemas de saúde.
- (4) acidente.
- (5) aposentadoria especial.
- (6) não está aposentado
- (7) outros.
- (8) não sabe.
- (9) não respondeu

**37.** O que o(a) senhor(a) faz atualmente?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) trabalho doméstico.
- (2) trabalho eventual.
- (3) trabalho voluntário.
- (4) trabalho remunerado com carteira profissional.
- (5) trabalho remunerado sem carteira profissional. (Continua...)

37. O que o(a) senhor(a) faz atualmente?
- (6) empregador.
  - (7) autônomo.
  - (8) pequenos serviços não-remunerados.
  - (9) não se aplica.
  - (10) outros.
  - (11) não sabe.
  - (12) não respondeu.

#### E. RENDA

**38.** Qual a sua última renda mensal? R\$[ \_\_ \_\_ , 00]

38.1. (escolha)

- (1) Até 1 salário mínimo
- (2) + de um salário. até 2 salários mínimos
- (3) + de dois salários. até 3 salários mínimos
- (4) + de 3 salários. até 4 salários mínimos
- (5) + de 4 salários. até 5 salários mínimos
- (6) + de 5 salários. até 6 salários mínimos
- (7) + de 6 salários. até 7 salários mínimos
- (8) + de 7 salários. até 8 salários mínimos
- (9) + de 8 salários. até 9 salários mínimos
- (10) + de 9 salários mínimos.
- (11) não tem renda própria.
- (12) não sabe.
- (13) não respondeu.

**39.** Qual a origem da sua renda?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) aposentadoria
- (2) salários
- (3) aluguel
- (4) poupança
- (5) pensão
- (6) serviços eventuais
- (7) serviços permanentes
- (8) abono permanência
- (9) outros
- (10) não se aplica/não sabe

**40.** Qual sua principal fonte de renda?

- (1) aposentadoria
- (2) salário
- (3) aluguel
- (4) poupança
- (5) pensão
- (6) serviços eventuais
- (7) abono permanência
- (8) aposentadoria e pensão
- (9) outros
- (10) não se aplica
- (11) não sabe
- (12) não respondeu

**41.** Da sua renda, qual a sua principal despesa.

- (1) saúde
- (2) habitação.
- (3) ajuda familiar.
- (4) remédios.
- (5) vestuário.
- (6) outros.
- (7) não se aplica.
- (8) não sabe.
- (9) não respondeu.

**42.** Qual a renda mensal de sua família? R\$[ \_\_ \_\_ , 00]

42.1. (escolha)

- |                                  |                    |
|----------------------------------|--------------------|
| (1) 1 salário mínimo             | 2 salários mínimos |
| (2) 1 salário                    | 3 salários mínimos |
| (3) 2 salários                   | 4 salários mínimos |
| (4) 3 salários                   | 5 salários mínimos |
| (5) 4 salários                   | 6 salários mínimos |
| (6) 5 salários                   | 7 salários mínimos |
| (7) 6 salários                   | 8 salários mínimos |
| (8) 7 salários                   | 9 salários mínimos |
| (9) 8 salários                   |                    |
| (10) 9 salários mínimos ou mais. |                    |
| (11) não tem renda própria.      |                    |
| (12) não sabe.                   |                    |
| (13) não respondeu               |                    |
| (14) não se aplica.              |                    |

**43.** Quantas pessoas vivem desta renda? [ \_\_ \_\_ ]

43.1. (escolha)

- (1) 1 pessoa (idoso só).
- (2) 2 pessoas.
- (3) 3 pessoas.
- (4) 4 pessoas.
- (5) 5 pessoas.
- (6) seis pessoas.
- (7) (7 ou mais).
- (8) não sabe.
- (9) não respondeu

**44.** Qual sua participação econômica no núcleo familiar?

- (1) único responsável
- (2) major responsável
- (3) divide responsabilidades
- (4) sem participação
- (5) outros
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

#### F. ASPECTOS SOCIO-CULTURAIS

**45.** Como o(a) senhor(a) ocupa seu tempo livre?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) assiste televisão.
- (2) conversa com amigos.
- (3) ouve radio.
- (4) lê (jornais, revistas e livros).
- (5) ouve música.
- (6) faz trabalhos manuais (crochê tricô, etc).
- (7) realiza atividades físicas.
- (8) participa de atividades sócio-recreativas (passeios, visitas, bailes, etc.)
- (9) nenhuma atividade.
- (10) outros.
- (11) não sabe.
- (12) não respondeu

**46.** Como o(a) Senhor(a) gostaria de ocupar seu tempo livre?

**47.** Participa de alguma atividade associativa?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) Associação cultural
- (2) Associação esportiva
- (3) Associação recreativa
- (4) Associação religiosa.
- (5) Associação assistencial / caritativa.
- (6) Associações comunitárias
- (7) Associação sindical.
- (8) Associação política.
- (9) Outros.
- (10) Não participa.
- (11) Não sabe.
- (12) Não respondeu.

**48.** Qual a sua religião?

ANOTAR: \_\_\_\_\_

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) católica (romana, ortodoxa e brasileira)
- (2) evangélica (anglicana, episcopal, luterana, batista, congregação cristã do Brasil, pentecostal, adventista, testemunha de Jeová, outras).
- (3) espírita (Kardecista).
- (4) judaica (israelita).
- (5) afro-brasileira (umbanda, candomblé).
- (6) outra (budista, xintoísta, maometana, esotérica, etc).
- (7) nenhuma
- (8) não sabe
- (9) não respondeu.

**49.** É praticante de sua religião.

- (1) não.
- (2) sim.
- (3) NR

**50.** Acredita que, com o passar dos anos, o(a) senhor(a) (a).

- (1) ficou mais religioso.
- (2) ficou menos religioso.
- (3) não mudou em relação à religiosidade.
- (4) não sabe.
- (5) não respondeu.

#### G. ENVELHECIMENTO

**51.** Em sua opinião, o que faz uma pessoa ter vida longa.

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) a alimentação adequada.
- (2) o destino.
- (3) a vida organizada.
- (4) o trabalho.
- (5) a ocupação
- (6) os hábitos saudáveis.
- (7) gostar de viver.
- (8) outros - anotar.
- (9) não sabe.
- (10) não respondeu

**52.** Na impossibilidade de viver só ou com a família, o(a) senhor(a) gostaria de viver:

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) com amigos
- (2) com parentes
- (3) em casa comum com amigos
- (4) em casa geriátrica
- (5) em hospital
- (6) outros anotar:
- (7) não sabe
- (8) não respondeu

**53.** Para o(a) senhor(a) (a), o que é mais importante na vida?

- (1) dinheiro
- (2) educação
- (3) família
- (4) trabalho
- (5) religião
- (6) lazer
- (7) respeito
- (8) segurança
- (9) valorização
- (10) amor
- (11) saúde
- (12) não sabe
- (13) não respondeu

**54.** Qual o principal problema que gostaria de ver resolvido com urgência no nosso país:

- (1) corrupção dos políticos
- (2) falta de assistência à saúde
- (3) crianças marginalizadas
- (4) crise dos valores religiosos
- (5) crise dos valores éticos
- (6) crise de família
- (7) Desemprego
- (8) alcoolismo e droga
- (9) concentração de renda
- (10) destruição dos recursos e do ambiente natural
- (11) criminalidade, violência e corrupção.
- (12) política educacional inadequada
- (13) incompetência do Governo
- (14) Inflação
- (15) não sabe/não respondeu

#### H. SEXUALIDADE

**55.** O(A) senhor(a) manifesta sua afetividade através de:

- (1) companheirismo
- (2) atenções e cuidados
- (3) carinhos
- (4) conversas
- (5) presentes
- (6) outros
- (7) não sabe
- (8) não respondeu

**56.** O(a) Sr(a) canaliza sua afetividade maior para:

- (1) cônjuge /companheiro
- (2) seus amigos
- (3) seus filhos
- (4) seus netos
- (5) seus familiares
- (6) outros
- (7) não sabe
- (8) não respondeu

**57.** Sua sexualidade se manifesta através de:

- (1) atenções especiais
- (2) carinhos e toques
- (3) relações sexuais
- (4) outras
- (5) não sabe/ não respondeu

**58.** Observa mudanças na forma de manifestar sua sexualidade?

- (1) não
- (2) sim
- (3) não sabe
- (4) não respondeu

**59.** A que se deve(m) a(s) mudança(s) na manifestação da sexualidade?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) doença
- (2) perda de interesse
- (3) idade
- (4) diminuição do afeto
- (5) perda do companheiro
- (6) falta de diálogo
- (7) menopausa
- (8) preconceitos
- (9) novos relacionamentos
- (10) superação de preconceitos
- (11) aumento de afeto
- (12) maiores esclarecimentos
- (13) aumento do interesse
- (14) outros \_\_\_\_\_
- (15) não sabe
- (16) não observa mudanças
- (17) não respondeu

**60.** Em sua opinião, o sexo na velhice é:

- (1) muito importante
- (2) natural
- (3) necessário
- (4) menos intenso
- (5) desnecessário
- (6) indiferente
- (7) igual às outras idades
- (8) não sabe
- (9) não respondeu

## I. SAÚDE

**61.** Em geral diria que sua saúde é:

- (1) ótima
- (2) boa
- (3) regular
- (4) má
- (5) péssima
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**62.** O(A) senhor(a) consultou o médico nos últimos seis meses?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não se aplica
- (4) não sabe
- (5) não respondeu

**63.** Em que local consultou a última vez?

- (1) Posto de saúde do bairro
- (2) Outro posto de saúde
- (3) Pronto socorro
- (4) Consultório médico particular
- (5) Consultório médico INAMPS, IPE ou SUS.
- (6) Consultório médico, outros convênios.
- (7) Ambulatório de hospital
- (8) Ambulatório de faculdade
- (9) Ambulatório sindicato/empresa
- (10) Ambulatório INAMPS ou Centro de Saúde, SUS
- (11) Ambulatório policlínica ou medicina de grupo
- (12) Em casa (atendimento domiciliar)
- (13) outro
- (14) não sabe
- (15) não respondeu/não se aplica

**64.** Nesta ocasião, o(a) senhor(a) recebeu receita e/ou orientação médica?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não se aplica
- (4) não sabe
- (5) não respondeu

**65.** Caso tenha recebido prescrição (receitas), como conseguiu os medicamentos?

- (1) comprou
- (2) ganhou
- (3) não conseguiu a medicação
- (4) não se aplica
- (5) não sabe/ não respondeu
- (6) comprou e ganhou

**66.** Sentiu-se satisfeito com o ótimo atendimento recebido?

- (1) sim
- (2) não
- (3) sabe
- (4) não respondeu

**67.** No último ano, internou-se em algum hospital?

- (1) sim, uma vez
- (2) sim, duas vezes
- (3) sim, três vezes
- (4) sim, mais de três vezes
- (5) não
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**68.** Nos últimos três meses, praticou algum tipo de atividade física regular?

- (1) sim, uma vez /semana.
- (2) sim, duas vezes /semana.
- (3) sim, três vezes /semana.
- (4) sim, mais de três vezes /semana.
- (5) não praticou
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**69.** Qual a atividade física realizada?  
(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) caminhar
- (2) pedalar (bicicleta)
- (3) nadar
- (4) fazer ginástica
- (5) outra
- (6) não se aplica
- (7) não sabe
- (8) não respondeu

**70.** Qual o número de refeições que realiza por dia?

- (1) uma
- (2) duas
- (3) três
- (4) quatro
- (5) cinco ou mais
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**71.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de reumatismo nas articulações ou artrose em tratamento?

- (1) sim, com receita médica ou orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**72.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de bronquite com tosse e expectoração (catarro) em tratamento?

- (1) sim, com receita médica ou orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**73.** O(A) senhor(a) nos últimos seis meses, fez tratamento para pressão alta?

- (1) sim com receita médica ou orientação
- (2) sim sem receita médica e com orientação
- (3) sim sem receita médica e sem orientação
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**74.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de coração (angina, isquemia, infarto) em tratamento?

- (1) sim, com receita médica ou orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) esteve hospitalizado pela doença
- (5) não
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**75.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de varizes em tratamento?

- (1) sim, com receita médica ou orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**76.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de diabetes (açúcar no sangue) em tratamento?

- (1) sim, com receita médica ou orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**77.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de derrame, isquemia ou trombose cerebral em tratamento?

- (1) sim, com receita médica ou orientação
- (2) sim, sem receita médica e com orientação
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**78.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de doença de pele em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação
- (2) sim, sem receita médica e com orientação
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**79.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de doença da coluna em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação
- (2) sim, sem receita médica e com orientação
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**80.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de gastrite ou úlcera em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**81.** O(A) senhor(a) nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de infecção urinária (infecção na bexiga) em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**82.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de pneumonia (pontada) em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**83.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problema de doença nos rins em tratamento?

- (1) sim, com receita médica com orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**84.** (PARA MULHERES) A senhora consultou com ginecologista depois da menopausa?

- (1) sim
- (2) não
- (3) não sabe
- (4) não respondeu
- (5) não se aplica

**85.** (PARA HOMENS) O senhor, nos últimos seis meses, tem ou teve problema de próstata em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**86.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de osteoporose (enfraquecimento dos ossos) em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**87.** Nos últimos seis meses, tem ou teve problemas de câncer em tratamento?

- (1) sim, com receita médica e com orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**88.** Nos últimos seis meses, tem ou teve algum outro problema em tratamento?

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

88.1. (escolha)

- (1) sim, com receita médica e com orientação.
- (2) sim, sem receita médica e com orientação.
- (3) sim, sem receita médica e sem orientação.
- (4) não
- (5) não sabe/ não respondeu

**89.** Como diria que está sua visão no momento?

- (1) cega
- (2) péssima
- (3) ruim
- (4) regular
- (5) boa
- (6) excelente
- (7) não sabe
- (8) não respondeu

**90.** A que atribui sua falta de visão?  
(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) falta ou problema de óculos
- (2) catarata
- (3) glaucoma
- (4) diabete
- (5) pressão alta
- (6) idade
- (7) falta de dinheiro para tratamento
- (8) outro motivo
- (9) não se aplica
- (10) não sabe/não respondeu

**91.** Como diria que está sua audição no momento?

- (1) surdo total
- (2) ouve com muita dificuldade
- (3) ouve com dificuldade
- (4) ouve com alguma dificuldade (mínima)
- (5) sem problemas
- (6) não sabe
- (7) não respondeu

**92.** A que o(a) senhor(a) atribui a sua dificuldade de audição?

- (1) idade
- (2) doença do ouvido
- (3) falta de aparelho
- (4) falta de dinheiro para tratamento
- (5) outro motivo
- (6) não se aplica
- (7) não sabe
- (8) não respondeu

**93.** O senhor costuma ter dificuldade para mastigar?

- (1) nunca
- (2) raramente
- (3) freqüentemente
- (4) sempre
- (5) não sabe/ não respondeu

**94.** Para movimentar-se:

- (1) caminha sem problema, inclusive sobe escadas.
- (2) caminha, mas não sobe escadas ou meio fio.
- (3) caminha, sob supervisão.
- (4) caminha, com meios artificiais, sem supervisão.
- (5) caminha com meios artificiais, com supervisão.
- (6) desloca-se em cadeira de rodas, geralmente sem auxílio.
- (7) desloca-se em cadeira de rodas, com auxílio.
- (8) restrito ao leito ou a cadeira
- (9) não sabe
- (10) não respondeu

**95.** Qual a causa de sua dificuldade de movimentação?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) derrame cerebral
- (2) distúrbios da visão
- (3) reumatismo articular
- (4) queda com fratura
- (5) acidente de trânsito
- (6) mal de Parkinson
- (7) vertigem
- (8) falta de interesse ou recusa a movimentar-se
- (9) outra
- (10) não se aplica
- (11) não sabe
- (12) não respondeu

**96.** Apresentou fraturas após os 50 anos sem ter sido por acidente de trânsito?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) mão
- (2) punho
- (3) fêmur
- (4) costelas
- (5) pés
- (6) outros
- (7) não
- (8) não sabe
- (9) não respondeu

**97.** Necessita diretamente de ajuda de algum destes aparelhos relacionados?

(MÚLTIPLA ESCOLHA)

- (1) óculos ou lentes de contato
- (2) aparelho auditivo
- (3) prótese dentária
- (4) muleta
- (5) bengala
- (6) membro artificial
- (7) colostomia /cateter
- (8) outros
- (9) não necessita
- (10) não sabe/ não respondeu

**98.** Em relação à urina e fezes:

- (1) controla normalmente
- (2) controla com dificuldade
- (3) não controla
- (4) não sabe
- (5) não respondeu

#### J. VIDA DE RELAÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIARIA

**99.** O(a) Sr(a) necessita auxílio para realizar as atividades de casa (limpeza, manutenção, preparo de refeições...)?

- (1) não
- (2) sim
- (3) não sabe
- (4) não respondeu

**100.** Necessita de auxílio para tomar seus remédios?

- (1) não
- (2) sim
- (3) não sabe
- (4) não respondeu

**101.** Necessita de auxílio para realizar sua higiene (banhar-se, pentear-se, vestir-se, cortar unhas, etc..)?

- (1) não
- (2) sim
- (3) não sabe
- (4) não respondeu

**102. Necessita de auxílio para alimentar-se?**

- (1) não  
(2) sim  
(3) não sabe  
(4) não respondeu

**103. Necessita de auxílio para movimentar-se (sentar, levantar, deitar, andar, subir escadas.)?**

- (1) não  
(2) sim  
(3) não sabe  
(4) não respondeu

**K. FUMO E ALCOOL**

RESPONDA AS QUESTOES SOBRE USO DE ALCOOL OU TABACO COM SIM OU NÃO, CONFORME LHE PAREÇA ADEQUADO.

**104.** Alguma vez sua família, seus amigos, seu médico ou seu sacerdote comentaram ou sugeriram que o(a) senhor(a) estava bebendo demasiadamente?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**105.** Alguma vez tentou deixar de beber, mas não conseguiu?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**106.** O senhor teve dificuldades no trabalho por causa da bebida, tais como beber ou faltar ao trabalho ou estudo?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**107.** O(A) senhor(a) tem-se envolvido em brigas ou já foi preso por estar embriagado?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**108.** Já lhe pareceu alguma vez que estava bebendo demasiadamente?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**109.** O senhor tem o habito de usar tabaco?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**L. AREA PSICOGERIATRICA**

RESPONDA AS QUESTOES COM SIM OU NÃO, SEGUNDO LHE PAREÇA ADEQUADO. NÃO HÁ QUESTÕES CERTAS OU ERRADAS, E SIM SITUAÇÕES QUE PODEM OU NÃO OCORRER COM O SENHOR (A).

**110.** O(A) senhor(a) acorda bem e descansado na maioria das manhãs?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**111.** Sua vida diria é cheia de acontecimentos interessantes?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**112.** O(A) senhor(a) já teve, por vezes, vontade de abandonar o lar?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**113.** O(A) senhor(a) tem muito freqüentemente a sensação de que ninguém realmente o entende?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**114.** O(A) senhor(a) já teve períodos (dias, meses, anos) em que não pode tomar conta de nada porque, na verdade, já não estava agüentando mais?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**115.** Seu sono ó agitado ou conturbado?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**116.** O senhor é feliz na maior parte do tempo?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**117.** Sente que o mundo ou as pessoas estão contra o(a) senhor(a) (a)?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**118.** O senhor se sente, por vezes, inútil?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**119.** Nos últimos anos, tem-se sentido bem durante a maior parte do tempo?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**120.** Tem problemas de dores de cabeça?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

**121.** O senhor se sente fraco durante a maior parte do tempo?

- (1) não  
(2) sim (0) NR

