

ANA PAULA NOGUEIRA NUNES

**RELAÇÕES SOCIAIS E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE EM
IDOSOS:
PROJETO ENVELHECIMENTO E SAÚDE**

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Belo Horizonte - MG
2011

ANA PAULA NOGUEIRA NUNES

**RELAÇÕES SOCIAIS E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE
EM IDOSOS:
PROJETO ENVELHECIMENTO E SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública (área de concentração em Epidemiologia).

Orientador: Sandhi Maria Barreto
Co-orientador: Luana Giatti Gonçalves

Belo Horizonte - MG
2011

Nunes, Ana Paula Nogueira.
N972r Relações sociais e autopercepção da saúde em idosos [manuscrito]:
Projeto Envelhecimento e Saúde. / Ana Paula Nogueira Nunes. - -
Belo Horizonte: 2011.
69f.: il.
Orientadora: Sandhi Maria Barreto.
Co-Orientadora: Luana Giatti Gonçalves.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Saúde do Idoso. 2. Idoso. 3. Autoimagem. 4. Envelhecimento. 5.
Dissertações Acadêmicas. I. Barreto, Sandhi Maria. II. Gonçalves, Luana
Giatti. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.
IV. Título.

NLM: WT 145

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora

Prof^a. Rocksane de Carvalho Norton

Pró-reitor de Pós-Graduação

Prof^a. Ricardo Santiago Gomez

Pró-reitor de Pesquisa

Prof. Renato de Lima dos Santos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Francisco José Penna

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof^a. Maria da Conceição Juste Werneck Cortes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora

Prof^a. Mariângela Leal Cherchiglia

Sub-Coordenador

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Colegiado

Representação Docente

Prof^a. Ada Ávila Assunção

Prof^a. Eli Iola Gurgel Andrade

Prof. Fernando Augusto Proietti

Prof. Francisco de Assis Acúrcio

Prof^a. Maria Fernanda Furtado Lima Costa

Prof. Mark Drew Crosland Guimarães

Prof^a. Soraya Almeida Belisário

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Waleska Teixeira Caiaffa

Representação Discente

Orozimbo Henriques Campos Neto (Mestrado)

Elaine Leandro Machado (Doutorado)

Gustavo Laine Araújo de Oliveira (suplente- Mestrado)



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

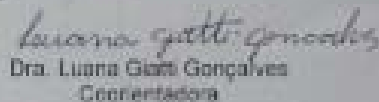
Av. Prof. Alcides Balduino / sala 312
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100
Fone: (31) 3400-9600 FAX: (31) 3400-9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Sandhi Maria Barreto, Luana Gatti Gonçalves, Roberto Marini Ladeira e Divane Leite Matos, aprovou a defesa da dissertação intitulada "RELAÇÕES SOCIAIS E AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS: PROJETO ENVELHECIMENTO E SAÚDE" apresentada pela aluna ANA PAULA NOGUEIRA NUNES, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública - Área de Concentração em Epidemiologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 23 de fevereiro de 2011.


Prof.ª Sandhi Maria Barreto
Orientadora


Dra. Luana Gatti Gonçalves
Coorientadora


Dr. Roberto Marini Ladeira


Dra. Divane Leite Matos

Dedico esta dissertação:

Aos idosos que participaram do Projeto Envelhecimento e Saúde.

À minha doce filha Vitória que tentou compreender a minha ausência durante esses dois anos!

Aos meus pais, Antônio e Amarílis, e meus irmãos, Alessandra e Anderson, que acreditaram nessa minha conquista.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, Professora Sandhi Maria Barreto, e minha co-orientadora, Professora Luana Giatti, pelo acolhimento, atenção, dedicação e pelo voto de confiança durante esses 2 anos (e um pouco mais!) como também por tudo que me ensinaram, influenciando na minha formação acadêmica e no meu crescimento profissional e pessoal. Deixo aqui a minha enorme gratidão, o carinho e uma enorme felicidade de tê-las conhecido!!!

Aos professores da Saúde Pública e Estatística pelos enormes ensinamentos.

À Equipe do Projeto ELSA, pelas grandes amizades construídas em especial a Ariane, Roberta, Jusélia, Ana Maria, Claudinha e Samuel, sempre tão gentis, e a professora Valéria Passos pelos valiosos conselhos.

Aos funcionários da Saúde Pública, Centro de Pós-graduação, Informática e Biblioteca, pelo suporte essencial.

À Rosa Barreto e Dionei que foram essenciais para o início de tudo isso!! Quantos foram os telefonemas...

Aos Professores Clynton Corrêa, Paula Brito e Wellington Gomes pela minha iniciação na pesquisa em Diamantina.

Aos meus amigos, Hércules, Débora e José Márcio que sempre apoiaram e “deram corda” a esse meu sonho desde o 3º período da faculdade.

Às minhas queridas primas, Lú, Lidi e Magdinha que me estimularam para que corresse cada vez mais atrás desse meu sonho.

Aos membros da banca de seleção de mestrado, Colegiado e ao Comitê de Ética da UFMG, sem os quais a caminhada sequer teria iniciado.

Às minhas novas amigas, Elaine e Ana Paula Gasparini, pela disponibilidade, coleguismo e suporte durante esses anos.

Em especial, aos meus pais, Antônio e Amarílis, e irmãos, Alessandra e Anderson, por toda a ajuda que me deram nesse processo das formas mais variadas possíveis! Amo muito vocês!

À minha filha, minha flor, meu grande amor, Vitória, pelo carinho durante essa etapa que parece ter sido mais difícil para ela do que para mim! Te amo demais! Mas é demais mesmo!!!

Ao meu companheiro, Wendel, sempre ajudando, mesmo de longe.

Ao centro de saúde e a população da Vila Pinho que tornou possível este trabalho.

À FAPEMIG, pela concessão da bolsa de mestrado. E a todos os demais que contribuíram, direta ou indiretamente, com este resultado.

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
1.1. PROJETO ENVELHECIMENTO E SAÚDE.....	10
1.2. POR QUE ESTUDAR AS RELAÇÕES SOCIAIS E A AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE EM IDOSOS?.....	11
2. OBJETIVOS.....	13
3. ARTIGO.....	14
3.1. INTRODUÇÃO.....	17
3.2. MATERIAIS E MÉTODOS.....	20
3.2.1. ÁREA.....	20
3.2.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO. E COLETA DE DADOS.....	20
3.2.3. VARIÁVEL DEPENDENTE	21
3.2.4. VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	21
3.2.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	23
3.2.6. ASPECTOS ÉTICOS.....	23
3.3. RESULTADOS.....	24
3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	30
3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
ANEXOS.....	41
ANEXO A - QUESTIONÁRIO	
ANEXO B - FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	
ANEXO C - CERTIFICADO DE QUALIFICAÇÃO	

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As considerações iniciais descrevem o projeto no qual se insere o presente trabalho e abordam brevemente a autopercepção da saúde e as relações sociais.

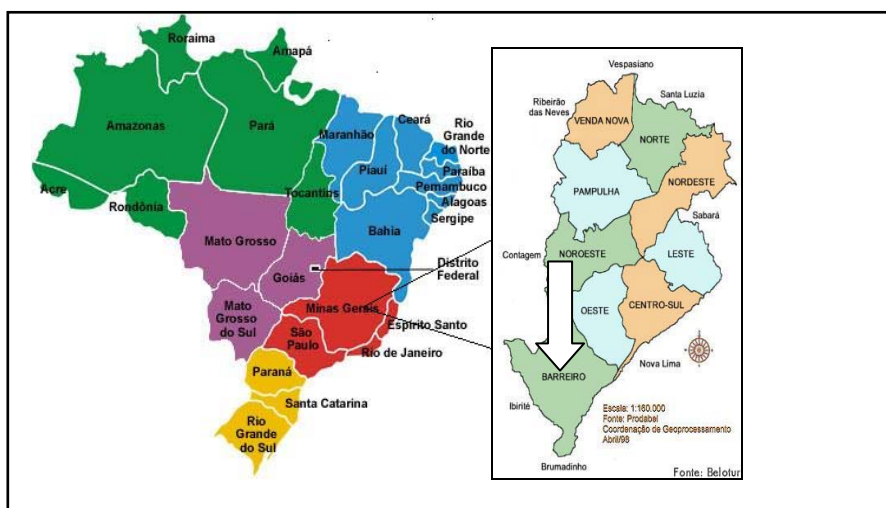
1.1. Projeto Envelhecimento e Saúde

A presente dissertação faz parte de um projeto mais amplo denominado **“Envelhecimento e Saúde”** que foi planejado e estruturado durante o segundo semestre de 2006. O objetivo geral deste projeto foi conhecer o perfil de saúde de uma amostra representativa de idosos residentes em uma comunidade de baixa renda, Vila Pinho, localizado na região sudoeste de Belo Horizonte (figura 1).

A Vila Pinho é uma antiga região de fazendas e sítios, com ocupação recente e em sua maioria não legalizada. O bairro apresenta uma configuração espacial desorganizada, com lotes de tamanhos variados, é em grande parte residencial, mas conta com algum comércio local e algumas indústrias de médio porte. A maioria dos idosos desta população reside a poucas ruas de distância do centro de saúde, enquanto a população mais jovem está localizada mais na periferia.

O Centro de Saúde, situado no Distrito Sanitário do Barreiro, tem 100% de cobertura das equipes de Saúde da Família, sendo todos os participantes cadastrados no Centro. A área de abrangência do centro de saúde Vila Pinho é classificada como uma área de alto risco para a saúde, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde¹, um indicador composto por variáveis sócio-econômicas, ambientais e de saúde utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para classificar as áreas da cidade segundo a necessidade de saúde.

Figura 1. Localização Geográfica do estudo.



Dos 405 idosos selecionados por meio de amostra aleatória simples da população idosa da área de abrangência do Centro de Saúde Vila Pinho, 373 participaram do estudo que foi conduzido entre os meses de abril a outubro de 2007.

A realização do estudo contou com o apoio da gerência do centro de saúde, o que permitiu o envolvimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a utilização da área física do centro para a realização de entrevistas. Antes de iniciar o estudo, os ACS percorreram todas as casas com o intuito de atualizar o cadastro dos idosos residentes na área de abrangência, o que permitiu excluir os idosos que haviam falecido ou mudado para outro bairro e incluir novos moradores. A estratégia de campo e o questionário foram pré-testados em estudo piloto e sofreram adequações para garantir maior adesão ao estudo e melhorar a compreensão das perguntas pelos idosos.

A fase de recrutamento foi realizada da seguinte maneira:

Fase 1. Os idosos selecionados para o estudo foram recrutados por meio de carta-convite entregue pelos ACS, previamente treinados pelos pesquisadores. A carta-convite continha informações sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos que seriam realizados e sobre o caráter voluntário da participação. Quando o participante era analfabeto, a carta era lida pelo ACS, ou por um familiar do idoso, conforme sua escolha.

Fase 2. Caso o idoso aceitasse participar da pesquisa, o ACS marcava o dia e hora da entrevista de acordo com a disponibilidade do participante. A maioria das entrevistas foi realizada no centro de saúde com duração média de 80 minutos.

1.2. Por que estudar as relações sociais e a autopercepção da saúde em idosos?

O envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo universal, dinâmico e irreversível, influenciado por fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais¹.

Uma das primeiras investigações sobre a influência das relações sociais na saúde foi realizada por Durkheim², que observou que as taxas de suicídio em diversos países, áreas geográficas e grupos sociais apresentam variação inversa com o grau de integração social dos indivíduos.

Cobb³ e Cassel⁴ foram os primeiros epidemiologistas a sugerirem uma relação entre a integração social e o risco de adoecer. A partir da década de 80, apareceram vários trabalhos mostrando que a ausência ou até mesmo insuficiência de integração social prediz várias causas de morte⁵⁻⁸. Inúmeros trabalhos têm concluído sobre a importância das relações sociais para a saúde física e mental⁹⁻¹².

Especialmente em idosos, numerosos estudos verificaram que a falta das relações sociais está consistentemente associada com a mortalidade, a incapacidade funcional, a presença de sintomas depressivos, e com estado de ânimo ruim e de baixa autoestima^{13,14,15,16}.

Dessa forma, surgiu o interesse em estudar a importância das relações sociais entre idosos nessa população que apresenta uma alta vulnerabilidade para a saúde. Considerando que a auto-avaliação da saúde apresenta confiabilidade e validade equivalente a medidas mais complexas de condição de saúde¹⁷, neste contexto, estudaremos o papel das relações sociais na autopercepção da saúde a qual é determinada por meio de uma pergunta simples: “Em geral, o senhor diria que a sua saúde é:”.

De acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UFMG, esta dissertação será apresentada sob a forma de um artigo intitulado Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde.

-
1. Costa MFLL, Uchôa E, Guerra HL, Firmo JO, Vidigal PG, Barreto SM. Estudo de Bambuí sobre saúde e envelhecimento: metodologia e resultados preliminares de coorte de estudo de idosos no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2002 ;34(2): 126-35.
 2. Durkheim É. The rules of sociology. Glencoe, IL: Free Press.
 3. Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976; 38: 300-314.
 4. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol*. 1976; 104:107-123.
 5. House JS, Robbins C, Metzner HL. The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol*. 1982; 116(1): 123-140.
 6. Berkman LF, Syme SL. Social network, host resistance, and mortality: a nine years follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol*. 1979; 109(2): 186-204.
 7. Kaplan GA, Salonen JT, Cohen RD, Brand RJ, Syme SL, Pulska P. Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular: prospective evidence from eastern Finland. *Am J Epidemiol*. 1988; 128: 370-380.
 8. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. Ed. Oxford University Press, 2000.
 9. Subramanian SV, Kubzansk L, Berkman LF, Fay M, Kawachi I. Neighborhoods effects on the self-rated health of elder: Uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments. *Journals of Gerontology: Série B. Psychological Science and Social Science*. 2006; 61: 153-160.
 10. Galea S, Nadia A, Tracy M, Beard J, Vlahov D. Urban neighborhood socioeconomic status and incidence of depression: Evidence from a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*. 2007; 17: 171-179.
 11. Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Neighbors socioeconomic deprivation and residential instability: Effects on incidence of ischemic heart disease and survival after myocardial infarct. *Epidemiology*. 2007; 18: 104-111.
 12. Encarnación R., Lázaro A, Sanchez-Sanchez A. Social participation and independence in actives of daily living: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*. 2009; 9:1-11.
 13. Ceria CD., Masaki KH, Rodriguez BL, Chen R, Yano K, Curb JD. The relationship of psychosocial factors to total mortality among older Japanese-American men: the Honolulu Heart Program. *Am J Geriatr Soc* 2001; 49: 725-31.
 14. Litwin H. Social network type and morale in old age. *Gerontologist* 2001; 41: 516- 24.
 15. Wallsten SM, Tweed DL, George LK. Disability and depressive symptoms in the elderly: the effects of instrumental support and its subjective appraisal *Int J Aging Hum Dev*. 1999; 48: 145-59.
 16. Lee GR, Shehan CL. Social relations and the selfesteem of older persons. *Res Aging*. 1989; 11:427-42.
 17. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviors contribute to self ratings of health? *Soc Sci Med*. 1999; 48: 1713-20.
-

2. OBJETIVOS

1) Objetivo geral:

- Investigar se existe uma associação positiva entre autopercepção ruim da saúde e indicadores de relações sociais precárias entre os idosos participantes do estudo.

2) Objetivos específicos:

- Descrever o perfil dos idosos participantes do estudo com relação a variável autopercepção da saúde e características sócio- demográficas.
- Investigar os fatores que estão associados à pior autopercepção da saúde entre idosos.
- Investigar se a autopercepção ruim da saúde está associada de forma independente a indicadores selecionados de relações sociais precárias.

2. ARTIGO

Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde

Social relation and self- rated health: The ageing and health project

Ana Paula Nogueira Nunes¹

Sandhi Maria Barreto²

Luana Giatti Gonçalves¹

1. Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública. Faculdade de Medicina –Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) . Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

2. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina- Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência / Correspondence:

Sandhi Maria Barreto

Av. Alfredo Balena 190, sala 814

30130-100 Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: sbarreto@medicina.ufmg.br

RESUMO

OBJETIVO: Investigar a associação entre as relações sociais e a autopercepção da saúde em idosos.

MÉTODOS: Estudo transversal de amostra representativa de idosos cobertos pelo Programa de Saúde da Família e residentes em uma área de alta vulnerabilidade para a saúde em Belo Horizonte, MG. As informações foram obtidas por meio de entrevista estruturada. Idosos que relataram autopercepção ruim ou muito ruim da saúde foram comparados aos demais e os fatores associados foram determinados por meio de regressão logística múltipla

RESULTADOS: 363 dos 371 idosos elegíveis participaram do estudo. A autopercepção ruim da saúde foi relatada por 17,1% dos idosos e foi positivamente associada com o número de doenças crônicas e a grau de dificuldade para realizar as atividades de vida diária, apresentando um gradiente dose resposta. Idosos com auto-avaliação negativa dos relacionamentos pessoais e que não podiam contar com alguém caso ficassem acamados tiveram mais chance de autoperceber sua saúde como ruim. Trabalhar foi associado negativamente a autopercepção ruim da saúde.

CONCLUSÃO: Os resultados encontrados corroboram a estrutura multidimensional da autopercepção da saúde englobando fatores sócio-demográficos, aspectos relacionados à saúde e às relações sociais e reforçam o papel dessas últimas sobre a saúde.

DESCRIPTORES: Saúde do idoso. Idoso. Autopercepção. Relação Social. Suporte social

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the association between social relationships and self-perceived health in older adults.

METHODS: This was a cross- sectional study of a representative sample of elderly covered by the Family Health Program and residents in an area of high vulnerability to health in Belo Horizonte, MG. Information was obtained through structured interviews. Factors associated with bad or very bad self perceived health were identified by multiple logistic regression analysis.

RESULTS: 363 out of 371 eligible elderly participated. 17.1% of elderly self-perceived their health as bad. There was a positive dose response relationship between bad self- perceived health and the number of chronic diseases and the degree of difficulty to perform the activities of daily living. Elderly who perceived their personal relationships as bad and who could not count on anyone if necessary to stay in bed were more likely to self-perceive their health as poor. Working out was negatively associated with self-perceived poor health.

CONCLUSION: The results confirm the multidimensional structure of self-perceived health including the issues related to health and social relationships. They strengthen the role of social relations on health.

KEYWORDS: Health of the elderly. Elderly. Self-rated health. Social relationships. Social Support

3.1. INTRODUÇÃO

O Brasil, quando comparado ao grupo dos principais países emergentes da atualidade -BRICs- (Brasil, Rússia, Índia, China), apresenta um Índice de Envelhecimento (razão entre os número de pessoas com 60 anos ou mais e as menores de 15 anos de idade) de 0,3, ocupando o 3º lugar, após a Rússia e a China. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, entre 1997 e 2007, o incremento relativo do contingente de 60 anos ou mais de idade foi de 47,8%, sendo que o segmento populacional de 80 anos ou mais cresceu 65,0%. As projeções indicam que em 2020, a população de idosos no Brasil será mais de 26,2 milhões de indivíduos, representando quase 12,4% da população total².

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea e traz à tona a velhice como uma questão social, relacionada à crise de identidade, mudança de papéis, aposentadoria, perdas diversas e mudanças nos contatos sociais³.

A caracterização das condições de saúde dos idosos requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida do indivíduo⁴ e da interação de vários fatores⁵. No presente trabalho, estudaremos alguns aspectos físicos, comportamentais e sociais que podem influenciar a saúde dos idosos. As relações sociais podem ser estudadas por meio das dimensões *rede social*, *apoio* ou *suporte social (formal e informal)* e *engajamento social* dentre outras. A rede social é caracterizada por Berkman e Kawachi⁶ como as teias de relações sociais que cercam o indivíduo e as características das mesmas. As características da rede incluem a estrutura e tipo da rede, o número e similitude dos membros e a forma como os mesmos estão conectados à rede. As relações entre os indivíduos da rede contemplam a frequência e duração dos contatos, a reciprocidade entre eles e a quantidade de redes a que pertence cada indivíduo.

O apoio social informal, caracterizado como recursos providos de outras pessoas, pode ser dividido, didaticamente, em: *apoio emocional* (amor e carinho disponível), *apoio instrumental/material* (auxílio para cozinhar, limpar e pagar contas), *apoio de avaliação*

(auxílio em tomada de decisões) e *apoio de informação* (conselho para questões de necessidade particular), por outro lado, o apoio social formal, se refere às relações mantidas devido à posição e papéis na sociedade como, por exemplo, profissionais da saúde, professores e advogados⁶.

O engajamento social é dimensionado pelo envolvimento em atividades como sair com os amigos, exercer trabalhos sociais, participar de grupos de recreação. Esse tipo de atividade promove companheirismo e socialização⁷ além de melhorar a saúde física e mental⁸. Estudos mostram que o engajamento social mantém a função cognitiva em pessoas mais velhas e reduz a mortalidade independente do nível de apoio emocional e instrumental^{9,10}.

Embora a mensuração do estado geral de saúde dos indivíduos seja bastante difícil, a autopercepção da saúde tem se mostrado um método confiável, e mais utilizado do que a observação direta para a análise global da saúde^{11,12}. A autopercepção geral da saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional e associa-se fortemente com o estado objetivo de saúde das pessoas determinada por avaliações normativas¹³. É um dos indicadores mais usados em pesquisas gerontológicas, porque prediz de forma robusta e consistente o declínio funcional¹⁵ além de ser um poderoso indicador de mortalidade¹⁴. As pessoas que relatam a sua saúde como ruim apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas em comparação com aquelas que relatam a sua saúde como muito boa^{15,16}.

O envelhecimento pode repercutir tanto sobre a condição de saúde dos indivíduos quanto sobre suas relações sociais, pois está associado ao aumento da morbidade e ao declínio funcional, com efeito sobre a independência e a participação social, além de acarretar perdas na rede social devido ao adoecimento e morte de parentes, amigos e vizinhos e à maior fragilidade e vulnerabilidade a eventos adversos¹⁷.

Inúmeros trabalhos têm mostrado a importância das relações sociais para o envelhecimento ativo¹⁸⁻²². Estudo prospectivo na França mostrou que a falta de suporte social e a insatisfação com as relações sociais predizem uma pior percepção da própria saúde em doze meses de

seguimento²³. Em trabalho realizado por Glass et al²⁴, o risco de morte foi menor entre americanos idosos que tinham algum tipo de participação social. No Brasil, um estudo do projeto Bambuí²⁵ mostrou forte associação independente entre a insatisfação com a rede social e auto-avaliação ruim da saúde.

Apesar destas evidências, em nosso meio, poucos estudos tiveram como objetivo avaliar a associação independente entre relações sociais e a autopercepção da saúde entre idosos. O presente estudo tem por objetivo contribuir para este conhecimento ao investigar a associação independente entre essas variáveis em idosos residentes em uma área de alta vulnerabilidade para a saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais.

3.2. MATERIAIS E MÉTODOS

3.2.1. Área

O estudo foi realizado na área de abrangência do Centro de Saúde Vila Pinho, localizado no distrito sanitário do Barreiro, região sudoeste da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de uma área de ocupação recente, grande parte não é legalizada, o que confere ao bairro uma configuração espacial desorganizada. A maioria dos idosos desta população reside a poucas ruas de distância do centro de saúde, enquanto a população mais jovem está localizada mais na periferia.

A área de abrangência do Centro de Saúde Vila Pinho é classificada como uma área de alto risco para a saúde, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade à Saúde²⁶ um indicador composto por variáveis socioeconômicas, ambientais e de saúde utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para classificar as áreas da cidade segundo a necessidade de saúde. 100% é coberta por equipes de saúde da família.

3.2.2. População do estudo e coleta de dados

Este estudo transversal faz parte do projeto denominado **“Envelhecimento e Saúde”**²⁷ que foi planejado e estruturado durante o segundo semestre de 2006 e realizado nos meses de abril a outubro de 2007. O tamanho da amostra (n=405) foi definido pelos seguintes parâmetros: 95% de intervalo de confiança, 4% de precisão, prevalência de 50% e 20% de perdas. Os indivíduos foram selecionados aleatoriamente em uma lista com todos os moradores com 60 anos ou mais, dos quais 91% participaram do estudo. As perdas da amostra totalizaram 32 (8,6%) indivíduos e foram devidas a mudanças de endereço, falecimentos e recusas. Todos os participantes foram recrutados por meio de carta-convite entregue pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), previamente treinados. A carta-convite continha informações sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos que seriam realizados e o caráter voluntário da participação. Quando o participante era analfabeto, a carta era lida pelo ACS, ou por um familiar do idoso, conforme sua escolha. Caso o idoso aceitasse participar da pesquisa o agente marcava o dia e hora da entrevista. Somente participaram da pesquisa os indivíduos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As informações foram obtidas mediante entrevista, com duração média de 80 minutos, realizada em uma sala do Centro de Saúde Vila Pinho ou no domicílio dos idosos. A entrevista foi realizada por cinco estudantes de graduação da área da saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) previamente treinados e supervisionados localmente por duas estudantes de pós-graduação. Todos os procedimentos foram padronizados a fim de aumentar a validade interna do estudo.

O questionário continha 80 questões estruturadas nos seguintes módulos: informações sócio-demográficas, modo de vida, informações gerais de saúde, morbidade e uso de serviços de saúde, capacidade física, relações sociais, vizinhança e qualidade de vida relacionada à saúde, mensurada pelo SF-12 (SF-12- Health Survey)²⁸.

3.2.3. Variável dependente

A autopercepção da saúde, variável resposta, obtida pela aplicação do SF-12, foi construída a partir da pergunta “Em geral, o(a) senhor(a) diria que a sua saúde é” com as opções de resposta: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim. Para o presente estudo, a variável foi categorizada em boa (muito boa, boa e regular) e ruim (ruim e muito ruim).

3.2.4. Variáveis independentes

As variáveis independentes foram agrupadas segundo domínios de interesse: domínio I, características sócio-demográficas; domínio II, aspectos relacionados à saúde e domínio III, relações sociais.

As características sócio-demográficas incluídas neste estudo foram: **sexo** (masculino, feminino); **faixa etária** (60-69, 70-79 e 80+); **estado civil** (casado/união estável, viúvo e solteiro/separado); **cor/raça** auto referida (branca, parda, preta e indígena/amarela); **renda familiar mensal** em salários mínimos nacionais vigentes à época da entrevista (≤ 1 , 1,1-3, e > 3); **escolaridade** medida em série concluída (nunca frequentou a escola, até a 3ª série e 4ª série ou mais) e **trabalho na semana anterior à entrevista** (não, sim).

Os indicadores de saúde incluíram: atividades de vida diária -AVDs- (não tem dificuldade, pequena dificuldade, tem grande dificuldade/não consegue); **tabagismo atual** (não, sim); **qualquer consumo de álcool** nos últimos 30 dias (não, sim); **autopercepção da dependência de outras pessoas** (não depende/depende pouco, depende muito/depende totalmente) e relato de **doença crônica** (0-1, 2-3 e 4+) que inclui o relato de diagnóstico médico das seguintes doenças: doença de coluna ou costas, artrite ou reumatismo, câncer, diabetes, hipertensão, doença do coração, insuficiência renal crônica, tendinite ou tenosinovite e depressão.

Além desses indicadores, o domínio de saúde também incluiu as seguintes variáveis de utilização de serviços de saúde: **cobertura por plano de saúde** (não, sim); **consultas médicas nos últimos 12 meses** (1-2, 0, 3+) e **internações hospitalares os últimos 12 meses** (não, sim).

As relações sociais foram avaliadas por meio dos aspectos rede social, engajamento social e apoio social. A investigação da rede social foi feita pelas seguintes variáveis: **número de pessoas co-residentes** (0, 1+); **número de parentes com quem o idoso podia falar sobre quase tudo** (0-1, 2-4 e 5+) e **número de amigos com quem podia falar sobre quase tudo** (0, 1-3, 4+), ambas categorizadas a partir do *tercil* da distribuição dos números de amigos e parentes respectivamente; **ficar sozinho a maior parte do dia** (nunca, raramente/às vezes, quase sempre/sempre) e **autopercepção do idoso em relação a seus relacionamentos pessoais** (muito satisfeito/satisfeito, indiferente/insatisfeito). O **engajamento social** foi investigado por meio da variável participação e frequência da participação em atividades recreativas ou artísticas em grupo ou em qualquer outro tipo ou em associação comunitária, religiosa e outras. Foi considerado “sim” quando o idoso relatou participar pelo menos uma vez na semana de uma ou mais dessas atividades e “não” quando o idoso não participava, participava algumas vezes ou uma vez por ano dessas atividades. O **apoio social informal** foi estudado por sua dimensão instrumental/material, a partir de três perguntas que inquiriam se o idoso podia contar com a ajuda de alguém **se ficasse de cama, para levá-lo ao médico ou**

para **preparar suas refeições**. As três variáveis foram estratificadas em: sempre, quase sempre/às vezes e raramente/nunca.

3.2.5. Análise Estatística

As características dos idosos com autopercepção ruim da saúde foram comparadas às daqueles que percebiam sua saúde como boa e a significância estatística das diferenças observadas foram aferidas pelo teste de qui-quadrado de Pearson. A magnitude das associações foi estimada pelo *odds ratio* e respectivos intervalos de confiança de 95%, obtidos por meio de regressão logística múltipla. Todas as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,20 na análise univariada foram incluídas na análise multivariada intermediária que consistiu no ajuste das variáveis pertencentes a um mesmo domínio. A seguir as variáveis que apresentaram associação com a variável dependente em nível de significância inferior a 0,05 nos modelos ajustados por domínio foram consideradas no modelo logístico final e retidas aquelas que se mantiveram associadas à autopercepção ruim da saúde ao nível de $p < 0,05$. Foi realizado teste, Hosmer & Lemeshow, para verificar a adequação do modelo final. As análises foram realizadas utilizando o pacote estatístico Stata, versão 11.0 (Stata Corporation, College Station, Estados Unidos).

3.2.6. Aspectos Éticos

O projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal de Minas Gerais, protocolo 379/2006 e pelo Comitê de Ética da Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte protocolo 065/2006.

3.3. RESULTADOS

Dos 371 idosos entrevistados e elegíveis para o presente estudo, 8 foram excluídos por não apresentar dados relativos à variável de interesse, totalizando 363 participantes. Desse total, 217 eram mulheres (59,8%) e 146 eram homens (40,2%), a idade média dos participantes foi de 69,2 anos (mínima=60,0 anos e máxima= 95,0 anos). Cerca de 39,0% dos idosos informaram renda familiar mensal de até um salário mínimo, 29,5% nunca havia freqüentado a escola e 31,0% relataram ter trabalhado na semana anterior à entrevista. Em relação às doenças, a que apresentou maior prevalência foi a hipertensão (71,0%) seguida da depressão com 35,0%.

A autopercepção ruim da saúde foi relatada por 17,1% dos participantes. Essa freqüência foi mais elevada entre os idosos que não haviam trabalhado na semana anterior, apresentavam qualquer nível de dificuldade para realizar as AVDs, relataram depender muito ou totalmente de outras pessoas e informaram mais de duas doenças crônicas (Tabela1). Quanto às relações sociais, observa-se que autopercepção ruim da saúde foi mais freqüente nos idosos que informaram ficar sozinho a maior parte do dia sempre ou quase sempre, ser indiferente ou estar insatisfeito com seus relacionamentos pessoais, e que não podiam contar com alguém para ajudar se ficassem de cama ou para preparar refeições (Tabela 2).

A Tabela 1 apresenta os resultados da análise univariada dos fatores associados à autopercepção ruim da saúde nos domínios sócio-demográficos e de saúde. Entre os fatores sócio-demográficos, a chance de perceber a saúde como ruim foi significamente menor entre aqueles que trabalharam na semana anterior e que tinham cursado pelo menos a 4ª série. No domínio da saúde, os idosos que tinham pequena dificuldade, que tinham grande dificuldade/não conseguiram realizar as AVD; que avaliam que dependiam muito/dependiam totalmente de outras pessoas; que relatavam duas a três ou quatro e mais doenças crônicas; e que realizaram três ou mais consultas médicas nos últimos 12 meses apresentaram maior chance de relatar sua saúde como ruim ($p<0,05$). Já o relato de qualquer consumo de álcool nos últimos 30 dias esteve associado negativamente à autopercepção ruim da saúde, mas não chegou a alcançar significância estatística ($p=0,055$) (Tabela 1).

Os resultados da análise univariada entre autopercepção de saúde e relações sociais mostraram que a autopercepção da saúde ruim esteve positivamente associada ao relato de ficar quase sempre/sempe sozinho a maior parte do dia, de ser indiferente/estar insatisfeito com seus relacionamentos pessoais, de raramente/ nunca poder contar com alguém se ficar de cama, bem como de raramente/nunca poder contar com alguém para preparar refeições e levar ao médico (Tabela 2).

A Tabela 3 mostra o resultado da análise multivariada entre autopercepção de saúde e cada um dos domínios de interesse separadamente: sócio-demográficos, saúde e relações sociais. Autopercepção ruim da saúde manteve-se negativamente associada ao aumento da escolaridade e ao relato de ter trabalhado na semana anterior. No âmbito da saúde, a autopercepção ruim da saúde permaneceu positivamente associada ao relato de ter pequena dificuldade, de não conseguir/ ter grande dificuldade para realizar as AVDs, ao relato de duas a três ou quatro ou mais doenças crônicas. No domínio das relações sociais, a chance de perceber a saúde como ruim manteve-se estatisticamente maior entre os que informaram ser indiferente ou estar insatisfeito com os relacionamentos pessoais e raramente/ nunca poder contar com alguém se ficar de cama.

Após o ajustamento final, considerando todas as variáveis associadas estatisticamente à variável resposta em cada domínio de interesse nos modelos intermediários, as seguintes variáveis permaneceram positivamente associadas à autopercepção ruim da saúde: duas a três, quatro ou mais doenças crônicas, ter pequena dificuldade e grande dificuldade/não conseguir realizar as AVDs, estar indiferente/insatisfeito com relacionamentos pessoais e raramente/nunca poder contar com alguém se ficar de cama. Ter trabalhado na semana anterior à entrevista manteve-se negativamente associado à autopercepção de saúde (Tabela 4). O teste Hosmer & Lemeshow mostrou adequação do modelo final (p-valor de 0,279).

Tabela 1. Resultado da análise univariada da associação entre fatores sócio – demográficos e de aspectos de saúde selecionados e autopercepção ruim da saúde em idosos. Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.

Variáveis sócio-demográficas	Total	Autopercepção da saúde		
		Boa	Ruim	OR (IC95%)
Domínio I	n	%	%	
Sexo				
Masculino	146	42,2	30,7	1,00
Feminino	217	57,8	69,3	1,65 (0,91-2,96)
			p=0,091	
Faixa Etária				
60 a 69 anos	220	62,1	53,2	1,00
70 a 79 anos	100	27,2	29,0	1,24 (0,66- 2,33)
80 anos ou mais	43	10,6	17,7	1,94 (0,89- 4,24)
			p=0,232	
Estado Civil				
Casado/ União Estável	157	41,9	50,0	1,00
Viúvo	112	31,0	30,6	0,83 (0,44- 1,56)
Solteiro/Separado	94	27,2	19,4	0,59 (0,28- 1,22)
			p=0,364	
Cor/Raça				
Branca	101	28,9	22,6	1,00
Parda	190	51,8	54,8	1,35 (0,68- 2,66)
Preta	58	15,3	19,4	1,62 (0,69- 3,79)
indígena e amarela	14	4,0	3,2	1,03 (0,20- 5,12)
			p=0,697	
Renda familiar mensal (salário mínimo*)				
≤ 1 salário mínimo				
1,1 – 3 salários mínimos	141	38,0	43,5	1,00
> 3 salários mínimos	156	43,0	43,5	0,88 (0,48- 1,59)
	65	19,0	12,9	0,59 (0,25- 1,38)
			p=0,479	
Escolaridade (concluída)				
Nunca frequentou escola	96	26,9	40,0	1,00
até a 3ª série	123	37,1	38,1	0,69 (0,35- 1,35)
4ª série ou mais	111	36,0	21,8	0,40 (0,18- 0,87)
			p=0,065	
Trabalho na semana anterior à entrevista				
Não				
Sim	250	65,4	85,5	1,00
	113	34,5	14,5	0,32 (0,15- 0,67)
			p=0,002	

Continuação tabela 1.

Variáveis relacionadas à saúde				
Domínio II				
AVDs				
Não tem dificuldade	309	90,7	58,06	1,00
Pequena dificuldade	32	5,9	22,5	5,89 (2,70- 12,86)
Grande dificuldade/ Não consegue	22	3,3	19,3	9,10 (3,66- 22,56)
			P<0,001	
Tabagismo atual				
Não fuma	319	86,7	93,5	1,00
Fuma atualmente	44	13,3	6,4	0,44 (0,15- 1,30)
			p=0,133	
Qualquer consumo de álcool nos últimos 30 dias				
Não	304	82,1	91,9	1,00
Sim	59	17,9	8,1	0,40 (0,15- 1,0)
			p=0,055	
Autopercepção da dependência das outras pessoas				
Não depende/Depende pouco	224	65,4	44,3	1,00
Depende muito/ Depende totalmente	138	34,5	55,7	2,38 (1,36- 4,16)
			p=0,002	
Doença crônica auto-referida				
0-1	136	41,5	17,7	1,00
2 a 3	142	38,2	43,5	2,66 (1,26- 5,62)
4 ou mais	85	20,8	38,7	4,47 (2,05- 9,71)
			p<0,001	
Plano de Saúde				
Não	273	74,4	79,1	1,00
Sim	90	25,8	20,9	0,77 (0,39- 1,49)
			p=0,444	
Consultas Médicas nos últimos 12 meses				
1-2	117	34,2	22,6	1,00
Zero	75	21,2	17,7	1,26 (0,54- 2,95)
3 ou mais	171	44,5	59,7	2,03 (1,04- 3,95)
			p=0,083	
Internação nos últimos 12 meses				
Não	309	86,7	77,4	1,00
Sim	54	13,3	22,6	1,90 (0,96- 3,76)
			p=0,061	

*salário mínimo do período: R\$380,00.

AVDs- Atividade de Vida Diária

Tabela 2. Resultado da análise univariada da associação entre fatores indicadores de relações sociais e autopercepção ruim da saúde entre idosos. Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.

		Autopercepção da saúde		
Domínio III	n	Boa %	Ruim %	OR (IC 95%)
Rede social				
<i>Nº. pessoas co-residentes</i>				
1 ou mais pessoas	333	92,7	90,2	1,00
Nenhuma pessoa	28	7,3	9,8	1,37 (0,53- 3,55)
			p=0,505	
<i>Nº. de parentes para falar de quase tudo</i>				
0 a 1	144	29,8	41,7	1,00
2 a 4	117	32,8	31,6	0,69 (0,35- 1,33)
5 ou mais	128	37,5	26,7	0,50 (0,25- 1,01)
			p=0,144	
<i>Nº. de amigos para falar de quase tudo</i>				
Nenhum	106	30,4	26,2	1,00
1 a 3	125	34,5	37,7	1,26 (0,63- 2,54)
4 ou mais	126	35,1	36,0	1,18 (0,58- 2,40)
			p=0,794	
<i>Ficar Sozinho a maior parte do dia</i>				
Nunca	143	39,7	39,3	1,00
Raramente/ Às vezes	116	34,7	19,7	0,57 (0,27- 1,20)
Quase sempre/Sempre	102	25,7	40,9	1,60 (0,85- 3,02)
			p=0,021	
<i>Autopercepção em relação aos relacionamentos pessoais</i>				
Muito satisfeito/Satisfeito	288	83,7	60,6	1,00
Indiferente/ Insatisfeito	73	16,3	39,3	3,32 (1,82- 6,04)
			p<0,001	
Engajamento social				
Participação em atividade recreativas ou artísticas em grupo pelo menos uma vez por semana				
Não	267	72,7	80,3	1,00
Sim	94	27,3	19,7	0,65 (0,32- 1,28)
			p=0,214	
Apoio Social				
<i>Pode contar com alguém para:</i>				
<i>... ajudar se ficar de cama</i>				
Sempre	287	83,0	62,3	1,00
Quase sempre/ Às vezes	41	11,0	13,1	1,58 (0,68- 3,69)
Raramente/Nunca	33	6,0	24,6	5,46 (2,53- 11,74)
			p<0,001	
<i>.... levar ao médico</i>				
Sempre	296	84,3	72,1	1,00
Quase sempre/ Às vezes	42	10,7	16,4	1,78 (0,82- 3,90)
Raramente/Nunca	22	5,0	11,5	2,67 (1,03- 6,92)
			P=0,056	
<i>....preparar as refeições</i>				
Sempre	277	80,0	60,6	1,75 (0,80- 3,82)
Quase sempre/ Às vezes	47	12,3	16,4	3,94 (1,86- 8,35)
Raramente/Nunca	37	7,7	22,9	
			p=0,001	

Tabela 3. Variáveis que permaneceram associadas estatisticamente à autopercepção da ruim saúde em cada domínio, após ajuste pelas variáveis pertencentes ao mesmo domínio de interesse. Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.

	OR (IC 95%)
Variáveis sócio-demográficas	
Domínio I	
<i>Escolaridade (concluída)</i>	
Nunca frequentou escola	1,00
até a 3ª série	0,73 (0,37- 1,45)
4ª série ou mais	0,49 (0,22- 1,07)
<i>Trabalho na semana anterior á entrevista</i>	
Não	1,00
Sim	0,26 (0,10- 0,64)
Variáveis relacionadas à saúde	
Domínio II	
<i>AVDs</i>	
Não tem dificuldade	1,00
Pequena dificuldade	5,18 (2,31- 11,64)
grande dificuldade/ Não consegue	8,60(3,36- 21,99)
<i>Doença crônica autoreferida</i>	
0-1	1,00
2 a 3	2,72 (1,25- 5,93)
4 ou mais	3,59 (1,57- 8,17)
Variáveis relacionado às relações sociais	
Domínio III	
<i>Autopercepção em relação aos relacionamentos pessoais</i>	
Muito satisfeito/Satisfeito	1,00
Indiferente/ Insatisfeito	3,02 (1,62- 5,62)
<i>Pode contar com alguém para:</i>	
<i>... ajudar se ficar de cama</i>	
Sempre	1,00
Quase sempre/ Às vezes	1,43 (0,60- 3,40)
Raramente/Nunca	4,91 (2,23- 10,81)

AVDs- Atividade de Vida Diária

Tabela 4. Modelo final da análise Multivariada Projeto Envelhecimento e Saúde, 2007.

Variáveis	Modelo final
<i>Trabalho na semana anterior à entrevista</i>	
Não	1,00
Sim	0,43 (0,19- 1,00)
<i>Doença crônica auto- referida</i>	
0-1	1,00
2 a 3	2,11(0,93- 4,77)
4 ou mais	3,47 (1,46- 8,25)
<i>AVDs</i>	
Não tem dificuldade	1,00
Pequena dificuldade	3,46(1,43- 8,36)
Grande dificuldade/ Não consegue	7,11 (2,58- 19,58)
<i>Autopecepção em relação aos relacionamentos pessoais</i>	
Muito satisfeito/Satisfeito	1,00
Indiferente/ Insatisfeito	2,27 (1,15- 4,47)
<i>Pode contar com alguém para:</i>	
<i>... ajudar se ficar de cama</i>	
Sempre	1,00
Quase sempre/ Às vezes	1,22 (0,46- 3,21)
Raramente/Nunca	5,04 (2,10- 12,09)

AVDs- Atividade de Vida Diária

3.4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nossos resultados sugerem que as relações sociais influenciam a autopercepção da saúde dos idosos, independentemente da condição de saúde dos mesmos. Idosos que tinham percepção negativa dos seus relacionamentos pessoais e que não podiam contar com alguém para ajudá-lo caso ficasse acamado, perceberam a sua saúde como ruim. Identificamos que quanto maior a dificuldade para realizar as AVDs, maior a chance do idoso de avaliar a sua saúde como ruim. Verificamos também que a inserção no trabalho influenciou positivamente a autopercepção da saúde dos idosos.

A população estudada é bastante semelhante à população idosa participante de um inquérito de saúde realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte²⁹ no que tange a distribuição por sexo e idade, mas apresenta piores indicadores gerais de escolaridade e renda. Os participantes do presente estudo formam um grupo muito homogêneo, caracterizado por poucos recursos não apenas financeiros como também educacionais. Foram poucas as pessoas que apresentaram níveis de escolaridade superiores à quarta série do ensino médio e renda acima de três salários mínimos.

A prevalência da autopercepção ruim da saúde não variou significativamente entre os sexos, nem tampouco entre os grupos etários. Uma investigação realizada em Porto Alegre³⁰ e outra com os idosos do município de Bambuí/Minas Gerais²⁵ também não encontraram associação estatística significativa da auto-avaliação de saúde com idade e sexo. Outras pesquisas^{31,32} relataram maior frequência de pior auto-avaliação de saúde entre as mulheres, apesar delas viverem, em média, mais que os homens. A principal explicação apontada para essa pior percepção do estado de saúde, pela mulher, é o papel desempenhado por elas na sociedade, que as leva a reconhecer a dor e o desconforto com mais facilidade que os homens. No presente estudo, é possível que diferenças estatísticas não tenham sido detectadas devido ao tamanho da amostra.

Estudos realizados em países desenvolvidos mostraram que a autopercepção da saúde é fortemente influenciada pela situação sócio-econômica do idoso e/ou de sua família³³⁻³⁶. No nosso estudo, a associação entre autopercepção ruim da saúde e renda não foi encontrada. Entretanto, no estudo realizado com idosos residentes em Bambuí, MG²⁵, essa associação foi verificada mesmo com diferenças de renda relativamente pequenas como as que observamos em nossa pesquisa. É possível que pequenas diferenças de renda tenham impacto diferente na qualidade de vida e saúde entre idosos residentes no interior e na capital do estado. Mas, também não podemos descartar que tal associação não tenha sido detectada devido ao menor poder do nosso estudo.

Os resultados do presente estudo mostraram que aproximadamente um terço dos idosos trabalhava, porcentagem essa semelhante ao encontrado em um estudo realizado apenas com indivíduos do sexo masculino, residentes em dez regiões metropolitanas brasileiras, participantes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)³⁷. A associação inversa entre estar trabalhando e autopercepção ruim da saúde encontrada no nosso estudo também foi previamente constatada em uma investigação conduzida entre idosos de Porto Alegre³⁸ e de outras regiões do Brasil^{39, 40}. É possível supor que idosos que trabalhem sejam mais independentes, saudáveis e, conseqüentemente, relatem melhor saúde quando comparados aos idosos que não trabalham.

A auto-avaliação ruim da saúde foi independente e fortemente associada à presença de dificuldades para realizar as AVDs, com gradiente dose-resposta. Com menor magnitude, também identificamos uma associação crescente entre o número de doenças crônicas e auto-avaliação ruim da saúde. Esses resultados indicam que estas duas condições influenciam fortemente a autopercepção da saúde. Associações semelhantes foram encontradas em outros estudos no Brasil⁵ e em outros países^{41, 42}. Diversos estudos constataram que avaliações negativas da saúde estão altamente associadas com dependência moderada e grave para as AVDs^{43,44}. Em investigação sobre o envelhecimento ativo, a manutenção das AVDs foi um dos fatores independentes para o envelhecimento bem sucedido⁴⁵.

Apesar de não termos encontrado significância estatística na maioria das variáveis relacionadas à rede social e ao engajamento social, os participantes que relataram insatisfeitos com suas relações sociais apresentaram maior chance de auto-avaliar sua saúde como ruim, achado que concorda com outros estudos que investigaram esta associação^{46,47}. Um estudo qualitativo realizado na cidade de Bambuí com mulheres idosas mostrou que a avaliação da gravidade e da relevância de um problema de saúde é determinada pela possibilidade de enfrentá-lo, mais do que pelo problema em si⁴⁷. As associações encontradas, na nossa investigação, são coerentes com essa observação. Cerhan e Wallace⁴⁸ afirmaram que a interação entre as relações sociais e a saúde é bidirecional: a piora no estado de saúde induz a uma restrição das relações sociais, enquanto um decréscimo dessas últimas, de maneira repetida e prospectiva, prediz a mortalidade e morbidades graves. Isso ocorre tanto em estudos de base populacional quanto em estudos em indivíduos com morbidades específicas^{49,50}. Uma recente meta-análise⁵¹ sobre a associação entre relações sociais e mortalidade encontrou que indivíduos com relações sociais satisfatórias têm uma probabilidade 50% maior de sobrevivência quando comparados àqueles com relações sociais pobres ou insuficientes. Nesse estudo, a magnitude do efeito protetor das relações sociais mostrou-se comparável ao efeito do abandono do tabagismo e superou muitos fatores conhecidos para a redução da mortalidade como o peso adequado e a atividade física.

Os resultados observados em nosso estudo também mostram que a autopercepção ruim da saúde da população estudada está fortemente associada com o relato de raramente ou nunca poder contar com alguém se ficar acamado. Contar com outras pessoas mostrou-se um forte preditor de maior sobrevida entre idosos de uma comunidade do sul da Europa⁵². Os resultados do nosso estudo, considerados em conjunto com a presença das AVDs, reforçam a importância da dependência de cuidado sobre a auto-avaliação da saúde e sugerem que a insegurança de não ter com quem contar contribui para a pior avaliação da saúde.

As diferentes dimensões que compõem as relações sociais não foram investigadas no “Projeto Envelhecimento e Saúde”, impedindo assim uma investigação mais exaustiva sobre a associação entre estas e a autopercepção da saúde. Em relação ao apoio social, especificamente, cabe ressaltar que o mesmo foi aferido apenas na sua dimensão instrumental/material, não permitindo a construção de um indicador mais robusto. Além

disso, há diferentes maneiras de mensurar as relações sociais o que muitas vezes dificulta a comparação dos resultados.

Estudos transversais em populações idosas estão sujeitos ao viés de sobrevivência, o que pode levar a uma subestimativa das associações observadas⁵³. A natureza seccional do estudo não permite estabelecer as relações temporais evolutivas entre as variáveis independentes e a autopercepção da saúde. Entretanto, dado a natureza dinâmica da auto-avaliação da saúde, estudos transversais são importantes para dimensionar os problemas investigados e entender como os mesmos se correlacionam com a avaliação da saúde em um dado momento do ciclo de vida.

Acreditamos que estudos dessa natureza sejam necessários em grupos populacionais mais pobres e vulneráveis socialmente, como o estudado, para obter um panorama da realidade de saúde destas populações, possibilitando, assim, contribuir melhor para orientar a atenção integral à saúde dos idosos pertencentes a estes grupos.

As pessoas não existem isoladas, fatores sociais influenciam a saúde do indivíduo. Os dados aqui discutidos e apresentados na literatura reforçam o papel dos aspectos sociais sobre a saúde e a necessidade de inseri-los em programas voltados para a promoção do envelhecimento saudável. Profissionais de saúde podem contribuir para promover melhores relações sociais ativas e estimular redes sociais de apoio aos doentes acamados. Intervenções dentro e fora do setor saúde, voltadas para estimular o engajamento e apoio social, são baratas e custo-efetivas, contribuindo para não apenas aumentar a sobrevida como melhorar a qualidade de vida dos idosos.

Concluindo, mesmo considerando que o estudo foi conduzido em uma população idosa relativamente homogênea, os resultados encontrados reforçam a estrutura multidimensional da autopercepção da saúde, englobando fatores sócio-demográficos, aspectos relacionados à saúde e às relações sociais. Investigações futuras longitudinais são necessárias para melhor compreender a dinâmica temporal das relações entre os fatores supracitados e a autopercepção da saúde.

3.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese dos indicadores sociais Uma análise da qualidade de vida da população Brasileira. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/>, acessado em 10 de Outubro de 2009.
2. World Health Organization. Men, ageing and health – achieving health across the life span. Genebra: WHO, Noncommunicable Diseases Prevention and Health Promotion Department; 2001.
3. Mendes MRSS. A situação social dos idosos no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm.* 2005; 18(4): 422-426.
4. Portrait F, Lindeboom DEEG D. Life expectancies in specific health states: results from a joint model of health status and mortality of older persons. *Demography.* 2001; 38: 525-36.
5. Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos no município de São Paulo, 1999/2000[dissertação de mestrado].Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional; 2004.
6. Berkman LF, Kawachi I. Social Epidemiology. Ed. Oxford University Press, 2000.
7. Bassuk S, Glass T, Bearkman L. Social Disengagement and incidence of cognitive decline in the community-dwelling elderly. *Ann Intern Med.* 1999; 131: 165-167.
8. Berkman LF. The role of social relation in health promotion. *Psychosom Med.* 1995; 57: 245- 54
9. Ang HX , Winbland B, Fratiglioni L. Late-Life engagement in social and leisure activities is associated with a decreased risk of dementia: a longitudinal study from the Kungsholmen Project. *Am J Epimiol.* 2002; 155(12):1081-1087.
10. Mendes de Leon CF, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK. Disability as a function of social network and support in elderly African Americans and whites: the Duke EPESE 1986-1992. *J Gerontol B Psychol Sci,* 2001; 56(3):179-190.
11. Bailis DS, Segalla A, Chipperfield JG. Two view of self- rated general health status. *Soc Sci Med.* 2003; 56(2):203-17.
12. Martikanen P, Aroma A, Heliovaara M, Klaukka T, Knekt P, Maatela J, et al. Reliability of perceived health by sex and age. *Soc Sci Med.*1999; 48(8):1117-22.
13. Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc Sci Med.* 1996; 42(5):681-9.

14. Idler EL, Benyamini Y. Self- rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997; 38(1):21-37.
15. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine- years follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol.*1983; 117(3):292-304.
16. Marcellini F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr Suppl*, 2002;181-9.
17. Lepeleire J, Iliffe S, Mann E, Degyrese JM. Frailty: an emerging concept for general practice. *Br J Gen Pract.* 2009; 59:77-82.
18. Chaix B, Rosvall M, Merlo J. Neighbor socioeconomic deprivation and residential instability: Effects on incidence of ischemic heart disease and survival after myocardial infarct. *Epidemiology.* 2007; 18:104-111.
19. Enarnacion R, Lázaro A, Sanchez'Shanchez A. Social participation and independence in actives of daily living: a cross sectional study. *BMC Geriatrics.* 2009; 9:(1-11).
20. Subramanian SV, Kubzansk L, Berkaman L, Fay M., Kawachi I. Neighborhood effects on the self-rated health of elder: Uncovering the relative importance of structural and service-related neighborhood environments. *Journals of Gerontology:Série B. Psychological Science and Social Science.* 2006; 61:153-160.
21. Pickett KE, Pearl M. Multilevel analyses of neighborhood socioeconomic context and health outcomes: A critical review. *J of Epidemiology and Community Health.* 2001; 55:111-122.
22. Diez Roux AV. Investigating neighborhood and area effects on health. *American J of Public Health.* 2001; 91:1783-11789.
23. Melchior M., Berkman LF, Niedhammer I, Chae M, Goldeber RM. Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Soc Sci Med.* 2003; 356(8):1817-30. .
24. Glass TA, Mendes de Leon C, Marottoli RA, Berkamn LF. Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *British Medical Journal.* 1999; 319:478-83.
25. Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchoa A. Aestutura da autoavaliação da saúde em idosos: Projetos Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38(6): 827-34.
26. Índice de Vulnerabilidade à Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Gerência de Epidemiologia e Informação – GEEPI. <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf> acessada em 06 de outubro de 2009.

27. Carvalho AS, Barreto SMB., Gama ACC, Guerra HL. Fatores associados ao desempenho na compreensão da linguagem oral em idosos: Projeto Envelhecimento e Saúde [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
28. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12- item Short- Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996; 34: 220-33.
29. Giacomini KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima- Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade física entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(6): 1260-1270.
30. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(5): 759-68.
31. Szwarcwald CL, Souza PR, Esteves MAP, Damascena GN, Viacava F. Socio- demographic determinants of self- health in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21sup:55- 64.
32. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):793-789.
33. Aberg YM, Diderichsen F, Whitehead M, Holland P, Burstrom B. The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *J Epidemiol Community Health*. 2001; 55: 556-61.
34. Bobak M, Pkhar H, Hertzman C, Marmot M. Socioeconomic factors, material inequalities in self rated health: cross sectional data from seven post- communist countries. *Soc Sci Med*. 2000;51: 1343-50.
35. Kennedy B., Kawachi I, Glass R, Prothrow D. Income distribution, socioeconomic status, and self rated health in the United States: multinivel analysis. *BMJ*. 1998; 317: 917-21.
36. Lantz PM, Lynch JM, House JS, Lepkowski J, Mero RP, Musick MA, Williams DR. Socioeconomic disparities in health change in longitudinal study of US adults: the role of health- risk behaviors. *Soc Sci Med*. 2001; 53:29-40.
37. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):759-71.
38. Souza LM, Laurert L, Hilleshein EF. Trabalho voluntário, características demográficas, socioeconômicas e autopercepção da saúde de idosos de Porto Alegre. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44(3): 561-9.
39. Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e envelhecimento na terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(4): 825-839.
40. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil : análise multinível. *Rev de Saúde Pública*. 2010; 44: 2-11.

41. Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. Health trajectories: long- term dynamics among black and white adults. *J Heath Soc Behav.* 1997; 38(1): 38-54.
42. Gama EV, Damián J, Molino JP, López MR, Pérez LM, Iglesias FJG. Association of individual activities of daily living with self- rated health in older people. *Age and ageing.* 2000; 29: 267-70.
43. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRD, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(1): 40-8.
44. Maciel CCA, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicosociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2007; 10 (2):178-89.
45. Moraes JFD, Souza VBA. Factors associated with successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of the Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005; 27(4): 302-8.
46. Guedea MTD, Albuquerque FJB, Troccoli BT, Noriegad JV, Seabrae, MAB, Guedea L.D.Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia :Reflexão e Crítica.* 2005; 19(2): 301-308.
47. Uchôa E..Contribuição da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19:849-53.
48. Cerhan JR, Wallace RB. Predictors of decline in social relationships in the rural elderly. *Am J Epidemiology.* 1993;137: 870-80.
49. House JS. Social isolation kills, but how and why? *Psychosom Med.* 2001; 63: 273- 4.
50. Brummett BH, Barefoot JC, Siegler IC, Clappchanning NE, Lytle BL, Bosworth HB. Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosom Med.* 2001; 63: 267-2.
51. Lunstad JH, Smith TB, Layton BB. Social Relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLOS Medicine.* 2010; 7(7):1-20.
52. Rodriguez-Laso A, Zunzunegui MV, Otero A. The effect of social relationships on survival in elderly residents of a Southern European community: a cohort study. *BMC Geriatrics.* 2007; 7:2-12.
53. Lima-Costa MFF, Barreto SM. Estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol Serviço Saúde.* 2003; 12(4): 189- 201.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O prolongamento da vida é uma aspiração de qualquer sociedade. No entanto, só pode ser considerada uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida ganhos¹.

No Brasil, o campo de estudos sobre o processo do envelhecimento e aspectos relacionados vêm crescendo e ganhando destaque. Atualmente, em nosso país, existem diversos núcleos e centros de pesquisas com pesquisadores altamente qualificados preocupados em desvendar e elucidar questões sobre a temática do envelhecimento². É necessário conhecer o perfil de saúde dos idosos para que se possa planejar e implementar ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. O presente estudo insere-se nesse panorama, buscando contribuir um pouco mais sobre os mecanismos envolvidos na saúde do idoso. Na ausência de políticas públicas adequadas, a tendência é que se tenha um número crescente de idosos, entretanto com saúde precária.

Em nosso estudo vimos que a autopercepção da saúde apresentou associação com algumas variáveis sócio-demográficas, indicadores normativos de saúde e de qualidade das relações sociais. Estar trabalhando foi um fator protetor para a autopercepção ruim da saúde. Cabe ressaltar que no Brasil, assim como em todo o mundo, o trabalho está associado à melhor saúde, existindo um processo que tende a excluir do trabalho os mais doentes e favorecer a permanência dos mais saudáveis. No país, o percentual de idosos que trabalha é pequeno e estes tendem a ser mais saudáveis que aqueles que não trabalham^{3,4}. Nesse sentido, o trabalho pode ser considerado tanto como um indicador de necessidade social e econômica como também de capacidade física e mental.

Outras associações independentes que apresentamos com a autopercepção ruim foram a presença de duas a três e quatro ou mais doenças crônicas e apresentar algum tipo de dificuldade ou não conseguir realizar atividades da vida diária. Apesar da presença de morbidades não estar necessariamente relacionado ao envelhecimento, são frequentemente encontradas nessa população. A presença dessas últimas está diretamente relacionada à incapacidade física contribuindo assim para a perda gradativa da independência, do bem estar e da qualidade de vida. Esta seria uma forma de explicar a influência destas duas condições na piora da autopercepção da saúde, além de representar importantes implicações negativas para a

família, para a comunidade e também para o sistema de saúde. Cabe ressaltar que cada doença, dependendo de sua gravidade, apresenta formas particulares de influenciar a vida do idoso. Entretanto, no conjunto, a presença de mais doenças significa em geral a ampliação das repercussões de doenças isoladas, e neste sentido, indica uma pior condição de saúde. Nesse estudo, foi necessário somar o número de doenças crônicas devido ao pequeno número de participantes. Em relação às atividades de vida diária, o ideal seria analisá-las através de algum índice síntese da capacidade funcional, ou cada uma separadamente. Não o fizemos porque o questionário utilizado na pesquisa não colheu essas informações separadamente, por não serem as mesmas o objetivo da investigação da pesquisa.

Em relação às relações sociais, apesar de ainda não existir um consenso conceitual, é sabido que se trata de um construto multidimensional. Acredita-se que as relações sociais exercem efeito mediador e protetor sobre a saúde. No entanto, na presente análise realizamos apenas ajustamentos por potenciais variáveis de confusão, não sendo possível identificar o potencial efeito mediador das relações sociais entre, por exemplo, características sócio-demográficas e a autopercepção de saúde dos idosos.

Cabe avaliar, ainda, alguns aspectos como, por exemplo, a validade externa do trabalho. A população do estudo é bastante homogênea, principalmente, em relação às variáveis sócio-demográficas e é reconhecida a influência das mesmas sobre a saúde. Com certeza, como mostram estudos nacionais e internacionais, inúmeros fatores sociodemográficos e econômicos estão associados à autopercepção da saúde em populações gerais⁵⁻⁷. Principalmente, a escolaridade e a renda familiar. O presente estudo investigou uma amostra de idosos residentes em um bairro de baixa renda, todos cobertos pelo Programa Saúde da Família. É possível, que as associações encontradas espelhem a realidade de idosos residentes ou não em Belo Horizonte, desde que apresentem características similares ao grupo estudado. Entretanto, é preciso salientar que nossos resultados não podem ser generalizados para a população geral da cidade onde se situa ou qualquer outra cidade de grande porte.

Vale ressaltar também que, com certeza, o baixo número amostral comprometeu o poder do estudo para detectar pequenas diferenças estatísticas entre os estratos das variáveis estudadas.

Recomendamos a realização de estudos posteriores com o emprego de outras metodologias para esclarecer as associações observadas no presente estudo, em especial com desenho

longitudinal. Porém, os dados provenientes desse trabalho podem respaldar discussões e trabalhos futuros em torno dessa questão como também auxiliar os executores e planejadores de políticas de saúde para populações carentes e socialmente vulneráveis como a incluída no presente estudo.

-
1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(3): 548-54.
 2. Carvalho AS, Barreto SMB., Gama ACC, Guerra HL. Fatores associados ao desempenho na compreensão da linguagem oral em idosos: Projeto Envelhecimento e Saúde [dissertação de mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
 3. Giatti L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(3):759-71.
 4. Giatti L, Barreto SM. Trabalho feminino e envelhecimento na terceira idade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(4):825-839.
 5. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17(5): 333-41.
 6. Zimmer Z, Amornsirisoombon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Soc Sci Med*. 2001; 52(8): 1297-311.
 7. Arber S, Ginn J. Gender and inequalities in health in later life. *Soc Sci Med*. 1993; 36(1): 33-46.
-

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

IDOSO SEM INFORMANTE SECUNDÁRIO

Data da Entrevista: ____/____/2007

Pesquisador: _____

Entrevistador: _____

Número de identificação:

ETIQUETA

Acuidade Visual (Teste de Snellen):

Direita/Esquerda

Acuidade Auditiva:

	Direita				Esquerda			
Freq(Hz)	500	1000	2000	4000	500	1000	2000	4000
Decibéis(dB)								

Elegibilidade para Responder Avaliação da Compreensão Oral:

	Sim	Não
Audição		
Visão		
Cognitivo		

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

MINI- MENTAL	
1. Orientação Temporal (01 ponto cada item, total: 05 pontos)	• Em que dia da semana estamos? () • Em que dia do mês estamos? () • Em que mês estamos? () • Em que ano estamos? () • Qual é a hora aproximada (ou semestre)? () Total:
2. Orientação Espacial (01 ponto cada item, total: 05 pontos)	• Em qual Estado estamos? () • Em qual Cidade estamos? () • Em qual Bairro (ou Rua próxima) estamos? () • Que local é esse aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa) () • Em que local nós estamos? (apontando para o chão num sentido mais específico: consultório, sala) () Total:
3. Registro (01 ponto cada item, total: 03 pontos)	Peça ao idoso para repetir depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máx. 5 repetições), pode dizer que mais tarde ele precisará lembrar dessas questões. • Gelo () • Leão () • Planta () Total:
4. Atenção e Cálculo (01 ponto cada item, total: 05 pontos)	Perguntar antes se o idoso faz cálculos. Se o mesmo errar a primeira, passar para 5. • Subtrair 100 – 7 () • 93 – 7 () • 86 – 7 () • 79 – 7 () • 72 – 7 = 65 () Total:
5. Memória de Evocação (01 ponto cada item, total: 03 pontos)	Pedir ao idoso que repita as 3 palavras ditas anteriormente • Gelo () • Leão () • Planta () Total:
6. Linguagem (01 ponto cada item, total: 02 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los. • Relógio () • Caneta () Total:

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

7. Linguagem (01 ponto se acertado por completo)	Pedir ao idoso que repita a frase. • NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ () Total:
8. Linguagem (01 ponto cada item, total: 02 pontos)	Pedir ao idoso que siga uma ordem de três estágios: • Pegue o papel com a mão direita () • Dobre-o no meio () • Ponha-o no chão () Total:
9. Linguagem (01 ponto se acertado por completo)	Escreva em um papel: "Feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute. • FECHER OS OLHOS () Total:
10. Linguagem (01 ponto se acertado por completo)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa, com início, meio e fim () Total:
11. Linguagem (01 ponto se acertado por completo)	Peça ao idoso que faça uma cópia do desenho em uma folha branca () Total:
TOTAL: _____ (Pontuações menores ou iguais a 13 não responderão a parte de compreensão)	

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

A-PARTE DE COMPREENSÃO DO TESTE DE BOSTON

Apresentar os cartões 2 e 3 separadamente. O paciente deve olhar todas as figuras do cartão antes de iniciar. Depois, peça-lhe para apontar para cada figura ou símbolo, dizendo-lhe: Mostre-me a(o)... Alterar aleatoriamente de uma categoria para outra. É permitida a repetição, se solicitado. Se o paciente não conseguir encontrar a categoria correta, então indique-a através da exclusão das demais e repita o nome do item a ser identificado. Marque a pontuação na coluna correspondente. A discriminação correta ("identificação") vale dois pontos se ocorrer em 5 segundos e, caso contrário, 1 ponto. Categoria correta sem a discriminação correta vale ½ ponto (marcar categoria).

A- DISCRIMINÇÃO ACUTIVA

Cartão 2						Cartão 3					
OBJETOS	Até 5"	Mais de 5"	Categorias	Dica	Erro	AÇÕES	Até 5"	Mais de 5"	Categorias	Dica	Erro
	2pt	5" 1pt	½ pt	½ pt	0 pt		2pt	5" 1pt	½ pt	½ pt	0 pt
Cadeira						Bebendo					
Chave						Formando					
Lava						Comendo					
Plano						Caindo					
Bêbado						Dormindo					
Escritor						Plugando					
LETRAS						CORES					
L						Azul					
H						Marron					
R						Vermelho					
I						Rosa					
S						Cinza					
U						Roxo					
FORMAS						NUMERO					
						8					
Círculo						7					
Retângulo						42					
Quadrado						700					
Triângulo						19,86					
Cone						15					
Esfera						7000					
PONTUAÇÃO						PONTUAÇÃO					
PONTUAÇÃO TOTAL											

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

B-Identificação das Partes do Corpo

Instruções: Pedir para apontar as seguintes partes do corpo. Registrar as respostas incorretas. Pontuação: os itens das duas primeiras colunas (A e B) têm score 1 ponto se identificados rapidamente (até 5" segundos) e corretamente e ½ se após 5". A terceira coluna (C) é para identificação direita-esquerda e recebe um total de 2 pontos se todos os 8 itens estiverem corretos (a parte do corpo pode estar incorreta se a discriminação direita-esquerda estiver correta) 1 ponto se 6 ou 7 itens estiverem corretos e demais casos, zero.

Identificação de partes do corpo (A e B)								Discriminação Direito-Esquerdo (C)		
A				B				C		
	Correta		Falha		Correta		Falha		Correta	Falha
	<5" 1 pt	>5" 1/2pt			<5" 1pt	>5" 1/2pt				
Orelha				Pulso				Orelha Direita		
Nariz				Polegar				Ombro esquerdo		
Ombro				Coxa				Joelho Esquerdo		
Joelho				Queixo				Tornozelo direito		
Pálpebra				Cotovelo				Pulso direito		
Tornozelo				Lábios				Polegar esquerdo		
Tórax				Sobrancelha				Cotovelo direito		
Pescoço				Bochecha				Bochecha esquerda		
Dedo Médio				Dedo indicador				8 corretos= 2 pontos 6-7 corretos= 1		
Pontuação A + B: _____								Pontuação C: _____		
Pontuação Total (A+B+C): _____										

COD:	Data da Entrevista: / / 2007	Entrevistador:	
C-ORDENS			
Instruções: O sujeito deverá realizar as seguintes ordens, pontuando-se cada elemento sublinhado que ele realizar. É permitida uma repetição se solicitada, mas a ordem deve sempre ser repetida totalmente, não segmentada.			
	Acertou	Errou	
1- Feche <u>a mão</u>			
2- Aponie para o teto e depois <u>para a chão</u>			
Instruções: Após o entrevistador dispor nesta ordem um lápis, relógio e um cartão ele deverá dar as seguintes ordens:			
	Acertou 1ª ordem	Acertou 2ª ordem	Acerto ou 3ª ordem
3- Ponha o <u>lápis</u> acima do <u>cartão</u> , então <u>ponha-o de volta no lugar</u>			
4- Ponha o <u>relógio</u> no outro <u>lado</u> do <u>lápis</u> e <u>vire o papel</u>			
5- Toque <u>cada ombro duas vezes</u> com <u>dois dedos</u> mantendo os <u>olhos fechados</u>			
Pontuação Total(1 ponto para cada sublinhado correto):			

D- MATERIAL IDEACIONAL COMPLEXO					
Instruções: A única resposta requisitada é concordar ou discordar. As questões "A" e "B" de cada item devem ser respondidas corretamente para receber crédito de 1 ponto. Uma repetição para cada questão é permitida (Leia primeiro a coluna A, depois a coluna B)					
Perguntas A		Resp A	Perguntas B		Resp B
					Escore (A+B certos) 1pt
Uma rocha de cortiça afunda na água?	1A		Uma pedra afunda na água?	1B	
Um martelo é bom para cortar madeira?	2A		Você pode usar martelo para bater pregos?	2B	
Dois quilos de farinha pesam mais do que um?	3A		Um quilo de farinha é mais pesado do que dois?	3B	
A água atravessa um bom par de galochas?	4A		Um bom par de galochas impede a entrada de água?	4B	
Pontuação Total:					

6

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

História 1

Instruções: Diga: "Vou ler uma pequena história e depois vou fazer algumas perguntas sobre ela. Você está pronto?" (leia com velocidade normal)

"Sr. João tinha que ir para o Paraná visitar o seu irmão. Como estava com pressa, ele decidiu pegar um avião. Sua esposa levou-o ao aeroporto, mas no caminho, o pneu furou. Graças à ajuda de um motorista de táxi que passava, eles chegaram ao aeroporto a tempo de pegar o avião."

Pergunta A	Resp A	Pergunta B	Resp B	Escore (A+B certos) 1pt
O Sr. João perdeu o avião?	5A	Ele chegou ao aeroporto à tempo?	5A	
O Sr. João estava indo para o Paraná?	6A	Ele estava vindo do Paraná?	6B	

Pontuação Total:

História 2

Instruções: Diga: "Vou ler um outro Parágrafo. Você está pronto?"

"A mãe pediu certa vez à sua filhinha que desse um pulo à mercearia para comprar uma lata de óleo, uma dúzia de ovos e meio quilo de açúcar. Não vá se esquecer nem fazer confusão. A menina foi a mercearia e pelo caminho ia repetindo em voz alta as coisas que tinha que comprar. Quando chegou a mercearia ela pediu ao vendedor:

-Dê-me uma lata de óleo, meio quilo de ovos e uma dúzia de açúcar.

-Não é possível! Quanto você trouxe?

-Ah, esqueci o dinheiro. Logo agora que eu tinha lembrado de tudo que precisava comprar."

Pergunta A	Resp A	Pergunta B	Resp B	Escore (A+B certos) 1pt
A mãe foi até a mercearia?	7A	A menina levou dinheiro para comprar os alimentos?	7B	
A mãe pediu para a menina ir até a mercearia?	8A	A menina esqueceu o dinheiro?	8B	

Pontuação Total:

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

História 3

Instruções: Diga: *Vou ler outro parágrafo. Você está pronto?*

“Carlos bateu a porta de uma casa grande para pedir dinheiro para dar aos pobres. Um moço atendeu e Carlos pediu-lhe para dizer ao dono da casa que estava precisando de dinheiro para dar aos necessitados. O moço entrou em casa e voltou logo depois dizendo que o dono da casa havia saído. Então diga-lhe um conselho: Quando sair não deve deixar a cara na janela porque alguém pode roubá-la”

Pergunta A		Resp A	Pergunta B		Resp B	Escore (A+B certos) 1pt
Carlos queria dinheiro?	9A		Carlos só queria conversar um pouco?	9B		
Foi o dono da casa que atendeu a porta?	10A		O dono da casa não quis atender à porta?	10B		
Pontuação Total:						

História 4

Instruções: Diga: *“Vou ler outro parágrafo. Ouça com atenção.”*

“O filhote de leão nasce com um profundo instinto de caça. Um filhote anda nas pontas dos pés e avança com a mesma violência e entusiasmo exibido por um gatinho. Durante o ano e meio de seu aprendizado, esta brincadeira transforma-se numa técnica de caçada e homicídio. A agilidade vem de longa prática, imitação de leões mais velhos e obediência aos rugidos de advertência de sua mãe.”

Pergunta A		Resp A	Pergunta B		Resp B	Escore (A+B certos) 1pt
Este parágrafo conta como os leões aprendem a caçar?	11A		Diz como caçar leões?	11B		
Este parágrafo diz que os leões são matadores ágeis no momento em que nascem?	12A		Diz que os leões precisam de prática antes de matar suas presas?	12B		
Pontuação Total:						
Pontuação (História 1,2,3 e 4)						

TOKEN TEST		
Introdução: Diga: "Trei dispor algumas peças e depois pedirei para tocar algumas delas, tudo bem? Disponha as peças, mantendo uma distância de 3 cm entre elas, encima do verso do cartão do Teste de Boston, conforme o modelo. Antes de iniciar o teste certifique-se que o participante conhece o nome das cores e formas, dizendo-lhe: Que cor é essa? Que forma é essa. Caso o participante nomeie a cor e forma errado, corrija-o dizendo-lhe: "Esse é o círculo(mostre o círculo), esse é o quadrado(mostre o quadrado), esse é o vermelho(mostre uma peça vermelha) etc". Inicie os comandos mantendo a mesma entonação em toda a frase. Nas partes 2,4, 6 tampe as peças menores com uma folha de ofício branca.		
Parte 1-Todas as peças estão dispostas randomicamente conforme a figura (anexo I)		
	Acerto	Erro
1-Toque o círculo		
2-Toque o quadrado		
3-Toque uma peça amarela		
4- Toque uma peça vermelha		
5-Toque uma preta		
6- Toque uma verde		
7-Toque uma branca		
Total:		
Parte 2- Removem-se as peças menores		
8- Toque o quadrado amarelo		
9-Toque o círculo preto		
10- Toque o círculo verde		
11- Toque o quadrado branco		
Total:		
Parte 3- Recolocam-se as peças menores		
12- Toque o círculo branco pequeno		
13- Toque o quadrado amarelo grande		
14- Toque o quadrado verde grande		
15- Toque o círculo preto pequeno		
Total:		



COD: _____		Data da Entrevista: ____/____/2007		Entrevistador: _____	
Parte 4- Removem-se as peças menores					
16- Toque o círculo vermelho e o quadrado verde					
17- Toque o quadrado amarelo e o quadrado preto					
18- Toque o quadrado branco e o círculo vermelho					
19- Toque o círculo branco e o círculo vermelho					
Total:					
20- Toque o círculo branco grande e o quadrado verde pequeno					
21- Toque o círculo preto pequeno e o quadrado amarelo grande					
22- Toque o quadrado verde grande e o quadrado vermelho grande					
23- Toque o quadrado branco grande e o círculo verde pequeno					
Total:					
Parte 6- Removem-se as peças menores					
24- Ponha o círculo vermelho em cima do quadrado verde					
25- Toque o círculo preto com o quadrado vermelho					
26- Toque o círculo preto e o quadrado vermelho					
27- Toque o círculo preto ou o quadrado vermelho					
28- Ponha o quadrado verde longe do quadrado amarelo					
29- Se existir um círculo azul, toque o quadrado vermelho					
30- Ponha o quadrado verde perto do círculo vermelho					
31- Toque os quadrados devagar e os círculos depressa					
32- Ponha o círculo vermelho entre o quadrado amarelo e o quadrado verde					
33- Toque todos os círculos, menos o verde					
34- Toque o círculo vermelho. Não! O quadrado branco					
35- Em vez do quadrado branco, toque o círculo amarelo					
36- Além, do círculo amarelo, toque o círculo preto					
Total:					
Pontuação Total (parte 1, 2, 3, e 4):					

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007 Entrevistador: _____

QUESTIONÁRIO GERAL ESTRUTURADO

Bom dia ou Boa tarde!

Meu nome é (diga seu nome), sou entrevistadora do Estudo Envelhecimento e Saúde. Gostaria de agradecer sua participação. Muito obrigada por ter vindo! Vamos continuar a entrevista? Gostaria de informar que não existe resposta certa ou errada. Este questionário aborda questões sobre sua vida. Por favor, responda todas as perguntas. Caso não tenha certeza sobre a resposta, responda a opção mais adequada ao caso.

CO-RESIDENTES DO PARTICIPANTE COM 60 ANOS OU MAIS

Código	Quais os nomes das pessoas que moram com o (a) senhor(a)?	Qual o grau de parentesco da(s) (NOME DA PESSOA)?	O sexo da(s) (NOME DA PESSOA) é (confirme)	Qual a idade da(s) (NOME DA PESSOA)?	Qual a escolaridade da(s) (NOME DA PESSOA)?	Caso seja necessário falar com o(s) (NOME DA PESSOA) qual o telefone e o melhor horário para encontrá-la(s)?
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			
			() masculino () feminino			

Informações Sócio-Demográficas

1- Seu sexo é:

1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino

2- Qual a sua data de nascimento?

DD MM AAAA

3- Qual é seu estado civil?

1 ☐ Solteiro(a)
2 ☐ Casado(a)
3 ☐ Desquitado/Divorciado/Separado(a)
4 ☐ Viúvo(a)
5 ☐ União Estável
99 ☐ NS/NR

4- Sua cor ou raça é:

1 ☐ Branca
2 ☐ Preta
3 ☐ Amarela
4 ☐ Parda
5 ☐ Indígena
99 ☐ NS/NR

5- Somando o ganho de todas as pessoas que moram em sua casa, qual é a renda de sua família? (Inclua a renda de todos seus familiares que moram na mesma casa que o(a) senhor(a).)

1 ☐ Não temos renda
2 ☐ Menos de um salário mínimo
3 ☐ 1 salário mínimo
4 ☐ 1 a 2 salários mínimos
5 ☐ 2 a 3 salários mínimos
6 ☐ 3 a 4 salários mínimos
7 ☐ 4 a 5 salários mínimos
8 ☐ Mais de 5 salários mínimos
99 ☐ NS/NR

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007	Entrevistador: _____	
Escolaridade	Informações sobre Trabalho	
Farei agora algumas perguntas sobre sua escolaridade: 6- O(a) senhor(a) sabe ler e escrever? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passe para 8) 99 ☐ NS/NR (passe para 8) 7- O(a) senhor(a) costuma ler com frequência? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR 8- O(a) senhor(a) frequenta escola? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR 9- Qual foi o curso mais elevado que o(a) senhor(a) frequentou ou frequenta? 1 ☐ Elementar (primário) 2 ☐ Ensino fundamental ou 1º grau 3 ☐ Ensino médio ou 2º grau 4 ☐ Superior 5 ☐ Mestrado ou doutorado 6 ☐ Alfabetização de adultos 7 ☐ Nunca frequentei escola 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR 10- Qual foi a última série que o(a) senhor(a) concluiu, com aprovação, nesse curso que frequentou anteriormente? 1 ☐ 1ª série ou 1º ano 2 ☐ 2ª série ou 2º ano 3 ☐ 3ª série ou 3º ano 4 ☐ 4ª série ou 4º ano 5 ☐ 5ª série ou 5º ano 6 ☐ 6ª série ou 6º ano 7 ☐ 7ª série ou 7º ano 8 ☐ 8ª série ou 8º ano 9 ☐ Nunca frequentei escola 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR 11- O(a) senhor(a) concluiu esse curso que frequentou anteriormente? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 3 ☐ Nunca frequentei escola 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR	Farei agora algumas perguntas sobre seu trabalho: 12- O(a) senhor(a) teve algum trabalho na semana anterior? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passe para a 15) 99 ☐ NS/NR (passe para a 15) 13- Neste trabalho que teve, o(a) senhor(a) era: 1 ☐ Empregado (incluir funcionário público) 2 ☐ Trabalhador doméstico 3 ☐ Conta-própria 4 ☐ Empregador 5 ☐ Outro trabalhador não remunerado 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR 14- Neste emprego o(a) senhor(a) tinha carteira de trabalho assinada? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR 15- O(a) senhor(a) tomou alguma providência para conseguir trabalho na semana anterior? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 16- Qual era o rendimento que o(a) senhor(a) recebia normalmente no mês de fevereiro de 2007 (pode marcar mais de uma opção. Discriminar o valor de cada renda) 1 ☐ Aposentadoria _____ 2 ☐ Pensão _____ 3 ☐ Aluguel _____ 4 ☐ Salário _____ 5 ☐ Doação recebida de não morador _____ 6 ☐ Outro rendimento _____ 7 ☐ Não recebia remuneração 99 ☐ NS/NR	
	Atividade Física	
	Agora, perguntarei sobre seus hábitos de vida: 17- No dia a dia, fora do trabalho, o(a) senhor(a) realiza alguma atividade física (caminhada, exercícios, prática de esportes, etc)? 1 ☐ Sim (pergunte o item 3 desta pergunta) 2 ☐ Não (passe para 19) 3 ☐ Quantas vezes por semana? _____ 99 ☐ NS/NR (passe para 19)	

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007

Entrevistador: _____

18- Em geral, nos dias em que o(a) senhor(a) faz atividades físicas, quanto tempo o(a) senhor(a) gasta nestas atividades?

- 1 ☐ Menos de 10 minutos
 2 ☐ De 10 a 20 minutos
 3 ☐ De >20 a 30 minutos
 4 ☐ De >30 a 40 minutos
 5 ☐ De >40 a 50 minutos
 6 ☐ De >50 a 60 minutos
 7 ☐ > 60 minutos

88 ☐ NSA
 99 ☐ NS/NR

Alimentação

19- Nos últimos 7 dias, em quantos dias o(a) senhor(a) comeu frutas frescas ou saladas de frutas?

- 1 ☐ Não comi frutas frescas ou saladas de frutas nos últimos sete dias
 2 ☐ Um dia nos últimos sete dias
 3 ☐ Dois dias nos últimos sete dias
 4 ☐ Três dias nos últimos sete dias
 5 ☐ Quatro dias nos últimos sete dias
 6 ☐ Cinco dias nos últimos sete dias
 7 ☐ Seis dias nos últimos sete dias
 8 ☐ Todos os dias nos últimos sete dias
 88 ☐ NSA
 99 ☐ NS/NR

20- Nos últimos 7 dias, em quantos dias o(a) senhor(a) comeu salada crua?

- Exemplo: alface, tomate, pepino, repolho cru, agrião, cenoura crua, etc.
 1 ☐ Não comi salada crua nos últimos sete dias
 2 ☐ Um dia nos últimos sete dias
 3 ☐ Dois dias nos últimos sete dias
 4 ☐ Três dias nos últimos sete dias
 5 ☐ Quatro dias nos últimos sete dias
 6 ☐ Cinco dias nos últimos sete dias
 7 ☐ Seis dias nos últimos sete dias
 8 ☐ Todos os dias nos últimos sete dias
 88 ☐ NSA
 99 ☐ NS/NR

21- Nos últimos 7 dias, em quantos dias o(a) senhor(a) comeu algum tipo de legumes e verduras cozidos, tirando batata e mandioca.

- Exemplo: couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, quiabo, vagem, etc.
 1 ☐ Não comi legumes e verduras cozidos nos últimos sete dias
 2 ☐ Um dia nos últimos sete dias
 3 ☐ Dois dias nos últimos sete dias
 4 ☐ Três dias nos últimos sete dias
 5 ☐ Quatro dias nos últimos sete dias
 6 ☐ Cinco dias nos últimos sete dias
 7 ☐ Seis dias nos últimos sete dias
 8 ☐ Todos os dias nos últimos sete dias
 88 ☐ NSA
 99 ☐ NS/NR

Cigarro

22- Durante toda a sua vida, o(a) senhor(a) já fumou pelo menos 5 maços ou 100 cigarros?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (passe para 27)
 99 ☐ NS/NR (passe para 27)

23- Com que idade o(a) senhor(a) começou a fumar?

- 1 ☐ ____ anos
 88 ☐ NSA (se respondeu não na pergunta 22)
 99 ☐ NS/NR

24- Atualmente, o(a) senhor(a) fuma cigarros?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (passe para 26)
 88 ☐ NSA (se respondeu não na pergunta 22)
 99 ☐ NS/NR

25- Em média, quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?

- 1 ☐ ____ cigarros por dia (passe para 27)
 2 ☐ ____ maços por dia (passe para 27)
 88 ☐ NSA (se respondeu não na pergunta 22 ou 24)
 99 ☐ NS/NR (passe para 27)

26- Com que idade o(a) senhor(a) parou de fumar?

- 1 ☐ ____ anos
 88 ☐ NSA (se respondeu não na pergunta 22)
 99 ☐ NS/NR

COO: _____	Data da Entrevista: ____/____/2007	Entrevistador: _____
Álcool		
27- Durante <u>os últimos 30 dias</u> aproximadamente, em quantos dias por semana o(a) senhor(a) consumiu alguma bebida alcoólica, como cerveja, cachaça, vodka, vinho, uísque, ou licor? 1 ☐ Não consumi bebida alcoólica (passe para 29) 2 ☐ Menos de 1 vez por semana 3 ☐ Um dia por semana 4 ☐ Dois dias por semana 5 ☐ Três dias por semana 6 ☐ Quatro dias por semana 7 ☐ Cinco dias por semana 8 ☐ Seis dias por semana 9 ☐ Sete dias por semana 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
28- Considerando uma dose de bebida alcoólica como uma lata de cerveja, uma taça de vinho, um drinque ou dose de cachaça ou uísque. Nos dias em que o(a) senhor(a) bebe, quantas doses, em geral, o(a) senhor(a) ingere por dia? (Entrevistador: mostre o cartão referente à bebida alcoólica.) 1 ☐ 1 Dose por dia 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
Informações Gerais de Saúde e Modo de Vida		
29- De modo geral, o(a) senhor(a) considera que: 1 ☐ Não depende de outras pessoas 2 ☐ Depende um pouco de outras pessoas 3 ☐ Depende muito de outras pessoas 4 ☐ Depende totalmente de outras pessoas 99 ☐ NS/NR		
Compreensão Auditiva		
30- Como o(a) senhor(a) diria que está sua audição no momento? (com o aparelho, se for o caso) 1 ☐ Muito boa 2 ☐ Boa 3 ☐ Regular 4 ☐ Ruim 5 ☐ Muito ruim 99 ☐ NS/NR		
31- Em geral, quando o(a) senhor(a) está conversando com alguém o(a) senhor(a): 1 ☐ Entende tudo 2 ☐ Entende quase tudo 3 ☐ Entende pouco 4 ☐ Entende muito pouco 5 ☐ Não entende nada 99 ☐ NS/NR		
32- Em geral, quando alguém te conta uma história o(a) senhor(a): 1 ☐ Entende tudo 2 ☐ Entende quase tudo 3 ☐ Entende pouco 4 ☐ Entende muito pouco 5 ☐ Não entende nada 99 ☐ NS/NR		
SÓ PARA MULHERES Acesso aos Serviços Preventivos de Saúde em Moradoras de 25 anos ou mais		
Mamografia: é um exame no qual as mulheres vão à uma clínica para fazer um raio x ou chapa das mamas. Esse exame é usado para detectar: caroços, nódulos, câncer ou outras doenças.		
33- Quando foi a última vez que a senhora fez uma mamografia? 1 ☐ Menos de 1 ano 2 ☐ De 1 ano a 2 anos 3 ☐ 3 anos ou mais 4 ☐ Nunca fez mamografia 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
Exame Preventivo: é um exame também chamado Papanicolaou, no qual se colhe um material do colo do útero por via vaginal, para análise em laboratório. Este material é usado para o diagnóstico de problemas que podem levar ao câncer do colo do útero.		
34- Quando foi a última vez que a senhora fez exame preventivo para câncer do colo do útero? 1 ☐ Menos de 3 anos 2 ☐ De 3 anos a 5 anos 3 ☐ 6 anos ou mais 4 ☐ Nunca fez exame preventivo 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		

COD: _____	Data da Entrevista: ____/____/2007	Entrevistador: _____
Morbidade		
35- Nas duas últimas semanas, o(a) senhor(a) esteve acamado(a)? 1 ☐ Sim (pergunte o item 3 desta pergunta) 2 ☐ Não 3 ☐ Quantos dias? _____ 99 ☐ NS/NR 36- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem doença de coluna ou costas? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 37- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem artrite ou reumatismo? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 38- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem câncer? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 39- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem diabetes? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 40- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem bronquite ou asma? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 41- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem hipertensão (pressão alta)? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 42- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem doença no coração? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 43- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem insuficiência renal crônica? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 44- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem depressão? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 45- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem tuberculose? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 46- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem tendinite ou tenossinovite? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 47- Algum médico já disse que o(a) senhor(a) tem cirrose? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 99 ☐ NS/NR 48- Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) sofreu alguma queda que precisou de atendimento médico por ter se machucado? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passe para 50) 99 ☐ NS/NR 49- O(a) senhor(a) precisou ficar internado(a) por causa dessa queda? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
Cobertura por Plano de Saúde		
50- O(a) senhor(a) tem direito a algum plano de saúde (médico ou odontológico), particular, de empresa ou órgão público? 1 ☐ Sim, apenas um 2 ☐ Sim, mais de um 3 ☐ Não 99 ☐ NS/NR		

COD: _____	Data da Entrevista: ____/____/2007	Entrevistador: _____
Acesso aos Serviços de Saúde		
51- O(a) senhor(a) costuma procurar o mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passe para 53) 99 ☐ NS/NR (passe para 53)		
52- Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde o(a) senhor(a) costuma procurar: 1 ☐ Farmácia 2 ☐ Posto ou centro de saúde 3 ☐ Consultório médico particular 4 ☐ Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 5 ☐ Ambulatório ou consultório de clínica 6 ☐ Ambulatório de hospital 7 ☐ Pronto socorro ou emergência 8 ☐ Agente comunitário de saúde 9 ☐ Outro tipo de serviço (curandeiro, centro espírita, etc.) 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
Utilização dos Serviços de Saúde		
53- Nos últimos 12 meses o(a) senhor(a) consultou médico? 1 ☐ Sim (pergunte o item 3 desta pergunta) 2 ☐ Não 3 ☐ Quantas vezes? _____ 99 ☐ NS/NR		
54- Quando o(a) senhor(a) foi ao dentista pela última vez? 1 ☐ Menos de 1 ano 2 ☐ De 1 a 2 anos 3 ☐ 3 anos ou mais 4 ☐ Nunca foi ao dentista 99 ☐ NS/NR		
55- Nas duas últimas semanas o(a) senhor(a) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passe para 58) 99 ☐ NS/NR (passe para 58)		
56- Qual foi o motivo principal pelo qual o(a) senhor(a) procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas? 1 ☐ Acidente ou lesão 2 ☐ Problema odontológico 3 ☐ Reabilitação 4 ☐ Vacinação 5 ☐ Outros atendimentos preventivos 6 ☐ Parto 7 ☐ Doença 8 ☐ Somente atestado de saúde 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
57- Onde o(a) senhor(a) procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas? 1 ☐ Farmácia 2 ☐ Posto ou centro de saúde 3 ☐ Consultório médico particular 4 ☐ Consultório odontológico 5 ☐ Consultório de outros profissionais de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, etc.) 6 ☐ Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 7 ☐ Ambulatório ou consultório de clínica 8 ☐ Pronto socorro ou emergência 9 ☐ Hospital 10 ☐ Laboratório ou clínica para exames complementares 11 ☐ Atendimento domiciliar 12 ☐ Outro 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
58- Nos doze últimos meses o(a) senhor(a) esteve internado(a)? 1 ☐ Sim 2 ☐ Não (passe para 60) 99 ☐ NS/NR (passe para 60)		
59- Nos doze últimos meses, quantas vezes o(a) senhor(a) esteve internado(a)? 1 _____ vezes 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR		
Mobilidade Física		
60- Normalmente, por problema de saúde, o(a) senhor(a) tem dificuldade para alimentar-se, tomar banho ou ir ao banheiro? 1 ☐ Não consegue 2 ☐ Tem grande dificuldade 3 ☐ Tem pequena dificuldade 4 ☐ Não tem dificuldade 99 ☐ NS/NR		

COO: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007

Entrevistador: _____

61- Normalmente, por problema de saúde, o(a) senhor(a) tem dificuldade para correr, levantar objetos pesados, praticar esportes ou realizar trabalhos pesados?

- 1 ☐ Não consegue
 2 ☐ Tem grande dificuldade
 3 ☐ Tem pequena dificuldade
 4 ☐ Não tem dificuldade
 99 ☐ NS/NR

62- Normalmente, por problema de saúde, o(a) senhor(a) tem dificuldade para empurrar mesa ou realizar consertos domésticos?

- 1 ☐ Não consegue
 2 ☐ Tem grande dificuldade
 3 ☐ Tem pequena dificuldade
 4 ☐ Não tem dificuldade
 99 ☐ NS/NR

63- Normalmente, por problema de saúde, o(a) senhor(a) tem dificuldade para abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se?

- 1 ☐ Não consegue
 2 ☐ Tem grande dificuldade
 3 ☐ Tem pequena dificuldade
 4 ☐ Não tem dificuldade
 99 ☐ NS/NR

64- Normalmente, por problema de saúde, o(a) senhor(a) tem dificuldade para andar mais de um quilômetro?

- 1 ☐ Não consegue
 2 ☐ Tem grande dificuldade
 3 ☐ Tem pequena dificuldade
 4 ☐ Não tem dificuldade
 99 ☐ NS/NR

65- Normalmente, por problema de saúde, o(a) senhor(a) tem dificuldade para andar cerca de 100 metros?

- 1 ☐ Não consegue
 2 ☐ Tem grande dificuldade
 3 ☐ Tem pequena dificuldade
 4 ☐ Não tem dificuldade
 99 ☐ NS/NR

Rede Social

66- Com quantas pessoas o(a) senhor(a) mora? _____ (Preencher quadro de pessoas co-residentes na primeira página do questionário).

67- De modo geral, como o(a) senhor(a) se sente em relação aos seus relacionamentos pessoais?

- 1 ☐ Muito satisfeito(a)
 2 ☐ Satisfeito(a)
 3 ☐ Indiferente
 4 ☐ Insatisfeito(a)
 5 ☐ Muito insatisfeito(a)
 99 ☐ NS/NR

68- Quantos filhos vivos o(a) senhor(a) tem? _____

69- Alguns dos filhos vive na mesma casa que o(a) senhor(a)?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 88 ☐ NSA
 99 ☐ NS/NR

70- O(a) senhor(a) cuida de alguma criança?

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não
 99 ☐ NS/NR

71- O(a) senhor(a) fica sozinho(a) a maior parte do dia?

- 1 ☐ Nunca fico sozinho(a)
 2 ☐ Raramente fico sozinho(a)
 3 ☐ Às vezes fico sozinho(a)
 4 ☐ Quase sempre fico sozinho(a)
 5 ☐ Sempre fico sozinho(a)
 99 ☐ NS/NR

72- Com quantos parentes o(a) senhor(a) se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? (se for o caso, inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

____ parentes ☐ Nenhum

73- Com quantos amigos o(a) senhor(a) se sente a vontade e pode falar sobre quase tudo? (não inclua esposo(a), companheiro(a) ou filhos nesta resposta)

____ amigos ☐ Nenhum

74- Nos últimos doze meses, o(a) senhor(a) participou de atividades recreativas ou artísticas em grupo (grupo musical, coral, artes plásticas, outras) ou de qualquer outro tipo de associação (comunitária, religiosa, etc)

- 1 ☐ Sim
 2 ☐ Não (passe para 76)
 99 ☐ NS/NR (passe para 76)

COD: _____ Data da Entrevista: ____/____/2007	Entrevistador: _____	
75- Com que frequência o(a) senhor(a) participou de atividades recreativas ou artísticas em grupo? 1 ☐ Uma vez por semana 2 ☐ 2 a 3 vezes por semana 3 ☐ Mais de 3 vezes por semana 4 ☐ Algumas vezes no ano 5 ☐ Uma vez no ano 88 ☐ NSA 99 ☐ NS/NR	Vizinhança 79- Nos últimos 12 meses, o(a) senhor(a) assistiu alguma briga em seu bairro em que alguém usou arma de fogo como revólver ou espingarda? 1 ☐ Não 2 ☐ Uma vez 3 ☐ 2 a 5 vezes 4 ☐ Mais de 5 vezes 99 ☐ NS/NR	Apoio Social 76- Se o(a) senhor(a) precisar, com que frequência conta com alguém que o(a) ajude se ficar de cama? 1 ☐ Nunca posso contar com alguém 2 ☐ Raramente posso contar com alguém 3 ☐ Às vezes posso contar com alguém 4 ☐ Quase sempre posso contar com alguém 5 ☐ Sempre posso contar com alguém 99 ☐ NS/NR 77- Se o(a) senhor(a) precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo(a) ao médico ou ao Centro de Saúde? 1 ☐ Nunca posso contar com alguém 2 ☐ Raramente posso contar com alguém 3 ☐ Às vezes posso contar com alguém 4 ☐ Quase sempre posso contar com alguém 5 ☐ Sempre posso contar com alguém 99 ☐ NS/NR 78- Se o(a) senhor(a) precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições? 1 ☐ Nunca posso contar com alguém 2 ☐ Raramente posso contar com alguém 3 ☐ Às vezes posso contar com alguém 4 ☐ Quase sempre posso contar com alguém 5 ☐ Sempre posso contar com alguém 99 ☐ NS/NR
18		

COD: _____

Data da entrevista: ____/____/07 Entrevistador: _____

SF-12

INSTRUÇÕES: AS INFORMAÇÕES QUE SERÃO PERGUNTADAS AGORA PRETENDEM CONHECER COMO O(A) SENHOR(A) SE SENTE E QUÃO BEM O(A) SENHOR(A) É CAPAZ DE FAZER SUAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA. RESPONDA CADA QUESTÃO ESCOLHENDO A MELHOR RESPOSTA. CASO O(A) SENHOR(A) ESTEJA INSEGURO(A) EM COMO RESPONDER, POR FAVOR, TENHA TENTE RESPONDER O MELHOR QUE PUDE. NÃO EXISTEM REPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

1- Em geral, o(a) senhor(a) diria que a sua saúde é (circule uma):

Muito boa.....1
Boa.....2
Regular.....3
Ruim.....4
Muito ruim.....5

2- Os seguintes itens são sobre atividades que o(a) senhor(a) poderia fazer **atualmente** durante um dia comum. Devido à sua saúde, o(a) senhor(a) tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

ATIVIDADES	SIM. Dificulta muito	SIM. Dificulta um pouco	NÃO. Não dificulta de modo algum
Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.			
Subir vários lances de escada.			

3- Durante as últimas 4 semanas, o(a) senhor(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**? (circule um número em cada linha).

ATIVIDADES	SIM	NÃO
Realizou menos tarefas do que o(a) senhor(a) gostaria?	1	2
Esteve limitado(a) no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2

COD: _____

Data da entrevista: ____/____/07 Entrevistador: _____

4- Durante as últimas 4 semanas, o(a) senhor(a) teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido(a) ou ansioso(a))? (circule um número em cada linha).

ATIVIDADES	SIM	NÃO
Realizou menos tarefas do que o(a) senhor(a) gostaria?	1	2
Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)? (circule uma):

De maneira nenhuma.....1
 Um pouco.....2
 Moderadamente.....3
 Bastante.....4
 Extremamente.....5

6- Estas questões são sobre como o(a) senhor(a) se sente e como tudo tem acontecido com o(a) senhor(a) durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como o(a) senhor(a) se sente. Em relação às últimas 4 semanas: (circule um número em cada linha).

ATIVIDADES	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
Quanto tempo o(a) senhor(a) tem se sentido calmo(a) ou tranquilo(a)?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo o(a) senhor(a) tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
Quanto tempo o(a) senhor(a) tem se sentido desanimado(a) e abatido(a)?	1	2	3	4	5	6

7- Durante as últimas 4 semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo o tempo.....1
 A maior parte do tempo.....2
 Alguma parte do tempo.....3
 Uma pequena parte do tempo.....4
 Nenhuma parte do tempo.....5

COD: _____

Data da entrevista: ____/____/07 Entrevistador: _____

GHQ

Instruções: Gostaríamos de saber como tem sido a sua saúde em geral nas últimas semanas. Por favor, responda as perguntas abaixo, escolhendo a **resposta que parece mais adequada** para o(a) senhor(a). Não existem respostas certas ou erradas. É importante que o(a) senhor(a) tente responder a todas as questões.

Ultimamente:

1- O(a) senhor(a) tem sido capaz de se manter atento(a) nas coisas que está fazendo?

- a() Melhor do que de costume
b() O mesmo de sempre
c() Menos que de costume
d() Muito menos que de costume

2- O(a) senhor(a) tem perdido muito sono por preocupação?

- a() De jeito nenhum
b() Não mais que o de costume
c() Um pouco mais que de costume
d() Muito mais do que de costume

3- O(a) senhor(a) tem achado que está tendo um papel útil na vida de alguém?

- a() Melhor do que de costume
b() O mesmo de sempre
c() Menos que de costume
d() Muito menos que de costume

4- O(a) senhor(a) tem se sentido capaz de tomar decisões?

- a() Melhor do que de costume
b() O mesmo de sempre
c() Menos que de costume
d() Muito menos que de costume

5- O(a) senhor(a) tem se sentido constantemente agoniado(a) ou tenso(a)?

- a() De jeito nenhum
b() Não mais que o de costume
c() Um pouco mais que de costume
d() Muito mais do que de costume

6- O(a) senhor(a) tem notado que está difícil superar suas dificuldades?

- a() De jeito nenhum
b() Não mais que o de costume
c() Um pouco mais que de costume
d() Muito mais do que de costume

7- O(a) senhor(a) tem sido capaz de desfrutar (fazer agradavelmente) suas atividades normais de cada dia?

- a() Melhor do que de costume
b() O mesmo de sempre
c() Menos que de costume
d() Muito menos que de costume

8- O(a) senhor(a) tem sido capaz de enfrentar seus problemas?

- a() Melhor do que de costume
b() O mesmo de sempre
c() Menos que de costume
d() Muito menos que de costume

9- O(a) senhor(a) tem se sentido triste ou deprimido(a)?

- a() De jeito nenhum
b() Não mais que o de costume
c() Um pouco mais que de costume
d() Muito mais do que de costume

10- O(a) senhor(a) tem perdido a confiança no(a) senhor(a) mesmo(a)?

- a() De jeito nenhum
b() Não mais que o de costume
c() Um pouco mais que de costume
d() Muito mais do que de costume

ANEXO B- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE (CEP-SMSA/PBH)**

Avaliação de projeto de pesquisa – **Protocolo 065/2006**

Projeto: “ENVELHECIMENTO E SAÚDE”

Nome do pesquisador: Sandhi Maria Barreto – UFMG - Faculdade de Medicina

Área de Conhecimento: Saúde Coletiva

Co-pesquisadores: Sarah de Araújo Carvalho

Renata Jardim

Tese de Mestrado em Saúde Pública (Epidemiologia)

Objetivo Geral: Conhecer o perfil de saúde dos idosos residentes na área de abrangência do C.S. Vila Pinho do DS Barreiro da SMSA-BH

Objetivos Específicos: - descrever a variabilidade da compreensão oral em idoso e investigar as variáveis associadas com essa habilidade

- validar indicadores de saúde referidos por idosos

- validar indicadores de saúde referidos por adultos

- determinar vieses positivos e/ou negativos e suas possíveis direções (sexo, grau de parentesco, idade, dentre outros) quanto a validação das informações

- formular sugestões para minimizar vieses em estudos epidemiológicos com a utilização de informantes secundários

Metodologia:

Trata-se de estudo de corte transversal para estudo do perfil de saúde de idosos, das medidas de prevalência das alterações da compreensão em idosos e fatores associados e a concordância entre os próprios indivíduos e seus proxies.

População: 1) Critérios de Inclusão: idosos de 60 anos e mais (com escore superior a 13 no Mini-Exame de Estado Mental) residentes na área de abrangência do C.S. Vila Pinho e seus familiares (adultos com idade superior a 18 anos).

2) Critérios de exclusão: apresentar deficiência auditiva severa; apresentar deficiência visual; Mini-exame de Estado Mental abaixo de 13 para idosos.

Amostra: amostra aleatória estratificada utilizando os dados do censo BH-Social, totalizando 405 idosos selecionados com amostra final de 120 idosos e 120 indivíduos com 18 anos e mais (precisão de 4%; perda de 20% e IC 95%). Pacientes idosos serão agendados para entrevista no C.S. através de carta encaminhada pelos ACS desta unidade de saúde e serão esclarecidos sobre a pesquisa e receberão o TCLE.

As entrevistas com os idosos serão realizadas no C.S. em seis etapas realizadas por estudantes de iniciação científica (questionários gerais) e fonoaudiólogos treinados (questionário específicos): questionário geral estruturado; aplicação do Mini-Mental do Estado Mental; Teste de Boston; Teste de Token; aplicação do SF-36; aplicação do GHQ-12) com duração de 40 minutos e a entrevista com os adultos será realizada no domicílio utilizando questionário geral estruturado (15 minutos).

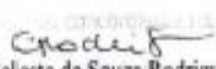
Análise estatística: medidas de tendência central; qui-quadrado; regressão logística múltipla; análise de concordância (coeficiente bruto de concordância e índice de Kappa).

O projeto é relevante, viável, coerente e consistente com a literatura apresentada. O orçamento será custeado pelos pesquisadores. Foram ressaltados os cuidados éticos com os sujeitos da pesquisa e o sigilo com os dados coletados. O TCLE está bem escrito e claro.

Realizado contato com os pesquisadores em 18/12/06 solicitando elaborar o TCLE para os adultos (Proxies) e apresentar possíveis motivos para suspensão da pesquisa (item II.7 do Protocolo de Pesquisa), sendo que estas duas pendências foram plenamente atendidas.

Considero o Projeto APROVADO

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao CEP um ano após início do projeto ou ao final desde, se em prazo inferior a um ano.


Celeste de Souza Rodrigues
Coordenadora do CEP-SMSA/PBH

Belo Horizonte, 20 de dezembro de 2006



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública
Seminários em Saúde Coletiva



Certificado

Certifico que **Ana Paula Nogueira Nunes** participou do *Seminários em Saúde Coletiva* promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, apresentando o projeto de dissertação, “**Capacidade Física e Rede Social em Idosos: Projeto Envelhecimento e Saúde.**”

Belo Horizonte, 04 de Dezembro de 2009

Profª Mariângela Leal Charchiglia
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública