

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE  
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO PARANÁ**

**CURITIBA**

**2018**

**EVELYN KULTUM OPUSZKA ACACIO**

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE UMA UNIDADE DE  
SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Doroteia Aparecida Höfelmann

**CURITIBA**

**2018**

## AGRADECIMENTOS

Minha gratidão, principalmente, a Deus que me sustentou nesses dois anos de Residência com excelência e amor, provando todos os dias o quanto ajeita cada detalhe para tudo ser perfeito;

À professora Doroteia que, com muita paciência e dedicação, me orientou nesse período de trabalho, me atendendo em suas férias e me capacitando a fazer o melhor e à professora Regina que fará parte da correção, também em suas férias;

Aos colegas e amigos de Moinho Velho, principalmente Marina, Ana, Dag e Julie que tornaram tudo possível, deixaram meus dias mais leves e foram o apoio para chegar ao fim. Incluo Rayane, Jenifer e Vanessa (estagiárias da UFPR) que me auxiliaram na coleta de dados com esmero;

Ao Geison, meu marido e amor, que, em meio à turbulência da residência teve a calma e a base que precisei para me ajudar, apoiar e incentivar em cada passo, me fez rir e chorar (junto com a Lessie!);

Aos meus pais que sempre apoiaram cada decisão minha, torceram, choraram, sorriram e oraram comigo para que essa fase se encerrasse bem.

(Acacio, EKO). Qualidade de vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um município do Paraná [Trabalho de Conclusão de Residência]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2018.

## RESUMO

O envelhecimento populacional reforça a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (QV). O objetivo do estudo foi analisar a QV e os fatores de saúde associados entre idosos de uma Unidade de Saúde de Colombo/PR. A QV foi investigada através da Escala de Autorrelato da QV por meio de questionário (CASP-16). A associação entre QV e as variáveis foi testada empregando modelos de equações de estimativas generalizadas, com estimativa de coeficientes (betas) e intervalos de confiança de 95% (IC95%). Participaram do estudo 198 idosos, 54,0% do sexo feminino, com idade entre 65 e 90 anos. O escore médio de QV foi de 31,9 (IC95% 30,7; 33,1). Após análises ajustadas, a QV foi maior entre idosos: viúvos (coeficiente 3,68 IC95% 1,16;6,21) e que referiram praticar atividade física (3,48 IC95% 1,51;5,46); e menores escores de QV entre os não-participantes de atividades externas (-3,76; IC95% -5,82;-1,70), com dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária (-7,45; IC95% -10,64;-4,25) e com autoavaliação negativa da saúde (-4,32; IC95% -7,48;-1,15). Desse modo, a capacidade funcional é um dos principais determinantes da percepção de saúde. Nas ações de saúde para o público, deve-se priorizar a QV levando-se em conta atividades voltadas ao envelhecimento ativo.

Palavras chave: qualidade de vida; idosos; saúde da família.

(Acacio, EKO). Quality of life of the elderly of a Health Unit in a municipality of Paraná [Work of Completion of Residence]. Curitiba: Federal University of Paraná; 2018.

## **ABSTRACT**

Population aging reinforces the importance of ensuring that older people not only have a longer life expectancy but also a good quality of life (QoL). The objective of the study was to analyze the QoL and the associated health factors among the elderly of a Health Unit of Colombo / PR. QOL was investigated through the QOL Self-report scale using a questionnaire (CASP-16). The association between QoL and variables was tested using models of generalized estimation equations, with estimates of coefficients (betas) and 95% confidence intervals (95% CI). A total of 198 elderly people, 54.0% female, between 65 and 90 years of age participated in the study. The mean QOL score was 31.9 (95% CI 30.7, 33.1). After adjusted analyzes, the QoL was higher among the elderly: widows (coefficient 3.68 CI95% 1.16, 6.21) and who reported practicing physical activity (3.48 95% CI 1.51, 5.46); and lower QOL scores among non-participants in external activities (-3.76, 95% -5.82, -1.70), with difficulty performing basic activities of daily living (-7.45, 95% CI- 10.64, -4.25) and with negative self-assessment of health (-4.32, 95% CI -7.48, -1.15). Thus, functional capacity is one of the main determinants of health perception. In health actions for the public, priority should be given to QoL taking into account activities aimed at active aging.

Key words: quality of life; seniors; family Health.

## SUMÁRIO

<b>ARTIGO</b>	01
<b>REFERÊNCIAS</b>	21
<b>APÊNDICE 1</b>	25
<b>APÊNDICE 2</b>	27
<b>APÊNDICE 3</b>	29
<b>ANEXO 1</b>	33
<b>ANEXO 2</b>	42
<b>ANEXO 3</b>	47

## ARTIGO

### Qualidade de Vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um município do Paraná<sup>1</sup>

#### INTRODUÇÃO

A população idosa vem aumentando no Brasil devido ao incremento da expectativa de vida e à diminuição da taxa de fecundidade. Os avanços na área da saúde e melhoria das condições de vida também possibilitam que as pessoas vivam mais, ainda que o envelhecimento seja um processo vital inerente aos seres humanos. A velhice é uma etapa da vida, parte integrante de um ciclo natural, contudo, condições de vulnerabilidade devido aos riscos sociais, biológicos e psicológicos se fazem presente nessa faixa etária<sup>1</sup>

Diante da realidade de uma população envelhecida, é evidente a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também uma boa qualidade de vida (QV)<sup>2</sup>.

A QV inclui um largo espectro de áreas da vida. Os modelos de QV vão desde a “satisfação com a vida” ou “bem-estar social” a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Anteriormente, o conceito de QV era, apenas, relacionado à disponibilidade de bens materiais (comida, saneamento básico, casa aceitável, acesso a serviços de saúde e ação social, renda suficiente). Na última década, relaciona-se, também com dimensões menos tangíveis, e

---

<sup>1</sup> Artigo será submetido ao periódico: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Manuscrito formatado de acordo com as normas específicas do periódico (acessado em: 24/01//2018), exceto quanto à disposição de figuras.

incorpora aspectos como sentido de segurança, dignidade pessoal, oportunidades de atingir objetivos pessoais, satisfação com a vida, alegria e sentido positivo de si <sup>3</sup>.

A QV na terceira idade tem sido amplamente discutida, pois há uma grande preocupação para que essa população desfrute de um envelhecer digno e com bem-estar, sendo respeitado como ser humano com todas as limitações inerentes à idade, pois possuem um conhecimento adquirido de experiências ao longo de uma vida <sup>4</sup>.

A condição socioeconômica tem sido relacionada à QV. Alguns estudos <sup>5,6</sup> têm revelado que a maioria dos idosos brasileiros ainda possui renda igual ou inferior a um salário mínimo e tem aproximadamente um quarto da renda comprometida com medicamentos, interferindo assim na sua QV. As condições de saúde da população idosa também podem ser determinadas pelos perfis de morbidade e de mortalidade, presença de déficits físicos e cognitivos e frequência na utilização de serviços de saúde. A investigação da capacidade funcional é um dos grandes marcadores da saúde do idoso, e vem emergindo como componente-chave para a avaliação da saúde dessa população.

Outros estudos com a população idosa de um município de Minas Gerais<sup>7</sup>, afirmam que o conceito de envelhecimento saudável engloba: boa percepção de saúde, independência para praticar atividades da vida diária, ausência de déficit cognitivo, estilo e hábitos de vida saudáveis (não fumar nem beber e consumir poucos medicamentos), boa mobilidade e ausência de morbidades. As características da população idosa, portanto, são bastante semelhantes àsquelas da população brasileira e influenciaram negativamente na QV. Em estudo realizado por Wachholz *et al* (2011)<sup>8</sup>, com idosos institucionalizados (n=88) em Curitiba/PR, a QV esteve relacionada ao estado nutricional do idoso, sendo que aqueles eutróficos e em sobrepeso indicaram melhor QV do que os obesos e desnutridos.



A terceira idade não pode ser vista como uma fase da vida com inúmeros problemas, mas sim uma etapa de amadurecimento. Por isso, avaliar a QV do idoso é de grande valia porque permite a intervenção, tanto em programas geriátricos, quanto em políticas públicas, a fim de promover o bem-estar dessas pessoas, especialmente na atenção básica. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a QV, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável<sup>9</sup>.

Tendo em vista a importância do conceito de QV, com o propósito de se orientar as políticas para um envelhecimento bem sucedido, parece imprescindível conhecer o que, para a maioria dos idosos, está relacionado ao bem estar, à felicidade, à realização pessoal e à saúde nessa faixa etária<sup>10</sup>.

O objetivo do presente trabalho foi avaliar a QV e os fatores demográficos, socioeconômicos, comportamentais, de estado de saúde e autoavaliação de saúde associados segundo os domínios do CASP-16 (controle, autonomia, realização pessoal e prazer) entre os idosos de uma Unidade de Saúde no município de Colombo/PR.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de um estudo transversal, sendo a população do estudo constituída por idosos que consentiram em participar do estudo e que pertenciam aos cuidados da Unidade de Saúde da Estratégia Saúde da Família Moinho Velho localizada no município de Colombo/PR. A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro até novembro de 2017.

A Unidade de Saúde (US) Moinho Velho no bairro Roça Grande situado no município de Colombo no Paraná, pertencente à Região Metropolitana de Curitiba.

Colombo possui uma população estimada de 237.402 habitantes (sendo 9.728 idosos), um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,733 e uma esperança de vida ao nascer de 77 anos<sup>11</sup>. A US foi inaugurada em outubro de 2015 e, em outubro de 2016, estimou-se que atendia cerca de 15 mil habitantes da região, distribuídos em quatro áreas de abrangências segundo dados fornecidos pela Secretaria de Saúde de Colombo. Os idosos contam com o Centro de Convivências São José que se localiza há 1km da Unidade de Saúde.

Essa população é dividida em quatro áreas de abrangência, sendo 4% idosos, ou seja, cerca de 650 idosos residentes na área de abrangência da Unidade. A coordenação do local, porém, informou em outubro de 2016 que apenas 300 idosos desse total eram frequentadores em consultas, grupos e retirada de medicamentos.

Para cálculo do tamanho da amostra considerou-se o número de idosos com cadastro ativo na Unidade de Saúde (n=300), e os seguintes parâmetros: prevalência de 50% do desfecho, margem de erro de 5 pontos percentuais, nível de confiança de 95%, totalizando amostra mínima de 169 idosos. Para considerar perdas e recusas o percentual de 20% foi acrescentado resultando em amostra de 201 idosos a serem convidados para participar da pesquisa. Os cálculos foram realizados no programa OpenEpi de acesso livre.

O recrutamento foi realizado por meio de cartazes afixados na Unidade convidando os idosos a participarem da pesquisa ou de convite pessoal pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). Idosos acamados ou com dificuldades de locomoção foram avaliados em domicílio, além dos idosos captados em idas à Unidade de Saúde para retirada de medicamentos, participação de grupos, atendimentos e idas ao Centro de Convivência.

Os idosos participaram da pesquisa após assinatura do termo de consentimento

livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1) , e se possuísem cuidador, assinaram o TCLE de cuidador em específico (APÊNDICE 2). Como critérios de inclusão, foram adotados: idosos inseridos na área de abrangência da Unidade de Saúde Moinho Velho e moradores do município de Colombo. Para idosos com dificuldades cognitivas que limitavam a compreensão das perguntas, os questionários foram respondidos pelo cuidador principal (*proxy*).

Foi aplicado questionário (APÊNDICE 3) ao idoso ou ao cuidador incluindo variáveis: 1) demográficas: sexo, idade (jovem idoso – 65 a 74 anos; idoso – 75 a 84 anos; muito idoso – acima de 85 anos), estado civil (com companheiro, solteiro e viúvo), se mora ou não sozinho e cor da pele (brancos e amarelos/ negros, pardos e indígenas), 2) socioeconômicas: morar sozinho (sim, não), remuneração própria (sim, não), escolaridade (sem estudo/ 1 a 8 anos de estudo/ mais que 9 anos de estudo); 3) comportamentais: se faz uso de cigarro (não, sim) e bebidas alcoólicas (não, sim), participação em atividades físicas e/ou atividades externas (Igreja, Centro de Convivências, caminhadas, academias e outras atividades); 4) estado de saúde: cuidador (não, sim), Índice de Massa Corpórea (magreza/eutrofia/ excesso de peso), presença de uma ou mais doenças crônicas auto-referidas (multimorbidade), atividades básicas e instrumentais da vida diária (ABVD e AIVD – classificadas em nenhuma ou pouca dificuldade, muita dificuldade ou não realiza); e 5) autopercepção de saúde (autoavaliação de saúde (ótima/boa, regular, ruim/péssima).

As questões sociodemográficas e de acesso à unidade de saúde foram baseadas no material do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)<sup>12</sup>. Descritivamente, os idosos foram classificados em relação à sua procedência em municípios constantes ou não da Região Metropolitana de Curitiba (RMC).

A QV foi investigada por meio da Escala de Autorrelato da Qualidade de Vida (CASP-19). O CASP-19 baseia-se nas quatro necessidades apontadas por Maslow para avaliar a qualidade de vida. Os quatro domínios estão distribuídos em 19 itens: controle (4 itens), autonomia (5 itens), realização pessoal (5 itens) e prazer (5 itens). Os quatro domínios têm o mesmo nível de importância e são inseparáveis, não organizados hierarquicamente. Desde sua elaboração, a CASP-19 foi traduzido para 12 idiomas e em 2013 foi traduzida para o português. O instrumento foi traduzido, retraduzido, e submetido à análise de equivalência por um comitê de juízes (adaptação transcultural). A escala foi então aplicada em 87 idosos de Recife/PE, Brasil, e testadas suas propriedades psicométricas. Os domínios de controle e prazer exibiram boa consistência interna, e ao remover três itens, dos domínios, autonomia e realização pessoal, a consistência interna foi melhorada, o que resultou em 16 itens (CASP-16 Brasil) <sup>13</sup>.

Para a avaliação da capacidade funcional do idoso foi utilizada a dimensão relacionada ao desempenho nas ABVD e AIVD proveniente do OARS (*Older Americans Resources and Service*) *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (OMFAQ), questionário multidimensional concebido nos Estados Unidos, traduzido e adaptado para o português BOMFAQ (*Brazilian version of OMFAQ*) <sup>14</sup>. Categorizou-se segundo o número de atividades nas quais os idosos apresentavam muita dificuldade ou declararam não conseguir realizar a atividade (Nenhuma atividade; 1-3 atividades, e 4-8 atividades).

Considerou-se doença crônica como aquela que acompanhava a pessoa por um longo período de tempo, podendo ter fases agudas, momentos de piora ou melhora sensível, informada pelo médico ou profissional de saúde ao idoso (ou cuidador) sendo elas: hipertensão, diabetes, câncer, doença de coluna, artrite ou reumatismo, bronquite ou asma, doença cardíaca, doença renal crônica, depressão,

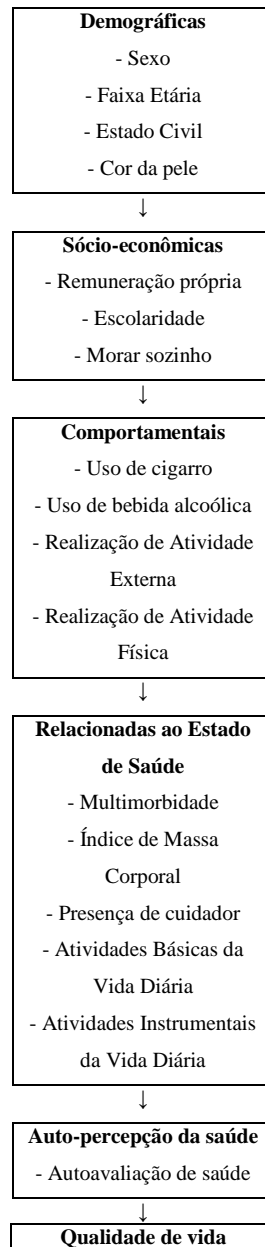
tuberculose, tendinite e/ou cirrose. As questões sobre presença ou ausência de doenças crônicas foram extraídas da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD) de 2013 <sup>15</sup>. A multimorbidade foi definida com presença de duas ou mais das doenças crônicas listadas.<sup>16</sup>

Medidas antropométricas de peso e altura foram referidas pelos respondentes, além de ser questionado sobre perda de peso nos últimos seis meses. Os resultados foram classificados conforme o Índice de Massa Corporal segundo os pontos de corte de *Nutrition Screening Initiative* (NSI) <sup>17</sup>. Os indivíduos foram classificados como baixo peso com IMC < 22kg/m<sup>2</sup>; eutrofia, IMC entre 22kg/m<sup>2</sup> e 27kg/m<sup>2</sup>; e sobrepeso IMC > 27kg/m<sup>2</sup>.

Para descrever as variáveis contínuas foram empregadas médias, desvios-padrão, valores mínimo, mediano e máximo. Para variáveis categóricas foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%). A associação entre os escores de qualidade de vida e as variáveis foi testada empregando modelos de equações de estimativas generalizadas (gee), que permitiram incorporar o nível do domicílio nas análises (alguns idosos avaliados residiam em um mesmo domicílio). Foram estimados coeficientes da regressão (betas) e intervalos de confiança de 95% (IC95). As estimativas de percentuais e IC95% foram corrigidas usando o comando *survey* no Stata, considerando o nível domiciliar.

O modelo hierárquico foi empregado para análise ajustada dos dados. Inicialmente, foram introduzidas as variáveis demográficas, seguidas das socioeconômicas, comportamentais, de estado de saúde e autopercepção de saúde (Figura 1). O critério para introdução das variáveis no modelo ajustado foi o nível de significância de 0,25, ou ao menos uma variável para cada bloco de variáveis. O nível

de significância de 5% foi considerado nas análises. O programa Stata 12 foi utilizado para realização das mesmas.



**1:** Modelo teórico conceitual da associação das variáveis investigadas e qualidade de vida em idosos em uma Unidade de Saúde de Colombo/PR, 2017.

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (ANEXO 2), no dia 22 de dezembro de 2016. As condutas éticas indicadas na resolução 466/12 do Conselho

Nacional de Saúde foram seguidas em todas as etapas da pesquisa. O artigo foi submetido à Revista Ciência & Saúde Coletiva segundo suas normas (ANEXOS 1 e 3).

## RESULTADOS

No fim da coleta houve 26 recusas, sendo 16 homens e 10 mulheres, 2 óbitos e um total de 198 idosos entrevistados. Questionários respondidos por cuidador *proxy* corresponderam a 9,3% (n=17) e os acamados entrevistados em domicílio totalizaram 6,1% (n=12). Considerando as perdas por falta de preenchimento em variáveis que permaneceram no modelo final, restaram 191 idosos distribuídos em 143 domicílios.

**Tabela 1 - Análise descritiva e da média do escore de qualidade de vida segundo características demográficas, sócio-econômicas, comportamentais, estado de saúde e autopercepção de saúde dos idosos de Colombo/PR 2017.**

Variáveis	Categorias	n	%	Média*	IC 95%*	Valor de p**
<b>Sexo (N=198)</b>	Feminino	107	54,0	31,8	30,3; 33,3	0,681
	Masculino	91	46,0	32,2	30,6; 33,9	
<b>Faixa etária (N=198)</b>	Jovem Idoso (65-75 anos)	153	77,3	32,8	31,5; 34,0	0,030
	Idoso (76-84 anos)	34	17,2	29,0	26,4; 31,6	
	Muito Idoso (85 e mais)	11	5,6	30,7	26,1; 35,3	
<b>Estado civil (N=198)</b>	Com companheiro	82	41,4	31,0	29,4; 32,5	0,043
	Solteiro	55	27,8	31,9	30,7; 33,0	
	Viúvo	61	30,8	33,6	31,7; 35,5	
<b>Cor da pele (N=182)</b>	Branca/amarela	126	65,6	33,0	31,5; 34,3	0,034
	Negra/parda/indígena/ignorada	65	34,4	30,5	28,6; 32,4	
<b>Remuneração Própria (N=198)</b>	Não	137	69,2	32,0	30,6; 33,3	0,943
	Sim	61	30,8	32,1	30,1; 34,0	
<b>Escolaridade (por anos de estudo) (N=198)</b>	Nunca estudou	38	19,2	32,5	30,4; 34,6	0,573
	1 a 8 anos	112	56,6	32,0	30,9; 33,2	
	> 9 anos	48	24,2	31,6	29,6; 33,5	
<b>Mora sozinho (N=198)</b>	Não	158	79,8	32,1	30,8; 33,4	0,843
	Sim	40	20,2	31,8	29,4; 34,2	
<b>Faz uso de cigarro (N=198)</b>	Não	153	77,3	32,2	30,9; 33,5	0,411
	Sim	23	11,6	31,6	30,0; 33,1	
	Ex-fumante	22	11,1	30,9	28,0; 33,8	
<b>Uso de bebida alcoólica (N=198)</b>	Não	157	79,3	31,7	30,4; 32,9	0,217
	Sim	41	20,7	33,3	30,9; 35,7	

<b>Realiza atividade externa (N=197)</b>	Sim	128	64,7	33,5	32,1; 34,8	<0,001
	Não	69	35,4	29,4	27,6; 31,2	
<b>Pratica atividade física (N=195)</b>	Não	90	46,2	33,9	32,2; 35,5	0,003
	Sim	105	63,9	30,6	29,1; 32,1	
<b>Multimorbidade (N=198)</b>	Nenhuma ou uma doença	65	32,8	34,7	32,8; 36,5	0,001
	Duas ou mais	133	67,2	30,7	29,3; 32,0	
<b>IMC (Lipschitz) (N=198)</b>	Magreza	18	9,09			0,111
	Eutrofia	95	48,0			
	Excesso de peso	54	27,3			
	Não responderam	31	15,7			
<b>Perda grave de peso (N=48)</b>	Não	42	87,5	32,7	30,-8; 34,6	0,006
	Sim	6	12,5	25,0	20,1; 30,0	
<b>Tem cuidador (N=183)</b>	Não tem	166	90,7	33,1	31,9; 34,3	<0,001
	Tem	17	9,3	23,9	20,4; 27,4	
<b>Dificuldade para realização das Atividades Básicas da Vida Diária (N=198)</b>	Nenhuma atividade	124	62,6	34,3	33,1; 35,6	0,055
	1-3 atividades	47	23,7	29,8	28,5; 31,0	
	4-8 atividades	27	13,6	25,2	22,9; 27,5	
<b>Atividades Instrumentais da Vida Diária (N=198)</b>	Nenhuma atividade	95	47,9	34,5	33,0; 35,9	0,152
	1-3 atividades	66	33,3	31,0	29,8; 32,2	
	4-8 atividades	37	18,7	27,5	25,5; 29,5	
<b>Auto-avaliação de saúde (N=198)</b>	Boa	118	59,6	34,2	32,9; 35,5	<0,001
	Regular	55	27,8	30,1	29,0; 31,4	
	Ruim	25	12,6	26,0	23,8; 28,2	

\* estimativas corrigidas para efeito do delineamento (domicílio)

\*\*teste de Wald, por meio de modelos de regressão de estimativas generalizadas

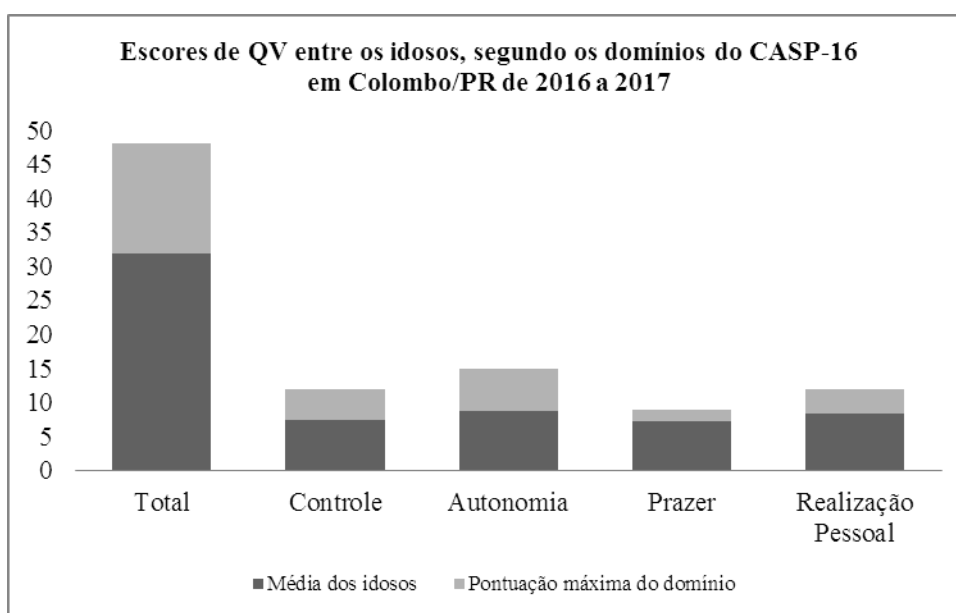
Verificou-se que 54,0% eram mulheres, idosos pertencentes às faixas etárias mais jovens, 65 a 75 anos (77,3%), da cor branca ou amarela (65,6%) e que não moravam sozinhos (79,8%). A maioria (69,2%) dos entrevistados possuía renda própria. Obteve-se 41,4% de idosos com companheiro e 27,8% solteiros, enquanto 30,8% eram viúvos (as). Metade dos idosos era proveniente de municípios da RMC (50,5%), e com relação aos anos de estudo, observou-se que 19,2% não haviam ido à escola (Tabela 1).

Quanto ao estilo de vida, 64,7% faziam alguma atividade externa, como ir à igreja, fazer artesanato, participar de grupos de caminhada e academia, ir às atividades dos Centros de Convivência e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), dentre outras; 63,9% referiram praticar algum tipo de atividade física, sendo caminhada,



ginástica e dança as mais citadas. Além disso, 77,3% nunca fumaram e 20,7% referiram uso de bebida alcoólica (Tabela 1).

67,2% dos idosos referiram duas ou mais doenças crônicas (multimorbidade). As mais citadas foram: hipertensão (46,5%), diabetes (35,9%) e doenças de coluna (28,8%). 56,9% estavam em eutrofia e 32,3% com excesso de peso, 12,5% referiram ter perda de peso grave nos últimos 6 meses. Ao responder como o idoso avalia sua saúde, 59,6% consideram como boa e 12,6% como ruim (Tabela 1).



3. Distribuição das respostas dos idosos entre os quatro domínios do CASP-16.

A média do escore de QV dos idosos foi de 31,9 (IC95% 30,7; 33,1). O gráfico 1, mostra os escores de QV das pessoas idosas entrevistadas segundo os quatro domínios de QV do CASP-16. Os escores médios observados para os domínios controle, autonomia, prazer e realização pessoal foram de 7,4 (de 12), 8,7 (de 15), 7,3 (de 9) e 8,4 (de 12) de um máximo possível de 12, 15, 9 e 12 pontos, respectivamente. Em números relativos os domínios: prazer, e realização pessoal obtiveram as melhores pontuações (81,0% e 70,0% do escore máximo), enquanto autonomia e controle as piores pontuações (58,0% e 61,7% do máximo),

Idosos viúvos, que participavam de atividades externas, e não referiram doenças crônicas apresentaram maiores escores de QV. Por outro lado, ter cuidador, não realizar ABVD e ter uma percepção ruim da própria saúde influenciaram negativamente na QV. O sexo, a idade, o fato de morar sozinho, ter remuneração própria, escolaridade, fazer uso de cigarro e bebidas alcoólicas não apresentaram associação com a QV entre os idosos participantes (Tabela 1).

4. Análise bruta e ajustada da qualidade de vida segundo variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentais, estado de saúde e autopercepção de saúde (N= 191) dos idosos em Colombo, 2017.								
Variáveis	Categorias	Coefficiente não-ajustado (betas)	IC 95%	Valor de p não-ajustado	Coefficiente ajustado (betas)	IC 95% *	Valor de p ajustado**	
Demográficas	Sexo	Feminino	Referência			Referência		
		Masculino	0,44	-1,66; 2,54	0,681 <sup>a</sup>	1,12	-0,96; 3,09	0,280 <sup>a</sup>
	Faixa etária	Jovem Idoso (65-75 anos)	Referência			Referência		
		Idoso (76-84 anos)	-3,79	-6,63; -0,94	0,030 <sup>a</sup>	-3,67	-6,51; 0,83	0,017 <sup>a</sup>
		Muito Idoso (85 e mais)	-2,07	-6,75; 2,70		-2,95	-7,66; 1,76	
	Estado civil	Com companheiro	Referência			Referência		
		Solteiro	-0,29	-2,86; 2,28	0,043 <sup>a</sup>	0,21	-2,31; 2,73	0,003 <sup>a</sup>
		Viúvo	2,48	-0,06; 5,02		3,68	1,16; 6,21	
	Cor da pele	Branca/amarela	Referência			Referência		
Negra/parda/indígena/ignorada		-2,47	-4,75; -0,19	0,034 <sup>a</sup>	-2,35	-4,45; -0,15	0,036 <sup>a</sup>	
Sócio-econômicas	Remuneração Própria	Não	Referência					
		Sim	0,84	-2,22; 2,39	0,943 <sup>b</sup>		*	
	Escolaridade (por anos de estudo)	Nunca estudou	Referência			Referência		
		1 a 8 anos	2,7	-0,63; 5,47	0,573 <sup>b</sup>	2,12	-0,60; 4,83	0,459 <sup>b</sup>
		> 9 anos	-0,64	-3,84; 2,56		-0,93	-4,05; 2,19	
	Mora sozinho	Não	Referência					
Sim		-0,27	-2,97; 2,42	0,843 <sup>b</sup>		*		
Comportamentais	Faz uso de cigarro	Não	Referência					
		Sim	-0,05	-3,33; 3,24	0,411 <sup>c</sup>		*	
		Ex-fumante	-1,6	-5,01; 1,81				
	Faz uso de	Não	Referência				*	

	<b>bebida alcoólica</b>	Sim	1,68	1,14; 5,42				
	<b>Realiza alguma atividade externa</b>	Sim	Referência		<0,001 <sup>c</sup>	Referência		<0,001 <sup>c</sup>
		Não	-4,06	-6,25; -1,87			-3,76	-5,82; -1,70
	<b>Pratica alguma atividade física</b>	Não	Referência		0,003 <sup>c</sup>	Referência		0,001 <sup>c</sup>
		Sim	3,28	1,14; 5,42			3,48	1,51; 5,46
	<b>Multimorbidade</b>	Nenhuma ou uma doença	Referência		0,001 <sup>d</sup>	Referência		0,060 <sup>d</sup>
		Duas ou mais	-3,96	-6,21; -1,70			-1,87	-3,82; 0,08
	<b>IMC (Lipschitz)</b>	Magreza	Referência					
		Eutrofia	5,03	1,63; 9,00	0,111 <sup>d</sup>		*	
		Excesso de peso	6,85	3,19; 11,04				
		Não responderam	6,32					
<b>Estado de Saúde</b>	<b>Tem cuidador</b>	Não tem	Referência		<0,001 <sup>d</sup>	Referência		<0,120 <sup>d</sup>
		Tem	-9,21	-12,88; -5,54			2,58	-5,83; -0,67
	<b>Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)</b>	Nenhuma atividade	Referência				Referência	
		1-3 atividades	-2,28	-4,70; 0,5	0,055 <sup>d</sup>		-2,38	-4,48; -0,27
4-8 atividades		-10,36	-13,24; -7,47			-6,75	-9,84; -3,66	
<b>Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)</b>	Nenhuma atividade	Referência				Referência		
	1-3 atividades	-1,61	-3,82; 0,59	0,152 <sup>d</sup>		-0,38	-2,46; 1,70	
	4-8 atividades	-7,79	-10,50; -5,08			-2,25	-5,17; 0,67	
<b>Auto-percepção</b>	<b>Auto-avaliação de saúde</b>	Boa	Referência			Referência		
		Regular	-4,25	-6,47; -2,04	<0,001 <sup>e</sup>		-1,59	-3,64; 0,44
		Ruim	-8,08	-10,94			-4,48	-8,23; -3,22

\*Variáveis com valor de p >0,25 após ajuste.

\*\*teste de Wald, proveniente de modelos de equações de estimativas generalizadas (gee)

a – ajustado para variáveis demográficas /b –ajustado para variáveis demográficas e sócioeconômicas/ c – ajustado para variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais/ d – ajustado para variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de estado de saúde/ e – ajustado para variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de estado de saúde e auto-percepção de saúde

Na análise ajustada observaram-se maiores escores para QV entre idosos: viúvos (coeficiente 3,68 IC95% 1,16; 6,21) e que referiram prática de atividade física no lazer (3,48 IC95% 1,51; 5,46); e menores escores de QV entre os idosos não-participantes de atividades externas (2,58 IC95% -5,82; -0,67), que referiram dificuldade em realizar

atividades básicas da vida diária (-2,38 IC95% -4,48; -0,27), e autoavaliação negativa da saúde (-4,48 IC95% -8,23; -3,22). A multimorbidade e a presença de cuidador foram variáveis que, após o ajuste, deixaram de ser significativas (Tabela 2).

## DISCUSSÃO

O escore médio de QV do presente estudo foi de 31,9 (IC95% 30,7; 33,1). Maiores escores de QV foram observados entre os idosos viúvos e que participavam de atividade física; por outro lado, verificou-se pior QV entre aqueles que não realizavam atividades externas, tinham dificuldades ou não realizavam ABVD e avaliaram negativamente sua saúde.

Em um estudo longitudinal, de base populacional e domiciliar, denominado EpiFloripa Idoso, com residentes na área urbana de Florianópolis (SC), de idade igual ou superior a 60 anos selecionados aleatoriamente, em domicílios, foram obtidos valores superiores do escore de QV (37,6), usando o mesmo instrumento CASP-16<sup>18</sup>. Estas diferenças podem ser explicadas pelas diferenças nas populações avaliadas, e condições de vida entre os municípios. Florianópolis possui o terceiro melhor IDH entre os municípios brasileiros (0,847); em comparação com o de Colombo, 0,733, classificado em 940º no ranking nacional<sup>11</sup>. Além disso, a proporção de idosos sem estudo foi mais do que duas vezes maior em Colombo (19,2%) do que aquela observada em Florianópolis (7,1%)<sup>18</sup>.

A comparabilidade com outros estudos pode estar limitada pelas modificações realizadas na versão brasileira do instrumento. Entre idosos do *English Longitudinal Study of Aging* (estudo ELSA)<sup>19</sup>, com 11.234 pessoas maiores de 50 anos e representativo da Inglaterra, encontraram a média do escore de QV, avaliado pelo

CASP-19, em 42,5 (IC95% 42,3;42,7), considerando que o escore varia de 0 a 57. Esse representa a total satisfação dos domínios que compõem o instrumento CASP, ou seja, a QV. No CASP-16, esse valor cai para 48.

Os domínios "prazer" e "realização pessoal" foram aqueles melhor avaliados pelos idosos avaliados. Da mesma forma, com idosos de cidades paulistas <sup>20</sup>, os dois domínios apresentaram alta satisfação com a vida, com alto escore total de QV. No estudo com idosos de uma cidade de Santa Catarina <sup>21</sup> mostrou que o domínio "prazer" é o mais associado à melhor QV, seguido do domínio "controle". Essas associações com o prazer se devem, geralmente, à satisfação com a vida, ausência de depressão e baixa sobrecarga no papel familiar <sup>20</sup>.

De acordo com as variáveis demográficas, no presente estudo, observou-se mesmo após ajustes que os idosos viúvos apresentaram melhor QV. Entre idosos paulistanos, aqueles que moravam sozinhos ou passaram a ficar sozinhos por estarem viúvos eram mais autônomos. Entre os idosos que vivem com companheiro, o papel da família pode ser relevante, pois costuma ser a principal atuante nos momentos de adoecimento e necessidade do idoso, por outro lado, pode ser considerada uma situação estressante para os envolvidos, que podem proporcionar a sensação de dependência, redução da autoestima e pior QV do idoso <sup>22</sup>. Além disto, é comum que os idosos com companheiros, sejam responsáveis pelos cuidados do cônjuge, representando em muitos casos, os principais cuidadores <sup>3</sup>, o que gera mudanças na saúde e QV pela sobrecarga tanto física quanto emocional advindas do cuidar do outro. O cuidar da pessoa idosa normalmente é estressante e pode gerar problemas emocionais, físicos, interpessoais e ocupacionais <sup>24</sup>.

Entre os idosos avaliados, não foram encontradas diferenças no escore de QV entre homens ou mulheres. Outros estudos, porém, têm observado menores escores de

QV entre as mulheres, como em Pereira (2015)<sup>25</sup> que, ao analisar os resultados da QV em função do sexo, foi observado que a QV das mulheres mostrou-se inferior à dos homens. Apesar disto, a população idosa masculina apresentou alta prevalência de comportamentos considerados prejudiciais à saúde, como o tabagismo, alcoolismo e má alimentação, que afetam a interação social e comprometem a QV, indicando a necessidade de ações de saúde e políticas de prevenção e intervenção. Entre idosos cadastrados nas Unidades de Saúde de Foz do Iguaçu/PR <sup>26</sup>, os idosos do sexo masculino também apresentaram melhores índices de QV em todas as facetas.

Com relação aos fatores sócio-econômicos, no estudo EpiFloripa Idoso, verificou-se que a faixa etária e escolaridade que apresentaram maiores escores de QV, respectivamente, foram 60 a 69 anos e 12 anos ou mais de estudos, sendo estes fatores não observados no presente estudo.

Possuir uma renda não se mostrou associada com a QV por um lado, confirmando achados anteriores <sup>27</sup> e, por outro, contrariando outros estudos <sup>28</sup>. Entretanto não se pode desprezar a sua importância. É provável que no caso da presente pesquisa, de corte transversal, a renda atual não seja capaz de refletir os níveis de renda alcançados ao longo da vida do idoso e o seu impacto na capacidade funcional na fase final da vida. Ainda a relativa homogeneidade socioeconômica da amostra, idosos adstritos à uma Unidade de Saúde pode ter influenciado os resultados. No estudo de Freitas *et al* (2017)<sup>29</sup> verificou-se que os idosos que tinham renda própria apresentaram escore de QV maior do que aqueles que não recebiam.

Em relação às variáveis comportamentais, no mesmo estudo citado anteriormente <sup>30</sup> os que moravam só e participavam de grupos, apresentaram a maior média do escore de QV. Entre os idosos fisicamente ativos, a média do escore foi 41,5 (IC95% 40,7;42,4), acima dos inativos, cuja média foi 36,0 (IC95% 35,4;36,6).

A prática de atividade física e seus benefícios sobre a saúde e QV, são amplamente preconizados, independente da forma como a QV é avaliada. Oliveira *et al* (2010)<sup>31</sup> afirma que a inserção do idoso em atividades físicas resulta em maior autonomia e capacidade funcional, o que, por sua vez, pode melhorar a QV, devido ao fato também do idoso estar vivendo em comunidade. Já a inatividade física regular pode antecipar e agravar uma série de declínios funcionais decorrente do envelhecimento, transformando-se em fator determinante para uma velhice mais complexa e prejudicando, assim, a QV. Por consequência, isso também contribui para a redução da sua capacidade para a realização das atividades da vida diária (AVDs)<sup>31,32</sup>.

No estudo EpiFloripa Idoso,<sup>25</sup> os idosos que participavam em grupos religiosos ou de convivência, apresentaram escore de QV elevado. As atividades como grupos educacionais, de arte, música, exercícios físicos, contribuem significativamente para a QV. Essa participação em grupos pode ter relação com a seleção que o idoso faz emocionalmente, ao optar por se envolver em atividades que lhe proporcionam mais satisfação e prazer. Desta forma, atividades que parecem simples como artesanato ou idas à Igreja, tornam-se essenciais e lhes passa a ideia de vida ativa, o que contribui para a QV.

A funcionalidade física também tem sido associada à melhor QV em diferentes estudos<sup>33,34,35</sup>.

Quanto ao Estado de Saúde, a média do escore de QV, em um estudo com idosos de Santa Catarina<sup>30</sup> foi maior entre os idosos sem dificuldades em atividades básicas da vida diária, assim como nesse em Colombo.

Houve associação entre a presença de multimorbidade e menor escore nos domínios da qualidade de vida no estudo com idosos pertencentes a uma Unidade com Estratégia Saúde da Família no Acre<sup>36</sup>. Após ajuste por sexo, idade, classificação

econômica, escolaridade e situação conjugal, as magnitudes das associações variaram entre 2,54 a 5,14 vezes maiores as chances de pertencer aos tercís inferiores da qualidade de vida dado que o idoso tinha um quadro de multimorbidade. No presente estudo, a presença de multimorbidade fez cair em quatro pontos o escore de QV (34,7 *versus* 30,7). Entre os idosos de uma comunidade de São Paulo <sup>37</sup>, o aumento no número de doenças crônicas impactou negativamente na QV, como o declínio da capacidade funcional. Observa-se que a capacidade funcional é um aspecto central da qualidade de vida do idoso, que sofre influências com o aumento da idade e o aumento no número de doenças crônicas, conforme já demonstrado em outros estudos <sup>38,39</sup>.

Na autoavaliação de saúde, um estudo com idosos cearenses da área urbana <sup>25</sup> mostrou que a maioria dos idosos avaliados percebeu como “boa” tanto a saúde (76,3%) como a QV (45,7%), valores superiores àqueles observados no presente estudo, ainda que na maioria, os idosos tenham avaliado positivamente sua saúde (59,6%). A autopercepção de saúde é ligada, principalmente, à capacidade funcional <sup>40</sup> e à ausência de doenças crônicas <sup>37</sup>. Quando o idoso tem limitações físicas nas ABVDs e AIVDs ou possui doenças crônicas, sua autopercepção de saúde é ruim e assim, seu escore de QV também diminui.

Entre idosos de Campinas <sup>41</sup>, 10,9% deles (95% IC 8,9; 13,2) avaliaram sua saúde negativamente, além de ter sido observada uma associação desta condição subjetiva com indicadores de saúde física e mental, com sentimento de felicidade e com variáveis socioeconômicas. A partir disto, pode-se inferir que a percepção da saúde é caracterizada não só por aptidão física, mas da mesma forma por um bem-estar positivo subjetivo, indicado pelo sentimento de felicidade.

A utilização do CASP-16 Brasil permitiu medir QV, o que possibilitou distinguir entre QV e os fatores que a influenciam. O instrumento foi de fácil aplicação, assim



como a compreensão e interpretação pelos idosos, além disso, o instrumento foca-se em benefícios e aspectos agradáveis da faixa etária, ao contrário da associação negativa que outros métodos fazem com o envelhecimento<sup>42,43</sup>.

Apesar do CASP-16 Brasil mostrar-se comparável com outros estudos de validação do instrumento, ainda são necessários mais estudos que avaliem sua estrutura.

Como limitações do estudo, ressalta-se que a seleção dos idosos não foi totalmente probabilística, contudo os pesquisadores entraram em contato com os ACS para avaliar os idosos em domicílio que não conseguiram ser contatados anteriormente na unidade de saúde ou nos espaços de convivência.

O perfil de envelhecimento saudável foi investigado por meio de informações subjetivas (autorrelato) o que pode levar a viés de memória. Contudo, é importante conhecer a autopercepção do entrevistado quanto à sua QV. Deve-se considerar a limitação em comparar o escore final de QV entre os estudos, dada a diferença de estrutura do CASP, em decorrência das validações nos países. Além disso, não foi possível estabelecer relações causais por ser um estudo transversal, não é possível determinar se por terem pior QV os idosos apresentaram maior número de doenças, ou se o maior número de doenças levou a declínio de QV, por exemplo. Ressalta-se como um dos aspectos positivos as poucas perdas durante a coleta de dados, assim como a aceitação dos entrevistados quanto ao instrumento.

Os resultados encontrados reforçam o crescimento da importância da QV como medida de saúde e isso leva à reflexão do papel dos serviços de saúde como agentes de planejamento e implementação de ações de promoção à saúde para dar mais oportunidade aos idosos de melhorar sua condição de vida. Assegurar um envelhecimento com saúde é o desafio para as políticas públicas brasileiras e os profissionais de saúde devem estar dispostos a priorizar essa condição humana idosa

visto que as demandas aumentam a cada ano. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios. Assim, o adequado cuidado ao idoso demanda um sistema de saúde coordenado, com cada instância contribuindo para as ações das demais<sup>9</sup>.

Apesar dos estudos sobre QV estarem aumentando, ainda é necessário mais exploração sobre o tema, sobretudo com utilização de instrumentos capazes de avaliar os aspectos quali e quantitativos da vida idosa.

## REFERÊNCIAS

- 1 Silva, V. Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos SESC-Estreiro. 2009.
- 2 Felix, JS. Economia da Longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. *Encontro da Associação Brasileira de Economia da Saúde* 2007; 8(1): 1-17.
- 3 Sousa, L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(3):364-371.
- 4 Tessari, OI. *Qualidade de Vida na Terceira Idade*. Disponível em: Acesso em dez. 2017.
- 5 Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostrade Domicílios. *Cad Saude Publica* 2003; 19(3):745-757
- 6 Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos D. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saude Publica* 2007;23(10): 2467-2478.
- 7 Campos ACV, Ferreira e Ferreira E, Vargas AMD, Gonçalves LHT. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2016; 24:e2724. [Acesso 16/01/2018]; Available in: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-24-02724.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02724.pdf). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0694.2724>
- 8 Wachhoolz PR, Rodrigues SC, Yamane R. Estado nutricional e a qualidade de vida em homens idosos vivendo em instituição de longa permanência em Curitiba, PR. *Rev Bras de Ger e Gerontologia* 2011;14(4):625-635.
- 9 Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4): 779-786.
- 10 Vecchia, RD *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras de Epidemiologia* 2005; 8(3): 246-252.
- 11 Caderno Estatístico do Município de Colombo. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), 2018.
- 12 Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- 13 Lima, FM, Hyde M, Chunkghan HS, Correia C, Siqueira Campos A, Campos M. Quality of Life amongst Older Brazilians: A Cross-Cultural Validation of the CASP-19 into Brazilian-Portuguese *PLoS ONE*; 2014, 9(4): e94289.

- 14 Cardoso V, Gonçalves LHT. Instrumentos de avaliação da autonomia no desempenho das atividades da vida diária do cliente idoso. *Arq Catarinenses de Medicina* 1995; 24(4): 4148.
- 15 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos Municípios Brasileiros*. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
- 16 van der Akker AM, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998;51(5):367-75.
- 17 The American Dietetic Association. National Council on Aging Inc. *Nutrition Screening Initiative. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice*. American Academy of Family Physicians; 1994.
- 18 Marques, LP. Qualidade de vida em idosos e sua associação com mudanças nas relações sociais e estilo de vida, Florianópolis-SC, Estudo EpiFloripa Idoso [dissertação de mestrado]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
- 19 Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. *Rev Saúde Pública* 2009;43(1).
- 20 Caldeira, RB, Liberaless, AN, Sathler STB, Cachioni, M. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Rev Bras de Geriatria e Gerontologia* 2017, 20(4), 503-517.
- 21 Marques LP, Schneider IJC, d'Orsi E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(12).
- 22 Borges, LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Rev de Saúde Pública* 2013; 47(4):701-710.
- 23 Netuveli G1, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(4):357-63.
- 24 Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. *Rev Lat Am Enferm* 2004; 12(1):115-21.
- 25 Pereira DS, Nogueira JAD, Silva CAB. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. *Rev. bras. geriatr. Gerontol.* 2015; 18(4): 893-908.

- 26 Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. *Esc Anna Nery* 2010; 14(4):803-810.
- 27 Saad, PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão, M. L, Duarte, YAO (Orgs.). O projeto SABE no Brasil: uma abordagem inicial. *Organização Pan-Americana da Saúde*, 2003, 203-224.
- 28 Kington RS, Smith JP. Socioeconomic status and racial and ethnic differences in functional status associated with chronic diseases. *Am J Public Health* 1997; 87:805-10.
- 29 Freitas AP, Voguel P, Fassina P, Adami FS. Relação da qualidade de vida com o estado nutricional de idosos. *Rev bras qual vida*, 2017; 9(1):30-44.
- 30 Medeiros FL, Xavier AJ, Schneider IJC, Ramos LR, Sigulem D, d'Orsi E. Inclusão digital e capacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (EpiFloripa 2009-2010). *Rev Bras de Epidemiologia* 2012; 15(1):106-122.
- 31 Oliveira AC, Oliveira NMD, Arantes PMM, Alencar MA. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. *Rev. bras. geriatr. Gerontol* 2010; 13(2): 301-312.
- 32 Sato D, Kaneda K, Wakabayashi H, Nomura T. The water exercise improves health-related quality of life of frail elderly people at day service facility. *Qual Life Res* 2007; 16: 1577- 1585
- 33 Marengoni A, Strauss E, Rizzuto D, Winblad B, Fratiglioni L. The impact of chronic multimorbidity and disability on functional decline and survival in elderly persons. A community-based, longitudinal study. *J Intern Med* 2009; 265(2):288-295.
- 34 Griffith L, Raina P, Wu H, Zhu B, Stathokostas L. Population attributable risk for functional disability associated with chronic conditions in Canadian older adults. *Age Ageing* 2010; 39(6):738-745.
- 35 Fernandes MGM, Pereira MAP, Honorato MM, Fernandes BM. Indicadores Sociodemográficos e Capacidade Funcional de Idosos Diabéticos. *Rev Bras de Ciências da Saúde* 2011; 15(1):57-64.
- 36 Amaral, T. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela estratégia de saúde da família em senador guiomard, Acre. *Rev Bras Geriatr. Gerontol.* 2016; 18(4):797-808.
- 37 Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16(6):2919-2925.
- 38 Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. *Tratado de geriatria e gerontologia* 2002; 72-78.

- 39 Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Laurenti R, Marucci MFN. Functional limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. *Cad Saude Publica* 2005; 21(4):1177- 1185.
- 40 Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(5/6):333–41.
- 41 Borim FSA, Neri AL, Francisco PMSB, Barros MB de A. Dimensions of self-rated health in older adults. *Rev de Saúde Pública* 2014; 48(5):714-722.
- 42 Hörder H, Skoog I, Frändin K. Health-related quality of life in relation to walking habits and fitness: a population-based study of 75- year-olds. *Qual Life Res* 2013; 22(6):1213-23.
- 43 Laslett P. *A fresh map of life*. London: Macmillan Press Ltd; 1996.

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para o idoso)

Nós, Doroteia Aparecida Hofêlmann e Evelyn Kultum Opuszka da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você a participar de um estudo intitulado “Qualidade de vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um Município do Paraná”.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida, dificuldades de conseguir alimentos que precisa, ou de realizar atividades do dia a dia, ou ir à Unidade de Saúde Moinho Velho
- b) Caso o (a) senhor (a) participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário com informações gerais, informações sobre sua qualidade de vida, dificuldades de conseguir alimentos que precisa, ou de realizar atividades do dia a dia, ou ir à Unidade de Saúde, percepções da vida, acesso aos alimentos, transporte para a unidade, entre outros.
- c) A pesquisa será realizada enquanto o (a) senhor (a) estiver na Unidade de Saúde Moinho Velho devido a qualquer demanda. A nutricionista irá aplicar um questionário que pode durar até 30 minutos.
- d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecimento do perfil nutricional e qualidade de vida dos idosos avaliados, dados que poderão viabilizar novas ações por parte das equipes de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Após a entrevista, o (a) senhor (a) receberá informações para uma alimentação saudável e, caso seja preciso, encaminhado para o profissional/serviço adequado.
- e) As pesquisadoras Evelyn Kultum Opuszka nutricionista, que atua na Unidade de Saúde e a professora Doroteia Höfelmann, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pessoalmente na Unidade de Saúde Moinho Velho (Rua Rio Capivari, 57 – Colombo), na UFPR (Av. Pref Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico – Curitiba) ou pelos telefones (das 8 às 17hs) (041) 3663-6392 e (041) 99775-1305, ou ainda pelos e-mails [doroaph@gmail.com](mailto:doroaph@gmail.com) e [evelynopuszka@gmail.com](mailto:evelynopuszka@gmail.com) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- f) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.
- g) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: _____ Orientador: _____
--

autorizadas (como o orientador desse estudo). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

- h) O material obtido – questionário – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de 1 ano.
- i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como o material para a aplicação do questionário não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- k) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento na Unidade de Saúde.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Colombo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

---

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE



## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (para o cuidador principal)

Nós, Doroteia Aparecida Hofêlmann e Evelyn Kultum Opuszka da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando o idoso cuidado por você a participar de um estudo intitulado “Qualidade de vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um Município do Paraná”.

- l) O objetivo desta pesquisa é avaliar a qualidade de vida do idoso o qual você cuida, suas dificuldades de conseguir alimentos que precisa, ou de realizar atividades do dia a dia, ou ir à Unidade de Saúde Moinho Velho.
- m) Caso o (a) senhor (a) cuidado participe da pesquisa, será necessário responder a um questionário com informações gerais, informações sobre sua qualidade de vida, dificuldades de conseguir alimentos que precisa, ou de realizar atividades do dia a dia, ou ir à Unidade de Saúde, percepções da vida, acesso aos alimentos, transporte para a unidade, entre outros. Você responderá tais perguntas pelo idoso cuidado.
- n) A pesquisa será realizada enquanto o (a) senhor (a) estiver na Unidade de Saúde Moinho Velho devido a qualquer demanda. A nutricionista irá aplicar um questionário que pode durar até 30 minutos. Caso tenha alguma dificuldade cognitiva, você como cuidador principal, responderá ao questionário.
- o) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: conhecimento do perfil nutricional e qualidade de vida dos idosos avaliados, dados que poderão viabilizar novas ações por parte das equipes de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde. Após a entrevista, o (a) senhor (a) receberá informações para uma alimentação saudável e, caso seja preciso, encaminhado para o profissional/serviço adequado.
- p) As pesquisadoras Evelyn Kultum Opuszka nutricionista, que atua na Unidade de Saúde e a professora Doroteia Höfelmann, responsáveis por este estudo, poderão ser contatadas pessoalmente na Unidade de Saúde Moinho Velho (Rua Rio Capivari, 57 – Colombo), na UFPR (Av. Prof Lothario Meissner, 632, Jardim Botânico – Curitiba) ou pelos telefones (das 8 às 17hs) (041) 3663-6392 e (041) 99775-1305, ou ainda pelos e-mails [doroaph@gmail.com](mailto:doroaph@gmail.com) e [evelynopuszka@gmail.com](mailto:evelynopuszka@gmail.com) para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- q) A sua participação do idoso neste estudo é voluntária e se o mesmo não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e/ou tratamento, que está assegurado.

- r) As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (como o orientador desse estudo). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.
- s) O material obtido – questionário – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será descartado ao término do estudo, dentro de 1 ano.
- t) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como o material para a aplicação do questionário não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
- u) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
- v) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete meu atendimento na Unidade de Saúde.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Colombo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Participante da Pesquisa e/ou Responsável Legal: _____ Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: _____ Orientador: _____
--

## APÊNDICE 3

Questionário aplicado ao idoso ou ao seu cuidador

IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO – Número ___	
Quem responde à entrevista? (0) próprio idoso (1) respondente substituto.	RESP: ___
Qual seu envolvimento com o idoso? (filho, filha, nora, genro, cuidador (a), etc...)	VINC ___
Há quanto tempo é responsável pelo cuidado do idoso? _____ anos Idade _____ Sexo cuidador: (1) masculino (2) feminino	TEMPVINC ___ IDCUID ___ SEXCUID ___
<b>A partir de agora irei fazer perguntas relacionados ao idoso (a) o(a) Sr (a)</b>	
1 – Nome da Unidade de Saúde: UNIDADE ESF MOINHO VELHO	
2 – Nome do entrevistador:	Data da entrevista: DATACOL: / /
<b>IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO E DADOS SOCIOECONÔMICOS</b>	
COD. _____	
3 – Qual seu nome completo (do idoso avaliado)? (Identificar por meio de iniciais):	
4 – Qual sua data de nascimento (ou do idoso avaliado)?	NASC ___/___/___
5 – Sexo: 1- feminino 2 – masculino	SEXO ___
5 – Qual é seu endereço (rua, número, bairro – do idoso avaliado)?	
a- Qual a procedência do senhor/da idoso? Cidade: _____ Estado: _____ País: _____	PROC1 ___ PROC2 ___ PROC3 ___
b- Se veio de outro lugar, há quanto tempo mora em Colombo? _____	PROC4 ___
6 – Sobre a sua situação conjugal, você/ o idoso: (1) vive com companheiro (2) tem companheiro, mas não vive com ele (3) não tem companheiro (4) viúvo	
	CONJ ___
7 – O Censo Brasileiro usa as palavras branca, parda, preta, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Se você tivesse que responder ao Censo, hoje, como se classificaria a respeito de sua cor ou raça (ou do idoso avaliado)? 1-Branca 2-preta 3-amarela 4-parda 5-Indígena 6-IGN	
	COR ___
8 – O sr./o idoso tem algum trabalho remunerado? (0) não (1) sim	
	REM ___
9 – O sr./o idoso tem algum outro tipo de fonte de renda? 0- Não 1- Aposentadoria 2-Pensão 3- Bolsa Família 4-Outros: _____	
	REND1 ___ REND2 ___
10 – Quantas pessoas moram na sua casa (ou do idoso avaliado), contando com você? Quem são? (1) companheiro(a) (2) filhos (3) netos (4) irmãos (5) outros familiares (6) amigos (7) sozinho	
	NPE\$ ___ MOR ___
11 – O sr./o idoso sabe ler e escrever? 1-Sim, os dois 2- Não 3- Só ler 4- Só escrever	
	ESC1 ___
12- Até que série/ano estudou ou qual a sua escolaridade (do idoso avaliado)? Nunca estudei: (0) Ensino fundamental: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) (6ª) (7ª) (8ª) Ensino médio: (1ª) (2ª) (3ª) Ensino técnico: (1ª) (2ª) Ensino superior: (1ª) (2ª) (3ª) (4ª) (5ª) Pós-graduação: ( ) especialização ( ) mestrado ( ) doutorado ( ) pós-doutorado	
	ESC2 ___
13- Seu pai estudou na escola? (0) sim (1) não	
	ESCp1 ___
14 – Até que série/ano ele completou na escola? [ ] [ ]	
	ESCp2 ___

15- Sua mãe estudou na escola? (0) sim (1) não	ESCp3__
16 – Até que série/ano ela completou na escola? [ ] [ ]	ESCp4__
17-Como o senhor classifica a situação econômica da sua família quando o senhor nasceu ou era criança? (0) Rica (1) média (2) pobre (3) muito pobre	PV1__
18- Comparado com o padrão de vida que o senhor tem agora, como era o que tinha quando criança? (0) Era melhor do que agora (1) era igual (2) era pior do que agora)	PV2__
19- No MÊS PASSADO, qual foi aproximadamente sua / do idoso renda familiar em reais, isto é, a soma de todos os rendimentos (salários, bolsa família, soldo, pensão, aposentadoria, aluguel etc), já com descontos, de todas as pessoas que sempre contribuem com as despesas de sua casa?R\$	RTOTAL__
20- Quantas pessoas (idosos, adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver?	NDEP__
21- O senhor/o idoso tem renda própria? (1) Sim (2) Não)	RP1__
22- Qual o valor? R\$	RP2__
<b>DESLOCAMENTO ATÉ A UNIDADE DE SAÚDE</b>	
23- Como o (a) Sr./o idoso (a) vem até a unidade? (1) veículo próprio (2) a pé (3) bicicleta (4) transporte público (5) outro / cite:	TRANSP1a__ TRANSP1b__
24- O que o (a) senhor (a)/ o idoso acha da distância da sua casa até esta unidade de saúde? (1) perto (2) razoável (3) longe	TRANSP2__
<b>PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES EXTERNAS</b>	
25- O senhor / o idoso participa de alguma atividade externa, como centro de convivências, grupo religioso, atividades no CRAS, grupos de caminhada, etc? (1) SIM (2) NÃO / Cite:	ATEVEX1__ ATEVEX2__
Vamos falar sobre algum possível cuidado que uma pessoa próxima possa ter com o senhor.	
26 – Cuidador é uma pessoa que fica lhe ajudando nas suas atividades diárias, como tomar banho, vestir-se, alimentar-se ou ajudar a tomar seus remédios. O (a) Sr (a) tem cuidador? (0) NÃO (1) SIM	CUIDADOR1__
27 – Quem é seu cuidador principal? (1) FILHO (2) CÔNJUGE (3) OUTRO / CITE: _____	CUIDADOR2a__ CUIDADOR2b__
Vamos falar agora sobre sua qualidade de vida e suas percepções de vida	
28- Em geral, você (o idoso) considera sua saúde como: (1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	PERC1__
29- Como você avalia sua qualidade de vida? (1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) muito ruim	PERC2__
30- Minha idade/do idoso me impede de fazer as coisas que eu/ele gostaria de fazer. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP1__
31- Eu sinto que o que acontece comigo/ com o idoso, está fora do meu/seu controle. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP2__
32- Eu me sinto/ o idoso se sente livre para planejar o futuro. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP3__
33- Eu me sinto/ o idoso se sente excluído de tudo. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP4__
34- Eu/ele posso fazer as coisas que eu/ele quero/quer. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP5__
35- As responsabilidades familiares me/lhe impedem de fazer o que quero/quer (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP6__
36- Eu me sinto/ o idoso se sente livre para fazer as coisas. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP7__
37- Minha/sua saúde me/lhe impede de fazer as coisas que eu quero/ele quer. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP8__
38 – A falta de dinheiro me/lhe impede de fazer as coisas que eu quero/ ele quer. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP9__
39 – Eu fico/ele fica animado a cada dia. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP10__
40- Eu sinto que minha/ele sente que sua vida tem sentido. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP11__

41- Eu gosto das coisas que eu faço/ele gosta das coisas que faz. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP12__
42- Eu gosto/ ele gosta de estar na companhia de outras pessoas. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP13__
43- De modo geral, eu olho para o meu/ele olha para o seu passado com uma sensação de felicidade (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP14__
44- Eu me sinto/ele se sente cheio de energia hoje em dia. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP15__
45- Eu escolho/ele escolhe fazer coisas que nunca fiz/fez antes. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP16__
46- Eu me sinto/ele se sente satisfeito com o rumo que a minha/sua vida tomou. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP17__
47- Eu sinto/ele sente que a vida está cheia de oportunidades. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP18__
48- Eu sinto/ele sente que o meu futuro parece bom. (3) Frequentemente (2) às vezes (1) Raramente (0) Nunca	CASP19__
<b>Agora vamos falar sobre suas/dele atividades do dia a dia e como o senhor/ idoso consegue fazê-las.</b>	
49- Deitar/ levantar da cama. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD1__
50 - Comer. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD2__
51 - Cuidar da aparência. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD3__
52- Andar no plano. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD4__
53 - Tomar banho. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD5__
54- Vestir-se. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD6__
55- Ir ao banheiro, quando sente vontade, em tempo. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD7__
56- Subir um lance de escadas. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD8__
57- Tomar seus remédios na hora. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD9__
58 - Andar perto de casa. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD10__
59 - Fazer compras. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD11__
60 - Preparar refeições. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD12__
61 - Cortar as unhas dos pés. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD13__
62- Sair de ônibus ou táxi. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD14__
63- Fazer a limpeza da casa. (0) Nenhuma (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Não realiza	AVD15__
<b>DOENÇAS CRÔNICAS E FATORES ASSOCIADOS</b>	
64- Faz uso de cigarro? (0) não (1) sim (2) ex-fumante Se é ex-fumante, parou há quanto tempo? _____ anos	CIG1__ CIG2__
65-Faz uso de bebida alcoólica? (0) não (1) sim Qual frequência? (1) quinzenal (2) semanal (3) diária. Quando faz uso de bebida alcoólica quanto o Sr Ingere?	BEBALC1__ BEBALC2__
66- Pratica alguma atividade física? (0) não (1) sim. - Quantas vezes por semana? _____ - Quanto tempo? _____ - Qual tipo? _____	ATIV1__ ATIV2__ ATIV3__ ATIV4__
67- Algum médico ou profissional de saúde já disse que o senhor/ idoso tem alguma doença de coluna ou costas? (0) não (1) sim	CRON1__
68- Artrite ou reumatismo? (0) não (1) sim	CRON2__

69 - Fibromialgia? (0) não (1) sim	CRON3
70 - Câncer? (0) não (1) sim	CRON4
71 - Diabetes? (0) não (1) sim	CRON5
72- Bronquite ou asma? (0) não (1) sim	CRON6
73- Hipertensão? (0) não (1) sim	CRON7
74- Problemas no coração ou cardiovascular? (0) não (1) sim	CRON8
75- Insuficiência renal crônica? (0) não (1) sim	CRON9
76- Depressão? (0) não (1) sim	CRON10
77- Esquizofrenia? (0) não (1) sim	CRON11
78 - Tuberculose? (0) não (1) sim	CRON12
79 - Tendinite ou tenossinovite? (0) não (1) sim	CRON13
80 - Cirrose? (0) não (1) sim	CRON14
81 - Derrame, AVC ou isquemia cerebral? (0) não (1) sim	CRON15
82- Úlcera no estômago ou duodeno? (0) não (1) sim	CRON16
<b>INFORMAÇÕES ANTROPOMÉTRICAS</b>	
83 - Peso na última medida _____ Data: _____	PP1A
84- Altura na última medida _____ m   ALT _____	PP1B
85 - O (a) Sr.(a) perdeu peso nos últimos 6 meses? (0) não (1) sim. Quantos quilos?	PP2
86 - Como o senhor/o Idoso considera seu peso corporal (1) Muito abaixo do peso (2) abaixo do peso (3) dentro do peso adequado (4) acima do peso (5) muito acima do peso	PP3
<b>ESCALA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (VERSÃO REDUZIDA)</b>	
87- Nos últimos 3 meses o senhor/o Idoso teve a preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar, receber ou produzir mais comida? (0) não (1) sim	SAN1
88 - Nos últimos 3 meses a comida acabou antes que o senhor/o Idoso tivesse dinheiro para comprar mais? (0) não (1) sim	SAN2
89 - Nos últimos 3 meses, o senhor/ o Idoso ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (0) não (1) sim	SAN3
90 - Nos últimos 3 meses, o senhor/ o Idoso ou algum adulto em sua casa diminuiu, alguma vez, a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeições, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (0) não (1) sim	SAN4
91- Nos últimos 3 meses, alguma vez o senhor/o Idoso comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro suficiente para comprar comida? (0) não (1) sim	SAN5
92 - Nos últimos 3 meses, o senhor/o Idoso perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? (0) não (1) sim	SAN6
93 - Com que frequência o (a) Sr. (a)/ o Idoso ou a pessoa responsável pelas compras em sua casa costuma comprar alimentos? (1) TODOS OS DIAS (2) 1 OU 2X NA SEMANA (3) 3 OU 4X NA SEMANA (4) 5 OU 6X NA SEMANA	ALIM1
94 - Quanto tempo leva para chegar ao local onde geralmente compra frutas, verduras e/ou legumes: (1) 0-5min (2) 6-10min (3) 11-20min (4) 21-30min (4) 31-45min (5) mais de 45min	ALIM2
95 - Como o (a) Sr. (a)/ o Idoso vai a este local em que compra alimentos? (1) veículo próprio (2) a pé (3) bicicleta (4) transporte público (5) outro/cite:	ALIM3a ALIM3b
96 - Em geral, quantos dias na semana o (a) Sr. (a)/o Idoso prepara refeições em casa? (1) nenhum (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 (6) 5 (7) 6 (8) todos os dias	ALIM4

## **ANEXO 1**

### **Normatização da Revista Ciência e Saúde Coletiva para qual o artigo foi enviado**

#### **Instruções para colaboradores**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

#### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.



**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos

artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou

investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

## **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

## **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

## **Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)  
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor  
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria  
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento  
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário  
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

### **Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor  
Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor  
Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor  
Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro  
Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos  
Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos  
Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese  
Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal  
Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual  
*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais  
Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

## Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico  
Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico  
*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>a</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador  
Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

## ANEXO 2

### Termo de Aprovação do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
PARANÁ - SETOR DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um Município do Paraná

**Pesquisador:** Doroteia Aparecida Höfelmann

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62273616.6.0000.0102

**Instituição Proponente:** Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.879.181

##### Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa intitulado "Qualidade de vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um Município do Paraná", sob a orientação Profª. Drª. Doroteia Aparecida Höfelmann, docente do Departamento de Nutrição e orientadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com colaboração da pesquisadora Evelyn Kultum Opuszka, nutricionista, residente desse programa.

##### Objetivo da Pesquisa:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo geral "avaliar a qualidade de vida dos idosos de Unidade de Saúde de município do Paraná."

Objetivos Específicos: "descrever o perfil sócio-demográfico dos idosos; avaliar a qualidade de vida dos idosos; descrever aspectos relacionados ao acesso dos idosos aos alimentos e insegurança alimentar; avaliar o acesso à unidade de saúde; avaliar as atividades da vida diária quanto à dependência ou não para sua realização."

##### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, os pesquisadores informam que os riscos para as participantes podem ser considerados mínimos, sendo referidos os cuidados e medidas que serão tomadas para garantir a confidencialidade, privacidade e anonimato dos participantes do estudo.

**Endereço:** Rua Padre Camargo, 265 - Térreo

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-240

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-7259

**E-mail:** cometica.saude@ufpr.br



Quanto aos benefícios, os pesquisadores informam que "o estudo poderá proporcionar um perfil socioeconômico e demográfico dos idosos, além da avaliação da qualidade de vida dos mesmos e insegurança alimentar, na área de abrangência da Unidade de Saúde de Estratégia de Saúde da Família Moinho Velho de Colombo (PR)."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A contextualização do estudo pauta-se na literatura considerada pertinente à temática abordada, apropriada aos objetivos propostos.

A análise de mérito foi realizada pela Prof. Dr<sup>a</sup> Sandra.Patricia Crispin, com parecer favorável.

**Local e período**

O estudo será realizado na Unidade de Saúde Moinho Velho, localizada no município de Colombo/PR, no período de fevereiro de 2017 a abril de 2018.

Os pesquisadores apresentaram a carta de ciência e concordância da Instituição Coparticipante assinada pela coordenadora da unidade.

**Participantes do estudo**

A população do estudo será constituída por 201 idosos que atendidos pela Unidade e pertencentes às quatro áreas de abrangência dessa unidade.

**Crêterios de Inclusão e Exclusão**

Inclusão: "idosos atendidos na Unidade de Saúde Moinho Velho."

Exclusão: "idosos não atendidos pela Unidade pesquisada."

**Plano para o Recrutamento**

Os pesquisadores especificam o plano de recrutamento:

A divulgação da pesquisa será por meio de comunicação impressa (cartaz) afixado na unidade e do Agente Comunitário de Saúde convidando os idosos a participarem do estudo.

Os participantes que manifestem interesse e disponibilidade serão convidados a participar, sendo entregue o TCLE.

"A aplicação do questionário será realizada na própria unidade e os idosos acamados ou com dificuldades de locomoção serão avaliados no domicílio."

**Coleta de Dados**

A coleta de dados será realizada por meio da "aplicação de um questionário semiestruturado com variáveis socioeconômicas, demográficas, insegurança alimentar (escala reduzida), percepção da qualidade de vida e capacidade de desenvolvimento de atividades de rotina."

"Serão coletados os dados presentes nas fichas de estratificação da Unidade de Saúde que contêm o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) aplicado pelos Agentes Comunitários de

<b>Endereço:</b> Rua Padre Camargo, 285 - Térreo	
<b>Bairro:</b> Alto da Glória	<b>CEP:</b> 80.060-240
<b>UF:</b> PR	<b>Município:</b> CURITIBA
<b>Telefone:</b> (41)3360-7259	<b>E-mail:</b> cometica.saude@ufpr.br

Saúde nos idosos atendidos pela Unidade e têm questões de autopercepção da saúde, limitações físicas e incapacidades.”

“Para idosos com dificuldades cognitivas que limitem a compreensão das perguntas, os questionários serão respondidos pelo cuidador principal com assinatura de outro TCLE específico”.

#### Análise de Dados

“Para descrever as variáveis contínuas serão empregadas médias, desvios-padrão, valores mínimo, mediano e máximo. Para variáveis categóricas serão calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%).”

“A associação entre a qualidade de vida e demais variáveis em estudo será testada por meio de testes estatísticos apropriados ao tipo e à escala das variáveis.”

“O nível de significância de 5% será considerado nas análises e o programa Stata 12 será utilizado para realização das análises.”

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto apresenta todos os termos e documentos requeridos.

#### Recomendações:

Ver considerações finais

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pesquisadoras apresentaram os ajustes solicitados referente a revisão da redação do questionário e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso do respondente ser o cuidador principal.

O projeto cumpre os requisitos necessários para sua realização.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_821626.pdf	16/12/2016 11:58:17		Aceito
Outros	ajustes_do_parecer1.docx	16/12/2016 11:57:52	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	questionario_novaversao.docx	16/12/2016 11:57:04	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	descricao_da_pesquisa_novaversao.doc	16/12/2016 11:56:27	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tle_cuidador.docx	16/12/2016 11:56:04	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tle_idoso.doc	16/12/2016 11:55:53	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	declaracao_sms.pdf	22/11/2016 16:22:45	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	225422.PDF	22/11/2016 16:21:27	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	declaracao_uso_dados_com_rgs.pdf	21/11/2016 12:05:45	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	AnalisedeMerito_Evelyn2.pdf	14/11/2016 12:34:33	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	Extrato_da_ATA_Pesquisa_Evelyn.pdf	14/11/2016 10:17:41	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	checklist.pdf	14/11/2016 10:15:37	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	funcoes_projeto.pdf	11/11/2016 15:53:06	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	termo_dados_arquivp.pdf	11/11/2016 15:52:11	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	termo_inicio_pesquisa.pdf	11/11/2016	EVELYN KULTUM	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo  
 Bairro: Alto da Glória CEP: 80.060-240  
 UF: PR Município: CURITIBA  
 Telefone: (41)3360-7259 E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Outros	termo_inicio_pesquisa.pdf	15:51:14	OPUSZKA	Aceito
Outros	declaracao_uso_material.pdf	11/11/2016 15:50:36	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	declaracao_tomar_publico.pdf	11/11/2016 15:50:03	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	termo_confidencialidade.pdf	11/11/2016 15:49:19	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Outros	oficio_ao_comite.pdf	11/11/2016 15:48:32	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	11/11/2016 15:33:34	EVELYN KULTUM OPUSZKA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 22 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**IDA CRISTINA GUBERT**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo	CEP: 80.060-340
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR Município: CURITIBA	
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

## ANEXO 3

### Confirmação de Submissão à Revista Ciência & Saúde Coletiva

---

#### Ciência & Saúde Coletiva - Manuscript ID CSC-2018-0464

1 mensagem

---

**Ciência & Saúde Coletiva** <onbehalf@manuscriptcentral.com>

23 de fevereiro de 2018 11:01

Responder a: danuziacienciaesaudecoletiva@gmail.com

Para: evelynopuszka@gmail.com

Cc: evelynopuszka@gmail.com, doroaph@gmail.com

23-Feb-2018

Dear Miss Acacio:

Your manuscript entitled "Qualidade de vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um município do Paraná" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the Ciência & Saúde Coletiva.

Your manuscript ID is CSC-2018-0464.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the Ciência & Saúde Coletiva.

Sincerely,

Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

 **Ciência & Saúde Coletiva**

 Home

 Author

---

## Submission Confirmation

 Print

---

Thank you for your submission

---

**Submitted to**

Ciência & Saúde Coletiva

**Manuscript ID**

CSC-2018-0464

**Title**

Qualidade de vida dos idosos de uma Unidade de Saúde em um município do Paraná

**Authors**

Acacio, Evelyn  
Hofelmann, Doroteia Aparecida

**Date Submitted**

23-Feb-2018