

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE VETERINÁRIA

Colegiado do Programa de Pós-Graduação

**A PRESENÇA DO CÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DA PESSOA  
IDOSA RESIDENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE  
SÃO GABRIEL, REGIONAL NORDESTE, BELO HORIZONTE – MINAS  
GERAIS, 2012.**

Maria Aparecida Alves Martins

BELO HORIZONTE – MG - Brasil

Março / 2013

**MARIA APARECIDA ALVES MARTINS**

**PRESENÇA DO CÃO E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DA PESSOA IDOSA  
RESIDENTE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CENTRO DE SAÚDE SÃO  
GABRIEL, REGIONAL NORDESTE, BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS,  
2012**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária como requisito parcial à obtenção do título de grau de Mestre em Ciência Animal.

Área de concentração: Epidemiologia

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Danielle Ferreira de Magalhães Soares

BELO HORIZONTE

Escola de Veterinária - UFMG

2013

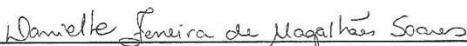
M386p Martins, Maria Aparecida Alves, 1955-  
Presença do cão e suas implicações na saúde da pessoa idosa residente na área de abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, regional Nordeste, Belo Horizonte – Minas Gerais, 2012 / Maria Aparecida Alves Martins. – 2013.  
98 p. : il.

Orientadora: Danielle Ferreira de Magalhães Soares  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Veterinária.  
Inclui bibliografia

1. Idosos – Teses. 2. Cão – Teses. 3. Animais de estimação – Teses. 4. Autopercepção – Teses. 5. Qualidade de vida – Teses. I. Soares, Danielle Ferreira de Magalhães.  
II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Veterinária. III. Título.


CDD – 612.67

Dissertação defendida e aprovada em 13 de março de 2013, pela Comissão  
Examinadora constituída por:

  
Prof<sup>ª</sup>. Danielle Ferreira de Magalhães Soares  
Presidente

  
Prof<sup>ª</sup>. Daniele Sirineu Pereira

  
Dr<sup>ª</sup>. Isabela Färnezi Veloso

  
Prof. José Ailton da Silva

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter iluminado meu caminho e me cercado de amigos durante essa jornada.

Aos meus pais, Levi Alves (*in memorian*) e Vera Maria, por todo amor e dedicação.

Ao meu marido Veraldo e aos meus filhos Bárbara, Carlos e Pedro, grandes amigos e companheiros de todas as horas, sempre confiando e incentivando minha busca por mais essa conquista.

Minha gratidão à minha orientadora, professora Dr<sup>a</sup> Danielle, excelente mestre, pelo carinho, amizade, apoio e grande competência em transmitir os conhecimentos necessários à minha formação acadêmica.

Ao professor José Ailton, pela recepção e condução de meus primeiros passos na instituição.

Aos professores e funcionários da UFMG, em especial ao Programa de Ciência Animal, Colegiado de Pós-Graduação e ao Departamento de Medicina Preventiva por me propiciarem essa formação.

Aos professores Élvio, Pedro Light, João Paulo, Antônio Claret, José Nilton, Marcos Xavier, Christina Faria pelo apoio, atenção e ensinamentos em todas as fases de elaboração desta dissertação.

Ao Centro de Saúde São Gabriel e todas as pessoas idosas que gentilmente participaram da pesquisa necessária à construção dessa dissertação.

Aos amigos e colegas dessa jornada especialmente Fabiana, Amanda, Felipe, Lucas, Olga, Ana Cláudia, Esperança, Stefanne, Ana Liz, Marcelle, Camila, Gustavo pela companhia constante, amizade e cooperação.

A todos que contribuíram direta e indiretamente para a conclusão desse trabalho, o meu eterno e carinhoso agradecimento.

---

## SUMÁRIO

---

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	11
<b>2. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b>	12
2.1 Considerações sobre o envelhecimento e a velhice no mundo	12
2.2 Aspectos legais do envelhecimento no Brasil	15
2.3 O perfil demográfico, social e econômico do idoso no Brasil	15
2.4 Saúde da pessoa idosa	17
2.5 Quedas na velhice	18
2.6 Autopercepção de saúde no idoso	19
2.7 Qualidade de vida relacionada à saúde	21
2.8 Interação humano-animal	24
2.8.1 Breve histórico da associação humano-animal	24
2.8.2 Interação do ser humano e o animal "não humano"	24
2.8.3 Benefícios da relação homem-animal para a saúde e qualidade de vida	26
<b>3. MATERIAL E MÉTODOS</b>	30
3.1 Caracterização da área de estudo	30
3.2 Tipo de estudo	32
3.3 Universo da pesquisa	32
3.4 Seleção da amostra	33
3.5 Instrumento de pesquisa	34
3.5.1 Instrumento 1 = Mini-exame do estado mental -MEEM	34
3.5.2 Instrumento 2: Qualidade de vida	35
3.5.3 Instrumento 3: Autopercepção de saúde	36
3.5.4 Instrumento 4: Características sócio-econômicas-demográficas do idoso autopercepção de saúde, presença e perfil do cão e interação idoso-cão	36
3.6 Análise estatística dos dados	37
3.7 Aspecto éticos	37
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	37
4.1 Cognição	37
4.2 Características demográficas e socioeconômicas da população	38
4.3 Composição familiar	43
4.4 Caracterização do perfil dos cães presentes nos domicílios dos idosos	44
4.5 Interação idoso-cão	45
4.6 Autopercepção de saúde	48
4.6.1 Doenças e quedas relacionadas com a presença do cão	50

4.7 Análise da qualidade de vida segundo o <i>WHOQOL-bref</i>	51
4.7.1 Análise estatística dos domínios físico, psicológico, social e ambiental	53
4.8 Considerações relevantes feitas sob o olhar do pesquisador	53
<b>5 CONCLUSÕES</b>	55
REFERÊNCIAS	57
APÊNDICE A	64
APÊNDICE B	79
APÊNDICE C	81
APÊNDICE D	90
APÊNDICE E	91
ANEXO A	92
ANEXO B	93
ANEXO C	97
ANEXO D	98

---

#### LISTA DE TABELAS

---

<b>Tabela 1:</b> Escore do MEEMe suas respectivas frequências, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	38
<b>Tabela 2:</b> Distribuição das pessoas idosas por gênero, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	39
<b>Tabela 3:</b> Distribuição das pessoas idosas por estado civil, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	40
<b>Tabela 4:</b> Distribuição das pessoas idosas por composição familiar, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	43
<b>Tabela 5:</b> Distribuição das pessoas idosas por autopercepção de saúde, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012 .	49
<b>Tabela 6:</b> Distribuição das pessoas idosas por doenças referidas, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	51
<b>Tabela 7:</b> Distribuição das pessoas idosas por relato de queda no último ano, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	51
<b>Tabela 8:</b> Distribuição das pessoas idosas por da avaliação da qualidade de vida, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	52
<b>Tabela 9:</b> Distribuição da satisfação das pessoas idosas com sua saúde, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	52
<b>Tabela 10:</b> Estatística descritiva dos quatro domínios, segundo o <i>Mann-Whitney Test</i> , e nível de significância em relação a presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	53

---

## Lista de Figuras

---

<b>Figura 1</b> Estrutura etária no Brasil,2010	13
<b>Figura 2</b> Municípios de Belo Horizonte,e suas regiões administrativas,2010	31
<b>Gráfico 1</b> Distribuição das pessoas idosas por faixa etária, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	39
<b>Gráfico 2</b> Distribuição das pessoas idosas por escolaridade, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	41
<b>Gráfico 3</b> Distribuição das pessoas idosas por estado civil, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	42
<b>Gráfico 4</b> Distribuição das pessoas idosas por renda familiar, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	42
<b>Gráfico 5</b> Distribuição dos cães presentes nos domicílios, segundo a idade,bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	44
<b>Gráfico 6</b> Distribuição percentual dos cães por raça,bairro SãoGabriel, Belo Horizonte, 2012	44
<b>Gráfico 7</b> Distribuição dos cães presentes no domicílio, segundo o porte, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	45
<b>Gráfico 8</b> Distribuição dos cães presentes no domicílio, segundo o tempo de aquisição, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	45
<b>Gráfico 9</b> Distribuição das pessoas idosas por propriedade dos cães presentes no domicílio,bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	46
<b>Gráfico 10</b> Distribuição das pessoas idosas por cuidados prestados ao cão, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	46
<b>Gráfico 11</b> Distribuição das pessoas idosas por significado dos cães, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	47
<b>Gráfico 12</b> Distribuição das pessoas idosas por atividades que realizavam com o cão, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012	47
<b>Gráfico 13</b> Distribuição das pessoas idosas, por benefícios relatados no convívio com o cão, bairro São Gabriel, Belo Horizonte,2012	48
<b>Quadro 1</b> Classificação do Índice de Vulnerabilidade à Saúde	32

---



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS-	Agente comunitário de Saúde
CSSG-	Centro de Saúde São Gabriel
ESB-	Equipe de Saúde Bucal
ESF-	Equipe de Saúde da Família
IBGE-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IcC-	Idoso com cão
IsC-	Idoso sem cão
MEEM-	Mini-exame do Estado de Saúde
OMS-	Organização Mundial da Saúde
PBH-	Prefeitura de Belo Horizonte
PSF-	Programa de Saúde da Família
TCLE-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar a interação do cão com a pessoa idosa residente em área da região Nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais e a associação desta com a autopercepção de saúde e de qualidade de vida. Foram sorteados aleatoriamente 100 indivíduos com 60 anos e mais, classificados em dois grupos (com 50 indivíduos cada), quanto à presença de cães ou não nos imóveis. Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado por entrevista, formado por três instrumentos validados de uso corrente na avaliação de idosos (Mini-exame do Estado Mental, Avaliação da Autopercepção de Saúde e Escala de Qualidade de vida) e um quarto instrumento contendo questões relacionadas a variáveis sócio-econômico-demográficas, a presença e ao perfil do cão e a interação idoso-cão. Os dados foram armazenados e processados no programa Epi Info versão 6.04. As diferenças de frequências entre as variáveis foram analisadas pelo teste do Qui-quadrado. Observou-se que a maioria das pessoas idosas era do gênero feminino, com idade média de 69,59 anos, casadas e com nível básico de escolaridade. Houve predomínio de aposentados, com renda familiar entre 1-3 salários mínimos. Quanto à composição familiar, a maioria residia com filho. A cognição esteve preservada para todo o grupo com escore médio no MEEM de 24,5. A maioria dos idosos que possuía cão no domicílio não referiu doenças ou quedas relacionadas à presença do animal. O perfil dos cães presentes no domicílio caracterizou-se como a maioria sem raça definida, machos, de pequeno porte e com idade acima de 5 anos. A interação entre a pessoa idosa e seu cão foi relatada especialmente em atividades de cuidado com o cão, sendo a principal a alimentação. O maior significado e benefício do convívio com o cão foi companhia. A maioria dos idosos se intitulou satisfeita com sua saúde. Na avaliação da qualidade de vida os quatro domínios de QV foram as variáveis dependentes e foi proposto as variáveis presença ou não do cão no domicílio para correlação. Por meio do pacote estatístico SPSS 12.0, com significância de  $p < 0,05$ , verificou-se que não houve associação positiva e estatisticamente significativa entre os grupos de idosos proprietários ou não de cães nos quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. A presença de cães no domicílio não representou implicações na percepção de saúde e qualidade de vida de pessoas idosas residentes na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, Regional Nordeste de Belo Horizonte, além de não implicar risco de quedas ou adoecimento nesta população.

**Palavras-chave:** Envelhecimento humano, pessoa idosa, cão, interação humano-animal, autopercepção de saúde, qualidade de vida.

## ABSTRACT

The aim of this study was to verify the interaction between dogs and old people who resides in the Northeast area of Belo Horizonte, Minas Gerais and its association with the self-perception of health and life quality. There were randomly selection of 100 individuals aged 60 and over, which were classified into two groups (50 subjects each), as for the presence of dogs in the property or not. Data were collected through a survey administered by interview, formed by three validated instruments frequently used in the evaluation of old patients (Mini-Mental State Examination, Evaluation of Self-perception Health and Quality of Life Scale-WHOQOL-bref) and a fourth containing questions related to socio-economic-demographic, the profile of the dog, the “elderly-and-dog” interaction, and the presence of the dog. The data were stored and processed using Epi Info version 6.04. The frequency differences between variables were analyzed by chi-square test. It was observed that most elderly participants of this study were female with a mean age between 69 and 59 years, married and with a basic level of education. There was a predominance of retirees with household income between 1 to 3 brazilian minimum salaries (from BRL677,00 to BRL2031,00). About family composition, the majority lived with their sons. A cognition was preserved for the entire group with a mean score of 24.5 on the MMSE. Most of the old people who had dog in the household did not report illnesses related to the presence of animal. The profile of dogs in the household was characterized as mostly without mongrel, male, small and aged over 5 years. The interaction between the older person and their dog was reported on especially careful activities with the dog, the major one being to feed. The greater meaning and benefit of living with the dog was to have a companion. Most of the seniors are satisfied with their health. In evaluating the quality of life the 4 QOL domains were the dependent variables and it was proposed that variables of presence or absence of the dog at home for correlation. Through the means of the SPSS 12.0 statistics pack, with significance set at  $p < 0.05$ , there was there was no statistically positive significant association between groups of elderly owners or not of dogs in 4 domains; physical, psychological, social and environment environment The presence of dogs in the household did not represent implications in the perception of health and quality of life of old people residents at the coverage area, which are the following: Health Center San Gabriel, Northeast Region of Belo Horizonte, besides it do not involve illness or risk of falls in this population.

**Keywords:** Human aging, elderly person, dog, human-animal interaction, self-rated health, quality of life,

## 1. INTRODUÇÃO

Em todo mundo tem sido observado um significativo aumento da população idosa. A Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1, 2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento. Até 2050 haverá 2 bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2001).

O Brasil, nesta mesma data, será o sexto país do mundo em número de idosos. A modificação na estrutura etária brasileira, indicando uma aceleração em direção a um maior envelhecimento populacional é explicada pela transição demográfica que o país tem vivenciado nas últimas décadas. Este fato é decorrente tanto da estabilidade no percentual de população jovem, em razão das baixas taxas de mortalidade, quanto do aumento de idosos devido ao crescente índice de expectativa de vida (Banhato *et al.*, 2008).

Em todo o mundo o processo de envelhecimento do ser humano tem sido foco de atenção crescente por parte de pesquisadores e gestores uma vez que ele tem inúmeros reflexos na vida social influenciando várias atividades tais como o consumo, a previdência social, o mercado de trabalho, programas de apoio à saúde e assistência médica, e, também, a composição e organização das famílias. Em decorrência do aumento da quantidade de indivíduos que chegam à “terceira idade” tanto os problemas de saúde característicos desse período da vida quanto os vários aspectos relativos à qualidade de vida dessa população são objetos de preocupação e de estudos (Rebelato *et al.*, 2006).

A OMS tem defendido como prioridade a formulação de planos de ação que

promovam um envelhecimento saudável e ativo da população. Neste contexto, a instituição criou, no final da década de noventa, o conceito do envelhecimento ativo, definido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Em outras palavras, busca manter a autonomia e a independência dos idosos, não só em relação à saúde física, mas nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis. Para isso, é necessário o engajamento de toda a sociedade, e não só dos governantes (WHO, 2005).

No Brasil tem-se desenvolvido várias ações que visam atender às necessidades específicas da população idosa. Recentemente, o Ministério da Saúde incluiu a saúde do idoso como prioridade, enfatizando o conceito da OMS de envelhecimento saudável e ativo. Tal fato se baseia nos paradigmas de capacidade funcional e multidimensionalidade da saúde do idoso (Veras, 2009).

As teorias do envelhecimento bem sucedido veem o sujeito como proativo, fazendo com que o aumento do número de anos de vida, seja acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida. O grande desafio consiste em criar condições acessíveis a todas as pessoas, independente do nível socioeconômico e cultural, para um envelhecimento saudável do ponto de vista bio-psico-social (Freire, 2003).

Dentre as várias ações que visam promover um envelhecimento saudável e melhor qualidade de vida, uma vertente que vem sendo estudada refere-se à interação humano - animal. Esta relação é dinâmica e mutuamente benéfica, sendo que um dos benefícios da presença de animais na vida das pessoas é a companhia. Cães e gatos, na

sociedade moderna, são referidos como “animais de companhia” por estabelecerem fortes vínculos emocionais com os humanos (Faraco, 2008). Com o passar do tempo este vínculo cresceu a ponto do animal tornar-se um elemento terapêutico para o homem. Estudos desenvolvidos mostram que o simples contato com o animal já é suficiente para promover o bem-estar humano (Pereira *et al.*, 2007).

A literatura que aborda esse tema refere vários benefícios nesta relação tais como o uso dos animais como facilitadores sociais, redução da pressão sanguínea, na frequência cardíaca, modulação de eventos estressores, redução de sentimentos de isolamento social, auxílio em estados depressivos e incremento da autoestima (Faraco, 2008).

Estudos apontam que a introdução de animais domésticos em casas geriátricas traz benefícios como evocação de recordações da infância, preparação para a morte, personificação simbólica da liberdade dentro da instituição (Freire, 2003). Entretanto, existe uma escassez de estudos na literatura sobre o impacto da presença do animal na saúde da pessoa idosa bem como do uso do animal em práticas que visem o tratamento de diversas patologias que incidem nessa idade (Pereira *et al.*, 2007).

A interação pessoa idosa-cão pode ser benéfica ou não para uma das partes. Seu conhecimento faz-se necessário para uma ação interdisciplinar envolvendo, o conhecimento de diferentes áreas profissionais na promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa.

### **Objetivo Geral**

Verificar a interação do cão com a pessoa idosa residente na Área de Abrangência do

Centro de Saúde São Gabriel (CSSG), Regional Nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais e sua associação a com a autopercepção de saúde e qualidade de vida, 2012.

### **Objetivos Específicos**

Objetivou-se, em relação à pessoa idosa residente na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, participante desse estudo:

- Conhecer seu perfil socioeconômico e demográfico;
- Verificar a presença e as características do cão presente nos imóveis e a interação idoso-cão;
- Analisar a capacidade cognitiva;
- Analisar a autopercepção de saúde;
- Analisar a qualidade de vida;
- Comparar o perfil de percepção do estado de saúde e qualidade de vida entre grupos de pessoas idosas que possuem ou não cão em seu domicílio.

## **2. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

### **2.1 Considerações sobre o envelhecimento e a velhice no mundo e no Brasil**

O século XX assistiu a um fenômeno até então nunca visto na história da humanidade, o crescimento da população de idosos em números absolutos e relativos e mesmo o Brasil não pode mais ser considerado um país de jovens. A população idosa brasileira tem aumentado e representa hoje cerca de 10% da população total – em 1980 essa proporção era de 6% (IBGE, 2008).

Na concepção da OMS (1984) uma população envelhecida, é aquela em que a proporção de pessoas com 60 anos ou mais na população total atinge cerca de 7% com tendência a crescer (Ramos, 1993).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram que as pessoas com 60 anos ou mais representavam, no país, 7,3% da população em 1991. Em 2000, representavam 8,6% e em 2020 os idosos representarão 13% da população. Os avanços da medicina e a melhorias nas condições gerais de vida da população têm contribuído no sentido de elevar a média de vida do brasileiro (expectativa de vida ao nascer) que era de 45,5 anos de idade em 1940 para 72,7 anos, em 2008. Segundo projeções do IBGE, o

País deverá alcançar em 2050 o patamar de 81, 29 anos de idade (IBGE, 2008).

O resultado do último Censo, feito em 2010, mostra que o crescimento absoluto da população do Brasil, nestes últimos dez anos, se deu principalmente em função do crescimento da população adulta, com destaque também para o aumento da participação da população idosa. Houve um alargamento do topo da pirâmide etária que pode ser observado pelo crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (Figura 1). Isto representa um quantitativo de 14.115.929 idosos em uma população de 190.755.799 habitantes (IBGE, 2010).

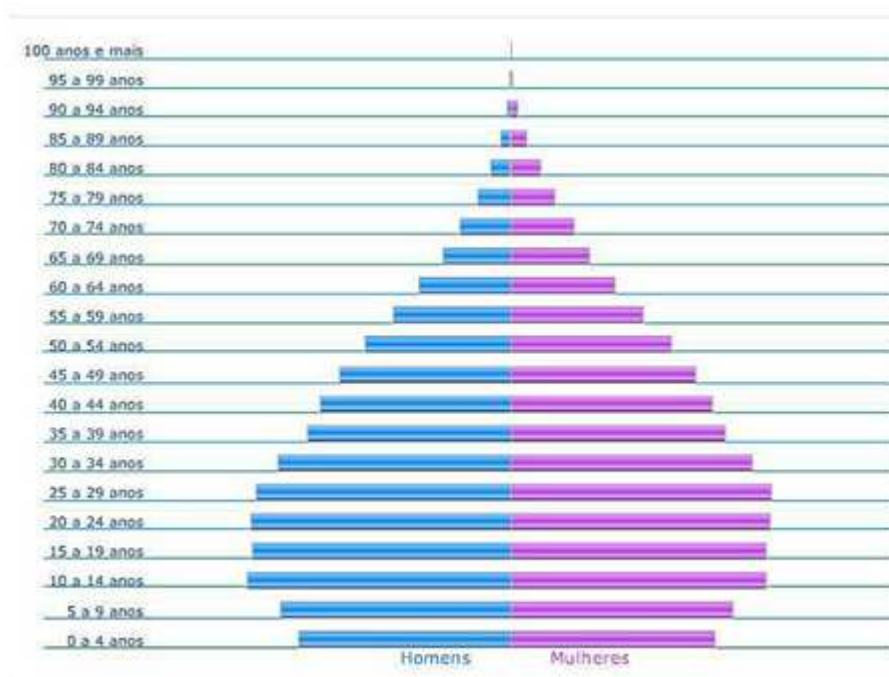


Figura 1: Estrutura etária do Brasil em 2010.

Fonte: Censo/IBGE. Secretaria de Direitos Humanos -Pessoa Idosa. Disponível em: <[http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/pessoa\\_idosa](http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/pessoa_idosa)>. Acesso em:29/01/13.

A longevidade é uma conquista da humanidade e várias teorias tentam explicar o processo do envelhecimento dos seres vivos surgindo controvérsias no momento de estabelecer conceitos e indicadores para as variáveis envolvidas neste processo. Dentro de uma visão biogerontológica o envelhecimento é um processo de transformação do organismo que ocorre ao longo do ciclo vital de forma universal e progressiva. Atualmente, sabe-se que ele é um processo multifatorial que sofre influências intrínsecas e extrínsecas, manifestando-se de forma particular para os diversos indivíduos (Franket *al.* 2009).

Segundo esta visão Papaléo Netto (2006) elaborou o seguinte conceito de envelhecimento:

*“O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. [...] o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte”.*

O envelhecimento seria então um processo que acontece para todos os seres vivos e pode ser considerado como “a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte”. Ao contrário do que acontece com as outras fases do desenvolvimento humano, o início do envelhecimento não possui um marcador biofisiológico, sendo os limites entre maturidade e envelhecimento fixados mais por fatores externos a este processo, como os

socioeconômicos e legais, que biológicos (Papaléo Netto, 2006).

O processo do envelhecimento humano provoca no organismo modificações biológicas, psicológicas e sociais; e na velhice esse processo aparece de forma mais evidente. As modificações biológicas são as morfológicas, levando ao aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas estão ligadas às transformações das reações químicas no organismo. As modificações psicológicas acontecem devido ao processo de adaptação contínua do ser às situações de seu cotidiano. As modificações sociais ocorrem pela alteração das relações sociais devido à diminuição da produtividade, do poder físico e econômico, sendo esta mais evidente em países de economia capitalista. Neste contexto o envelhecimento deverá ser considerado como um processo universal, afetando não só o ser que envelhece, mas a família, a comunidade e a sociedade. Portanto, a velhice é um processo normal, dinâmico, e não uma doença. Em se tratando da pessoa são notórias as desigualdades e as especificidades nesse contingente populacional, as quais se refletem na expectativa de vida, na morbidade, na mortalidade prematura, na incapacidade e na má qualidade de vida (Santos, 2003).

O conceito da velhice e seu significado na vida das pessoas são acompanhados por crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que, nas diversas sociedades expressam-se por meio de representações depreciativas do fenômeno do envelhecimento e do sujeito que envelhece, definindo o seu lugar social. Por ser o envelhecimento, um fato biológico e cultural, deve ser observado sob uma perspectiva histórica e socialmente contextualizada. O tratamento dispensado à velhice dependerá dos valores e da cultura de cada sociedade em particular, e será

responsável pela visão que esta construirá dessa última fase do ciclo da vida (Rodrigues, 2006).

Simone de Beauvoir (1970) refere que a velhice é o que acontece aos seres humanos que ficam velhos; sendo impossível encerrar essa pluralidade de experiências num conceito, ou mesmo numa noção. Essa autora mostra a complexidade do conceito de velhice e das representações sobre a mesma na sociedade contemporânea. Uma vez que em nós é o outro que é velho, a revelação de nossa idade vem através dos outros, referindo que, mesmo enfraquecido, empobrecido, exilado no seu tempo, o idoso permanece, sempre, o mesmo ser humano.

Prado (2002) refere que, da mesma forma que outras fases da vida como a adolescência, inventada durante o Século XIX, a “terceira idade” é também uma criação do mundo ocidental sendo que o fenômeno do envelhecimento populacional, que aconteceu no último Século empurrou a velhice para idades mais avançadas. Acrescenta que no curso da vida contemporânea, novas imagens são atribuídas à velhice através da evolução das ciências, da engenharia e da informática. O desenvolvimento destas áreas constitui um mundo de inovações para o corpo que envelhece e, conseqüentemente, para a velhice como um todo, levando a um caminho em que as velhices serão muito diferentes destas que conhecemos agora.

## **2.2 Aspectos legais do envelhecimento no Brasil.**

A Política Nacional do Idoso, por meio da Lei 8842/1994, foi instituída visando assegurar à população idosa, que cada vez ocupa papel mais expressivo na comunidade brasileira, seus direitos como cidadãos. O principal objetivo é assegurar ao idoso seus direitos sociais, criando condições para

promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Reconhece a questão da velhice como prioritária no contexto das políticas sociais e propõe criar condições para promover a longevidade com qualidade de vida, colocando em prática, ações voltadas não apenas para os que estão velhos, mas também para aqueles que vão envelhecer (UERJ, 2003).

Considerando que a dignidade não só do idoso, mas de todo ser humano, se faz pela interação entre leis, governo, sociedade e família e ampliando os direitos dos idosos foi instituído pela Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso. Mais abrangente que a Política Nacional do Idoso, lei de 1994 que dava garantias à pessoa que envelhece, o estatuto instituiu penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos da terceira idade. A garantia dos direitos do idoso pelo Estado abarca entre vários pontos, o direito à saúde, transporte coletivo, violência e abandono, responsabilidade civil e criminal das entidades de atendimento ao idoso, lazer, cultura, esporte, trabalho e habitação (Faria, 2007).

## **2.3 O perfil demográfico, social e econômico do idoso no Brasil**

Idoso, segundo a definição do dicionário Aurélio, é aquele que tem “bastante idade”, “velho” (Aurélio, 2000). Entretanto, por se tratar de um processo individual já que cada indivíduo tem seu próprio ritmo, é difícil determinar o momento exato em que um indivíduo será considerado idoso. A OMS classifica cronologicamente como idosas, pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

O aumento no número da população de idosos é uma realidade que pode ser vista



como positiva, uma vez que reflete os progressos científicos, tecnológicos e sociais do país. Com isso, emergem nas sociedades questões próprias desta faixa da população como o envelhecimento bem sucedido, bem-estar psicológico e boa qualidade de vida. Neste contexto, o aumento do número de idosos e o aumento da expectativa de vida tem propiciado amplo debate sobre a temática do envelhecimento e vários estudos epidemiológicos têm sido desenvolvidos no intuito de traçar o perfil da população idosa brasileira (Freire, 2003).

Estudos, cujo objetivo foi traçar o perfil social e de saúde da população de idosos brasileiros, são encontrados na literatura. Nesta linha de pesquisa temos o trabalho de Araújo e Alves (2000), que objetivaram analisar o perfil dos idosos no Brasil a partir de indicadores construídos com as informações de diversas fontes produzidas pelo IBGE. Seus dados mostraram em 1995 que homens idosos tinham mais chances de estar casados do que as mulheres – 79,1% para homens, 40,5% para mulheres. Metade de todas as mulheres idosas eram viúvas (45,6%). Quanto à educação, verificaram que o grau de alfabetização foi baixo, aproximadamente 37% dos idosos em 1996 se declaram analfabetos, sendo que a proporção de mulheres analfabetas foi maior. Com relação ao trabalho, 4,1 milhões de idosos estavam ocupados em 1996, sendo a maioria homens. Quanto à contribuição previdenciária, apenas 22,5% dos ocupados contribuíam, sendo que os homens o faziam em maior proporção do que as mulheres. Em 1997, 55% dos idosos declararam um estado de saúde regular ou ruim (comparando com os 19,4% declarados pelo total da população), com pequena diferença entre homens e mulheres. Mais da metade das pessoas idosas se referiram a algum problema de saúde (53,3%). Muitos declararam ter alguma doença crônica (23,1%), enquanto que 19,2% dos idosos se referiram a múltiplas condições crônicas e

não crônicas. Os problemas de saúde crônicos mais declarados foram cardíacos, seguido de hipertensão, deficiência osteomuscular e diabetes.

Lima-Costa *et al.* (2004), realizaram um estudo que fez parte da linha de base da coorte de base populacional do município de Bambuí, Minas Gerais (n=1516 participantes) e que teve como objetivo determinar os fatores associados à autoavaliação da saúde da população idosa, considerando-se cinco dimensões: sócio demográfica, suporte social, hábitos de vida relacionados à saúde e acesso e uso de serviços de saúde. Em relação aos dados sociodemográficos da população, a média de idade dos participantes foi de 69 anos variando de 60 a 95 anos. A faixa etária apresentou predomínio de idosos jovens (60-69 anos) constituída de 59,8% da amostra, seguida por 30,07% de idosos médios (70-79 anos) e aproximadamente 10,09% dos entrevistados possuíam 80 anos ou mais de idade. Quanto ao gênero a maioria foi do sexo feminino, 61,0% (n=925) contra 39,0% de homens (n=591). Para estado conjugal, a maioria dos entrevistados, 49,4% (n=749), era casada. Em relação à estrutura familiar, 16,16% dos idosos (n=245) residiam sós. Da amostra total, 21,37% (n=324) residiam com pelo menos um familiar, 42,34% (n=642) moravam com 2 familiares e 19,85% (n=301) dividiam o lar com 3 ou mais pessoas. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes da pesquisa (32,98% - n=500) cursou o ensino fundamental, possuindo 1-3 anos de estudo. Quanto à situação de trabalho e nível econômico, para a maior parte dos entrevistados (n=568, 37,7%), a renda estava compreendida entre dois e três salários mínimos.

Banhato *et al.* (2008), realizaram pesquisa com 392 idosos de uma comunidade brasileira, residentes na cidade de Juiz de Fora, município da Região Sudeste do

Brasil. Segundo os resultados dos dados coletados pela pesquisa, com relação à faixa etária houve predomínio de idosos jovens (60-69 anos) constituída de 48,7% da amostra, seguida por 38,3% de idosos médios (70-79 anos) e aproximadamente 13,85% dos entrevistados possuíam 80 anos ou mais de idade. Segundo o gênero a maioria foi do sexo feminino, (69,4%, n=272) contra 30,6% de homens (n= 120). Quanto ao estado conjugal a maioria dos entrevistados 48,7% (n=191) era casada. Na estrutura familiar encontrada 12% dos idosos (n=47) residiam sós e a maioria (n=38) era do gênero feminino. Da amostra total, 30,9% (n=121) residiam com pelo menos um de seus filhos, 6,4% (n=25) moravam com netos e 3,1% (n=12) dividiam o lar com algum irmão. Quanto ao nível de escolaridade, houve média de escolaridade de 6,13 anos (DP=4,51) e mediana igual a 4 anos de estudo. Apenas 7,4% dos participantes eram analfabetos. O nível educacional predominante foi o primário e 11,5% da amostra apresentou grau superior. Com relação à situação de trabalho e nível econômico, a inserção em uma atividade remunerada foi observada em 78,3% dos idosos. A principal fonte de sustento para a maioria dos indivíduos era a aposentadoria.

Benedetti *et al.* (2008), realizaram um inquérito de base populacional, incluindo 875 idosos da cidade de Florianópolis, Santa Catarina em 2002, com o objetivo de avaliar as condições de saúde da população idosa segundo nível de atividade e estado de saúde mental. Os resultados mostraram que a população do estudo possuía em média  $71,6 \pm 7,9$  anos, com idade variando entre 60 a 101 anos. Quanto ao estado civil 61,4% eram casados, 28,5% viúvos, 6,6% divorciados e 3,5% solteiros. Em relação à composição familiar, 66,6% conviviam com os filhos, 13,3% sozinhos; 57,8% com o cônjuge e 18,3% com outros. Em relação à escolaridade a maioria dos pesquisados sabia ler e escrever (80%) e 20% nunca tinham

frequentado a escola. Entre os primeiros 42,8% estudaram até o quarto ano, 11,6% estudaram de cinco a oito anos; 13,7% de nove a 11 anos e 11,9% dos idosos tinham curso superior, sendo a maioria do sexo masculino (18,8%). O estudo ainda revelou que a maior parte dos idosos (93,5%) era sedentária no domínio trabalho e 25,7% foi considerada ativa no domínio lazer. Os homens eram menos sedentários que as mulheres.

## 2.4 Saúde da pessoa idosa

“Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (OMS, 1984).

A formulação de uma definição para o termo “saúde” encontra dificuldades, pois o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural não representando a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, de concepções científicas, religiosas e filosóficas (Sclair, 2007).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, na última década, vem se incorporando progressivamente à cultura e à legislação a concepção de que saúde é direito de todos e dever do Estado. A Constituição legitima o direito de todos, sem qualquer discriminação, às ações de saúde, assim como explicita o dever do poder público em prover pleno gozo desse direito. Trata-se de uma formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, baseada em princípios doutrinários que dão valor legal ao exercício de uma prática de saúde ética, que responda não a relações de mercado, mas a direitos humanos. A lei 8.080 (1990) expõe, em seu terceiro parágrafo, que a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde,

com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas são objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Souza, 2002).

Com relação à saúde geral e das populações idosas, importante papel tem sido atribuído às ações de educação e promoção de saúde. Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida que conduzam a uma situação de saúde. Como combinação entende-se a necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambientais, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio disponíveis ao indivíduo. Educacional, referindo-se à educação em saúde e ambiental referindo-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde (Candeias, 1997).

Neste contexto o Programa de atenção à saúde do idoso do Ministério da Saúde, tem como objetivo garantir a atenção integral à saúde do idoso, por meio de ações e serviços que visem a prevenção, promoção e recuperação da saúde nos diversos níveis do SUS. Essas ações devem procurar desenvolver e apoiar ações que visem estimular a permanência dos idosos na comunidade, junto às famílias, desempenhando um papel social ativo; preservar o maior grau de autonomia e independência; priorizar o auto – cuidado e o cuidado informal; estimular a formação de grupos de autoajuda e grupos de convivência; difundir informação necessária à preservação da saúde (Souza, 2002).

Devido ao envelhecimento e às alterações decorrentes deste processo no organismo do ser humano, Lima-Costa *et al.* (2001), afirma

que ocorre uma piora do estado de saúde com o aumento da idade. As alterações decorrentes da velhice levam ao aparecimento de múltiplas patologias crônicas e maior necessidade de atendimento à saúde, o que tem acarretado mudanças importantes em todos os setores da sociedade, implicando no surgimento de várias questões de gerenciamento dos sistemas de saúde (Veras, 2009).

Segundo Ramos *et al.* (1987) citado por Ramos (1993), em um inquérito domiciliar realizado em São Paulo, com a população de 65 anos e mais verificou-se que 78% dos idosos referiam ao menos uma doença crônica - hipertensão (36%), doença reumática (32%), doença cardíaca (23%), diabetes (10%), e que 61% deles precisavam de alguma ajuda para realizar pelo menos uma das atividades da vida diária. Cerca de 10% dos entrevistados, demonstraram um nível de dependência total.

Lima-Costa *et al.* (2004), em estudo com idosos do município de Bambuí, Minas Gerais (n=1516 participantes) encontraram que a maioria dos participantes apresentou auto avaliação de saúde como razoável (49,2%, n=746). Dos demais participantes 26,1% (n=395) classificaram sua saúde como ruim/muito ruim e 24,7% (n=375) como boa/muito boa.

Banhato *et al.* (2008) em pesquisa com 392 idosos de uma comunidade brasileira, residentes na cidade de Juiz de Fora, município da Região Sudeste do Brasil, encontraram que com relação aos problemas de saúde relatados; a maioria dos idosos referiu ter problema de saúde. Dentre as queixas atuais destacavam dificuldade visual (86%), hipertensão arterial (57%), artrose (39%), reumatismo (24%) e diabetes (15, 1%), sendo a incidência maior em mulheres.

## 2.5 Quedas na Velhice

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, na elaboração do Projeto Diretrizes sobre quedas em idosos, define queda como “o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade”. Considera também que a queda pode ser um evento sentinela na vida de uma pessoa idosa, um marcador potencial do início de um importante declínio da função ou um sintoma de uma patologia nova. O número de quedas aumenta progressivamente com a idade para ambos os gêneros, em todos os grupos étnicos e raciais. A epidemiologia das quedas em idosos ocorre, de acordo com as faixas etárias da seguinte forma: 32% em pacientes de 65 a 74 anos; 32% em pacientes de 75 a 84 anos e 51% em pacientes acima de 84 anos. Trinta por cento dos idosos, no Brasil, caem ao menos uma vez ao ano e a frequência é maior em mulheres quando comparadas aos homens da mesma faixa etária (Pereira *et al.* 2001).

Banhato *et al.* (2008) em pesquisa com 392 idosos de uma comunidade brasileira, residentes na cidade de Juiz de Fora, município da Região Sudeste do Brasil, observaram que 29,8% dos entrevistados referiram queda nos últimos doze meses. E o grupo feminino foi o que apresentou maior incidência de quedas (32,4%).

Chang *et al.* (2004), em trabalho de revisão sistemática e meta-análise de estudos clínicos randomizados sobre prevenção de quedas em idosos, verificaram que as quedas foram os maiores problemas de saúde entre idosos, sendo que nos Estados Unidos uma em cada três pessoas com idade superior a 65 anos vivendo na comunidade cai ao menos uma vez por ano. Esta proporção aumenta

para uma em cada duas naquelas pessoas com idade acima de 80 anos.

Dados do Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice da Secretaria de Estado da Saúde - São Paulo (2010) mostraram que as quedas ocorrem como resultado de uma complexa interação de fatores de risco, que podem ser categorizados em quatro dimensões: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconômicos. À medida que aumenta a exposição aos fatores de risco, maior é o risco de cair e se ferir. A interação entre os fatores biológicos e os riscos comportamentais e ambientais aumenta os riscos de quedas. A perda de força muscular, por exemplo, leva a uma perda de função e um maior nível de fragilidade, o que intensifica o risco de quedas devido a alguns riscos ambientais. O impacto econômico das quedas é crítico para a família, a comunidade e a sociedade. Os fatores de proteção de quedas na idade madura são ligados à mudança comportamental e às modificações ambientais. O estilo de vida saudável e o autocuidado com a saúde são pontos centrais para o envelhecimento saudável, a manutenção da independência e a ausência de quedas.

## 2.6 Autopercepção de saúde no idoso

Com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos, bem como aumentar sua sobrevivência, a autopercepção de saúde tem sido estudada mundialmente (Hartmann, 2008).

Autoavaliação de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, associando-se fortemente com o estado real ou objetivo da saúde, concordando com avaliações médicas do estado de saúde. Apesar de ser medida por uma única pergunta, há evidências de que cobre estas várias dimensões da saúde e que ao

respondê-la, o indivíduo passa por um processo de ponderação destas dimensões. Tem sido considerado um forte preditor de mortalidade e demonstra-se importante, independente da presença objetiva de doença, embora tenha relação também com os indicadores de mortalidade (Moraes, 2010).

Apesar da avaliação desta variável ser subjetiva, tem mostrado resultados semelhantes aos de avaliações objetivas de condições de saúde e em pesquisas gerontológicas é um dos indicadores mais usados, sendo um bom preditor de mortalidade e declínio funcional do idoso. A variável contribui significativamente para explicar morbidade e mortalidade e vai além de medidas mais objetivas de saúde, representando uma percepção integrada do indivíduo que inclui aspectos das dimensões biológica, psicológica e social (Lima-Costa *et al.*, 2004).

Lima-Costa *et al.*(2004),referem que apesar da avaliação desta variável poder ser obtida de forma relativamente simples, estudos de base populacional que avaliam a distribuição da autopercepção da saúde em idosos, no Brasil, ainda são raros.

Lima-Costa *et al.*(2003), em trabalho cujo objetivo era descrever, utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), conduzida em 1998 pelo IBGE, a situação de saúde da população idosa brasileira no que se refere a indicadores gerais e específicos da condição de saúde, à capacidade funcional, à utilização de serviços de saúde e a gastos com medicamentos, encontraram que somente 24,5% da população idosa brasileira classificava a sua saúde como boa ou muito boa. Neste estudo, porém, é necessário pontuar que estes autores consideraram que esse resultado deve ser interpretado com cautela porque a percepção da saúde refere-se a um julgamento

subjetivo que não pode ser determinado por outra pessoa. Na pesquisa mencionada, 38% das entrevistas com idosos foram respondidas por outra pessoa.

Kubzansky (1998) citado por Silva e Menezes (2006), relatou que a autopercepção de saúde mantém-se constante durante a vida adulta até os 50 anos, quando entra em acelerada queda, o que torna importante essa variável no cuidado com pacientes idosos. Os fatores determinantes que poderiam influenciar simultaneamente a autopercepção, segundo estudos publicados seriam os demográficos compreendendo a idade, o sexo, estado conjugal e o arranjo familiar, os socioeconômicos incluindo educação e renda, o número de doenças crônicas (hipertensão, artrite ou reumatismo, doença cardiovascular, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, embolia ou acidente vascular cerebral e câncer), e a capacidade funcional incluindo as atividades de vida diárias (AVDs), atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e a mobilidade.

Banhato *et al.*(2008) em pesquisa com 392 idosos de uma comunidade brasileira, residentes na cidade de Juiz de Fora, município da Região Sudeste do Brasil, observaram que com relação à autopercepção de saúde, da amostra total, 78% dos entrevistados referiram estar satisfeitos com sua saúde, enquanto 14,55% declararam estar mais satisfeitos que insatisfeitos. Da amostra, 7,5% dos idosos declararam estar insatisfeitos com sua vida.

Caetano *et al.*(2006) realizaram estudo transversal à partir dos dados da 1ª Pesquisa sobre Condições de Saúde e Vida de Idosos, com amostra probabilística de indivíduos acima de 60 anos participantes da Campanha Nacional de Imunização contra Gripe em 2006. Foram feitas 3.749 entrevistas, na cidade do Rio de Janeiro. Para a variável autopercepção de saúde, os autores

observaram os seguintes resultados: a maioria dos idosos (77%) relatou percepção de saúde muito boa/boa. A percepção regular e ruim foi mais feminina (22% e 3%, respectivamente) que masculina (18% e 2%). Outro dado encontrado foi que quanto maior a renda e escolaridade, maior a proporção dos que declaram sua saúde como muito boa/boa. A percepção de saúde muito boa/boa foi maior entre idosos que não relataram doenças (94%); os com capacidade funcional preservada (81%); os que praticavam atividades físicas regulares (84%); os que consumiam 5 porções de frutas, legumes e verduras/dia (83%) e “tinham com quem contar” (79%).

## **2.7 Qualidade de vida relacionada à saúde**

Desde os primeiros estudos filosóficos, o conceito de qualidade de vida tem suscitado discussão e até os dias atuais este construto é visto como complexo e interpretado de diferentes modos, sendo utilizado em várias áreas das ciências (Paskulin, 2006).

Nas últimas décadas o termo começou a ser rediscutido ligado a estudos relacionados não à área da saúde, mas à área do desenvolvimento econômico, social e urbano. Paschoal (2006) traça uma evolução histórica deste conceito e relata que o termo qualidade de vida, foi mencionado pela primeira vez em 1920, por Pigou em estudos relacionados à área da economia e bem-estar. Após a segunda guerra mundial, passou a estar vinculado ao conceito de nível de vida, sendo usado para a conquista de bens materiais. Posteriormente, o conceito foi ampliado para medir o desenvolvimento econômico de uma dada sociedade. Com o passar dos anos e a redefinição do conceito de saúde pela OMS, foram desencadeadas discussões sobre a possibilidade de se medir o estado de bem-estar dos indivíduos. O conceito do termo se ampliou,

passando a significar, além do crescimento econômico, desenvolvimento social incluindo saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual.

Para Paschoal (2006), o conceito está relacionado a múltiplos pontos de vista, que têm variado segundo a época, o país, a cultura, a classe social e até mesmo de indivíduo para indivíduo, podendo ainda variar para um mês por indivíduo, conforme o decorrer do tempo. O reconhecimento da importância do conceito de qualidade de vida para a promoção da saúde e bem-estar social das pessoas, associado à necessidade de uma definição do termo e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação deste conceito, levou ao aparecimento nas últimas décadas do conceito de qualidade de vida definido pelo grupo *WHOQOL*.

Segundo o Grupo de Qualidade de Vida, *The WHOQOL Group*, criado pela OMS na década de 90, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua posição no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Minayo, 2000). Segundo essa autora, a “qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial”. Esta noção estaria sujeita a diferentes condições culturais, sendo que o tema qualidade de vida relacionada à saúde, em seu sentido ampliado, se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, tendo como seu foco principal o conceito de promoção de saúde. Afirma que, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade.

Considerando qualidade de vida na população idosa, Viana *et al.* (2004) citado por Balduino e Jacopetti (2009), refere que a mesma esta relacionada a várias mudanças que ocorrem no dia-a-dia, desde condições de higiene, moradia, alimentação, bem-estar físico, convivência familiar e satisfação com a vida.

Condições ambientais, por sua vez, estabelecem as contingências para a ocorrência da competência comportamental, que implica em saúde, capacidade funcional, cognição, uso do tempo e comportamento social. A qualidade de vida percebida seria resultado do confronto entre as condições ambientais, a competência comportamental e o senso de bem-estar e sofre influência de valores e expectativas pessoais e sociais (Freire, 2003).

Segundo o grupo WHO (2005), alguns fatores podem afetar a qualidade de vida dos idosos, citando-se como principais as alterações cognitivas, a depressão, o aumento ou diminuição excessivos da massa corpórea, limitação funcional de membros inferiores, baixa frequência de contatos sociais, baixo nível de atividade física, autopercepção de saúde deficiente, tabagismo, distúrbios visuais (Chepp, 2006).

Em todo mundo, e especialmente nos países em desenvolvimento marcados por acentuada pobreza e desigualdades, a busca de qualidade de vida dos idosos emerge como desafio por ser o horizonte a partir do qual se pode considerar os ganhos na expectativa de vida como valiosa conquista humana e social (Assis, 2005).

Segundo Asadi-Lari; Tamburini; Gray (2004), citados por Chepp (2006), há uma crescente evidência indicando que a avaliação da qualidade de vida pode ser considerada com adjuvante às avaliações clínicas e psicológicas em muitas condições, podendo-

se encontrar na literatura estudos que buscam produzir um maior conhecimento sobre a qualidade de vida geral das populações e dirigidos à da população idosa em particular.

Em um estudo descritivo com abordagem quantitativa, realizado com idosos usuários de uma unidade de saúde no município de Curitiba, no qual o instrumento de pesquisa empregado foi o WHOQOL-bref (OMS), Balduino e Jacopetti (2009) observaram predominância de respondentes do sexo feminino (62,96%), principal nível de escolaridade o ensino primário e fundamental (62,96%) e 70,37% deles em uso de medicação. Em relação à satisfação com a saúde, 48,14% dos entrevistados referiram estar satisfeitos e muito satisfeitos. Não houve diferença estatística significativa em relação ao escore dos domínios quanto ao gênero. Tanto para o gênero feminino como para o masculino, a maior variação ou heterogeneidade de respostas ocorreu no domínio Físico. Observou-se que os domínios que mais predominaram para a qualidade de vida entre os dois grupos foi o psicológico (26,26%) e o meio ambiente (28,49%). Dos sujeitos da pesquisa, 40,74%, estão muito satisfeitos com a vida sexual. De acordo com os entrevistados, a frequência do sentimento negativo foi considerada pela maioria (44,44%). Verificaram que a maioria se sentia satisfeita com sua qualidade de vida, 59,26% relataram estar satisfeitos consigo mesmos, sendo que apenas 7,41% se consideram muito insatisfeitos.

Em um trabalho que consistiu de um estudo transversal, observacional, censitário, envolvendo toda a população com idade igual ou acima de 80 anos (n=135) do município de Siderópolis, Santa Catarina, Chepp (2006), observou que a população estudada apresentou idade média de 85,06(±4,03) anos, tendo a faixa etária variado de 80 anos a 97 anos. Houve

predomínio do sexo feminino na população estudada, sendo 60,6% mulheres e 39,4% homens. A idade média entre as mulheres foi de 84,86(±4, 15139) anos e entre os homens de 85,36% (±3,85537) anos (p=0,486). Quanto à faixa etária da população analisada, 55,3% encontravam-se entre 80 e 84 anos, 31,8% entre 85 e 89 anos, 9,1% entre 90 e 94 anos e 3,8% com mais de 95 anos. Com relação aos dados sobre a pesquisa da qualidade de vida observou-se uma qualidade de vida satisfatória na população estudada, nos diversos domínios da escala *WHOQOL*. Não houve alterações estatisticamente significativas da qualidade de vida entre os gêneros e faixa etária. A qualidade de vida não decaiu com a progressão da idade nos “idosos muito velhos”, inclusive no domínio físico. Os indivíduos moradores da zona rural apresentaram qualidade de vida semelhante àqueles da zona urbana. Não foram evidenciadas alterações significativas nas características relacionadas à qualidade de vida de acordo com o estrato etário.

### **Avaliação da qualidade de vida**

Medir a qualidade de vida das pessoas é uma questão bastante complexa devido ao fato de não se encontrar definição consensual sobre o que ela realmente significa. Apesar das diferentes conceituações existe concordância entre a maioria dos autores que para avaliar qualidade de vida é necessária a utilização de uma abordagem multidimensional (Paskulin, 2006).

Com a identificação da importância do conceito de qualidade de vida para a promoção da saúde dos indivíduos houve nas últimas décadas uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, a maioria desenvolvida nos Estados Unidos (OMS, 1998).

Estudos apontam que a qualidade de vida pode ser medida de duas formas: por meio de instrumentos genéricos e de instrumentos específicos que por fornecerem informações diferentes, podem ser utilizados concomitantemente. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, englobando todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletindo o impacto de uma doença sobre o indivíduo. Podem ser usados para estudar indivíduos da população geral ou de grupos específicos, como portadores de doenças crônicas. Como desvantagem não são sensíveis na detecção de aspectos particulares e específicos da qualidade de vida de uma determinada doença. Já os instrumentos específicos avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos de qualidade de vida como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga, dentre outras. Sua vantagem é a capacidade de detectar particularidades da qualidade de vida em determinadas situações. Têm como desvantagem a dificuldade de compreensão do fenômeno e dificuldade de validar as características psicométricas do instrumento por apresentar reduzido número de itens e amostras insuficientes (Dantas, 2003).

A procura por um instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva de alcance internacional fez com que a OMS organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração de um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida o *WHOQOL-100*, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens (Flecket *al*, 1999).

Posteriormente, com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demandasse menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo *WHOQOL* desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref* (Pedroso *et al*, 2011).



Em 1999 Fleck *et al.*, desenvolveram a versão em português *WHOQOL-100*, por meio de tradução e discussão em grupos focais com membros da comunidade, pacientes, profissionais de saúde, seguido de retrotradução, estando este instrumento atualmente disponível em 20 idiomas. Posteriormente, com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demandasse menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo *WHOQOL* desenvolveu a versão abreviada do *WHOQOL-100*, o *WHOQOL-bref* (Pedroso *et al.*, 2010).

O *Whoqol-bref*, é um instrumento com boas propriedades psicométricas em nosso meio, é composto por 26 questões, sendo duas questões sobre a autoavaliação da qualidade de vida e 24 questões representando cada uma das facetas do *WHOQOL-100*. Os dados que deram origem à versão abreviada foram extraídos do teste de campo de 20 centros em 18 países diferentes. Em sua concepção foi realizado uma análise fatorial para uma solução a quatro domínios. Portanto, o *WHOQOL-bref* é composto por 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck *et al.*, 2000).

## **2.8 Interação humano-animal**

### **2.8.1 Breve histórico da associação humano-animal**

Por milhares de anos animais domésticos têm apresentado um papel importante na vida do ser humano. A associação entre o homem e animais existe desde as antigas civilizações a.C.

As primeiras evidências de convívio do homem com o cão "*Canis lupus*" foram encontradas na China, entre 500 mil e 200 mil anos a.C. O processo de domesticação

deste animal, no entanto, só aconteceu no período entre 20 e 8 mil anos a.C. No norte de Israel, foi encontrado em uma caverna um esqueleto de cão enterrado ao lado de um homem. Acredita-se que provavelmente o primeiro registro da associação do homem e o cão foi há 12.000 anos (Pereira *et al.*, 2007).

O porquê da associação do ser humano com lobos (ancestrais dos cães) sempre foi motivo de especulação e várias teorias tentam explicar essa relação. Uma teoria mais aceita é a de que homens e lobos tenham compartilhado a caça com sucesso. Refere também que os homens podem ter capturado filhotes de lobo para criá-los e isso ter feito com que se tornassem dependentes da companhia humana para alimento e abrigo iniciando-se assim sua domesticação (Viaro, 2008).

Para Chieppa (2002) a evolução da relação milenar homem animal pode ser dividida em três fases: Concepção arcaica, econômico-funcional e ética do animal, sendo que na última fase o animal começa a ser observado não mais como apenas um objeto a serviço do homem, passando a existir a concepção ética do mesmo. O animal passa a ser então considerado um ser sensível e provedor de benefícios sociais e psicológicos.

### **2.8.2 Interação do ser humano e o animal "não humano"**

O homem hoje é parte integral de um mecanismo produtivo frequentemente frenético, fora do qual está mais só e isolado. Nos dias atuais tem sido relegado a viver em ambientes metropolitanos caóticos e estressantes. Acrescido a isto, observam-se mudanças na "organização da família", com o aumento do número de solteiros, das famílias sem filhos, ou com filho único (Pereira *et al.*, 2007).

Fruto dessas mudanças, a família brasileira contemporânea apresenta vários arranjos residenciais envolvendo idosos, podendo ser divididos em dois grupos: família de idosos, onde o idoso é o chefe ou cônjuge e as famílias com idosos, em que estes são parentes do chefe ou cônjuge. A composição desses dois tipos de família reflete algumas tendências observadas nos arranjos familiares da população brasileira como um todo em que as estruturas domiciliares são marcadas pela convivência entre gerações (Dehert e Simões, 1996). Observa-se também a mobilização de apoios intergeracionais informais como estratégia de sobrevivência, podendo resultar na co-residência entre idosos e seus filhos, netos e até bisnetos (Dehert e Simões, 1996).

Tentando suprir as demandas dos seres que compõem esse novo núcleo familiar observa-se que cresce de modo exponencial o número de animais considerados “de companhia” que compartilham a nossa existência nas residências de hoje. Aliado a este companheirismo e para além do conceito do animal, como companhia, o vínculo humano-animal cresceu com o tempo a ponto de o animal proporcionar outros benefícios para o ser humano, tornando-se um elemento terapêutico para o homem (Pereira *et al.*, 2007).

Nas últimas décadas a relação humano-animal tornou-se interesse de várias áreas do conhecimento e tem sido abordada pela sociologia, psicologia, antropologia, medicina veterinária e outras ciências. O campo de estudo denominado de Interação humano-animal ou Antrozootologia é o estudo da interação entre pessoas e animais sendo também descrito como a ciência que incide sobre todos os aspectos do vínculo homem-animal, constituindo uma ponte entre as ciências naturais e sociais. Embora só nas últimas décadas tenha sido reconhecida como tema acadêmico, a relação

interspécie é uma parceria antiga que acompanhou o processo civilizatório humano, proporcionando inúmeros e variados benefícios (Faraco, 2008).

Starling (2009) refere que na evolução das relações do homem e os animais, este último deixou de ser visto apenas como instrumento de trabalho ou fonte de alimento e renda e passou a ter espaço na vida afetiva e social do homem, sendo que nos dias atuais essa relação já adiciona outras necessidades psicológicas. Cães, preferencialmente a qualquer outra espécie de animal doméstico, passaram a ser adotados para preencher as necessidades humanas afetivas, sendo por muitos tratados como integrantes da família.

O animal, que antes servia apenas de suporte, evoluiu também para animal de estimação. Sua relação com o ser humano tornou-se tão complexa que, ao entrar para uma família, ele é capaz de provocar alterações no comportamento de todos os seus membros (Flôres, 2009).

Por animal de estimação entende-se animal que está presente no cotidiano do homem, sem que lhe forneça, obrigatoriamente algum benefício produtivo. O animal passa a fazer parte da dinâmica familiar, sendo considerado um “indivíduo” que apesar da inferioridade biológica participa, de alguma forma, da vida emocional de pelo menos um dos integrantes da família (Starling, 2009).

Bowen (1978) citado por Faraco (2010), em seus estudos sobre a família multiespécie, sugere a existência de um sistema familiar emocional que pode ser composto por membros da família estendida, por pessoas sem grau de parentesco e por animais de estimação. O vínculo entre os membros dessa família é constituído pelas emoções, o que contribui para nossa afirmação de que as relações

entre as pessoas e os cães sejam amorosas. No estudo de Bowen (1978), verificou-se que houve um incremento nos cuidados com os animais de companhia, como parte integrante da vida das pessoas. Salientam a mudança no modo de viver pelas experiências compartilhadas no brincar, nos hábitos domésticos, nas celebrações familiares, na preocupação com a saúde, na longevidade dos animais e no significado que atribuem a eles.

### **2.8.3 Benefícios da relação homem-animal para a saúde e qualidade de vida**

Estudos têm comprovado que a interação do homem com o animal pode resultar numa melhora da sua saúde, tanto mental como física, e um dos benefícios da presença de animais na vida das pessoas é a sua companhia. Cavalos, cães e gatos, na sociedade moderna, são referidos como “animais de companhia” por estabelecerem fortes vínculos emocionais recíprocos com os humanos. O repertório dos possíveis papéis desempenhados pelos animais inclui ser “facilitador social”, “veículo simbólico para a expressão de emoções”, “foco de atenção e agente tranquilizador”, “fonte de suporte social” e “instrumento vivo para aprendizagem de novas estratégias e formas de pensar e agir” (Faraco, 2008).

Para Berzins (2000) o convívio com o animal de estimação pode resultar em alívio para situação tensa, disponibilidade ininterrupta de afeto, motivo de risadas, companhia constante, amizade incondicional, contato físico, proteção e segurança e ocupação do tempo. Refere ainda que estudos realizados nos Estados Unidos e na Europa apontaram para uma redução do tempo de recuperação das doenças e uma maior sobrevida aos indivíduos que possuem animais de estimação e que foram acometidos por

cardiopatia isquêmica. Percebe-se que, nessas situações, a presença do animal resultou na redução da ansiedade e na diminuição de depressão, uma vez que os animais incentivaram a atividade física, tanto para levá-los aos passeios como para a realização dos cuidados diários.

Nos últimos anos, vários estudos documentaram que os animais de estimação, podem ter um papel de apoio importante e uma influência positiva sobre a saúde de seus proprietários. Afirmam que o animal de estimação é um preditor significativo de 1 ano de sobrevida após o infarto e que comparado ao apoio de amigos e cônjuges, a presença de um animal de estimação provoca pressão sanguínea significativamente mais baixa e também menor frequência cardíaca reativa durante estresse mental. Além disso, os idosos que possuem animais de estimação estão protegidos do impacto dos eventos da vida estressante e fazem menos visitas ao fisioterapeuta (Allen *et al.* 2001).

Estudos do *American Journal of Cardiology* mostram que pessoas, ao interagirem com animais, constantemente tendem a apresentar níveis controlados de estresse e de pressão arterial, além de estarem menos propensas a desenvolver problemas cardíacos (Vicária, 2003).

Allen *et al.* (2001) realizaram um estudo experimental, cujo objetivo foi avaliar o efeito da intervenção sem suporte social (animal de estimação como suporte) na pressão sanguínea para estresse mental antes e durante a terapia com inibidor de ECA. Participaram do estudo 48 indivíduos adultos hipertensos, que foram randomizados em dois grupos. Todos os indivíduos foram tratados com lisinopril (20 mg /d). O grupo experimental além do medicamento contava com o apoio social de um animal de estimação, enquanto que o grupo controle só fez uso do medicamento. A cada dia do

estudo, a pressão arterial, frequência cardíaca e atividade de renina plasmática foram registrados no início e após cada estressor mental (exercícios mentais de matemática e de fala, que têm sido usados em numerosos laboratórios para produzir substancial aumento na resposta cardiovascular). Antes da terapia medicamentosa, a média de respostas ao estresse mental não diferiram significativamente entre os grupos experimentais e de controle da frequência cardíaca (94 [SD 6,8] versus 93 [6,8] bpm), pressão sistólica (182 [8,0] versus 181 [8,3] mm Hg), a pressão diastólica (120 [6,6] versus 119 [7,9] mm Hg), ou plasma atividade de renina (9,4 [0,59] versus 9,3 [0,57] ng ML21 H21). A terapia com lisinopril reduziu a pressão arterial em repouso em 35 / 20 mm Hg em ambos os grupos, mas as respostas ao estresse mental foram significativamente menores entre os donos de animais em relação a aqueles que só receberam lisinopril ( $p=0,0001$ ; frequência cardíaca 81 [6,3] versus 91 [6,5] bpm, pressão arterial sistólica 131 [6,8] versus 141 [7,8] mm Hg, pressão arterial diastólica 92 [6,3] versus 100 [6,8] mm Hg, e atividade da renina plasmática 13,9 [0,92] versus 16,1 [0,58] ng ML21 H21). Os autores concluíram que a terapia com inibidor de ECA só reduz a pressão arterial em repouso, enquanto que o aumento do apoio social através da participação do animal de estimação reduz a resposta da pressão arterial ao estresse mental.

Mantendo sua linha de pesquisa Allen *et al.* (2002), realizaram um estudo em que o objetivo foi examinar os efeitos da presença de amigos, cônjuges e animais de estimação na resposta cardiovascular ao estresse físico e psicológico. Nesse estudo foram examinados 240 casais, sendo que metade possuía animais de companhia. Estressores mentais foram usados (aritmético e compressor frio) aleatoriamente em quatro condições de apoio

social: sozinho, com animal de estimação ou amigo (amigo presente para os não-proprietários do animal de estimação), com cônjuge, com cônjuge e pet/amigo. Foram observados os seguintes resultados: os resultados do trabalho demonstram que os animais podem diminuir a atividade do estresse agudo, bem como diminuir as percepções de stress. Em relação a não-proprietários, verificaram que as pessoas com animais de estimação tinham no repouso significativamente menor Frequência Cardíaca (FC), Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD), exibiram significativamente menor reatividade RH, Pressão Arterial Sistólica (PAS) e Pressão Arterial Diastólica (PAD) durante a tarefa de aritmética mental, e retornou aos níveis basais mais rapidamente. Segundo a autora estudos têm mostrado a duração de recuperação após a exposição ao agente estressor cardiovascular como fator de risco para a hipertensão essencial. Nesse estudo, considerando pessoas com e com animais de estimação, as pessoas com animais de estimação apresentavam significativamente menor frequência cardíaca e pressão arterial em níveis basais de repouso e aumentos significativamente menores (ou seja, reatividade) durante a aritmética mental e compressor frio e com recuperação mais rápida dos níveis basais. Entre os proprietários de animais, a menor reatividade e recuperação mais rápida foram observadas nas condições de presença de animais. Os autores concluíram que embora seu estudo tenha algumas limitações eles acreditam ter demonstrado claramente que as pessoas percebem animais de estimação como importantes peças de apoio de suas vidas, e significativos benefícios cardiovasculares e comportamentais estão associados com essas percepções.

Lima (2005), citado por Flôres (2009), refere que para os idosos, o convívio com animais proporciona a melhora da autoestima devido

ao contato físico e ao despertar do senso de responsabilidade. Há um aumento visível nos canais de percepção do idoso. O ato de cuidar do animal faz com que as pessoas ativem seu senso de responsabilidade e elas passam a se sentir úteis. A introdução de animais em asilos é uma boa forma de recreação e socialização.

De acordo com Pereira *et al.*(2007), os animais têm sido utilizados há muito tempo com fins terapêuticos existindo na Inglaterra, no século 18, uma instituição psiquiátrica que mantinha animais nos pátios onde os pacientes passeavam. Segundo este autor na década de 60, Boris M. Levinson, psicólogo introduziu a chamada “Zooterapia” – ciência que utiliza os animais com fins terapêuticos nos EUA. No Brasil, nos anos 50 a Dra. Nise da Silveira, conduziu um trabalho pioneiro entre pacientes esquizofrênicos e animais co-terapeutas. Em 1972 foi criado a *York Retreat*, um centro de tratamento para pacientes com alterações mentais, onde além de outras práticas, eram utilizados animais domésticos para encorajar os pacientes a vestir-se, movimentar-se e a comunicar-se.

Um estudo realizado na Austrália em 1992, com 5.741 participantes de um programa que selecionou pacientes em acompanhamento seleção cardiovascular, mostrou que pacientes donos de animais apresentaram diferença significativa na diminuição dos índices de pressão arterial e triglicérides, em relação aos não donos de animais, levando em conta fatores de risco como tabagismo exercícios, entre outros. No Brasil, devido à falta de conhecimento e de informações sobre a utilização de animais para promoção de saúde humana esse recurso ainda é pouco utilizado. Soma-se a isto a resistência das instituições de saúde em aceitar a presença do animal pela crença de que os mesmos seriam transmissores de doenças. Mais pesquisas serão necessárias

para aprofundar conhecimentos sobre essa temática (Pereira *et al.* 2007).

A Terapia Assistida por Animais (TAA) é uma prática em saúde com critérios específicos que envolvem animais como parte do tratamento e tem como objetivo promover a melhora social, emocional, física e/ou cognitiva de pacientes humanos. Esta fundamentada no princípio de que o amor e a amizade que podem surgir entre seres humanos e animais geram inúmeros benefícios. A zooterapia pode servir como auxílio no tratamento de diversas patologias como síndromes genéticas, hiperatividade, depressão, mal de Alzheimer, lesão cerebral, entre outras. A TAA deve ser aplicada por equipe multidisciplinar, envolvendo profissionais da saúde devidamente habilitados e pode ser praticada por profissionais, paraprofissionais e voluntários devidamente treinados. Os animais devem ter o acompanhamento de médico veterinário garantido o bom estado sanitário do animal (Machado *et al.* 2008).

Para Velde *et al.*(2005) citado por Flôres (2009), a explicação das mudanças físicas e comportamentais referentes à aplicação da TAA, é devido à ativação do sistema límbico situado no sistema nervoso central, que é responsável pelo estado emocional do indivíduo. O contato com a natureza e com os animais libera endorfinas gerando uma sensação de bem-estar proporcionando tranquilidade, alegria e otimismo facilitando assim, a recuperação orgânica de injúrias. Auxiliam também na produção de células de defesa, como os linfócitos T. Esta interação ajuda o doente a esquecer a dor, se sentir menos solitário e mais otimista, reduzindo a necessidade da administração de medicamentos.

Lopes *et al.*(2008), em estudo descritivo, qualitativo, com idosos com diagnóstico de Doença de Alzheimer relataram que os animais mobilizaram afetos e

comportamento avaliados como projetivos. O cuidado com os animais desencadeou maior vontade de realizar o autocuidado, incentivou o contato verbal, favoreceu o resgate da capacidade de estímulo de suas lembranças. Concluíram que houve aumento da espontaneidade verbal e do humor na comunicação das senhoras.

Magalhães *et al.* (2009), realizaram estudo quantitativo longitudinal com idosos sedentários de um Centro Social da cidade de Belém - Pará cujo objetivo foi avaliar os efeitos da Fisioterapia Assistida por Animais na qualidade de vida de idosos. O estudo contou com a participação de um veterinário e um adestrador que realizaram a avaliação do cão-terapeuta segundo os seguintes itens: temperamento, grau de socialização, saúde animal e adestramento básico. Os resultados encontrados após as sessões de tratamento mostraram melhora de desempenho dos idosos em todos os instrumentos de avaliação propostos, sugerindo que a fisioterapia assistida por animais (cinoterapia) tem resultados significativos na melhora que diz respeito à qualidade de vida, equilíbrio e grau de independência.

Kobauaschik *et al.* (2009) relataram a experiência da Diretoria de Enfermagem do Hospital São Paulo da Universidade Federal de São Paulo no desenvolvimento e implantação da Terapia Assistida por Animais, como um de seus projetos de humanização hospitalar: “Projeto Amicão”. O projeto tem o objetivo de proporcionar aos pacientes uma experiência positiva que difere da rotina do ambiente hospitalar. Algumas unidades do HSP recebem a visita semanal de uma voluntária e seu cão. Os resultados alcançados entre pacientes, acompanhantes e profissionais da saúde foram positivos, além de despertar a atenção e o interesse de outras instituições de saúde e da mídia, levando a Instituição a

trabalhar no sentido de divulgar a experiência e expandi-la para outras unidades do hospital.

Seja para amenizar a solidão, conviver em sociedade, afetividade ou com fins terapêuticos, atualmente a relação humano-animal vem sendo a cada dia mais intensa e foco de inúmeras pesquisas. Crianças, adultos, homens, mulheres, idosos, independente da classe social vem tendo mais facilidade em ter um bichinho de estimação e o mercado de *pet shops* vem crescendo consideravelmente nos últimos anos. Allen *et al.* (2003), referem, nos Estados Unidos, são mais de 68 milhões de cães de estimação. Considerando a despesa (os americanos gastam quase US\$30 bilhões por ano em seus animais de estimação) e a responsabilidade que um animal de estimação acrescenta à vida de uma pessoa, é razoável questionar por que as pessoas tem animais de estimação. De acordo com várias pesquisas nacionais (USA), cerca de 90% de donos de animais descreveram seus animais de estimação como importantes, queridos membros da família. Além disso, eles disseram que os animais são capazes de fazê-los sentirem-se calmos, felizes e capazes de lidar com o estresse em suas vidas.

Em 2009 foi realizado um levantamento inédito encomendado pela Comissão de Animais de Companhia (COMAC) do Sindicato Nacional da Indústria de Produtos para Saúde Animal (SINDAN) com 2.100 proprietários de animais pertencentes às classes sociais A, B e C. Esse estudo avaliou detalhadamente o mercado de cães e gatos, suas principais características e tendências e abrangeu seis regiões do país, representando 20% dos domicílios brasileiros. A pesquisa identificou que 44% dos lares das três classes sociais possuíam pelo menos um cão ou gato. Os números permitiram desmistificar ideias pré-

concebidas sobre poder aquisitivo e a posse de animais. Na classe A, por exemplo, 52% dos domicílios têm animal de estimação. Este percentual cai para 47% na classe B e 36% na classe C. A presença do animal de estimação decresce à medida que a renda familiar cai. Segundo o estudo isto é explicado pelo custo dos produtos para esse segmento. Quanto aos dados divididos por classe econômica, cães se destacam nos lares da classe A (85% das escolhas). Quando analisadas em conjunto, as três classes atingem média de 1,55 cães por lar. A maior parte dos lares opta por um único animal, sendo que 65% têm um único cão. Em relação ao estado civil do proprietário e a sua preferência na hora de adquirir um animal de estimação, os cães (73%), apesar de requererem mais cuidados e serem mais dependentes dos donos, são os preferidos dos solteiros. No caso dos casais sem filhos, a preferência por cachorros é ainda maior (83%). Observou-se que os animais de estimação muitas vezes preenchem o vazio e dão a alegria para os casais que não têm filhos. Segundo a pesquisa 43% desse gênero familiar possuem cães e gatos. Porém ao considerar o ciclo de vida dos proprietários como casal com filhos pequenos, de até nove anos, esse número cai para 33%, demonstrando que estes casais preferem não manter animais quando os filhos estão pequenos, devido à preocupação e mitos ligados a segurança e higiene. Lares com filhos jovens e adolescentes lideram na presença de cães e gatos (50%). Nos lares da terceira idade, notou-se, porém uma queda na presença de cães e gatos. Isso provavelmente se deve a diversos fatores, desde ao fato de que o animal nesse período da vida do proprietário poder estar mais velho e morrer, até a possibilidade do filho que morava com os pais ir embora e levar o cão, e ainda ao casal idoso que ficou com o cão do filho que foi morar sozinho, o cão ter falecido e não ter sido repostado. Dentre as raças caninas mais preferidas para adoção, os animais sem raça definida (SRD) estão entre 36% das escolhas, seguidas pelo

poodle (24%), daschund (7%), pinscher (7%), entre outros (Radar Pet, 2009).

## MATERIAL E MÉTODOS

### 3.1 Caracterização da área de estudo

O município de Belo Horizonte, Minas Gerais foi fundado em 12 de dezembro de 1897 e está situado na região sudeste do Brasil. Encontra-se entre os meridianos de 43° e 45°, possui uma área de 335,5 Km quadrados, altitude de 858m e clima tropical de altitude anual de 20,5°C. Seu índice de precipitação pluvial é de 200 mm anuais, com a concentração de chuvas no período de novembro a março. O município possui uma

população estimada de 2.375.000 habitantes, sendo que destes, 285.000 são pessoas idosas (60 anos e mais) perfazendo aproximadamente 10,76% da população (PBH, 2012).

Administrativamente a cidade de Belo Horizonte encontra-se dividida em 9 Regionais: Barreiro, Centro-Sul, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova estando cada uma delas, por sua vez dividida em vários bairros. Criadas em 1983, estas unidades administrativas possuem autonomia financeira e gerencial, como representado na figura 2.



FIGURA2: Município de Belo Horizonte e suas regiões administrativas, 2010.

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte.

Correspondendo às nove regionais, a organização territorial dos serviços de saúde do município encontra-se subdividida em nove distritos sanitários e têm definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo. São 147 unidades básicas de

saúde, cujas áreas de abrangência são estabelecidas com base nos 2.564 setores censitários definidos pelo IBGE.

Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito constituído de



unidades básicas (Centros de Saúde), unidades secundárias e uma rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica tem um território de responsabilidade denominado "área de abrangência (AA) de Centro de Saúde" (Prefeitura de Belo Horizonte -PBH, 2006).

Baseado nesta organização territorial e com a implantação de uma nova maneira de trabalhar a saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), a partir de janeiro de 2002, fracionou o território da Unidade básica de Saúde em áreas de equipes,

compostas de microáreas, nas quais os habitantes possuem uma condição de vida homogênea, que pode determinar riscos à saúde. Para caracterização do risco à saúde foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), de modo a caracterizar os diversos setores censitários que compõem as áreas de abrangência, segundo o risco na população de desenvolvimento de agravos à saúde (de adoecer e morrer), habitação e renda. Os níveis de risco estão categorizados em baixo, médio, elevado e muito elevado (Quadro 1).

QUADRO1: Classificação do Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS).

Fonte de Informação	Peso	Indicadores	
		Descrição	
Saneamento	0,50	1-Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente	
	1,00	2-Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente	
	0,50	3-Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente	
Total=2,00			
Habitação	0,75	4-Percentual de domicílios improvisados no setor censitário	
	0,25	5-Razão de moradores por domicílio	
Total=1,00			
Educação	1,50	6-Percentual de pessoas analfabetas	
	0,50	7-Percentual de chefes de família com menos de 4 anos de estudo	
Total=2,00			
Renda	0,50	8-Percentual de chefes de família com renda de até 2 salários mínimos	
	1,50	9-Renda média do chefe de família (invertida)	
Total=2,00			
Sociais/Saúde	0,25	10-Coeficiente de óbitos por doenças cardiovasculares em pessoas de 30 a 59 anos	
	1,50	11-Óbitos proporcionais em pessoas com menos de 70 anos de idade	
	0,25	12-Coeficiente de óbitos em menores de 5 anos de idade	
	1,00	13-Proporção de chefes de família de 10 a 19 anos	
Total=3,00			

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, 2003.

### 3.2 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo observacional com corte transversal, cuja técnica empregada foi o uso de questionário semiestruturado, construído para a pesquisa, segundo a orientação para construção de instrumentos qualitativos e quantitativos de Minayo *et al.* (2005), além de três instrumentos já validados para avaliação da cognição: Mini-exame do Estado Mental-MEEM, desenvolvido por Folstein *et al.* (1975), autopercepção de saúde (Lima-Costa, 2004), e de qualidade de vida (*WHOQOL-bref*), aplicados por meio de entrevista. A população alvo foi uma amostra aleatória da população idosa residente na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel (CSSG), Regional

Nordeste de Belo Horizonte, Minas Gerais, no período de 2011/ 2012.

### 3.3 Universo da pesquisa

O universo desta pesquisa foi a população de pessoas idosas residentes na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel (CSSG), pertencente à Regional Nordeste do município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A escolha do Centro de Saúde São Gabriel foi motivada pela continuidade do trabalho expressivo que vem sendo realizado nesta área da regional Nordeste pelo Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde - PET – Saúde - MS, desde 2009. Neste foi realizado

um estudo de diagnóstico epidemiológico da população com variáveis socioeconômicas, sanitárias e ambientais, mas que não envolveu especificadamente a população idosa.

A Regional Nordeste caracteriza-se por grandes diferenças socioeconômicas e sanitárias de seus moradores, mas a união de esforços entre a Prefeitura de Belo Horizonte e a população desta regional vem buscando mudar essa realidade. É constituída por 68 bairros e possui 29 Escolas Municipais, seis Unidades Municipais de Educação Infantil, dois Centros de Apoio Comunitário, dois Núcleos de Apoio à Família, um Centro de Convivência de Saúde Mental, um Centro de Referência em Saúde Mental (CERSAM), uma Farmácia Distrital, uma Unidade de Pronto Atendimento UPA e 21 Centros de Saúde.

De acordo com o Censo Demográfico de 2000, do IBGE, a Região Administrativa Nordeste de Belo Horizonte possui uma população de 274.060 habitantes, sendo 144.023 mulheres e 130.037 homens.

Segundo a organização territorial para planejamento e na operacionalização das ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), o Distrito Sanitário Nordeste esta dividido em áreas de abrangência, que são estabelecidos com base nos setores censitários definidos pelo IBGE, sendo constituídos por um agrupamento de setores contíguos, respeitando-se os seus limites. A área de abrangência do Centro de Saúde São Gabriel é caracterizada por setores censitários cujo formato de distribuição segue o critério de vulnerabilidade da população apresentando áreas de médio e elevado risco.

Segundo dados fornecidos pelo Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET –

Saúde, 2009), a área de abrangência do CSSG é constituída de 20 microáreas, possui quatro equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e atende a uma população de 14.084 usuários, sendo que destes 1119 são pessoas idosas.

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e três a cinco agentes comunitários de saúde. Para cada duas ESF existe uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). O Centro de Saúde São Gabriel conta com duas ESBs, uma completa e composta por um cirurgião dentista, uma técnica de saúde bucal e uma auxiliar de saúde bucal, que atende a ESF 1 e 2 e a outra ESB, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal, que atende a ESF 3 e 4.

### **3.4 Seleção da amostra**

Foram sorteados aleatoriamente 100 indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos, inscritos no Cadastro de Usuários do Programa de Saúde da Família PSF do CSSG no ano de 2011, o qual contém o nome de todos os residentes da área de abrangência, seus respectivos endereços, data de nascimento e número do cadastro no centro de saúde. A amostra foi determinada de forma aleatória simples, por meio de uma tabela de números aleatórios (Medronho, 2009). Os idosos sorteados foram classificados em dois grupos (com 50 indivíduos cada), com reposição, de acordo com a informação dos Agentes Comunitários de Saúde (AC), quanto à presença de cães – Idosos com cão (IcC) - ou não - Idosos sem cão (IsC) nos imóveis. O número mínimo de cães foi de 50 animais, contando que cada idoso do grupo experimental deveria possuir no mínimo um cão para ser incluído neste grupo. Nos domicílios em que os idosos sorteados possuíam mais de um cão, foram coletadas

informações sobre todos os cães da casa. A definição da amostra de idosos foi baseada no valor mínimo para cálculo do *Qui-Quadrado* (Sampaio, 2007). A participação foi voluntária e o anonimato mantido.

O idoso sorteado foi visitado em seu domicílio para aplicação do questionário (entrevista pessoal). Para a visita o entrevistador foi previamente orientado pelo ACS responsável pela microárea sobre as formas de acesso ao domicílio. Inicialmente o indivíduo selecionado foi informado sobre o estudo e seus objetivos e apresentado ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B – TCLE). Em seguida assinou o consentimento concordando em participar do estudo. Após a aceitação foi aplicado o instrumento de pesquisa proposto pelo projeto.

Como critério de inclusão na pesquisa, o participante deveria ter idade mínima de 60 anos, residir na microárea 4 da Área de Abrangência do CSSG, Regional Nordeste, estar apto a responder ao instrumento de pesquisa e ter lido e assinado o TCLE, autorizando sua participação na pesquisa. Como critério de exclusão foram substituídos aqueles indivíduos que se recusaram a assinar o TCLE e aqueles que não responderam todos os itens da ficha ou não atingiram o ponto de corte para o MEEM, de acordo com o nível de escolaridade segundo os critérios de Bertolucci *et al.* (1994). A perda foi reposta até que se atingiu o número de 50 indivíduos por grupo.

### 3.5 Instrumento de pesquisa

Para a coleta de dados foi elaborado um questionário com três instrumentos validados de uso corrente na avaliação de idosos: 1) Mini-exame do Estado Mental-MEEM, 2) Escala de Qualidade de vida e 3) Autopercepção de saúde e um quarto

instrumento que foi criado e validado nesta pesquisa contendo 26 questões relacionadas a variáveis socioeconômicas-demográficas do idoso, presença de doenças, quedas no último ano, presença e perfil do cão e a interação do idoso com o cão (APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista).

Em um estudo piloto, o questionário foi aplicado em um grupo de 15 voluntários em um primeiro momento e 15 dias após foi reaplicado para avaliação da reprodutibilidade, por meio do coeficiente kappa (Griepet *al.*, 2003). Esses indivíduos não participaram do estudo principal.

A concordância das questões deste instrumento foi avaliada pelo teste *Kappa*, segundo Landis e Koch (1977), ANEXO A- Teste Kappa, onde se observou que as questões apresentaram consistência e reprodutibilidade boas, visto que o *kappa* variou predominantemente de moderado a perfeito. A questão 6.10, do construto Interação Pessoa idosa- cão apresentou o *Kappa* pobre (-0,1765) e foi refeita, a saber:

Questão 6.10 - Quem é o principal cuidador do cão?

- ( 1 ) A pessoa idosa      ( 2 ) Filhos  
( 3 ) Parentes      ( 4 ) Empregado(a)  
( 5 ) Outros

Foi, portanto, substituída pela seguinte frase:

6.10 – O Sr.(a) cuida do cão?

- (1) Sim      (2) Não

### 3.5.1 Instrumento 1 = Mini-exame do estado mental -MEEM

O primeiro instrumento MEEM-desenvolvido por Folstein *et al.* (1975) foi

aplicado com o objetivo de controlar o viés de seleção de participantes evitando incluir idosos com alterações cognitivas que pudessem fornecer informações equivocadas na coleta.

O MEEM é um teste projetado para um rastreamento do estado cognitivo em pacientes geriátricos. É um teste rápido (5 a 10 minutos), de simples aplicação e que apresenta alta confiabilidade entre examinadores (Caramelliet *al.*, 2000).

Este instrumento examina orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, praxia e habilidades de linguagem e visoespaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva, como avaliação cognitiva de beira de leito, ou como instrumento de pesquisa onde tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais.

O teste fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos e as questões são agrupadas em sete categorias com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação temporal e espacial, registro de três palavras (memória imediata), atenção e cálculo, memória recente, linguagem e capacidade construtiva visual.

Seu escore pode variar de um mínimo de 0 ponto, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total de 30 pontos, que corresponde a melhor capacidade cognitiva. Pontuações menores que 24 indicam deficiência cognitiva (Folstein *et al.*, 1975).

Entretanto, os resultados da maioria dos instrumentos de avaliação mental são influenciados pelo nível de escolaridade do indivíduo, que pode obter uma pontuação baixa apenas por não dispor de conhecimentos suficientes e não porque

esteja com deterioração da função mental. Este é um fator limitante no nosso meio, onde o analfabetismo e a baixa escolaridade são muito prevalentes. Inicialmente, os escores para o MEEM seriam uma adaptação de um estudo (BRUCKI *et al.*, 2003) que considerava um ponto de corte de 20 para analfabetos, 25 para um a quatro anos de escolaridade, 26,5 para cinco a oito anos, 28 para 9 a 11 anos e 29 ou mais para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos. Considerando a população desse estudo e baseado em outras pesquisas (BERTOLUCCI *et al.*, 1994), optou-se para esse trabalho por adotar os seguintes pontos de corte: 13 para analfabetos, 18 para até oito anos de escolaridade, 26 para mais de oito anos de escolaridade.

### 3.5.2 Instrumento 2: Qualidade de vida

Para avaliação da Qualidade de Vida foi usado o instrumento elaborado pela OMS (1995) o *WorldHealthOrganizationQualityof Life (WHOQOL) questionnaire* em sua forma abreviada o *WHOQOL-BREF*, traduzido (WHOQOL-ABREVIADO) e validado no Brasil por Fleck *et al.* (2000). O instrumento compõe-se de 26 itens com duas questões gerais sobre qualidade de vida e as demais (24) subdivididas em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente. As características psicométricas do *WHOQOL-ABREVIADO* preenchem os critérios de consistência interna, validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-reteste. Os quatro domínios e seus respectivos subdomínios são os seguintes:

Domínio 1- Domínio físico: Dor e desconforto (questão 3), Energia e fadiga (questão 10). Sono e repouso (questão 16). Mobilidade (questão 15), Atividades da vida cotidiana (questão 17), Dependência de

medicação ou de tratamentos (questão 4). Capacidade de trabalho(questão 18).

Domínio 2-Domínio psicológico: Sentimentos positivos (questão5), Pensar, aprender, memória e concentração(questão7), Autoimagem (questão 19),Imagem corporal e aparência(questão11), Sentimentos negativos(questão 26), Espiritualidade/religião/crenças pessoais(questão 6).

Domínio 3- Relações sociais: Relações pessoais(questão 20),Suporte (Apoio) social(questão 22), Atividade sexual(questão 21).

Domínio 4: Meio Ambiente: Segurança física(questão 8), ambiente do lar (questão 23),Recursos financeiros (questão 12), Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (questão -24), Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades (questão 13, Participação e oportunidades de recreação e lazer (questão 14), Ambiente físico: poluição, ruído,trânsito,clima (questão 9), Transporte (questão 25).

Para análise dos resultados,os escores calculados pelo programa estatístico SPSS e foi feito a comparação das respostas do questionário entre si,de acordo com o preconizado pelos especialistas elaboradores do instrumento,*The WhoqolGroup: The word Health OrganizationQualityof LifeAssesmen*(WHOQOL, 1995), ou seja, a comparação entre os domínios do *Whoqol-bref*:Domínio físico, psicológico, social e ambiental (ANEXO B- Sintaxe do WHOQOL-*bref*).

Na análise cada um dos domínios avaliados forma um índice e não há um ponto de corte, não havendo síntese ou agregação dos valores em um só índice de qualidade de vida.Entende-se que a qualidade de vida é

um construto multidimensional,considerando-se as variáveis em cada componente.Quanto maior o escore em cada domínio (de 0 a 100) melhor é a percepção da qualidade de vida pelo indivíduo.

### 3.5.3 Instrumento 3: Autopercepção de saúde

A autoavaliação de saúde foi determinada como sugerido por Lima-Costa (2004), por meio de uma simples pergunta "De uma maneira geral você diria que sua saúde é:" e foram utilizadas cinco categorias: Muito bom,Bom,Regular,Ruim e Muito ruim. Para facilitar a análise dos resultados, as categorias foram agrupadas em três opções: Muito Bom/Bom, Regular e Ruim/Muito Ruim.Segundo esta autora esta avaliação apresenta confiabilidade e validade equivalentes a outras medidas complexas de saúde.

### 3.5.4Instrumento 4: Características sócio-econômicas-demográficas do idosoautopercepção de saúde, presença e perfil do cão e interação idoso-cão

Para verificar as características socioeconômico-demográficas do idoso foram construídas oito questões contendo as variáveis:sexo,idade,estado civil,escolaridade, ocupação atual, renda familiar e condições de moradia.Para avaliar a condição de saúde,foram desenvolvidas quatro questões contendo as variáveis: acontecimento de fato importante na vida do idoso,presença de doenças,quedas no último ano e o cão como causa de queda.

Para caracterização do cão e estudo da interação pessoa idosa-cão foram construídas 13 questões relacionadas à: posse de animal,características deste,

finalidade da posse, tipo de interação existente.

O número de cães, o nome, a idade, o sexo e a raça do cão foram verificados por meio de questionamento ao proprietário. A variável “cor” foi definida pela cor dominante do pelo do animal e uma resenha das particularidades de cada indivíduo. A característica porte foi categorizada em “pequeno”, “médio” e “grande”, por observação direta do animal pelos entrevistadores, previamente padronizados de acordo com as raças existentes. Em caso de cães sem raça definida foi feita uma padronização do porte baseada no tamanho de três raças conhecidas, a saber: cães com porte semelhante ao poodle toy foram consideradas de pequeno porte; cães com porte compreendido entre o poodle toy e o Cocker spaniel foram considerados de médio porte e cães com porte acima do Cocker spaniel foram considerados de grande porte.

### 3.6 Análise estatística dos dados

Os dados foram armazenados e processados no programa Epi Info versão 6.04 e realizado a análise descritiva, utilizando medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (amplitude e desvio padrão) para caracterização da amostra. As análises do instrumento sobre qualidade de vida (*Whoqol-bref*) foram feitas no programa software estatístico *Statistical package of Social Sciences* (SPSS), versão 12.0. Primeiramente foi aplicado o teste de normalidade para avaliar a distribuição das variáveis. Como o tamanho amostral foi 50, utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov (usado para  $n$  maior ou igual a 50) no qual verificou-se ausência de normalidade (APÊNDICE D – Teste de Normalidade). Para comparação dos grupos (IcC e IsC), foi utilizada a estatística não paramétrica para comparação de grupos

independentes - Teste de Man-Whitney (APÊNDICE E - Testes estatísticos). As diferenças de frequências entre as variáveis foram analisadas pelo teste do Qui-quadrado (Sampaio, 2007).

### 3.7 Aspectos Éticos

O estudo foi realizado de acordo com as diretrizes e normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos (Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde) e foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa - COEP da Universidade Federal de Minas Gerais e da PBH, pareceres CAAE- 0629.0.203.410-1 e CAAE- 0629.0.203.410-11, respectivamente (ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP-UFMG ANEXO D. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - COEP-PBH).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para este estudo foram entrevistadas 100 pessoas idosas (idade igual ou superior a sessenta anos), inscritos no Cadastro de Usuários do Programa de Saúde da Família PSF do CSSG no ano de 2011, PSF Equipe 04. A proposta do estudo foi bem aceita pela população, as entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes e na maioria dos casos em presença de outros familiares. A média do tempo gasto na aplicação dos 100 questionários foi de 31,38 minutos com Min: 15 minutos e Max: 80 minutos. Para os Idosos com Cão (IcC) a média foi de 32,54 minutos com Min: 17 minutos e Máx: 70 minutos e para os Idosos sem Cão (IsC) a média foi 30,22 com Min: 15 minutos e Máx: 80 minutos.

### 4.1 Cognição

Na avaliação da cognição dos indivíduos, por meio do Mini-Mental, os resultados do

escore médio e da mediana de desempenho dos participantes foram iguais (26,18) e da moda foi de 28. A maioria dos participantes

apresentou escore 27 e 28, correspondendo a 43% dos entrevistados, conforme a tabela 1.

Tabela1: Escore do MEEM para os 100 idosos e suas respectivas frequências, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Escore	Idosos entrevistados	
	Nº	%
19	2	2
20	2	2
21	2	2
22	3	3
23	1	1
24	6	6
25	6	6
26	11	11
27	19	19
28	24	24
29	16	16
30	8	8

Nenhum participante da amostra foi excluído do estudo. Todos alcançaram desempenho superior ao ponto de corte previsto para cada faixa de escolaridade, segundo Bertolucci *et al.* (1994), sendo considerados aptos a participar dessa pesquisa.

#### 4.2 Características demográficas e socioeconômicas da população idosa

##### Gênero

Nos dois grupos houve maior predomínio do gênero feminino, 68% (n=34) dos idosos com cão (IcC) e 74% (n= 37) dos idosos sem cão (IsC), não havendo diferença estatística entre os mesmos, ao nível de significância  $p < 0,05$  (TAB. 2).



Tabela2: Distribuição das pessoas idosas por gênero, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Gênero	IcC (N=50)		IsC (N=50)		P	OR	IC
	Nº	%	Nº	%			
Feminino	34	68,0	37	74,0	-	-	-
Masculino	16	32,0	13	26,0	0,508	0,75	0,29-1,94

O predomínio do gênero feminino na amostra está de acordo com estudos que investigam a pessoa idosa e comprovam a feminização que vem ocorrendo na população de idosos brasileira. Estudos apontam uma razão de 120 mulheres para 100 homens (Araujo e Alves, 2000).

### Faixa etária

A média de idade entre os participantes do estudo foi de 69,59 anos (DP= ± 7, 15) e

mediana igual a 71anos. A faixa etária que predominou foi a de idosos jovens com 68%(n=34) dosIcC e 50% (n= 25) dos IsC, encontrando-se percentual decrescente nas faixas de 70 a 79 anos,IcC 26%(n=13) e IsC 44% (n=22) e pequeno percentual na faixa de 80 anos e mais de idade IcC e IsC6%(n=3) cada um. Não houve diferença estatística (p>0,05) entre os grupos, para a faixa etária (Gráfico 1).

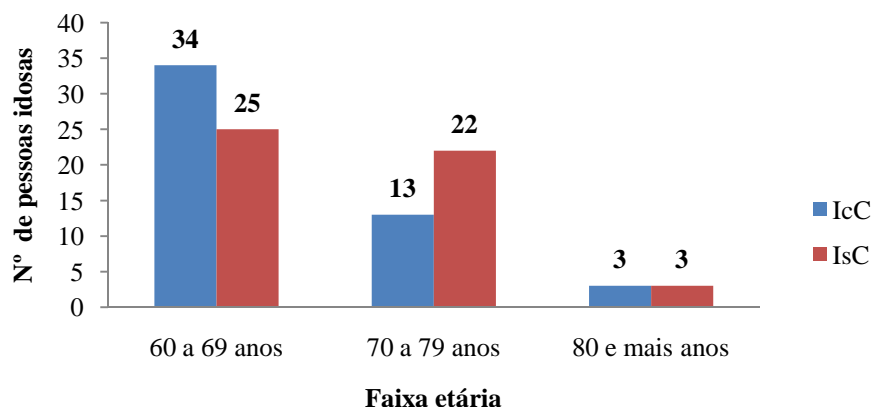


Gráfico 1: Distribuição das pessoas idosas por faixa etária, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

O país caminha para um perfil cada vez mais envelhecido. Avanços nas ciências e as melhorias gerais de vida têm elevado a

média de vida do brasileiro, e segundo dados IBGE(2008) esta média seria de 72,7 anos, em 2008, faixa em que se situa a

maioria da população deste estudo, concordando com os resultados por Lima-Costa *et al.* (2004) e Banhato *et al.* (2008) com idosos residentes na comunidade.

### Estado civil

Os resultados sobre a investigação do estado civil mostraram que a maioria dos idosos entrevistados IcC (54%) e IsC (56%) era casada. Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes vínculos conjugais dos proprietários. Além disso, foi observado que a variável em causa não influencia as chances dos entrevistados possuírem cães em seu domicílio (Tabela 3).

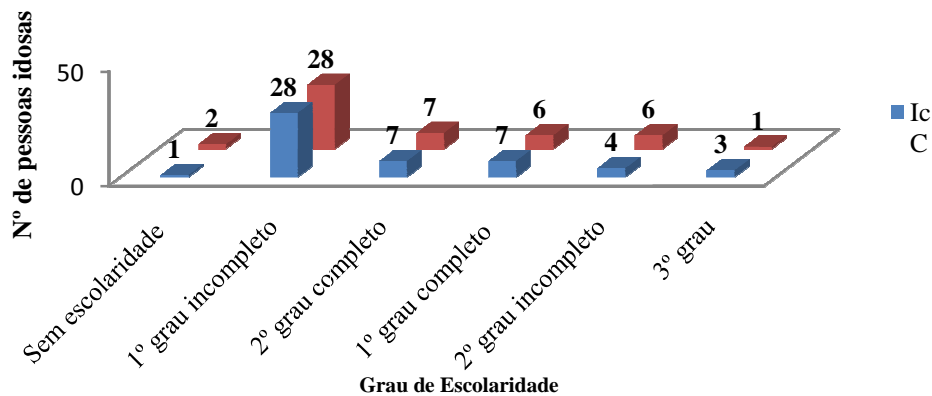
Tabela 3: Distribuição das pessoas idosas por estado civil, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Estado civil	IcC (N=50)		IsC (N=50)		P	OR	IC-OR
	Nº	%	Nº	%			
Casado	27	54	28	56	0,496	0,75	0,31-1,84
Viúvo	13	26	14	28	0,821	0,36	0,34-2,39
Solteiro	6	12	4	8	0,504	1,57	0,36-7,19
Divorciado/separado	4	8	4	8	0,740	1,28	0,91-5,18
Total	50	100	50	100	-	-	-

Estudos de Lima-Costa *et al.*, (2001), apontam que a proporção de viúvos em detrimento dos demais estados conjugais podem aumentar com a idade, porém esse fato não ocorreu neste estudo, sendo que nossos resultados estão de acordo com os encontrados por Lima-Costa *et al.* (2004) e Banhato *et al.* (2008), em pesquisa envolvendo idosos em comunidades brasileiras.

### Escolaridade

A maioria dos indivíduos entrevistados pertence ao nível da chamada educação básica (Cury, 2002). Apresentaram o 1º grau completo incompleto 56% (n=28) dos IcC e IsC, completaram o primeiro grau 14% (n=7) dos IcC e 12% (n=6) dos IsC, realizaram o 2º grau incompleto 8% (n=4) dos IcC e 12% (n=6) dos IsC e completaram o 2º grau 14% (n=7) dos idosos nos dois grupos. Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes níveis de escolaridade dos proprietários de cães (Gráfico 2).



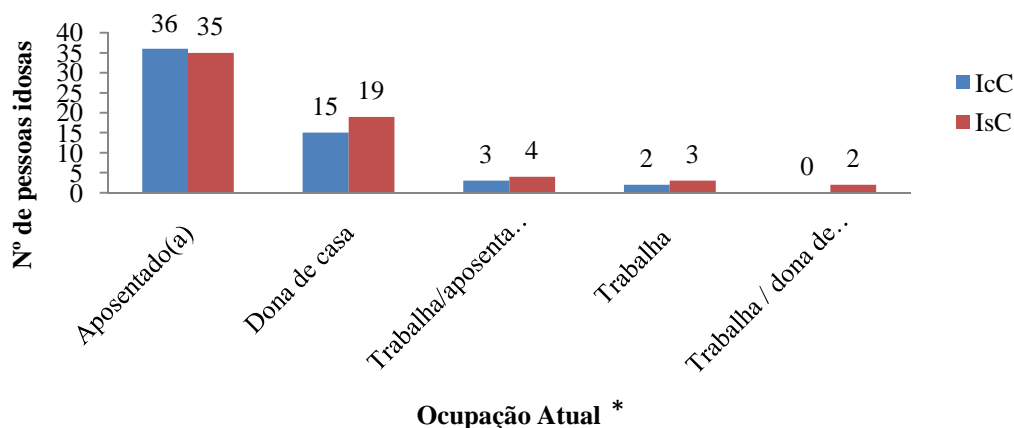
p>0,05

Gráfico 2: Distribuição das pessoas idosas por escolaridade, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Provavelmente a ausência de diferença entre os grupos relacionada à escolaridade ocorreu pelo fato de na seleção da área a ser trabalhada, escolheu-se aquela onde as condições socioeconômicas fossem semelhantes, para diminuir os fatores influentes na autopercepção de saúde e qualidade de vida daquela população, uma vez que a presença do cão era nosso principal objeto de estudo. Beneditiet al. (2008), em seu estudo com grande número de idosos de Florianópolis, Santa Catarina e Banhatoet al. (2008) que realizaram pesquisa idosos, residentes na cidade de Juiz de Fora, município da Região Sudeste do Brasil encontraram resultados semelhantes aos desta pesquisa.

### Ocupação atual

Os resultados coletados para pesquisa da ocupação atual dos indivíduos participantes do estudo mostraram que a maioria está afastada do mercado formal de trabalho. Referiam estar aposentados 64% (n=36) dos IcC e 56% (n=35) dos IsC, seguidos 16% (n=15) dos IcC e 38% (n=19) dos IsC que se declaram donas de casa. Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes grupos (Gráfico 3).



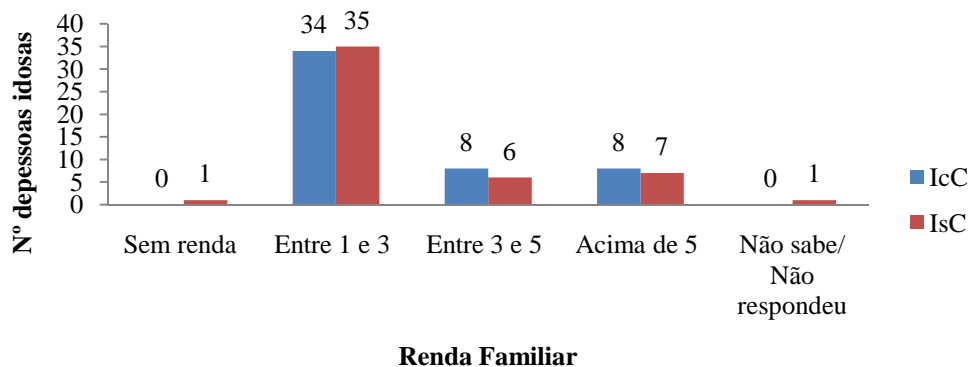
$p > 0,05$  \*Variáveis para as quais não foi possível gerar a OR.

Gráfico 3: Distribuição das pessoas idosas por ocupação atual, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Esses resultados podem ser explicados pela faixa etária investigada. Nesta, segundo as leis brasileiras a maioria das pessoas que exerceram atividade remunerada e que possivelmente contribuíram com a Previdência Social alcançaram a aposentadoria, o que também foi verificado por Banhato *et al.* (2008).

Os indivíduos participantes da pesquisa apresentaram em sua maioria renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, tendo sido considerado para o estudo o valor do salário mínimo vigente no período da aplicação do questionário. No grupo com faixa de renda entre 1 a 3 salários 68% (n=34) eram IcC contra 70% (n=35) que eram IsC. Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes grupos (Gráfico 4).

### Renda Familiar



\*

\*

$p > 0,05$

\*Variáveis para as quais não foi possível gerar a OR.

Gráfico 4: Distribuição das pessoas idosas por renda familiar, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Ao analisar os resultados dos dados referentes à renda estes apontaram para um padrão econômico baixo para a maioria dos idosos. A desigualdade de renda é encontrada em toda sociedade brasileira, o mesmo acontecendo para os idosos, conforme verificado por Araújo e Alves (2000). Observou-se que a maioria dos idosos com salários mais baixos (1 a 3 salários mínimos) possui cão. Levantamento do Radar Pet (2009) encontrou que quando se analisa esse dado para a população como um todo, observa-se que, à medida que diminui a renda, diminui o número de pessoas que possuem cão no domicílio.

### 4.3 Composição familiar

Tabela 4: Distribuição das pessoas idosas por composição familiar, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Composição familiar	IcC (N=50)		IsC (N=50)		p	OR	IC-OR
	Nº	%	Nº	%			
Filho	33	66	22	44	0,027	2,47	1,02-6,03
Esposo (a)/companheiro	26	52	28	56	0,688	0,85	0,36-2,02
Neto	12	24	8	16	0,317	1,66	0,55-5,04
Irmão /irmã	7	14	8	16	0,779	0,85	0, 25-2,90
Outros parentes	13	26	5	10	0,037	3, 16	0,93-11,31
Mora sozinho	4	8	8	16	0, 218	0,46	0, 11-1,85

Os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura especializada, uma vez que retrata a nova organização dos lares brasileiros, onde atualmente tem se observado a convivência multigeracional. Para Dehert e Simões (1996), a família brasileira contemporânea apresenta vários arranjos residenciais envolvendo idosos. Observando-se também a mobilização de apoios intergeracionais

Com relação ao total de entrevistados, a estruturação dos domicílios visitados mostra que 66% dos IcC e 44% dos IsC moram com filhos, seguido de 52% dos IcC e 56% do IsC residem com esposo ou companheiro. Dos IcC 24% residem com netos, contra 16% dos IsC 18% com outras pessoas, entre parentes e amigos e 12% dos idosos residem sozinhos.

Houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes grupos. Idosos que moram com filhos e outros parentes apresentaram uma chance maior (OD=2,47) de possuírem cão em seu domicílio (Tabela 4).

informais como estratégia de sobrevivência podendo resultar na co-residência entre idosos e seus filhos, netos e até bisnetos.

Benedetti *et al.* (2008), encontraram resultados semelhantes em sua pesquisa com idosos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, em que 66,6% dos participantes do seu estudo conviviam com filhos.

#### 4.4 Caracterização do perfil dos cães presentes nos domicílios dos idosos

No grupo de idosos que declaram possuir cão no domicílio, foram encontrados 72 animais, sendo no mínimo de um cão e o máximo de 4 cães por domicílio.

##### Gênero

Quanto ao gênero, verificou-se que 55,55% (n= 40), dos cães eram machos e 44,44% (n=32) eram fêmeas.

##### Idade

Com relação à idade a maioria dos cães tinha mais de cinco anos de idade (faixa etária de 60 a mais meses) (Gráfico 5).

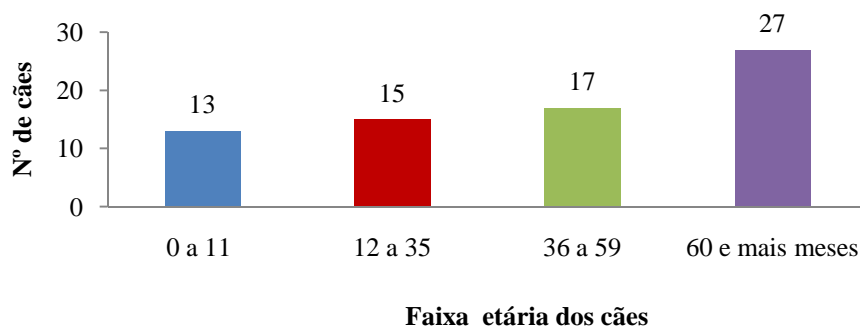


Gráfico 5: Distribuição dos cães presentes nos domicílios visitados, segundo a idade, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

##### Raça

Quanto à raça do cão, observou-se um predomínio de cães sem raça definida (SRD) nos domicílios (Gráfico 6).

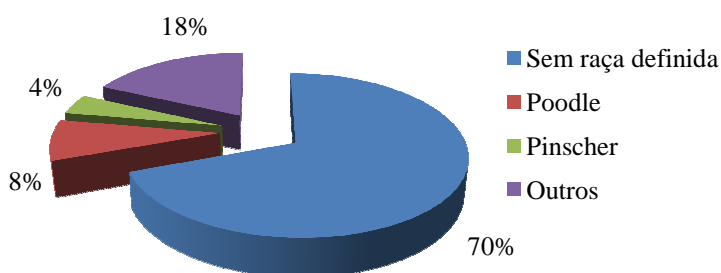


Gráfico 6: Distribuição do percentual de cães por raça, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

## Porte

Em relação ao porte a maioria (58%) eram cães pequenos(Gráfico 7).

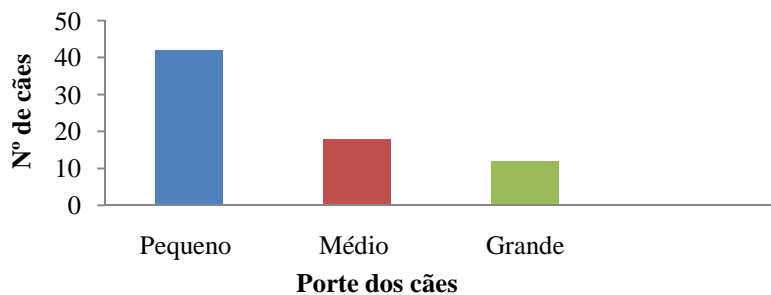


Gráfico 7: Distribuição dos cães presentes no domicílio, segundo o porte, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

## 4.5 Interação idoso-cão

Na análise da interação pessoa-cão, observou-se que a maioria dos cães foram adquiridos há menos de 3 anos (Gráfico 8)

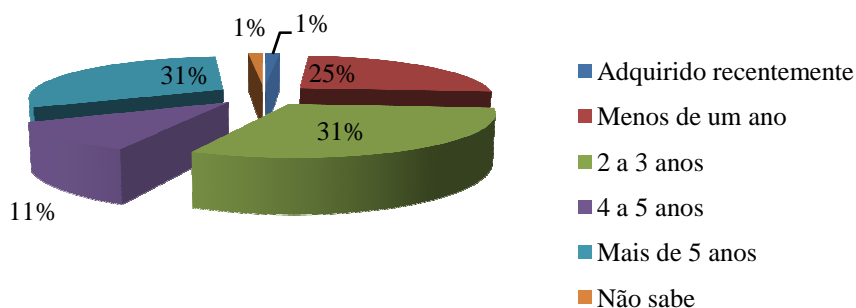


Gráfico 8: Distribuição dos cães presentes no domicílio, segundo o tempo de aquisição, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

## Proprietário

O estudo apontou que o principal proprietário do cão foi a pessoa idosa 27,77% (n=20) (Gráfico9).

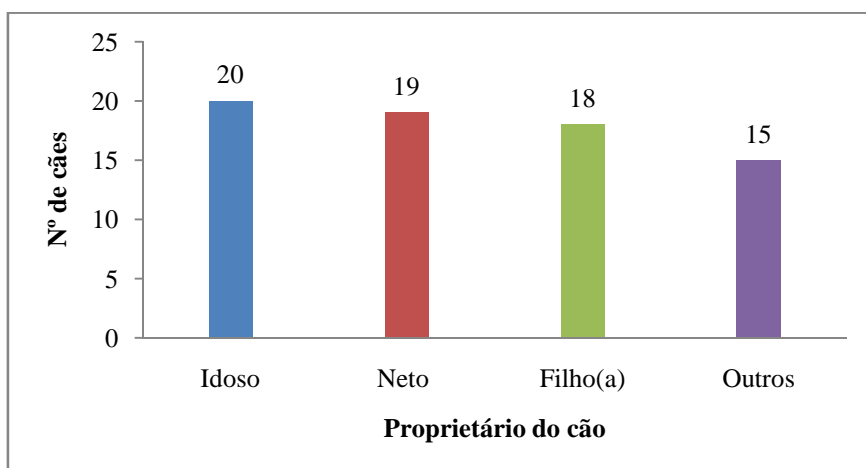


Gráfico 9: Distribuição das pessoas idosas por propriedade dos cães presentes no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012

## Idoso como cuidador do cão

Relataram cuidar do cão 70% (n=35) das pessoas idosas (Gráfico 10).

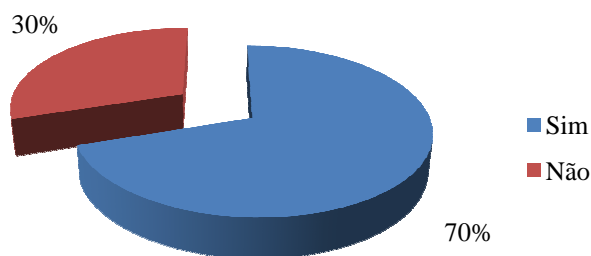


Gráfico 10: Distribuição das pessoas idosas por cuidados realizados com o cão, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.



Cuidar de um animal de estimação além do prazer que a companhia do mesmo proporciona, também pode proporcionar no idoso o sentimento de ser útil além de incrementar sua atividade física, contribuindo para sua saúde geral. Os resultados encontrados estão de acordo com os trabalhos de Lima (2005) citado por Flôres(2009), Lopes *et al.*(2008) e Magalhães (2009).

### Significado do cão para o idoso

Na pesquisa sobre o significado do cão para a pessoa idosa, a maioria dos idosos consideram o cão como companhia 56%, seguido de guarda 20%, companhia e guarda 8% e outros significados 16%. (Gráfico 11).

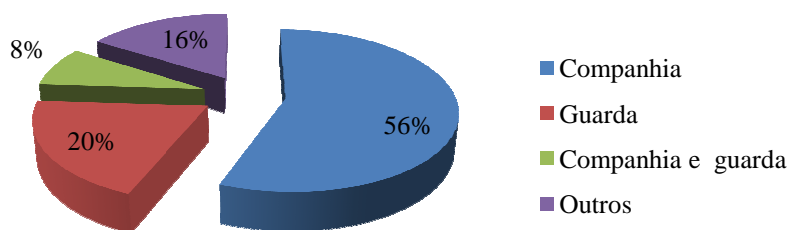


Gráfico 11: Distribuição das pessoas idosas de acordo com o significado atribuído aos cães, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Os dados encontrados neste estudo que apontam como principal significado do cão ser um animal de companhia estão de acordo com os trabalhos de Faraco (2008) e Pereira *et al.*(2007).

### Atividades desenvolvidas com o cão

A maioria dos idosos entrevistados realizava mais de uma atividade com o seu cão (64%), 20% somente alimentam o cão e 16% relataram não realizar nenhuma atividade com o animal (Gráfico 12).

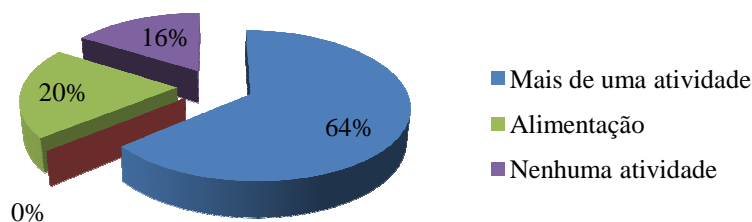
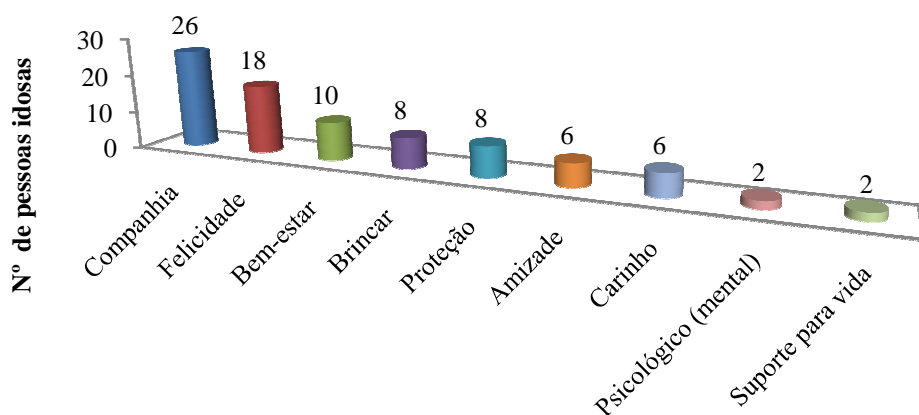


Gráfico 12: Distribuição das pessoas idosas por atividades que realizam com o cão, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

A atividade física, neste estudo investigada por meio das atividades que o idoso realiza com seu cão, é um importante fator de promoção e preservação da saúde do idoso, bem como de sua independência e autonomia. Os resultados encontrados neste estudo estão de acordo com os trabalhos de Lima 2005 citado por Flôres (2009), Lopes *et al.* (2008) e Magalhães *et al.* (2009).

### Benefícios da presença do cão para a saúde do idoso

Dos idosos entrevistados 26, referiram que o principal benefício da presença do cão no domicílio é a companhia, seguido de felicidade, significado referido por 18 pessoas idosas. (Gráfico 13).



**Benefícios da presença do cão**

Gráfico 13: Distribuição das pessoas, por benefícios relatados no convívio com o cão, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Vários são os benefícios da convivência com o cão para a saúde citados atualmente na literatura, sendo este animal inclusive utilizado com fins terapêuticos. Os resultados encontrados neste estudo estão de acordo com os trabalhos de Berzins (2000), Allen *et al.* (2001), Allen *et al.* (2002) e Pereira *et al.* (2007).

### 4.6 Autopercepção de saúde

Da amostra total de idosos (n=100) que participaram da pesquisa em ambos os grupos: idoso com cão e idoso sem cão, avaliaram sua saúde como Boa/Muito Boa a maioria dos participantes 48% (n=24). No grupo com cão 36% (n=36) avaliou sua saúde como razoável e no grupo sem cão 22% (n=22). Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes grupos (Tabela 5).

Tabela5: Distribuição das pessoas idosas por autopercepção de saúde, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Autopercepção de saúde	IcC (N=50)		IsC (N=50)		p	OR	IC-OR
	Nº	%	Nº	%			
Boa/Muito boa	24	48	24	48	1,000	1,00	0,42-2.36
Razoável	18	36	22	44	0,414	0,72	0,30-1,73
Ruim/muito ruim	8	16	4	8	0,746	1,24	0,29-5,50
Total	50	100	50	100	-	-	-

Analisando somente os resultados do nível de satisfação com a saúde nos dois grupos observou-se que em seu trabalho realizado em uma coorte de idosos no município de Bambuí, Minas Gerais Lima-Costa *et al.* (2004) encontraram resultados que diferem um pouco dos encontrados no presente trabalho. Os autores referem que na população de seu estudo a maioria dos participantes avaliou sua saúde como razoável 746(49, 2%) e como ruim/muito ruim 395(26, 1%). A minoria avaliou a saúde como boa/muito boa 375(24,7%).

Conforme dados encontrados na literatura, no presente estudo os idosos apresentaram relato de número expressivo de doenças, principalmente problemas crônicos de saúde. Apesar de não ter sido aplicado nenhum instrumento específico com o objetivo de avaliar a capacidade funcional das pessoas idosas participantes do estudo observou-se durante a aplicação dos questionários que todos os idosos se apresentaram aparentemente sem limitações físicas o que corrobora achados de que após uma certa idade o indivíduo está propenso a conviver com problemas que afetam sua saúde, sem que isso o incapacite física ou emocionalmente (Araújo e Alves, 2000).

Ao analisar essa variável e a ausência de associação entre os grupos, muitas hipóteses foram levantadas. Nessa população, a presença do cão não influenciou a autopercepção de saúde pelo fato dos idosos não perceberem a presença do cão como um fator promotor de saúde.

No local onde ocorreu a pesquisa o Centro de Controle de Zoonoses é o serviço que aborda o cão, sendo que, para a maioria dos entrevistados este serviço é parte importante da orientação da relação cão e proprietário. No entanto, verificou-se que o animal é abordado apenas com ações de prevenção de doenças.

Durante as entrevistas não conseguiu-se apreender no discurso do entrevistado conhecimento advindo de abordagem profissional focada na promoção de saúde relacionada à presença do cão no domicílio e ações direcionadas a educar para o reconhecimento dos benefícios da presença do cão para a saúde. Desta forma observou-se que existe uma lacuna importante dos serviços de saúde na abordagem de todos os benefícios que a presença do cão no domicílio pode trazer para a saúde do idoso.

Apesar de não ser objetivo deste estudo a análise qualitativa dos dados, alguns relatos foram documentados e que podem ilustrar essa afirmação:

- "...tenho um cão, mas para mim não faz nenhuma diferença"

- "...benefício para a saúde? Nenhum, até acho que pode haver problema para minha saúde, o cão pode estar doente e a gente não saber"

- "... acho que não traz benefício para a saúde, acho que pode até trazer doença".

- "... o cão está aqui acidental".

- "... acho que não traz benefício para a saúde, traz é muito pelo."

Classicamente as ações em saúde de forma geral são mais direcionadas à prevenção do que à promoção de saúde. Se tradicionalmente observa-se que nas questões mais discutidas e conhecidas sobre saúde predominam as ações mais direcionadas à prevenção, espera-se que menos atenção e menos medidas estejam direcionadas a explorar a presença do cão no domicílio com fator de promoção de saúde. Possivelmente os problemas de saúde são tão frequentes e impactantes que pensar em promoção de saúde relacionada à presença do cão no domicílio não seja prioridade.

Alguns autores, como Lopes *et al.*(2008) e Kobauaschiket *al.*(2009), observaram que os cães melhoraram a saúde de seus proprietários, mas todos esses estudos utilizaram instrumentos de pesquisa qualitativa para entender o significado do animal na vida dos participantes. Outros estudos usaram instrumentos de aferição clínica para detectar as mudanças de saúde

na vida dos entrevistados (Allen *et al.*(2001) e Allen *et al.*(2002). Como no presente estudo o objeto do estudo foi a autopercepção de saúde, não foram encontradas pesquisas semelhantes que pudessem confrontar tal resultado. Por isso, uma variável que poderia ser investigada em um futuro trabalho nesta população, seria o significado da palavra "Saúde" para os idosos. Durante as entrevistas, foi observado que muitos idosos estavam insatisfeitos com a ausência de médico no Centro de Saúde. Isso suscitou uma reflexão sobre a figura do médico como promotor da saúde para os idosos. Provavelmente, nesta população, o significado de "Saúde" estaria muito vinculado a figura do médico, que, quando presente, remetia ao entrevistado a "sensação de saúde". Outros profissionais de saúde, aqui incluído o médico veterinário, além do cão, como instrumento de promoção da saúde, podem não ter tido a mesma valorização que o médico na população entrevistada. Seria necessário o esclarecimento junto à população do São Gabriel sobre a atuação das Equipes de Saúde da Família e dos profissionais do Núcleo de Apoio à saúde da família, onde recentemente o médico veterinário foi inserido. A presença deste profissional atuando junto as ESF diretamente nos domicílios da população, poderia melhorar a relação dos proprietários com seus cães, desenvolvendo as potências características da interação entre essas espécies.

#### **4.6.1 Doenças e quedas relacionadas com a presença do cão**

Além da autopercepção de saúde, foi investigado se havia diferença na existência de doenças e quedas relacionadas à presença do cão nos domicílios. Em relação às doenças, não foi observada diferença significativa entre os grupos, o que pode sugerir que o cão, nesta população, não interferiu no adoecimento dos idosos (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição das pessoas idosas por doenças relatadas, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

	IcC (N=50)		IsC (N=50)		P	OR	IC-OR
	Nº	%	Nº	%			
<b>Doenças relatadas</b>							
Pressão alta	37	48,68	39	51,31	0,639	0,80	0, 29-2, 21
Reumatismo/Problemas ortonédicos	25	51,02	24	48,97	0,841	1,08	0,46-2,56
Problemas visuais	25	55,55	20	44,44	0,314	1,50	0,53-3,58
Depressão	11	50,00	11	50,00	1,000	1,00	0,35-2,85
Diabetes	8	61,53	7	53,84	0,780	1, 16	0,37-3,66
Doença Pulmonar	4	40,00	6	60,00	0,504	0,64	0, 14-2,79
Alergia*	1	25,00	3	75,00	0,308	0,32	0,01-3,65
Problema de pele* **	0	0	4	100	0,058	0,00	0,00-1,50
Outra(s)	43	46,73	49	53, 26	0,026	0, 13	0,01-1,09

\*Valor Calculado segundo o Teste de exato de Fischer

\*\* Variável para a qual não foi possível gerar a OR.

Quanto às quedas, a maioria dos idosos participantes não relatou ocorrência das mesmas no último ano, 50% (n=50). Dos idosos que referiram queda, 42% (n= 21) possuíam cão, no entanto, nenhum destes apontou o cão como

causa de sua queda. Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes grupos (Tabela 7), o que indica que o cão não foi um fator determinante de queda para as pessoas idosas desse estudo.

Tabela 7: Distribuição das pessoas idosas por relato de queda no último ano, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Queda	IcC (N=50)		IsC (N=50)		p	OR	IC-OR
	Nº	%	Nº	%			
Sim	21	42	19	38	-	-	-
Não	29	58	21	42	0,601	0,80	0,32-2,01
Total	50	100	50	100	-	-	-

#### 4.7 Análise da Qualidade de vida segundo o WHOQOL-bref

A análise da qualidade de vida foi realizada com base nos quatro domínios e 26 facetas

do WHOQOL-bref. As duas primeiras questões que tratam da autoavaliação da qualidade de vida e da autopercepção de saúde e que não compõem os quatro domínios foram avaliados separadamente. Os

resultados obtidos em cada faceta separadamente estão disponíveis no APÊNDICE C- Resultados da avaliação da qualidade de vida –WHOQOL.

A questão “como você avaliaria sua qualidade de vida?” mostrou que a maioria

dos entrevistados avaliou sua qualidade de vida como “Boa”, sendo 62% dos IcC e 68% dos IsC. Não houve diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ), entre os grupos. Apesar de o valor de  $p$  ter dado significativo, o IC da OR não foi significativo. (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição das pessoas idosas por avaliação da qualidade de vida, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

	IcC (N=50)		IsC (N=50)		p	OR	IC-OR
	Nº	%	Nº	%			
<b>Qualidade de vida</b>							
Muito ruim * **	0	0	1	2	0,5000	0,000	0,00-17,58
Ruim* **	1	2	0	0	0,5000	-	-
Nem ruim nem boa	11	22	7	14	0,297	1,73	0,55-5,57
Boa	31	62	34	68	0,0493	2,06	0,94-4,56
Muito boa	7	14	8	16	0,843	0,90	0,26-303
Total	50	100	50	100			

$p > 0,05$

\*Valor Calculado segundo o Teste de exato de Fischer

\*\* Variável para a qual não foi possível gerar a OR.

Com relação à questão “Quão satisfeito você está com a sua saúde?”, esta mostrou que 55% (n=27) dos IcC e 52% (n=26) dos IsC, relatam estar satisfeitos com sua condição de

saúde. Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes grupos (Tabela 9).

Tabela 9: Distribuição das pessoas idosas por satisfação com sua saúde, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

	IcC (N=50)		IsC (N=50)		p	OR	IC-OR
	Nº	%	Nº	%			
<b>Satisfação com a saúde</b>							
Muito insatisfeito * **	1	2	0	0	0,5000	-	-
Insatisfeito* **	4	8	2	4	0,338	2,09	0,31-17,36
Nem satisfeito, nem insatisfeito	11	22	13	26	0,639	1,08	0,29-2,21
Satisfeito	27	54	26	52	0,841	1,08	0,46-2,56

Muito satisfeito	7	14	9	18	0,585	0,74	0, 22-2,44
Total	50	100	50	100			

#### 4.7.1 Análise estatística dos domínios físico, psicológico, social e ambiental

Além da análise descritiva das 26 facetas do instrumento, foi realizada a comparação entre

os grupos de idosos (presença ou não do cão) para os quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental. Não houve diferença estatisticamente significativa para  $p < 0,05$ , entre os diferentes grupos (Tabela 10).

Tabela 10: Estatística descritiva dos domínios, segundo o *Mann-Whitney Test*, e nível de significância em relação a presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Domínios	Presença do cão				P
	Sim		Não		
	Media	DP	Media	DP	
Físico	65,428	16,989	69,428	15,274	0,300
Psicológico	69,166	14,010	71,500	11,614	0,301
Social	72,166	16,887	71,833	11,153	0,729
Ambiental	58,937	11,624	58,375	12,743	0,855

O escore total esperado para o *WHOQOL-bref* é 100 (OMS-GRUPO WHOQOL, 1998). Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida (Flecket al, 2000). Os resultados encontrados e apresentados na tabela 10, mostram que não houve diferença estatisticamente significativa em relação a presença ou não do cão no domicílio (teste de Mann Whitney) e pontuação que os escores médios encontrados para os diferentes domínios não são muito próximos de 100, mostrando que os participantes da pesquisa não avaliaram sua qualidade de vida como a melhor.

Considerando que a qualidade de vida é um constructo multidimensional, há dificuldade em medi-la com apenas uma variável, como

no caso desse estudo, a presença do cão. Alternativas foram feitas para diminuir as influências das demais variáveis como o fato de se escolher uma população homogênea dentro da área do CSSG e com IVS semelhante. Nenhum trabalho foi encontrado na literatura consultada com desenho semelhante a esse que encontrasse relação positiva entre a presença do cão e o incremento da autoavaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos.

#### 4.8 Considerações relevantes feitas sob o olhar do pesquisador

O aumento do número de idosos nas últimas décadas nos obriga a refletir sobre o envelhecimento da população em geral, pelo

impacto que este vem causando em todas as instituições responsáveis pelo cuidado do ser humano que envelhece, bem como leva-nos a reconhecer que, apesar de ser este um processo individual, somos responsáveis pelo desenvolvimento de ações que nos permitam viver essa fase com a melhor saúde e qualidade de vida possíveis.

Apesar do objetivo deste estudo ter sido verificar a interação humano-animal, mais especificamente a interação idoso-cão, observou-se também a presença de vários conflitos na também antiga e não menos importante “interação humano-humano”.

Durante a pesquisa observou-se que várias “questões humanas”, podem ter interferido na Autopercepção de Saúde e Qualidade de Vida dos indivíduos avaliados. Dentre elas podemos citar a saúde mental da população estudada. Verificou-se que a maioria dos participantes do estudo considerou momento da entrevista como uma situação de socialização, oportunidade de fazer amigos e alguns consideraram como uma “terapia rápida” expondo questões pessoais, familiares e psicológicas que não faziam parte do escopo do trabalho. Algumas falas exemplificam essa realidade tais como:

“...bom, agora que eu já respondi tudo que vocês perguntaram, vamos bater papo e lanchar...”

“...enquanto conversamos vou fazer um cafezinho, assar pão de queijo e depois da entrevista vou tocar uma música no teclado para vocês..”

“...não vão embora não, agora é que a conversa está ficando boa...”

“...foi Deus que mandou vocês aqui hoje. Eu precisava de alguém para conversar, e desculpem pela choradeira...”

“...eu tenho vários problemas familiares e por orientação médica estou fazendo acompanhamento com psiquiatra...”

Observou-se que existe uma demanda para o acompanhamento desta população de serviços de saúde mental. Alguns idosos já estão inseridos neste tipo de assistência e outros apesar de residirem próximo ao Centro de Saúde relatam que ainda não contam com esse tipo de cuidado e apoio.

Outra questão presente foi a assistência médica oferecida na Unidade de Saúde. No período da pesquisa havia alguns meses que a Unidade não contava com o quadro completo de médicos. Esse fato foi comunicado aos entrevistados pelos funcionários do Posto de Saúde antes do início da pesquisa. Os entrevistados foram inclusive alertados para possível manifestação de insatisfação com a assistência à sua saúde pelos entrevistados. Isto pode ser comprovado analisando o item “Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde”. Aqueles que referiram estar satisfeitos possuíam planos de saúde da Saúde Suplementar e faziam questão de reforçar isso.

Apesar de não ter sido observado nenhum sentimento “exagerado” de apego ao cão, todos são bem cuidados e muitos têm grande significado para seus proprietários tal como observado nas seguintes afirmações colhidas na pesquisa dos benefícios do convívio com o cão:

“...tenho cão porque gosto mesmo...”

“...o benefício do cão é principalmente mental. Ele entende tudo que eu falo, é quase uma pessoa...”

“...tenho cão porque quando estou sozinha ele serve de companhia...”



“...sem a ....minha vida não tem sentido,tenho ela para conversar e acho que ela responde...”

Os benefícios da interação homem- animal, atualmente já encontram comprovação na literatura direcionada a esta área do conhecimento.Os animais, principalmente o cão podem contribuir de várias formas para a promoção da saúde e qualidade de vidas das pessoas e em contrapartida receberem reconhecimento, afeto e cuidado.Muito já foi feito,porém novos estudos serão necessários para elucidar essa relação,promovê-la e fazer dela cada vez um vínculo de satisfação para os dois lados.

Com relação à implementação de ações que visem à saúde e qualidade de vida dos indivíduos as equipes de saúde dentre elas o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), é integrada por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, dentre eles o fisioterapeuta, que atua em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família (SF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde esse profissional contribuindo com ações preventivas em benefício à saúde da sociedade tendo fundamental e importante papel na construção da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS).

Essas equipes também se preparam para receber em seu quadro o médico veterinário.Por meio da Portaria nº 2488, do Ministério da Saúde, foi autorizado a inclusão do médico veterinário no Nasf. O médico veterinário tem conhecimentos sólidos sobre prevenção, controle e diagnóstico situacional de riscos de doenças transmissíveis por animais vertebrados e/ou invertebrados (raiva, leptospirose, brucelose, tuberculose, leishmanioses, dengue, febre amarela, teníase/cisticercose, etc.), e outros fatores determinantes do processo saúde e doença. Além disso, desenvolve ações educativas e de mobilização contínua na

área de abrangência, alerta para o uso e manejo adequado do território com vistas à relação saúde/ambiente (desmatamentos, uso indiscriminado de medicamentos veterinários entre outros). A presença deste profissional possivelmente em um futuro próximo deverá influenciar positivamente a saúde da população de usuários do Centro de Saúde São Gabriele contribuir para um novo olhar sobre a presença dos cães nos domicílios.A presença deste profissional possivelmente em um futuro próximo deverá influenciar positivamente a saúde da população de usuários do Centro de Saúde São Gabriele contribuir para um novo olhar sobre a presença dos cães nos domicílios.

## 5. CONCLUSÕES

Os idosos residentes na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel eram em sua maioria mulheres, casadas, com nível de escolaridade básica e aposentados.

Observou-se que nos dois grupos, idosos que possuem ou não cão,os estilos de vida e o arranjo dos domicílios eram homogêneos. Os idosos possuíam padrões de vida semelhantes, todas as casas possuíam infraestrutura básica, sendo que alguns lotes eram de convivência multifamiliar.

Verificou-se nas famílias convivência multigeracional, com filhos, noras convivendo e cuidando de idosos e idosos responsáveis pelo cuidado de netos. Todos os idosos, mesmos os mais velhos (acima de 80 anos) eram ativos e tinham a cognição preservada.A maioria dos idosos que possuía cão não relatou doenças ou quedas relacionadas à presença do animal.

A maioria dos idosos possuía somente um cão. Os cães eram, em sua maioria,machos, sem raça definida, de pequeno porte e com idade acima de cinco anos.Com relação à

interação do idoso com o cão, a maioria dos animais era tido como de companhia e a maioria dos idosos realizava várias atividades com o mesmo, sendo a principal a alimentação.

A maioria dos idosos se intitulava satisfeito com sua saúde e com relação à avaliação da qualidade de vida, verificou-se que não houve associação positiva e estatisticamente significativa entre os grupos de idosos proprietários ou não de cães nos

quatro: físico, psicológico, social e meio ambiente.

A presença de cães no domicílio não representou implicações na percepção de saúde e qualidade de vida de pessoas idosas residentes na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, Regional Nordeste de Belo Horizonte, além de não implicar risco de quedas ou adoecimento nesta população.

## 6.REFERÊNCIAS

- ALLEN, K. *Are pets a healthy pleasure? The influence of pets on blood pressure current directions in psychological science*, p. 12: 236. 2003.
- ALLEN, K.; JIM BLASCOVICH, J. I. M.; WENDY B. MENDES, M.S. *Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends, and spouses: the truth about cats and dogs psychosomatic medicine*, v.64,p.727-739, 2002
- ALLEN, K.;SHYKOFF, B. E.; IZZO Jr. J. L. *Pet ownership, but not ACE inhibitor therapy, blunt home blood pressure responses to mental stress. Hypertension.Journal the American Heart Association*, v.38, p.815-820, 2001
- ARAUJO, T. C. N.; ALVES, M. I. C. Perfil da população idosa no Brasil. *Rev. Textos sobre Envelhecimento*, v.3,n.3,2000.
- ASADI-LARI, M.; TAMBURINI, M.; GRAY, D. Patients' needs,satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health and Quality of Life Outcomes*, v. 02, n.32, p. 01-15, jun. 2004.
- ASSIS, M. *Envelhecimento ativo e promoção de saúde: reflexão para ações educativas com idosos. Revista APS*, v.8, n.1, p. 15-24, 2005.
- AURÉLIO. F, *Mini Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa*. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed.NovaFronteira, 2001.
- AVALIAÇÃO do perfil e comportamento de animais de companhia no Brasil. 2009. Pesquisa Radar Pet. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=radar%20pet%202009&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>>. Acesso em: 20 jan.2013.
- BALDUINO, E.; JACOPETTI, S. R. Levantamento da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Boletim de Enfermagem*, vol.2, Ano 3, 2009.
- BANHATO, E. F. C.; SILVA, K. C. A.; MAGALHÃES, N. C. Aspectos sociais e de saúde de idosos residentes na comunidade de uma cidade brasileira. *México.Psicologia para América Latina*. n.12. mar. 2008.
- BEAUVOIR, S. de. *A velhice*. Rio de janeiro: Nova Fronteira, 1970.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal, Bairros da região Noroeste de Belo Horizonte. 2006. Disponível em:<[www.pbh.com.br](http://www.pbh.com.br)>.Acesso em: 25 mai. 2011.
- BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal, *PBH/*. Indicadores sócio-demográficos. 2010. Disponível em: <[www.pbh.com.br](http://www.pbh.com.br)> .Acesso em: 25 mai. 2011.
- BENEDETTI, T. R. B.; BORGES, L. J.; PETROSKI, F. L.; GONÇALVES, L. H. T. *Atividade física e estado de saúde mental de idosos. Rev. Saúde Pública* vol.42, nº., Epub Feb29, 2008.
- BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCHI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R. *et al.* O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuropsiquiatr.* v.52,n.1,p.1-7, 1994.

BERZINS, M. A. V. Velhos, cães e gatos: interpretação de uma relação, 2000. n.f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de São Paulo,SP.

BOWEN, Family therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson 1978.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura: Programa de Educação pelo trabalho para a saúde-pet-saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802/08. Disponível em: <[http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&client=firefox-a&rls=org.mozilla%3AptBR%3Aofficial&q=oque+%C3%A9+o+pet+sa%C3%BAde&oeq=oque+%C3%A9+o+pet+sa%C3%BAde&aq=f&aqi=&aql=1&gs\\_sm=e&gs\\_upl=155781115939210116086011110111010112781154712.4.31910](http://www.google.com.br/search?hl=ptBR&client=firefox-a&rls=org.mozilla%3AptBR%3Aofficial&q=oque+%C3%A9+o+pet+sa%C3%BAde&oeq=oque+%C3%A9+o+pet+sa%C3%BAde&aq=f&aqi=&aql=1&gs_sm=e&gs_upl=155781115939210116086011110111010112781154712.4.31910)>. Acesso em: 19 ago. 2011.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P. *et al.* Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.

Bulletin of the World Health Organization. Genève: OMS, 1984. Nº 62.

CAETANO, S. C; IOZZI, R.; CARNEIRO, A. Percepção do estado de saúde do idoso na cidade do Rio de Janeiro 2006. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu- MG – 2008.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção de saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev. Saúde Pública*, v.31,n.2,p.209-13,1997.

CARAMELLI, P.; NITRINI, R. Como Avaliar de Forma breve e objetiva o estado

mental de um paciente? *Rev. Ass. Méd. Brasil*, v. 46, n.4, p. 289-311, 2002.

CARTILHA DO IDOSO. Acessibilidade e atendimento prioritário à pessoa idosa universidade aberta da terceira idade – UERJ. Disponível em: <Direção da Universidade Aberta da Terceira Idade – UERJ>. Acesso em: 02/jan./2013.

CHANG, J. T.; MORTON, S. C.; RUBENSTEIN, L.Z. *et al.* Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *BM J*, v. 328, 2004.

CHEPP, C. C. *Estudo transversal da qualidade de vida através da escala WHOQOL-BREF da população octogenária e nonogenária de Siderópolis*. 2006. n.f. Santa Catarina Trabalho (Conclusão de Curso) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, PR.

CHIEPPA, F. “A Pet therapy: significado, origens, múltiplas aplicações. Um claro exemplo de pet therapy: a espantosa história de Robert Stroud (Elementos de Zooantropologia).p. 40-42, 2002. Disponível em: <<http://www.ao.com.br/pet.htm>>. Acesso em: 07 nov.2012.

CURY, R. J. A Educação Básica no Brasil. *Educ. Soc.* vol. 23, n. 80, p. 168-2000.2002, Disponível em: <[scielo.br/pdf/es/v23n80/12929.pdf](http://scielo.br/pdf/es/v23n80/12929.pdf)>. Acesso em: 23 jan.2012.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. M. Pesquisas sobre a qualidade de vida: revisão da produção científica 11, n.4, p.532-8,2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a17.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

DEHERT, G. G. SIMÕES, J; A. Envelhecimento e velhice na família contemporânea: tratado de geriatria e gerontologia, 2ª ed..Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006.vol.1, Capítulo 146,p1366-1373.

ENVELHECIMENTO ativo: uma política de saúde; - Brasília: Pan-Americana da Saúde, 2005, 60 p. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf)>. Acesso em: 10 jul 2011.

Estrutura etária do Brasil - IBGE. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 22 jan.2013.

Estrutura etária do Brasil - IBGE. 2010. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)>. Acesso em: 22 jan.2013.

FARACO, C. B. Interação Humano-Animal. *Ciência Veterinária Tropical*. v.11, suplemento 1, p.31-3, 2008.

FARACO, C. B.; SEMINOTTI, N. Sistema social humano-cão a partir da autopoiese em Maturana. *Rev. Psicov*. v. 41,n.3,p.310-316,2010. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=faraco%202010%20maturana&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a> Acesso em: 12dez. 2012

FARIA, L.F.S.A *Eficácia da legislação brasileira na garantia dos direitos dos idosos*. Presidente Prudente/SP: Faculdades Integradas, 2007.

FLECK, M. P. A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S. *et al*. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev.Bras. Psiquiatr*. v. 2, n.1, 1999.

FLECK, M. P. A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M. *et al*. *Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida” WHOQOL-bref*. *Rev. de Saúde Pública*. v.34, n.2, p.178-83, 2000. Disponível em: <[www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)> Acesso em: 29 dez. 2013.

FLÔRES, L. N. *Os benefícios da interação homem-animal e o papel do médico veterinário*. 2009. f. Dissertação (Especialização em Clínica Médica de Pequenos Animais) - Universidade Federal Rural do Semi-Árido – UFERSA, Porto Alegre, RS.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. *Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*. *J Psychiatr Res*, v. 12, p.189-198. 1975.

FRANK, S. SANTOS, S. M. A.; ASSMAN, A. *et al*. *Estudos interdisciplinar do envelhecimento*,v.11, p.123-134, 2007.

FREIRE, S. A.; SOMMERHALDER, C.; SILVEIRA, R. A. Contribuições da psicologia para o estudo do envelhecimento: teoria e intervenção. *Arq. Ciênci. Saúde* v. 7, n.2, p. 191-194, 2003.

FUCHS, H. *O animal em casa: um estudo no sentido de desvelar o significado psicológico do animal de estimação*. 1987. Tese (Doutorado em Psicologia experimental - Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP.

GRIEP, R. H.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E., LOPES, C. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no estudo pró-saúde. *Rev. Saúde Pública*, v.37, n.3, p.379-385, 2003.

HARTMANN, A. C. V. C. *Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre*. 2008. Tese (Doutorado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul) - Porto Alegre, 2008.

ÍNDICE de Vulnerabilidade à Saúde. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação GEEP, 2003. Disponível em: <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2010.

Instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL). OMS, 1998. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/Psiq/whoqol1.html>> - No texto: Envelhecimento ativo um projeto de política de saúde - UnATI.OMS 2001. Disponível em: <[www.crde-unati.uerj.br/doc\\_gov/destaque/Madri.doc](http://www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc)>. Acesso em: 12 jan.13.

KOBAYASCHIK, C. T.; USHIYAMA, S. T. *et al.* Desenvolvimento e implantação de Terapia Assistida por Animais em hospital universitário. *Rev Bras Enferm*, v.62, n.4, p.632-6, 2009.

KUBZANSKY, L. D., BERKMAN, L. F., Glass T. A., SEEMAN T. E. Is educational attainment associated with shared determinants of health in the elderly? Findings from the MacArthur studies of successful aging. *Psychosom Med*. v.60, p.578-85, 1998.

LIMA, M. Os cães trazem alegria e saúde para a melhor idade. *Melhor Amigo*, v. 2, n. 9, p. 32-37, jan. 2005.

LIMA-COSTA M. F., BARRETO S. M., GIATTI L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000300006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300006&lng=pt&nrm=iso)>. doi: 10.1590/S0102311X2003000300006. Acesso em: 02 nov. 2012.

LIMA-COSTA, M. F. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔ, A, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*; v.38, n.6, p. 827-34, 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102004000600011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102004000600011&lng=pt&nrm=iso)>. doi:10.1590/S0034-89102004000600011. Acesso em: 10 jan.2013.

LIMA-COSTA, M. F. L.; GUERRA, H.L.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, A, E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Informe epidemiológico do SUS* 2001. v.10, n.4.p.147-16,2001.

LOPES, R. G. C.; GORODSCY, R. C.; GUIMARÃES, L. T. V. *Toques em idosos com Alzheimer mediados por animais*. Tema livre apresentado em Congresso de Psicopatologia Essencial – Niterói, 2008. Disponível em: <[http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii\\_congresso/temas\\_livres/toques\\_em\\_idosos\\_com\\_alzheimer\\_mediado](http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/iii_congresso/temas_livres/toques_em_idosos_com_alzheimer_mediado)>

s\_por\_animais.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

LOURENÇO, R. A.; VERAS, R. *Mini-exame do estado mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais*. Rev. Saúde Pública v. 40, n. 4, 2006.

MACHADO, J. De A. C.; ROCHA, J. R. SANTOS, L. M. *Terapia assistida por animais*. Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária.v.6,n.10,2008. Disponível em: [www.revista.inf.br](http://www.revista.inf.br) – [www.editorafaef.com.br](http://www.editorafaef.com.br) – [www.faef.br](http://www.faef.br). Acesso em: 13 mai. 2013.

MAGALHAES, A M.; LIRA, K. S.; MORAES, L. O. *Os efeitos da fisioterapia assistida por animais na qualidade de vida de idosos sedentários*. 2009. f. Dissertação (Fisioterapia) – Universidade do Amazonas, Pará, PA.

MEDRONHO, R.A. *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 685 p.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva* v..5, 2000.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E.R. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.224p.

MORAES, A. C. L. *Condições de Saúde e ambiente no entorno de um pólo petroquímico no Rio Grande do Norte: uma análise integrada*. 2010. f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública e Meio Ambiente). Disponível em: <[bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id](http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id)>. Acesso em: 23 dez.2012.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In. FREITAS, E. V. PY.; L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZON, M. L. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, vol.1, Capítulo 1, p. 2- 12.

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In. FREITAS, E. V.; P.Y, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZON, M. L. *Tratado de geriatria e gerontologia*, 2ª Ed..Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006, vol.1, Capítulo 14, p.147-153.

PASKULIN, L. M. G. *Fatores associados à Qualidade de vida de um distrito sanitário de Porto Alegre /Rio Grande do Su*2006 Tese (Ciências) - Escola Paulista de Medicina. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo. SP.

PEDROSO, B.; PILATTI, L. A.; GUTIERREZ, G. L. *Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-OLD pelo Microsoft Excel*. SBGG. 2011. Disponível em: <[www.sbgg.org.br/revistas\\_ed.aspx?pP=14&pI](http://www.sbgg.org.br/revistas_ed.aspx?pP=14&pI)>. Acesso em: 20 jan.2013.

PEREIRA, M. J. F.; PEREIRA, L.; FERREIRA, M. L. Os benefícios da terapia assistida por animais: uma revisão bibliográfica. *Saúde Coletiva*, Saúde Coletiva; v.4, n.14, p. 62-66, 2007.

PEREIRA, S. R. M.; BUKSMAN, S.; PERRACINI, M. PY. L. *et al. Quedas em idosos*. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2001. Projeto Diretrizes.

População idosa no Brasil - IBGE. 2008. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 08 dez.2011.

POSITION paper from the Health Organization. *Soc. Sci. Med*, 1995, v.41, n.10, p.1403-140, 1995.

PRADO, S. D. O curso da vida, o envelhecimento humano e o futuro. *Textos Envelhecimentos*. v. 4, n.8. Rio de Janeiro. 2002.

RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: Uma questão de saúde pública. *Gerontologia* v.1, n.1p.3-8, 1993. *Revista Ágora*, n.4, p. 1-29. 2006.

RAMOS, L. R. VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional; uma realidade brasileira. *Rev.SaúdePública*,v. 21,p. 211-24, 1987.

REBELATTO, J. R.; CALVO, J. I.; OREJUELA, J. R. PORTILLO, J. C. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Rev. bras. fisioter.* v. 10,n.1,p. 127-132, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v10n1/v10n1a17.pdf>>. Acesso em: 12 jan.2012.

Região Nordeste – Bairro de Belo Horizonte. IBGE, 2000. Disponível em: <<http://bairrosdebelohorizonte.webnode.com.br/regi%C3%A3o%20nordeste/>>. Acesso em: 24 jan. 2013.

RELATÓRIO Global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice. São Paulo Secretaria de Estado da saúde: 2010. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=Relat%C3%B3rio+Global+da+OMS+sobre+Preven%C3%A7%C3%A3o+de+Quedas+na+Velhice+&ie=utf8&oe=utf8&aq=t&rls=org.mozilla:pt-BR:official&client=firefox-a>>. Acesso em: 13 nov. 2012.

RODRIGUES, L. S.; SOARES, G. A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Revista Ágora*, Vitória, n.4, p.1-29. 2006.

SAMPAIO, I. B. M. *Estatística aplicada à experimentação animal*. 3 ed. Belo Horizonte: FEPMVZ-EDITORA, 2007.

SANTOS, S. S. C. *Textos envelhecimento* v.6 n.2 Rio de Janeiro 2003. Disponível em: <<file:///C:/Users/verldo/Desktop/ENVELHECIMENTO/ENVELHECIMENTO%20HUMANANO.htm>>. Acesso 11 jan.2013.

SCLAIR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n.1,p.29-41, 2007.

SILVA, M., MENEZES. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev. Med.* v.6, n.1, p.28-38, 2007.

STARLING, A.; THOMAS, M.; GUIDI, M. *O significado do animal de estimação na família*. Dissertação (Graduação em Ciências-Psicologia), Universidade do Extremo Sul Catarinense, santa Catarina (UNESC), 2009. Disponível em: <<HTTP://culturapsi.vilabol.uol.com.br/animal.htm>>. Acesso: 10 ago. 2011.

VACCARI, A. M. H.; ALMEIDA, F. A. A importância da visita de animais de estimação na recuperação de crianças hospitalizadas. 2007 n.f.Dissertação(Enfermagem). Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo (SP). Disponível em: <<http://apps.einstein.br/REVISTA/arquivos/PDF/419-Einstein-2OnlineAO419pg111-116.pdf>>. Acesso em: 03 jan.2010.



VELDE, B.P.; CIRPIANI, J.; FISHER, G. Resident and therapist views of animal-assisted therapy: Implications for occupational therapy practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, v.52 p.43-50, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, 2009; v.43, n.3, p.548-54, 2009. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>> Acesso em: 13 jan.2013

VIANA, H. B. Avaliando a qualidade de vida de pessoas idosas utilizando parâmetros subjetivos. *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, Campinas, v.25, n.3, p.140-158, maio, 2004.

VIANA, H. B. Avaliando a qualidade de vida de pessoas idosas utilizando parâmetros subjetivos, *Rev. Bras. Cienc. Esporte*, v.25, n.3, p.140-158, maio, 2004.

VIARO, O. *Manual do educador. Impacto educativo do projeto "Para viver bem com os bichos", módulo cães e gatos, realizado em Unidades Educacionais do Município de São Paulo, ano de apresentação 200, n.f.* .Dissertação (Mestrado em Epidemiologia)- Universidade de São Paulo São Paulo .2000. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/.../10/.../Osleny\\_Viario.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/.../10/.../Osleny_Viario.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 13.

## APÊNDICEA

### Roteiro da Entrevista



---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**PROJETO DE PESQUISA: A presença do cão e suas implicações na saúde da pessoa idosa residente na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, Regional Nordeste, Belo Horizonte – MG, 2011/2012.**

**PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS: Danielle Ferreira de Magalhães Soares e Maria Aparecida Alves Martins**

---

**PREENCHER O NÚMERO QUANDO FOR DIGITAR**      **QUESTIONÁRIO N°:** \_\_\_\_\_

**Centro de Saúde:**

\_\_\_\_\_

**Aplicador:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Data:**

**Nome** \_\_\_\_\_ **do** \_\_\_\_\_ **entrevistado:**

**Endereço:**

\_\_\_\_\_

**Centro de Saúde: São Gabriel**

**N° do Setor Censitário:** \_\_\_\_\_

---

**1 – DADOS DEMOGRÁFICOS:**

---

**1.1 - Sexo:** ( 1 ) Feminino ( 2 ) Masculino

**1.2 - Idade:** \_\_\_\_\_ anos

**1.3 - Estado civil:**

( 1 ) Solteiro(a) ( 4 ) Viúvo(a)  
( 2 ) Casado(a) ( 5 ) Separado(a)  
( 3 ) Divorciado(a) ( 6 ) Outros \_\_\_\_\_

**1.4 – Escolaridade:** O Sr.(a) ESTUDOU ATÉ QUAL SÉRIE / ANO

( 1 ) Sem escolaridade ( 5 ) Ensino médio/técnico completo  
( 2 ) Ensino fundamental incompleto ( 6 ) Ensino superior incompleto  
( 3 ) Ensino fundamental completo ( 7 ) Ensino superior completo  
( 4 ) Ensino médio/técnico incompleto ( 8 ) Pós-graduação  
( 9 ) Não sabe/Não respondeu

**1.5 – Qual é a sua principal ocupação atualmente?**

( 1.5.1 ) Trabalha ( 1 ) Sim ( 2 ) Não  
( 1.5.2 ) Aposentado(a) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 1.5.3 ) Trabalha e é aposentado(a) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 1.5.4 ) Dona de casa ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 1.5.5 ) Desempregado(a) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

**1.6 - Renda familiar:** **SOMA DA RENDA DE TODOS DA FAMÍLIA (LER AS ALTERNATIVAS)**

(obs: o valor do salário mínimo é de R\$ 545,00).

( 1 ) Sem renda ( 5 ) Entre 2 e 3 salários mínimos

( 2 ) Menos que 1 salário mínimo ( 6 ) Entre 3 e 5 salários mínimos

( 3 ) 1 salário mínimo ( 7 ) Acima de 5 salários mínimos

( 4 ) Entre 1 e 2 salários mínimos ( 99 ) Não sabe/ Não respondeu

---

## 2 - CONDIÇÕES DE MORADIA

---

**2.1 – Quantas pessoas moram na sua casa?** \_\_\_\_\_

**2.2 – Com quem o Sr. (a) reside:**

( 2.2.1 ) Mora sozinho(a) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 2.2.2 ) Esposo(a)/companheiro ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

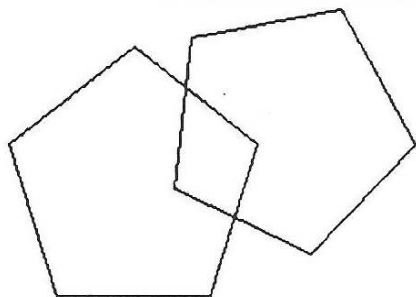
( 2.2.3 ) Filho(a) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

- |                          |                           |                     |
|--------------------------|---------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | ( 2.2.4 ) Irmão/irmã      | ( 1 ) Sim ( 2 ) Não |
| <input type="checkbox"/> | ( 2.2.5 ) Nora/genro      | ( 1 ) Sim ( 2 ) Não |
| <input type="checkbox"/> | ( 2.2.6 ) Neto(a)         | ( 1 ) Sim ( 2 ) Não |
| <input type="checkbox"/> | ( 2.2.7 ) Outros parentes | ( 1 ) Sim ( 2 ) Não |
| <input type="checkbox"/> | ( 2.2.8 ) Amigos          | ( 1 ) Sim ( 2 ) Não |
| <input type="checkbox"/> | ( 2.2.9 ) Empregado(a)    | ( 1 ) Sim ( 2 ) Não |
| <input type="checkbox"/> | (2.2.10) Outros<br>_____  | ( 1 ) Sim ( 2 ) Não |

### 3 - AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO

**Versão do Mini-exame do Estado Mental que Deve ser Utilizada no Brasil. (BERTOLUCCI et al., 1994)**  
**Mini-exame do Estado Mental (FOLSTEIN , FOLSTEIN & MCHUGH ,1975)**

ORIENTAÇÃO:	Pontos	Pontuação
• Dia da semana	1	<i>Orientação temporal: Um ponto para cada resposta certa. Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação a hora real/local.</i>
• Dia do mês	1	
• Mês	1	
• Ano	1	
<b>HORA APROXIMADA:</b>	1	<i>Orientação temporal: Um ponto para cada resposta certa.</i>
• Local específico (apartamento ou setor)	1	
• Local genérico (Instituição: hospital, residência, clínica.)	1	
• Bairro ou rua próxima	1	
• Cidade	1	
• Estado	1	
<b>MEMÓRIA IMEDIATA:</b>		<i>Um ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa.</i>
• Carro, vaso, tijolo.	3	<i>Repeita até as 3 palavras serem entendidas ou o máximo de 5 tentativas.</i>
<b>ATENÇÃO E CÁLCULO:</b>		
• 100-7 sucessivos = 93; 86; 79; 72; 65	5*	<i>Um ponto para cada resposta certa.</i>
• Soletrar a palavra MUNDO de trás para frente.	5*	<i>Um ponto para cada letra na posição correta *Obs: Será considerado apenas a nota referente ao melhor desempenho.</i>
<b>EVOCAÇÃO</b>		<i>Um ponto para cada uma das 3 palavras evocadas.</i>
• Recordar as três palavras	3	
<b>Linguagem:</b>		
• Nomear um relógio e uma caneta	2	<i>Um ponto para cada resposta certa.</i>
• Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá."	1	<i>Um ponto para cada etapa correta.</i>
• Comando: "Pegue este papel com sua mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão."	3	
• Ler e obedecer: "Feche os olhos"	1	
• Escrever uma frase (NO VERSO DESSA FOLHA)	1	<i>Um ponto se compreensível.</i>
• Copiar um desenho	1	<i>Um ponto se 5 ângulos em cada figura com 2 ângulos sobrepostos.</i>
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	



DOBRAR.....

# FECHE OS OLHOS

---

#### 4 - PERCEPÇÃO DE SAÚDE

---

**4.1 -.De maneira geral o Sr. (a) diria que sua saúde é:LER AS ALTERNATIVAS**

( 1 ) Muito boa

( 2 ) Boa

( 3 ) Razoável

( 4 ) Ruim

( 5 ) Muito Ruim

**4.2 – Nas últimas semanas aconteceu algum fato importante na sua vida?**

( 1 ) Sim ( 2 ) Não **SE SIM**

**Este fato foi:( 1 ) Bom ( 2 ) Ruim**

**O Sr. (a) pode citar o que ocorreu?**

-

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4.3 – O Sr.(a) possui alguma das seguintes doenças?**

( 4.3.1 ) Pressão Alta ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.2 ) Diabetes ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.3 ) Doença renal crônica ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.4 ) Doença pulmonar (bronquite/enfisema) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.5 ) Artrite ou reumatismo ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.6 ) Doença de Parkinson ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.7 ) Cirrose ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.9 ) Catarata ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.10 ) Derrame ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.11 ) Depressão ( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 99 ) Não sabe

( 4.3.12 ) Outra (s) ( 1 ) Sim ( 2 ) Não \_\_\_\_\_

**4.4 – O Sr.(a) teve alguma queda no último ano?**

( 1 ) Sim ( 2 ) Não ( 3 ) Não lembra

SEA RESPOSTA DA PERGUNTA ANTERIOR FOR SIM

**4.5 – O cão foi a causa da sua queda?**

( 1 ) Sim ( 2 ) Não



**Por quê?**

---

---

---

**5 – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA- WHOQOL – ABREVIADO**

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Bom	Bom	Muito Bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nunca	Algumas Vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26	1	2	3	4	5

Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

Alguém ajudou o Sr.(a) a preencher este questionário? .....

O Sr.(a) tem mais alguma informação a acrescentar neste questionário?

---

---

---

---

Tempo de preenchimento do questionário? .....

---

## **6 - INTERAÇÃO PESSOA IDOSA/CÃO**

---

**6.1 – O Sr.(a) possui cão em casa ?**                      ( 1 ) Sim        ( 2 ) Não

Quantos são? \_\_\_\_\_

**6.2 - Nome do cão:** \_\_\_\_\_

**6.3 – Sexo do cão:** ( 1 ) Fêmea    ( 2 ) Macho

**6.4 - Idade do cão:** \_\_\_\_\_

**6.5 -Raça do cão:** \_\_\_\_\_

**6.6 - Cor do cão:** \_\_\_\_\_

**6.7 - Porte do cão: ( 1 ) pequeno ( 2 ) médio ( 3 ) grande**

**6.8 – Há quanto tempo o Sr. (a) tem o cão?**

- ( 1 ) Adquirido recentemente (até 1 mês)      ( 4 ) 4 a 5 anos  
( 2 ) Menos de um ano      ( 5 ) Mais de 5 anos  
( 3 ) 2 a 3 anos      ( 99 ) Não sabe

**6.9 - Quem é o proprietário do cão?**

- ( 1 ) A pessoa idosa  
( 2 ) Filho (a)  
( 3 ) Neto  
( 4 ) Outros \_\_\_\_\_

**6.10 –O Sr.(a) cuida do cão?      (1)Sim    (2) Não**

**6.11 –A relação do Sr.(a) com seu cão é... **LER AS ALTERNATIVAS****

- ( 5.11.1 ) Financeira      ( 1 ) Sim    ( 2 ) Não  
( 5.11.2 ) Para proteção/guarda    ( 1 ) Sim    ( 2 ) Não  
( 5.11.3 ) Para companhia      ( 1 ) Sim    ( 2 ) Não  
( 5.11.4 ) Para função de guia    ( 1 ) Sim    ( 2 ) Não

( 5.11.5 ) Outros ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

---

**6.12 – Quais atividades o Sr.(a) realiza na interação com o seu cão?**

( 5.12.1 ) Dar banho ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 5.12.2 ) Dar alimentação ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 5.12.3 ) Limpar a área que o cão fica ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 5.12.4 ) Levar para consultas ao veterinário/vacinar ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 5.12.5 ) Levar para passear/exercitar/faz caminhadas com o cão ( 1 ) Sim ( 2 ) Não

( 5.12.6 )

Outros \_\_\_\_\_

**6.13 – O Sr. (a) julga que a presença do cão traz benefícios para sua saúde?**

( 1 ) Sim ( 2 ) Não

Qual(is)benefício(s)

---



## APÊNDICE B

Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “A presença do cão e suas implicações na saúde da pessoa idosa residente na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, Regional Nordeste, Belo Horizonte – MG, 2011/2012.”.

Este trabalho faz parte do estudo de campo da aluna Maria Aparecida Alves Martins (matrícula 2011667296), do mestrado em Ciência Animal da UFMG- Universidade Federal de Minas Gerais. As informações obtidas com o questionário poderão colaborar para um maior conhecimento sobre a interação do idoso com seu cão contribuindo assim para o desenvolvimento de ações que visem promoção da saúde da pessoa idosa e incentivo à posse responsável de animais de companhia.

O estudo tem o objetivo de verificar se a presença do cão no domicílio implica em melhor condição de saúde para pessoas idosas residentes no município de Belo Horizonte- MG. Sua participação consiste em responder a um questionário com questões referentes ao seu estado físico, psicológico e relações sociais.

O questionário está dividido em 2 grupos de perguntas. O primeiro grupo contém 40 perguntas referentes a seus dados pessoais, renda familiar, condição de moradia, avaliação de sua atenção, memória, condição de saúde e qualidade de vida.

Se você possuir um cão, haverá um segundo grupo de questões sobre as características do cão, sua relação com o mesmo e coleta de sangue do animal. Caso o resultado do exame de sangue do seu cão seja positivo para Leishmaniose, a Gerência de Zoonoses será notificada. Segundo o Ministério da Saúde, nestes casos recomenda-se o recolhimento do animal devido ao risco que o mesmo representa à saúde pública.

O questionário será aplicado em seu domicílio e não há riscos para sua participação. Para respondê-lo você receberá a visita de um aluno da UFMG, que lhe fará algumas perguntas. Peça ao entrevistador que se identifique. A previsão de tempo para aplicação do questionário será de aproximadamente 30 (trinta) minutos.

A participação nessa pesquisa não tem como objetivo submetê-lo a nenhuma forma de tratamento bem como não acarretará qualquer ônus financeiro com relação à sua participação neste estudo.

O nome do Senhor (a) e todas as respostas serão mantidos em sigilo, garantindo a sua privacidade. O Senhor (a) tem total liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu

consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

Se o Senhor (a) está de acordo em participar e contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, respondendo aos questionários, por favor, assine ou marque com sua digital no espaço abaixo.

Eu, \_\_\_\_\_, n.º de prontuário/ n.º de matrícula \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar como voluntário do estudo “A presença do cão e suas implicações na saúde da pessoa idosa residente na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, Regional Nordeste, Belo Horizonte – MG, 2011/2012.”, como entrevistado. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

---

Local e data

---

Nome e Assinatura do entrevistado

---

Nome e Assinatura do orientando/fone: 031-9784-7932

---

Nome e Assinatura do orientador/fone: 031-8835-1408

Contato com os pesquisadores:

Maria Aparecida Alves Martins: (31) 3492-7932 [cidamartinsfisio@hotmail.com](mailto:cidamartinsfisio@hotmail.com), Danielle Ferreira de Magalhães Soares (Pesquisador responsável): (31) 8835-1408/3409-2084 [daniellef@ufmg.br](mailto:daniellef@ufmg.br), Av. Antônio Carlos, 6627, CEP 30161-970. Qualquer dúvida, sob o ponto de vista ético, em relação a esta pesquisa também poderá ser feito junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – fone 31 3409-4592 e-mail: [coep@prpq.ufmg.br](mailto:coep@prpq.ufmg.br) Endereço: Avenida Presidente Carlos Luz, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar sala 2005, Cep: 31.270-901 – Belo Horizonte – Minas Gerais e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de Belo Horizonte – fone 31 3277-5309, e-mail: [coep@pbh.gov.br](mailto:coep@pbh.gov.br) Endereço: Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar, Funcionários, Cep: 30130-007 – Belo Horizonte, Minas Gerais.

## APÊNDICE C

Resultados da avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-*brief*.

### 1-Qualidade de vida

TABELA 01 -Distribuição das pessoas idosas por avaliação da qualidade de vida, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Qualidade de vida	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito ruim	0	0	1	2	1
Ruim	1	2	0	0	1
Nem ruim nem boa	11	22	7	14	18
Boa	31	62	34	68	65
Muito boa	7	14	8	16	15
Total	50	100	50	100	100

### 2- Satisfação com a saúde

TABELA 02- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com sua saúde, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com a saúde	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	1	2	0	0	1
Insatisfeito	4	8	2	4	6
Nem satisfeito,nem insatisfeito	11	22	13	26	24
Satisfeito	27	54	26	52	53
Muito satisfeito	7	14	9	18	16
Total	50	100	50	100	100

### 3- Dor (física) que impede a pessoa idosa de fazer o que precisa

TABELA 03- Distribuição das pessoas idosas por presença de dor que as impede de fazer o que precisa, segundo presença ou não do cão no domicílio bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Dor que impede de fazer o que precisa	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	28	56	39	78	67
Muito pouco	6	12	2	4	8
Mais ou menos	4	8	4	8	8
Bastante	9	18	4	8	13
Extremamente	3	6	1	2	4
Total	50	100	50	100	100

### 4- Necessidade de tratamento médico

TABELA 04- Distribuição das pessoas idosas por necessidade de tratamento médico para levar a vida diária, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Necessidade de tratamento médico	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	3	6	2	4	5
Muito pouco	12	24	13	26	25
Mais ou menos	18	36	18	36	36
Bastante	14	28	16	32	30
Extremamente	3	6	1	2	4
Total	50	100	50	100	100

### 5- O quanto a pessoa idosa aproveita a vida

TABELA 05- Distribuição das pessoas idosas por o quanto aproveita a vida, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

O quanto aproveita a vida	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	6	12	4	8	10
Muito pouco	8	16	5	10	13
Mais ou menos	15	30	14	28	29
Bastante	16	32	23	46	39
Extremamente	5	10	4	8	9
Total	50	100	50	100	100

## 6-Em que medida a vida do idoso tem sentido

TABELA 06- Distribuição das pessoas idosas por sobre em que medida sua vida tem sentido, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Em que medida a vida tem sentido	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	0	0	1	2	1
Muito pouco	1	2	0	0	1
Mais ou menos	10	20	4	8	14
Bastante	25	50	31	62	56
Extremamente	14	28	14	28	28
Total	50	100	50	100	100

## 7- Capacidade de concentração

TABELA 07- Distribuição das pessoas idosas por capacidade de concentração, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Capacidade de concentração	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
1 Nada	0	0	1	2	1
2 Muito pouco	5	10	5	10	10
3 Mais ou menos	13	26	11	22	24
4 Bastante	28	56	29	58	57
5 Extremamente	4	8	4	8	8
Total	50	100	50	100	100

## 8- Segurança na vida diária da pessoa idosa

TABELA 08-Distribuição das pessoas idosas por segurança na vida diária, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Segurança na vida diária	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	0	0	5	10	5
Muito pouco	10	20	3	6	13
Mais ou menos	11	22	14	24	25
Bastante	24	48	28	58	52
Extremamente	5	10	0	0	5
Total	50	100	50	100	100

## 9- Presença de ambiente físico saudável para a pessoa idosa

TABELA 09- Distribuição das pessoas idosas por presença de ambiente físico saudável , segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Ambiente físico saudável	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	1	2	1	2	2
Muito pouco	2	4	5	10	7
Mais ou menos	11	22	7	14	18
Bastante	35	70	34	68	69
Extremamente	1	2	3	6	4
Total	50	100	50	100	100

## 10- Presença de energia suficiente para seu dia-a-dia

TABELA 10- Distribuição das pessoas idosas por presença de energia suficiente para o dia-a-dia, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Energia suficiente no dia-a-dia	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	0	0	1	2	1
Muito pouco	8	16	4	8	12
Médio	14	28	19	38	33
Muito	20	40	18	36	38
Completamente	8	16	8	16	16
Total	50	100	50	100	100

## 11- Aceitação da aparência física

TABELA 11- Distribuição das pessoas idosas por aceitação da aparência física, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Aceitação da aparência física	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	2	4	0	0	2
Muito pouco	1	2	4	8	5
Médio	8	16	9	18	17
Muito	22	44	21	42	43
Completamente	17	34	16	36	33
Total	50	100	50	100	100

## 12- O idoso possuir dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades

TABELA 12- Distribuição das pessoas idosas por quanto a possuir dinheiro suficiente para atender às necessidades da pessoa idosa, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Dinheiro suficiente para satisfazer necessidades	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	0	0	2	4	2
Muito pouco	13	26	8	16	21
Médio	29	58	31	62	60
Muito	8	16	3	6	11
Completamente	0	0	6	12	6
Total	50	100	50	100	100

## 13- Disponibilidade das informações que o idoso precisa no seu dia- a- dia

TABELA 13- Distribuição das pessoas idosas por disponibilidade das informações que precisa no se dia–a dia, segundo presença o não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Disponibilidade de informações que precisa	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	0	0	1	2	1
Muito pouco	10	20	6	12	16
Médio	15	30	15	30	30
Muito	24	48	27	54	51
Completamente	1	2	1	2	2
Total	50	100	50	100	100

## 14 - Oportunidade quem tem a pessoa idosa de realizar atividades de lazer

TABELA 14-Distribuição das pessoas idosas por oportunidades de atividades de lazer, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Oportunidade de atividades de lazer	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nada	11	22	11	22	22
Muito pouco	9	18	11	22	20
Médio	16	32	14	28	30
Muito	13	26	12	24	25
Completamente	1	2	2	4	3
Total	50	100	50	100	100

## 15- Capacidade de locomoção da pessoa idosa

TABELA 15-Distribuição das pessoas idosas por capacidade de se locomover, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Capacidade de locomoção	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito ruim	0	0	1	2	1
Ruim	6	12	4	8	10
Nem ruim nem bom	13	26	11	22	24
Bom	23	46	22	44	45
Muito bom	8	16	12	24	20
Total	50	100	50	100	100

## 16- Satisfação do idoso com o sono

TABELA 16- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com o sono, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com o sono	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	3	6	2	4	5
Insatisfeito	13	26	7	14	20
Nem satisfeito /nem insatisfeito	4	8	6	12	10
Satisfeito	20	40	20	40	40
Muito satisfeito	10	20	15	30	25
Total	50	100	50	100	100

## 17- Satisfação do idoso com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia

TABELA 17- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com sua capacidade de desempenhar as atividades dia-a-dia, segundo presença ou não do cão no domicílio bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia-a-dia	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	1	2	0	0	1
Insatisfeito	3	6	2	4	5
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	16	9	18	17
Satisfeito	27	54	26	52	53
Muito satisfeito	11	22	13	26	24
Total	50	100	50	100	100



## 18 - Satisfação do idoso com a sua capacidade para o trabalho

TABELA 18-Distribuição das pessoas idosas por satisfação com a capacidade para o trabalho físico, segundo presença o não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com a capacidade para o trabalho	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	0	0	2	4	2
Insatisfeito	4	8	1	2	5
Nem satisfeito nem insatisfeito	9	18	10	20	19
Satisfeito	25	50	27	52	52
Muito satisfeito	12	24	10	20	22
Total	50	100	50	100	100

## 19- - Satisfeito do idoso consigo mesmo

TABELA 19-Distribuição das pessoas idosas por satisfação consigo mesmo, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação consigo mesmo	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	0	0	1	2	1
Insatisfeito	1	2	2	4	3
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	14	5	10	12
Satisfeito	28	52	33	66	61
Muito satisfeito	13	26	10	20	23
Total	50	100	50	100	100

## 20- Satisfação do idoso com suas relações pessoais

TABELA 20- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com suas relações pessoais, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com as relações pessoais	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	0	0	1	2	1
Insatisfeito	1	2	1	2	2
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	16	3	6	11
Satisfeito	20	40	29	58	49
Muito satisfeito	20	40	17	34	37
Total	50	100	50	100	100

## 21- Satisfação do idoso com a sua vida sexual

TABELA 21- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com a sua vida sexual, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com sua vida sexual	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	2	4	4	8	6
Insatisfeito	8	16	8	16	16
Nem satisfeito nem insatisfeito	19	38	15	30	34
Satisfeito	17	32	22	44	39
Muito satisfeito	4	8	1	2	5
Total	50	100	50	100	100

## 22-Satisfeito da pessoa idosa com o apoio que recebe de seus amigos

TABELA 22- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com o apoio que recebe dos amigos, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com o apoio dos amigos	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	0	0	0	0	0
Insatisfeito	1	2	1	2	2
Nem satisfeito nem insatisfeito	6	12	3	6	9
Satisfeito	20	40	32	64	52
Muito satisfeito	22	44	15	30	37
Total	50	100	50	100	100

## 23- Satisfação do idoso com as condições do local onde mora

TABELA 23-Distribuição das pessoas idosas por satisfação com o lugar onde mora, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com o lugar onde mora	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	3	6	2	4	5
Insatisfeito	4	8	0	0	4
Nem satisfeito nem insatisfeito	2	4	3	6	5
Satisfeito	24	48	26	52	50
Muito satisfeito	18	36	18	36	36
Total	50	100	50	100	100

## 24- Satisfação do idoso com o acesso aos serviços de saúde

TABELA 24- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com o acesso aos serviços de saúde, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação está com os serviços de saúde	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	8	16	11	22	19
Insatisfeito	12	24	6	12	18
Nem satisfeito nem insatisfeito	8	16	8	16	16
Satisfeito	21	42	20	40	41
Muito satisfeito	1	2	5	10	6
Total	50	100	50	100	100

## 25 - Satisfação do idoso com seu meio de transporte

TABELA 25- Distribuição das pessoas idosas por satisfação com seu meio de transporte, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Satisfação com o meio de transporte	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Muito insatisfeito	1	2	4	8	5
Insatisfeito	3	6	6	12	9
Nem satisfeito nem insatisfeito	5	10	9	18	14
Satisfeito	33	66	27	54	60
Muito satisfeito	8	16	2	4	12
Total	50	100	50	100	100

## 26- Frequência com que o idoso tem sentimentos negativos

TABELA 26- Distribuição das pessoas idosas por frequência com que tem sentimentos negativos, segundo presença ou não do cão no domicílio, bairro São Gabriel, Belo Horizonte, 2012.

Frequência de sentimentos negativos	Presença do Cão				Total
	Sim		Não		
	N	%	N	%	
Nunca	14	28	15	30	29
Algumas vezes	22	44	29	58	51
Frequentemente	7	14	2	4	9
Muito frequentemente	3	6	2	4	5
Sempre	4	8	2	4	6
Total	50	100	50	100	100

## APÊNDICE D

### Teste de Normalidade

#### Tests of Normality

GRUPO		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PHYS	TEM CAO	,157	50	,004	,950	50	,033
	NAO TEM CAO	,097	50	,200*	,965	50	,140
PSYCH	TEM CAO	,111	50	,172	,974	50	,333
	NAO TEM CAO	,102	50	,200*	,978	50	,483
SOCIAL	TEM CAO	,192	50	,000	,929	50	,005
	NAO TEM CAO	,212	50	,000	,898	50	,000
ENVIR	TEM CAO	,121	50	,066	,972	50	,276
	NAO TEM CAO	,147	50	,009	,928	50	,005

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

## APÊNDICE E

### Testes Estatísticos

#### Test Statistics<sup>a</sup>

	PHYS	PSYCH	SOCIAL	ENVIR
Mann-Whitney U	1100,000	1101,000	1201,000	1223,500
Wilcoxon W	2375,000	2376,000	2476,000	2498,500
Z	-1,037	-1,034	-,346	-,183
Asymp. Sig. (2-tailed)	,300	,301	,729	,855

a. Grouping Variable: GRUPO

## ANEXO A

### Teste *Kappa*

A concordância das questões deste instrumento foi avaliada através do teste *Kappa*, segundo Landis e Koch (1977), conforme quadro abaixo.

Classificação do índice *Kappa* segundo Landis e Koch (1977).

Grau de concordância ( <i>kappa</i> )	Interpretação
< 0,0	Pobre
0,01 < 0, 20	Superficial
0, 21 - 0,40	Razoável
0,41 - 0,60	Moderada
0,61 - 0,80	Substancial
0,81 - 0,99	Quase perfeita
1	Perfeita

Fonte: Medronho (2009)

## ANEXO B

### Sintaxe do WHOQOL-bref

### ANÁLISE DO WHOQOL-BREF

Tabela para apresentação dos resultados de qualidade de vida do WHOQOL Breve

**Data Domínio Físico**

**Domínio Psicológico**

**Domínio Relações Sociais**

**Domínio Meio Ambiente**

Resultados em % de 0 a 100

Quanto maior a porcentagem (mais perto de 100%) melhor a qualidade de vida. O módulo WHOQOL-BREF é constituído de 26 perguntas (sendo a pergunta número 1

e 2 sobre a qualidade de vida geral), as respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5, quanto maior a pontuação melhor a qualidade de vida). Fora essas duas questões (1 e 2), o instrumento tem 24 facetas as quais compõem 4 domínios que são: FÍSICO, PSICOLÓGICO, RELAÇÕES SOCIAIS e MEIO AMBIENTE.

É UM POUCO DIFERENTE DO WHOQOL-OLD. NESTE INSTRUMENTO TERÁ

QUE APARECER O RESULTADO SOMENTE EM MÉDIA (1 A 5) POR DOMÍNIO E POR FACETA. ATENÇÃO!!! NESTE INSTRUMENTO É NECESSÁRIO TAMBÉM RECODIFICAR O VALOR DAS QUESTÕES 3, 4, 26 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1)

AS PERGUNTAS 1 E 2 DEVERÃO APARECER DA SEGUINTE FORMA.

1 – PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA ( RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5);

2 – SATISFAÇÃO COM A SAÚDE ( RESULTADO EM MÉDIA 1 A 5)

**CADA FACETA É SÓ SOMAR OS VALORES DA ENTREVISTA (DE 1 A 5) E**

**DIVIDIR PELO NUMERO DE PARTICIPANTES. FAZER UMA MÉDIA ONDE O RESULTADO VAI SER DE 1 ATÉ 5.**

**ABAIXO ESTÃO OS DOMÍNIOS E SUAS FACETAS CORRESPONDENTES CADA FACETA COM UM NUMERO IDENTIFICADOR CONFORME O QUESTIONÁRIO JÁ ENVIADO.**

**Domínios e facetas do WHOQOL-bref.**

Domínio 1 - **Domínio físico**

3. Dor e desconforto **AQUI DO LADO VAI APARECER A MÉDIA (RESULTADO)**

4. Energia e fadiga **EM CADA FACETA.**

10. Sono e repouso

15. Mobilidade

16. Atividades da vida cotidiana

17. Dependência de medicação ou de tratamentos

18. Capacidade de trabalho

**PARA CALCULAR O DOMÍNIO FÍSICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS**

**FACETAS E DIVIDIR POR 7.  $(Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17, Q18)/7$ .**

MESMO FORMATO DEVE SER FEITO NOS DEMAIS DOMÍNIOS.

Domínio 2 - **Domínio psicológico**

5. Sentimentos positivos

6. Pensar, aprender, memória e concentração

7. Autoestima

11. Imagem corporal e aparência



19. Sentimentos negativos

26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais

**PARA CALCULAR O DOMINIO PSICOLOGICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 6. (Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6**

Domínio 3 - **Relações sociais**

20. Relações pessoais

21. Suporte (Apoio) social

22. Atividade sexual

**PARA CALCULAR O DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 3. (Q20,Q21,Q22)/3**

Domínio 4 - **Meio ambiente**

8. Segurança física e proteção

9. Ambiente no lar

12. Recursos financeiros

13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade

14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades

23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer

24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)

25. Transporte

**PARA CALCULAR O DOMINIO MEIO AMBIENTE É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 8. (Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8**

**TODOS OS RESULTADOS VÃO SER EM MÉDIA TANTO NO DOMINIO QUANTO NAS FACETAS. QUANTO AOS RELATORIOS MESMO FORMATO DO WHOQOL-OLD.**

OPÇÃO PARA IMPRIMIR PARA ALUNOS O RELATORIO COMPLETO (COM

DOMINIO, AS FACETAS, AS PERGUNTAS UM E DOIS E A CLASSIFICAÇÃO **necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) )**  
ERESUMIDO COM OS RESULTADOS DAS QUESTOES UM E DOIS **necessita melhorar(quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5).**

**OS DADOS TABULADOS DEVEM SER COMPATIVEIS PARA IMPORTAÇÃO PARA EXCEL, CASO SEJA NECESSÁRIO.**

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK *et al*, 2000) - Versão em Português

## ANEXO C



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

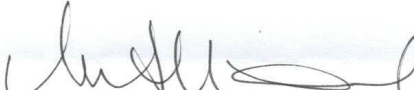
Projeto: CAAE – 0629.0.203.410-11

Interessado(a): **Profa. Danielle Ferreira de Magalhães**  
**Departamento de Medicina Veterinária**  
**Preventiva**  
**Escola de Veterinária - UFMG**

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 19 de março de 2012, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"A presença do cão e suas implicações na saúde da pessoa idosa residente na área de abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, Regional Nordeste, Belo Horizonte, MG, 2011/2012"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.



**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
**Coordenadora do COEP-UFMG**

## ANEXO D

### CEP PBH

**Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**  
**Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**

Processo 0629.0.203.410-11A

**Pesquisadora responsável:** Danielle Ferreira de Magalhães Soares

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – CEP/SMSA/BH aprovou em 23 de outubro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado "A presença do cão e suas implicações na saúde da pessoa idosa residente na Área de Abrangência do Centro de Saúde São Gabriel, Regional Nordeste, Belo Horizonte – MG, 2011/2012", bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

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



Eduardo Prates Miranda

Coordenador do CEP/SMSA/BH

Eduardo Prates Miranda - CEP/SMSA/BH  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
CEP/SMSA/BH

Avenida Afonso Pena, 2336, 9º andar. Funcionários - Belo Horizonte. 30.130-007 - MG.  
[cep@pbh.gov.br](mailto:cep@pbh.gov.br) TEL.: (31) 3277-5309 FAX: (31) 3277-7768