

O aumento no número de DCNT tem sido associado com a pior percepção da própria saúde em decorrência das limitações e possíveis consequências advindas das doenças crônicas^{9,19,20-23}. O diabetes mellitus (DM) é uma das doenças metabólicas relatada com maior frequência, com prevalência nos estudos com idosos brasileiros variando de 14,7 a 21,4%²⁴⁻²⁹. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição no mundo, com prevalência de diabetes mellitus de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados à ocorrência de diabetes³⁰.

Os idosos diabéticos utilizam os serviços de saúde com maior frequência devido a necessidade de controle e acompanhamento de seu estado de saúde. Há maior número de consultas médicas e internações dentre os diabéticos^{15,24-25} e essa forma de utilização do serviço de saúde contribui para a autoavaliação de saúde negativa do idoso^{9,20}. Em 2012, com base no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), o Brasil registrou 142.677 internações por diabetes mellitus, aos idosos correspondeu 77.167,(54,1%) e no Mato Grosso do Sul (MS) houve 1823 internações, das quais 890 eram idosos³¹ (48,8%). A taxa de internação por DM no MS ocorre na faixa etária de 60-69 anos (32,61/10.000 habitantes)³² e 70 anos ou mais de (41,36/10.000 habitantes)³³, mostrando o aumento progressivo no número de internações com a idade.

O DM é uma doença frequente em idosos, e a convivência com essa doença crônica influencia a autoavaliação de saúde, sendo importante a investigação dos fatores envolvidos na avaliação de saúde dos idosos diabéticos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Envelhecimento populacional

O Brasil se depara com o declínio rápido da fecundidade e da mortalidade infantil, prenúncio do aumento da longevidade e do processo de envelhecimento populacional.

O envelhecimento da população brasileira, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total tem ocorrido progressivamente. No período de 2001 a 2012, o crescimento do número de idosos de 60 anos ou mais de idade, passou de 15,5 milhões para quase 25 milhões³⁴.

A transição demográfica no Brasil é caracterizada por menores taxas de natalidade, fecundidade e mortalidade infantil, além da melhora no campo da saúde que contribuiu diretamente para a diminuição da mortalidade geral³⁵⁻³⁸.

Em 2011, a taxa de fecundidade total para o Brasil era de 1,95 filhos por mulher. O declínio das taxas de fecundidade é reflexo das mudanças ocorridas na sociedade brasileira como o aumento da urbanização, maior participação de mulheres no mercado de trabalho, elevação da escolaridade e disseminação cada vez maior dos métodos anticoncepcionais³⁹.

O processo de envelhecimento de um indivíduo é um processo biológico onde ocorre declínio da capacidade física e modificações psicológicas³⁵, podendo haver influência de diversos fatores, como genética, ação do meio ambiente, aspectos referente à própria idade, estilo de vida anterior ao envelhecimento, alimentação e ocupação⁴⁰. O estar saudável pode ser entendido como a capacidade do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e a motivação física e psicológica para continuar na busca de objetivos³⁵. É crescente o número de idosos vivendo mais e apresentando condições crônicas podendo estar diretamente relacionadas à incapacidade funcional e avaliação de saúde negativa⁴¹.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, onde há diminuição da reserva funcional dos indivíduos caracterizado como senescência. No entanto quando há presença de doenças, acidentes e estresse emocional com condição patológica que requeira assistência esse processo é chamado de senilidade³.

Existem algumas definições adotadas ao termo idoso: a Política Nacional do Idoso⁴² e o Estatuto do Idoso⁴³ referem como idosos pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, a Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução 39/125, durante a

Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População, diferenciou o conceito de idoso de acordo com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações propiciam aos seus cidadãos, dessa forma nos países em desenvolvimento são consideradas idosas aquelas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e para países desenvolvidos com 65 anos⁴⁴.

O grau de desenvolvimento de um país colabora para uma expectativa de vida ao nascer maior. Estudo feito pela OMS em 2013 apresentou o Japão como o país com maior expectativa de vida ao nascer (84 anos), seguido pela Austrália com 83 anos, França com 82 anos, Alemanha 81 anos, Estados Unidos com 79 anos e o Brasil com 75 anos⁴⁵. O aumento da expectativa de vida tem levado alguns países da Europa e os Estados Unidos a adotarem o termo de quarta idade³⁵. De acordo com a OMS⁴, acredita-se que em 2025, haverá em torno de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos no mundo, e em 2050 esse número será de dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.

O envelhecimento populacional é verificado no Brasil por meio do Índice de Envelhecimento (medido pela razão entre o número de pessoas de 60 anos ou mais para cada 100 pessoas de menos de 15 anos de idade, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado)⁴⁶. Em 2012 o Brasil apresentava índice de envelhecimento de 44,8 e no Mato Grosso do Sul este índice era igual a 39,1, demonstrando que, há aproximadamente uma pessoa de 60 anos ou mais de idade para cada duas pessoas menores de 15 anos⁴⁷. O índice de envelhecimento mundial é de 48,2, bem próximo ao valor obtido no Brasil. No Japão, o índice de envelhecimento foi de 283,6, o que significa que haviam quase três idosos de 60 anos ou mais para cada pessoa de até 15 anos de idade. Com a população bastante envelhecida e baixos níveis de fecundidade a Europa, também, apresenta elevado índice de envelhecimento 170,8³⁹.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010 a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos, correspondendo a 10,8% da população². Nesse mesmo período, a população idosa no Mato Grosso do Sul era de 239.594 habitantes (9,8%), sendo que destes, 17.589 (9,0%) idosos residiam em Dourados, dos quais 16.331 na região urbana⁴⁸⁻
49.

O aumento do contingente de idosos deveria ocorrer paralelamente com melhoria na qualidade de vida de maneira que todos pudessem alcançar um envelhecimento

saudável⁴. Ao mesmo tempo em que ocorreu a industrialização, aconteceram modificações nos padrões de vida, desenvolvimento de doenças infecciosas, desnutrição e complicações puerperais, além do aumento de DCNT, que correspondem às principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade⁴. Esse envelhecimento requer adequação das características políticas, socioeconômicas, educação e de saúde com maior atuação das equipes de saúde.

A principal causa de mortalidade no Brasil são as doenças cardiovasculares. De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a taxa de mortalidade proporcional por doenças do aparelho circulatório em 2011, foi de 30,69⁵⁰, na faixa etária de 60 a 69 foi de 35,94%⁵¹, com aumento progressivo com a idade, sendo de 70 a 79 anos e 80 ou mais anos de idade 38,50%⁵² e 39,75%⁵³, respectivamente.

No Brasil, em 2011, ocorreram 46.220 óbitos⁵⁴ por DM em indivíduos com mais de 60 anos, com taxa de mortalidade específica por DM (223,8/100.000)⁵⁵. No Mato Grosso do Sul ocorreram, no mesmo período, 496 óbitos⁵⁴, com taxa de mortalidade específica por DM (205,1/100.000)⁵⁵.

2.2. Diabetes mellitus

O envelhecimento populacional trouxe consigo transformações no perfil epidemiológico da população, evidenciando aumento de DCNT como o DM.

O DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultante de defeitos de secreção de insulina, da ação da insulina ou ambos^{30,56}. Pode ocasionar disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos³⁰.

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Na Europa e Estados Unidos (EUA) o aumento ocorrerá nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida³⁰. Em 2014, a prevalência global de DM foi estimada em 9% entre os adultos com idade superior a 18 anos⁵⁷. No Brasil, em 2008, pessoas com 60 anos ou mais apresentaram proporção de 16,1% de referirem diabetes em grupo de cada 1000 pessoas, no Centro-Oeste a proporção encontrada foi de 15,8%⁵⁸.

Dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2013, mostram que a prevalência de DM autorreferida na população idosa brasileira de 65 ou mais anos foi 22,1%, sendo nos homens 20,3% e nas mulheres 23,2%⁵⁹. A ocorrência de DM mais comum em pessoas com baixa escolaridade. Os dados indicam que 12,2% das pessoas com até oito anos de estudo tenham diabetes, contra 3,2% das pessoas com mais de 12 anos de estudo⁵⁹.

O DM está entre as doenças mais prevalentes em idosos brasileiros variando de 14,7 a 21,4%²⁴⁻²⁹, nos Estados Unidos alternou de 22% a 33% em idosos com mais de 65 anos⁶⁰. No Brasil, a proporção de mulheres que referem ter diabetes é maior do que entre os homens, respectivamente 17,6% e 14,1% em grupo de 1.000 pessoas, esse percentual no Centro-Oeste mantém-se semelhante 17,2% e 14,3%⁶¹.

Houve tendência de aumento de DM para o conjunto da população adulta das capitais brasileiras, em ambos os sexos, no período 2006-2012. Em 24 capitais brasileiras estudadas, a prevalência de diabetes autorreferido foi maior entre mulheres, frente aos homens⁶². As regiões que apresentaram as maiores prevalências de DM e tolerância à glicose diminuída foram as regiões Sul e Sudeste, que apresentam maior desenvolvimento econômico do país. Esta maior prevalência deve-se as alterações no consumo alimentar, substituição de alimentos *in natura* por produtos industrializados, associados ao sedentarismo e redução de atividade física, favorecida por mudanças tecnológicas⁶³.

O DM possui duas classificações mais utilizadas: o diabetes tipo 1, com tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição das células beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é, geralmente, causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A) ou, em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas podendo ocorrer, também, em adultos³⁰.

O outro tipo que acomete principalmente adultos e idosos é o DM tipo 2, que costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção. A hiperglicemia

desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos^{30,56}, mas o uso de insulina pode ser necessário no seu controle.

O aumento do DM tipo 2 deve-se a modificações no estilo de vida, especialmente nas práticas alimentares e atividade física, associadas ao aumento da esperança de vida brasileira⁶³.

Em 2012, um número estimado de 1,5 milhões de mortes foi causado diretamente pelo diabetes, e mais de 80% das mortes ocorreram em países de baixa e média renda. A OMS estima que o DM seja a sétima principal causa de morte em 2030⁵⁷.

Esta doença é responsável por diversas complicações que afetam diretamente a qualidade de vida do indivíduo⁶⁰. Frequentemente os idosos diabéticos relatam autoavaliação de saúde negativa chegando a apresentar 21% em Bambuí, MG¹⁵; 30,2% em São Paulo, SP²⁶; 23,7% em Campinas e Botucatu, SP²⁵. Estudo em Lages, SC verificou que o diagnóstico de diabetes esteve associado com autoavaliação de saúde negativa⁶⁴, em Pelotas, RS⁶⁵ o mesmo foi verificado.

Em relação ao sexo, a frequência de homens diabéticos foi de 13,1% e mulheres 16,56% com pessoas de idade ≥ 18 anos⁶⁶ nas capitais e no estado de São Paulo não apresentou associação, para homens. Em outros estudos realizados no estado de São Paulo a prevalência de diabetes no sexo masculino foi de 14,9²⁵ e 15,54%²⁶ e no sexo feminino 15,8%²⁵ e 18,8%²⁶.

Em São Paulo a razão de prevalência chegou a 4,39 vezes (IC 95%: 2,19-8,79) entre os idosos que relataram ter DM e esteve associada estatisticamente à pior avaliação de saúde²⁶ e em Lages, SC, portar diabetes apresentou 2 vezes pior avaliação negativa⁶⁴. Wu et al.,⁶⁷ na China, considerando diversas morbidades, verificaram a prevalência de 9,78% de diabetes sendo uma das doenças mais prevalentes no estudo. Em Singapura⁶⁸ houve relação da autoavaliação com diabetes e 1,85 vezes relato de pior avaliação de saúde quando portadores de diabetes.

No tocante aos fatores sociodemográficos, sexo, idade, cor/raça²⁶, classificação econômica e escolaridade não foram associados ao DM²⁴⁻²⁶. A baixa escolaridade em portadores de diabetes pode dificultar o conhecimento da doença, das condutas terapêuticas e novos hábitos de vida²⁶.

Quando avaliada a situação conjugal, viúvos apresentaram associação com diabetes, sendo a prevalência 60% maior entre os viúvos se comparados aos casados²⁶,

bem como hábitos de vida como consumo de bebida alcoólica²⁶ e prática de atividade física²⁵⁻²⁶. Há relatos de mulheres que ingeriram bebidas alcoólicas apresentarem chance 1,85 vezes maior de referirem diabetes comparadas as que nunca ingeriram, para os homens foi de 3,7 vezes²⁴. O tabagismo, também, apresentou associação com DM e indivíduos com essa associação apresentam risco de mortalidade aumentado⁶⁹, porém alguns estudos não identificaram esta associação²⁵⁻²⁶. Em relação à prática de atividade física, a prevalência de indivíduos insuficientemente ativos foi de 88,2% entre os idosos com autorrelato de DM²⁹.

Entre outros aspectos relacionados à saúde, o estado nutricional esteve associado à diabetes no estudo de Francisco et al.²⁵, onde indivíduos com IMC superior a 27 kg/m² apresentaram frequência três vezes superior de referir diabetes. O mesmo fato foi observado na Paraíba, onde as mulheres idosas com sobrepeso/obesidade apresentaram chance duas vezes maior de manifestar diabetes comparadas às eutróficas, bem como em 23 estados brasileiros²⁹. O sobrepeso e a obesidade são considerados fatores de risco para o DM⁶³ e a manutenção da eutrofia é um fator importante no controle da doença.

A prevalência de diabetes parece influenciar as internações. Entre os idosos que tiveram pelo menos uma internação nos últimos 12 meses a prevalência de DM foi de 19,6²⁵ e 26,31%²⁶, o que corresponde uma razão de prevalência de 1,63²⁶ vezes em relação aos idosos que foram internados. Verifica-se que medidas terapêuticas e controle da doença contribuem para o não agravamento das condições de saúde desses indivíduos.

As consequências do DM são diversas como retinopatias, possibilidade de perda de visão, nefropatias, neuropatias periféricas resultando em úlceras em membros inferiores podendo chegar até mesmo em ocorrer a amputação²⁵, tais complicações podem resultar em uma percepção de saúde negativa.

O DM é uma doença limitante, capaz de danos na saúde do indivíduo. Sua associação com incapacidade funcional é devida às complicações decorrentes da doença, como problemas vasculares e neuropáticos, que afetam a capacidade funcional, autonomia do indivíduo e a capacidade de realizar atividades diárias²⁴⁻²⁵. A presença de doença crônica pode causar limitações e dificultar na execução de atividade habitual, estas ações podem influenciar na avaliação de saúde, dessa forma é importante realizar pesquisas que avaliem a saúde dos indivíduos e os fatores que interferem nessa informação. Em Belo Horizonte, MG, dos indivíduos que referiram diabetes, 13,7% relataram apresentar alguma

dificuldade em realizar as atividades de vida diária (AVD)⁷⁰. O controle metabólico rigoroso em conjunto com medidas preventivas e curativas é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações de diabetes, resultando em melhor qualidade de vida ao idoso diabético²⁶.

2.3. Percepção de saúde

A OMS define a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Segundo Moraes³⁷, a saúde corresponde a uma forma de identificação da capacidade de satisfação e realização das necessidades e não significa apenas a ausência de doenças. O mesmo autor considera o indivíduo saudável como aquele capaz de realizar suas atividades sozinho.

De acordo com a OMS⁷¹, a autopercepção de saúde corresponde a um importante indicador de saúde da população^{13,72}, que pode ser utilizado no monitoramento da qualidade de vida da população.

A saúde pode ser avaliada de maneira direta, através de informações médicas baseadas em sinais e sintomas e exames diagnósticos, onde a saúde é testada; de maneira indireta por meio de registros médicos, onde é observada; e, também, mensurada pelo próprio indivíduo, para saber como é percebida pela pessoa⁷²⁻⁷³.

A saúde está relacionada com a percepção de vida, que por sua vez é formada de acordo com as características culturais, sociais, econômicas e individuais. Os fatores sociais e econômicos são de grande influência na determinação da saúde de pessoas e populações, não apenas nos indicadores objetivos, mas também envolvendo a percepção dos indivíduos⁶⁵.

A autoavaliação de saúde é indicador da multidimensionalidade da saúde e consiste na percepção que os indivíduos possuem de si próprio. Esse indicador subjetivo engloba componentes físicos⁶, emocionais, bem-estar e satisfação com a própria vida⁷³. Sentir-se doente reflete sensações físicas de dor e desconforto, como, também, consequências sociais e psicológicas da presença de doença⁷³. Este indicador é considerado um preditor de morbimortalidade⁷⁴ e associa-se com qualidade de vida⁷⁵, podendo ser uma forma de medida do estado de saúde⁷⁶.

De acordo com a OMS, a qualidade de vida é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Assim, a

qualidade de vida não abrange apenas aspectos relacionados à saúde, mas também aqueles que exercem influência sobre essa, como aspectos econômicos, sociais e culturais.

A avaliação da qualidade de vida é feita pela administração de instrumentos ou questionários como o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-OLD) e o SF-36. O *Medical Outcomes Study 36 – Item Short- Form Health Survey* (SF-36), foi traduzido e validado para o português por Ciconelli⁷⁷. É um instrumento de verificação de característica genérica, ou seja, pode ser utilizado em qualquer situação de agravo à saúde. É composto de 36 itens, agregados em oito dimensões ou domínios o qual investiga aspectos distintos: capacidade funcional; aspectos físicos; dor; estado geral de saúde; vitalidade; aspectos sociais; aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 o melhor estado de saúde. Segundo Ciconelli et al.⁷⁸, o SF-36 tem se apresentado, aparentemente, como uma medida confiável, válida e de fácil execução.

Alguns estudos têm utilizado instrumentos genéricos como o SF-36 em populações idosas. A prevalência de avaliação de saúde varia de acordo com as características da população. As formas da elaboração da pergunta e ao número de resposta também influenciam. Quanto à forma de avaliação do desfecho, observaram-se diversificações quanto à elaboração da pergunta e ao número de opções de resposta, que variou entre quatro e cinco opções. Além disso, as categorias de resposta empregadas, apesar de semelhantes, não foram exatamente iguais. No quadro 1 são apresentados alguns estudos desenvolvidos no país, no período de 2004 à 2014, nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SciELO, com uso dos seguintes descritores: Autoavaliação, Envelhecimento, Idoso, Inquérito de saúde, Inquéritos Epidemiológicos, Nível de saúde, Qualidade de vida, Saúde do Idoso, Serviço de Saúde para Idosos.

Nos estudos avaliados as categorias de resposta adotadas: dez estudos utilizavam a categoria muito boa e sete usavam o termo excelente, dois como ótimos, e dois artigos não relataram no corpo do texto a classificação em níveis apenas na categorização geral. Para segundo nível de avaliação de saúde, a categoria boa/bom foi referida em quinze artigos e muito boa em quatro. No terceiro nível as referências variam entre as categorias razoável (5), moderada (1), boa (4) e regular (5), nos artigos com cinco categorias, naqueles que apresentavam quatro categorias correspondendo respectivamente ruim (1) e regular (3). No quarto nível de avaliação de saúde nos artigos com quatro categorias observa-se que ruim

(3) e péssimo (1). Nos artigos com cinco categorias correspondeu a ruim (11), regular (2) e fraco (2). A pior autoavaliação classificada como muito ruim (10), ruim (3) e péssimo (2).

O desfecho dos estudos agrupam categorias, em variáveis dicotômicas. As categorias razoável, regular ou boa foi agrupada nas opções de resposta positiva (excelente, muito boa) na maioria das vezes e agrupadas nas categorias negativa (ruim, muito ruim ou péssimo) em um único estudo quando haviam cinco opções de resposta. Quando existia apenas quatro opções foram agrupadas nas categorias negativas.

Quadro 1. Características da pergunta sobre autoavaliação do estado de saúde em idosos, opções de resposta, categorização da variável e construção do desfecho. Brasil 2004-2014.

Estudo, ano (referência)	Pergunta	Opções de Resposta	Categorização da variável	Desfecho
Lima-Costa et al., 2004; (9)	Você diria que sua saúde é:	Muito boa Boa Razoável Ruim Muito ruim	Razoável/boa/ muito boa Ruim/muito ruim	Ruim/muito ruim
Lima-Costa et al., 2005; (81)	Você diria que sua saúde é:	Muito boa Boa Razoável Ruim Muito ruim	Razoável/boa/ muito boa Ruim/muito ruim	Ruim/muito Ruim
Szwarcwald et al., 2005; (5)	Em geral, como o (a) senhor(a) avalia a sua saúde atualmente?	Muito boa Boa Moderada Ruim Muito ruim	Muito boa/ boa Moderada Ruim/muito ruim	Ruim/muito ruim
Alves e Rodrigues, 2005; (19)	Você diria que sua saúde é:	Excelente Muito boa Boa Regular Ruim	Autopercepção de saúde boa: excelente/muito boa/ boa Autopercepção de saúde Ruim: regular e ruim	Ruim
Lima-Costa et al., 2007; (17)	De uma maneira geral você diria que a sua saúde é:	Muito boa Boa Razoável Ruim Muito ruim	Muito boa/boa/razoável Ruim/muito ruim	Ruim/muito ruim
Souza e Silver, 2008; (16)	Não descrita no corpo do texto	Não descrita no corpo do texto	Ótima Boa Ruim Péssimo	Ruim/ péssima
Barros et al., 2009; (66)	O senhor classificaria seu estado de saúde como:	Excelente Bom Regular Ruim	Excelente/bom/regular Ruim	Ruim
Jardim et al., 2010; (13)	De uma maneira geral, você considera sua saúde	Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim	Boa: muito boa/boa regular Ruim: Ruim/muito ruim	Ruim/muito ruim tanto para idoso quanto para informante
Pagotto et al., 2011; (14)	O que o Sr(a). acha do seu estado de saúde no último mês?	Muito Bom Bom Regular Fraco Péssimo	Boa: Muito bom/bom/regular Ruim: Fraco/péssimo	Ruim
Bezerra et al, 2012;	Não descrita	Excelente	Percepção de saúde	Regular/ruim

(18)		Boa Regular Ruim	satisfatória: Excelente/Boa Percepção de saúde insatisfatória: Regular/ruim	
Santos e Mattos, 2011; (22)	Comparação do próprio estado de saúde de seus pares e/ou de seus amigos da mesma idade	Excelente Boa Regular Ruim	Excelente/Boa Regular/Ruim	Regular/ruim
Nunes, Barreto Gonçalves, 2012; (21)	Em geral, o(a) senhor(a) que sua saúde é?	Muito boa Boa Regular Ruim Muito ruim	Boa: Muito boa/Boa/Regular Ruim: Ruim/Muito ruim	Ruim
Reichert, Loch, Capilheira, 2012; (65)	Como você considera sua saúde?	Excelente Muito boa Boa Regular Ruim	Excelente/Muito boa/Boa Regular/Ruim	Regular/ruim
Carvalho et al, 2012; (11)	Como você considera sua saúde?	Muito bom Bom Regular Ruim Muito ruim	Muito bom/Bom Regular Ruim/Muito ruim	Ruim
Lima-Costa et al, 2012; (79)	De um modo geral, considera seu próprio estado de saúde como?	Muito bom Bom Razoável Ruim Muito ruim	Muito bom Muito ruim	Ruim
Silva et al, 2012; (6)	Não descrita	Não descrita	Percepção negativa de saúde: regular ou ruim	Regular ou ruim
Loyola et al, 2013; (15)	No momento atual, você considera sua saúde:	Muito boa Boa Razoável Ruim Muito ruim	Positiva: Muito boa/Boa/Razoável Negativa: ruim/muito ruim	Ruim/muito ruim
Pavão et al, 2013; (72)	Em geral, você diria que sua saúde é:	Excelente Muito boa Boa Razoável Ruim	Boa: Excelente/Muito boa/Boa Ruim: Razoável/Ruim	Ruim
Borim et al, 2014; (80)	Em geral, você diria que sua saúde é:	Excelente Muito boa Boa Ruim Muito ruim	Positiva: Excelente/ Muito boa/Boa/ Negativa: ruim/muito ruim	Ruim/muito ruim
Borges et al, 2014; (40)	Como classifica sua saúde?	Ótima Boa Regular Ruim Péssima	Ótima Boa Regular Ruim Péssima	Ruim/Péssima
Cardoso et al, 2014; (12)	Em geral, o (a) senhor(a) que sua saúde é?	Ótima Boa Ruim Péssima	Ótima/Boa Ruim/Péssima	Ruim/Péssima

Dados coletados pelo VIGITEL nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2006, demonstraram que a própria autoavaliação de saúde como ruim no país dentre os homens de 13,7% e as mulheres 18,6%⁶⁶. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) detectou redução da prevalência de saúde negativa relatada por idosos, sendo em 1998 de 16,4%¹⁷ e em 2003 de 12,6%¹⁷ em 2008 de 13,65%⁷⁹. Na cidade de Dourados, MS uma

pesquisa com idosos realizada de 2007 a 2008 que identificou prevalência de saúde negativa de 10,5%¹⁰, embora não tenha sido uma pesquisa de base populacional. Em Campinas, SP, estudo integrante do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp) encontrou prevalência negativa de saúde em idosos de 10,9%⁸⁰, e em 2008 de acordo com IBGE a prevalência de autoavaliação negativa dos idosos foi de 12,6% e no Centro-Oeste 13,0%.⁸²

Em Belo Horizonte, MG três estudos obtiveram prevalência de 10,7%¹¹, 15%¹³ e 17,1%²¹, esses estudos diferem quanto a característica de seleção sendo o primeiro utilizando dados secundários da Pesquisa por Amostra de Domicílios, ser mais recente e possuir população maior que os outros dois estudos. Estes últimos foram realizados com idosos cobertos por um centro de saúde da região, uma área considerada de risco para saúde.

A prevalência de avaliação de saúde negativa encontrada em idosos diabéticos e hipertensos de Bambuí, MG foi de 20,1%¹⁵, semelhante ao Inquérito Mundial de Saúde realizado em São Paulo, SP, em 2003, com adultos e idosos, que detectou entre os idosos prevalência de avaliação negativa de saúde de 20,9%⁵.

Outros estudos apresentaram autoavaliação de saúde negativa, em Bambuí, MG⁸¹ observou-se prevalência de 26,1%, Goiânia, GO¹⁴ 27,5%, e em Pelotas, RS⁶⁵ 49,4%. A pesquisa realizada em 2009 com idosos em três cidades do país Ilhéus, BA, Caratinga, MG e Nova Santa Rosa, PR⁶ detectou prevalência de avaliação de saúde negativa de 49,6%.

Em São Paulo, integrante do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento em sete países da América Latina e Caribe (SABE) coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com 1160 idosos verificou 53,9% de avaliação de saúde negativa⁸².

Em relação à dimensão do país há peculiaridades de cada região, e isso pode influenciar na avaliação de saúde. A PNAD identificou percepção do próprio estado de saúde nos idosos entrevistados 11,5% na região Sul, 10,6 no Sudeste, 13% no Centro-Oeste. Nas regiões Norte e Nordeste pior avaliação de saúde em idosos, sendo respectivamente 14,4% e 16,4%⁸³. Na Pesquisa Dimensão Social das Desigualdades (PDSD) em cinco regiões do país detectou 62,2% de avaliação de saúde negativa⁷² e no Acre 62,9%¹⁸. Essas elevadas prevalências foram justificadas pelo aumento da idade, aumento das doenças crônicas, menor nível econômico e escolaridade^{18,72}.

De acordo com dados do VIGITEL⁶⁶ residentes das regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste do país, apresentaram menos relatos de autoavaliação negativa de saúde. Fatores socioeconômicos e culturais peculiares da região Norte como por exemplo contribuem para o estado precário da saúde dessas populações¹⁸, como também na região Nordeste⁷², e associam-se com aumento da prevalência autoavaliação de saúde negativa. No entanto maior parte dos estudos existentes concentra-se na região sudeste, impossibilitando comparações entre as regiões.

As variações na avaliação de saúde de acordo com as regiões geográficas decorrem das diferenças no acesso aos serviços de saúde e questão estrutural de assistência à saúde precária^{12,72}, condições socioeconômicas, escolaridade^{12,65-66} e desigualdade social^{12,66}. Na Espanha verificou-se que as regiões geográficas e o nível de desenvolvimento econômico influenciam na avaliação de saúde²³. Em Portugal os mais idosos do sexo feminino, indivíduos de menor escolaridade, e menor estrato socioeconômico foram associados a percepção da saúde como negativa⁸⁴.

Estudos internacionais obtiveram divergências quanto à prevalência de saúde negativa: Portugal 18,6%⁸⁴(≥ 50 anos), Japão 23,3% (≥ 65 anos), Austrália 25,1% (≥ 45 anos), Estados Unidos 31,2% (≥ 50 anos), Coreia do Sul 71,5% (≥ 45 anos)⁸⁵. Nesse último estudo, a alta prevalência ocorreu em virtude da formação na concepção de saúde, pois os idosos dessa região eram as crianças que sofreram com a segunda guerra mundial e apresentam consequências desse período sobre sua saúde mental, além de diversos fatores como incapacidades e questões culturais onde os jovens cuidam dos mais velhos. No entanto, esse estudo verificou que pequena parcela dos idosos convive com os filhos, característica que causa insegurança econômica e faz estes idosos permanecerem no campo de trabalho por necessidade⁸⁵. Em Singapura⁶⁸, a prevalência de avaliação negativa foi verificada em 27,6% dos indivíduos com idade >40 anos e aumentou para 35,6% em indivíduos com >70 anos.

Pesquisas têm associado a percepção de saúde com mortalidade. No Rio de Janeiro⁸⁶ verificou-se que mulheres com autoavaliação negativa de saúde apresentaram 3,43 maior risco de morte, e os homens 2,13 comparado aos que avaliaram positivamente sua saúde. Na pesquisa de Nawi et al.⁸⁷, na Indonésia, indivíduos com pior avaliação de saúde e do gênero masculino apresentaram 3,64 maior risco de mortalidade e as mulheres 4,66.

DeSalvo e Muntner⁸⁸ e DeSalvo et al.⁸⁹ observaram que indivíduos que apresentam pior autoavaliação de saúde possuem aproximadamente duas vezes maior risco de morte. Nishi et al.⁹⁰ avaliando a associação da autopercepção de saúde e mortalidade, observaram que aqueles com autoavaliação de saúde negativa apresentavam duas vezes mais chance de morte, tornando esta medida um preditor de morbimortalidade.

A partir do aumento do contingente de pessoas idosas, e esses vivendo mais, têm emergido novas demandas, necessidades básicas da vida humana, como alimentação, moradia, saneamento, dentre outras⁹¹, abrangendo questões socioeconômicas, acesso e uso dos serviços de saúde⁹. Esse novo perfil populacional apresenta características específicas e diversos fatores que influenciam na qualidade de vida desses indivíduos, como também a forma de interpretação dessa nova etapa de vida.

2.3. Fatores associados à percepção de saúde

2.3.1. Fatores demográficos

No Brasil em 2012 a população idosa de 60 anos ou mais de idade, era composta em sua maioria por indivíduos do sexo feminino (55,7%)³⁹. Ao fazer a análise da razão de sexo para grupos etários, identifica-se que o grupo de idosos é o que apresenta menor razão de sexo, ou seja, é um grupo onde, normalmente, há predominância de mulheres.

O gênero pode influenciar a autoavaliação de saúde. De acordo com IBGE⁹² entre os idosos no Brasil, 12,5% das mulheres apresentaram avaliação de saúde negativa e 12,9% dos homens e no Centro-Oeste esta prevalência foi de 13,5% e 12,4%, respectivamente.

Em pesquisa realizada em Bambuí, MG⁹ o gênero feminino esteve associado com avaliação de saúde negativa e as mulheres apresentaram aproximadamente duas vezes mais chances de pior autoavaliação de saúde quando comparadas aos homens.

Segundo um estudo realizado na Tailândia⁹³, 60,2% das mulheres apresentaram pior percepção de saúde. Dados coletados pelo VIGITEL⁶⁶ nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2006, verificou nos homens idosos 13,7% de avaliação de saúde ruim e nas mulheres 18,6%. Szwarcwald et al.⁵ em inquérito domiciliar em São Paulo detectaram avaliação de saúde negativa em idosos no gênero feminino de 22,4% enquanto no gênero masculino foi de 19,6%.

Há prevalências semelhantes em outros países como no Japão, onde idosos que vivem sozinhos com idade entre 65 e 74 anos apresentaram autoavaliação de saúde negativa em 30,5% dos homens e 24,4% das mulheres⁹⁴. Segundo French et al.⁸⁵, baseado nos estudos realizados no Japão, Austrália, Estados Unidos e Coreia do Sul⁹⁰, indivíduos do gênero feminino, frequentemente, apresentam pior percepção de saúde. Diferentemente, com o controle de comorbidades os homens foram 1,27 vezes mais propensos a relatar pior percepção de saúde do que as mulheres. Da mesma forma, quando associado o gênero e mortalidade, observou-se que os homens apresentam maior percepção de saúde negativa e mais chances de mortalidade⁹⁰ do que as mulheres.

A idade parece interferir diretamente na percepção de saúde. Haseen, Adhikari, Soonthorndhada observaram que 73% das pessoas com mais de 80 anos apresentaram avaliação negativa de saúde⁹³. Resultado semelhante foi obtido em Guaramiranga, CE, onde 69,4% apresentaram percepção de saúde negativa²², e em Belo Horizonte, MG, onde idosos apresentaram pior avaliação de saúde¹³. A idade também contribuiu para avaliação de saúde negativa, em Porto Alegre segmentos mais jovens apresentam menor perspectiva de avaliação negativa⁹¹. Portanto ser mais jovem contribui para melhor percepção de saúde negativa.

O aumento da idade também relaciona-se com maiores taxas de mortalidade Nishi et al.⁹⁰, verificou que ser mais velho e ter menor escolaridade foi associada taxas de mortalidade mais elevadas.

Com relação ao estado conjugal, em Porto Alegre, RS⁹¹ 48,5% dos idosos casados apresentarem boa avaliação de saúde e nos viúvos maior percepção de saúde negativa (63,3%)⁹². No estudo de Lima-Costa et al.⁹ verificou-se que estar separado ou divorciado representa 1,6 vezes pior avaliação de saúde. Resultado semelhante foi verificado no estudo de Silva et al.⁶, em homens divorciados com 1,6 vezes chances de avaliação negativa. Outros estudos não demonstraram diferença estatística da situação conjugal sobre avaliação de saúde^{8,10,21,72}.

Entre os idosos, em relação à cor ou raça dados da PNAD mostram que idosos brancos referem menos avaliação de saúde negativa (11,1%) do que pardos (14,6%) e pretos (15,2%)⁹⁵. Na PNAD⁹⁶, idosos com 65 anos ou mais, de cor parda apresentaram pior autoavaliação de saúde, correspondendo 11% mais chance de caracterizar sua saúde negativamente quando comparados aos brancos. Essa diferença importante é característica da desigualdade social e econômica vivenciada por esta população no decorrer da vida e

isso repercute nas condições atuais da vida do idoso⁹⁷. Em Campinas, SP⁹⁸ identificou-se que idosos brancos apresentavam maior nível de escolaridade e melhor caracterização do estado de saúde. A associação entre autoavaliação de saúde e cor ou raça autorreferidas nem sempre é evidenciada^{6-8,21,66}.

2.3.2. Fatores socioeconômicos

Aspectos socioeconômicos desfavoráveis podem influenciar ao estilo de vida, o acesso a serviços de saúde e a relação social, refletindo em pior condição de saúde⁸⁵. Um inquérito populacional realizado em 27 capitais brasileiras em 2006 verificou que as condições de saúde da população brasileira estão ligadas às desigualdades sociais⁶⁶.

De acordo com o IBGE⁹⁹, a média de anos de estudo de idosos no Brasil é de 4,2 anos. Analfabetos e aqueles com menos de 1 ano de estudo corresponde a 30,7% da população, aqueles que estudaram de 1 a 3 anos representa 19,5%, de 4 a 8 anos a 32,3% e com nove anos ou mais de 17,4%. Dados do mesmo estudo demonstram, também, que idosos mais longevos apresentam menor escolaridade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2010⁹⁵ revela que o analfabetismo no Nordeste era de 28% na população de 15 anos ou mais em municípios com até 50 mil habitantes, onde a proporção de idosos não alfabetizados era aproximadamente 60%. Os índices de analfabetismo vêm caindo no Brasil nos últimos dez anos, mas ainda são elevados nos idosos, pois indivíduos de 60 a 64 anos apresentam taxa de analfabetismo de 9,7% e idosos de 65 anos ou mais de 32,9%. No Centro-Oeste há aumento progressivo conforme a idade, sendo 11,9% e 37,4%⁹⁹.

Em São Paulo, em uma pesquisa de base populacional, a prevalência de saúde negativa foi três vezes maior entre indivíduos que nunca estudaram comparados aos que possuíam escolaridade igual ou superior a nove anos^{7,80}. Outros estudos apresentaram associação de avaliação de saúde negativa quanto menor a escolaridade em idosos^{9,65-66}. A PDSO também identificou forte associação entre a escolaridade e avaliação de saúde, mostrando que analfabetos apresentaram maior chance de autoanalisarem negativamente sua saúde comparados a aqueles com nível superior⁷².

Inquérito domiciliar realizado com idosos em Cuiabá, MT observou que idosos analfabetos apresentaram duas vezes pior avaliação de saúde¹² quando comparados aqueles com quatro anos ou mais de estudo. Em Dourados, MS¹⁰ e Belo Horizonte, MG¹¹ os idosos analfabetos, também, apresentaram avaliação negativa da saúde respectivamente 14,2% e 22,9%, e no Brasil, a autoavaliação de saúde foi quatro vezes pior⁹⁹.

Na Tailândia⁹³, 31,9% dos indivíduos com nível superior apresentaram percepção de saúde negativa, enquanto 65,2% dos analfabetos mostraram avaliação negativa de saúde. Estudos desenvolvidos na Austrália, Japão e Coréia do Sul⁸⁵, verificaram que ter mais de 10 anos de estudo correspondia boa avaliação de saúde. Outro estudo refere que quando há pior percepção de saúde autorrelatada há forte relação com menor nível escolar⁹⁰. Dados de uma pesquisa domiciliar desenvolvida pela OMS em 49 países verificaram que a maior escolaridade está relacionada a melhor percepção de saúde e ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)¹⁰⁰. Assim, ao avaliar o nível de escolaridade e de saúde pode-se pressupor o grau de desenvolvimento econômico e a qualidade de vida oferecida à população, entretanto cada país apresenta suas peculiaridades e formas de caracterização de saúde individuais influenciada por diversos fatores dentre eles a escolaridade que modifica comportamentos.

Em Minas Gerais⁹, idosos com oito anos ou mais de estudo apresentaram 30% de melhor percepção de saúde. Segundo Nishi et al.⁹⁰, não possuir o nível médio completo apresenta 1,3 vezes chance de apresentar pior percepção de saúde. Para Nawi et al.⁸⁷ referir pior caracterização de saúde e não possuir escolaridade apresentam 3,8 vezes mais chances de morte entre os homens e 4,5 entre as mulheres.

Nos estudos de Silva et al.⁶, ter algum nível de estudo apresenta melhor percepção de saúde nos homens, no entanto no sexo feminino isso não esteve relacionado. Na PNAD foi verificado que aproximadamente 19,4% dos idosos que não possuíam nenhum grau de escolaridade referiam percepção de saúde negativa⁹⁷. Fiedler e Peres¹⁰¹ observaram que a maior escolaridade predispõe a diversas oportunidades e minimiza alguns problemas, tendo encontrado que, quanto menor o grau de escolaridade maior a associação com capacidade funcional inadequada, como também na Indonésia idosos com melhor autoavaliação de saúde e maior nível de ensino apresentaram menor mortalidade⁸⁷.

O elo entre avaliação de saúde e nível de escolaridade se justificam devido à educação possibilitar melhores condições de informação, acesso aos serviços de saúde e a melhores condições de vida⁸.

A educação propicia uma melhor condição econômica. A maior escolaridade e maior renda se associam a melhor percepção de saúde²². Lima-Costa, Firmo, Uchoa⁹; Silva et al.⁶ afirmam que possuir renda igual ou superior a dois salários mínimos, implica em 80% de melhora na avaliação de saúde. No estudo de Borim et al.⁸, indivíduos com renda *per capita* igual ou superior a um salário mínimo apresentaram aproximadamente 1,3 vezes melhor percepção de saúde do que os com renda inferior. Em estudo realizado em Costa Rica¹⁰² foi observado que o aumento na renda confere melhor classificação de saúde, devido à redução do estresse. A renda proporciona melhor avaliação econômica, Meng et al.⁷⁶, afirmam que há forte relação entre melhores condições de renda e percepção de saúde.

Silva et al.⁶, observaram que o nível educacional tem influência direta sobre o nível socioeconômico, já que ser de classe econômica D/E corresponde 1,6 pior percepção de saúde nas mulheres e 1,3 nos homens. Estudo em três cidades brasileiras das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, observaram maior proporção de pessoas da classe D/E 45,6%⁶ e idosos com 65 anos ou mais pertencente às classes D/E apresentaram avaliação de saúde três vezes pior⁶⁵.

O menor nível econômico e pior caracterização de saúde correspondem em homens 2,4 maior chance de mortalidade e nas mulheres 4,3⁸⁷ do que os que apresentam maior nível econômico. Tais características de educação e classe social são importantes na autoavaliação de saúde e influenciam na percepção do indivíduo.

2.3.3. Condições de saúde

São diversos os fatores que contribuem na caracterização do estado de saúde, sendo importante sua identificação para avaliar a qualidade de vida dos idosos e promover medidas que melhorem seus anos de vida. Entre esses fatores pode-se destacar a percepção negativa sobre a saúde que pode ser obtida com base na capacidade de comparação com

outros indivíduos de mesma idade, além da forma de enfrentamento de condições desfavoráveis a saúde, como falta de atividade física, consumo de bebida alcoólica⁶.

Foi evidenciado que a abstenção de bebidas alcoólicas conferia melhor avaliação de saúde no Japão, Austrália, Coreia e Estados Unidos⁸⁵, como também Silva et al.⁶, verificaram que 12,8% dos homens que consumiam bebidas alcoólicas apresentam percepção negativa de saúde e nas mulheres este valor corresponde a 7,1%. Diferentemente Lima-Costa, Firmo, Uchoa⁹ observaram que indivíduos que consumiam bebida alcoólica apresentaram menor percepção de avaliação negativa. Borim et al.⁸ encontraram prevalência de saúde excelente/muito boa entre os indivíduos que consumiam bebida alcoólica uma a quatro vezes por mês, 1,3 vezes superior. O consumo de bebida alcoólica parece exercer ação protetiva na avaliação de saúde negativa.

Quando avaliado o fumo, verifica-se que idosos apresentam maior dependência de nicotina, fumam maior número de cigarro, por mais tempo, apresentavam mais problemas de saúde relacionados ao cigarro e possuem maior dificuldade em parar⁹¹. Meng. Xie, Zhang⁷⁶, verificaram que o histórico de fumante apresenta relação com avaliação de saúde negativa e Lima-Costa, Firmo, Uchoa⁹ observaram que fumantes possuem 1,33 vezes chance de pior percepção de saúde. Loyola Filho et al.¹⁵, encontraram que 5,4% das mulheres e 16,7% dos homens fumantes referiam percepção de saúde negativa. Outros estudos também verificaram prevalência de avaliação de saúde negativa em indivíduos que fumaram ou fumam⁷². Em Bambuí, MG¹⁰³ entre os homens o tabagismo atual esteve associado com avaliação de saúde negativa e hospitalização no último ano.

A prática de atividade física está relacionada à melhor percepção de saúde, reduz o desenvolvimento de doenças e traz benefícios psicológicos e sociais⁸⁻⁹. Esse fato foi observado no estudo de Campinas, SP⁸, onde indivíduos que praticam alguma atividade física apresentavam 1,4 vezes melhor percepção de saúde, além de registros de melhor percepção de saúde em idosos ativos⁷⁵. Lima-Costa et al.⁹ verificaram que realizar alguma atividade física foi protetor para a avaliação de saúde negativa. No Ceará, 56% dos avaliados que não realizavam atividade física apresentaram pior percepção de saúde²². Estudos indicam que não praticar atividade física contribui em duas vezes para pior avaliação de saúde¹⁴ ou 1,5 em mulheres inativas⁶.

A falta de exercícios físicos pode contribuir para o surgimento de doenças como a obesidade, que ainda pode ser precursora para outras DCNT. Obesos exibem mais chances de avaliação de saúde negativa comparados aos eutróficos^{66,72}. Nos idosos há alterações

fisiológicas decorrentes do envelhecimento como decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, redução de massa magra e diminuição da quantidade de água no organismo, essas características os diferenciam dos demais indivíduos¹⁰⁴. Para classificação do estado nutricional em idosos utiliza-se o Índice de Massa Corpórea (IMC) e esse pode ser classificado de acordo com as recomendações da OMS¹⁰⁵ que utiliza os mesmos pontos de corte para adultos e por Lipschitz¹⁰⁶, esta última leva em consideração a alteração na composição corporal com idoso. Todos estes fatores devem ser observados para o diagnóstico nutricional do idoso. A seguir no quadro 2 é apresentado as classificações do estado nutricional.

Quadro 2. Classificações do estado nutricional a partir do Índice de Massa Corporal (IMC)

Organização Mundial de Saúde (OMS)		Lipschitz	
Classificação	IMC	Classificação	IMC
Baixo peso	< 18,5 Kg/m ²	Baixo peso	<22 Kg/m ²
Eutrofia	18,5 a 24,9 Kg/m ²	Eutrofia	22 a 27 Kg/m ²
Sobrepeso	25 a 29,9 Kg/m ²	Sobrepeso	>27 Kg/m ²
Obesidade	≥ 30 Kg/m ²		

A presença de doenças crônicas é aproximadamente três vezes maior para aqueles com IMC $\geq 25 \text{kg/m}^2$ ³⁸. Dados do VIGITEL⁶⁶ apontam que IMC elevado esteve associado à avaliação negativa, outros estudos não identificaram este relato^{8,14}. Rocha-Brischiliari et al.³⁸ verificaram que o IMC > 25kg/m² foi encontrado em indivíduos com DCNT e esteve associado à presença de diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, dislipidemias e osteoporose. O adequado estado nutricional pode favorecer a longevidade.

Alguns desses fatores associados contribuem para o surgimento de doenças que podem limitar a vida do indivíduo. A prevalência de DCNT é elevada entre a população idosa e repercute na qualidade de vida dos mesmos, porém mesmo convivendo com doenças crônicas, os idosos podem desenvolver suas atividades e cumprir sua função social. Por meio desta abordagem, a saúde é considerada como a capacidade de gerir a

própria vida ou cuidar de si mesmo³⁷. Em Maringá, PR, indivíduos com idade >18 anos exibiram prevalência de DCNT de 44,8% e com idade superior a 60 anos apresentaram 4,8 mais chances de apresentar essas doenças³⁸.

Com o aumento de morbidades, a qualidade de vida diminui e isso interfere diretamente na avaliação de saúde⁸⁰. Alguns autores^{11,16,64,97,107} relatam a forte associação de presença de morbidades e avaliação negativa de saúde. As DCNTs são mais prevalentes em idoso, de baixa escolaridade, sem companheiro, fumantes, que apresentam sobrepeso ou obesidade e com percepção de saúde autorrelatada negativa³⁸.

As doenças crônicas em idosos, frequentemente, elevam a avaliação de saúde negativa. Não ter nenhuma doença crônica representa 46,7% dos indivíduos com avaliação negativa de saúde, enquanto que possuir três ou mais corresponde a 84,0% de percepção negativa de saúde⁹³. Segundo os estudos de French et al.⁸⁵ e Fernandez-Martinez²³, ter mais de uma doença crônica elevou, em aproximadamente duas vezes, a chance de pior caracterização de saúde. Em Belo Horizonte, MG, possuir doença crônica foi associado a maior prevalência de autoavaliação de saúde negativa, ter quatro ou mais doenças apresentou quatro vezes maior avaliação negativa de saúde^{12,21}. Em Pelotas, RS, estudo com idosos de 65 anos ou mais verificou relação de doenças crônicas e avaliação negativa de saúde⁶⁵, bem como Rocha-Brischiliari et al.³⁸ que verificaram que 7 possuir doença crônica duplica a probabilidade de avaliar a saúde negativamente.

Estudo desenvolvido em São Paulo observou-se que a presença de doenças crônicas estava associada ao sexo do idoso e fortemente relacionada à autopercepção de saúde nos homens. A presença de quatro ou mais doenças crônicas remeteu um risco 10,53 vezes maior de uma autopercepção negativa de saúde e, nas mulheres, esse risco foi 8,31 vezes maior¹⁹. Na pesquisa de Szwarcwald et al.⁵, 31,8% dos idosos do sexo masculino que apresentaram DCNT ou incapacidade referiram percepção negativa de saúde, enquanto as mulheres esse percentual foi de 32,1%¹.

Com o envelhecimento progressivo e aumento de morbidades, surge a necessidade de um consumo maior de medicamentos. A polifarmácia, definida como o consumo de cinco ou mais medicamentos concomitantes, é uma prática frequente entre os idosos¹⁰⁸. Estudo com idosos em Goiânia, GO¹⁰⁸ identificou prevalência de diabetes mellitus e polifarmácia de 13% e 28%, respectivamente, sendo a polifarmácia, mais prevalente no sexo feminino, em indivíduos com duas ou três doenças crônicas e autoavaliação de saúde negativa. Observa-se, também, que o consumo de medicamentos pode estar associado às

doenças crônicas devido ao tratamento por longos períodos, e os medicamentos são utilizados para seu controle, como no caso do diabetes. O consumo de medicamentos esteve associado à percepção negativa de saúde e ao aumentar o número de medicamentos, também, aumenta a prevalência de avaliação negativa⁹.

Estudo realizado por Fialho et al.¹⁰⁷ na região metropolitana de Belo Horizonte, MG, com o objetivo de investigar a associação entre a capacidade funcional e a utilização dos serviços de saúde, verificou-se que alguns fatores foram predisponentes, como condições de saúde para utilização dos serviços de saúde, o número de doenças crônicas, número de consultas médicas e hospitalizações. Indivíduos que consideravam a saúde negativa apresentavam mais que cinco consultas médicas (66%) e hospitalizações (31,8%) por ano. Aqueles que possuíam essa avaliação de saúde apresentavam duas vezes maior o número de consultas médicas e maior quantidade de hospitalizações¹⁰⁷.

As comorbidades associadas ao declínio das funções orgânicas dos idosos, frequentemente, ocasionam a necessidade de busca dos serviços de saúde. Indivíduos com pior percepção de saúde utilizam aproximadamente, duas vezes mais os serviços de saúde¹⁰⁹, sendo que o maior número de consultas médicas está associado com pior percepção de saúde¹¹⁰.

Algumas características de saúde, também, determinam a avaliação de saúde, como Lima-Costa et al.⁹ observaram que consultar duas vezes no ano, consultar quatro ou mais vezes e referir duas ou mais internações no ano correspondem a duas, três e quatro vezes pior percepção de saúde, respectivamente. Loyola Filho et al.¹⁵, observaram que aqueles que consultam quatro ou mais vezes apresentam aproximadamente 4 vezes pior avaliação de saúde.

Em um estudo no Sul do Brasil, os idosos apresentavam quatro vezes mais chance de internação hospitalar e aqueles com pior percepção de saúde apresentam maiores chances de internação hospitalar¹¹¹. Ter duas ou mais internações no último ano caracteriza aproximadamente quatro vezes maior avaliação negativa de saúde⁹. A internação proporciona maiores chances de relato de avaliação negativa de saúde¹⁰⁷.

Algumas doenças geram maior uso dos serviços de saúde, como, também, podem debilitar os idosos. Assim, a avaliação funcional dos idosos é de extrema importância em conjunto com autoavaliação de saúde, por permitir a avaliação do indivíduo no exato momento que convive com a situação. Os idosos apresentam, frequentemente, mais

incapacidades em virtude da presença de doenças crônicas, que são as principais causas da demanda nos serviços de saúde e influência na avaliação negativa de saúde.

A prevalência de percepção de saúde negativa (14%)¹¹² pode ser observada nas mulheres com maior incapacidade funcional devido a maior sobrevida, acometidas por doenças mais incapacitantes. Além disso, a percepção de saúde negativa detecta, com maiores frequências, os problemas de saúde, fatores predisponentes como doenças clínicas, escolaridade e renda, que apresentam relação com incapacidade.

A avaliação funcional, preconizada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹¹³, possui grande importância, não apenas no comprometimento funcional, mas a necessidade de auxílio pelo idoso. Considerada uma medida objetiva para avaliar o grau de funcionalidade do idoso, representa uma maneira de avaliar se o indivíduo é ou não capaz de realizar atividades necessárias para cuidar de si mesmo¹¹³.

As atividades de vida diária (AVD) estão relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas¹¹³. A dificuldade na realização de atividades rotineiras possui implicações para a família, o serviço de saúde, e para os próprios indivíduos, devido a incapacidade ocasionar maior dependência, vulnerabilidade, diminuir a qualidade de vida e influenciar diretamente na sua avaliação de saúde¹¹⁴.

As atividades instrumentais da vida diária (AIVD) corresponderam a participação do idoso no meio social e indicam a capacidade do indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. Implica na utilização dos meios de transporte, manipulação de medicamentos, realização de compras, realização de tarefas domésticas leves e pesadas, utilização do telefone, preparação de refeições, e cuidar das próprias finanças¹¹³.

A escala de Katz é uma das primeiras para avaliação funcional, planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e referem o grau de incapacidade: quanto maior o número de dificuldades para realizar as AVD, mais grave é a incapacidade¹¹⁴.

A autoavaliação de saúde negativa apresenta-se como o fator fortemente associado com a incapacidade funcional dos idosos no Brasil^{6,21,112}. Há piora gradual da autoavaliação da saúde com o aumento da incapacidade⁷⁰. O processo de incapacidade que

acomete as pessoas idosas, diferentemente daquele dos mais jovens, é causado por doenças crônicas que usualmente começam na meia-idade e acompanham o envelhecimento⁷⁰. E a avaliação funcional tem sido utilizada como uma das formas de verificar a qualidade de vida desses indivíduos.

A idade contribui para capacidade inadequada, pois nos estratos de 70 anos ou mais existe maior chance de capacidade funcional inadequada comparada aqueles entre 60 a 69 anos¹⁰¹. Em Belo Horizonte, MG, foi verificado que idosos com idade de 65 a 69 anos e ter grande dificuldade ou incapacidade de realizar pelo menos uma AVD, estavam associados à avaliação negativa de saúde¹³. Também em Belo Horizonte, MG, Giacomini et al.⁷⁰, verificaram que com o aumento da idade houve aumento do grau de dependência e 18,4% das pessoas que avaliaram a saúde negativamente apresentaram alguma dificuldade nas AVDs, além de 28,7% relataram dependência total. Foi observada capacidade funcional inadequada em 37,1% dos idosos em Joaçaba, SC¹⁰¹ e em Belo Horizonte, MG, Giacomini et al. encontraram 8% com alguma dificuldade para realizar pelo menos uma AVD enquanto Fialho et al.¹⁰⁷, observaram a prevalência de incapacidade funcional de 35,8%.

Dados do estudo realizado em Bambuí, MG⁹, demonstraram que idosos que possuíam dificuldades de realizar duas ou mais AVD apresentaram quatro vezes pior avaliação de saúde. Em Belo Horizonte²¹ foi verificado que quanto maior as dificuldades para realizar as AVD, maior a chance do idoso avaliar a sua saúde como ruim e possuir grande dificuldade ou não conseguir realizar as AVD apresenta nove vezes pior avaliação de saúde. Em relação ao sexo, os homens exibiram ser mais independentes que as mulheres⁹¹.

Apesar dos importantes achados quanto à influência das condições de saúde sobre avaliação de saúde dos idosos, acredita-se que mais estudos que avaliem essa relação de autoavaliação de saúde e DM, deva ter maior atenção, pois a DM doença silenciosa e comum dentre os idosos, e de modo geral afeta na qualidade de vida do indivíduo.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Estimar a prevalência de autoavaliação negativa de saúde conforme a presença de diabetes mellitus em idosos residentes em Dourados, MS, controlando para as características sociodemográficas e comportamentais, presença de doenças crônicas e uso de serviços de saúde.

3.2. Objetivos específicos

- Estimar a prevalência de autoavaliação negativa de saúde e diabetes mellitus nos idosos;
- Descrever características sociodemográficas e comportamentais;
- Descrever a prevalência de doenças crônicas e o uso de serviços de saúde;
- Analisar a autoavaliação de saúde nos idosos conforme a presença de diabetes mellitus.

4 REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Programmes and projects. Ageing and Life Course. Interesting facts about ageing. 2012. New York; 2012. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: Características da população – Amostra-Dourados. [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
3. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.
4. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília:: Organização Pan-Americana da Saúde.; 2005. p. 60 p.
5. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(Suppl1):S54-64.
6. Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
7. Borim, FSA. Autoavaliação de saúde e transtorno mental comum em idosos: estudo de base populacional no município de Campinas, SP. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, 2014.
8. Borim FSA; Barros MBA; Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 769-780.
9. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estruturada auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38 (6):827-34.
10. Alvarenga, MRM. Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção básica (Tese de Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2008.
11. Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012; 15(2): 285-94.
12. Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014; 35 (4): 35-41.

13. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44 (6): 1120-9.
14. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(8):1593-602.
15. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Fatores associados a autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol*,2013;16(3):559-571.
16. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery*. 2008;12 (4):706-16.
17. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(8):1893-902.
18. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública*.2011;27(12):2441-51.
19. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public Health*.2005;17(5/6):333-41.
20. Souza LM, Lautert L, Hilleshein EF. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e autopercepção da saúde de idosos de Porto Alegre. *Rev Esc Enferm*. 2010; 44(3): 561-569.
21. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-28.
22. Santos, MAB; Mattos IE. Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga-CE.*Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011; 20(2): 193-201.
23. Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):310-9.
24. Menezes TNN, Sousa DS, Moreira AS, Pedraza DF. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014; 17(4):829-839
25. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(1): 175-184.

26. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde*. 2011; 27(6): 1233-1243.
27. Stopa SR, César CLG, Segri NJ, Goldbaum M, Guimarães VMV, Alves MCGP, et al. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. *Rev Saúde Pública*. 2014; 48(4): 554-662
28. Iser BPM, Malta DC, Duncan BB, de Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, Correlates, and Description of Self-Reported Diabetes in Brazilian Capitals – Results from a Telephone Survey. *PLoS ONE*. 2014; 9(9): 01-08.
29. Seus TLC, Siqueira FV, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Silva SM et al. Autorrelato de diabetes e atividade física no Brasil. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2012; 17(6):520-531.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
31. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Indicador de Morbidade. Número de internação hospitalar por diabetes mellitus (SUS) 2012. Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>
32. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Indicador de Morbidade. Taxa de internação hospitalar por diabetes mellitus, segundo faixa etária de 60-69 anos (SUS) 2012. Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>
33. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Indicador de Morbidade. Taxa de internação hospitalar por diabetes mellitus (SUS) 2012, segundo faixa etária 70 anos e mais. Indicadores e Dados Básicos (IDB) 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>
34. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social. Brasília, DF: 2013. Disponível em: (<http://www.previdencia.gov.br/aeps-2013-secao-xvi-demografia-tabelas/>).
35. Camarano AA. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 604 p.
36. Chaimowicz F. Health of Brazilian elderly just before of the 21st century: current problems, forecasts and alternatives. *Rev Saude Publica*. 1997;31(2):184-200.
37. Moraes EN. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília. 2012. p.98.

38. Rocha-Brischiliari SC, Agnolo CMD, Gravena AAF, Lopes TCR, Carvalho MDB, Pelloso SM et al. Doenças Crônicas não Transmissíveis e Associação com Fatores de Risco. Rev Bras Cardiol. 2014;27(1):531-38
39. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
40. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014; 17(1): 79-86.
41. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, et al . A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007; 23(8): 1924-1930.
42. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L8842.htm<
43. Brasil. Ministério da Saúde. Série E. Legislação de Saúde. Estatuto do Idoso. 2. ed. rev. ed. Brasília:2009. p.70 .
44. Organização das Nações Unidas. Assembléia Mundial sobre envelhecimento: Resolução 39/125. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982.
45. World Health Organization. Reports World Health Statistics. Part II Global health indicators. 2015. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/
46. Rede Internacional de Informações para a saúde (RIPSA). Departamento de Informática do SUS/Ministério da Saúde (DATASUS). Características dos indicadores – Fichas de qualificação, 2012. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/A.15>
47. Ministério da Saúde. Datasus. Indicadores demográficos. Índice de Envelhecimento. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a15.def>
48. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: Características da população – Amostra-MS. [Internet]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=ms&tema=censodemog2010_amostra.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010:Características da população – Amostra-Dourados. [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

50. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Indicador de mortalidade. Mortalidade proporcional por grupos de causas doenças do aparelho circulatório 2011. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>
51. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Mortalidade proporcional por grupos de causas doenças do aparelho circulatório, segunda faixa etária 60-69 anos-2011. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Mortalidade proporcional por grupos de causas doenças do aparelho circulatório segunda faixa etária 70 -79 anos-2011. [Internet]. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Mortalidade proporcional por grupos de causas doenças do aparelho circulatório segunda faixa etária 80 anos ou mais-2011..[Internet]. 2012. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/c04.def>.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Indicadores de mortalidade. Taxa de mortalidade específica por diabetes mellitus, segundo Unidade da Federação, faixa etária: 60 anos e mais- 2011. 2012. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c12.def>
55. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Indicadores de mortalidade. Número de óbitos por diabetes mellitus, segundo Unidade da Federação, faixa etária: 60 anos e mais- 2011. 2012. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c12.def>
56. American Diabetes Association Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Disponível em: Care.diabetesjournals.org.2010; 33 (1): S62-S69.
57. World Health Organization. Programmes and projects. Media centre. Facts sheets 2015. New York; 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
58. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2008. Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva proporção, por algumas doenças selecionadas, segundo as Grandes Regiões – 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2009/default_tab.shtm
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p.: il. –(Série G. Estatística e Informação em Saúde)
60. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB et al. Diabetes in Older Adults. Diabetes care. diabetesjournals.org. 2012; 35: 1380-1387.
61. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2008. Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva proporção, por sexo e algumas doenças selecionadas, segundo as Grandes Regiões – 2008. Disponível

em:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos/siteseindicadores2009/default_tab.shtm

62. Malta DC, Iser BPM, Andrade SSCA, Moura L, Oliveira TP, Bernal RTI. Tendência da prevalência do diabetes mellitus autorreferido em adultos nas capitais brasileiras, 2006 a 2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4): 753-760.

63. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19 (1):S29-S36.

64. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Publica*. 2010;44(5):901-11.

65. Reichert FF; Loch MR; Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(12):3353-3362.

66. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública*. 2009; 43(Suppl 2): 27-37.

67. Wu S, Wang R, Zhao Y, Ma X, Wu M, Yan X, et al. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*. 2013; 13(320): 01-09.

68. Ramkumar A, Quah JLS, Wong T, Yeo LSH1, Nieh CC, Shankar A, et al. Self-rated Health, Associated Factors and Diseases: A Community-based Cross-sectional Study of Singaporean Adults Aged 40 Years and Above. *Ann Acad Med Singapore* 2009;38 (7):606-12.

69. Andrade FCD, Guevara PE, Lebrão ML, Duarte YAO. Correlates of the incidence of disability and mortality among older adult Brazilians with and without diabetes mellitus and stroke. *BMC Public Health*. 2012;12(361): 01-10.

70. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(6): 1260-1270.

71. World Health Organization. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen:1996. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/111149/E72841.pdf

72. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(4): 723-34.

73. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):302–10.

74. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 1982;72(8):800-8.

75. Oliveira SES, Hohendorff JV, Müller JL, Bandeira DR, Koller SH, Fleck MPA, et al. Associations between self-perceived quality of life and socio-demographic, psychosocial, and health variables in a group of elderly. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(7): 1437-1448.
76. Meng Q, Xie Z, Zhang T. A single-item self-rated health measure correlates with objective health status in the elderly: a survey in suburban Beijing. *Frontiers in Public Health*. 2014; 2 (27): 01-09.
77. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)" [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1997.
78. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3): 143-50.
79. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saúde Pública*. 2012 46(1): 100-07.
80. Borim FSA, Neri AI, Francisco PMSB, Barros MBA. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Saúde Pública* 2014;48(5):714-722.
81. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(3): 830-839.
82. Ribeiro KT. Fatores associados à qualidade de vida relacionado a saúde de idosos residentes no município de São Paulo- Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011
83. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf
84. Silva PA. Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. *Cad Saúde Pública*, 2011; 27(12):2409-2418.
85. French DJ, Browning C, Kendig H, Luszcz MA, Saito Y, Sargent-Cox K, et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health*. 2012;12 (649): 01-12.

86. Guimarães JMN, Chor D, Werneck GL, Carvalho MS, Coeli CM, Lopes CL et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study. *BMC Public Health* 2012, 12 (676) 01-10.
87. Ng N, Hakimi M, Santos A, Byass P, Wilopo SA, Wall S. Is Self-Rated Health an Independent Index for Mortality among Older People in Indonesia? *PLoS ONE*. 2012; 7(4):217-24.
88. Desalvo KB, Muntner P. Discordance between physician and patient self-rated health and all-cause mortality. *Ochsner J*. 2011;11(3):232-40.
89. 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(3):267-275.
90. Nishi A, Kawachi I, Shirai K, Hirai H, Jeong S, Kondo K. Sex/gender and socioeconomic differences in the predictive ability of self-rated health for mortality. *PLoS One*. 2012;7(1): 01-07.
91. Paskulin LMG; Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(5):757-68
92. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Censo Demográfico 2008: Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição percentual, por sexo e percepção do próprio estado de saúde, segundo as Grandes Regiões – 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2009/default_tab.shtm
93. Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K. Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatr*. 2010;10 (30): 01-09.
94. Sun W, Misuzu W, TanimotoY, ShibutaniT, KonoR, SaitoM, et al. Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007; (7):1-9.
95. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese dos Indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf
96. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2008.Pessoas de 60 anos ou mais de idade, total e respectiva distribuição, por cor ou raça e percepção do próprio estado de saúde, segundo as Grandes Regiões – 2008.Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2009/default_tab.shtm

97. Oliveira BLC, Thomaz EBAF, Silva RA. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cad. Saúde Pública*. 2014;30(7):1-15.
98. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saúde Pública*, 2011; 27 (2):S198-S208.
99. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. 2009. Pessoas de 15 anos ou mais de idade, analfabetas, total e respectiva distribuição percentual, por grupos de idade e cor ou raça, segundo as Grandes Regiões – 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicisociais2009/default_tab.shtm
100. Anne LF, Stronks K, Thompson CA, Sarkissian, MPH, Arah OA. The Modifying Influence of Country Development on the Effect of Individual Educational Attainment on Self-Rated Health. *American Journal of Public Health*, 2013;103(11):49-54.
101. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(2): 409-415.
102. Brenes-Camacho G. Favourable changes in economic well-being and self-rated health among the elderly. *Soc Sci Med*. 2011;72(8):1228-35.
103. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte) *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(9), 1925-1934.
104. Souza R, de Fraga JS, Gottschall CBA, Busnello FM, Rabito EI. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013; 16(1):81-90.
105. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995.
106. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 21:55-67.
107. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (3):599-610.
108. Silveira EA, Dalastre L, Pagotto V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(4): 818-829.
109. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):733-40.

110. Capilheira MFS, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. *Rev Saúde Pública*. 2006; 40(3):436-43.
111. Garbinato LR, Béria JU, Figueiredo ACL, Raymann B, Gigante LP, Palazzo LS, Aerts DRGC. Prevalência de internação hospitalar e fatores associados: um estudo de base populacional em um centro urbano no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(1): 217-24.
112. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3): 468-478.
113. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
114. Alves LC, Leiman BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924-1930.

5 ANEXOS

Anexo 1**DIABETES MELLITUS E AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS****DIABETES MELLITUS AND HEALTH SELF-ASSESSMENT IN ELDERLY****DIABETES MELLITUS Y SALUD AUTOEVALUACIÓN EN PERSONAS MAYORES**

Autores: Érica Quintiliano Oliveira¹, Maria Cristina Correa de Souza¹, Lígia Batista Lobo¹, Patrícia Karla da Rocha Pereira¹, Graziella Almeida Andrade Cattanio¹, Rosângela da Costa Lima¹.

¹ Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Grande Dourados.

RESUMO

Foi estimada a prevalência de autoavaliação negativa de saúde conforme a presença de diabetes mellitus (DM) em idosos, controlando para características sociodemográficas, comportamentais, doenças crônicas e uso de serviços de saúde. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional com amostra em múltiplos estágios realizado em Dourados, Mato Grosso do Sul. Foram calculadas razões de prevalências com regressão de Poisson, levando em conta o efeito de delineamento. Foram entrevistados 979 idosos de junho a setembro de 2012. A prevalência de DM na amostra foi de 24,5% (IC 95%: 21,0-27,0%) e de autoavaliação de saúde negativa foi de 19,7% (IC 95%= 18,0-23,0%). Apresentou-se associada à prática de atividade física e consumo de bebida alcoólica como fator protetor, dependência nas atividades de vida diária (RP= 1,22 para ≥ 2 dificuldades), número de morbidades (RP=1,36 para ≥ 4 consultas). A prevalência de autoavaliação negativa nos idosos com DM foi de 33,1%, enquanto que nos idosos que não referiram DM foi de 16,5%. A presença de DM aumentou aproximadamente 10% a autoavaliação de saúde negativa após o controle de possíveis fatores de confusão.

Palavras-chave: Autoavaliação, Idoso, Diabetes mellitus.

ABSTRACT

It estimated the prevalence of health self-assessment as the presence of diabetes mellitus (DM) in elderly, controlling for sociodemographic, behavioral characteristics, chronic diseases and use of health services. It is a cross-sectional, population-based sample in multiple stages performed in Dourados, Mato Grosso do Sul. Prevalence ratios were calculated with Poisson regression, taking into account the design effect. They interviewed 979 elderly from June to September 2012. The prevalence of DM in the sample was 24.5% (IC95%: 21.0-27.0%) and negative health self-assessment was 19.7% (IC95%= 18.0-23.0%). He introduced himself associated with physical activity and consumption of alcohol as a protective factor, dependence on activities of daily living (RP = 1.22 for > 2 difficulties), morbidity number (RP= 1.36 for > 4 consultations). Prevalence of negative self-assessment in elderly patients with DM was 33.1%, while the elderly who did not report DM was 16.5%. The presence of DM increased approximately 10% to negative health self-assessment after controlling for potential confounders.

Keywords: Self-assessment, Aged, Diabetes mellitus.

RESUMEN

Fue estimada la prevalencia de autoevaluación de la salud conforme la presencia del Diabetes Mellitus (DM) en ancianos, controlando las características sociodemográficas, comportamientos, enfermedades crónicas y uso del servicio de salud. Tratarse de un estudio transversal, de base poblacional con muestra en múltiples etapas que fueran realizados en Dourados, Mato Grosso do Sul. Fueran calculados razones de prevalencias con regresión de Poisson, llevando en cuenta el efecto de delimitamiento. Fueran entrevistados 979 ancianos de junio hasta setiembre de 2012. La prevalencia de DM en la muestra fue de 24,5% (IC 95%: 21,0-27,0%) y de autoevaluación de salud negativa fue de 19,7% (IC 95%= 18,0-23,0%). Presentase asociada la práctica de actividad física y consumo de bebidas alcohólica como factor protector, dependencia en las actividades de vida diaria (RP= 1,22 para ≥ 2 dificultades), numero de morbosidades (RP=1,36 para ≥ 4 consultas). La prevalencia de autoevaluación negativa en los ancianos con DM fue de 33,1%, en cuanto que en los ancianos que no referirán DM fue de 16,5%. La presencia de DM aumentó aproximadamente 10% el autoevaluación de salud negativa después lo controle de posibles factores de confusión.

Palabras clave: Autoevaluación, Anciano, Diabetes mellitus

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é inerente ao curso natural da vida e nessa fase há modificações biológicas, psicológicas e sociais. Essas alterações podem repercutir sobre a condição de saúde e relações sociais dos indivíduos, devido à ocorrência de enfermidades, perda de funcionalidade e autonomia, interferindo na qualidade de vida do idoso¹.

O crescimento do contingente de idosos contribuiu para mudanças no perfil de morbidade representado pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)². Estudo Global sobre Envelhecimento e Saúde do Adulto (SAGE) (2007/10) realizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em seis países, verificou que com o avanço da idade ocorre o aumento no número de DCNT³, como o diabetes mellitus (DM). A urbanização, o sedentarismo, e hábitos alimentares inadequados favorecem o aumento da prevalência de DM⁴, que pode ser considerado um fator de risco cardiovascular⁵ e importante causa de mortalidade⁶.

O DM está entre as doenças mais prevalentes em idosos variando no Brasil de 14,7 a 21,4%^{2,4,6-8}, e, nos Estados Unidos⁹ de 22 a 33%. Essa doença é responsável por diversas complicações como cegueira, amputações, nefropatias, complicações cardiovasculares e encefálicas, as quais afetam diretamente a autonomia e qualidade de vida do indivíduo^{4,9}. Idosos portadores deste agravo relatam autoavaliação de saúde negativa de 30,2%⁶.

Alguns estudos verificaram com maior frequência a autoavaliação do estado de saúde negativa na presença de doença crônica, maior número de consultas médicas, internações hospitalares e em decorrência das possíveis limitações ocasionadas por doenças, especialmente as DCNT^{1,10} como o DM.

Em virtude do aumento do número de idosos, da autoavaliação de saúde ser um indicador importante de saúde, da emergência de DCNT como o DM e da ausência de dados locais, tornou-se importante o desenvolvimento desta pesquisa, a fim de avaliar a prevalência de autoavaliação de saúde negativa conforme a presença de DM em idosos, controlando para características sociodemográficas, comportamentais, doenças crônicas e uso de serviços de saúde em idosos residentes em Dourados, Mato Grosso do Sul.

MÉTODOS

Estudo de base populacional, com delineamento transversal, onde foram incluídas pessoas com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na área urbana de Dourados, MS. Não foram elegíveis indivíduos institucionalizados (asilos, hospitais, presídios), indígenas e idosos que não responderam eles próprios ao questionário visto que a autoavaliação de saúde é individual.

Dourados é um município brasileiro da região Centro-Oeste, localizado na região sul do estado de Mato Grosso do Sul, a 220 Km da capital Campo Grande e 120 Km da fronteira com Paraguai, é a primeira cidade mais populosa do interior do estado, formado pela sede e 9 distritos: Guaçu, Indápolis, Formosa, Itaum, Macaúba, Panambi, Picadinha, Vila São Pedro, Vila Vargas. Com área de 4.086,237 km². De acordo com Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 ¹¹ população total era de 196.035 e de idosos era de 17.589.

O cálculo da amostra foi realizado pelo programa Sampsize¹² considerando prevalência de percepção de saúde negativa estimada em 20,1%¹³, intervalo de confiança de 95% e erro tolerável de 3,0%. O resultado obtido foi de 824 indivíduos, acrescido em 10% como valor estimado de perdas e recusas, resultou numa amostra de 906 idosos. Entretanto como este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “A saúde dos idosos em Dourados, MS”, a amostra final foi superior.

Foi utilizada a amostragem em múltiplos estágios, a partir da grade de setores censitários da zona urbana de Dourados, conforme o censo demográfico de 2010. O número de domicílios visitados foi definido pela divisão do número de idosos do estudo pelo número de pessoas por domicílio (3,2), multiplicado pela proporção de idosos na população (0,09)¹¹.

Foram estimados 3483 domicílios para a obtenção da amostra. O número de setores censitários foi definido pela divisão do número de domicílios por 30 (número de domicílios a serem visitados por setor), acrescido de quatro setores de reserva, totalizando 120. Os setores censitários foram dispostos em ordem crescente de acordo com as variáveis utilizadas como *proxy* da situação socioeconômica (% de alfabetizados, coleta de lixo, esgoto e água encanada). Após esta etapa foi feita seleção de forma sistemática.

Para a seleção foi dividido o número de domicílios do setor¹¹ por 30, de forma a obter o salto entre cada um dos domicílios. Após o sorteio do setor, o mesmo foi percorrido a partir do domicílio inicial definido pelo IBGE, e os demais domicílios foram visitados, no sentido horário, considerando o valor do salto entre os domicílios.

As entrevistas foram antecedidas por uma visita aos domicílios selecionados onde eram explicados os objetivos da pesquisa e verificada a idade dos moradores. Quando havia idosos no domicílio, os entrevistadores avisavam que, posteriormente, seria aplicado um questionário e peso e estatura para cálculo do IMC.

Os dados foram obtidos por meio de questionário padronizado e pré-codificado aplicado individualmente por entrevistadores treinados. Foi realizado um estudo piloto em um setor censitário da população alvo, não incluído no estudo, além do controle da qualidade com revisitas.

Os desfechos analisados foram diabetes mellitus (DM) e autoavaliação do estado de saúde. Para obtenção da informação sobre o diabetes mellitus, foi perguntado ao idoso: “*Algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que o Senhor (a) tem açúcar alto no sangue (diabetes)*”. O diabetes mellitus referido (sim, não) foi considerado como variável dependente para fins de análise e de estudo das possíveis associações.

Na obtenção da autoavaliação de saúde foi utilizada a seguinte pergunta: “*Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?*”. Esta pergunta foi extraída da versão brasileira do instrumento de qualidade de vida *Medical Outcomes Study 36–Item Short-Form Health Survey* (SF-36) produzido pela Organização Mundial de Saúde, posteriormente traduzido e validado por Ciconelli¹⁴. As cinco categorias de resposta iniciais para o desfecho de autoavaliação de saúde foram dicotomizadas em positiva (categorias excelente, muito boa e boa) e negativa (categorias ruim e muito ruim). Esse questionário foi escolhido por ter característica genérica, com conceitos não específicos para determinada idade, o propósito desse instrumento detectar diferenças relevantes no status de saúde tanto da população geral quanto de pessoas acometidas por alguma enfermidade¹⁵, sendo capaz de autoavaliar a saúde, visto que, a maior parte de estudos apresentam desfecho na classificação da saúde em apenas duas categorias positiva e negativa.

Foram avaliadas, também, as seguintes variáveis: características demográficas (gênero: masculino/feminino; faixa etária: 60-69 anos/ 70-79 anos/ ≥ 80 anos; situação conjugal: vive com companheiro (a)/sem companheiro (a); cor da pele: brancos/não brancos); características socioeconômicas (escolaridade-anos de estudo: nenhum/1-4/5-8/ ≥ 9 ; classificação socioeconômica: segundo classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa em A-B/C/D-E¹⁶); condições de saúde (consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias: sim/não; fumo: não fumante/fumante/exfumante; atividade física: sim/não; Índice de Massa Corporal (IMC)¹⁷: ≤ 27 kg/m² e > 27 kg/m²; dificuldades nas atividades de vida diária (AVD) pelo Índice de Katz¹⁸ - alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular e ir ao banheiro: classificados como dependentes ≥ 1 e independentes – sem nenhuma dificuldade; número de morbidades referidas– hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, hipercolesterolemia, doença pulmonar, artropatia, problema crônico de coluna e câncer: foram agrupadas nas categorias nenhuma/1/2-3/ ≥ 4 ; número de medicamentos consumidos: nenhum/1/2-3/ ≥ 4 ; número de consultas médicas: nenhuma/1/2-3/ ≥ 4 e número de internações hospitalares no último ano: nenhuma/1/2-3/ ≥ 4).

Após a revisão dos questionários, os dados foram codificados e digitados em duplicata utilizando o programa Epidata. Foram calculadas prevalências de autoavaliação do estado de saúde para todas as categorias das variáveis de exposição. Para análise foram utilizados softwares SPSS 21.0 e o STATA versão 13.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos).

Foram utilizados os procedimentos do programa (comando *svy*) reservado a análises de dados obtidos em inquéritos populacionais com desenho amostral complexo. As características dos idosos foram relacionadas à autoavaliação em saúde e utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher para verificar diferenças estatisticamente significativas e Tendência Linear. Posteriormente, modelos de regressão de Poisson foram utilizados, para identificar a associação entre as características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde com o diabetes e autoavaliação. Todas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ para autoavaliação de saúde e diabetes foram incluídas no modelo multivariável. A seguir, foram retiradas uma por vez de acordo com o maior valor de p . Permaneceram no modelo final aquelas com $p < 0,05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados segundo o parecer no 001/2011 – intitulado “A saúde dos idosos em Dourados-MS”. Todos os participantes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

A coleta de dados ocorreu de Junho a Setembro de 2012, com 1121 idosos visitados, 48 recusas e 94 perdas, indivíduos que não responderam à autoavaliação de saúde foram excluídos do estudo, resultando assim em 979 idosos entrevistados. A população de estudo possuía média de idade de 70 anos ($\pm 8,06$) e foi composta predominantemente por mulheres (58,3%), idosos que viviam com companheiro (a) (55,8%), brancos (51,5%), analfabetos ou possuíam \leq quatro anos de estudo (73,2%) e pertenciam à classe socioeconômica C (50,9%) (dados não apresentados na tabela).

A prevalência de DM na amostra foi de 24,5% (IC 95%: 21,0-27,0%) e a autoavaliação de saúde negativa relatada foi de 19,7% (IC 95%: 18,0-23,0%), sendo maior no sexo feminino (22,4%) do que no masculino (17,9%). Quando associados DM e autoavaliação de saúde negativa este valor passou nos idosos com diabetes para 33,1% e 16,5% para não diabéticos (dados não apresentados na tabela).

A Tabela 1 descreve a distribuição das características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde dos idosos diabéticos e não diabéticos conforme a autoavaliação de saúde. A escolaridade esteve negativamente associada à autoavaliação de saúde geral, ou seja, quanto maior a escolaridade menor a autopercepção de saúde negativa 8,1%. Os idosos que não praticavam atividade física 25,1%, não consumiam bebida alcoólica 22,6% e apresentavam alguma dificuldade em realizar as atividades habituais da vida diária (AVD) 49,2% apresentaram maiores prevalências de autoavaliação de saúde negativa. Fica evidenciada a maior prevalência de autoavaliação de saúde negativa entre os idosos com maior número de morbidades 42,3%, uso de medicamentos 30,5%, consultas médicas 28,5% e internações hospitalares 36,4%. As demais variáveis não apresentaram diferenças estatisticamente significativas.

Em relação a DM verificou-se entre as características sociodemográficas, que a menor escolaridade apresentaram diferenças estatisticamente significativas com maior

percentual de DM 36,1%. O estado civil viver com companheiro 39,8% apresentou maior prevalência de DM. No que tange às condições de saúde, ter alguma dificuldade na execução da AVD 57,9%, maior número de morbidades 48,5%, consumo de maior número medicamentos 38,7% e maior número de consultas médicas 39,3% foram significativas com maior prevalência de DM. (Tabela 1)

A Tabela 2 apresenta os resultados da análise de razão de prevalência bruta para diabetes e autoavaliação de saúde negativa conforme as características estudadas. Maior escolaridade (RP: 0,57) foi protetora para o DM. Sobrepeso ou obesidade (RP: 2,14), ser exfumante (RP: 1,25), a presença de outras morbidades (RP: 3,19), maior uso de medicamentos (RP: 2,80), consultas (RP: 2,52) e hospitalizações (RP: 2,42) foram fatores associados a maior prevalência de DM.

Idosos que referiram realizar atividade física (RP: 0,89) e consumiam bebidas alcoólicas (RP: 0,94) tiveram menores prevalências de autoavaliação negativa enquanto há uma associação e de maior magnitude, em indivíduos que apresentaram dificuldades na realização de AVD (RP: 1,22) e presença de outras doenças crônicas (RP: 1,36).

Na análise bruta ao avaliar a associação entre DM e autoavaliação de saúde idosos que possuíam DM apresentavam 2,01 vezes mais autoavaliação de saúde negativa que os não diabéticos. Na análise multivariável (Tabela 3), a probabilidade de autoavaliação negativa foi de 8% maior nos idosos com DM em relação aos idosos que não apresentavam DM (RP: 1,08; IC 95%: 1,02- 1,14) após ajuste pelas variáveis de confusão.

DISCUSSÃO

A prevalência de autoavaliação negativa nos idosos com DM foi de 33,1% e 16,5% para não diabéticos (dado não apresentado na tabela). Resultado superior ao estudo de Loyola et al.¹³ (21%), Francisco et al.⁴ (23,7%) e Mendes et al.⁶ (30,21%). A associação da autoavaliação de saúde com a presença desta morbidade, depende da motivação para lidar com os problemas apresentados. Estes idosos que avaliaram negativamente sua saúde podem estar menos propensos ao enfrentamento dessas doenças e com maior risco de complicações. O acesso e a relação interpessoal com o serviço de saúde pode influenciar na avaliação de saúde¹³. Os diabéticos necessitam de acompanhamento constante por parte

dos serviços para controle da doença e prevenção de complicações. A garantia de assistência à saúde pode resultar em mudanças positivas na expectativa de saúde destes idosos. Neste estudo, o uso dos serviços esteve diretamente associado a DM e autoavaliação de saúde negativa.

.....

Uma segunda explicação para o aumento da prevalência de autoavaliação negativa dentre os diabéticos, pode ser em relação às complicações e limitações decorrentes da própria doença, entretanto neste estudo não investigou-se sobre as complicações do DM. Essa doença é de importância para população idosa pela elevada frequência de ocorrência e pelo fato de acarretar complicações macrovasculares (doença cardiovascular, cerebrovascular e de vasos periféricos) e microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia)⁹. Essas complicações contribuem para a queda da qualidade de vida do idoso.

Em relação à avaliação de saúde, considerando a análise ajustada dos diabéticos que referiram autoavaliação de saúde negativa, esta foi superior aos não diabéticos. Idosos que possuíam DM apresentam 2,01 vezes mais autoavaliação de saúde negativa que os não diabéticos e, quando ajustado para atividade física e presença de comorbidades, houve redução para 1,08 vezes na autoavaliação de saúde negativa, quando comparados àqueles sem esta morbidade.

Em Pelotas, RS¹⁹ diabéticos apresentaram 1,54 vezes mais avaliação de saúde negativa, em Goiânia, GO²⁰ 1,60, Bambuí, MG¹³ análise bruta 1,43 e ajustada 1,11, e em estudo de três cidades (Ilhéus, BH, Caratinga, MG e Nova Santa Rosa, PR)²¹ diferiram entre o gênero, sendo mulheres com 0,76 e homens 0,61. Em Campinas e Botucatu, SP⁴ verificaram 2,12. Entretanto estudo realizado em São Paulo⁶ mostrou que a presença de DM aumentou 4,39 vezes (IC 95%: 2,19-8,79) mais a avaliação de saúde negativa na análise bruta e quando ajustada reduziu para 3,55, este aumento na percepção de saúde negativa relacionou-se ao maior número de hospitalização e procura ao serviço de saúde.

Na Colômbia²² identificou-se 1,52 vezes mais avaliação negativa dentre os diabéticos e quando ajustado apresentou elevação para 3,16. Em Singapura houve relação da autoavaliação com DM, os portadores apresentaram 1,85 vezes relato de pior avaliação de saúde quando portadores de diabetes²³. Na Inglaterra²⁴ 2,9 e quando ajustado 2,5 vezes mais avaliação negativa nos diabéticos.

.....

Esse aumento na avaliação negativa de saúde pode ser justificado pela questão individual e social. Indivíduos diabéticos podem apresentar restrições alimentares, necessidade do uso contínuo de medicamentos, seja por via oral ou injetável, a frustração pela dificuldade de alcançar as metas de controle e a influência em sua percepção de saúde, como também a doença pode influenciar na capacidade funcional, devido sua sintomatologia ser discreta, por vezes é diagnosticada tardiamente, e pode decorrer de complicações, a perda de sensibilidade, retardo na cicatrização, como também dificuldades motoras em razão de complicações. A possibilidade de discriminação no ambiente social e no mercado de trabalho e as incapacidades decorrentes das complicações em estado avançado fragilizam emocionalmente e psicologicamente as pessoas diabéticas e comprometem avaliação de saúde^{4,6}.

A prevalência de avaliação de saúde negativa encontrada neste estudo foi de (19,7%), semelhante ao Inquérito de Saúde realizado no Brasil em 2003 com adultos e idosos (20,9%)²⁵. A pesquisa em Campinas, SP estudo integrante do ISACamp detectou prevalência de saúde negativa em 10,9%²⁶ dos idosos, menor que no presente estudo esta relacionada a maior controle das doenças crônicas, indica a importância de reduzir, diagnosticar, e tratar o mais precocemente possível as morbidades comuns para promover a qualidade de vida dos idosos. Entretanto, há prevalências superiores a este estudo. Em, Goiânia, GO²⁰ e no Triângulo Mineiro²⁷ obtiveram autoavaliação negativa de 27,5%, e em Cuiabá, MT 30,9%²⁸. A pesquisa realizada em 2009 em três cidades do país (Ilhéus, BH, Caratinga, MG e Nova Santa Rosa, PR) apresentou prevalência de avaliação negativa de saúde de 49,6%²¹, em Pelotas, RS identificou 49,4%¹⁹. Em São Paulo o Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) coordenado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com 1160 idosos verificou 53,9% de avaliação negativa¹⁰. No estudo em cinco regiões do país apresentaram 62,2%²⁹ de avaliação negativa e no Rio Branco, AC 62,9%³⁰.

Dados internacionais apontam prevalências de avaliação de saúde negativa semelhantes ao presente estudo como no Japão onde a prevalência foi 23,3% avaliando indivíduos ≥ 65 anos³¹. Os autores estudo justificam a alta prevalência em virtude da concepção de saúde, pois os idosos nesta região foram as crianças que sofreram com a segunda guerra mundial e apresentam consequências deste período sobre sua saúde mental, como também incapacidades e questões culturais³¹. Em Singapura, a prevalência de

avaliação negativa em indivíduos com idade superior a 60 anos foi de 21%²³. Na Holanda, em um estudo longitudinal a avaliação de saúde negativa foi de 11,3%³², na Colômbia 40,1%²² e na Inglaterra²⁴ 23,5% em homens e 25,3% nas mulheres.

As variações na prevalência de autoavaliação de saúde podem ser decorrentes do número da população estudada¹, como também das idades, diferenças no posicionamento da questão no questionário, além das diferenças socioeconômicas.

A autoavaliação de saúde deve ser analisada de acordo com multidimensionalidade do seu conceito, considerando os diferentes entendimentos individuais da saúde, segundo o contexto cultural e psicossocial existente³⁰. O Brasil apresenta culturas e características peculiares de cada região, além do aspecto econômico e social, e essas diferenças podem influenciar na avaliação de saúde¹⁹.

Essas elevadas prevalências puderam ser justificadas pelo aumento das doenças crônicas com o envelhecimento, e os indivíduos associam, ao menos parcialmente, a saúde como presença ou ausência de doença¹⁹. As diferenças no acesso aos serviços de saúde e questão estrutural de assistência à saúde precária, condições socioeconômicas, escolaridade, desigualdade social, são fatores de influência na determinação da saúde^{19,28-29}. As Regiões Norte e Nordeste apresentam valores elevados de avaliação de saúde negativa^{29,33}, no entanto os estudos concentram-se principalmente na região sudeste, impossibilitando maior análise dentre as regiões.

A prevalência de DM neste estudo foi de 24,6%. No Brasil, de acordo com Datasus (2012), foi de 22,9% e no Centro-Oeste 23,3%³⁴. Dados do VIGITEL³⁵ de 2013, mostraram que a prevalência de DM autorreferida na população idosa de 65 ou mais anos foi 22,1%, sendo nos homens 20,3% e nas mulheres 23,2%. Em Campina Grande, PB², constatou prevalência de DM de 14,7% em 2007, relacionado à obesidade e consumo de álcool. No México³⁶ apresentou prevalência de 24% em 2012, relacionado principalmente a obesidade e predisposição genética. Em inquérito nacional realizado na Coréia do Sul³⁷, verificou prevalência de DM nos idosos de 25,2% e este aumento tem ocorrido principalmente devido a obesidade. Na Arábia Saudita³⁸, estudo verificou prevalência dentre idosos diabéticos de 28,6%, justificado pelo estilo de vida sedentário e consumo de alimentos gordurosos que contribui para obesidade.

Em relação às características sociodemográficas verificou-se não haver diferenças estatisticamente significativas entre os sexos e faixa etária conforme apontado por outros

estudos⁴⁻⁶. Uma possível explicação para o não aumento da prevalência de DM com a progressão da idade deve-se ao viés de sobrevivência, dado a maior mortalidade entre os diabéticos com o avançar da idade.

A cor/raça não se apresentaram associados ao DM. Entretanto, a situação conjugal demonstrou-se associada nos diabéticos na primeira análise; outro estudo realizado em São Paulo, SP verificou maior prevalência entre os viúvos, justificada pela maior expectativa de vida das mulheres e maior prevalência entre elas, atribuída à maior procura ao serviço de saúde e maior chance de diagnóstico e tratamento⁶.

No que se refere à condição econômica, houve menor prevalência de DM em idosos com maior escolaridade. Arokiasamy et al.³, afirmam que, frequentemente, há maior número de morbidades em indivíduos como menor nível escolar. A escolaridade pode dificultar a aquisição do conhecimento, das orientações terapêuticas no cuidado com a doença, e na aquisição de novos hábitos de vida⁶.

A atividade física e consumo de bebida alcoólica não foram associados ao DM. No entanto, segundo Andrade et al.³⁹, o tabagismo apresentou associação com diabetes, e maior risco de mortalidade, devido a complicações microvasculares.

Dentre outros aspectos envolvidos na saúde, no presente estudo o estado nutricional esteve associado ao DM, similar aos resultados de Francisco et al.⁴ O sobrepeso e a obesidade são considerados fatores de risco para a incidência da doença, e a manutenção do estado eutrofia é um fator importante no controle da doença já que a obesidade favorece a resistência à insulina⁴⁰. A relação entre obesidade e DM deve-se ao aumento de adipocitoquinas e citoquinas, redução da adiponectina, alterando a deposição de gordura, o aumento da obesidade abdominal proporciona maior risco do desenvolvimento de DM³⁷. Embora a atividade física não tenha sido associada, o sedentarismo contribui para aumento do peso e desenvolvimento de DM⁴.

O DM é uma doença limitante, capaz de danos na saúde do indivíduo. Sua associação com incapacidade funcional encontrada no presente estudo pode ser devida às complicações decorrentes da doença, como problemas vasculares e neuropáticos, que afetam a capacidade funcional autonomia do indivíduo e a capacidade de realizar atividades diárias^{2,4}. Em Belo Horizonte, MG, dos indivíduos que referiram diabetes, 13,7% relataram apresentar alguma dificuldade em realizar as AVD⁴¹. O controle metabólico rigoroso em conjunto com medidas preventivas e curativas são capazes de

prevenir ou retardar o aparecimento das complicações de DM, resultando em melhor qualidade de vida ao idoso diabético⁶.

O DM pode ser fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares dentre outras^{5,40-41}, e de grande impacto sobre a mortalidade. Idosos com quatro ou mais morbidades referidas e que consumiam 4 medicamentos ou mais apresentaram três vezes mais DM neste estudo. Foi, também, observada maior frequência de DM nos indivíduos que relataram maior número de consultas e internações. Em Bambuí, MG¹³ idosos diabéticos e hipertensos com relato de consulta médica no último ano superior a quatro apresentaram quatro vezes pior avaliação de saúde. A maior susceptibilidade dos diabéticos ao desenvolvimento de doenças crônicas e/ou agravamento da saúde favoreceu maior relato de morbidade e internação hospitalar⁴ em São Paulo. Também em São Paulo⁶ idosos diabéticos apresentam 1,46 vezes mais internação hospitalar.

Verifica-se que medidas terapêuticas e controle da doença contribuem para o não agravamento das condições de saúde desses indivíduos. Como o estudo foi baseado na doença referida por algum médico, isso pressupõe que em algum instante o indivíduo teve acesso ao serviço de saúde.

Uma das limitações do presente estudo se refere à inexistência de questionamento sobre as complicações decorrentes do DM (como problemas circulatórios, visão e renal) que poderiam comprometer mais a avaliação de saúde. Também a presença do DM foi referida e não analisada por meio de exames laboratoriais, o que pode subestimar sua prevalência real. Vale ressaltar a natureza seccional do estudo, que limita o alcance dos resultados de afirmar que as morbidades determinam a autoavaliação de saúde. Outro aspecto importante é o instrumento utilizado na autoavaliação de saúde, bem como a ocorrência do viés de sobrevivência seletiva. Pode-se haver limitações decorrentes da amostra, ao não considerar idosos institucionalizados em virtude da peculiaridade de suas condições vulneráveis, que poderiam influenciar no resultado como, também, a inclusão apenas indivíduos capazes de responder, pois para avaliar aqueles que possuem maiores dificuldades como doenças degenerativas seria necessário outro modelo de estudo.

Embora o governo brasileiro tenha investido na realização de campanhas de rastreamento do DM, promoção de hábitos saudáveis de vida, com o objetivo de confirmação do diagnóstico e tratamento, ainda é precária a incorporação de um estilo de vida saudável entre os idosos. Importante notar que o conhecimento sobre medidas

terapêuticas causam impacto no uso dos serviços de saúde, e a incorporação do idoso em seu cuidado é fundamental para manutenção de sua saúde.

Um dos fatores que influencia a prática de controle de uma doença é a vinculação do paciente às unidades de saúde para acompanhamento e atendimento com qualidade, e isso demanda capacitação de profissionais de saúde, oferta de serviço com condições adequadas e recursos humanos suficientes^{4,6}. Ainda o acesso efetivo ao sistema de saúde, a garantia de qualidade do tratamento, a educação e a adesão dos indivíduos portadores de diabetes mellitus reduziriam a carga da doença^{4,6}.

Espera-se que as informações obtidas por meio deste estudo possam contribuir para melhor compreensão das condições de saúde dos idosos e fornecer assim, subsídios na formulação de políticas públicas de promoção à saúde, diagnóstico e acompanhamento mais efetivas, visando identificação e modificação dos fatores promotores de autoavaliação negativa minimizando a morbimortalidade e incapacidade.

Faz-se necessária, portanto, uma atenção especial à população idosa, devido ao progressivo envelhecimento populacional no Brasil e suas consequências. Este estudo evidenciou maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde nos idosos que referiram DM, um acréscimo de aproximadamente 10% a autoavaliação de saúde negativa quando comparados aos não diabéticos.



REFERÊNCIAS:

1. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):415-28.
2. Menezes TNN, Sousa DS, Moreira AS, Pedraza DF. Diabetes mellitus referido e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(4):829-39.
3. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Jain K, Biritwum RB, Yawson AE, Wu F. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low- and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Medicine.* 2015;13:178.
4. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(1):175-84.
5. Leosdottir M, Willenheimer R, Persson M, Nilsson PM. The association between glucometabolic disturbances, traditional cardiovascular risk factors and self-rated health by age and gender: A cross-sectional analysis within the Malmö Preventive Project. *Cardiovasc Diabetol.* 2011;28(10):118.
6. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(6):1233-43.
7. Stopa SR, César CLG, Segri NJ, Goldbaum M, Guimarães VMV, Alves MCGP, et al. Diabetes autorreferido em idosos: comparação das prevalências e medidas de controle. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(4):554-662
8. Iser BPM, Malta DC, Duncan BB, de Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in Brazilian Capitals – Results from a telephone survey. *PLoS ONE.* 2014;9(9):1-8.
9. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, et al. Diabetes in older adults. *Diabetes care.* 2012;35:1380-7.
10. Ribeiro KT. Fatores associados à qualidade de vida relacionado a saúde de idosos residentes no município de São Paulo- Estudo SABE: Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.
11. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010: Características da população – Amostra-Dourados. [Internet]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.

12. Sampsiz: <http://sampsiz.sourceforge.net/iface/index.html>
13. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Fatores associados a autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(3):559-71.
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
15. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najar AL, Anjos LA, Vasconcelos MM. Dados normativos brasileiros do questionário Short Form-36 versão 2. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(4):889-97.
16. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). São Paulo: ABEP; 2012. Disponível: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>
17. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21:55-67.
18. Duarte Y, Andrade CL, Lebrao, ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm.* 2007;41(2):317-25.
19. Reichert FF; Loch MR; Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(12):3353-62.
20. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(8):1593-602.
21. Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(1):49-62.
22. Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD, Reyes-Ortiz CA. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colomb Med.* 2013;44(4):224-31
23. Ramkumar A, Quah JLS, Wong T, Yeo LSH1, Nieh CC, Shankar A, et al. Self-rated health, associated factors and diseases: a community-based cross-sectional study of Singaporean adults aged 40 years and above. *Ann Acad Med Singapore.* 2009;38(7):606-12.
24. Mavaddat N, Valderas JM, Linde R, Khaw KT, Kinmonth AL. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Family Practice.* 2014;15:185.
25. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saude Publica.* 2005;21(Suppl1):S54-64.

26. Borim FSA, Neri AI, Francisco PMSB, Barros MBA. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):714-22.
27. Meneguci J, Sasaki JE, Santos AS, Scatena LM, Damião R. Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. *BMC Public Health*. 2015;15:65.
28. Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(4):35-41.
29. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):723-34.
30. Bezerra PCL, Opitz SP, Koifman RJ, Muniz PT. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2441-51.
31. French DJ, Browning C, Kendig H, Luszcz MA, Saito Y, Sargent-Cox K, et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health*. 2012;12:649.
32. Galenkamp H, Braam AW, Huisman M, Deeg DJH. Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability. *Eur J Public Health*. 2013;23(3):511-7.
33. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(Suppl2):27-37.
34. Ministério da Saúde. Datasus: Indicador de fatores de risco e proteção. Prevalência de diabetes mellitus por região, segundo faixa etária 65 anos ou mais 2012. [Internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g01.def>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p.: il. –(Série G. Estatística e Informação em Saúde)*
36. Pinto G, Beltrán-Sánchez H. Prospective study of the link between overweight/obesity and diabetes incidence among Mexican older adults: 2001-2012. *Salud Publica Mex*. 2015;57(1):15-21.
37. Há KH, Kim DJ. Trends in the Diabetes Epidemic in Korea. *Endocrinol Metab*. 2015;30:142-146.
38. Alsenany S, Saif AA. Incidence of diabetes mellitus type 2 complications among Saudi adult patients at primary health care center. *J. Phys. Ther. Sci*. 2015; 27: 1727-30.

39. Andrade FCD, Guevara PE, Lebrão ML, Duarte YAO. Correlates of the incidence of disability and mortality among older adult Brazilians with and without diabetes mellitus and stroke. *BMC Public Health*. 2012;12(361):1-10.
40. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(Suppl1):S29-S36.
41. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(6):1260-70.
42. Mo F, Pogany LM, Li FCK, Morrison H. Prevalence of diabetes and cardiovascular comorbidity in the Canadian community health survey 2002–2003. *Scientific World Journal*. 2006;24(6):96–105.

Tabela 1. Autoavaliação de saúde conforme características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde em idosos diabéticos e não diabéticos. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2012.

Características	Diabéticos		Valor de p	Não diabéticos		Valor de p	Autoavaliação Negativa		Valor de p
	n	%		n	%		n	%	
Sexo			0,405*			0,161*			0,092*
Masculino	29	29,9		44	14,2		73	17,9	
Feminino	50	35,2		78	18,2		128	22,4	
Faixa etária (anos)			0,817**			0,289**			0,383**
60-69	43	33,6		67	15,8		110	19,9	
70-79	24	32,9		32	15,8		56	20,3	
≥ 80	12	31,6		23	20,7		35	23,5	
Situação conjugal			0,013*			1,000*			0,176*
Com companheiro (a)	53	39,8		68	16,5		121	22,2	
Sem companheiro (a)	26	24,5		54	16,5		80	18,5	
Cor/Raça			0,29*			0,692*			0,342*
Branca	31	26,3		66	17,1		97	19,2	
Não branca	48	39,7		56	15,9		104	21,9	
Escolaridade (anos)			0,041**			0,003**			<0,001**
0-4	69	36,1		98	18,7		167	23,3	
5-8	7	25,0		17	15,3		24	17,3	
≥9	3	15,8		7	6,7		10	8,1	
Nível econômico			0,955**			0,117**			0,132**
A/B	11	23,4		23	12,3		34	14,5	
C	51	40,5		66	17,8		117	23,5	
D/E	17	25,8		33	18,3		50	20,2	
Atividade física			0,51*			<0,001*			<0,001*
Não	62	37,1		96	20,8		158	25,1	
Sim	17	23,6		26	9,5		43	12,4	
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)			0,750*			0,616*			0,418*
≤ 27	18	31,6		58	17,2		76	19,3	
> 27	61	34,3		61	15,7		122	21,5	
Tabagismo			0,127**			0,940**			0,231**
Não fumante	30	26,8		59	16,0		89	18,5	
Exfumante	39	36,4		42	16,0		81	21,8	
Fumante	10	50,0		21	19,6		31	24,4	
Consumo de bebida alcoólica			0,127*			0,085*			0,015*
Não	62	36,3		93	18,1		155	22,6	
Sim	17	25,0		29	12,9		46	15,6	
Atividades de Vida Diária (número de dificuldades)			0,004**			<0,001**			<0,001**
Nenhuma	57	28,6		89	13,5		146	17,0	
1	11	57,9		19	45,2		30	49,2	
≥ 2	11	52,4		14	38,9		25	43,1	
Número de morbidades			0,001**			<0,001**			<0,001**
Nenhuma	2	14,3		3	3,2		5	4,6	
1	5	17,9		16	8,0		21	9,2	
2-3	40	30,5		66	19,0		106	22,1	
≥4	32	48,5		37	38,5		69	42,3	
Número de medicamentos			0,040**			<0,001**			<0,001**
Nenhuma	4	30,8		6	6,3		10	9,2	
1	0	0,0		12	10,5		12	9,8	
2-3	15	23,8		20	9,4		35	12,7	
≥4	60	38,7		84	26,6		144	30,5	

(continua) * Teste Exato de Fisher; **Tendência linear.

(continuação)

Tabela 1. Autoavaliação de saúde conforme características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde em idosos diabéticos e não diabéticos. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2012.

Características	Diabéticos		Valor de p	Não diabéticos		Valor de p	Autoavaliação Negativa		Valor de p
	n	%		n	%		n	%	
Número de consultas médicas (último ano)			0,041**			<0,001**			<0,001**
Nenhuma	4	28,6		5	4,9		9	7,7	
1	4	18,2		6	6,8		10	9,1	
2-3	17	25,8		29	13,9		46	16,7	
≥4	53	39,3		82	24,3		135	28,5	
Número de internações hospitalares (último ano)			0,191**			<0,001**			<0,001**
Nenhuma	54	30,0		96	15,2		150	18,4	
1	16	44,4		11	16,9		27	26,5	
2-3	7	41,2		13	38,2		20	39,2	
≥4	2	33,3		2	40,0		4	36,4	

* Teste Exato de Fisher; **Tendência linear.

Tabela 2. Razão de prevalência bruta para diabetes mellitus e autoavaliação de saúde negativa conforme características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde em idosos. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2012.

Características	Diabetes mellitus		Autoavaliação de saúde negativa	
	RP (IC 95%)	Valor de p	RP (IC 95%)	Valor de p
Sexo		0,793		0,057
Masculino	1		1	
Feminino	1,03 (0,82-1,28)		1,03 (0,99-1,07)	
Faixa etária (anos)		0,500		0,936
60-69	1		1	
70-79	1,66 (0,91-1,47)		1,00 (0,95-1,05)	
≥ 80	1,16 (0,85-1,57)		1,03 (0,97-1,08)	
Situação conjugal		0,736		0,118
Com companheiro (a)	1		1	
Sem companheiro (a)	0,96 (0,75-1,21)		0,96 (0,93-1,00)	
Cor/Raça		0,429		0,327
Branca	1		1	
Outras	1,10 (0,86-1,41)		1,02 (0,97-1,06)	
Escolaridade (anos)		0,025		0,340
0-4	1		1	
5-8	0,072 (0,51-1,02)		0,95 (0,89-1,01)	
≥9	0,57 (0,38-0,87)		0,87 (0,83-0,92)	
Nível econômico		0,373		0,587
A/B	1		1	
C	1,17 (0,86-1,59)		1,07 (1,02-1,13)	
D/E	1,28 (0,90-1,82)		1,04 (0,98-1,12)	
Atividade física		0,078		<0,001
Não	1		1	
Sim	0,80 (0,64-1,02)		0,89 (0,85-0,94)	
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)		<0,001		0,418
≤ 27	1		1	
> 27	2,14 (1,67-2,72)		1,01 (0,97-1,06)	
Tabagismo		0,015		0,829
Não fumante	1		1	
Exfumante	1,25 (1,00-1,56)		1,02 (0,98-1,07)	
Fumante	0,65 (0,41-1,01)		1,04 (0,97-1,12)	
Consumo de bebida alcoólica		0,559		0,011
Não	1		1	
Sim	0,93 (0,73-1,17)		0,94 (0,90-0,98)	

(continua)

RP: Razão de prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

(continuação)

Tabela 2. Razão de prevalência bruta para diabetes mellitus e autoavaliação de saúde negativa conforme características socioeconômicas, demográficas e condições de saúde em idosos. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2012.

Características	Diabetes mellitus		Autoavaliação de saúde negativa	
	RP (IC 95%)	p valor	RP (IC 95%)	p valor
Atividades de Vida Diária (número de dificuldades)		0,078		<0,001
0	1,34 (0,97-1,85)		1,27 (1,17-1,38)	
1	1,51 (1,08-2,11)		1,22 (1,13-1,32)	
≥2				
Número de morbidades		<0,001		0,010
0	1		1	
1	0,95 (0,51-1,74)		1,04 (0,99-1,09)	
2-3	2,16 (1,32-3,51)		1,16 (1,11-1,21)	
≥4	3,19 (1,98-5,13)		1,36 (1,27-1,45)	
Número de medicamentos		<0,001		0,054
0	1		1	
1	0,53(0,23-1,21)		1,00 (0,93-1,08)	
2-3	1,93 (1,06-3,49)		1,03 (0,96-1,10)	
≥4	2,80 (1,64-4,78)		1,19 (1,12-1,26)	
Número de consultas médicas (último ano)		0,005		0,132
0	1		1	
1	1,77 (0,96-3,27)		1,01 (0,94-1,08)	
2-3	2,10 (1,25-3,52)		1,08 (1,02-1,14)	
≥4	2,52 (1,48-4,28)		1,19 (1,12-1,26)	
Número de internações hospitalares (último ano)		0,004		0,512
0	1		1	
1	1,61(1,21-2,13)		1,06 (0,99-1,14)	
2-3	1,5 (1,01-2,20)		1,17 (1,06-1,30)	
≥4	2,42 (1,45-4,03)		1,15 (0,93-1,42)	

RP: Razão de prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 3. Razão de prevalência de autoavaliação de saúde negativa conforme diabetes mellitus ajustadas para fatores de confusão em idosos. Dourados, MS, 2012.

Características	Autoavaliação de saúde negativa	
	RP (IC 95%)	p valor
Diabetes mellitus*		0,002
Não	1	
Sim	1,08(1,02-1,14)	

*Diabetes mellitus: ajustada para variáveis atividade física e número de morbidades. RP: Razão de prevalência. IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Anexo 2

NORMAS DA REVISTA

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da Saúde Coletiva em geral e disciplinas afins.

ISSN 0102-311X *versión impresa*

ISSN 1678-4464 *versión on-line*

Forma e preparação de manuscritos

Disponível em: <http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>

Anexo 3

Manual de instruções I



Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

Manual de Instruções

Dourados, 2012

APRESENTAÇÃO

- **Bom dia! Meu nome é <nome>. Sou da UFGD e estamos fazendo um trabalho sobre a saúde da população de Dourados. Estamos fazendo algumas perguntas, medindo a pressão, peso e altura.**
- **É muito importante a colaboração de todas as pessoas neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde das pessoas.**
- **Este estudo é confidencial, e que as informações não serão reveladas a ninguém.**
- **Gostaria de saber quais as idades dos moradores desta casa?**

SE SIM: Esta pesquisa é realizada apenas com pessoas com mais de 60 anos, então dentro de alguns dias, uma entrevistadora virá fazer algumas perguntas, medir a pressão, peso e altura do(a) sr(a)<nome do idoso>. **MUITO OBRIGADA!**

SE NÃO: Posso voltar em outro dia? Sua casa foi sorteada e não posso escolher outra casa, senão a pesquisa fica prejudicada. **SE SIM:** Qual o melhor horário para eu voltar aqui?

DEFINIÇÕES

DOMICÍLIO: é o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas, etc., coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as despesas de alimentação ou moradia. A independência fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas.

DOMICÍLIOS COLETIVOS: prisões, hospitais, casa de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis e pensão.

FAMÍLIA: membros da família serão aqueles que façam, regularmente, as refeições juntas (ou algumas das refeições do dia) e que durmam na mesma casa na maior parte dos dias da semana. Exceto: empregados domésticos. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

MORADORES: são as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses. Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados.

REGRAS:

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **DESLIGUE O CELULAR!**
- Use sempre seu crachá de identificação E CARTEIRA DE IDENTIDADE.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidado com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio aos vizinhos para chamar o morador da casa.
- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados. Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

- Procure manter um diálogo bem aberto com o supervisor do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que surja no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. A sua dúvida pode ser a mesma que seu colega.
- Não saia de casa sem ter material (crachá e carteira de identidade; lápis, borracha, apontador e sacos plásticos) suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- Os questionários devem ser preenchidos com **lápis apontado** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas.

ESCOLHA DAS CASAS A SEREM VISITADAS

- ◆ O supervisor informará a casa pela qual se iniciarão as entrevistas. A partir desta, de frente para a casa, você irá andando pela esquerda deixando um intervalo de cinco casas (=pulo). O supervisor indicará também a sequência das próximas quadras, caso não sejam completados os 30 domicílios naquela quadra.
- ◆ Terrenos baldios, casas em construção, casas desabitadas (casas onde os vizinhos informam que não mora ninguém), estabelecimentos comerciais e domicílios coletivos (prisões, hospitais, casa de repouso, etc) **não devem ser contados para o pulo**.
 - ◆ Casas de comércio são consideradas nos pulos, se os proprietários do comércio morarem no mesmo local.
 - ◆ Nas pensões consideram-se os donos da casa, se forem moradores, mas não os inquilinos.
- ◆ Não esqueça que nas vilas é comum haver casas de fundo. Neste caso, cada uma deve ser contada como um domicílio. Perguntar se pode entrar e sair sem passar pela outra casa. Contar as casas do fundo da direita para esquerda, sentido anti-horário ou da frente para trás (se as casas forem alinhadas).
- ◆ Nos edifícios, cada apartamento é considerado como um domicílio, inclusive o apartamento do zelador caso more no prédio.
- ◆ Num condomínio você tem, por exemplo, quatro blocos: 641, 641A, 642, 642A. Siga a ordem dos números e letras. Dentro de cada bloco pule conforme foi explicado para os edifícios.
- ◆ Se o porteiro não deixar você entrar, anote os números dos apartamentos daquele edifício e quais você precisa voltar para entrevistar. Este passo é importante para continuar o pulo. O porteiro poderá ajudá-la neste trabalho.
- ◆ Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista.

FOLHA DE CONGLOMERADO

- ◆ Deverá ser preenchida durante o trabalho de pesquisa dentro do setor.
- ◆ As entrevistadoras receberão uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta planilha deverá constar o número do setor visitado, data, nome do batedor e bairro.
- ◆ Na coluna endereço, coloque o endereço de todas as casas contadas inclusive as não selecionadas e aquelas não incluídas no pulo. Quando dois domicílios de frente levarem o mesmo número (ex. sobrado), use letras para diferenciá-los.
 - ◆ Exemplo 1: sobrado na parte de baixo 318A, na parte de cima 318B.
 - ◆ Exemplo 2: Duas casas no mesmo terreno, a primeira 318A e a segunda 318B.

Anexo 4

Manual de instruções II



Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

Manual de Instruções

Dourados, 2012

DEFINIÇÕES

DOMICÍLIO: é o local de moradia estruturalmente separado e independente, constituído por um ou mais cômodos. A separação fica caracterizada quando o local de moradia é limitado por paredes, muros, cercas, etc., coberto por um teto, e permite que seus moradores se isolem, arcando com parte ou todas as despesas de alimentação ou moradia. A independência fica caracterizada quando o local de moradia tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar e sair sem passar por local de moradia de outras pessoas.

DOMICÍLIOS COLETIVOS: prisões, hospitais, casa de repouso, asilos, quartéis, hotéis, motéis e pensão.

FAMÍLIA: membros da família serão aqueles que façam, regularmente, as refeições juntas (ou algumas das refeições do dia) e que durmam na mesma casa na maior parte dos dias da semana. Exceto: empregados domésticos. Observe que algumas vezes famílias diferentes moram no mesmo domicílio, outras vezes no mesmo terreno, mas em domicílios diferentes e independentes.

MORADORES: são as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses. Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados.

REGRAS:

- Procure apresentar-se de uma forma simples, limpa e sem exageros. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Não masque chicletes, nem coma ou beba algum alimento durante a entrevista. **DESLIGUE O CELULAR!**
- Use sempre seu crachá de identificação.
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Nunca entre em uma casa sem que apareça alguém para lhe receber. Tome cuidado com os cachorros, se necessário bata palmas ou peça auxílio aos vizinhos para chamar o morador da casa.
- No primeiro contato deixe claro logo de saída que você faz parte de um projeto de pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados. Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial com o entrevistado, tratando-o com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- Trate os entrevistados adultos por Sr e Sra, sempre com respeito. Só mude este tratamento se o próprio pedir para ser tratado de outra forma.

- Procure manter um diálogo bem aberto com o supervisor do trabalho de campo, reportando imediatamente qualquer problema, dificuldade ou dúvida que surja no decorrer do treinamento e entrevistas. As suas sugestões são importantes no sentido de aprimorar o trabalho do grupo. A sua dúvida pode ser a mesma que seu colega.
- Não saia de casa sem ter material (crachá e carteira de identidade; lápis, borracha, apontador e sacos plásticos) suficiente para o trabalho a ser realizado no dia, sempre com alguma folga para possíveis eventos desfavoráveis.
- Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração.
- Os questionários devem ser preenchidos com **lápisa pontado** e com muita atenção, usando **borracha** para as devidas correções.
- As **letras** e **números** devem ser escritos de maneira **legível**, sem deixar margem para dúvidas.

ESCOLHA DAS CASAS A SEREM VISITADAS

- ◆ O supervisor informará a casa pela qual se iniciarão as entrevistas. A partir desta, de frente para a casa, você irá andando pela esquerda deixando um intervalo de cinco casas (=pulo). O supervisor indicará também a sequência das próximas quadras, caso não sejam completados os 30 domicílios naquela quadra.
- ◆ Terrenos baldios, casas em construção, casas desabitadas (casas onde os vizinhos informam que não mora ninguém), estabelecimentos comerciais e domicílios coletivos (prisões, hospitais, casa de repouso, etc) **não devem ser contados para o pulo.**
 - ◆ Casas de comércio são consideradas nos pulos, se os proprietários do comércio morarem no mesmo local.
 - ◆ Nas pensões consideram-se os donos da casa, se forem moradores, mas não os inquilinos.
- ◆ Não esqueça que nas vilas é comum haver casas de fundo. Neste caso, cada uma deve ser contada como um domicílio. Perguntar se pode entrar e sair sem passar pela outra casa. Contar as casas do fundo da direita para esquerda, sentido anti-horário ou da frente para trás (se as casas forem alinhadas).
- ◆ Nos edifícios, cada apartamento é considerado como um domicílio, inclusive o apartamento do zelador caso more no prédio.
- ◆ Num condomínio você tem, por exemplo, quatro blocos: 641, 641A, 642, 642A. Siga a ordem dos números e letras. Dentro de cada bloco pule conforme foi explicado para os edifícios.
- ◆ Se o porteiro não deixar você entrar, anote os números dos apartamentos daquele edifício e quais você precisa voltar para entrevistar. Este passo é importante para continuar o pulo. O porteiro poderá ajudá-la neste trabalho.
- ◆ Em casas onde os moradores estejam ausentes no momento da entrevista, pergunta-se a dois vizinhos se a mesma é habitada. Se afirmativo, retornar em outra hora para entrevista.

FOLHA DE CONGLOMERADO

- ◆ Deverá ser preenchida durante o trabalho de pesquisa dentro do setor.
- ◆ As entrevistadoras receberão uma ficha de conglomerado para cada setor. Nesta planilha deverá constar o número do setor visitado, data, nome do batedor e bairro.
- ◆ Na coluna endereço, coloque o endereço de todas as casas contadas inclusive as não selecionadas e aquelas não incluídas no pulo. Quando dois domicílios de frente levarem o mesmo número (ex. sobrado), use letras para diferenciá-los.
 - ◆ Exemplo 1: sobrado na parte de baixo 318A, na parte de cima 318B.
 - ◆ Exemplo 2: Duas casas no mesmo terreno, a primeira 318A e a segunda 318B.

APRESENTAÇÃO

- **Bom dia! Meu nome é <nome>. Sou da UFGD e estamos fazendo um trabalho sobre a saúde da população de Dourados. Gostaria de fazer algumas perguntas, medir sua pressão, peso e altura.**
- **É muito importante a colaboração de todas as pessoas neste trabalho porque através dele poderemos ficar conhecendo mais sobre a saúde das pessoas.**
- **Este estudo é confidencial, e que as informações não serão reveladas a ninguém.**

O estudo está começando agora.
Está sendo realizado em vários locais sorteados da cidade.
Sua casa foi sorteada.
Vou demorar uns 10 minutinhos.

SE SIM:

Gostaria de fazer uma entrevista com o(a) sr(a). <nome do idoso> pois esta pesquisa é com pessoas com mais de 60 anos.

SE NÃO: Posso voltar em outro dia? Sua casa foi sorteada e não posso escolher outra casa, senão a pesquisa fica prejudicada. *SE SIM:* Qual o melhor horário para eu voltar aqui?

INSTRUÇÕES GERAIS SOBRE AS ENTREVISTAS

Procurar conversar ou responder as perguntas feitas pelos informantes somente no final da entrevista. **SEJA GENTIL!**

Formular as perguntas exatamente como estão escritas, sem enunciar as várias opções de resposta, exceto em questões onde as alternativas estão em negrito.

Se necessário repetir a pergunta uma segunda maneira e, em último caso enunciar todas as opções, tendo cuidado de não induzir a resposta.

As instruções nos questionário em letras em *itálicas* servem apenas para orientar o entrevistador, não devem ser perguntadas para o entrevistado. Apenas deverá ser lido o que estiver em **negrito**.

Sempre que houver dúvida escrever por extenso a resposta dada pelo informante e deixar para o supervisor decidir no final do dia.

Quando a resposta for “OUTRO”, especificar junto à questão, segundo as palavras do informante. **Estas respostas serão codificadas posteriormente.**

Quando uma resposta do informante parecer pouco confiável, anotá-la e fazer um comentário no questionário sobre a sua má qualidade.

Quando o idoso não tiver condições de responder ao questionário, o questionário será respondido por outro morador da casa ou alguém que esteja cuidando do idoso.

QUESTIONÁRIO DOMICILIAR

Eletrrodomésticos: perguntar se estão funcionando. Não considerar se estiverem estragados há mais de 6 meses.

Radio: qualquer radio, tipo walkman, 3 em 1 e microsystems. **Não** considerar rádio do carro.

Banheiro: o que define é a presença de vaso sanitário. Banheiros coletivos **não** devem ser considerados.

Automóvel: Não considerar taxis, vans ou pic-ups usados para fretes ou qualquer atividade profissional. Veículos de uso misto não devem ser considerados.

Empregado Doméstico: considerar Apenas os mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana

Maquina de lavar: não incluir tanquinho

MEDIDA DE PRESSAO ARTERIAL

Cuidados com o aparelho:

- ◆ Não use telefones celulares nas proximidades da unidade. Isso pode causar falha operacional.
- ◆ Antes de medir a pressão pergunte se o entrevistado não comeu; não tomou bebidas alcoólicas; não fumou e não fez exercícios nos últimos trinta (30) minutos; e não está com a bexiga cheia

Se estas condições não forem satisfeitas, espere 30 minutos ou volte mais tarde.

Os idosos deverão estar sentados no momento da aferição.
A braçadeira deve ser aplicada no **PULSO ESQUERDO**.

Evite fazer a medição durante períodos de estresse

Posicione a unidade no nível do coração durante a medição.

A pessoa deve permanecer imóvel e em silêncio.

Se a pressão arterial estiver aumentada explique para a pessoa que uma medida apenas não quer dizer nada e que ela deve medir a pressão novamente no Posto de Saúde.

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE PESO

Antes de iniciar a coleta de peso, solicitar ao idoso que retire o excesso de roupas e/ou acessórios, como: casaco, xale, pochete, carteira, celular, chave, relógio, sapato, entre outros que julgar necessário.

Não realizar a medição de idosos nas seguintes condições: em cadeira de rodas ou acamados que relatam não haver possibilidade de levantar ou apresentar tonturas ao tentar levantar e amputados.

*Obs: Idosos que fazem uso de muletas ou bengalas poderão ser submetidos a coleta de dados, desde que utilizem as muletas ou bengalas apenas para apoio, não interferindo no peso registrado.

1º PASSO



Ligar a balança. Esperar que a balança chegue à zero.

2º PASSO



Colocar o idoso no centro da balança, com o mínimo de roupa possível, descalço, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo. Mantê-lo parado nesta posição.

3° PASSO



Realizar a leitura após o valor do peso estar fixado no visor.

4° PASSO



Anotar o peso, em quilograma, no espaço destinado no questionário. Auxiliar o idoso a descer da balança. Desligar a balança.

Fonte: BRASIL, Sisvan, 2004.

PROCEDIMENTO PARA COLETA DE ESTATURA

Antes de iniciar a medida, solicitar ao idoso que retire além do calçado, qualquer adereço da cabeça que possa interferir como: boné, chapéu, tiaras, lenços, presilhas, entre outros que julgar necessário.

Não realizar a medição de idosos nas seguintes condições: em cadeira de rodas ou acamados que relatam não haver possibilidade de levantar ou apresentar tonturas ao tentar levantar, além dos indivíduos que apresentarem curvatura da coluna (“corcunda”), amputados.

*Obs: Idosos que utilizarem muletas ou bengalas, poderão ser submetidos a coleta de dados, desde que consigam ficar eretos no momento da medição ou que utilizem as muletas ou bengalas apenas para apoio, não interferindo na altura registrada.

1° PASSO

Posicionar o idoso descalço e com a cabeça livre de adereços no centro do antropômetro. Mantê-lo de pé, ereto, pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo, na altura dos olhos (Plano de Frankfurt).

2° PASSO

Encostar os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropometro/parede.

3° PASSO

Os ossos internos dos calcânes devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.

4° PASSO

Abaixar a parte móvel do estadiômetro, encostando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar o idoso quando tiver certeza de que ele não se moveu. Na dúvida, repetir o 1°, 2° passo e prosseguir.

5° PASSO

Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do estadiômetro.

6° PASSO

Anotar a altura em metros, no espaço destinado no questionário.

Fonte: BRASIL, Sisvan, 2004.

Anexo 5**Carta de apresentação****Universidade Federal da Grande Dourados****CARTA DE APRESENTAÇÃO**

Estamos realizando a pesquisa “Saúde de Idosos da cidade de Dourados, MS”, sob minha coordenação e da Prof. Maria Cristina Souza.

O objetivo deste estudo é conhecer os principais problemas de saúde destes idosos, além de verificar peso, altura e pressão arterial. Para fazer este estudo algumas casas foram sorteadas em toda a cidade.

Por ser um estudo muito importante para a saúde dos idosos, solicitamos sua colaboração, permitindo que nosso entrevistador obtenha os dados apontados no questionário.

A equipe do projeto coloca-se a sua disposição pelo telefone 3410-2327 (Mestrado em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da UFGD) ou pelo *email* rosangelalima@ufgd.edu.br (coordenadora) para quaisquer esclarecimentos que sejam necessários.

Desde já, agradecemos sua participação.

Prof. Dra. Rosangela da Costa Lima

Coordenadora

Anexo 6

Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) sr(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a) em uma pesquisa sobre a Saúde dos Idosos na cidade de Dourados, MS, coordenado pela professora Rosangela Lima da Universidade Federal da Grande Dourados.

Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as condições de saúde desta população, identificando os principais problemas de saúde. Esta é uma oportunidade de se obter informações mais detalhadas sobre os problemas de saúde que acometem os idosos desta cidade. Pretende-se que os resultados deste estudo possam colaborar nos programas de saúde do município, para melhorar a saúde.

A pesquisa é formada por dois questionários. Um sobre sua saúde, e outro, sobre a casa. Também vamos medir sua pressão duas vezes, com aparelho digital de pulso, e verificar sua altura e seu peso.

O(a) sr(a) poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo ao sr(a). A sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo, inclusive na publicação dos resultados.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, uma vez que apenas serão aplicados questionários e medidos sua pressão arterial, peso e altura. Porém, pode haver um pequeno desconforto para medir sua pressão. Poderá também acontecer uma queda da balança, entretanto, para evitar isto eu vou ajudá-lo(a) a subir e descer da balança. O benefício deste trabalho será o conhecimento sobre a saúde dos idosos da cidade.

Não haverá nenhuma forma de pagamento ou cobrança por sua participação.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, o sr(a) pode entrar em contato pelo telefone da UFGD (3410-2327) ou pelo *email* da coordenadora (*rosangelalima@ufgd.edu.br*).

No caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e, a outra, é do pesquisador responsável.

Rosangela da Costa Lima
Pesquisadora Responsável

Eu, _____,
RG _____, CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo acima descrito. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de minha participação.

Local: Dourados, MS

Data:

_____/_____/_____

Assinatura do entrevistado

Entrevistador

Anexo7**Questionário domiciliar**

Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

**QUESTIONÁRIO DOMICILIAR**

Nº do domicílio: _____

ddom__

Endereço: _____

Bairro: _____

Ponto de

referência: _____

Qual o seu telefone? _____

O sr(a) pode me dizer um nome de um parente, com telefone ou endereço?

Nome de um

parente _____

Endereço de um

parente _____

Telefone de um parente _____

Eu farei algumas perguntas sobre as pessoas que moram nesta casa. Todas as informações fornecidas serão estritamente confidenciais.

Qual é o nome da pessoa considerada a principal responsável por esta casa?

Quantos anos completos o <chefe> estudou? _____

- (1) Analfabeto/Primário incompleto
- (2) Primário completo/Ginásial incompleto
- (3) Ginásial completo/Colegial incompleto
- (4) Colegial completo/Superior incompleto
- (5) Superior completo
- (9) IGN

Perguntarse estão funcionando

Nesta casa tem quantas máquinas de lavar? _____

Nesta casa tem quantos vídeos cassetes ou DVD? _____

Nesta casa tem quantas geladeiras? _____

Nesta casa tem quantos freezers ou geladeiras duplex? _____

Nesta casa tem quantas TVs em cores? _____

Nesta casa tem quantos rádios? _____

Nesta casa tem quantos banheiros ou sanitários? _____

Nesta casa tem quantos carros? _____

SE SIM: próprio ou de trabalho?

Nesta casa tem quantas empregadas mensalistas? _____

AGORA, VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ALIMENTAÇÃO EM SUA CASA. NOS ÚLTIMOS 3 MESES, OU SEJA, DE <MÊS> DE 2012 ATÉ HOJE. AS PERGUNTAS SÃO PARECIDAS, MAS É IMPORTANTE QUE O(A) SR.(A) RESPONDA CADA UMA DELAS.

desc _ _

dlav _ _

ddvd _ _

dgel _ _

dfre _ _

dtv _ _

drad _ _

dban _ _

dcar _ _

demp _ _

Nos últimos 3 meses os moradores desta casa tiveram preocupação de que os alimentos acabassem antes de poderem comprar ou receber mais comida? *ebia 1__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses os alimentos acabaram antes que os moradores tivessem dinheiro para comprar mais comida ? *ebia 2__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses os moradores desta casa ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? *ebia 3__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses os moradores desta casa comeram apenas alguns alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou? *ebia 4__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade diminuiu alguma vez a quantidade de alimentos nas refeições ou deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 5__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade alguma vez comeu menos porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 6__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 7__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade perdeu peso porque não comeu quantidade suficiente de comida devido à falta de dinheiro para comprar comida? *ebia 8__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

Nos últimos 3 meses algum morador de 18 anos ou MAIS de idade alguma vez fez apenas uma refeição ou ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 9__*

(0) *não* (1) *sim* (9) *IGN*

As próximas questões só deverão ser feitas se houver menores de 18 anos na residência.

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de ter uma alimentação saudável e variada porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 10*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez não comeu quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar comida ? *ebia 11*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 12*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez deixou de fazer uma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 13*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez sentiu fome mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 14*

(0) não (1) sim (9) IGN

Nos últimos 3 meses algum morador com menos de 18 anos de idade alguma vez ficou um dia inteiro sem comer porque não havia dinheiro para comprar comida? *ebia 15*

(0) não (1) sim (9) IGN

Data da entrevista ___ ___ / ___ ___ /2012

ddate ___

___ / ___ ___

Entrevistador: _____

dentre ___

Anexo 8

Questionário individual

Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Ciências da Saúde

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL



Nº do setor: _____

set _____

Nº do domicílio: _____

dom _____

Nº do questionário: _____

ques _____

Informante (1) própria pessoa

informa _____

(2) funcionário

(3) familiar

(4) outro _____

Sexo (1) masculino (2) feminino

sexo _____

AGORA VOU MEDIR SUA PRESSÃO**Para medir bem sua pressão é preciso eu saber:****O sr(a) comeu, tomou café ou bebidas alcoólicas nos últimos 30 minutos?****O sr(a) fumou ou fez exercícios nos últimos 30 minutos?****O sr(a) está com a bexiga cheia?**

pas1 _____

Pressão arterial 1: _____ x _____

pad1 _____

Qual a sua data de nascimento? ____/____/____

id ____ /
____ /

A sua cor ou raça é? (1) branca (2) preta (3) parda
 (4) amarela (5) indígena (4)outra _____

cor ____

Qual sua situação conjugal atual?

- (1) casado ou vive com companheiro(a)
- (2) viúvo(a)
- (3) separado(a)/divorciado(a)
- (4) solteiro(a)
- (9) IGN

civil ____

O sr(a) sabe ler e escrever? (0) não (1) sim (2) só assina (9) IGN

ler ____

SE SIM: Até que série o sr(a) estudou, foi aprovado? (88) NSA(99) IGN

estudo ____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE FUMO E ÁLCOOL

O sr(a) fuma ou já fumou?

(0) não, nunca fumou

(1) sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)

(2) sim, já fumou mas parou de fumar há ___ anos ___ meses

fumo ___

tpfum ___

SE SIM: Há quanto tempo o(a) sr(a) fuma? (ou fumou durante quanto tempo?)

___ anos ___ meses (8888) NSA

tfum ___

SE SIM: Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma (ou fumava) por dia?

___ cigarros (88) NSA

fumad ___

Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) consumiu alguma bebida alcoólica como cerveja, vinho, cachaça, uísque, licores, etc? (0) não (1) sim

beb _

SE SIM: Durante os últimos 30 dias, aproximadamente, em quantos dias o(a) Sr(a) consumiu alguma bebida alcoólica? ___ dias

bebd _

O(a) sr(a) faz algum tipo de exercício físico? (0) não (1) sim

exer _

AGORA VAMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE

Em geral, o sr(a) diria que sua saúde é:

(1) excelente

(2) muito boa

(3) boa

(4) ruim

(5) muito ruim

saude ___

Desde <MÊS> do ano passado, o sr(a) consultou com médico?

(0) não (1) sim (9) IGN

med ____

SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas vezes o sr(a) consultou com médico? _____ vezes

nmed ____ ____

Desde <MÊS> do ano passado, o sr(a) esteve internado, internou no hospital?

(0) não (1) sim (9) IGN

hosp ____

SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas vezes o sr(a) internou no hospital?

_____ vezes

nhosp ____ ____

Desde <MÊS> do ano passado, o sr(a) sofreu alguma queda (caiu)?

(0) não (1) sim (9) IGN

queda ____

SE SIM: Desde <MÊS> do ano passado, quantas quedas o sr(a) sofreu?

__ __ vezes

nqueda ____ ____

Nas duas últimas semanas, o sr(a) esteve de cama, por problema de saúde?

(0) não (1) sim (9) IGN

cama ____

SE SIM: Nas duas últimas semanas, quantos dias o sr(a) esteve de cama, por problema de saúde? __ __ dias (9) IGN

diascam ____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ALGUMAS ATIVIDADES DIÁRIAS

O sr(a) tem dificuldade para alimentar-se sozinho?

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

alime ____

O sr(a) tem dificuldade para tomar banho sozinho?

banho ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade para ir ao banheiro sozinho?

banheiro ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade para vestir-se sozinho?

vestir ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade para deitar ou levantar da cama sozinho?

dlcama ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

O sr(a) tem dificuldade de andar sozinho pelo quarto?

difand ____

(0) não (1) sim (2) sim, com ajuda (9) IGN

Algum médico ou profissional de saúde já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta?

pres ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem açúcar alto no sangue (diabetes)?

diab ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem colesterol alto?

col ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem uma doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra?

coracao ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) teve um derrame ou AVC (Acidente Vascular cerebral)?

avc ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem artrite ou reumatismo?

art ____

(0) não (1) sim (9) IGN

Algum médico já lhe disse que o(a) sr(a) tem asma (ou bronquite asmática)?

asma ____

(0) não (1) sim (9) IGN

O(a) sr(a) tem algum problema crônico de coluna, como dor crônica nas costas ou no pescoço, lombalgia, dor ciática, problemas nas vértebras ou disco?

costas ____

(0) não (1) sim (9) IGN

O sr(a) tem alguma outra doença? (00) não () sim (9) IGN

SE SIM: **Qual outra doença?** _____

outd1 ____

Qual outra doença? _____

outd2 ____

Qual outra doença? _____

outd3 ____

AGORA VAMOS FALAR SOBRE REMÉDIOS

rem15 __

Nos últimos 15 dias, o(a) sr.(a) usou algum remédio? (0) não (1) sim (9) IGN

O(a) sr.(a) poderia mostrar as RECEITAS “E” AS CAIXAS ou embalagens dos remédios que o sr(a) usou?

Quantos comprimidos DE CADA VEZ o sr.(a) toma este remédio?

Quantas vezes por dia o sr.(a) toma este remédio?

Anotar a concentração do remédio

(1) não

(2) sim, ambos

(3) sim, só a receita

(4) sim, só a caixa ou embalagem

(1) 1/2

(2) um

(3) dois

(4) outro _____

(1) 1 vez

(2) 2 vezes por dia

(3) 3 vezes por dia

(4) outra _____

Usou mais algum?

Nome do remédio1 _____

rem1 _____

Receita (__) Vezes (__) Comprimidos (__) Concentração do remédio1: _____

rec1 __

rvez1 __

comp1 __

concl _____

Nome do remédio2 _____

rem2 _____

Receita (__) Vezes (__) Comprimidos (__) Concentração do remédio2: _____

rec2 __

comp2 __

rvez2 __

conc2 _____

Nome do remédio3 _____

rem3 _____

Receita (__) Vezes (__) Comprimidos (__) Concentração do remédio3: _____

rec3 ____

rvez3 ____

comp3 ____

conc3 _____

Nome do remédio4 _____

rem4 _____

Receita (__) Vezes (__) Comprimidos (__) Concentração do remédio4: _____

rec4 ____

rvez4 ____

comp4 ____

conc4 _____

Nome do remédio5 _____

rem5 _____

Receita (__) Vezes (__) Comprimidos (__) Concentração do remédio5: _____

rec5 ____

rvez5 ____

comp5 ____

conc5 _____

AGORA VOU MEDIR SUA PRESSÃO NOVAMENTE*pas2* ___ ___ ___*Pressao arterial2:* _____x _____ ___*pad2* ___ ___ ___**AGORA VOU MEDIR E PESAR. PARA ISSO, EU VOU PEDIR QUE FIQUE DESCALÇO E TIRE ALGUM CASACO QUE ESTEJA VESTINDO.***Ajude o idoso a subir na balança**peso* ___ ___ ___, ___*Peso* _____, ___kg*alt* ___ ___ ___, ___*Altura* _____, ___ cm*Entrevistador:* _____*ent* _____*Data da entrevista* ___ ___ / ___ ___ / 2012*dataent* ___ ___ / ___ ___**MUITO OBRIGADA!!!**

