



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CRISTHIANE YUMI YONAMINE

**INCAPACIDADE FUNCIONAL ENTRE ADULTOS DE 40
ANOS OU MAIS DE IDADE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Londrina
2012

CRISTHIANE YUMI YONAMINE

**INCAPACIDADE FUNCIONAL ENTRE ADULTOS DE 40
ANOS OU MAIS DE IDADE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da
Universidade Estadual de Londrina (UEL),
como requisito à obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Tiemi Matsuo
Coorientadora: Profa. Dra. Regina Kazue
Tanno de Souza

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Y55i Yonamine, Cristhiane Yumi.

Incapacidade funcional entre adultos de 40 anos ou mais de idade : estudo de base populacional / Cristhiane Yumi Yonamine. – Londrina, 2012.
135 f. : il.

Orientador: Tiemi Matsuo.

Coorientador: Regina Kazue Tanno de Souza.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Incapacidade funcional (Fisiologia) – Teses. 2. Envelhecimento – Teses.
3. Idosos – Saúde e higiene – Teses. 4. Cuidados primários de saúde – Teses.
5. Saúde pública – Teses. I. Matsuo, Tiemi. II. Souza, Regina Kazue Tanno de.
III. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

CDU 612.66-053.8

CRISTHIANE YUMI YONAMINE

**INCAPACIDADE FUNCIONAL ENTRE ADULTOS DE 40
ANOS OU MAIS DE IDADE:
ESTUDO DE BASE POPULACIONAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação *Stricto Sensu* em Saúde Coletiva da
Universidade Estadual de Londrina (UEL),
como requisito à obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Orientador Dra. Tiemi Matsuo
UEL – Londrina - PR

Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera
UEL – Londrina - PR

Prof. Dra. Karla Cristina Giacomini
Belo Horizonte – Secretaria Municipal de Saúde - MG

Londrina, 30 de maio de 2012.

A Deus, aos meus pais, ao meu
namorado e aos meus amigos
e família... meu chão, minha
base.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me propiciado a bela trajetória de vida que tenho tido e por mais essa conquista;

À minha orientadora, Profa. Dra. Tiemi Matsuo, pessoa especial, amável, que esteve ao meu lado na construção deste trabalho, com paciência e carinho, e a quem admiro muito e aprendi mais ainda;

À minha coorientadora, Profa. Dra. Regina Kazue Tanno de Souza, pessoa única, de coração imenso, que me acolheu e me inspirou em vários momentos, e me inspira cada dia mais;

Aos membros titulares e suplentes da banca de defesa, Prof. Dr. Marcos Aparecido Sarria Cabrera, Profa. Dra. Karla Cristina Giacomini, Prof. Dr. Arthur Mesas e a Profa. Dra. Celita Salmaso Trelha, pelo aceite do convite e pelas valiosas contribuições;

Aos queridos professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, pelas contribuições nos seminários e pelos conhecimentos disseminados nesses dois anos;

À equipe do NESCO e da Secretaria de Pós-graduação, pela paciência e pela colaboração em todas as etapas do mestrado;

Aos colegas de Mestrado, pelo carinho, pela amizade e pelo apoio em todos os momentos durante a nossa caminhada;

Aos grandes companheiros do projeto VigiCardio, pela dedicação, pela paciência e pela união nesse processo, sem vocês, com certeza teria sido muito difícil;

Aos profissionais de saúde do município de Cambé, pela calorosa recepção e por contribuírem na viabilização deste trabalho;

Aos participantes desta pesquisa, por abrirem as portas de suas casas, pela atenção e pela disponibilidade em participar deste estudo;

Aos queridos alunos do PIN2 e aos amigos que contribuíram nesse processo, em especial ao Felipe Assan Remondi e a Flaviane Mello Lazarini;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudo;

Aos membros da minha querida família, pelo apoio e por me auxiliarem a chegar até essa etapa;

Ao Roberto Kiyoshi Kashimoto, amigo e companheiro, pela força, pela paciência e por tornar meus dias mais felizes;

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram em algum momento deste estudo.

Às vezes ouço passar o vento, e só
de ouvir o vento passar, vale a pena
ter nascido.”

“Tudo vale a pena quando a alma
não é pequena.”

Fernando Pessoa

YONAMINE, Cristhiane Yumi. **Incapacidade funcional entre adultos de 40 anos ou mais de idade**: estudo de base populacional. Londrina. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que concorre para um aumento da prevalência das doenças crônicas e da incapacidade funcional. Envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou para a comunidade, entretanto, quando a autonomia funcional começa a deteriorar, os problemas começam a surgir. A incapacidade funcional é um importante indicador de saúde, uma vez que reflete a piora da qualidade de vida e os graves impactos sociais, tais como a institucionalização e o aumento do uso de serviços de saúde. O presente estudo teve por objetivo analisar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional entre adultos residentes na região urbana do município de Cambé, Paraná. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, realizado com adultos de 40 anos ou mais de idade, no período de fevereiro a junho de 2011. As variáveis dependentes pesquisadas foram os fatores associados à dificuldade de subir e descer escadas e os fatores associados à autonomia funcional em dois grupos etários. A população foi composta de 1336 sujeitos elegíveis, dos quais 1180 foram entrevistados. A prevalência da incapacidade funcional encontrada nas atividades básicas de vida diária apresentou-se baixa e aumentou progressivamente com a idade. As dificuldades mais frequentes referem-se às atividades de urinar (5%), subir e descer escada (24%), ler ou enxergar (78,3%), memorizar (28,9%) e lavar roupa (23,4%). Os fatores associados à dificuldade de subir e descer escada foram: ser do sexo feminino, não ter trabalho remunerado, pertencer à classe econômica C, D ou E, não praticar atividade física no lazer, ter histórico de doenças crônicas, ter histórico de quedas nos últimos 12 meses e ser obeso. Observou-se que 46,5% das pessoas estudadas apresentavam a autonomia funcional preservada e alguns fatores associados à autonomia funcional foram distintos entre idosos e não idosos. Ter trabalho remunerado, praticar atividade física no lazer e não ter histórico de artrite/artrose foram comuns a ambos os grupos, mas a escolaridade e a ausência de histórico de diabetes associaram-se apenas na faixa etária de 40 a 59 anos, enquanto que histórico de problemas na coluna relacionou-se apenas às pessoas de 60 ou mais anos de idade. Os resultados apontam a necessidade de ampliar as ações e as estratégias assistenciais, principalmente na atenção básica, visto a magnitude de algumas dificuldades que interferem na autonomia funcional e os fatores associados à incapacidade e à autonomia funcional.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Atividades cotidianas. Prevalência. Estudo transversal. Saúde. Idosos. Adultos. Autonomia.

YONAMINE, Cristhiane Yumi. **Functional disability among adults 40 years old and older**: population-based study. Londrina, Brazil. 2012. 135f. Dissertation (Master's in Public Health) – Londrina State University, Paraná.

ABSTRACT

Population aging is a phenomenon that contributes to an increased prevalence of chronic illness and disability. Aging maintaining all functions does not mean problem for the individual or the community, however, when the functional autonomy begins to deteriorate, the problems begin to emerge. Disability is an important indicator of health, since it reflects the poor quality of life and the serious social impacts, such as institutionalization and increased use of health services. The present study aimed to analyze the prevalence and factors associated with disability among adults living in the urban area of Cambé, Paraná. This is a cross-sectional population-based, conducted with adults aged 40 years or older, from February to June 2011. The dependent variables investigated were the factors associated with difficulty going up and down stairs and the factors associated with functional autonomy in two age groups. The population consisted of 1336 eligible subjects, of whom 1180 were interviewed. The prevalence of disability found in basic activities of daily living had to be low and increased progressively with age. The most frequent difficulties relate to the activities to urinate (5%), up and down stairs (24%), read or see (78.3%), store (28.9%) and washing (23.4%). Factors associated with difficulty in up and down stairs were: being female, not having paid work, belong to economy class C, D or E, no physical exercise during leisure time, have a history of chronic diseases, have a history of falls in last 12 months and being obese. It was observed that 46.5% of those studied had preserved functional autonomy and some factors associated with functional autonomy were different between elderly and nonelderly. Having paid work, physical activity during leisure time and have no history of arthritis / osteoarthritis were common to both groups, but the lack of education and history of diabetes were associated only in the age group 40-59 years, while history spinal problems related only to persons 60 or more years old. The results indicate the need to expand the actions and care strategies, especially in primary care, given the magnitude of some difficulties that interfere with functional autonomy and the factors associated with disability and functional autonomy.

Key-words: Disabled person. Activities of daily living. Prevalence. Cross-sectional study. Health. Elderly. Adults. Autonomy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Localização do município de Cambé, Paraná	23
Figura 2	Distribuição das categorias da escala hierárquica de incapacidade funcional.....	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população estudada, segundo características demográficas e socioeconômicas.....	36
Tabela 2 – Caracterização da população estudada, segundo hábitos de vida, condições de saúde e utilização de serviços de saúde	37
Tabela 3 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade nas ABVD e faixa etária	39
Tabela 4 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade na mobilidade	40
Tabela 5 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade na comunicação	41
Tabela 6 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade nas funções mentais.....	42
Tabela 7 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade nas AIVD	43
Tabela 8 – Caracterização da população estudada, segundo escala hierárquica de incapacidade funcional e sexo	46
Tabela 9 – Caracterização da população estudada, segundo escala hierárquica de incapacidade funcional e faixa etária	47
Tabela 10 – Fatores associados à dificuldade de subir e descer escada na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson	48
Tabela 11 – Fatores associados à autonomia funcional dos indivíduos de 40 a 59 anos e 60 ou mais anos de idade, segundo análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
DM	Diabetes Mellitus
DP	Doença Pulmonar
EPIC	European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition
FQ	Fratura de Quadril
HA	Hipertensão Arterial
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IMC	Índice de Massa Corporal
NHANES	National Health and Nutrition Examination Survey
OA	Osteoartrite
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSF	Política Nacional de Saúde Funcional
SMAF	Le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle / Sistema de Medida de Autonomia Funcional
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA: O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	15
1.2 INCAPACIDADE FUNCIONAL	16
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3 MATERIAIS E MÉTODOS	23
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	23
3.2 LOCAL DE ESTUDO	23
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	23
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NA AMOSTRA	24
3.4.1 Critérios de Inclusão	24
3.4.2 Critérios de Exclusão.....	25
3.5 ETAPAS PRÉVIAS A COLETA DE DADOS.....	25
3.5.1 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores	25
3.5.2 Estudo Piloto	25
3.5.3 Divulgação da Pesquisa	26
3.6 COLETA DE DADOS	26
3.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO	26
3.7.1 Variáveis Independentes	27
3.7.1.1 Variáveis demográficas e socioeconômicas.....	27
3.7.1.2 Variáveis relacionadas a hábitos de vida auto-referidos	28
3.7.1.3 Variáveis de condições de saúde	29
3.7.1.4 Variáveis de utilização de serviços de saúde	30
3.7.2 Sistema de Medida da Autonomia Funcional	30
3.7.3 Variáveis Dependentes	32
3.7.3.1 Incapacidade funcional.....	32
3.7.3.2 Autonomia funcional.....	32

3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
4 RESULTADOS	35
4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	35
4.2 INCAPACIDADE FUNCIONAL	38
4.2.1 Fatores Associados à Dificuldade de Subir e Descer Escadas	47
4.3 AUTONOMIA FUNCIONAL	49
5 DISCUSSÃO	51
5.1 FATORES ASSOCIADOS À DIFICULDADE DE SUBIR E DESCER ESCADA	54
5.2 FATORES ASSOCIADOS À AUTONOMIA FUNCIONAL.....	59
5.2.1 Em Indivíduos de 40 a 59 Anos e de 60 ou Mais Anos de Idade	59
5.2.2 Somente em Indivíduos de 40 a 59 Anos de Idade.....	60
5.2.3 Em Indivíduos de 60 ou Mais Anos de Idade	61
6 CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES	77
APÊNDICE A – Manual de entrevista e coleta de dados	78
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados	104
APÊNDICE C – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL.....	125
APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
APÊNDICE E – Análise bruta pela regressão de Poisson dos fatores associados à incapacidade funcional. Cambé, 2011.	127
APÊNDICE F – Fatores associados à autonomia funcional na análise bruta pela regressão de Poisson, segundo faixa etária, variáveis demográficas e socioeconômicas. Cambé, 2011	129
APÊNDICE G – Fatores associados à autonomia funcional na análise bruta pela regressão de Poisson, segundo faixa etária e variáveis de hábitos de vida. Cambé, 2011	130

APÊNDICE H –Fatores associados à autonomia funcional na análise bruta pela regressão de Poisson, segundo faixa etária e morbidades referidas. Cambé, 2011	131
ANEXO	132
ANEXO A – Critério de Classificação Econômica Brasil	133

1 INTRODUÇÃO

1.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA E EPIDEMIOLÓGICA: O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A INCAPACIDADE FUNCIONAL

Atualmente, afirmar que o Brasil e outros países em desenvolvimento são jovens já não é tão possível, devido à mudança na estrutura por idade e sexo observada nestes países (CARVALHO; WONG, 2008). No Brasil, a presença de crianças menores de cinco anos de idade reduziu, entre 1980 e 2010, de 13,8% para 7,2%. Complementarmente, os grupos mais velhos aumentaram sua participação; a população de 60 anos ou mais, aumentou de 6,1%, em 1980, para 10,8%, em 2010 (DATASUS, 2010). Segundo Kalache (1987), os fatores determinantes do envelhecimento populacional são ditados pelo comportamento das taxas de fertilidade e das taxas de mortalidade, ou seja, para que uma população envelheça, é necessário uma queda da fertilidade, um menor ingresso de crianças na população e simultânea ou posteriormente, uma redução das taxas de mortalidade, fazendo com que a expectativa de vida da população aumente.

Com esse processo de envelhecimento populacional, verificam-se mudanças nas principais causas de morbidade e mortalidade, pois à medida que as pessoas atingem idades avançadas, aumenta o risco de adquirirem doenças crônicas e desenvolverem incapacidades funcionais, acarretando importante sobrecarga aos sistemas de saúde e previdenciário (VERAS, 2009).

Vários estudos epidemiológicos têm sido realizados no Brasil com o enfoque nos idosos. Um exemplo é a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), inquérito de base populacional de abrangência nacional, desenvolvido com o objetivo de obter informações sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho e rendimentos sobre essa população. Nas últimas edições (1998, 2003 e 2008), além destes, foram investigados diversos aspectos referentes à saúde. Os achados desses estudos mostraram uma diminuição da prevalência de incapacidade funcional nos idosos, independentemente do sexo (PARAHYBA; SIMÕES, 2006), entretanto observa-se que os estratos mais baixos de renda apresentavam as piores condições de saúde, a pior função física e o menor uso de serviços de saúde (LIMA-COSTA; MATOS; CAMARANO, 2006).

Com o envelhecimento, a saúde passa a não ser mais medida somente pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (RAMOS, 2003). Dessa maneira, a preocupação não deve ser apenas na redução da mortalidade, mas sim na melhora da qualidade de vida e saúde da população, pois as doenças crônicas diagnosticadas em um indivíduo geralmente admitem apenas o seu controle e, se não forem devidamente tratadas e acompanhadas ao longo dos anos, tendem a apresentar complicações e sequelas que comprometem a independência e a autonomia das pessoas. Essa situação se traduz em aumento da procura por serviços de saúde e dos gastos com cuidados.

1.2 INCAPACIDADE FUNCIONAL

O envelhecimento caracteriza-se pela perda progressiva da capacidade de manter a homeostase em condições de sobrecarga funcional. As modificações se iniciam geralmente a partir dos 30 anos de idade, evoluem gradualmente com o tempo, mas permanecem praticamente imperceptíveis por muitos e muitos anos até se tornarem bem evidentes em idades avançadas (COSTA et al., 2005).

No Brasil, a partir da década de 40, têm-se aumentado a preocupação com o bem-estar das pessoas ao longo dos anos vividos. Pelo menos dois cenários podem ser vislumbrados: envelhecer com a preservação da capacidade funcional ou com o seu comprometimento. Sabe-se que o número de idosos com algum grau de incapacidade aumenta com a idade e cerca de 50% daqueles com mais de 85 anos apresentam limitações em suas atividades diárias, o que explica a necessidade de uma avaliação funcional criteriosa e de assistência contínua para manterem-se, tanto quanto possível, independentes (COSTA et al., 2005). Porém, em um contexto de aumento da expectativa de vida ativa, ou seja, livre de incapacidades, as projeções diferem de acordo com o modelo em que se baseiam.

Um destes tem se tornado o enfoque dominante para as políticas e programas de melhoria da saúde: o enfoque no “envelhecimento bem sucedido”. Este é o modelo da compressão da morbidade proposto por Fries (1980), segundo o qual a incapacidade pode ser diminuída caso a morbidade seja prevenida no curto espaço entre a idade de início e os anos que precedem o óbito. O adiamento do

aparecimento de doenças crônicas resultaria não apenas na diminuição da mortalidade, mas também da morbidade. Então o período de vigor adulto poderia ser prolongado, reduzindo a média de carga de doença, a necessidade de cuidados médicos e os custos associados, enquanto melhoraria a qualidade de vida. Assim, manter a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, constitui como um dos desafios das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2006a).

Com o intuito de conhecer o(s) mecanismo(s) que leva(m) a incapacidade funcional vários modelos foram propostos buscando intervenções passíveis de preveni-la, adia-la ou revertê-la. Uma das primeiras tentativas de definir a incapacidade surge na década de 1960, com o sociólogo Nagi, a partir de quatro conceitos centrais: patologia ativa, deficiência, limitação funcional e incapacidade funcional (NAGI, 1964). Além disso, é importante conhecer o desempenho do indivíduo nas dimensões física, emocional e mental. O desempenho físico estaria relacionado às funções motora e sensória do corpo, enquanto que o desempenho emocional relaciona-se à adaptação do indivíduo a vários eventos da vida e o desempenho mental, a capacidade racional e intelectual do indivíduo (NAGI, 1976).

Em 1980, a *World Health Organization* (WHO) com o objetivo semelhante ao de Nagi, lança a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID). O modelo da CIDID diferencia três conceitos distintos relacionados à doença e as condições de saúde – deficiências, incapacidades e desvantagens – embora as definições sejam diferentes das apresentadas por Nagi. Nesta classificação, a incapacidade representa a consequência do prejuízo de um órgão ou sistema no funcionamento do indivíduo em termos de limitação das funções ou restrição das atividades. A CIDID foi concebida como um modelo complementar, classificando a função e incapacidade associadas com as condições de saúde, porém não recebeu a aprovação da Assembleia Mundial de Saúde (WHO, 1980).

A partir das definições propostas por Nagi (1964) e pela CIDID (1980), Verbrugge e Jette (1994) propõem um modelo no qual descrevem: (1) como as condições agudas e crônicas afetam o funcionamento de determinados sistemas do corpo e a capacidade das pessoas para agir em ações necessárias, esperadas e desejadas pela sociedade, e (2) como os fatores individuais e ambientais podem aumentar ou diminuir a incapacidade, ou seja, os fatores de risco predisponentes

que impulsionam a disfunção, as intervenções introduzidas para evitar, retardar ou reverter e as exacerbações que a aumentam.

O modelo proposto por Verbrugge e Jette (1994) é uma extensão da definição de Nagi, o qual considera que a incapacidade é intrinsecamente um fenômeno multifacetário, ou seja, além do principal caminho do processo que vai da patologia à incapacidade, eles colocam a existência de três variáveis nesse mecanismo: fatores de risco predisponentes, fatores intraindividuais e fatores extraindividuais.

Os fatores de risco predisponentes são aqueles fenômenos presentes no início do processo de incapacidade funcional, que podem originá-la ou agravá-la, como por exemplo, características demográfica, social, comportamental, psicológica, ambiental, biológica e estilo de vida. Os fatores intraindividuais são aqueles que operam dentro da pessoa, como mudanças no estilo de vida, atributos psicológicos e adaptações de atividades (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

Os fatores extraindividuais são aqueles que operam fora ou externamente a pessoa, pertencem ao contexto físico e social na qual o processo de incapacidade funcional acontece. Estes incluem os serviços de cuidado médico e reabilitação, as medicações e outras terapias, o suporte externo e as adaptações ambientais físicas e sociais (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

Em 2001, a WHO na tentativa de entender a relação complexa entre fatores biológicos e sociais que levam a incapacidade, publica a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), classificação que reconhece a funcionalidade como dimensão da saúde. O modelo de funcionalidade e incapacidade proposto pela WHO baseia-se na junção dos modelos médico e social, em uma abordagem biopsicossocial, refletindo a interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social). Nesse sentido, uma incapacidade em um domínio representa o aspecto negativo da interação entre o indivíduo com uma condição de saúde (doença, trauma, lesão) e fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Vários instrumentos foram desenvolvidos para avaliar a incapacidade funcional, sendo as atividades convencionalmente mensuradas: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). As ABVD consistem nas tarefas de autocuidado (tomar banho, vestir-se, outras) e as AIVD indicam tarefas mais adaptativas ou necessárias para vida

independente na comunidade como, por exemplo, fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, realizar tarefas domésticas, preparar uma refeição e cuidar do próprio dinheiro (LAWTON; BRODY, 1969). Essas tarefas são consideradas hierarquicamente mais complexas que as ABVD.

Além destas atividades, a mobilidade constitui outro componente essencial da avaliação funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Refere-se à locomoção e também pode ser mensurada por meio de um enfoque hierárquico, iniciando-se com tarefas simples como transferir-se da cama para uma cadeira e progredir para tarefas mais complexas como caminhadas de curtas e longas distâncias e subir e descer escadas (GURALNIK; FRIED; SALIVE, 1996). As atividades de mobilidade possuem um grau de complexidade intermediária entre as ABVD e as AIVD.

A incapacidade também pode ser avaliada por meio de uma escala de incapacidade funcional hierárquica que, em geral, relaciona os indicadores de ABVD, AIVD e mobilidade, distinguindo quatro categorias: independente, dependente somente nas AIVD, dependente nas AIVD e mobilidade, dependente nas AIVD, mobilidade e ABVD (PÉRÈS et al., 2005).

Alguns instrumentos, como o índice de Katz (KATZ et al., 1963) que mede a capacidade funcional para ABVD e o de Lawton e Brody (1969) que avalia as AIVD estão disponíveis há cerca de 40 anos. No entanto, até o presente inexistem um padrão-ouro (ALVES et al., 2008). Assim, a escolha do instrumento dependerá dos objetivos da pesquisa, da finalidade clínica ou da disponibilidade de informações (ALVES et al., 2008).

Essa diversidade de procedimentos de mensuração dificulta a comparação das estimativas de prevalência do evento, em razão da grande variabilidade das escalas, dimensões e classificações disponíveis (ALVES et al., 2008).

Segundo Verbrugge e Jette (1994), a incapacidade funcional não é uma característica individual, como idade ou ocupação, na verdade, ela denota um relacionamento entre a pessoa e o seu ambiente. A incapacidade ocorre para uma determinada atividade quando houver uma relação inversa entre a capacidade pessoal e a demanda da atividade, podendo ser atenuada em ambos os lados, seja aumentando a capacidade ou reduzindo a demanda.

Dessa maneira, a incapacidade funcional pode ser conceituada como a dificuldade experimentada pelo indivíduo em realizar qualquer atividade nos domínios da vida (domínio típico de uma determinada faixa etária e sexo), devido a um problema físico ou de saúde, com impactos sobre a habilidade da pessoa para exercer papéis e atividades na sociedade (VERBRUGGE; JETTE, 1994). Por sua vez, as causas da incapacidade podem ser agrupadas em três categorias gerais: causas físicas, causas cognitivas e causas físicas e cognitivas combinadas (INZITARE; BASILE, 2003).

No nosso meio, uma revisão sistemática realizada por Rodrigues e colaboradores (2009a) mostrou que a incidência da incapacidade funcional entre os idosos é semelhante entre os gêneros, e que os principais fatores de risco para incapacidade funcional seriam: a falta de escolaridade, moradia alugada, doenças crônicas, diabetes, déficit visual, índice de massa corporal acima de 25, autopercepção negativa de saúde, déficit cognitivo, depressão, marcha lenta, sedentarismo, cansaço ao realizar as atividades diárias e pouca diversidade nas relações sociais.

Outros estudos, com delineamento seccional, mostraram que o sexo feminino, os mais idosos, a escolaridade baixa, não ter uma ocupação, a avaliação negativa do estado de saúde e a presença de comorbidades configuram-se como fatores associados à incapacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; SANTOS et al., 2007).

No entanto, conhecer apenas a causa da incapacidade funcional não a reduziria ou adiaria, é necessário compreender os fatores envolvidos no processo de perda da autonomia funcional dos indivíduos para permitir estratégias preventivas mais eficientes. Segundo Kalache, Veras e Ramos (1987), a autonomia funcional seria a capacidade de um indivíduo em desempenhar as funções do dia a dia que o faz independente dentro de seu contexto social, econômico e cultural. Assim, considerando-se a população idosa, a autonomia de um idoso que vive em uma grande cidade de um país desenvolvido pode ser medida pela capacidade de cuidar de si (higiene pessoal, preparo de refeições, capacidade de fazer suas próprias compras, manutenção básica da casa, e outras). Além disso, na velhice a manutenção da autonomia estaria intimamente ligada à qualidade de vida dos indivíduos. Para Hébert (1997), a autonomia funcional do indivíduo também pode ser

comprometida quando há uma incapacidade resultante do efeito deletério do envelhecimento biológico ou psicológico.

Na língua francesa a palavra autonomia indica uma independência funcional plena (cognitiva, psíquica, física, social). Com vistas a integrar as várias dimensões da autonomia funcional, pesquisadores do Canadá construíram o *Functional Autonomy Measurement System / le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle* (SMAF). O SMAF é uma ferramenta abrangente e pioneira na inclusão dos recursos ambientais e humanos na medida de incapacidade, precedendo a CIF neste aspecto. Trata-se de um instrumento com grandes vantagens métricas, consistência interna, validade externa, que permite comparações e é útil na gestão de serviços, mas ainda pouco conhecido no nosso meio (HÉBERT; CARRIER; BILODEAU, 1988).

Vários estudos que avaliam o processo de incapacidade funcional têm o enfoque na população idosa, pois a sua incidência e prevalência é maior nesse grupo. Segundo hipótese levantada por Liang e colaboradores (2008) após os 50 anos de idade, o estado funcional tenderia ao declínio ao longo do tempo.

Todavia, a perda da autonomia funcional ou o envelhecimento funcional precede o envelhecimento cronológico e muitas vezes é bastante precoce, pois a exposição às condições ambientais adversas e inadequadas pode levar ao envelhecimento funcional antes dos cinquenta anos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987). Portanto, do ponto de vista da prevenção, é necessário identificar precocemente os indivíduos com declínio funcional.

O presente trabalho pretende contribuir para a compreensão da incapacidade no nosso meio, ao identificar a prevalência e os fatores associados à perda funcional na mobilidade física e à autonomia funcional em indivíduos de 40 anos ou mais de idade, residentes em um município da região metropolitana de Londrina, Paraná (PR).

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional em adultos de 40 ou mais anos de idade, residentes no município de Cambé, PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os indivíduos quanto às variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida, condições de saúde, uso de medicamentos e utilização de serviços de saúde;
- Estimar a prevalência de incapacidade funcional;
- Identificar os fatores associados à dificuldade de subir e descer escadas;
- Analisar a hierarquia da incapacidade funcional de acordo sexo e faixa etária;
- Estimar a prevalência de autonomia funcional com base no desempenho nos domínios AIVD, mobilidade e ABVD;
- Identificar os fatores associados à autonomia funcional entre adultos e idosos.

3.MATERIAIS E MÉTODOS

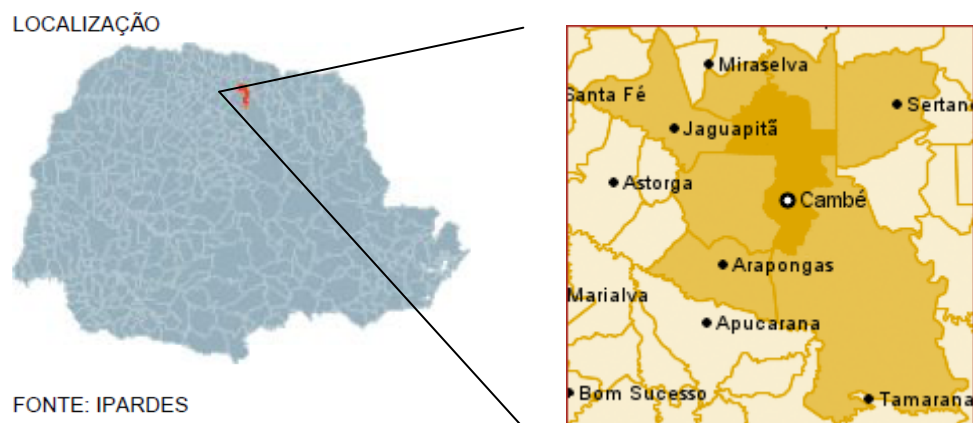
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo transversal, de base populacional.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Cambé, pertencente à região metropolitana de Londrina (distante 15 km), localizado no norte do Paraná, com população estimada em 2010, de 96.733 habitantes (IBGE, 2010).

Figura 1 – Localização do município de Cambé, Paraná (IPARDES, 2011)



3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

Este estudo faz parte de um projeto de pesquisa intitulado “Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco, terapia medicamentosa e complicações” (VigiCardio).

A população de estudo do projeto VigiCardio foi constituída por residentes da área urbana do município de Cambé com idade igual ou superior a 40 anos, tendo em vista a disponibilidade de dados relativos à contagem populacional realizada em 2007.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pela recenseamento realizada no município em 2007 (DATASUS, 2007), o número total de habitantes é de 92.888, dos quais 30.710 (33,1%) têm idade de 40 anos ou mais.

Com base na maior prevalência de fatores de risco e na predominância da população residente na região urbana do município de Cambé (96%), o tamanho da amostra foi calculado utilizando-se o aplicativo StatCalc do programa Epi Info 3.5.1, considerando uma proporção esperada de 50%, margem de erro de 3%, intervalo de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 1.066 sujeitos. Prevendo-se eventuais perdas e recusas, a este número foi acrescentado 25%, totalizando, inicialmente, 1332 sujeitos a serem entrevistados.

Os 86 setores censitários da região urbana foram incluídos no estudo. O número de pessoas a ser entrevistado em cada setor foi calculado proporcionalmente à quantidade de homens e mulheres de 40 anos ou mais e foi definida uma cota de indivíduos, segundo sexo e faixa etária, com intervalos quinquenais. Após tais procedimentos, considerando-se os arredondamentos para cima, totalizou uma amostra de 1339 sujeitos.

O mapa geográfico com a divisão por setores censitários da área urbana, com bairros, ruas e quadras (IBGE, 2007), foi utilizado para definição das pessoas a serem entrevistadas. As quadras de cada setor censitário foram enumeradas e o ponto inicial do percurso foi definido por sorteio. Quando determinada a quadra que correspondia ao ponto inicial, sorteava-se o canto da quadra no qual se iniciaria o percurso em sentido anti-horário. Deste modo, traçava-se aleatoriamente uma rota contígua.

O domicílio inicial foi definido por sorteio, pois se optou por um intervalo amostral de 1:2, a fim de evitar concentração de entrevistados em determinadas ruas ou quadras. Quando no domicílio sorteado houvesse mais de um indivíduo que atendesse à cota por sexo e faixa etária, a definição da pessoa a ser entrevistada foi por sorteio.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO NA AMOSTRA

3.4.1 Critérios de Inclusão

Indivíduos com 40 anos ou mais de idade e que concordaram em participar do estudo.

3.4.2 Critérios de Exclusão

Indivíduos com deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou em estágios avançados de transtornos mentais que impedissem o entendimento e execução dos procedimentos da entrevista e do idioma que não o português, desde que não estivesse sob responsabilidade de um cuidador apto a fornecer informações coerentes. Nos casos em que o respondente não era a pessoa selecionada, algumas perguntas que dependiam do julgamento do participante do estudo não foram realizadas (por exemplo: como você classifica seu estado de saúde).

3.5 ETAPAS PRÉVIAS A COLETA DE DADOS

3.5.1 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

A seleção de entrevistadores foi realizada entre os alunos de graduação do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina (UEL) e profissionais com formação superior na área da saúde. O treinamento foi realizado em etapas. A primeira consistiu em: orientação geral do projeto, abordagem na entrevista, realização da entrevista entre os envolvidos, com avaliação da confiabilidade e concordância intraexaminadores, e apresentação do manual (APÊNDICE A) com descrição detalhada dos procedimentos da coleta dos dados e da realização das medidas.

3.5.2 Estudo Piloto

O estudo piloto foi realizado em um bairro do município de Londrina, com a finalidade de treinar os procedimentos referentes à: definição da pessoa a ser entrevistada, abordagem familiar, pré-teste do instrumento de coleta de dados, confecção e digitação do banco de dados e análise preliminar da taxa de recusa. Nessa etapa foram corrigidas algumas inadequações do instrumento e construído o formulário de digitação dos dados utilizando-se o aplicativo Epi Info versão 3.5.1.

3.5.3 Divulgação da Pesquisa

O trabalho de campo foi precedido por contatos com a Secretaria Municipal de Saúde e de um encontro para a apresentação formal do projeto aos coordenadores de áreas técnicas e das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Posteriormente, o projeto foi apresentado em uma das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Cambé e em cada uma das UBS. Na oportunidade, foram firmadas parcerias interinstitucionais para a divulgação local, identificação de dificuldades operacionais e de aceitação dos moradores da área, bem como de áreas de risco social, conforme mapeamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesses locais, algumas estratégias foram adotadas para diminuir a exposição dos entrevistadores a situações de risco, como o agendamento prévio das entrevistas com a presença dos ACS e a não realização de entrevistas em determinados horários e dias da semana. Todas as ações descritas foram também divulgadas na imprensa (divulgação em telejornalimos em rede regional e estadual, emissoras de rádio, jornais institucionais e gerais).

3.6 COLETA DE DADOS

A abordagem no domicílio iniciava-se pela apresentação dos entrevistadores, devidamente identificados, seguido pela apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Somente após conhecimento do morador dos objetivos da pesquisa e aceitação em participar é que se iniciava a entrevista. Uma vez aceita a participação, buscou-se ambiente adequado, no qual fosse possível o entrevistado manter-se sentado para a entrevista. Esta foi realizada com formulário estruturado e a duração média das entrevistas foi de 30 minutos, mas com expressiva variação de acordo com o nível educacional e da idade dos entrevistados.

3.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Na estruturação do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B) foram consideradas as variáveis a seguir, de acordo com as respectivas categorias.

3.7.1 Variáveis Independentes

3.7.1.1 Variáveis demográficas e socioeconômicas

As variáveis e suas categorias estão discriminadas a seguir:

- Sexo:
 - Masculino;
 - Feminino.
- Faixa etária:
 - 40 a 49 anos;
 - 50 a 59 anos;
 - 60 a 69 anos;
 - 70 anos ou mais.
- Situação conjugal:
 - Com cônjuge;
 - Sem cônjuge.
- Cor/Raça:
 - Branca;
 - Parda/Preta;
 - Outras.
- Anos completos de estudo: para associação com as demais variáveis foi categorizada em quatro grupos:
 - 0 a 3 anos;
 - 4 a 7 anos;
 - 8 a 11 anos;
 - 12 ou mais anos completos.
- Trabalho remunerado:
 - Sim;
 - Não.
- Coabitação:
 - Mora acompanhado;
 - Mora só.

- Classe econômica (Classe de consumo): As categorias da classe econômica foram estabelecidas de acordo com a classificação proposta pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) (ABEP, 2010). Esse instrumento (ANEXO A) estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas por meio da soma de pontos referentes à posse de bens e ao grau de instrução do chefe da família.
 - Classe A+B;
 - Classe C;
 - Classe D+E.

3.7.1.2 Variáveis relacionadas a hábitos de vida auto-referidos

- Tabagismo:
 - Sim;
 - Não.
- Consumo abusivo de álcool: frequência de consumo de mais de quatro doses para as mulheres ou mais de cinco doses para os homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias (BRASIL, 2010). Considerou-se como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho.
 - Sim;
 - Não.
- Atividade física no lazer: obtido pela resposta à seguinte pergunta “*Em uma semana normal (típica) o Sr(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre?*”
 - Sim;
 - Não.
- Sono: obtido pelo relato da quantidade de horas de sono durante a noite. Categorizado em:
 - ≤ 5 horas;

- 6 a 9 horas;
 - ≥ 10 horas.
- Auto-avaliação do estado de saúde:
- Muito bom/Bom;
 - Regular;
 - Muito ruim/Ruim.

3.7.1.3 Variáveis de condição de saúde

- Histórico de doenças crônicas: obtido pela resposta autorreferida “sim” (presença da doença) ou “não” (ausência da doença) na seguinte pergunta: “*Alguma vez um médico ou outro profissional de saúde lhe informou que o (a) Sr(a) tinha ou tem (doença em questão)?*”. As seguintes doenças investigadas foram:
- Hipertensão Arterial (HA);
 - Problema na coluna;
 - Artrite/artrose;
 - Depressão;
 - Diabetes Mellitus (DM);
 - Doença Pulmonar (DP);
 - Infarto Agudo do Miocárdio (IAM);
 - Doenças Cerebrovasculares (DCV);
 - Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC);
 - Fratura de quadril (FQ).
- Índice de Massa Corporal (IMC): obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) (WHO, 2000).
- Obeso – ≥ 30 ;
 - Sobrepeso – 25,0 a 29,9;
 - Adequado – 18,5 a 24,9;
 - Baixo peso – $\leq 18,4$.
- Uso de medicamentos: auto-relato do uso de algum medicamento de maneira contínua.

- Sim;
- Não.
- Quedas nos últimos 12 meses: verificado se o entrevistado sofreu alguma queda no último ano antecedente a entrevista.
 - Sim;
 - Não.

3.7.1.4 Variáveis de utilização de serviços de saúde

- Plano privado de saúde:
 - Sim;
 - Não.
- Utilização de UBS:
 - Sim;
 - Não.
- Internação nos últimos 12 meses: verificado se o entrevistado esteve internado no último ano antes da entrevista.
 - Sim;
 - Não.
- Consultas médicas nos últimos 12 meses:
 - Sim;
 - Não.

3.7.2 Sistema de Medida da Autonomia Funcional

A avaliação da incapacidade e da autonomia funcional baseou-se na seguinte escala:

- O SMAF é uma ferramenta de avaliação da autonomia funcional, desenvolvida com base na classificação de incapacidade da WHO (HÉBERT; CARRIER; BILODEAU, 1988). É uma escala que abrange cinco dimensões da capacidade funcional: (1) as ABVD (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, cuidar da aparência, utilizar o vaso sanitário, continência urinária e continência fecal), (2) a mobilidade

(levantar-se, sentar-se e deitar-se da cama para uma poltrona ou cadeira, andar pela casa, andar fora de casa, utilizar prótese e órtese, utilizar cadeira de rodas e subir e descer escada), (3) a comunicação (ler ou enxergar, ouvir e falar), (4) as funções mentais (memória, orientação, compreensão, julgamento e comportamento) e (5) as AIVD (cuidar da casa, lavar roupa, preparar as refeições, fazer compras, utilizar o telefone, utilizar meio de transporte e lidar com dinheiro), totalizando 29 itens. Como a incapacidade é considerada um déficit, os escores são orientados negativamente, até um máximo de -87. Originalmente, cada função foi cotada em uma escala de 4 graus indo de 0 (autonomia), -1 (necessidade de estimulação ou supervisão), -2 (ajuda) a -3 (ajuda total ou dependência), segundo critérios precisos. Em 1993, o instrumento foi revisto e foi adicionada uma categoria intermediária -0,5 (dificuldade) nos itens das ABVD, mobilidade e AIVD, o que designa uma função realizada de forma independente pelo indivíduo, porém com dificuldade. Para os itens utilizar cadeira de rodas e instalar prótese ou órtese, o nível intermediário foi o -1,5.

- Para a prevalência da incapacidade funcional foram considerados os indivíduos classificados em três categorias: sem incapacidade (escore 0), incapacidade leve (escores -0,5, -1 e -1,5) e incapacidade moderada/grave (escores -2 e -3).
- Para estimar a prevalência da autonomia funcional, os indivíduos foram divididos de acordo sexo e faixa etária, segundo uma escala hierárquica. Segundo PÉRÈS et.al. (2005), o uso combinado de um indicador hierárquico de incapacidade funcional e de modelos *multi-state* traz várias vantagens, pois permite descrever a dinâmica do processo de incapacidade, bem como a sua evolução, possibilitando tornar este processo em um evento reversível. Dessa maneira, a incapacidade funcional foi definida como qualquer dificuldade em realizar as ABVD, mobilidade e/ou AIVD, na qual os indivíduos foram divididos da seguinte forma:

- ✓ Independente nos três domínios ou nenhuma incapacidade (autonomia funcional);
- ✓ Dependente somente na mobilidade;
- ✓ Dependente somente nas AIVD;
- ✓ Dependente somente nas ABVD;
- ✓ Dependente na mobilidade e AIVD;
- ✓ Dependente na mobilidade e ABVD;
- ✓ Dependente nas AIVD e ABVD;
- ✓ Dependente nos três domínios.

3.7.3 Variáveis Dependentes

3.7.3.1 Incapacidade funcional

Para verificar a associação entre as variáveis com a perda funcional da mobilidade física foi utilizada como indicador a dificuldade para subir e descer escadas, pois este é um preditor confiável para identificar um grupo de transição (incapacidade pré-clínica), o qual pode ser mais vulnerável a mudanças no estado de saúde do que aqueles que não estão incapacitados (FRIED et al., 2000).

3.7.3.2 Autonomia Funcional

Considerando-se a possibilidade de distintos fatores nos idosos e não idosos, a análise foi realizada separadamente em cada grupo etário (40 a 59 anos e 60 ou mais anos). Optou-se ainda por tal procedimento para fins de comparação com os resultados de outras investigações, pois a maioria dos estudos sobre a incapacidade funcional é realizada em população idosa.

3.8 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As informações obtidas por meio de formulário de coleta de dados foram duplamente digitadas em banco de dados no programa Epi Info® versão 3.5.1. Os arquivos criados foram comparados pelo mesmo programa e os dados discrepantes foram corrigidos, após consulta aos formulários.

A análise dos dados foi realizada em três etapas: (1) análise descritiva dos dados; (2) análise da incapacidade funcional (dados descritivos e os fatores associados à dificuldade de subir e descer escadas) e (3) análise da autonomia funcional (dados descritivos e os fatores associados à independência). Na primeira etapa, realizou-se a distribuição de frequência e medidas de associação pelo teste de Qui-quadrado ou teste exato de Fisher.

Na segunda etapa, as características das pessoas com o desfecho incapacidade funcional foram comparadas às daquelas que não apresentavam qualquer dificuldade (categoria de referência), para isso foram formadas três categorias: nenhuma incapacidade, incapacidade leve e incapacidade moderada/grave. A análise bruta dos fatores associados à dificuldade de subir e descer escada baseou-se na razão de prevalência, estimada pela regressão de Poisson com variância robusta, de cada variável independente com o desfecho (com dificuldade de subir e descer escadas) e aquelas com valor de $p < 0,20$ entraram na análise de múltiplos fatores, sendo consideradas estatisticamente significativas as associações com p valor $< 0,05$ na análise ajustada, pelo método *backward*.

Na terceira etapa, realizou-se a descrição dos dados considerando uma escala hierárquica da incapacidade funcional, na qual se comparou os indivíduos sem incapacidade com aqueles que referiram dificuldade para realizar atividades referentes à mobilidade e/ou AIVD e/ou ABVD. Posteriormente, verificaram-se os fatores associados à autonomia funcional em dois grupos etários. A análise bruta baseou-se na razão de prevalência, estimada pela regressão de Poisson com variância robusta, de cada variável independente com o desfecho (presença de autonomia funcional) e aquelas com $p < 0,20$ foram incluídas na análise de múltiplos fatores, sendo consideradas estatisticamente significativas as associações com p valor $< 0,05$ na análise ajustada, pelo método *backward*.

As análises foram realizadas pelo programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19.0.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização deste estudo foi solicitado autorização prévia da Secretaria Municipal de Saúde de Cambé bem como a aprovação do Comitê de

Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEL (CAAE N° 0192.0.268.000-10) (APÊNDICE C).

Após a explicação dos objetivos da pesquisa foi solicitado aos entrevistados a assinatura do TCLE (APÊNDICE D). Para cada entrevista foram emitidas duas cópias do termo, sendo a primeira arquivada pela pesquisadora e a segunda entregue ao entrevistado.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Do total de 1339 sujeitos elegíveis, 1180 (88,1%) foram entrevistados. Ocorreram 159 perdas (11,9%), das quais 93 por recusa e 66 não contatados após, no mínimo, três tentativas em horários e datas alternativas. Não houve exclusões segundo os critérios estabelecidos. A idade destes variou de 40 a 98 anos, e as idades média e mediana foram 54,6 (dp=10,4) e 53,1 anos, respectivamente. Na população estudada, 54,3% eram do sexo feminino; 73,1% moravam com cônjuge; 59,7% referiam ser da cor/raça branca; 25% tinham até 3 anos de estudo; 62% tinham trabalho remunerado; 19,6% moravam sozinhos e 52% pertenciam à classe econômica C. Diferenças significativas entre os sexos foram observadas quanto a: situação conjugal, escolaridade, trabalho remunerado, na coabitação e classificação econômica (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da população estudada, segundo características demográficas e socioeconômicas. Cambé, 2011.

Características	Feminino		Masculino		p	Total	
	n	%	n	%		n	%
Faixa etária					0,18		
40 a 49 anos	256	40,1	220	40,6		476	40,3
50 a 59 anos	193	30,1	172	31,9		365	31,0
60 a 69 anos	127	19,8	113	21,0		240	20,3
70 ou mais anos	64	10,0	35	6,5		99	8,4
Situação Conjugal					<0,01		
Com cônjuge	408	63,8	455	84,2		863	73,1
Sem cônjuge	232	36,2	85	15,8		317	26,9
Cor/Raça					0,21		
Branca	396	61,9	308	57,0		704	59,7
Parda/Preta	222	34,6	210	39,0		432	36,6
Outras	22	3,5	22	4,0		44	3,7
Anos completos de estudo*					0,01		
0 a 3 anos	182	28,4	112	20,8		294	25,0
4 a 7 anos	224	35,0	216	40,1		440	37,3
8 a 11 anos	160	25,0	154	28,6		314	26,7
12 ou mais anos	74	11,6	56	10,5		130	11,0
Trabalho remunerado					<0,01		
Sim	325	50,9	407	75,3		732	62,0
Não	315	49,1	133	24,7		448	38,0
Coabitação					<0,01		
Mora acompanhado	492	76,9	457	84,6		949	80,4
Mora só	148	23,1	83	15,4		231	19,6
ABEP**					<0,01		
A+B	216	33,8	234	43,4		450	38,2
C	337	52,7	276	51,2		613	52,0
D+E	87	13,5	29	5,4		116	9,8
Total	640	54,3	540	45,7		1180	100,0

* Excluído 2 casos

** Excluído 1 caso

Quanto aos hábitos de vida, 20% referiam tabagismo atual; 17,5% relataram consumo abusivo de álcool; 71,4% referiam não praticar alguma atividade física no lazer; 78,8% relataram ter de seis a nove horas de sono durante a noite e 7,2% avaliaram o seu estado de saúde como muito ruim ou ruim. A hipertensão foi a doença crônica mais referida (42,7%), seguida de problema na coluna (34,8%), artrite/artrose (21,8%) e depressão (20,2%). Além disso, 68,2% estavam com excesso de peso; 78% referiam uso de medicamentos; 14,6% relataram quedas nos últimos 12 meses. Sobre a utilização de serviço de saúde, 42,3% possuíam plano privado de saúde; 82,8% referiam utilizar a UBS; 11,2% relataram internação nos últimos 12 meses e 82,6% tiveram consultas médicas nos últimos 12 meses (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização da população estudada, segundo hábitos de vida, condições de saúde e utilização de serviços de saúde. Cambé, 2011.

Características	Feminino		Masculino		p	Total	
	n	%	n	%		n	%
Tabagismo (sim)	97	15,1	139	25,8	<0,0 1	236	20,0
Consumo abusivo de álcool* (sim)	43	29,9	163	54,7	<0,0 1	206	46,6
Atividade Física no lazer** (sim)	184	28,7	153	28,4	0,92	337	28,6
Duração do sono**					0,31		
6 a 9 horas	491	77,8	426	79,9		917	78,8
≥ 10 horas	115	18,2	81	15,2		196	16,8
≤ 5 horas	25	4,0	26	4,9		51	4,4
Autoavaliação da Saúde**					<0,0		
Muito bom/Bom	328	51,4	344	64,3	1	672	57,3
Regular	246	38,6	170	31,8		416	35,5
Muito ruim/Ruim	64	10,0	21	3,9		85	7,2
Histórico de doenças crônicas**							
HA (sim)	292	45,8	210	39,0	0,02	502	42,7
Problema na coluna (sim)	272	42,5	138	25,6	<0,0	410	34,8
Artrite/artrose (sim)	190	29,7	67	12,4	1	257	21,8
Depressão (sim)	191	29,8	47	8,7	<0,0	238	20,2
DM (sim)	78	12,2	60	11,1	1	138	11,7
Doença Pulmonar (sim)	61	9,5	48	8,9	<0,0	109	9,2
IAM (sim)	17	2,7	23	4,3	1	40	3,4
DCV (sim)	18	2,8	22	4,1	0,57	40	3,4
ICC (sim)	21	3,3	11	2,0	0,71	32	2,7
Fratura de quadril (sim)	8	1,3	15	2,8	0,12	23	2,0
					0,22		
					0,19		
					0,05		
					0,49		
IMC**							
Sobrepeso/Obeso	438	69,7	351	66,5		789	68,2
Adequado	179	28,5	167	31,6		346	30,0
Magro	11	1,8	10	1,9		21	1,8
Uso de medicamentos** (sim)	548	85,6	372	69,0	<0,0 1	920	78,0
Quedas nos últimos 12 meses** (sim)	109	17,1	61	11,6	<0,0 1	170	14,6
Plano Privado de Saúde** (sim)	278	43,4	220	40,9	0,37	498	42,3
Utilização de UBS** (sim)	535	83,5	440	81,9	0,49	975	82,8
Internação nos últimos 12 meses** (sim)	70	10,9	62	11,5	0,75	132	11,2
Consultas médicas nos últimos 12 meses** (sim)	546	88,1	391	76,1	<0,0 1	937	82,6
Total	641	54,3	539	45,7		1180	100,0

* Referente aos 448 que relataram consumo de álcool

** Excluídos de 1 a 46 casos

4.2 INCAPACIDADE FUNCIONAL

A prevalência de incapacidade funcional encontrada em todas as ABVD apresentou-se baixa, sendo a mais frequente a dificuldade para urinar (5%) (Tabela 3). Além disso, observou-se o aumento progressivo com a idade da prevalência de incapacidade funcional para todas as atividades da vida diária analisadas.

Tabela 3 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade nas ABVD e faixa etária. Cambé, 2011.

ABVD	Incapacidade					
	Nenhuma		Leve		Moderada/grave	
	n	%	n	%	n	%
Alimentar-se*	1158	98,2	14	1,2	7	0,6
40 a 49 anos	474	99,6	2	0,4	-	-
50 a 59 anos	359	98,4	4	1,1	2	0,5
60 a 69 anos	233	97,5	2	0,8	4	1,7
70 ou mais anos	92	92,9	6	6,1	1	1,0
Tomar banho*	1150	97,5	19	1,6	10	0,9
40 a 49 anos	472	99,2	3	0,6	1	0,2
50 a 59 anos	352	96,4	12	3,3	1	0,3
60 a 69 anos	231	96,6	4	1,7	4	1,7
70 ou mais anos	95	96,0	-	-	4	4,0
Vestir-se*	1138	96,5	29	2,5	12	1,0
40 a 49 anos	466	97,9	8	1,7	2	0,4
50 a 59 anos	348	95,4	15	4,1	2	0,5
60 a 69 anos	231	96,6	4	1,7	4	1,7
70 ou mais anos	93	94,0	2	2,0	4	4,0
Cuidar da aparência**	1131	96,1	27	2,3	19	1,6
40 a 49 anos	468	98,5	5	1,1	2	0,4
50 a 59 anos	348	95,6	9	2,5	7	1,9
60 a 69 anos	225	94,2	8	3,3	6	2,5
70 ou mais anos	90	90,9	5	5,1	4	4,0
Utilizar o vaso sanitário*	1150	97,5	21	1,8	8	0,7
40 a 49 anos	474	99,6	2	0,4	-	-
40 a 49 anos	353	96,7	11	3,0	1	0,3
50 a 59 anos	231	96,6	4	1,7	4	1,7
60 a 69 anos	92	93,0	4	4,0	3	3,0
70 ou mais anos						
Urinar	1121	95,0	56	4,7	3	0,3
40 a 49 anos	468	98,3	8	1,7	-	-
50 a 59 anos	344	94,2	20	5,5	1	0,3
60 a 69 anos	221	92,1	18	7,5	1	0,4
70 ou mais anos	88	88,9	10	10,1	1	1,0
Defecar*	1150	97,5	25	2,1	4	0,4
40 a 49 anos	473	99,4	3	0,6	-	-
50 a 59 anos	355	97,2	9	2,5	1	0,3
60 a 69 anos	227	95,0	10	4,2	2	0,8
70 ou mais anos	95	96,0	3	3,0	1	1,0

* Excluído 1 caso

** Excluídos 2 casos

Com relação à mobilidade, a incapacidade para subir e descer escadas foi a mais prevalente (24%) e aumentou progressivamente com a idade (49,5% das pessoas com 70 ou mais anos de idade), seguido da dificuldade para levantar-se, sentar-se e deitar-se da cama para uma poltrona (10,7%) e caminhar

fora de casa (6,4%). Entretanto, este aumento ocorreu a partir dos 50 anos de idade, exceto na dificuldade para andar pela casa (Tabela 4).

Tabela 4 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade na mobilidade. Cambé, 2011.

Mobilidade	Incapacidade					
	Nenhuma		Leve		Moderada/grave	
	n	%	n	%	n	%
Levantar-se, sentar-se e deitar-se da cama para uma poltrona	1054	89,3	114	9,7	12	1,0
40 a 49 anos	452	95,0	23	4,8	1	0,2
50 a 59 anos	326	89,3		38	1	0,3
60 a 69 anos	202	84,1		10,4	5	2,1
70 ou mais anos	74	74,7		33	5	5,1
				13,8		
				20		
				20,2		
Andar pela casa	1149	97,4	24	2,0	7	0,6
40 a 49 anos	473	99,4	3	0,6	-	-
50 a 59 anos	353	96,7	11	3,0	1	0,3
60 a 69 anos	233	97,0	3	1,3	4	1,7
70 ou mais anos	90	90,9	7	7,1	2	2,0
Caminhar fora de casa*	1100	93,6	59	5,0	16	1,4
40 a 49 anos	465	97,7	9	1,9	2	0,4
50 a 59 anos	339	92,9	20	5,5	6	1,6
60 a 69 anos	217	91,5	17	7,2	3	1,3
70 ou mais anos	79	81,4	13	13,4	5	5,2
Subir e descer escadas**	896	76,0	253	21,5	30	2,5
40 a 49 anos	412	86,8		59	4	0,8
50 a 59 anos	280	76,7		12,4	9	2,5
60 a 69 anos	154	64,2		76	6	2,5
70 ou mais anos	50	50,5		20,8	11	11,1
				80		
				33,3		
				38		
				38,4		

* Excluídos 5 casos

** Excluído 1 caso

No domínio comunicação, a dificuldade para ler ou enxergar foi altamente prevalente (78,3%), com notório aumento a partir dos 50 anos de idade. A dificuldade para ouvir foi referida por 8% dos entrevistados (Tabela 5).

Tabela 5 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade na comunicação. Cambé, 2011.

Comunicação	Incapacidade					
	Nenhuma		Leve		Moderada/grave	
	n	%	n	%	n	%
Ler/enxergar	256	21,7	839	71,1	85	7,2
40 a 49 anos	181	38,1	282	59,2	13	2,7
50 a 59 anos	34	9,3	290	79,5	41	11,2
60 a 69 anos	27	11,2	195	81,3	18	7,5
70 ou mais anos	14	14,2	72	72,7	13	13,1
Ouvir	1086	92,0	87	7,4	7	0,6
40 a 49 anos	461	96,9	12	2,5	3	0,6
50 a 59 anos	332	91,0	32	8,7	1	0,3
60 a 69 anos	215	89,6	25	10,4	-	-
70 ou mais anos	78	78,8	18	18,2	3	3,0
Falar	1149	97,4	24	2,0	7	0,6
40 a 49 anos	469	98,5	5	1,1	2	0,4
50 a 59 anos	358	98,1	5	1,4	2	0,5
60 a 69 anos	229	95,4	10	4,2	1	0,4
70 ou mais anos	93	94,0	4	4,0	2	2,0

Dentre as funções mentais, a dificuldade para memorizar foi a mais prevalente (28,9%), seguida da compreensão (15,6%), na qual o acréscimo ocorre a partir dos 60 anos de idade (Tabela 6).

Tabela 6 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade nas funções mentais. Cambé, 2011.

Funções mentais	Incapacidade					
	Nenhuma		Leve		Moderada/grave	
	n	%	n	%	n	%
Memória*	838	71,1	269	22,8	72	6,1
40 a 49 anos	392	82,4	71	14,9	13	2,7
50 a 59 anos	254	69,5	94	25,8	17	4,7
60 a 69 anos	143	59,6	71	29,6	26	10,8
70 ou mais anos	49	50,0	33	33,7	16	16,3
Orientação	1068	90,5	95	8,1	17	1,4
40 a 49 anos	447	93,9	24	5,0	5	1,1
50 a 59 anos	334	91,5	27	7,4	4	1,1
60 a 69 anos	207	86,2	28	11,7	5	2,1
70 ou mais anos	80	80,8	16	16,2	3	3,0
Compreensão	996	84,4	167	14,2	17	1,4
40 a 49 anos	428	89,9	42	8,8	6	1,3
50 a 59 anos	308	84,4	55	15,1	2	0,5
60 a 69 anos	190	79,1	45	18,8	5	2,1
70 ou mais anos	70	70,7	25	25,3	4	4,0
Julgamento*	1028	87,2	125	10,6	26	2,2
40 a 49 anos	437	92,0	32	6,7	6	1,3
50 a 59 anos	322	88,2	36	9,9	7	1,9
60 a 69 anos	200	83,3	34	14,2	6	2,5
70 ou mais anos	69	69,7	23	23,2	7	7,1
Comportamento	1059	89,7	112	9,5	9	0,8
40 a 49 anos	430	90,3	41	8,6	5	1,1
50 a 59 anos	318	87,1	44	12,1	3	0,8
60 a 69 anos	221	92,1	19	7,9	-	-
70 ou mais anos	90	90,9	8	8,1	1	1,0

* Excluído 1 caso

Nas AIVD, a incapacidade para lavar roupa (23,4%), a dificuldade para lidar com dinheiro (18,9%) e cuidar da casa (17,8%) foram as mais mencionadas. Entretanto, destaca-se a baixa prevalência da dificuldade de utilizar o meio de transporte, até mesmo entre as pessoas de 70 ou mais anos de idade, quando comparada com as demais atividades (Tabela 7).

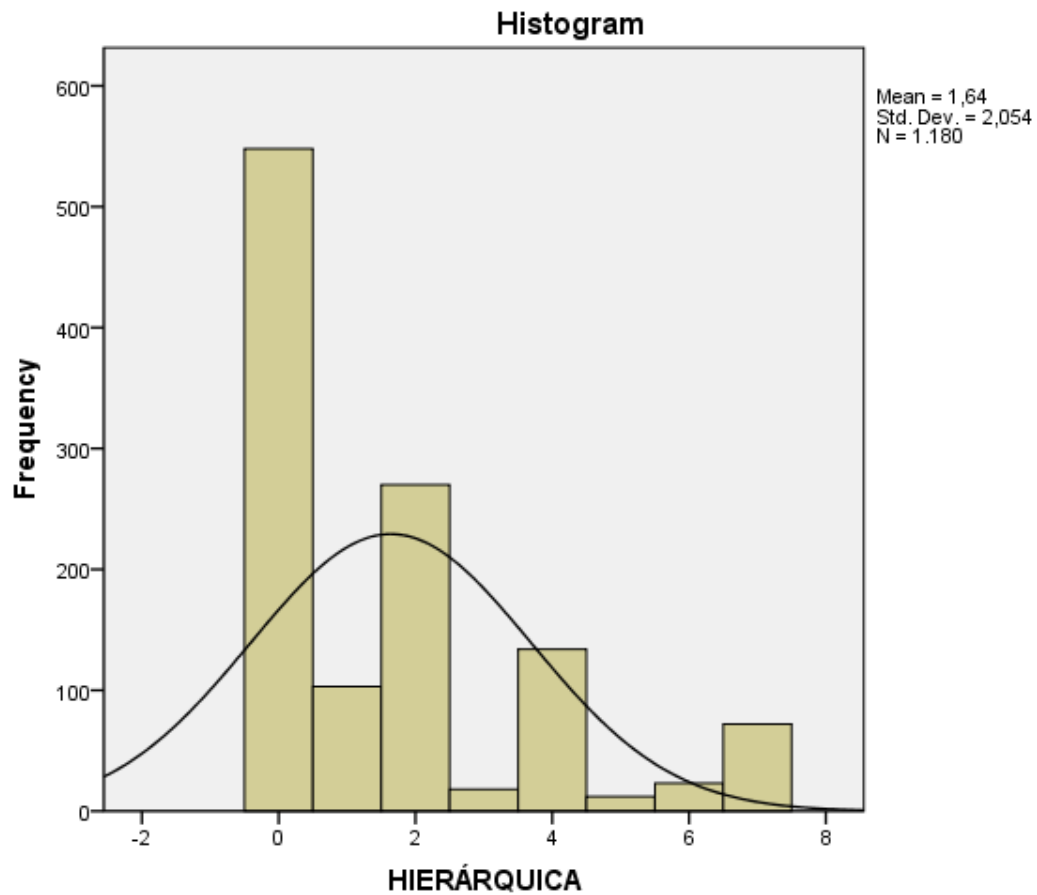
Tabela 7 – Caracterização da população estudada, segundo incapacidade nas AIVD. Cambé, 2011.

AIVD	Incapacidade					
	Nenhuma		Leve		Moderada/grave	
	n	%	n	%	n	%
Cuidar da casa	970	82,2		71		139
40 a 49 anos	414	87,0		6,0		11,8
50 a 59 anos	307	84,1		23		39
60 a 69 anos	185	77,1		4,8		8,2
70 ou mais anos	64	64,7		20		38
				5,5		10,4
				17		38
				7,1		15,8
				11		24
				11,1		24,2
Lavar roupa	904	76,6	57	4,8	219	18,6
40 a 49 anos	384	80,7		20		72
50 a 59 anos	281	77,0		4,2		15,1
60 a 69 anos	181	75,4		16		68
70 ou mais anos	58	58,6		4,4		18,6
				8		51
				3,3		21,3
				13		28
				13,1		28,3
Preparar as refeições	1031	87,4	30	2,5	119	10,1
40 a 49 anos	427	89,7		11		38
50 a 59 anos	324	88,8		2,3		8,0
60 a 69 anos	205	85,4		6		35
70 ou mais anos	75	75,7		1,6		9,6
				6		29
				2,5		12,1
				7		17
				7,1		17,2
Fazer compras	1021	86,5	39	3,3	120	10,2
40 a 49 anos	441	92,6		10		25
50 a 59 anos	314	86,0		2,1		5,3
60 a 69 anos	199	82,9		12		39
70 ou mais anos	67	67,6		3,3		10,7
				10		31
				4,2		12,9
				7		25
				7,1		25,3
Utilizar o telefone	1060	89,8	73	6,2	47	4,0
40 a 49 anos	461	96,8		8		7
50 a 59 anos	335	91,7		1,7		1,5
60 a 69 anos	195	81,3		21		9
70 ou mais anos	69	69,7		5,8		2,5
				31		14
				12,9		5,8
				13		17
				13,1		17,2
Utilizar o meio de transporte	1086	92,0	81	6,9	13	1,1
40 a 49 anos	464	97,5		10		2
	338	92,7		2,1		0,4

50 a 59 anos	214	89,1		25		2
60 a 69 anos	70	70,7		6,8		0,5
70 ou mais anos				21		5
				8,8		2,1
				25		4
				25,3		4,0
Lidar com dinheiro	957	81,1	111	9,4	112	9,5
40 a 49 anos	418	87,8		31		27
50 a 59 anos	304	83,3		6,5		5,7
60 a 69 anos	174	72,5		30		31
70 ou mais anos	61	61,6		8,2		8,5
				35		31
				14,6		12,9
				15		23
				15,2		23,2
Uso de medicamentos	879	95,5	19	2,1	22	2,4
40 a 49 anos	344	98,5		2		3
50 a 59 anos	273	97,1		0,6		0,9
60 a 69 anos	186	94,0		5		3
70 ou mais anos	76	82,6		1,8		1,1
				7		5
				3,5		2,5
				5		11
				5,4		12,0

Ao avaliar a capacidade funcional tomando-se por base uma escala hierárquica observa-se que 46,5% das pessoas não possuem qualquer dificuldade na realização das atividades básicas da vida diária, instrumental ou na mobilidade, sendo a proporção de pessoas independentes mais elevada no sexo masculino (49,2%). Por outro lado, 6,1% apresentaram dificuldade em todos os domínios (8,3% no sexo feminino e 3,5% no masculino). Destaca-se ainda a diferença encontrada entre os sexos na prevalência de incapacidade somente para as AIVD, que foi o dobro no sexo masculino e na incapacidade somente para mobilidade, que é três vezes maior no sexo feminino (Tabela 8).

Figura 2 – Distribuição das categorias da escala hierárquica de incapacidade funcional. Cambé, 2011.



Nota: A escala hierárquica foi dividida em oito categorias, sendo “0” independente nas AIVD, mobilidade e ABVD, “1” dependente somente na mobilidade, “2” dependente somente nas AIVD, “3” dependente somente nas ABVD, “4” dependente na mobilidade e AIVD, “5” dependente na mobilidade e ABVD, “6” dependente nas AIVD e ABVD e “7” dependente nos três domínios.

Tabela 8 – Caracterização da população estudada, segundo escala hierárquica de incapacidade funcional e sexo. Cambé, 2011.

Escala hierárquica	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nenhuma incapacidade		283 44,2		265 49,2	548	46,5
Somente Mobilidade	82	12,8	21	3,9	103	8,7
Somente AIVD	95	14,8	175	32,5	270	22,9
Somente ABVD	14	2,2	4	0,7	18	1,5
Mobilidade e AIVD	95	14,8	39	7,2	134	11,4
Mobilidade e ABVD	11	1,7	1	0,2	12	1,0
AIVD e ABVD	8	1,2	15	2,8	23	1,9
Mobilidade, AIVD e ABVD	53	8,3	19	3,5	72	6,1
Total	641		539		1180	
	100,0		100,0		100,0	

χ^2 : 107,8 $p < 0,001$

Com relação à hierarquia da incapacidade funcional segundo as faixas etárias, enquanto 58% das pessoas de 40 a 49 anos não apresentaram nenhuma dificuldade, entre aqueles com 70 anos e mais a proporção foi de 21,2%. A incapacidade para mobilidade associada às AIVD foi a que mais aumentou com a idade (7,1 vezes). A incapacidade nos três domínios avaliados (mobilidade, AIVD e ABVD) também aumentou progressivamente com a idade. Destaca-se ainda que nas pessoas de 70 ou mais anos de idade 78,8% tem alguma dificuldade para mobilidade, AIVD ou ABVD. Além disso a razão de prevalência da incapacidade nesse grupo foi 2,73 vezes maior comparativamente ao grupo de 40 a 49 anos (Tabela 9).

Tabela 9 – Caracterização da população estudada, segundo escala hierárquica de incapacidade funcional e faixa etária. Cambé, 2011.

Escala Hierárquica	40 a 49 anos		50 a 59 anos		60 a 69 anos		70 ou mais	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nenhuma incapacidade		276 58,0		175 47,9		76 31,7		21 21,2
Somente Mobilidade	36	7,5	34	9,4	29	12,0	4	4,1
Somente AIVD	118	24,8	77	21,1	57	23,8	18	18,2
Somente ABVD	5	1,1	6	1,6	4	1,6	3	3,0
Mobilidade e AIVD	23	4,8	32	8,8	45	18,8	34	34,3
Mobilidade e ABVD	2	0,4	5	1,4	4	1,6	1	1,0
AIVD e ABVD	5	1,1	10	2,7	3	1,3	5	5,1
Mobilidade, AIVD e ABVD	11	2,3	26	7,1	22	9,2	13	13,1
Total	476	40,3	365	31,0	240	20,3	99	8,4

4.2.1 Fatores Associados à Dificuldade de Subir e Descer Escadas

Na análise bivariada dos fatores associados à dificuldade para subir e descer escadas associaram-se ao desfecho as seguintes variáveis: sexo, idade, situação conjugal, anos de estudo, trabalho remunerado, classificação ABEP, atividade física no lazer, histórico de HA, histórico de DM, histórico de ICC, histórico de IAM, histórico de DCV, histórico de DP, histórico de FQ, histórico de artrite/artrose, histórico de problemas na coluna, quedas nos últimos 12 meses e IMC (APÊNDICE E).

Após análise ajustada pela regressão de Poisson verificou-se que os fatores que permaneceram significativamente associados ao desfecho ($p < 0,05$) foram: ser do sexo feminino, não ter trabalho remunerado, pertencer às classes econômicas C, D ou E, não realizar atividade física no lazer, ter histórico de DM, ter histórico de DCV, ter histórico de FQ, ter histórico de artrite/artrose, ter histórico de problemas na coluna, ter histórico de quedas nos últimos 12 meses e ser obeso.

Destaca-se que ter histórico de DCV e de FQ e ser do sexo feminino foram os fatores mais fortemente associados ao desfecho, respectivamente (Tabela 10).

Tabela 10 – Fatores associados à dificuldade de subir e descer escada na análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Variáveis	Dificuldade para subir e descer escada	
	RP ajustado	p
Sexo		<0,01
Feminino	2,16 (1,65-2,83)	
Masculino	1	
Idade		0,18
60 ou mais anos	1,16 (0,92-1,45)	
40 a 59 anos	1	
Trabalho remunerado		<0,01
Não	1,75 (1,37-2,23)	
Sim	1	
ABEP		<0,01
D e E	1,54 (1,15-2,07)	
C	1,35 (1,06-1,72)	
A e B	1	
Atividade Física no lazer		<0,01
Não	1,76 (1,36-2,27)	
Sim	1	
Histórico de DM		0,02
Sim	1,29 (1,03-1,61)	
Não	1	
Histórico de DCV		<0,01
Sim	2,36 (1,85-3,02)	
Não	1	
Histórico de FQ		<0,01
Sim	2,23 (1,24-3,99)	
Não	1	
Histórico de Artrite/Artrose		<0,01
Sim	1,72 (1,40-2,12)	
Não	1	
Problemas na Coluna		<0,01
Sim	1,29 (1,03-1,61)	
Não	1	
Quedas		<0,01
Sim	1,40 (1,13-1,73)	
Não	1	
IMC		<0,01
Obeso	1,46 (1,16-1,85)	
Sobrepeso	1,13 (0,88-1,45)	
Adequado	1	

4.3 AUTONOMIA FUNCIONAL

As variáveis associadas à autonomia funcional na análise bivariada em indivíduos de 40 a 59 anos de idade foram: anos de estudo, trabalho remunerado, classe econômica (APÊNDICE F), tabagismo, atividade física no lazer, sono (APÊNDICE G) e histórico de HA, DM, ICC, DCV, DP, FQ, artrite/artrose, problema na coluna e de depressão (APÊNDICE H). Nas pessoas de 60 ou mais anos de idade, as variáveis associadas foram: trabalho remunerado, classe econômica (APÊNDICE F), atividade física no lazer (APÊNDICE G) e histórico de HA, de ICC, de DCV, de artrite/artrose, de problema na coluna e de depressão (APÊNDICE H).

Após ajustar pela regressão de Poisson, verificou-se que alguns fatores associaram-se apenas a determinado grupo etário e outros de forma distinta. Os fatores que permaneceram associados à independência funcional nas duas faixas etárias foram: ter um trabalho remunerado, praticar atividade física no lazer e não ter histórico de artrite/artrose. Os fatores que permaneceram associados somente entre os indivíduos de 40 a 59 anos de idade foram: ter 4 anos ou mais de estudo e não ter histórico de DM (Tabela 11). Enquanto que entre as pessoas de 60 ou mais anos de idade foi não ter histórico de problema na coluna (Tabela 11).

Tabela 11 – Fatores associados à autonomia funcional dos indivíduos de 40 a 59 anos e 60 ou mais anos de idade, segundo análise ajustada de múltiplos fatores pela regressão de Poisson. Cambé, 2011.

Características	Autonomia Funcional			
	40 a 59 anos		60 ou mais	
	RP ajustado (IC 95%)	p	RP ajustado (IC 95%)	p
Anos de estudo		<0,01		
12 ou mais	1,72(1,27-2,33)			
8 a 11 anos	1,59(1,19-2,11)			
4 a 7 anos	1,67(1,26-2,21)			
0 a 3 anos	1			
Trabalho remunerado		<0,01		<0,01
Sim	1,27(1,06-1,52)		2,13(1,56-	
Não	1		2,92)	
			1	
Atividade física no lazer		<0,01		<0,01
Sim	1,29(1,14-1,47)		1,76(1,29-	
Não	1		2,41)	
			1	
Histórico de DM		<0,01		
Não	1,57(1,14-2,17)			
Sim	1			
Histórico de Artrite/Artrose		<0,01		0,04
Não	1,89(1,44-2,47)		1,52(1,01-	
Sim	1		2,28)	
			1	
Problema na coluna				<0,01
Não			1,77(1,20-	
Sim			2,62)	
			1	

5 DISCUSSÃO

A prevalência da incapacidade funcional em todas as atividades da vida diária analisadas no presente trabalho apresentou-se baixa, achado concordante com um estudo de tendência de dez anos das condições de saúde dos brasileiros. A pesquisa analisou os dados da PNAD de 1998, 2003 e 2008, cuja prevalência da incapacidade para alimentar-se, tomar banho ou usar o toalete permaneceu estável neste período (6,5%, 6,4% e 6,9%, respectivamente) (LIMA-COSTA et al., 2011). Apesar deste estudo não avaliar todas as atividades da vida diária, apenas as ABVD e a população analisada ser somente idosos, outros estudos mostram um declínio das taxas de incapacidade funcional (COSTA, 2002; FREEDMAN; MARTIN; SCHOENI, 2002).

O presente estudo mostrou que a prevalência de incapacidade funcional entre adultos e idosos de Cambé aumenta progressivamente com a idade em todas as atividades da vida diária analisadas e que a prevalência de autonomia funcional diminui na faixa etária de 60 ou mais anos, quando comparado à de 40 a 59 anos de idade. Entretanto, a idade sozinha não prediz a incapacidade, pois se trata de um processo multifatorial (LOLLAR; CREWS, 2003), cujos múltiplos fatores, como sociodemográficos, comportamentais, ambientais e relativos ao suporte social podem acelerar ou retardar o processo de incapacidade (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

Nas ABVD, a incapacidade para urinar foi a mais prevalente (5%) (Tabela 3). Estudo transversal de base populacional realizado em Pelotas (RS) entre outubro de 2007 a janeiro de 2008 encontrou que 18,1% relataram que precisam de ajuda parcial para urinar e/ou evacuar e 3,2% precisam de ajuda total (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009). Outra pesquisa de delineamento transversal realizada em Goiânia (GO) encontrou uma dependência parcial de 12,6% e total de 3,1% para urinar (NUNES et.al., 2010). Entretanto os dois estudos diferem do presente trabalho por avaliarem apenas idosos de 60 ou mais anos de idade, além de o primeiro avaliar a atividade de urinar junto com a de defecar. Fatores como trauma no assoalho pélvico, menopausa, doenças crônicas, efeitos colaterais de medicamentos, entre outros, podem favorecer a ocorrência do evento, que pode afetar a qualidade de vida das pessoas (HIGA; LOPES; REIS, 2008).

No domínio mobilidade, a dificuldade para subir e descer escadas foi a mais prevalente (24%) e aumentou com a idade (Tabela 4). Na mesma direção, embora se utilizando de indicador diferente (dificuldade de caminhar 1 km), achados da PNAD 2003 mostraram uma prevalência de 22,7% da incapacidade funcional na mobilidade (PARAHYBA; VERAS, 2008) e esta diminuiu em comparação ao ano de 1998, quando era de 25% (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). A alta prevalência encontrada pode ser decorrente do processo do envelhecimento, mais evidenciado a partir dos 60 anos de idade, que se relaciona às várias modificações no corpo, dentre elas a deterioração progressiva das cartilagens, a perda de tamanho, força, flexibilidade e resistência dos músculos (ROSSI, 2008). Segundo Melzer et al. (1999), medidas de mobilidade física, como subir e descer escada, configuram-se como uma boa marca prognóstica do processo de falência dos indivíduos, principalmente em idosos, pois detectam a incapacidade funcional moderada, muito útil quando se pensa em prevenção e intervenção.

A dificuldade para ler ou enxergar foi a mais prevalente no domínio comunicação em todas as faixas etárias avaliadas (Tabela 5). O desempenho funcional, principalmente no comprometimento da realização das tarefas da AIVD (BORGES; CINTRA, 2010), está relacionado à redução do déficit visual (LUIZ et al., 2009). Estudo realizado por Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) encontrou que 20,9% dos indivíduos relataram prejuízo visual. Essa diferença provavelmente se deva às diferenças metodológicas, mas não foram localizados estudos que apresentassem abordagem semelhante. A visão apresenta importante papel no controle postural e, conseqüentemente na manutenção do equilíbrio dos indivíduos, sobretudo quando associada a outras alterações dos sistemas somatossensoriais e vestibular. Além de contribuir na realização de todas as atividades de vida diária, as alterações visuais podem ocasionar a diminuição da interação e do convívio social, da qualidade de vida, a presença de quedas e a depressão (MACEDO et al., 2008).

Nas funções mentais, as incapacidades para memorizar e compreender foram as mais prevalentes, principalmente nos indivíduos com 70 ou mais anos de idade (Tabela 6). Este fato mostra-se relevante à medida que o déficit cognitivo também estaria relacionado às piores funções físicas e de força muscular (AUYEUNG et al., 2008), afetando as atividades diárias do indivíduo, principalmente as instrumentais (REPPERMUND et al., 2011).

Nas AIVD, a dificuldade para lavar roupa foi a incapacidade mais prevalente (Tabela 7), achado concordante com outro estudo (NUNES et al., 2010). Segundo os autores, esse comprometimento em idosos estaria relacionado à tentativa dos filhos em preservar o esforço físico dos pais, no caso das famílias multigeracionais. Além disso, aliado a cultura de proteção aos idosos, parece que os filhos impedem os pais realizem atividades diárias, como sair de casa para fazer compras, por medo de que estes se machuquem. Os dados do Censo 2010 indicam que 17% dos domicílios não possuem pavimentação em seu entorno, 29,6% não possuem calçada e 95% não possuem rampa para cadeirantes (IBGE, 2010), reforçando a hipótese da tentativa de reduzir a exposição a essas condições de risco.

Ressalta-se ainda a diferença de gênero encontrada neste estudo na incapacidade somente para as AIVD (Tabela 8). Para Lawton e Brody (1969), essas diferenças se explicariam por questões biológicas e sociais, dessa maneira sendo necessário a sua avaliação separada por competência em cada grupo. O instrumento utilizado (SMAF) no presente estudo baseia-se na medida do desempenho real, na qual poderia introduzir um viés, especialmente para as tarefas domésticas que os homens de gerações passadas não executam por uma questão de gênero. Entretanto para Hébert et al. (2001), embora estas incapacidades sejam culturais, mesmo assim elas são reais, pois quando o homem perde a esposa (um importante recurso) frequentemente experimenta a incapacidade que pode até resultar em institucionalização.

Ao analisar a incapacidade funcional com relação a uma categorização hierárquica, observou-se que quase a metade das pessoas estudadas (46,5%) não apresenta nenhuma dificuldade seja na mobilidade, na AIVD ou na ABVD, com proporção maior no sexo masculino (49,2%) do que no feminino (44,2%). Verifica-se ainda que a prevalência da presença simultânea de alguma dificuldade nos três domínios foi maior no sexo feminino (8,3%) do que no masculino (3,5%), ou seja, as mulheres apresentaram uma razão de prevalência de incapacidade 2,37 vezes maior do que os homens (Tabela 8). Este resultado se assemelha ao de um estudo de coorte, que acompanhou prospectivamente os idosos para identificar as disparidades de gênero, especificamente nas ABVD, nas AIVD e nas limitações de mobilidade, e observaram que as mulheres comparadas aos homens da mesma idade relataram mais incapacidade e em graus maiores. A

diferença foi mais marcante nas AIVD, na qual persistiu desde os 65 anos até as idades mais avançadas (MURTAGH; HUBERT, 2004). A maior prevalência de incapacidade encontrada no sexo feminino pode estar relacionada ao fato das mulheres reportarem mais dificuldades funcionais que os homens, o que também ocorre em outros países (PARAHYBA; SIMÕES, 2006).

5.1 FATORES ASSOCIADOS À DIFICULDADE DE SUBIR E DESCER ESCADAS

Para verificar os fatores associados à incapacidade funcional, optou-se pela escolha da dificuldade para subir e descer escada, pois este indicador mensura um estágio de incapacidade funcional moderado, sendo capaz de detectar perdas funcionais precoces e de permitir a discriminação da incapacidade na comunidade.

Entre os fatores que se associaram na análise de múltiplos fatores à dificuldade de subir e descer escada, ser do sexo feminino mostrou-se ser um deles, achado concordante com outros estudos (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; LEVEILLE et al., 2000; PARAHYBA; SIMÕES, 2006; PARAHYBA; VERAS, 2008). Esse resultado concorda com o de um estudo realizado com 50 participantes de 20 a 39 anos e 684 idosos de 75 a 98 anos de idade que examinou as diferenças de gênero e idade em sete testes de mobilidade e observou que as mulheres e os idosos tiveram os piores desempenhos quando comparados com os homens e os mais jovens, respectivamente (BUTLER et al., 2009). Este fato pode ser explicado, pelo menos em parte, pela possibilidade das mulheres sobreviverem mais tempo do que os homens com as suas limitações (PARAHYBA; SIMÕES, 2006). Segundo Guralnik et al. (1993), uma possível explicação estaria na diferença nas doenças associadas aos homens e às mulheres que relatam incapacidade, e por fatores comportamentais, que assinalam uma maior procura das mulheres por serviços de saúde do que dos homens, indicativo de uma provável maior percepção quanto aos problemas de saúde por parte das mulheres. Outra possível explicação para tal associação estaria na diferença entre os sexos na composição corporal e na aptidão física.

Segundo Valentine e colaboradores (2009), as mulheres apresentam mais gordura corporal, menos massa magra e menor capacidade aeróbica do que os homens e com tendência a pior desempenho das atividades de função física

relacionadas às extremidades inferiores. Uma revisão sistemática, realizada com artigos das bases de dados *Medline/Pubmed*, *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), concluiu que a maioria dos estudos mostrou uma relação positiva entre a massa muscular e o desempenho físico, especialmente nas extremidades inferiores que são cruciais para a mobilidade. A densidade mineral óssea também mostrou uma correlação positiva com o desempenho físico, na qual as relações mais fortes têm sido demonstradas nas mulheres do que nos homens. Embora alterações na composição corporal e o processo de envelhecimento caminhem em sentido opostos, preservar a massa óssea e muscular e reduzir o excesso de gordura podem ser benéficos na manutenção do desempenho físico e reduzir as incapacidades funcionais nos indivíduos (SHIN et al., 2011). Deste modo, faz-se necessário estimular todas as pessoas a realizarem atividades que preservem a massa muscular, em especial as mulheres.

No presente estudo, a inatividade física no lazer também se associou à dificuldade de subir e descer escada. Pesquisa realizada com indivíduos de 50 a 69 anos de idade dos Estados Unidos e da Inglaterra observou que alto nível de atividade física tem efeito protetor na função física, independente do IMC. Dentre os efeitos protetores, os autores colocam a manutenção da força muscular, da flexibilidade e do equilíbrio, além de proporcionar o benefício psicológico (LANG; GURALNIK; MELZER, 2007). Um dos aspectos que explica a associação observada com a inatividade física no lazer é o efeito bem documentado da redução na densidade mineral óssea (TREMBLAY et al., 2010). Com o envelhecimento, há diminuição lenta e progressiva da função muscular (força, potência e resistência). Esse declínio muscular idade-relacionado designa-se sarcopenia, que contribui para outras alterações como, por exemplo, a menor densidade óssea, menor sensibilidade à insulina e menor capacidade aeróbica (ROSSI; SADER, 2006). A perda da força e da resistência muscular são fatores determinantes na funcionalidade e afetam tanto tarefas como levantar de uma cadeira, subir degraus e deambular, quanto às atividades de vida diária (BESSA; BARROS, 2009).

Outro fator que se associou ao desfecho foi não ter trabalho remunerado. Todavia, todos os dados devem ser analisados com cautela, pois o delineamento transversal não permite inferências quanto à causalidade. É provável que a dificuldade de subir e descer degraus constitua impedimento para atividades de trabalho, assim como se observou para as atividades físicas no lazer.

Com relação à classificação econômica ABEP, a prevalência do desfecho foi significativamente mais elevada entre os pertencentes às classes C, D ou E. Pesquisas apontam que diferenças socioeconômicas parecem ter importante influência nas condições de saúde, especialmente na capacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; NUNES et al., 2009; PARAHYBA; SIMÕES, 2006; PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; SANTOS et al., 2007; SANTOS et al., 2008). Segundo Minkler, Fuller-Thomson e Guralnik (2006) há uma relação inversa entre limitação funcional e classe social, na qual em indivíduos de uma mesma faixa etária, os que pertencem a linha de pobreza têm seis vezes mais chance de relatar uma limitação funcional. Outro estudo avaliou a relação transversal e longitudinal entre raça/cor, pobreza e a função física das extremidades inferiores e observou que a raça/cor preta e o *status* de pobreza associaram-se a pior função das extremidades inferiores, entretanto estes fatores não apresentaram relação com o declínio ou a progressão da incapacidade funcional após 3 anos. Para os autores essa diferença socioeconômica pode afetar o acesso a recursos e a oportunidades sociais (THORPE et al., 2008), pois quanto maior a renda, maior a possibilidade de acesso à informação e aos serviços de saúde, e melhores condições de alimentação e lazer, o que diminui o risco de incapacidade funcional e de outras doenças.

O histórico de DM apresentou associação com a dificuldade de subir e descer escada no presente estudo. O diabetes mostra-se um significativo preditor de incapacidade em pessoas de meia idade e em idosos (WRAY et al., 2005). Os dados do *Third National Health and Nutrition Examination Survey (1988-1994)*, referentes aos indivíduos de 60 anos ou mais de idade nos Estados Unidos revelam que 32% das mulheres e 15% dos homens com diabetes relataram incapacidade para caminhar $\frac{1}{4}$ de milha, subir e descer escadas ou arrumar a casa, quando comparados aos sem diabetes (GREGG et al., 2000). Além disso, o DM está associado a complicações micro e macrovasculares, como a neuropatia periférica que está associada a baixos níveis de desempenho físico (TUTTLE, 2011) e dor, interferindo na qualidade de vida dos indivíduos (DAVIES et al., 2006).

Conforme esperado, a presença de DCV foi a condição mais fortemente associada ao desfecho neste estudo, achado importante e concordante com outras pesquisas (GIACOMIN et al., 2008; NUNES et al., 2009;). Em um estudo realizado com 113 pacientes atendidos no *Cumhuriyet University Neurology Clinic*, na Turquia, entre março e dezembro de 2009, observou-se maior comprometimento

da incapacidade relacionada à mobilidade (TEASEL, 2003). Dentro das DCV, o acidente vascular encefálico (AVE) é um dos principais problemas de saúde nos países da América Latina e Caribe (LAVADOS et al., 2007) e quando severo, pode causar incapacidades permanentes (hemiparesias ou hemiplegias) na maioria dos pacientes, com grande impacto no bem-estar físico e psicológico do paciente e de seus familiares (SHAH, 2006). Segundo Novak e Brouwer (2012), os sobreviventes de um AVE apresentam maior gasto aeróbico e despendem mais força para subir escadas quando comparados a indivíduos normais, o que pode limitar a mobilidade dos mesmos. A maioria dos sobreviventes torna-se dependente de outra pessoa para o autocuidado e para a realização das atividades de vida diária (CRUZ; DIOGO, 2009).

No presente trabalho, o histórico de artrite/artrose associou-se com a dificuldade de subir e descer escada. Conforme Alves et al. (2007), as artropatias aumentam em 59% a chance dos idosos adquirirem uma incapacidade. Segundo uma revisão sistemática, o aumento da frouxidão, a diminuição na propriocepção, a idade avançada, o IMC alto e a intensidade alta de dor nos joelhos eleva o risco de deterioração do status funcional durante os primeiros três anos da osteoartrite (OA). Enquanto que maior força muscular, melhor saúde mental, melhor auto-avaliação, suporte social e mais exercícios aeróbicos podem ser vistos como fatores protetores, diminuindo o risco de deterioração do status funcional nos primeiros anos (VAN DIJK et al., 2006). A associação de dor, rigidez e fraqueza do quadríceps com a dificuldade no desempenho de algumas funções diárias, principalmente as relacionadas à flexão de joelho, constituem fatores limitantes da capacidade funcional, que pode levar as pessoas a evitarem a execução das tarefas que produzam dor, tais como subir e descer escadas ou andar por uma distância maior (SANTOS et al., 2011).

O histórico de fratura de quadril e as quedas nos últimos 12 meses apareceram como fatores associados à dificuldade de subir e descer escadas. Estudos têm encontrado a relação de pior capacidade funcional com quedas e fraturas de quadril em idosos (HÉBERT; BRAYNE; SPIEGELHALTER, 1999; TAS et al., 2007). Achados de um estudo longitudinal de base populacional realizado com idosos de 65 anos ou mais de idade, residentes em Lieto, Finlândia, observou que fraturas em extremidades inferiores estão independentemente relacionadas ao risco de declínio funcional em tarefas de mobilidade e atividades de vida diária, quando

comparadas aos demais tipos de fratura. (PIIRTOLA et al., 2011). Outro estudo realizado em Lavras, Minas Gerais, no período de fevereiro de 2007 a dezembro de 2008, mostrou que indivíduos após um ano de fratura de quadril, mesmo com tratamento cirúrgico, apresentaram maior dependência funcional nas atividades de vida diária que dependiam dos membros inferiores (GUIMARÃES et al., 2011).

De acordo com Bloch e colaboradores (2010), a perda da autonomia é um dos principais fatores de risco para as quedas: dificuldades em ao menos umas das ABVD ou AIVD dobram o risco de quedas. Associadas a doenças crônico-degenerativas algumas modificações, como déficits de equilíbrio e alterações na marcha, podem predispor à ocorrência de quedas, muitas vezes relacionadas às fraturas de quadril, com graves consequências no desempenho funcional e na realização de atividades de vida diária (FARIA et al., 2003).

No presente estudo, os problemas de coluna mostraram ter relação com o desfecho. As regiões cervical e lombar, que possuem maior liberdade de movimento, são os locais mais frequentes de dor incapacitante. Algumas condições de trabalho envolvem esforços inadequados ou a manutenção de uma mesma postura por longos períodos, causando lesões por esforços repetitivos. Para o alívio da dor verifica-se ser necessária a busca de mecanismos adaptativos como o levantamento de cargas realizado com o dorso plano e com o maior uso da força de membros inferiores, que diminui consideravelmente a compressão discal em comparação ao levantamento realizado com as pernas estendidas e o dorso curvo (VANÍCOLA; MASSETO; MENDES, 2004). É provável que a substituição do movimento para alívio da dor leve a futuras lesões osteomusculares decorrentes das condições laborais.

Todavia, esses resultados e os demais devem ser vistos com ressalva, pois o desenho do estudo impossibilita a inferência causal, mas aponta relação entre fratura de quadril, quedas e problemas na coluna e a incapacidade funcional.

A obesidade foi outro fator que apresentou relação com a dificuldade de subir e descer escadas, e parece estar associada à alteração do equilíbrio dinâmico que, por sua vez, apresenta relação com os maiores escores de dor em indivíduos com fraqueza muscular dos joelhos (JADELIS et al., 2001). Segundo Samper-Ternent e Al Snih (2012), a obesidade está relacionada ao aumento da incapacidade entre a população idosa, afetando o estado funcional e a mobilidade

dos indivíduos. Para Houston e colaboradores (2009), o início do sobrepeso ou da obesidade na vida adulta contribui para o aumento do risco da limitação da mobilidade na velhice.

Além disso, a obesidade apresenta relação com a osteoartrite dos joelhos e do quadril, pois o excesso de carga leva a um efeito deletério nas articulações com consequente perda da homeostase na matriz cartilaginosa (HOLLIDAY et al., 2011). Estudo realizado com indivíduos obesos com osteoartrite encontrou que as atividades em escadas estavam associadas aos níveis mais intensos de dor e que a intensidade da dor é um fator que influencia a realização de atividades funcionais, pois apresentou correlação significativa com a diminuição da velocidade (VASCONCELOS; DIAS; DIAS, 2006). Dessa maneira, a prevalência de excesso de peso da população representa um aspecto preocupante, sendo necessárias medidas voltadas para o enfrentamento de futuras doenças associadas, com vistas a prevenir a incapacidade funcional.

5.2 FATORES ASSOCIADOS À AUTONOMIA FUNCIONAL

5.2.1 Em Indivíduos de 40 a 59 Anos e de 60 ou Mais Anos de Idade

Os fatores que apresentaram relação com a autonomia funcional já eram esperados, devido aos resultados observados no desfecho anterior. Entretanto, buscou-se analisar a relação entre estas variáveis estratificando-se por grupos etários (40 a 59 anos e 60 anos ou mais).

O trabalho remunerado e a prática de atividade física no lazer apresentaram relação positiva com a preservação da autonomia para os dois grupos analisados, sendo mais forte a associação nos indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos. A atividade laboral proporciona o convívio com outras pessoas, que proporciona relações fundamentais de cooperação e interatividade, além de envolver mecanismos de competição, pois implicam em desafios diários que mantêm o trabalhador ativo e auxiliam na manutenção da capacidade funcional (D'ORSI; XAVIER; RAMOS, 2011).

Assim como em outros estudos a prática da atividade física no lazer parece ter relação benéfica com a capacidade funcional e na manutenção da saúde (CUNHA et al., 2010; JANSSEN; JOLIFFE, 2006; SINGH, 2002). Segundo

Warburton, Nicol e Bredin (2006) há evidências da efetividade da atividade física regular sobre a prevenção primária e secundária de doenças crônicas (doença cardiovascular, diabetes, câncer, hipertensão, obesidade, depressão e osteoporose) e da morte prematura. De acordo os autores, parece haver uma relação linear entre atividade física e estado de saúde, a qual um aumento futuro na atividade física e aptidão levaria a uma melhora no estado de saúde. Segundo pesquisa que analisou os dados do *Nurses's Health Study*, realizado com mulheres de 30 a 55 anos de idade, observou-se uma forte associação positiva entre atividade física no lazer na meia idade e a chance de sobrevivência com sucesso ou estado excepcional de saúde na vida tardia. Além de uma relação positiva entre atividade moderada-intensa, como caminhar, e chance de manutenção do estado de saúde entre essas mulheres (SUN et al., 2010).

Outro fator associado à autonomia funcional foi a ausência de artrite/artrose, que pode ser explicado pelo fato da OA ser uma doença degenerativa, e estar fortemente associada ao envelhecimento. Segundo dados de um estudo longitudinal, adultos de meia idade que relataram artrite na *baseline*, após 10 anos apresentaram dificuldade permanente nas atividades de mobilidade e nas funções das atividades de vida diária, interferindo na habilidade das pessoas de viver independentemente, sendo necessário desenvolver intervenções e tratamentos para prevenir o efeito incapacitante da artrite (COVINSKY et al., 2008).

5.2.2 Somente em Indivíduos de 40 a 59 Anos de Idade

Dentre os fatores que apresentaram relação positiva com a autonomia funcional dos indivíduos de 40 a 59 anos de idade, a escolaridade revela-se como um dos determinantes de melhores condições de saúde (ALBERT; DAVIA, 2011). Em um estudo realizado com uma amostra nacional representativa da Finlândia, no ano 2000, observou que as pessoas com baixo nível educacional mostraram mais limitações na mobilidade do que aquelas com alto nível, além disso, observaram que após ajuste para idade a chance de limitação para subir e descer escadas foi três vezes maior na categoria educacional mais baixa, comparada a categoria mais alta (SAINIO et al., 2007). Segundo Virtuoso Júnior e Guerra (2011) é provável que uma pessoa com níveis de escolaridade mais baixos esteja exposta a piores condições de trabalho, com salários menores, do que uma pessoa com nível

mais alto de escolaridade. Além disso, as disparidades sociais podem ocasionar menor acesso aos serviços médicos e diagnósticos, dificultando o reconhecimento de certas doenças (BARROS et al., 2011).

Outro fator que apresentou relação com a autonomia funcional dos indivíduos de 40 a 59 anos de idade foi a ausência de DM. Segundo dados de 20433 participantes do *Health and Retirement Study* realizado nos Estados Unidos, entre 1998 e 2006, os adultos com DM não apresentaram os mais altos níveis de incapacidade física, mas sim uma deterioração mais rápida da autonomia funcional ao longo do tempo. As diferenças da incapacidade física entre adultos com e sem DM foram mais pronunciadas nas mulheres, não brancas e de menor escolaridade (CHIU; WRAY, 2011). As pessoas com diabetes têm duas a três vezes mais chance de relatar incapacidade do que aquelas sem diabetes e a chance de o idoso apresentar um declínio da capacidade funcional é duas vezes maior entre os diabéticos quando comparados aos indivíduos hipertensos (BAYLISS et al., 2004). A ausência de DM parece contribuir na manutenção da autonomia funcional em menores de 60 anos idade.

5.2.3 Em Indivíduos de 60 Anos ou mais Anos de Idade

Não ter problemas na coluna foi o fator exclusivo a apresentar relação com a autonomia funcional dos indivíduos de 60 anos ou mais de idade no presente estudo. A dor na coluna é uma das condições crônicas mais prevalentes no país (BARROS et al., 2011). Os problemas na coluna apresentaram relação com a dificuldade de subir e descer escada, logo a sua ausência contribui na manutenção da autonomia funcional. Estudo longitudinal realizado nos Estados Unidos observou que a dor lombar estava fortemente associada ao declínio da função física de extremidades inferiores dos idosos, tendo como efeito deletério a restrição das atividades em quatro ou mais meses, devido à dor (REID; WILLIAMS; GILL, 2005). Com o envelhecimento, as alterações posturais, como o aumento da curvatura da coluna torácica e o aumento ou diminuição da lordose lombar, contribuem para a diminuição de estatura e para a posição inclinada, e pode acarretar desvios posturais, comprometendo, dessa forma, as atividades da vida diária do idoso (SILVEIRA et al., 2010). Dessa maneira, faz-se necessário incentivar atividades que contribuam na manutenção ou melhoria da postura nessa população.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, o conceito de saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela sua condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença, e por isso tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência do idoso (BRASIL, 1999). A preocupação específica com os idosos dependentes se justifica pelo fato de que estes apresentam maior risco para problemas de saúde, têm grande potencial para desenvolver incapacidades (BRASIL, 1999) e utilizam com mais frequência os serviços de saúde, incrementando os custos (RODRIGUES et al., 2009b).

No Brasil, independentemente da gravidade da incapacidade, também foi demonstrado um aumento de 30% na prevalência da consulta médica entre idosos incapazes funcionalmente se comparado àqueles sem limitações funcionais (RODRIGUES et al., 2009b).

Portanto, os resultados deste trabalho trazem um alerta: existe uma potencial população idosa que precisa ser reabilitada e integrada socialmente, e uma população adulta potencialmente de risco para uma incapacidade, apontando a necessidade de intervenções específicas a cada grupo.

Além disso, esses achados reforçam a importância de se realizar um trabalho epidemiológico com a temática, visto o desafio já posto que dificulta a análise da incapacidade funcional como desfecho, pela dificuldade de comparação dos resultados pela inexistência de um padrão-ouro.

Esses resultados sugerem que apesar da principal limitação do presente estudo, ou seja, a sua natureza seccional, que não permite estabelecer as relações temporais entre as variáveis consideradas no estudo e a incapacidade funcional, foi possível conhecer de que maneira se distribui uma característica em uma determinada população. Permitiu, desse modo, mostrar a carga das incapacidades na população e os fatores associados aos casos existentes. Outra possível limitação deste trabalho seria o uso de outros respondentes, como no caso de indivíduos impossibilitados de se comunicarem. Entretanto esta situação não interferiu nos resultados deste estudo, pois somente 1,5% dos respondentes eram os responsáveis ou cuidadores.

Os dados auto-referidos utilizados no presente trabalho podem configurar-se como outra limitação. Todavia, segundo Kivinen et al. (1998), a escolha da medida a ser utilizada para avaliar o estado funcional deve basear-se

nos objetivos da pesquisa e no tipo de população a ser estudado, pois medidas pelo autorrelato das atividades de vida diária e pelo desempenho são em geral fortemente correlacionadas entre si, embora os testes de desempenho examinem as limitações funcionais e as medidas pelo auto-relato reflitam a incapacidade. Apesar de todas as limitações, é importante salientar todo cuidado metodológico deste trabalho, no sentido de minimizar ao máximo qualquer viés.

Esse estudo mostrou que há uma necessidade de criar estratégias para o manejo das doenças crônicas em todas as faixas etárias, aumentando a demanda por serviços de saúde. Além disso, uma pessoa incapacitada necessita de um cuidador o que leva a um ônus familiar.

6 CONCLUSÃO

A prevalência da incapacidade funcional para realização das atividades básicas de vida diária foi baixa, mas aumentou progressivamente com a idade. As dificuldades mais frequentes foram as relacionadas às atividades de urinar (5%) nas ABVD, subir e descer escada (24%) no domínio mobilidade, ler ou enxergar (78,3%) no domínio comunicação, memorizar (28,9%) nas funções mentais e lavar roupa (23,4%) nas AIVD.

Os fatores associados à dificuldade de subir e descer escada encontrados foram: ser do sexo feminino; não ter trabalho remunerado; pertencer a classe econômica C, D ou E; não praticar atividade física no lazer; ter histórico de doenças crônicas (DM, AVE, FQ, artrite/artrose e problemas na coluna); ter histórico de quedas nos últimos 12 meses e ser obeso.

Observou-se que 46,5% das pessoas estudadas apresentavam a autonomia funcional preservada e os fatores relacionados à autonomia funcional comportaram-se de maneira distinta entre as faixas etárias. Ter trabalho remunerado, praticar atividade física no lazer e não ter histórico de artrite/artrose associaram-se à autonomia funcional tanto entre não idosos quanto nos idosos, mas a escolaridade e a ausência de histórico de DM associaram-se apenas à faixa etária de 40 a 59 anos, enquanto não ter histórico de problemas na coluna relacionou-se apenas à faixa etária de 60 ou mais anos de idade.

A análise dos fatores associados indica que a prevenção da perda funcional atinge também a população não idosa e envolve o adequado controle das doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, doenças cerebrovasculares, osteoartrite e problemas na coluna. A prática da atividade física e atividades de interação social, por protegerem os indivíduos da incapacidade funcional, devem ser valorizadas ao longo da vida, especialmente nas idades mais avançadas, com vistas à melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Outra constatação relevante do presente estudo refere-se à alta prevalência de déficits visuais e auditivos. Estes aspectos também precisam ser incluídos entre as ações desenvolvidas na atenção básica e devem ser considerados na avaliação dos profissionais de saúde, pois interferem diretamente na realização das atividades, principalmente as instrumentais.

A relação das doenças crônicas com a incapacidade funcional reforça a necessidade de envidar esforços no sentido da implementação das propostas da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), considerando-se os seus objetivos como a busca da equidade e estímulo às ações intersetoriais (BRASIL, 2006b), com reconhecido impacto na prevenção e ou controle dessas doenças. Além disso, priorizar os objetivos propostos no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, para os anos de 2011 a 2022, com o desenvolvimento das políticas públicas de prevenção e controle de quatro grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes), poderá também contribuir para a promoção da autonomia funcional com redução de fatores de risco modificáveis, especialmente da inatividade física (BRASIL, 2011).

O sedentarismo configura-se como um fator comum a várias doenças crônicas, dessa maneira faz-se necessário criar mais espaços que promovam a saúde como, por exemplo, as academias ao ar livre, os grupos de saúde e/ou os clubes, levando principalmente informação às pessoas em todas as faixas etárias, pois como visto as incapacidades funcionais não atingem somente os idosos.

Portanto, intervir em um dos fatores associados à incapacidade funcional possibilita interromper um ciclo vicioso, que envolve as doenças crônicas. Entretanto, o controle dessas doenças é parte da ação, pois no cuidado à pessoa adulta a finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência.

Assim, faz se necessária a implementação da Política Nacional da Saúde Funcional (PNSF), ancorada sobre o olhar da funcionalidade e da incapacidade, constitui outra iniciativa importante que, se bem sucedida, pode contribuir para a redução da prevalência das limitações funcionais e da restrição na participação social, com ganhos na qualidade de vida das pessoas.

O Estado deve criar mecanismos para aumentar e qualificar o apoio formal às famílias em risco social (CAMARANO et al., 2010), mas também em promover ações específicas para cada grupo etário, visto que a manutenção da autonomia funcional mostrou-se diferente entre os adultos e os idosos.

Além de estabelecer ações e estratégias que visem o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, que na perspectiva de redes de atenção à saúde contribui na organização do Sistema Único de Saúde.

A prevenção da incapacidade e a intervenção pela recuperação da máxima independência funcional devem nortear as ações de saúde ao longo de todo o curso de vida de pessoas de todas as idades.

REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB)**: em vigor a partir de 01/01/2010. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>>. Acesso em: 11 jun. 2010.
- ALBERT, C.; DAVIA, M. A. Education is a key determinant of health in Europe: a comparative analysis of 11 countries. **Health Promotion International**, v.26, n.2, p.163-170, 2011.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-1930, ago, 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1199-1207, 2008.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2010nahead/AO988.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2010.
- AUYEUNG, T. W. et al. Functional decline in cognitive impairment – The relationship between physical and cognitive function. **Neuroepidemiology**, n.31, p.167-173, 2008.
- BARROS, M. B. A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3755-3768, 2011.
- BAYLISS, E. A. et al. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic conditions: What we can learn from the medical problems list. **Health and Quality of Life Outcomes**, v.2, p.47-54, 2004.
- BESSA, L. B. R.S.; BARROS, N. V. **Impacto da sarcopenia na funcionalidade dos idosos**. Belo Horizonte, 2009. Monografia. (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.cenesp.eef.ufmg.br/biblioteca/1734.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2011.
- BLOCH, F. et. al. Episodes of falling among elderly people: a systematic review and meta-analysis of social and demographic pre-disposing characteristics. **Clinics**, v.65, n.9, p.895-903, 2010.
- BORGES, S. M.; CINTRA, F. A. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v.69, n.3, p.146-51, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília; Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde**: Brasília, 20 a 22 de setembro de 2005 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde – Brasília; Ministério da Saúde, 2006b, 100p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 150 p. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

BUTLER, A. A. et al. Age and gender differences in seven tests of functional mobility. **Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation**, v.6, n.31, 2009.

CAMARANO, A. A. (Org). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010. 350p.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 597-605, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n3/13.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

CHERKAS, L. F. et al. The association between physical activity in leisure time and leukocyte telomere length. **Archives of Internal Medicine**, v.168, n.2, p.154-158, 2008.

CHIU, C-J.; WRAY, L. A. Physical disability trajectories in older americans with and without diabetes: the role of age, gender, race or ethnicity, and education. **The Gerontologist**, v.51, n.1, p.51-63, 2011.

COSTA, D. L. Changing chronic disease rates and long-term declines in functional limitation among older men. **Demography**, v.39, n.1, p.119-137, 2002.

COSTA, E. F. A. et al. Semiologia do idoso. In: PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005; p. 154-183.

COVINSKY, K. E. et al. Effect of Arthritis in Middle Age on Older-Age Functioning. **Journal of American Geriatric Society**, v.56, n.1, p.23–28, 2008.

CRUZ, K. C. T.; DIOGO, M. J. D'E. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.22, n.5, p.666-72, 2009.

CUNHA, R. C. L. et al. Efeito de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo Programa Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.255-265, 2010.

D'ORSI, E.; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo Epidoso. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.4, p.685-692, 2011.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de saúde. Demográficas e Socioeconômicas. **Censo 2010**. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 26 de março de 2012.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. **Mortalidade geral - Paraná. 2007**. Óbitos por residência segundo capítulo da CID-10. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtp.r.def>. Acesso em: 04 Jul. 2010.

DAVIES, M. et al. The prevalence, severity, and impact of painful diabetic peripheral neuropathy in type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v.29, p.1518-1522, 2006.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>. Acesso em: 22 maio 2010.

FARIA, J. C. et al. A importância do treinamento de força na reabilitação da função muscular, equilíbrio e mobilidade dos idosos. **Acta Fisiátrica**, v.10, n.3, p.133-137, 2003.

FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G.; SCHOENI, R. F. Recent trends in disability in functioning among older adults in the United States: a systematic review. **JAMA**, v.288, n.24, p.3137-3146, 2002.

- FRIED, L. P. et al. Preclinical Mobility Disability Predicts Incident Mobility Disability in Older Women. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v.55A, n.1, p.M43-M52, 2000.
- FRIES, J. F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. **The New England Journal of Medicine**, v. 303, n. 3, p. 130-35, 1980.
- GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1260-1270, jun, 2008.
- GREGG, E. W. et al. Diabetes and physical disability among older U.S. adults. **Diabetes Care**, v.23, p.1272–1277, 2000.
- GUIMARÃES, F. A. M. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após tratamento cirúrgico de fraturas transtrocantéricas do femur. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v.46, suppl. 1, p.48-54, 2011.
- GURALNIK, J. M.; FRIED, L. P.; SALIVE, M. E. Disability as a public health outcome in the aging population. **Annual Review of Public Health**, v.17, p.25-46, may, 1996.
- GURALNIK, J. M. et al. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. **American Journal of Epidemiology**, v.137, n.8, p.845-57, 1993.
- HÉBERT, R.; CARRIER, R.; BILODEAU, A. The functional autonomy measurement system (SMAF): description and validation of instrument for the measurement of handicaps. **Age and Ageing**, n.17, p.293-302, 1988.
- HÉBERT, R. Functional decline in old age. **Canadian Medical Association Journal**, v.157, n.8, p.1037-45, 1997.
- HÉBERT, R.; BRAYNE, C.; SPIEGELHALTER, D. Factors associated with functional decline and improvement in a very elderly community-dwelling population. **American Journal of Epidemiology**, v.150, n.5, p.501-10, 1999.
- HÉBERT, R. et al. The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. **Journal of the Canadian Geriatrics Society**, v.4, p.141-147, set, 2001.
- HIGA, R.; LOPES, M. H. B. M.; REIS, M. J. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, n.42, v.1, p.187-92, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/25.pdf>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2012.
- HOLLIDAY, K. L. et al. Lifetime body mass index, other anthropometric measures of obesity and risk of knee or hip osteoarthritis in the GOAL case-control study. **Osteoarthritis cartilage**, v.19, n.1, p.37-43, 2011.

HOUSTON, D. K. et al. Overweight and obesity over the adult life course and incident mobility limitation in older adults. **American Journal of Epidemiology**, v.169, n.8, p.927-936, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010. Resultados. Características urbanísticas do entorno dos domicílios**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/entorno/>>. Acesso em: 16 de junho de 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem de população 2007**. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 24 jun. 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010, Paraná**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=41&dados=1>>. Acesso em: 17 jan. 2012.

INZITARI, D.; BASILE, A. M. Activities of Daily Living and Global Functioning. **International Psychogeriatrics**, v. 15, suppl. 1, p. 225-9, 2003.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno Estatístico Município de Cambé**. Novembro. 2011. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=86180&btOk=ok>>. Acesso em: 29 mar. 2012.

JADELIS, K. et al. Strength, balance, and the modifying effects of obesity and knee pain: results from the Observational Arthritis Study in Seniors (OASIS). **Journal of American Geriatrics Society**, v.49, p.884-891, 2001.

JANSSEN, I.; JOLLIFFE, C. Influence of physical activity on mortality in elderly with coronary artery disease. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v.38, n.3, p.418-423, 2006.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública**, v.3, n.3, p.217-220, jul/set, 1987.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-10, 1987.

KATZ, S. et al. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-19, 1963.

KIVINEN, P. et al. Self-reported and Performance-based Functional Status and Associated Factors Among Elderly Men: The Finnish Cohorts of the Sven Countries Study. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.51, n.12, p.1243-1252, dec, 1998.
LANG, I. A.; GURALNIK, J. M.; MELZER, D. Physical activity in middle-aged adults reduces risks of functional impairment independent of its effect on weight. **Journal of American Geriatric Society**, v.55, n.11, p.1836–1841, 2007.

LAVADOS, P. M. et al. Stroke epidemiology, prevention, and management strategies at a regional level: Latin America and the Caribbean. **Lancet Neurology**, v.6, n.4, p.362-372, abr., 2007.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEVEILLE, S. G. et al. Sex differences in the prevalence of mobility disability in old age: the dynamics of incidence, recovery, and mortality. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v.55B, n.1, p.S41-S50, 2000.

LIANG, J. et al. Gender differences in functional status in middle and older age: are there any age variations? **Journal of Gerontology: Social Sciences**, v.63B, n.5, p. S282-S292, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARANO, A. A. Evolução das desigualdades sociais entre idosos e adultos brasileiros: um estudo na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD 1998, 2003). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 941-50, 2006.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3689-3696, 2011.

LOLLAR, D. J.; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. **Annual Review of Public Health**, n.24, p.195-208, 2003.

LUIZ, L. C. et al. Associação entre deficits visuais e aspectos clínicofuncionais em idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.13, n.5, p.444-50, 2009.

MACEDO, B. G. et al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e equilíbrio dos idosos: uma revisão de literature. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n.11, v.3, p.419-432, 2008.

MELZER, D. et al. Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study. **British Medical Journal**, v. 318, abr, p.1108-1111, 1999.

MINKLER, M.; FULLER-THOMSON, E.; GURALNIK, J. M. Gradient of disability across the socioeconomic spectrum in the United States. **New England Journal of Medicine**, v.355, p695-703, 2006.

MURTAGH, K. N.; HUBERT, H. B. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. **American Journal of Public Health**, v. 94, n.8, p.1406-1411, 2004.

NAGI, S. Z. A study in the evaluation of disability and rehabilitation potential: concepts, methods, and procedures. **American Journal of Public Health and the Nation's Health**, v. 54, p. 1568-79, 1964.

NAGI, S. Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. **Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society**, v. 54, n. 4, p. 439-67, 1976.

NOVAK, A. C.; BROUWER, B. Strength and aerobic requirements during stair ambulation in persons with chronic stroke and health adults. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, in press, fev, 2012.

NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.15, v.6, p.2887-2898, 2010.

NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-382, set./out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/en_aop053_09.pdf>. Acesso em: 22 maio 2010.

PARAHYBA, M. I.; SIMÕES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 967-974, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n4/32333.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1257-1264, 2008.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p.383-391, 2005.

PÉRÈS, K. et al. The disablement process: factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. **Disability and Rehabilitation**, v.27, n.5, p.263 – 276, 2005.

PIIRTOLA, M. et al. Fractures as an independent predictor of functional decline in older people: a population-based study with an 8-year follow-up. **Gerontology**. December, 2011. DOI: 10.1159/000334565.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-98, mai-jun. 2003.

REID, M. C.; WILLIAMS, C. S.; GILL, T. M. Back pain and decline in lower extremity physical function among community-dwelling older persons. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 60A, n. 6, p.793–797, 2005.

REPPERMUND, S. et al. The relationship of neuropsychological function to instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.26, n.8, p.843-852, 2011.

RODRIGUES, M. A. et al. Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, suppl. 3, p. 464-76, 2009a.

RODRIGUES, M. A. P. et al. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.4, p.604-12, 2009b.

ROSSI, E. Envelhecimento do sistema osteoarticular. **Einstein**, n.6, supl.1, p.S7-S12, 2008.

ROSSI, E.; SADER, C. S. Envelhecimento do sistema osteoarticular. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, 2 ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2006, p.792-797.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.3, p.475-483, mar, 2009.

SAMPER-TERNENT, R.; AL SNIH, S. Obesity in older adults: epidemiology and implications for disability and disease. **Reviews in Clinical Gerontology**, v.22; p.10-34, 2012.

SANTOS, J. L. F. et al. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.879-886, abr, 2008.

SANTOS, K. A. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.11, p. 2781-2788, 2007.

SANTOS, M. L. A. S. et al. Desempenho muscular, rigidez, dor e funcionalidade de idosas com osteoartrite de joelho. **Acta Ortopédica Brasileira**, v.19, n.4, p.193-7, 2011.

SCHNEIDER, R. H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R. R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan./mar. 2008.

SHAH, M. V. Rehabilitation of the older adult with stroke. **Clinic in Geriatric Medicine**, v.22, n.2, p.469-489, 2006.

SHIN, H. et al. Relationship of physical performance with body composition and body mineral density in individuals over 60 years of age: a systematic review. **Journal of Aging Research**, v.2011, article ID 191896, 14p., doi:10.4061/2011/191896, 2011. Disponível em: <<http://www.hindawi.com/journals/jar/2011/191896/>>. Acesso em: 20 mar 2012.

SILVEIRA, M. M. et al. Envelhecimento humano e as alterações na postura corporal do idoso. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 8, n.26, p.52-58, out-dez, 2010.

SINGH, M. A. F. Exercise to prevent and treat functional disability. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.18, n.3, p.431-462, 2002.

SUN, Q. et al. Physical activity at midlife in relation to successful survival in women at age 70 years or older. **Archives of Internal Medicine**, v.170, n.2, p.194-201, 2010.

TAS, Ü. et al. Incidence and risk factors of disability in the elderly: The Rotterdam Study. **Preventive Medicine**, v.44, p.272-278, 2007.

TEASEL, R. Stroke recovery and rehabilitation. **Stroke**, v.34, p.365-369, 2003.

THORPE Jr., R. J. et al. Relationship of race and poverty to lower extremity function and decline: findings from the Women's Health and Aging Study. **Social and Science Medicine**, v.66, n.4, p. 811–821, 2008.

TREMBLAY, M. S. et al. Physiological and health implications of a sedentary lifestyle. **Applied Physiology, Nutrition and Metabolism**, v.35, p.725-740, 2010.

TUTTLE, L. J. **Skeletal muscle impairments in people with diabetes and peripheral neuropathy**. Missouri, 2011. Dissertation (Phd´ degree of Philosophy) - Washington University in St. Louis, Missouri. 147p. Disponível em: <<http://openscholarship.wustl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1351&context=etd>>. Acesso em: 22 mar 2012.

VALENTINE, R. J. et al. Sex impact the relation between body composition and físil function in older adults. **Menopause**, v.16, n.3, p.518-523, 2009.

VAN DIJK, G. M. et al. Course of functional status and pain in osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of the literature. **Arthritis & Rheumatism**, v. 55, n. 5, p. 779–785, 2006.

VANÍCOLA, M. C.; MASSETO, S. T.; MENDES, E. F. Biomecânica ocupacional – uma revisão de literature. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.2, n.3, jan/jun, 2004.

VASCONCELOS, K. S. S.; DIAS, J.M.D.; DIAS, R.C. Relação entre intensidade de dor e capacidade funcional em indivíduos obesos com osteoartrite de joelho. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.10, n.2, p.213-218, 2006.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The Disablement Process. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 1, p. 1-14, 1994.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p.2541-2548, 2011.

WARBURTON, D. E. R.; NICOL, C. W.; BREDIN, S. S. D. Health benefits of physical activity: the evidence. **Canadian Medical Association Journal**, v.174, n.6, p.801-809, 2006.

WHO. World Health Organization. **International Classification of Impairment, Disabilities, and Handicaps**: A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1980.

WHO. World Health Organization. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic – report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization; 2000.

WRAY, L. A. The effect of diabetes on disability in middle-aged and older adults. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, v. 60A, n. 9, p.1206–1211, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Manual de entrevista e coleta de dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



MANUAL DE ENTREVISTA E COLETA DOS DADOS

LONDRINA
2011

1. EQUIPE DE TRABALHO

Equipe	Número do entrevistador	Contato
Equipe 01	11- Cristhiane	3339-6179/9980-3882
	12- Maria Luiza	9908-9933
	13- Juliana	3324-5810/9149-4249
	14- Kamila	3322-9420/9970-5336
	15 – Ana Paula	3329-3536/9926-7118
	16- Pâmela	3251-4574/9127-2172
	17- Mariana	3354-0392/8815-5299
	18- Eloá	9109-2899/9952-6959
Equipe 02	21 – Felipe	9914-3200
	22- Raphaela	8803-8383/3024-4807
	23- Nadiele	9927-4147
	24- Rodrigo	9178-5756
	25- Silas	3037-3889/9974-3034
	26- Airton	9606-9019
	27 – Márcia	3337-0017/9615-1445
	28 - Ana Cláudia	9905-7664
Equipe 03	31 – Maira	9901-6666
	32- Mathias	9904-5680
	33- Airton Petris	9103-6333
	34- Bianca	3351-2006/9915-3221
	35- Isabela	3029-4507/9631-4578
	36- Lorena	3024-5262/9114-3090
	37- Luis	3354-7451/(18)8125-3948
	38- Daniela	3351-1447/9153-1984
	39- Bárbara	8431-8040

2. INSTRUÇÕES GERAIS

2.1. ENTREVISTA

A seguir seguem orientações gerais sobre como abordar os sujeitos e proceder na entrevista. Estas orientações são muito importantes por representarem código de conduta do entrevistador. Informações específicas serão apresentadas mais adiante.

- Procure-se apresentar de forma simples e sem exageros, a fim de não provocar constrangimentos ou recusas. Se usar óculos escuros, retire-os ao abordar um domicílio. Tenha bom senso no vestir. Lembre-se que irá entrevistar famílias de diferentes níveis socioeconômicos e culturais com valores e padrões diferentes.
- **Use sempre seu crachá de identificação e jaleco.**
- Seja sempre gentil e educado, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. A primeira impressão causada na pessoa que o recebe é muito importante.
- Informe, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa. Procure despertar o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a pesquisa. Adapte seu discurso de apresentação ao nível cultural do entrevistado. Esteja preparado para responder às perguntas relativas aos objetivos.
- Deixe bem claro que a entrevista é de caráter sigiloso e que as informações são absolutamente confidenciais. Isto significa que nomes e endereços não serão identificados na análise e divulgação dos resultados. No momento da entrevista, para reforçar esta afirmação, evite fazer qualquer comentário a respeito de outras entrevistas já realizadas.
- Apresente ao entrevistado o Termo de Consentimento (TCLE) e informe que isto é apenas um requisito da pesquisa, garantindo a ela o sigilo de todas as informações colhidas. Lembre à pessoa que ela tem o telefone do responsável pela Pesquisa no Termo e poderá ligar para esclarecer qualquer dúvida. Se necessário ou solicitado, leia-o ao entrevistado. Caso o entrevistado seja analfabeto, assine por ele no primeiro momento, mas será necessário retornar para colher a impressão digital.
- Trate os entrevistados por “Senhor (a)”, e sempre com respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratada de outra forma.
- Chame o entrevistado sempre pelo nome (por ex. Senhora Maria). Jamais chame alguém de tia, vó, mãe, etc. Isto pode ser interpretado como desinteresse pela pessoa.
- Durante a entrevista, de vez em quando, faça referência ao nome do entrevistado. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse da mesma. Por exemplo: “Senhora Maria, agora vamos falar sobre...” e não simplesmente “Agora vamos falar sobre...”.
- **ATENÇÃO:** se o entrevistado fumou, comeu, bebeu ou fez exercício físico antes ou durante a entrevista, anote a informação na página 2 do formulário. Não aceite nada do que o entrevistado lhe oferecer.
- Nunca demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas, nem intimide a entrevistada a fornecê-las. Lembre-se que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta nas pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas.
- Procure estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista, mas evite que a pessoa se desvie do roteiro. Evite assuntos controvertidos ou alheios ao questionário.

- Demonstre segurança no manuseio do formulário e dos assuntos que dele constam, o que implica em estudo prévio do mesmo, eliminando quaisquer dúvidas.
- Tente conduzir a entrevista distante de outras pessoas, possibilitando que o entrevistado responda às questões livremente.
- Comentários a respeito de entrevistas não devem ser realizados em qualquer lugar público, mesmo com um colega de pesquisa. Comentários sobre dúvidas e problemas surgidos durante a aplicação do questionário devem ser feitos apenas com os responsáveis pela pesquisa, em local reservado e em tom de voz baixo.
- **ENTRE EM CONTATO COM OS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA SEMPRE QUE TIVER DÚVIDAS.**

2.2. PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS

- Cuide bem de seus formulários. Use sempre uma base fixa na hora de preencher as respostas.
- Posicione-se de preferência frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- **Os formulários devem ser preenchidos à caneta.**
- Faça as perguntas, conforme formuladas no questionário. Evite omissões, improvisações e alterações das perguntas. O êxito de uma pesquisa depende em grande parte da forma como as questões foram formuladas. Se a pessoa entrevistada não entender a pergunta, explique o conteúdo da questão do modo que você achar mais adequado para a entrevistada entender sem, contudo, mudar o sentido da mesma ou induzir a alguma resposta.
- Não faça comentários sobre o que se pretende obter através das respostas.
- A ordem das questões deverá ser sempre respeitada para evitar distorções. Não a altere.
- A indução, sugestão ou antecipação das respostas é uma das causas mais freqüentes de erros. Portanto, **jamaís sugira, induza ou antecipe respostas à qualquer questão**, por mais tempo que a entrevistada requeira para entender ou respondê-la.
- Mantenha a mão o seu manual de instruções e consulte-o, se necessário, durante a entrevista.
- As letras e os números devem ser escritos de maneira absolutamente legível, sem deixar dúvidas. Lembre-se: tudo isto vai ser relido e digitado. De preferência, use letra de forma.
- Não use abreviaturas ou siglas, a não ser que tenham sido orientadas pelo manual.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que se repita a resposta. Não registre a resposta se não estiver absolutamente seguro de ter entendido o que foi dito pelo entrevistado.
- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista.
- Use o verso da capa (página 2) do formulário para escrever tudo o que você considerar que seja importante para sanar qualquer dúvida. Na hora de discutir com os responsáveis estas anotações são muito importantes.

3. SEQUÊNCIA DE ATIVIDADES NO MOMENTO DA ENTREVISTA

A. Verifique se está com todo o material necessário à correta aplicação do questionário:

- 1) caneta;
- 2) crachá de identificação;
- 3) jaleco;
- 4) carteira de identidade;
- 5) questionários;
- 6) termos de consentimento em quantidade suficiente;
- 7) manual de instruções;
- 8) planilha de reconhecimento da região;
- 9) ficha de rolamento das visitas domiciliares;
- 10) planilha específica para agendamento dos exames e;
- 11) equipamentos de medida.

B. Todos os entrevistadores deverão estar em dupla para a realização da coleta de dados, podendo, eventualmente, separarem-se caso os domicílios a serem pesquisados forem próximos uns dos outros. Caso os entrevistados se separem, aconselha-se utilizar um sistema que indique em qual casa os entrevistados se encontram, por exemplo, cartões coloridos que são colocados na área externa da casa e que permita ao parceiro identificar em qual casa o entrevistador está.

C. A partir do mapa, siga a numeração das quadras. No início de cada quadra, o entrevistador deve sortear entre o primeiro e o segundo domicílio para saber o ponto inicial. Você deverá percorrer a quadra sempre no sentido anti-horário e alternando as casas (visita uma, pula uma, visita uma, pula uma, etc.).

D. Quando chegar à frente da casa a ser visitada. Bata palmas ou aperte a campainha e sempre aguarde que alguém apareça para recebê-lo. Se necessário, peça ajuda aos vizinhos para chamar o morador da casa. Anote na ficha de rolamento (última página do manual) os dados do domicílio visitado, mesmo que nenhum morador seja incluído no estudo. Algumas situações importantes que podem acontecer e como proceder:

- Quando o domicílio estiver fechado, anotar na página um (1) do formulário a data da primeira visita;
- Se, ao final do trajeto a cota não for preenchida, retornar ao trajeto visitando os domicílios não entrevistados;
- Casa de repouso ou abrigo não entram na amostragem;
- Em prédios, considera-se os apartamentos como domicílios – o primeiro apartamento é o primeiro domicílio;
- Quando houver duas ou mais casas no mesmo terreno, considerar como domicílios diferentes;
- Na Ficha de Rolamento (última página do manual), fazer anotações quanto ao *status* da visita e agende o melhor horário para nova visita.

E. Ao ser atendido, identifique-se mostrando crachá (carteirinha). Apresente-se, em seguida, dizendo, por exemplo: "Boa tarde! Sou aluno da Universidade Estadual de Londrina e faço parte de uma pesquisa sobre a saúde da população de Cambé".

F. Pergunte se no domicílio reside alguém de 40 anos ou mais. Caso resida, pegue um formulário e na capa identifique todos os indivíduos da residência (escreva o nome completo, sexo e idade de cada um). Após isso realize o sorteio do indivíduo amostrado seguindo a distribuição das cotas. Caso o entrevistado não esteja em casa verifique o melhor horário para o retorno, anote os dados da primeira visita e siga para o domicílio seguinte.

- Caso houver um cuidador ou responsável e este não se encontrar no domicílio, agende um horário melhor para a entrevista.
 - Caso seja cumprida a cota para determinada faixa etária, os indivíduos não devem ser incluídos no sorteio.
- G.** Caso não haja indivíduo na faixa etária definida e conforme as cotas, agradeça a atenção, anote na planilha o endereço e o número “zero” na casela destinada ao número de sujeitos residentes e siga para a próxima residência.
- H.** Solicite para adentrar o domicílio. Caso esteja sozinho, identifique o domicílio conforme item 3 (subitem B). Apresente o TCLE, lendo-o se necessário e solicite que ele o assine. A entrevista não deve ser realizada sem a assinatura no TCLE.
- I.** ***Nunca deixe nenhuma resposta em branco.*** Ao final da entrevista verifique se todas as perguntas da página foram respondidas. Lembre-se que, no caso de uma pergunta sem resposta, você terá que voltar ao local da entrevista para obtê-la.
- J.** Após a realização das últimas medidas, agende o horário da coleta de sangue assinalando no formulário e na planilha específica. Preencha também o aviso de coleta, entregue o folder explicativo, questione se há mais alguma coisa que você pode responder e após isso se despeça.
- K.** Os termos e formulários devem ser mantidos juntos e entregues no NESCO até prazo estipulado, para posterior digitação.

4. CASOS ESPECIAIS

ATENÇÃO: Casos de perda, recusa ou exclusão **CONTABILIZAM** a cota de entrevistados. Assim, caso você deve chegar em um domicílio, preencher a ficha de rolamento, a capa do formulário (caso hajam moradores de 40 anos ou mais), realizar o sorteio entre os moradores incluídos (conforme o cumprimento das cotas). Tendo o indivíduo sorteado, ele será contabilizado na cota mesmo que ele se recuse, seja excluído ou perda (não encontrado após três visitas em dias e horários distintos).

4.1. CUIDADOR/RESPONSÁVEL

As questões a seguir não deverão ser respondidas pelo cuidador/responsável:

4	8	14	23	27	39	88	95
5	9	15	24	28	81	92	97
6	10	16	25	29	84	93	
7	11	22	26	38	85	94	

4.2. EXCLUSÃO

- Aqueles que não possuam cuidador ou responsável que possa responder a pesquisa, no caso de ser portador de deficiência visual e/ou auditiva graves não corrigidas, ou de estágios avançados de transtornos mentais que impeçam o entendimento e execução dos procedimentos em teste e idioma que não o português.
- Preencha o cabeçalho do questionário. No campo final (verso do formulário), indique a data da visita e assinale a alternativa exclusão no espaço definido.
- Explique o motivo da exclusão na página 2 do formulário (campo “OBSERVAÇÕES”).
- Agradeça a atenção, anote corretamente na planilha a situação e siga para a próxima residência.

4.3. RECUSA

- A recusa ocorre quando a pessoa não aceita participar da entrevista. Ela pode acontecer por vários motivos. Mesmo que ela ocorra, mantenha sempre uma atitude cortês.
- O indivíduo que recusar participar da pesquisa, o entrevistador deverá contar como parte da cota de acordo com a faixa etária.
- Preencha o cabeçalho do questionário. No campo final (espelho do formulário), indique a data da visita e anote "recusa" na linha destinada ao motivo.
- Agradeça a atenção, anote corretamente na planilha a situação e siga para a próxima residência.
- Além das recusas para responder o questionário como um todo, o entrevistado tem o direito de se negar a responder perguntas específicas do formulário. Nesses casos indique o item "não respondeu".
- Pode ocorrer uma recusa circunstancial, como por exemplo, a pessoa não pode atender naquele momento específico, mas aceita agendar outra visita para a entrevista. Neste caso, deixe a visita agendada, agradeça e retorne no outro dia.

4.4 PERDA

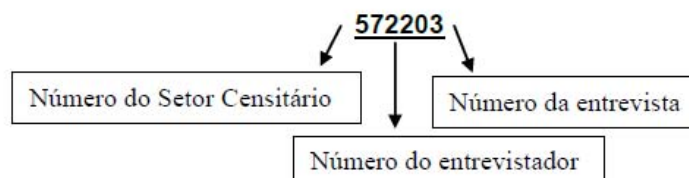
- É considerado perda quando o indivíduo sorteado não for encontrado após três tentativas de entrevista em dias e horários distintos.
- Quanto mais se minimizar as perdas, principalmente de homens abaixo de 60 anos, de melhor qualidade será o estudo. Portanto, lance mão de todos os recursos, como contato prévio por telefone, entrega de folheto explicativo, divulgação em igrejas e associações da comunidade, para evitar as perdas.

5. ORIENTAÇÕES QUANTO AO PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

A. **Número da coleta:** Na primeira página ainda, no quadro sobre "INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO", após o preenchimento do nome da pessoa sorteada, anote o CÓDIGO do entrevistado. Ele será composto por 6 dígitos e é um campo obrigatório da visão. A seguir, como codificar a entrevista:

- Número do setor censitário será composto por 2 dígitos;
- Número do entrevistador, composto por 2 dígitos (conforme indicado na página 2 deste manual);
- Número da coleta: será composto por 2 dígitos. Compreende uma sequência contínua estipulada cronologicamente pelas coletas (01, 02, 03...).

Por exemplo: No setor 57, a entrevistadora Raphaela, número 22, irá realizar sua terceira entrevista, então a sequência numérica ficará:



B. Orientações específicas para cada bloco do questionário

A maioria das questões foi elaborada de maneira a ser autoexplicativa, de modo que a seguir serão enfatizadas as questões que possivelmente possam gerar dúvidas.

Lembre-se que caso haja alguma dúvida, deve-se o mais rapidamente possível entrar em contato com os responsáveis pela pesquisa. Tudo deve ser respectivamente anotado.

Vale relembrar uma orientação geral importante:

- Nas perguntas terminadas com ponto de interrogação (?), não se deve ler as alternativas para os sujeitos (deve-se aguardar a resposta e assinalar a questão que mais se aproxime – entre as opções elencadas – da resposta dada);
- Nas perguntas terminadas com dois pontos (:), deve-se ler as alternativas para que o sujeito possa proceder a escolha daquela opção mais próxima à sua realidade.

Bloco 1 – Variáveis de Caracterização

QUESTÃO 11: Leia a questão e as respectivas perguntas, assinalando com um “X” aquelas em que o sujeito referiu fazer em pelo menos uma ocasião nos últimos 12 meses.

QUESTÃO 16: Leia a pergunta e a primeira opção (A1). Caso a resposta seja sim, deve-se preencher o quadro a seguir. Pergunte uma opção por vez.

1. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?
A1. Fabricação e recuperação de baterias	S	5
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo	N	
A3. Produção de ligas (bronze, latão)	N	
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)	N	
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo	N	
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos	N	
A7. Indústria da borracha	N	

No item A4, com o intuito de esclarecer o que seria o processo de galvanoplastia, caso o entrevistado não conheça e questione, seria o procedimento de revestimento anticorrosivo de um metal.

QUESTÃO 17: Leia a pergunta. Escreva a resposta dada pelo sujeito. Caso a resposta seja sim, deve-se preencher o quadro a seguir, lendo ao sujeito as opções e assinalando aquela(s) que for(em) correspondente(s) ao trabalho do sujeito.

16. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades: ↳ Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?
A1. Fabricação e recuperação de baterias	N		
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo	N		
A3. Produção de ligas (bronze, latão)	N		
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)	N		
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo	S	10	5
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos			
A7. Indústria da borracha			

QUESTÃO 18: Leia a pergunta. Escreva a resposta dada pelo sujeito. Caso a resposta seja sim, deve-se preencher a questão 18.1 seguindo os códigos das questões anteriores (16 e 17). Por exemplo, caso um dos sujeitos da casa trabalha com produção de ligas (bronze, latão) deve-se assinalar A3 no espaço correspondente à questão 18.1.

<p>17. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo?</p> <p>(1) Sim (2) Não</p>	
<p>Se SIM: 18.1. Em qual atividade (códigos atuais)?</p>	[A7]

QUESTÃO 20: Leia a pergunta e as respectivas opções de resposta. Nesta questão, mais de uma resposta é possível.

QUESTÃO 21: A definição de chefe de família será feita pelo próprio entrevistado. O entrevistador deve perguntar a quantidade dos bens constantes na lista e a situação da escolaridade do chefe da família e circular o valor referente (pontos) nas tabelas. Fazer, posteriormente, o somatório. Instruções específicas para cada item seguem abaixo.

18. Classe econômica:						ABEP
Quais desses itens você possui?	Número de Itens					
	0	1	2	3	4+	
Televisão em cores	0	1	2	3	4	
Rádio	0	1	2	3	4	
Banheiro	0	4	5	6	7	
Automóvel	0	4	7	9	9	
Empregada mensalista	0	3	4	4	4	
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2	
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2	
Geladeira	0	4	4	4	4	
Freezer (separado ou duplex)	0	2	2	2	2	
Qual o Grau de Instrução do chefe da família?						
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0	
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1	
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2	
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4	
Superior completo					8	
Pontuação total						[28]

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

- Bem alugado em caráter permanente
- Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos

- Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
- Bem quebrado há mais de 6 meses
- Bem alugado em caráter eventual
- Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, coqueiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas.

Aspirador de Pó

Considerar mesmo que seja portátil e também máquina de limpar a vapor (Vaporetto).

Máquina de Lavar

Perguntar sobre máquina de lavar roupa, mas quando mencionado espontaneamente o tanquinho deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação entretanto, não é totalmente independente, pois uma geladeira duplex (de duas portas), vale tantos pontos quanto uma geladeira simples (uma porta) mais um freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	2 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	3 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	3 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	1 pt

ATENÇÃO: Somente os entrevistados com 50 anos ou mais de idade deverão ser questionados quanto às questões 22 a 29.

QUESTÃO 22: Sobre a orientação temporal, faça a primeira pergunta, aguarde a resposta e pontue. Faça a segunda pergunta, aguarde a resposta e pontue. Cada resposta certa deverá contabilizar um (1) ponto somente (máximo para esta questão é de 5 pontos).

QUESTÃO 23: Sobre a orientação espacial, faça a primeira pergunta, apontando para o chão, aguarde a resposta e pontue. Faça a segunda pergunta, apontando ao redor num sentido mais amplo que a primeira, aguarde a resposta e pontue. Cada resposta certa deverá contabilizar um (1) ponto somente (máximo para esta questão é de cinco -5 - pontos).

QUESTÃO 24: Esta é uma questão para averiguar a memória imediata que deverá ser lida ao entrevistado (exceto as instruções entre parênteses). Contabilize um (1) ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira vez. Indique o número de tentativas do entrevistado também (máximo de cinco – 5 - tentativas).

QUESTÃO 25.1: Será verificada a concordância com a resposta anterior (da questão 25). Essa questão corresponde à subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65).

- Considere um (1) ponto para cada resultado correto;
- Se houver erro, corrija o entrevistado e prossiga;

Você deverá considerar como correta a resposta se o entrevistado espontaneamente se autocorriger;

- Máximo de cinco (5) pontos para esta questão.

QUESTÃO 25.2: Caso o entrevistado não faça cálculos, contabilize um (1) ponto para cada letra na posição correta (máximo de 5 pontos).

QUESTÃO 26: ATENÇÃO: o instrumento está errado!!! As palavras corretas são: "CARRO, VASO e TIJOLO". É uma questão que vai averiguar a memória de evocação, lembrando as palavras que foram memorizadas na questão 24. Contabilize um (1) ponto para cada palavra certa (máximo de três – 3 - pontos).

QUESTÃO 27.1: Nesta questão, você deverá contabilizar ponto somente se a repetição for perfeita. Máximo de um (1) ponto para a questão.

QUESTÃO 27.2: Mostre os desenhos dos lápis e pergunte, pontue um (1) ponto para a resposta correta. A seguir, mostre o desenho do relógio e pergunte, pontue um (1) ponto para a resposta correta. Máximo de dois (2) pontos para a questão.

QUESTÃO 27.3: Primeiramente, pegue o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para que o entrevistado cumpra com as tarefas. Caso o entrevistado peça auxílio, não o faça em nenhum momento. Contabilize um (1) ponto para cada ação correta:

- Pegue este papel com a mão direita (um -1 - ponto);
- Dobre-o ao meio (um -1 - ponto);
- Coloque-o no chão (um – 1 - ponto);
- Total máximo de três - 3 pontos para a questão.

QUESTÃO 27.4: Mostre a página do formulário com o comando "FECHE OS OLHOS". Não auxilie o entrevistado caso seja solicitado ou se só ler a frase sem realizar o comando. Só contabilize um (1) ponto caso o entrevistado leia e realize o comando.

QUESTÃO 27.5: Após ler o enunciado da questão, empreste uma caneta e entregue o formulário ao entrevistado para que escreva uma frase na linha indicada pela questão. Contabilize um (1) ponto e não considere erros gramaticais ou ortográficos.

QUESTÃO 28: Ao mostrar o desenho, oriente ao entrevistado fazer o melhor possível. Considere um (1) ponto apenas se houver dois pentágonos interseccionados (10 ângulos), formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos na intersecção.

QUESTÃO 29: Some todos os pontos da questão 22 a 28. Total máximo de 30 pontos.

Bloco 2 – Variáveis de Hábitos de Vida

QUESTÃO 35: Antes de ler a pergunta, leia a observação que precede a questão no questionário. A pergunta refere-se somente à atividade física no lazer (tempo livre), ou seja, deve-se ignorar a prática de atividade física em outros contextos (de trabalho, domésticas ou de deslocamento).

QUESTÃO 36: Leia o enunciado e preencha as atividades citadas, assinalando com um "X" as atividades referidas pelos sujeitos, bem como a respectiva frequência e duração da atividade. A duração deve ser preenchida sempre em minutos, ou seja, caso o sujeito responda uma (1) hora e meia, deve-se assinalar 90 minutos.

Bloco 3 – Variáveis de Capacidade Funcional

O avaliador deve basear-se no que o indivíduo faz e não no que ele/ela poderia ou deveria fazer.

Nos itens com dificuldade, refere-se às atividades que o indivíduo realiza independentemente, pois não precisa de estímulo ou supervisão, mas com dificuldade, porque realiza de forma mais vagarosa do que o normal ou tem de quebrar a atividade em passos.

QUESTÃO 49.1: Avalia a capacidade de alimentar-se, incluindo a capacidade de abrir potes, cortar a comida, pegar e levar a boca. Inclui o uso de mecanismos compensatórios para alimentar-se, por exemplo, sonda nasogástrica ou gastrostomia. Então, alimentar-se independentemente é quando *"a pessoa come sozinha, inclusive abre potes, corta a comida, coloca o alimento no garfo ou colher ou no copo e leva à boca. Isso não inclui preparar a comida"*, sendo este o caso, o resultado obtido naquele item é um. Então prossiga para a próxima questão (no caso abaixo a questão 49.2). Segue um exemplo na página seguinte.

42. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:		Nível:
49.1. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	Se SIM :	1
49.2. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(2) Com dificuldade	1
49.3. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão	
49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(4) Precisa de ajuda parcial	
49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(5) Não consegue, precisa de outra pessoa	

Entretanto, se uma incapacidade for identificada, avalie o grau de dificuldade do indivíduo.

Por exemplo: Ao avaliar a pessoa na função comer, o instrumento define que o indivíduo é capaz de comer, cortar a comida, colocar o alimento no garfo ou colher ou no copo e levar a boca. Isso não inclui preparar a comida. Mas caso o indivíduo precise da ajuda de alguém pra cortar os alimentos, o escore obtido é quatro ou, no caso de precisar de ajuda completa ou alimentar-se por sonda nasogástrica ou gastrostomia, o escore é cinco.

49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:		Nível:
49.1. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) (X) Sim →	Se SIM :	4
49.2. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(2) Com dificuldade	
49.3. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão	
49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(4) Precisa de ajuda parcial	
49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	(5) Não consegue, precisa de outra pessoa	

Algumas definições:

- Alguma ajuda: ajuda necessária para realizar as tarefas, mas não a atividade completa.
- Sonda nasogástrica: sonda que percorre através do nariz até o estômago, para facilitar o transporte de alimentos líquidos. É instalado quando a pessoa não pode engolir normalmente.
- Gastrostomia: tubo inserido diretamente no estômago através da parede abdominal. Transporta os alimentos líquidos até o estômago.

QUESTÃO 49.2: Não há incapacidade quando "a pessoa toma banho sozinha, de maneira correta, incluindo conseguir entrar na banheira ou no chuveiro". Se eventualmente o indivíduo usar uma órtese durante o banho, isto não muda o escore.

Algumas definições:

- Prótese: equipamento que substitui total ou parcialmente um membro do corpo;

- Órtese: equipamento ortopédico designado para proteger ou imobilizar ou suportar o corpo ou parte dele.

QUESTÃO 49.3: Vestir-se sozinho refere-se quando “a pessoa escolhe a roupa do guarda-roupa ou gaveta, veste e tira a roupa sozinha, fecha zíper, botões e laços”. O escore quatro (4) indica que o sujeito participa ativamente, mas precisa de ajuda para finalizar a atividade.

QUESTÃO 49.4: Cuidar da aparência sozinho refere-se quando “a pessoa faz sozinha os cuidados básicos (escova dentes ou corta as unhas das mãos e dos pés ou faz a barba ou penteia os cabelos)”. Se eventualmente, o indivíduo faz todas as funções exceto cortar as unhas dos pés, o escore é quatro, porque necessita de ajuda para a atividade.

QUESTÃO 49.5: Não há incapacidade quando “a pessoa usa o vaso sanitário sozinha, sem precisar de supervisão, estímulo ou ajuda para usar um vaso convencional”.

Algumas definições para o entendimento da 49.6 e 49.7:

- *Incontinência ocasional ou gotejamento:* perda de urina ou fezes quando ri, tosse, carrega peso ou demora para ir ao banheiro. Deve ir ao banheiro a cada duas horas para evitar incidentes de incontinência ou deixa vestígios de urina ou fezes nas roupas íntimas.
- *Incontinência frequente:* quando a perda de urina acontece frequentemente, de uma a duas vezes por dia. Quando necessita de clister regularmente ou supositório para eliminar as fezes ou acontece episódios de incontinência fecal 4 vezes por semana durante o último mês.
- *Incontinência total:* indica a inabilidade total de urinar ou defecar voluntariamente, necessita de proteção, fralda, usar sonda ou ostomia.

QUESTÃO 49.6: Micção normal refere-se quando “a pessoa urina normalmente sem nenhum problema de incontinência (não perde urina quando tosse, ri, carrega peso ou em caso de demora para ir ao banheiro, nem precisar ser lembrado de ir ao banheiro nem necessita de proteção, fralda ou uso de sonda)”.

QUESTÃO 49.7: Defecação normal refere-se quando “a pessoa defeca normalmente sem nenhum problema de incontinência (não suja a roupa quando tosse, ri, carrega peso ou se demorar para ir ao banheiro, nem precisar ser lembrado de ir ao banheiro nem necessita de proteção, fralda ou uso de lavagem intestinal)”. Isso não inclui usar o vaso sanitário.

Observe que em algumas questões, no caso de uma incapacidade identificada, além dos escores com o grau de dificuldade, essa questão possui um subitem, como é o caso da 51.1, na qual a questão 51.2 seria o subitem. Preste atenção para não deixar de preenchê-la, caso haja alguma incapacidade.

<p>19. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa?</p> <p>(1) Não (pule para a questão seguinte) (X) Sim</p> <p>↳ Se SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência:</p> <p>(2) Com dificuldade</p> <p>(3) Sozinho, mas precisa de ajuda</p> <p>(4) Precisa de ajuda parcial</p> <p>(5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	<p>CF10</p> <p>4</p>
---	-----------------------------

QUESTÃO 55: Não importa o número de degraus. No escore dois (2), o indivíduo sobe e desce escada independentemente, mas relata alguma dificuldade respiratória ou dor.

QUESTÕES 57 e 58: Avaliam a capacidade do indivíduo de ver ou ouvir com ou sem o auxílio de equipamento, por isso se o indivíduo utilizar lentes corretivas ou aparelho auditivo, ele/ela deve ser testado com o dispositivo de correção.

QUESTÃO 59: Comunicar-se normalmente refere-se quando "a pessoa faz sentenças completas e consegue expressar-se".

QUESTÃO 60: Não ter problemas de memória nas atividades diárias refere-se quando "a pessoa se lembra de fatos recentes, antigos e do dia-a-dia. Não precisa ser lembrada, nem de auxílio de memória para lembrar fatos na vida diária". O escore três (3) indica o esquecimento regular ou lapsos graves de memória, por exemplo esquecer de desligar o fogão, de tomar uma medicação, de colocar as coisas fora do lugar, entre outros. Esquecimentos que podem levar a riscos para a vida da pessoa.

QUESTÃO 61: O indivíduo é orientado quando "avalia a orientação da pessoa na vida diária, e não em uma situação específica (por exemplo, uma vez foi a Londrina e se perdeu na cidade quando voltava para casa). Sabe a data, dia, hora, ano, onde está e aonde quer ir. Reconhece pessoas familiares e reconhece a si mesmo no espelho".

QUESTÃO 62.2: O indivíduo compreende o que está sendo perguntado ou dito no dia-a-dia. "Isso avalia a compreensão e não o impacto da perda da audição".

QUESTÃO 63: O indivíduo avalia as situações e toma decisões de maneira independente na vida diária. "É útil avaliar a pessoa propondo-lhe uma situação. Por exemplo, o que você faria se você acordasse de noite e sentisse uma dor muito forte"? Mas tenha cuidado se você usar um exemplo para avaliar essa função, que poderia afetar o comportamento de um sujeito psicologicamente instável. Por exemplo, se você perguntar a uma pessoa com ansiedade o que ela faria se houvesse um incêndio no cesto de lixo na sala durante a noite, esta questão pode ter impacto real sobre o nível de ansiedade do sujeito durante a noite.

ATENÇÃO: Nas questões relativas às Atividades Instrumentais de Vida Diária (65 a 68) poderão ocorrer algumas dúvidas, especialmente para as tarefas domésticas que os homens não executam por uma questão de gênero, entretanto, marque apenas o desempenho real do indivíduo (o que ele faz), e não o seu potencial (o que ele poderia ou deveria ser capaz de fazer). Embora estas incapacidades sejam culturais, mesmo assim elas são reais, pois quando o homem perde a esposa (um importante recurso), frequentemente experimenta a incapacidade que pode até resultar em institucionalização.

QUESTÃO 65.1: O indivíduo cuida da limpeza da casa sozinho bem como de tarefas pesadas ocasionais. "A pessoa faz sozinha as tarefas domésticas, incluindo tirar a poeira, limpar o fogão, a geladeira, a cozinha e o banheiro, lavar o chão, as janelas, tirar os móveis do lugar".

QUESTÃO 65.2: O indivíduo lava sozinho as roupas quando "separa as roupas para lavar, opera a máquina de lavar roupa ou o tanquinho, coloca as roupas para secar e dobra as roupas, sem precisar de estímulo ou supervisão".

QUESTÃO 65.3: O indivíduo prepara sozinho a comida quando “prepara os alimentos, incluindo cortar, preparar e cozinhar a comida. Prepara refeições substanciais e apropriadas. Consegue separar a comida necessária, prepará-la e cozinhá-la sem estímulo ou supervisão”.

QUESTÃO 65.4: O indivíduo faz sozinho as compras quando “faz a lista de compras, escolhe os itens necessários (comida, roupas, artigos de higiene, etc.) e os traz para casa”.

QUESTÃO 66: O indivíduo usa sozinho o telefone, quando “encontra um número na agenda telefônica ou catálogo, discar o número e se comunica por telefone. Por exemplo, encontra o número do bombeiro hidráulico na agenda e comunica-se com ele”.

QUESTÃO 67: “a pessoa entra e sai do carro sozinha, dirige o carro (se já sabia fazê-lo) ou sabe qual ônibus pegar e consegue entrar nele sem ajuda. Consegue dirigir um veículo adaptado, sem ajuda”.

QUESTÃO 68: O indivíduo paga sozinho as contas, no dia certo, faz transações financeiras pequenas e grandes e usa corretamente o dinheiro da carteira. “A pessoa administra sozinha todas as transações necessárias. Toma decisões de maneira independente e apropriada”.

QUESTÃO 119: O indivíduo toma sozinho os remédios, de maneira apropriada e segura quando “toma a medicação sem ajuda, de acordo com a prescrição ou não precisa tomar remédios. Tira o remédio de dentro dos frascos, caixas e envelopes ou usa uma caixa de remédios que ela mesma preparou”.

Bloco 4 – Utilização de Serviços de Saúde e Bloco 5 – Condições de Saúde

QUESTÃO 69.1: Plano de saúde parcial ou coparticipativo é aquele em que o convênio assume parte do pagamento e o conveniado a outra parte (pode ser metade ou menos). Plano de saúde integral é aquele em que o convênio assume todas as despesas.

QUESTÃO 71: Cuidado se a pessoa responder que recebe visita. É interessante identificar qual o profissional que realiza as visitas, pois é comum confundir o Agente Comunitário de Saúde (ACS) com o Agente da Dengue ou técnico de enfermagem/enfermeiro. A questão 72 trata especificamente do ACS.

QUESTÃO 82.1: A seguir, uma ilustração da arcada dentária completa (32 dentes).



QUESTÃO 83: Algumas definições e ilustrações:

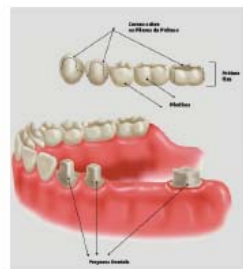
- Prótese dentária é um componente artificial que tem como objetivo o restabelecimento e a manutenção das funções do sistema mastigatório, visando a proporcionar conforto;
- Pivô é um dente artificial fixado à raiz por meio de haste metálica ou pino;



- Coroa é a parte do dente que fica visível na boca, conforme ilustrado na figura abaixo;



- Ponte móvel ou fixa (ou prótese parcial móvel ou fixa) seriam próteses que substituem um ou mais elementos dentários e que é ancorado sobre a coroa dos dentes, as raízes ou ainda sobre os implantes, podendo ser confeccionadas em diversos materiais;



Ponte fixa



Ponte móvel



- Dentadura seria um conjunto de dentes artificiais devidamente montados.



QUESTÃO 96: Descreva o horário considerando 24 horas, por exemplo: “22:00” e não 10hs da noite.

QUESTÃO 98: Idem 96.

QUESTÃO 99: Em caso do relatado em horas e minutos, registrar conforme o relatado. Por exemplo: 7horas e 20 minutos = 7:20 hs.

QUESTÃO 108 e 109: Neste momento estas informações serão somente autorreferidas. Somente ao final do formulário o entrevistado passará pelas medidas antropométricas.

ATENÇÃO: GRANDE ALTERAÇÕES NA FORMA DE AFERIÇÃO DA PRESSÃO FORAM REALIZADAS. ORIENTE-SE POR ESTE MANUAL.

QUESTÃO 110 E 111: Serão realizadas para todas as pessoas 4 medidas de pressão. A primeira em ambos os braços e as duas seguintes apenas no braço de maior pressão.

Preparo do paciente:

1. Explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Deve ser instruído a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
2. Certificar-se de que o paciente **NÃO**:
 - está com a bexiga cheia
 - praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos
 - ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos
 - fumou nos 30 minutos anteriores.

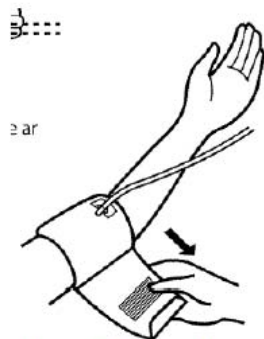
3. Posicionamento do paciente:

Deve estar na posição sentada, pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4o espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

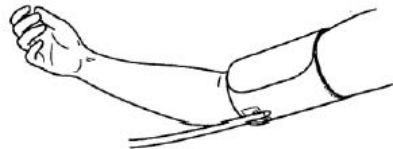
Para medida propriamente:

1. Obter a circunferência aproximadamente no meio do braço que a pessoa realiza suas atividades. Se:
 - < 22cm ou > 32cm → **ORIENTAR QUE SERÁ REALIZADA OUTRA VISITA PARA AFERIÇÃO DA PRESSÃO. ANOTAR NA PÁGINA DE OBSERVAÇÕES.**

- Entre 22 cm e 32 cm, prossiga.
2. **NO BRAÇO ESQUERDO**, coloque a braçadeira, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, alinhando a seta para a artéria braquial
 3. Pressione o botão START e aguarde a medição.
 4. **NO BRAÇO DIREITO**: Coloque a braçadeira, sem deixar folgas, 2 a 3 cm acima da fossa cubital, alinhando a seta e o tubo de ar para a parte interna do cotovelo. Cuidado para não deixar o braço apoiar sobre o tubo de ar.
 5. Pressione o botão START e aguarde a medição.
 6. Registre no formulário o valor EXATO do braço de maior pressão. **INDIQUE QUAL O BRAÇO com (D ou E)**.
 7. Caso vá realizar a terceira medida no mesmo braço, aguarde pelo menos 1 minuto.



Braço Esquerdo



Braço direito

QUESTÃO 112: Considerar o diagnóstico do médico associado ou não a uma prescrição medicamentosa. Por exemplo, níveis de glicemia alterados em que foi recomendada somente mudança da dieta alimentar – considerar como “sim”; nível de colesterol alterado em que foi recomendado mudança na dieta alimentar – também considerar como “sim”.

QUESTÃO 113: Morte súbita compreende aquela repentina, que não se deve a causas externas.

Bloco 6 – Tratamento Medicamentoso

QUESTÃO 118: Esta questão é a introdutória do bloco. Todas as informações investigadas se referem ao período aos 15 dias anteriores a entrevista. Mais de 70% da população utiliza ou utilizou algum tipo de medicamento, para evitar omissões ou esquecimentos exemplifique a partir do descrito na questão (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outro). Caso não hajam medicamentos, pule para o bloco 7.

Um conceito importante:

mais de uma substância circule o número do medicamento indicando que todas as substâncias compõe o mesmo produto:

	Nome Comercial	Princípio Ativo	Conc.
M1	Dorflex	Dipirona	300 mg
M2		Cafeína	50 mg
M3		Orfenadrina	35 mg

- c. **Conc.:** representa a concentração de cada substância. Assinale o valor e a UNIDADE correspondente (UI, g, mg, ml, etc.)
- d. **Indicação:** Refere-se a quem indicou o medicamento. Deve-se seguir a legenda contida abaixo da tabela, sendo as opções:
- 1- Médico ou dentista;
 - 2- Farmacêutico ou balconista;
 - 3- Amigos, parentes e/ou vizinhos;
 - 4- Automedicação (conta própria);
 - 5- Não lembra;
 - 6- Outro
- e. **Forma de dosag.:** as opções da forma de dosagem estão definidas na tabela a seguir:

Formas de dosagem possíveis	
ORAL	Cápsulas/Comprimidos
	Gargarejos
	Gomas/pastilhas
	Líquidos
	Pós/Grânulos
	Spray/comprimido sublingual
TÓPICO	Cremes/Pomadas/Géis/Soluções
	Emplastros/Pastas
	Adesivos transdérmicos/Patches
	Spray de uso tópico
OUVIDO, OLHOS E NARIZ	Gotas/Cremes/Pomadas para o ouvido
	Colírios/Gotas para os olhos
	Géis/pomadas para os olhos
	Gotas/cremes/pomadas nasais
	Spray Nasal
INALAÇÃO	Pó seco ou cápsulas para inalação (Accuhalers/Turbuhalers/Aerolizers)
	Inaladores de dose medida (bombinha)
	Nebulizador (ar comprimido/ultra sônico)
	Oxigênio/concentrador
OUTROS	Fluido para diálise
	Enemas
	Injeções pré-carregadas
	Injeções em ampolas/frascos
	Supositório/óvulo vaginal
	Analgesia controlada pelo paciente

	Cremes Vaginais
--	-----------------

A maioria dos medicamentos tem sua forma de dosagem facilmente identificável e pode ser obtida por um simples questionamento ao entrevistado "de qual forma você o utiliza?". Outros serão necessários recorrer à caixa ou a bula do produto. **UTILIZE SEMPRE A TABELA PRA O PREENCHIMENTO ADEQUADO.**

f. **Posologia:** A posologia é a quantidade do produto que o paciente recebe ao dia. Pode ser obtida com uma questão do tipo "quantas vezes ao dia você utiliza este produto?", sendo preciso assinalar:

- **Comp. por dia:** Número total de comprimidos (ou doses) que o paciente toma em um dia. Por exemplo: 6 comprimidos de metformina;
- **Veze por dia:** É a frequência em que o paciente toma os comprimidos (ou doses) ao longo do dia. Por exemplo: 2 vezes do dia OU 12 em 12h. Caso o paciente tome 6 comprimidos duas vezes ao dia, ele deve tomar três comprimidos de cada vez. Quando o medicamento utilizado tiver um intervalo menor do que um comprimido por dia, assinale "<1" (por exemplo: alendronato sódico, uma vez por semana);

Frequência em horas	Número de vezes ao dia
A cada 24h	1x
A cada 12h (12 em 12h)	2x
A cada 8h (8 em 8h)	3x
A cada 4h (4 em 4h)	6x

- **S/N:** é a abreviação de "Se necessário". Você deve assinalar com um "x" quando o medicamento for utilizado apenas em condições específicas a critério do paciente. Mesmo quando o medicamento é S/N ele deve possuir as demais informações da posologia. Por exemplo: Novalgina (dipirona), 500mg, 3 comprimidos por dia, 3 vezes ao dia, S/N (no caso quando tiver dor ou febre);
 - **ATENÇÃO:** no caso de **dosagens variáveis** (2 ou 4 comprimidos por dia, 2 ou 3 vezes ao dia) assinale a menor dosagem/frequência e assinale *Dose variável* no modo de tomar;
 - **ATENÇÃO:** no caso de medicamentos com **múltiplas instruções de frequência** todas devem ser registradas. Por exemplo: Aerolin (para asma) 2 sprays, 2x ao dia. Aerolin 4 sprays, 2x ao dia S/N (ex.: se estiver em crise);
- g. **Local de aquisição:** informação referente à natureza do local onde o entrevistado adquire os medicamentos. Para o preenchimento deve-se obedecer a legenda contida abaixo da tabela:
- 1- Serviços públicos de saúde (Unidades/Postos; Policlínicas; Farmácias Públicas, etc.);
 - 2- Farmácias ou drogarias do programa farmácia popular
 - 3- Farmácias ou drogarias por pagamento direto do usuário;
 - 4- Farmácias ou drogarias vinculadas ao sistema suplementar de saúde (planos, cooperativas, etc...)

- h. **Modo de tomar:** Aqui serão relatadas todas as informações quanto ao modo que o entrevistado utiliza cada medicamento. Comece com a pergunta “Agora, por favor, quando o senhor precisa tomar este remédio, como faz?”. A partir desta, indague sobre cada possibilidade e assinale um “x”:
- **Partir ou triturar** – cortar ao meio, abrir a cápsula, macerar, etc.
 - **Dissolver** – misturar em água, em suco, efervescente, etc.
 - **Múltiplas unidades** – quando o paciente toma mais de uma unidade ao mesmo tempo para alcançar a dose. Por exemplo: dois comprimidos de enalapril 5mg, duas vezes ao dia. Expressa a relação entre *Comp. por dia* e *Veze por dia*.
 - **Dose variável** – quando não existe uma dose padrão do medicamento, estando esta sob critério do paciente. Por exemplo: “*tomo um ou dois comprimidos, depende da dor*”.
 - **Horário exclusivo** – quando o medicamento deve ser tomado sempre em um determinado horário, sem pode alterá-lo. Por exemplo: hormônios e anticoncepcionais, insulina, etc.
 - **Relação com alimento** – quando o medicamento tem alguma relação específica com qualquer tipo de alimento. Por exemplo: Tomar em jejum (ex.: omeprazol), tomar com as refeições (ex.: cálcio, ferro), não comer alimentos específicos (ex.: tetraciclina e leite).
 - **Líquido específico** – quando o medicamento requer a utilização de um líquido determinado. Por exemplo: sulfato ferroso e suco de laranja, Ibuprofeno e leite, etc.
 - **Reduzir ou aumentar a dose** – Alguns tratamento possuem escalonamentos em suas doses. Não são *doses variáveis*, pois obedecem uma ordem determinada, podendo ser crescente ou decrescente. Por exemplo: Prednisona, meio comprimido por três dias, um comprimido por três dias, dois comprimidos por uma semana.
 - **Doses alternadas** – É quando um mesmo medicamento tem doses diferentes de acordo com o momento da aplicação. É diferente se *doses variáveis*, pois obedecem a uma ordem determinada e é diferente de *reduzir ou aumentar*, pois não segue um padrão de crescente ou decrescente. Por exemplo, insulina NPH 10 UI (unidades) pela manhã e 4 UI a noite.
7. Após relatar cada medicamento (caixa, frasco, cartela, bula, receita) apresentado é muito importante que se questione: “Além destes medicamentos, o(a) senhor(a) se recorda de mais algum remédio que nessas últimas duas semanas o senhor tomou ou deveria ter tomado que não listamos? **Lembre-se de medicamentos para dores (de cabeça, musculares, nas costas), para azia ou má digestão ou qualquer outra condição.**” Caso seja necessário faça perguntas específicas, como “algum medicamento para dor?” ou cite exemplos, mas lembre-se somente os medicamentos utilizados no ULTIMOS 15 dias serão registrados. Após isso relate os medicamentos recordados, porém que não apresentam nenhum comprovatório entre M9 e M10.
8. Caso seja necessário utilize a ficha adicional para incluir mais medicamentos. Não se esqueça de identificar o nome e o código do entrevistado.
9. Observe, a seguir, o exemplo de tabela preenchida:

ATENÇÃO: Quando a especialidade farmacêutica apresentar mais de um princípio ativo, as informações sobre “indicação”, “posologia”, “local de aquisição” e “modo de tomar” devem ser preenchidas para cada um dos ativos. Por isto, deve-se prestar atenção com alguns medicamentos que contenham na sua apresentação comercial, por exemplo, três tipos de cápsulas - cada tipo com um princípio ativo específico, sendo a posologia diferente para cada um. Isto acontece com alguns medicamentos utilizados para problemas no sistema gastrointestinal. Alguns nomes comerciais mais conhecidos, Piloripac®, Erradic®, entre outros.

Bloco 7 – Medidas

Antes das medidas do peso e da altura é necessário pedir ao entrevistado que fique sem calçados e retire o excesso de roupas para que ao subir na balança esteja com roupas leves.

QUESTÃO 132: Peso

Ligar a balança, verificar que apareceu no monitor o valor zero e pedir para que o entrevistado suba na balança. Anote o valor que aparecer no monitor

QUESTÃO 133: Altura

Para aferição da altura, afixe a fita métrica plástica na parede ou porta (não pode ter rodapé), checar se o entrevistado esta sem calçados, com os calcanhares juntos e encostados à parede, com a cabeça no plano horizontal, e verificar a medida da altura utilizando-se um esquadro para a localização exata da medida na fita.

QUESTÃO 134: Circunferência da abdominal

A circunferência abdominal (cintura) é medida no meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior.



Circunferência abdominal

QUESTÃO 135: Circunferência do quadril

A circunferência do quadril deve ser obtida colocando-se uma fita métrica flexível e inelástica ao redor da região do quadril, na área de maior protuberância, sem comprimir a pele.



Circunferência do quadril

QUESTÃO 135: Segunda medida da PA. Deverá ser realizada mesmo braço em que a medida primeira foi de maior valor.

QUESTÃO 136: Terceira medida da PA. **DESCONSIDERAR** o orientado no instrumento e aferir a PA em todos os entrevistados – no mesmo braço que foi medido a segunda PA.

EXAMES LABORATORIAIS

- Após o procedimento das medidas, agendar o dia e horário para coleta de sangue para exame conforme planilha (página seguinte).
- Preencha o aviso de coleta e oriente o paciente quanto ao jejum (absoluto) de pelo menos 8 horas antes da coleta.
- Os exames a serem realizados serão de glicemia de jejum, colesterol, chumbo plasmático.

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**Doenças cardiovasculares no Estado do Paraná: mortalidade, perfil de risco,
terapia medicamentosa e complicações**

INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO AMOSTRADO

Localização		
Rua:		
Setor Censitário:	Nº:	Complemento:
Telefone:	Obs:	
Moradores		
Nome	Sexo	Idade
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

INFORMAÇÕES DO INDIVÍDUO AMOSTRADO

Nome:	Código:
Data de Nascimento:	Celular:
Recursos: (0) própria pessoa (1) cuidador auxiliar (2) cuidador substituto	
Data da Entrevista:	



INFORMAÇÕES DA COLETA

Entrevistador:	
1º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
2º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
3º Visita: ___/___/___	<input type="checkbox"/> Entrevistado <input type="checkbox"/> Não (motivo):
<input type="checkbox"/> Recusa <input type="checkbox"/> Perda <input type="checkbox"/> Exclusão Motivo:	
Data para coleta de exames laboratoriais: ___/___/___	Digitação: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2


Nome:	Código:
-------	---------



↳ Para todos os indivíduos:

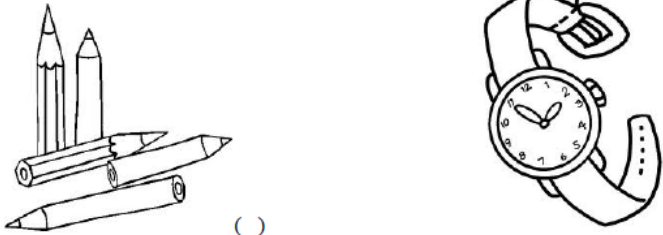
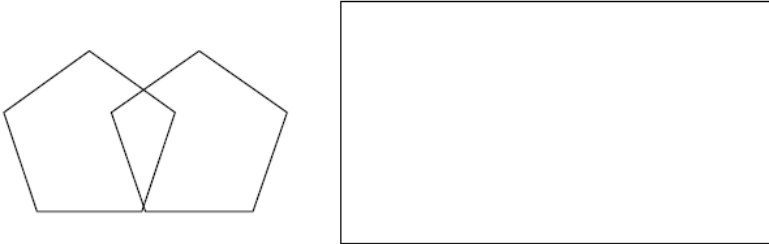
BLOCO 1 – VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO															
1. Qual é o seu Estado Civil? (1) Solteiro (2) Casado (3) Divorciado/Separado (4) Viúvo (5) União estável	CIV														
2. Você se considera da cor ou raça: (1) Amarela (2) Branca (3) Indígena (4) Parda (5) Preta	COR														
3. Quantos anos completos você estudou? [] <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Analfabeto</td> <td style="text-align: right;">0 anos</td> </tr> <tr> <td>Primário completo ou até a 4ª série do fundamental</td> <td style="text-align: right;">4 anos</td> </tr> <tr> <td>1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo</td> <td style="text-align: right;">8 anos</td> </tr> <tr> <td>2º grau ou ensino médio</td> <td style="text-align: right;">11 anos</td> </tr> <tr> <td>Ensino superior</td> <td style="text-align: right;">15 anos</td> </tr> <tr> <td>Especialização</td> <td style="text-align: right;">15 + 1</td> </tr> <tr> <td>Mestrado</td> <td style="text-align: right;">15 + 2</td> </tr> </table>	Analfabeto	0 anos	Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos	1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos	2º grau ou ensino médio	11 anos	Ensino superior	15 anos	Especialização	15 + 1	Mestrado	15 + 2	ESTU
Analfabeto	0 anos														
Primário completo ou até a 4ª série do fundamental	4 anos														
1º grau ou ensino fundamental/ginásial completo	8 anos														
2º grau ou ensino médio	11 anos														
Ensino superior	15 anos														
Especialização	15 + 1														
Mestrado	15 + 2														
4. Quantos amigos próximos você diria que têm hoje? Essas pessoas são aquelas com quem se sente à vontade, para conversar a respeito de assuntos particulares, ou chamar quando precisa de ajuda. []	REDE1														
5. Se de repente você precisasse de uma pequena quantia em dinheiro, (equivalente ao ganho de uma semana de trabalho) quantas pessoas, de fora do seu domicílio, estariam dispostas a lhe fornecer este dinheiro, se você pedisse a elas? (1) Ninguém (2) Uma ou duas (3) Três ou quatro (4) Cinco ou mais	REDE2														
6. Em toda comunidade, algumas pessoas se dão bem e confiam umas nas outras, enquanto outras pessoas não. Agora, eu gostaria de falar a respeito da confiança e da solidariedade na sua comunidade. Em geral, você concorda ou discorda das seguintes afirmações:															
6.1. Pode-se confiar na maioria das pessoas que moram neste(a) bairro/localidade: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL10														
6.2. Neste(a) bairro/localidade, é preciso estar atento ou alguém pode tirar vantagem de você: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL11														
6.3. A maioria das pessoas neste(a) bairro/localidade estão dispostas a ajudar caso você precise: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL12														
6.4. Neste(a) bairro/localidade, as pessoas geralmente não confiam umas nas outras quanto a emprestar e tomar dinheiro emprestado: (1) Concordo totalmente (2) Concordo em parte (3) Não concordo nem discordo (4) Discordo em parte (5) Discordo totalmente	SOL13														
7. Hoje em dia, com que frequência você diria que as pessoas neste(a) bairro/localidade ajudam umas às outras: (1) Sempre ajudam (2) Quase sempre ajudam (3) Algumas vezes ajudam (4) Raramente ajudam (5) Nunca ajudam	SOL2														

8. Na sua opinião, esse(a) bairro/localidade é geralmente: (1) Muito pacífico (2) Moderadamente pacífico (3) Nem pacífico nem violento (4) Moderadamente violento (5) Muito violento		VIOL1	
9. Em relação a sua segurança, como você se sente ao andar sozinho(a) na sua rua depois de escurecer: (1) Muito seguro(a) (2) Moderadamente seguro(a) (3) Nem seguro (a), nem inseguro(a) (4) Moderadamente inseguro(a) (5) Muito inseguro(a)		VIOL2	
10. Qual o controle que você sente que tem para tomar as decisões que afetam as suas atividades diárias: (1) Nenhum controle (2) Controle sobre muito poucas decisões (3) Controle sobre algumas decisões (4) Controle sobre a maioria das decisões (5) Controle sobre todas as decisões		POL1	
11. Nos últimos 12 meses, você fez alguma dessas coisas:	Marque com um (x)		
11.1. Participou de uma reunião de conselho, reunião aberta ou grupo de discussão?		POL21	
11.2. Encontrou um político, telefonou para ele/ela, ou enviou-lhe uma carta/email?		POL22	
11.3. Participou de um protesto ou demonstração?		POL23	
11.4. Participou de uma campanha eleitoral ou informativa?		POL24	
11.5. Alertou algum jornal, rádio ou TV para um problema local?		POL25	
11.6. Notificou a polícia ou a justiça a respeito de um problema local?		POL26	
AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE SEU TRABALHO E OS BENS DA SUA CASA. GOSTARIA DE LEMBRAR QUE OS DADOS DESTA PESQUISA SERVIRÃO APENAS PARA A PESQUISA.			
12. Quantos trabalhos você exerce atualmente? []  Se maior ou igual a 1 (um) pule para questão 14		TR1	
13. Caso não exerça nenhum trabalho, como você se classifica? (1) Aposentado (2) Do lar (3) Desempregado  Pular para questão 17		TR2	
14. Se trabalha atualmente, qual seu trabalho principal?		TR3	
15. Nesse trabalho você é: (1) Empregado (2) Trabalhador doméstico (na casa de terceiros empregado doméstico, diarista etc.) (3) Conta própria (sem empregado ou com ajuda de trabalhador não remunerado) (4) Empregador (5) Não remunerado		TR4	
16. O Sr. Trabalha atualmente com alguma dessas atividades:	S/N	Há quanto tempo (anos)?	PB1
A1. Fabricação e recuperação de baterias			PB11
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo			PB12
A3. Produção de ligas (bronze, latão)			PB13
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)			PB14

A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo					PB15
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos					PB16
A7. Indústria da borracha					PB17
17. O Sr. já trabalhou com alguma das atividades: ↳ Caso já tenha lido as alternativas: O(a) senhor(a) já trabalhou em algum dos locais que acabei de citar?	S/N	Durante quanto tempo? (anos)	Parou há quanto tempo (anos)?		
A1. Fabricação e recuperação de baterias					PB20
A2. Fundições secundárias: fusão de sucatas ou barras de chumbo					PB21
A3. Produção de ligas (bronze, latão)					PB22
A4. Galvanoplastia (ex: Pado)					PB23
A5. Operação de corte e solda de peças e chapas metálicas contendo chumbo					PB24
A6. Fabricação de PVC e outros plásticos					PB25
A7. Indústria da borracha					PB26
18. Alguém que mora com o Sr (a) trabalha com exposição ao chumbo? (1) Sim (2) Não					PB30
↳ Se SIM: 18.1. Em qual atividade (códigos acima)? []					PB31
19. Existe alguma fonte de contaminação por chumbo próxima à sua residência? (conforme alternativas citadas). (1) Sim (2) Não					PB40
↳ Se SIM: 19.1. Qual a distância aproximada (metros) da fonte em relação à sua casa? []					PB41
20. Por quais desses meios de comunicação costuma se informar: (1) Televisão (2) Rádio (3) Jornal Impresso (4) Internet (5) Outros					COM
21. Classe econômica:					ABEP
	Número de Itens				
Quais desses itens você possui?	0	1	2	3	4+
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de Lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou	0	2	2	2	2
Qual o Grau de Instrução do chefe da família?					
Analfabeto / primário incompleto / até a 3ª série do fundamental					0
Primário Completo / ginásial incompleto / até a 4ª série do fund.					1
Ginásial completo / colegial incompleto / fundamental completo					2
Colegial completo / superior incompleto / ensino médio completo					4
Superior completo					8
Pontuação total []					





 Somente para indivíduos maiores de 50 anos



AGORA FAREMOS ALGUMAS PERGUNTAS PARA SABER COMO ESTÁ SUA MEMÓRIA. ALGUMAS PERGUNTAS PODEM PARECER MUITO SIMPLES, MAS TEMOS DE SEGUIR A SEQUÊNCIA COMPLETA.	
22. Orientação no tempo: 22.1. Que dia é hoje? 22.2. Em que mês estamos? 22.3. Em que ano? 22.4. Em que dia da semana (segunda a domingo) nós estamos? 22.5. Qual a hora aproximada? Número de respostas corretas []	1 ponto para cada resposta certa
23. Orientação no espaço: 23.1. Em que local nós estamos (sala, quarto, cozinha)? 23.2. Que local é este aqui (casa, apartamento, casa de repouso)? 23.3. Em que bairro nós estamos? 23.4. Em que cidade nós estamos? 23.5. Em que estado do Brasil nós estamos? Número de respostas corretas []	1 ponto para cada resposta certa
24. Registro: Agora preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o (a) Sr (a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: CARRO, VASO, TIJOLO. Agora, repita as palavras para mim. (1 segundo para dizer cada uma, 1 resposta correta para cada palavra, então repita até que aprenda as 3 palavras, conte e registre o número de tentativas) Número de tentativas [] Número de respostas corretas []	1 ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª tentativa
25. Atenção e cálculo: O (a) Sr (a) faz cálculos? (1) Sim (2) Não	-----
 Se SIM: 25.1. Se de 100 reais forem tirados 7, quanto resta? E se tirarmos mais 7 reais, quanto resta? (Total de cinco subtrações). Resposta do entrevistado: [] Resposta correta: 93 – 86 – 79 – 72 – 65 Número de respostas corretas []	1 ponto para cada resultado correto
 Se NÃO: 25.2. Soletre a palavra MUNDO de trás para frente. Resposta do entrevistado: _____ Resposta correta: O – D – N – U – M Número de respostas corretas []	1 ponto para cada letra na posição correta
26. Memória de evocação: Quais são as três palavras que eu pedi que o Sr (a) memorizasse? Resposta do entrevistado: _____ Respostas corretas: CARRO, VASO, BOLA Número de respostas corretas []	1 ponto para cada
27. Linguagem: 27.1 Por favor, repita o que vou dizer. Certo? Então repita: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ" Resposta correta []	1 ponto

<p>27.2 Aponte o lápis e o relógio e pergunte: O que é isso? O que é isto?</p>  <p>() ()</p> <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto para cada
<p>27.3. Agora ouça com atenção porque eu vou pedir para o Sr (a) fazer 3 tarefas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pegue este papel com a mão direita (utilize o TCLE) 2. Com as duas mãos dobre-o ao meio uma vez 3. Jogue-o no chão <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto para cada tarefa
<p>27.4. Por favor, leia isto e faça o que está escrito no papel. Mostre ao examinado o comando:</p> <p style="text-align: center;">FECHE OS OLHOS</p> <p>Resposta correta []</p>	1 ponto
<p>27.5. Por favor, escreva uma sentença. Se o paciente não responder, peça: Escreva sobre o tempo.</p> <hr/> <p>Resposta correta []</p>	1 ponto (Não considere erros gramaticais ou ortográficos)
<p>28. Por favor, copie este desenho. (Apresenta a folha com os pentágonos que se interseccionam)</p>  <p>Número de respostas corretas []</p>	1 ponto (Considere apenas se houver 2 pentágonos que se interseccionem, 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados ou com 2 ângulos)
<p>29. PONTUAÇÃO TOTAL DO MINIMENTAL</p>	MM

↪ Para todos os indivíduos

BLOCO 2 – VARIÁVEIS DE HÁBITOS DE VIDA	
30.O(a) Sr(a) Fuma? (1) Sim (2) Não ↪ Se NÃO , pule para a questão 33	FUM1
↪ Se SIM : 30.1. Qual a frequência? (1) Diariamente (2) Ocasionalmente	FUM2
↪ Se DIARIAMENTE : 30.2. Quantos cigarros por dia? []	FUM3
31. Que idade o(a) senhor (a) tinha quando começou a fumar regularmente? [] anos (99) Não lembra	FUM4
32.O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? (1) Sim (2) Não	FUM5
33.O Sr (a) já fumou? (1) Sim (2) Não	FUM6
↪ Se SIM : 33.1. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? [] anos (99) Não lembra	FUM7
34.O(a) Sr(a) costuma consumir bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não ↪ Se NÃO , pule para a questão 35	ALC1
↪ Se SIM : 34.1.Com frequência faz uso de bebida alcoólica? (1) Ocasionalmente (menos que 2x/sem) (2) Frequentemente (2 a 6x/sem) (3) Todos os dias	ALC2
34.2. Nos últimos 30 dias o Sr (a) consumiu mais que 4 (para mulher)/5(para homem) doses de bebida alcoólica em uma ocasião? <i>(mais de 4/5 doses seriam 4/5 latas de cervejas ou 4/5 taças de vinho ou 4/5 doses de cachaça/whisky/qualquer outra bebida destilada)</i> (1) Sim (2) Não	ALC3
↪ Se SIM : 34.2.1 Em quantos dias do mês isso ocorreu? []	ALC4
AGORA, VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADES FÍSICAS, COMO CAMINHADA, ESPORTES E EXERCÍCIOS FEITOS DE MANEIRA REGULAR E QUE FAÇAM A RESPIRAÇÃO FICAR MAIS FORTE QUE O NORMAL.	
35.Em uma semana normal (típica) o sr(a) faz algum tipo de atividade física no seu tempo livre? (1) Sim (2) Não ↪ Se NÃO , pule para a questão 38	EX1
↪ Se SIM :	

36. Em uma semana normal (típica) quais são as atividades físicas que o(a) Sr(a) pratica no tempo livre:				
	Se Sim , assinale com X	Quantas vezes por semana? (dias)	Quanto tempo dura por dia? (minutos)	
36.1. Caminhada?				EX21
36.2. Alongamento?				EX22
36.3. Dança?				EX23
36.4. Musculação?				EX24
36.5. Ginástica de academia?				EX25
36.6. Futebol?				EX26
36.7. Outra? Qual?				EX27
37. O(a) Sr.(a) faz atividade física REGULAR há mais de 6 meses? (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX5
38. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 30 dias? (1) Sim (2) Não  Se Sim , pule para a questão 40				EX6
39. O(a) Sr.(a) pretende começar a fazer atividade física REGULAR nos próximos 6 meses? (1) Sim (2) Não				EX7
40. Com relação ao seu trabalho remunerado, ou às atividades domésticas, em relação ao esforço físico, como você classificaria o seu trabalho: (1) Muito leve (2) Leve (3) Moderado (4) Intenso (5) Muito intenso				EX8
41. O(a) Sr.(a) caminha ou vai de bicicleta até o trabalho? (1) Sim (2) Não (99) Não se aplica  Se NÃO ou NÃO SE APLICA , pule para a questão 43				EX9
42. Quanto tempo o(a) Sr.(a) leva caminhando ou pedalando neste deslocamento (somar tempo de ida e volta): [] minutos.				EX10
AGORA FAZER ALGUMAS PERGUNTAS QUANTO A SEUS HÁBITOS ALIMENTARES				
43. Em quantos dias da semana (a) Sr(a) costuma comer frutas? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL1
44. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, chuchu, berinjela, abobrinha), sem contar batata, mandioca ou inhame? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias				AL2
45. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer carne vermelha ? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca , pule para questão 46				AL3

45.1. Quando o(a) Sr(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr(a) costuma: (1) Tirar sempre o excesso de gordura visível (2) Comer com a gordura (3) Não come carne vermelha com muita gordura	AL4	
46. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma comer frango? (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 47	AL5	
46.1. Quando o(a) Sr(a) come frango com pele costuma: (1) Tirar sempre a pele (2) Comer com a pele (3) Não come pedaços de frango	AL6	
47. Em quantos dias da semana o(a) Sr(a) costuma tomar leite? (não vale leite de soja) (1) Quase nunca (2) Nunca (3) 1 a 2 dias (4) 3 a 4 dias (5) 5 a 6 dias (6) Todos dias  Se nunca, pule para questão 48	AL7	
47.1. Quando o(a) Sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (1) Integral (2) Desnatado ou semi-desnatado (3) Os dois tipos (99) Não sabe	AL8	
BLOCO 3 – VARIÁVEIS DE CAPACIDADE FUNCIONAL		
48. Respondente: (1) Própria pessoa (2) Cuidador	RES	
AGORA VAMOS VALAR DA SUA CAPACIDADE FUNCIONAL, CAPACIDADE MOTORA, COGNIÇÃO E ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA		
49. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para:	Nível:	
49.1. Alimentar-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →	Se SIM : (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo/supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa	CF1
49.2. Tomar banho? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF2
49.3. Vestir-se? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF3
49.4. Cuidar da aparência (escovar dentes, pentear-se, fazer barba, cortar unhas ou se maquiar)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF4
49.5. Utilizar o vaso sanitário (sentar-se, levantar-se da privada, limpar-se e se vestir)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF5
49.6. Para urinar (micção)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF6
49.7. Para fazer cocô (defecação)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →		CF7

<p>50. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para levantar-se, sentar-se e deitar-se, da cama para uma poltrona ou para uma cadeira de rodas e ficar de pé e vice-versa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM: 50.1. Como o(a) Sr (a) realiza a transferência: (2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa de estímulo ou supervisão (4) Precisa de ajuda parcial (5) Não consegue, precisa de outra pessoa</p>	CF10
<p>51. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para andar pela casa ou chegar ao elevador (no caso de morar em apartamento)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 51.1. Como o(a) Sr (a) anda pela casa: (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar (5) Não anda</p>	CF11
<p>51.2. O senhor utiliza algum dispositivo para auxiliá-lo a caminhar? (1) Bengala simples (2) Tripode (3) Quadripode (4) Andador</p>	CF111
<p>52. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade ou precisa de ajuda para caminhar fora de casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 52.1. Como o(a) Sr (a) caminha fora de sua casa: (2) Com dificuldade (com bengala, prótese, órtese ou andador) (3) Utiliza uma Cadeira de Rodas (CR) ou caminha sozinho, mas precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione ou apresenta marcha instável (4) Utiliza CR com dificuldade (5) Precisa de ajuda de outra pessoa para caminhar ou utilizar uma CR (6) Não pode se locomover na área externa (deve ser transportado em maca)</p>	CF12
<p>53. Em relação ao uso de prótese e órtese, o(a) Sr(a) usa? (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Instala sozinho (3) Instala com dificuldade (4) Precisa que alguém verifique a instalação ou precisa de alguma ajuda para isso (5) A prótese ou órtese deve ser instalada por outra pessoa</p>	CF13
<p>54. Em relação a Cadeira de Rodas, o(a) Sr (a) precisa utilizar? (1) Não utiliza (pule para a questão seguinte) (2) Desloca-se sozinho em CR (3) Desloca-se com dificuldade em CR (4) Precisa que alguém empurre a CR (5) Não pode utilizar uma CR (deve ser transportado em maca)</p>	CF14
<p>↪ Se utiliza, 54.1. Qual o tipo de cadeira de rodas? (1) Cadeira de rodas simples (2) Cadeira de rodas motorizadas</p>	CF141
<p>54.2. O local onde o(a) Sr(a) mora permite a circulação em CR? (1) Sim (2) Não</p>	CF142

<p>55. Em relação à utilizar escadas em algum lugar, o(a) Sr (a) apresenta alguma dificuldade para subir e descer? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM 55.1. Para utilizar escadas, o(a) Sr(a) sobe e desce: (2) Com dificuldade (3) Sobe e desce de maneira não segura, precisa que alguém o guie, estimule ou supervisione (4) Sobe e desce escadas com ajuda de outra pessoa (5) Não utiliza escadas</p>	CF15
<p>56. O(a) Sr(a) precisa utilizar escadas no domicílio? (1) Sim (2) Não</p>	CF16
<p>57. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ler/enxergar? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 57.1. Para ler/enxergar, o(a) Sr(a): (2) Tem distúrbios visuais, mas enxerga suficientemente para realizar Atividades de Vida Diária (AVDs) (3) Só enxerga o contorno dos objetos e precisa ser guiado nas AVDs (4) Não enxerga/Cego</p>	CF20
<p>57.1.1. Para exercer suas atividades diárias, o(a) Sr(a) utiliza: (1) Lentes corretivas/óculos (2) Lupa (3) Não utiliza</p>	CF201
<p>58. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para ouvir? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 58.1. Para ouvir, o(a) Sr(a): (2) Só ouve quando falam alto ou precisa que alguém instale seu aparelho auditivo (3) Só escuta gritos ou algumas palavras ou lê os lábios ou compreende gestos (4) Surdez total e incapacidade de compreender o que alguém quer lhe comunicar</p>	CF21
<p>58.1.1. Utiliza aparelho auditivo? (1) Sim (2) Não</p>	CF212
<p>59. Sem ajuda de nenhum equipamento o(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para falar ou comunicar-se normalmente? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 59.1. Para falar normalmente, o(a) Sr(a): (2) Tem certa dificuldade, mas consegue expressar seu pensamento (3) Tem uma dificuldade grave, mas pode comunicar certas necessidades básicas ou responde a questões simples (sim, não) ou utiliza linguagem de gestos (4) Não comunica</p>	CF22
<p>59.2. O(a) Sr(a) utiliza algum dispositivo para ajudar em sua comunicação? (1) Quadro de comunicação (2) Computador (3) Não utiliza</p>	CF221
<p>60. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para lembrar-se de fatos (de maneira que comprometa a realização de suas atividades)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 60.1. Com relação a sua memória, o(a) Sr(a): (2) Esquece fatos recentes, mas se lembra dos fatos importantes (3) Esquece habitualmente as coisas da vida cotidiana corrente (4) Amnésia quase total</p>	CF30



<p>61. O(a) Senhor(a) tem alguma dificuldade para localizar-se no tempo, espaço e pessoas? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 61.1. O(a) Sr (a) sente-se que está: (2) Algumas vezes desorientado (3) Encontra-se orientado somente em relação a um curto espaço de tempo (período do dia), local (ambiente em que vive habitualmente) e pessoas familiares (4) Desorientação completa</p>	CF31	
<p>62. O Sr(a) tem alguma dificuldade para compreender bem o que alguém lhe explica ou pede? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↪ Se SIM, 62.1. O(a) Sr (a): (2) É lento para compreender explicações ou pedidos (3) Parcialmente, mesmo após explicações repetidas ou é incapaz de aprender coisas novas (4) Não compreende o que se passa ao seu redor</p>	CF32	
<p>63. O Sr (a) consegue avaliar as situações e tomar decisões sensatas? (1) Sim (pule para a questão seguinte) () Não</p> <p>↪ Se NÃO, 63.1. O(a) Sr (a): (2) Avalia as situações, mas precisa de conselhos para tomar decisões sensatas (3) Avalia mal as situações e toma decisões sensatas apenas se alguém lhe sugerir fortemente uma opinião (4) Não avalia as situações e é preciso que alguém tome-as em seu lugar</p>	CF33	
<p>64. Em relação ao comportamento, o(a) Sr(a) apresenta: (1) Comportamento apropriado (2) Distúrbios, como por exemplo: choro, teimosia e apatia, que precisam de supervisão ocasional ou chamar a atenção ou estímulo (3) Distúrbio que precisam supervisão mais intensiva (agressividade contra si ou aos outros, incomoda os outros, perambulação, gritos constantes) (4) Perigoso, precisa de contenções ou tenta machucar/ferir os outros, ferir-se ou tentar fugir</p>	CF34	
<p>65. O(a) Sr(a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para:</p>	Nível:	
<p>65.1. Cuidar da casa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	Se SIM :	CF40
<p>65.2. Lavar roupa? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	(2) Com dificuldade (3) Sozinho, mas precisa supervisão ou estímulo para manter um nível adequado de limpeza	CF41
<p>65.3. Preparar as refeições? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	(4) Precisa de ajuda, principalmente para as atividades mais complexas	CF42
<p>65.4. Fazer compras? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim →</p>	(5) Não faz	CF43

<p>66. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar o telefone (incluindo a pesquisa de um número no catálogo)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 66.1. Com relação à utilizar o telefone, o(a) Sr(a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Atende, mas só discar alguns números que sabe de cor ou números em caso de urgência (4) Comunica-se ao telefone, mas não discar e nem atende (5) Não utiliza o telefone</p>	CF44
<p>67. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para utilizar meio de transporte (automóvel, veículo adaptado, táxi, ônibus)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 67.1. Com relação à utilizar meios de transporte, o(a) Sr (a): (2) Utiliza com dificuldade (3) Deve ser acompanhado ou utiliza sozinho um veículo adaptado (4) Utiliza apenas automóvel ou veículo adaptado mediante acompanhamento e ajuda para entrar e sair (5) Deve ser transportado em maca</p>	CF45
<p>68. O (a) Sr (a) apresenta dificuldade ou precisa de ajuda para lidar com dinheiro (incluindo movimentação bancária)? (1) Não (pule para a questão seguinte) () Sim</p> <p>↳ Se SIM, 68.1. Em relação à lidar com dinheiro, o(a) Sr(a): (2) Administra com dificuldade (3) Precisa de ajuda para efetuar certas transações complexas (4) Precisa de ajuda para efetuar transações simples (descontar um cheque, pagar contas), mas utiliza corretamente o dinheiro que lhe é passado (5) Não administra o próprio dinheiro</p>	CF46
BLOCO 4 – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE	
<p>69. O(a) senhor(a) possui plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PS1
<p>↳ Se SIM, 69.1: Qual a modalidade da cobertura? (1) parcial (co-participativo) (2) integral (99) Não sabe/lembra</p>	PS2
<p>70. Você utiliza o serviço do posto (unidade básica) de saúde? (1) Sim (2) Não</p> <p>↳ Se NÃO, pule para a questão 75</p>	SUS
<p>71. O(a) senhor(a) recebe visitas das equipes de saúde da família (do posto de saúde) (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	PSF1
<p>72. O(a) senhor(a) recebe visitas do agente comunitário de saúde (ACS)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ACS
<p>↳ Se SIM, 72.1: Com que frequência? [] visitas/mês</p>	ACS1
<p>73. Como o(a) Sr(a) avalia o atendimento da equipe de saúde da família? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim</p>	PSF2
<p>74. Realizou consultas médicas nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	MED1
<p>↳ Se SIM, 74.1: O senhor(a) recorda aproximadamente quantas consultas? []</p>	MED2

74.2: Quantas dessas foram nos últimos dois meses? []	MED3
74.3: Como o(a) Sr(a) avalia a sua relação com seu principal médico? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	MED4
75. Realizou alguma cirurgia nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	CIR
76. Você esteve internado (unidade hospitalar por mais de 1 dia) nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	INT1
↪ Se SIM: 76.1. O(a) senhor(a) recorda por qual motivo? _____ (99) Não sabe/lembra	INT2
NESTE MOMENTO VAMOS TRATAR DA SAÚDE DE SEUS DENTES E SUA BOCA	
77. Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra ↪ Se NÃO pule para a questão 82	DNT1
78. Quando o Sr(a) consultou o dentista pela última vez? (1) Menos de um ano (2) Um a dois anos (3) Três anos ou mais (99) Não sabe/lembra	DNT2
79. Onde foi a sua última consulta ao dentista? (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Plano de Saúde ou Convênios (4) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT3
80. Qual o motivo da sua última consulta ao dentista: (1) Revisão, prevenção ou check-up (2) Dor (3) Extração (4) Tratamento (5) Outros (99) Não sabe/lembra	DNT4
81. O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	DNT5
<u>BLOCO 5 – CONDIÇÕES DE SAÚDE</u>	
82. Você já perdeu algum dente? (1) Sim (2) Não ↪ Se NÃO pule para a questão 84	SB1
↪ Se SIM: 82.1. O(a) senhor(a) consegue recordar aproximadamente quantos? (arcada superior 16 e inferior 16 dentes) []	SB2
83. Possui alguma prótese dentária? (pivô, coroa, ponte móvel ou fixa, ou dentadura superior e/ou inferior) (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB3
↪ Se SIM: 83.1. A(s) prótese(s) fica(m) na parte: (1) Superior da boca (2) Inferior da boca (3) Ambas	SB4
84. O(a) sr(a) acha que necessita de tratamento dentário atualmente? (1) Sim (2) Não	SB5
85. Nos últimos 6 meses o(a) sr(a) teve dor de dente? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	SB6
86. Você tem observado sangramento na gengiva: (1) Não (2) Sim, na última semana (3) Sim, há 15 dias (4) Sim, há mais de 1 mês	SB7


87. Sente algum (s) dente(s) amolecido(s)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra/aplica	SB8
↪ Se SIM : 87.1. Quantos dentes estão amolecidos? []	SB9
88. Com relação aos seus dentes/boca o(a) sr(a) está: (1) Satisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem um nem outro (99) Não sabe/lembra	SB10
89. No último mês você se sentiu incomodado ao comer algum alimento por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente ↪ Se NÃO pule para a questão 92	SB11
90. No último mês sua alimentação ficou prejudicada por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB12
91. No último mês você teve que parar suas refeições por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB13
92. Você já se sentiu envergonhado por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou gengiva? (1) Não (2) Às vezes (3) Frequentemente	SB14
AGORA IREMOS FALAR SOBRE SUA SAÚDE EM GERAL	
93. Como você classifica seu estado de saúde: (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	EST1
94. Comparado a um ano atrás, como você classificaria seu estado de saúde: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST2
95. Comparado com pessoas da mesma idade que a sua, como você classificaria seu estado de saúde: (1) Muito melhor (2) Um pouco melhor (3) Quase a mesma (4) Um pouco pior (5) Muito pior	EST3
AS SEGUINTE PERGUNTAS SÃO RELATIVAS AOS HÁBITOS DE SONO DURANTE O ÚLTIMO MÊS. SUAS RESPOSTAS DEVEM INDICAR A LEMBRANÇA MAIS EXATA DA MAIORIA DOS DIAS E NOITES DO ÚLTIMO MÊS.	
96. Durante o último mês, quando você geralmente foi para a cama à noite? Hora usual de deitar []	SON1
97. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) você geralmente levou para dormir à noite? Número de minutos []	SON2
98. Durante o último mês, quando você geralmente levantou de manhã? Hora usual de levantar []	SON3
99. Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite? Horas de sono por noite []	SON4
100. Durante o último mês, como você classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral? (1) Muito boa (2) Boa (3) Ruim (4) Muito ruim	SON6
101. Durante o último mês, com que frequência você tomou medicamento (prescrito ou por conta própria) para lhe ajudar a dormir? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana	SON7

102. Durante o último mês, com que frequência você teve dificuldade de dormir porque você:	Nenhuma no último mês (0)	Menos de 1 vez/semana (1)	1 ou 2 vezes/sem. (2)	3 ou + vezes/sem. (3)			
102.1. Não consegui adormecer em até 30 minutos					SON5a		
102.2. Acordou no meio da noite ou de manhã					SON5b		
102.3. Precisou levantar para ir ao banheiro					SON5c		
102.4. Não consegui respirar confortavelmente					SON5d		
102.5. Tossiu ou roncou forte					SON5e		
102.6. Sentiu frio					SON5f		
102.7. Sentiu calor					SON5g		
102.8. Teve sonhos ruins					SON5h		
102.9. Teve dor					SON5i		
102.10. Outra (s) razão(s)	Qual?				SON5ib		
Com que frequência, durante o último mês você teve dificuldade para dormir devido a essa razão					SON5j		
103. No último mês, com que frequência você teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, estudo)? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON8		
104. Durante o último mês, quão problemático foi para você manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)? (1) Nenhuma no último mês (2) Menos de 1 vez/semana (3) 1 ou 2 vezes/semana (4) 3 ou mais vezes/semana					SON9		
105. Qual a probabilidade de você cochilar ou dormir, e não apenas se sentir cansado, nas seguintes situações (caso não tenha passado por alguma situação, tente imaginar como elas o afetariam): 0 = nunca cochilaria: 1 = pequena probabilidade de cochilar 2 = probabilidade média de cochilar 3 = grande probabilidade de cochilar							
SITUAÇÕES (CIRCULE A PONTUAÇÃO RESPONDIDA)							
105.1 Sentado e lendo			0	1	2	3	SON10A
105.2 Assistindo TV			0	1	2	3	SON10B
105.3 Sentado, quieto, em lugar público (por exemplo, em um teatro, reunião ou palestra)			0	1	2	3	SON10C
105.4 Andando de carro por uma hora sem parar, como passageiro			0	1	2	3	SON10D
105.5 Sentado quieto após o almoço sem bebida de álcool			0	1	2	3	SON10E
TOTAL						SON10	

106. Já lhe disseram que o(a) senhor(a) ronca todas ou quase todas as noites? (1) Sim (2) Não	SON11	
 Se SIM , Isso ocorre há pelo menos 12 meses? (1) Sim (2) Não	SON11a	
107. Já lhe disseram que quando o(a) senhor(a) dorme deixa de respirar por alguns momentos? (1) Sim (2) Não	SON12	
108. O Sr(a) sabe qual o seu peso? [] kg	PESR	
109. O Sr (a) sabe qual sua altura? [,] m	ALTR	
110. CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO ESQUERDO: [] cm	CBE	
111. AFERIR A PRIMEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA1	
VOU PERGUNTAR AGORA SE O(A) SENHOR(A) JÁ FOI DIAGNOSTICADO POR UM MÉDICO OU OUTRO PROFISSIONAL DA SAÚDE SOBRE ALGUMAS DOENÇAS. ATENÇÃO, POIS SÓ DEVE RELATAR AQUILO QUE UM MÉDICO OU PROFISSIONAL DA SAÚDE JÁ LHE INFORMOU QUE POSSUI.		
112. Quais das doenças abaixo você já foi informado por um médico ou outro profissional da saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico, outros.) que tem ou teve:		
112.1 Hipertensão Arterial/Pressão Alta?	Sim/Não	HA
112.2 Diabetes Mellitus / Açúcar no sangue?		DM
112.3 Colesterol elevado?		CT
112.4 Angina?		AG
112.5 Insuficiência Cardíaca Congestiva?		ICC
112.6 Infarto Agudo do Miocárdio?		IAM1
112.6.1 Seus pais ou irmãos tiveram algum episódio de IAM antes dos 60 anos?		IAM2
112.7 Doença Cerebrovascular/Derrame?		DCV1
 Se SIM , há quanto tempo aconteceu? [] anos		DCV2
112.7.1 Ele já se repetiu alguma vez? (1) Sim (2) Não		DCV3
112.7.2 Seus pais ou irmãos tiveram antes dos 60 anos?		DCV4
112.8 Insuficiência Renal Crônica?		IRC
112.9 Doença pulmonar?		DP
112.10 Fratura de quadril?		FQ
112.11 Artrite / Artrose / Reumatismo?		ART
112.12 Problema na coluna?		COL
112.13 Algum tipo de Neoplasia / Câncer?		CAN
112.14 Depressão?		DEP

112.15 Outras? Qual(is):	DOT
SOMENTE MULHERES:	
112.20 Tem ovário micropolicístico?	OMP
112.21 Já está na menopausa? (1) Sim (2) Não ↳ Se Não , pule para a questão 113	MP
112.22 Esta gestante no momento?	GRAV
112.23 Esta amamentando no momento?	LAC
113. Você já perdeu seu pai, sua mãe ou algum irmão por morte súbita antes dos 60 anos? (1) Sim (2) Não	MSUB
↳ Se AFIRMOU alguma doença: 114. Você utiliza algum remédio para controlar suas doenças? (1) Sim (2) Não ↳ Se NÃO pule para a questão 117	TRAT1
NESTE MOMENTO FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS . MINHA INTENÇÃO NÃO É AVALIAR VOCÊ . ASSIM, POR FAVOR, RESPONDA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS DE MANEIRA SINCERA, SEM SE PREOCUPAR COM O RESULTADO.	
115. Muitas pessoas têm algum tipo de problema ao tomar seus remédios. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) teve algum problema em tomá-los? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS1
116. Nesses últimos 15 dias o(a) Sr(a) deixou de usar algum remédio que deveria estar usando? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	ADS2
117. Você sofreu alguma queda nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra	QUE1
↳ Se SIM : 117.1. O(a) senhor(a) recorda quantas vezes? []]	QUE2
117.2. Onde?	QUE3
BLOCO 6 – TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	
118. Nos últimos 15 dias o(a) senhor(a) utilizou qualquer tipo de medicamento (ex.: de uso contínuo, para dores, para o estômago ou outros)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra ↳ Se NÃO pule para a questão 131 (pg. 20)	TRAT2

<p>119. Com relação ao uso de medicamentos, o(a) Sr (a): (1) Toma sozinho (<i>pule para a próxima questão</i>) (2) Toma com dificuldade (3) Precisa de supervisão (incluindo supervisão à distância) para assegurar que lhe tome adequadamente seus medicamentos ou os medicamentos são organizados em uma caixa semanalmente (preparada por outra pessoa) (4) Toma seus medicamentos se eles são preparados diariamente (5) Alguém deve lhe trazer os medicamentos na hora certa</p>	CF47
<p>120. Nesses últimos 15 dias, você teve algum problema ou desconforto que acha que foi causado pelos remédios que toma? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	RAM
<p>121. Os horários, efeitos colaterais ou a forma de tomar seus remédios interfere de alguma forma em sua rotina (trabalho ou atividades diárias)? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	ROT
<p>122. Quando um medicamento é receitado, o médico ou o dentista lhe orienta quanto a sua utilização? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	OR1
<p>123. Mais algum profissional da saúde (farmacêutico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde) conversa com o(a) Sr(a) a respeito da forma de utilizar seus remédios? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe/lembra</p>	OR2
<p>VOLTAREI A FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O JEITO QUE TOMA SEUS REMÉDIOS. ELAS SE REFEREM APENAS AOS MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (SEM DATA PARA O TÉRMINO DO TRATAMENTO). POR FAVOR, RESPONDA AS PERGUNTAS SEM FICAR PREOCUPADO COM O RESULTADO.</p>	
<p>124. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação? (1) Sim (2) Não</p>	ADS3
<p>125. Você às vezes se descuida de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não</p>	ADS4
<p>126. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seus medicamentos? (1) Sim (2) Não</p>	ADS5
<p>127. Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la? (1) Sim (2) Não</p>	ADS6
<p>128. Número de respostas “NÃO” das perguntas 124 a 127: []</p>	ADS7
<p>129. Nos últimos quinze dias, você deixou de tomar os medicamentos por terem faltado? (1) Sim (2) Não</p>	ACE1
<p>↳ Se SIM: 129.1. Qual foi a razão pela qual os medicamentos faltaram? (1) Não conseguiu obtê-los nos serviços de saúde onde são fornecidos (2) O serviço onde os obtenho é longe e/ou não funciona no horário em que posso ir buscar. (3) Não teve dinheiro para adquiri-los. (4) Outra</p>	ACE2
<p>AGORA PRECISAREI RELATAR OS REMÉDIOS UTILIZADOS PELO(A) SENHOR(A). POR FAVOR, TRAGA <u>TODOS</u> OS MEDICAMENTOS QUE O(A) SENHOR(A) UTILIZA DIARIAMENTE OU QUE UTILIZOU MESMO QUE EVENTUALMENTE NOS ÚLTIMOS <u>15 DIAS</u>. (PAUSA).</p>	

<p>130. O(a) Senhor(a) possui a prescrição destes produtos? (1) Sim (2) Não</p> <p> Se SIM: Copie as informações sobre o tratamento APENAS da receita MAIS RECENTE:</p> <p>Nome do medicamento:</p> <p>Posologia:</p> <p>Duração do tratamento:</p> <p>Forma de tomar (ações requeridas):</p> <p>Data:</p> <p>Carimbo médico (sim/não):</p> <p>Outras informações contidas:</p> <p>() Receita com problemas de legibilidade</p>	REC
RELATE OS MEDICAMENTOS NA FICHA ABAIXO	

<u>BLOCO 7 – MEDIDAS</u>	
131. AFERIR A SEGUNDA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA2
132. Peso (kg): _____	PESM
133. Altura (m): _____	ALTM
134. Circunferência da cintura (cm): _____	CCIN
135. Circunferência do quadril (cm): _____	CQUA
136. CASO A PRIMEIRA E SEGUNDA MEDIDAS DE PA FOREM DIVERGENTES, AFERIR A TERCEIRA MEDIDA DE PA: _____ / _____	PA3
DATA DA COLETA DE EXAMES:	____/____/____ horas: _____

APÊNDICE C

Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

 <p>UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA</p> <p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</p>	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná Registro CONEP 268	
Parecer de Aprovação Nº 236/10 CAAE Nº 0192.0.268.000-10 FOLHA DE ROSTO Nº 368859	Londrina, 19 de outubro de 2010.
PESQUISADOR: REGINA KAZUE TANNO DE SOUZA CCS/DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA	
Prezada Senhora: <p style="text-align: center;">O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto:</p> <p style="text-align: center;">“DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES.”</p>	
Situação do Projeto: APROVADO <p>Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.</p>	
Atenciosamente,  Profª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/UEL	

APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Titulo da pesquisa:

"DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES"

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa "DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO ESTADO DO PARANÁ: MORTALIDADE, PERFIL DE RISCO, TERAPIA MEDICAMENTOSA E COMPLICAÇÕES", realizada em todo o município de Cambé/PR entre os meses de janeiro e maio de 2011. O **objetivo da pesquisa é verificar o perfil de risco para doenças cardiovasculares, uso de medicamentos e complicações**. A sua participação é muito importante e ela se daria **respondendo as perguntas feitas pelos entrevistadores, pela realização de medidas (pressão, peso, altura, cintura) e pela coleta de sangue**. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: **recusar-se** a participar, ou mesmo **desistir** a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o **mais absoluto sigilo e confidencialidade**, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios decorrentes de sua participação será o conhecimento da sua situação de saúde, incluindo os resultados dos exames laboratoriais. Além disso, pretende-se contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e com o conhecimento científico a respeito do assunto. Caso qualquer alteração em seu estado de saúde seja identificada, o(a) senhor(a) será encaminhado(a) para a Unidade de Saúde mais próxima.

A coleta de sangue será realizada por profissionais experientes e seguirá todas as recomendações da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas. Caso aconteça qualquer intercorrência durante o procedimento de coleta, o(a) senhor(a) receberá os devidos cuidados e, quando necessário, será encaminhado(a) ao serviço de saúde. O sangue coletado será utilizado para a realização de exames laboratoriais e após a realização do exame o sangue será descartado.

Informamos que o senhor(a) **não pagará nem será remunerado por sua participação**. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode contatar a coordenadora do projeto, professora doutora **Regina Tanno, pelo telefone 43 33712398** ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, na Avenida Robert Kock, nº 60, ou no telefone 3371-2490. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Cambé, ___ de _____ de 2011.

Pesquisador Responsável: _____ **RG:** _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

APÊNDICE E

Análise bruta pela regressão de Poisson dos fatores associados à incapacidade funcional. Cambé, 2011

Variáveis	Dificuldade para subir e descer escada			p
	Sim		RP bruto	
	n	%		
Sexo				<0,01
Feminino	219	34,2	2,87 (2,22-3,70)	
Masculino	64	11,9	1	
Idade				<0,01
60 ou mais	135	39,8	2,26 (1,85-2,75)	
40 a 59 anos	148	17,6	1	
Situação Conjugal				<0,01
Com cônjuge	177	20,5	0,61 (0,50-0,75)	
Sem cônjuge	106	33,4	1	
Cor/raça				0,97
Não branca	114	23,9	0,99 (0,81-1,22)	
Branca	169	24,0	1	
Anos completos de estudo				<0,01
0 a 7 anos	207	28,2	1,66 (1,31-2,11)	
8 ou mais	75	16,9	1	
Trabalho remunerado				<0,01
Não	186	41,5	3,12 (2,52-3,88)	
Sim	97	13,3	1	
ABEP				<0,01
D e E	50	43,1	2,88 (2,13-3,91)	
C	166	27,1	1,81 (1,40-2,34)	
A e B	67	14,9	1	
Atividade Física no lazer				<0,01
Não	229	27,2	1,69 (1,30-2,22)	
Sim	54	16,0	1	
Histórico de HA				<0,01
Sim	174	34,7	2,14 (1,73-2,63)	
Não	109	16,2	1	
Histórico de DM				<0,01
Sim	54	39,1	1,77 (1,40-2,25)	
Não	229	22,0	1	

Análise bruta pela regressão de Poisson dos fatores associados à incapacidade funcional. Cambé, 2011 (Continuação).

Variáveis	Dificuldade para subir e descer escada			p
	Sim n	Sim %	RP bruto	
Histórico de ICC				<0,01
Sim	20	62,5	2,72 (2,04-3,63)	
Não	263	22,9	1	
Histórico de IAM				<0,01
Sim	18	45,0	1,93 (1,35-2,76)	
Não	265	23,3	1	
Histórico de AVE				<0,01
Sim	27	67,5	2,98 (2,34-3,80)	
Não	256	22,6	1	
Histórico de DP				<0,01
Sim	37	33,9	1,47 (1,11-1,95)	
Não	246	23,0	1	
Histórico de FQ				<0,01
Sim	11	47,8	2,03 (1,30-3,15)	
Não	272	23,5	1	
Histórico de Artrite/Artrose				<0,01
Sim	126	49,0	2,87 (2,37-3,47)	
Não	157	17,1	1	
Problemas na Coluna				<0,01
Sim	147	35,9	2,02 (1,65-2,47)	
Não	136	17,7	1	
Quedas				<0,01
Sim	72	42,4	2,01 (1,63-2,49)	
Não	209	21,0	1	
IMC				<0,01
Obeso	95	27,5	1,52 (1,17-1,98)	
Sobrepeso	102	23,0	1,09 (0,83-1,44)	
Adequado	78	22,6	1	

APÊNDICE F

**Fatores associados à autonomia funcional na análise bruta pela regressão de Poisson, segundo faixa etária, variáveis demográficas e socioeconômicas.
Cambé, 2011.**

Características	Autonomia Funcional						p
	40 a 59 anos			60 ou mais anos			
	Sim n	%	RP bruto (IC 95%)	Sim n	%	RP bruto (IC 95%)	
Sexo							<0,01
Feminino	244	54,2	1,02(0,90-1,16)	39	20,4	0,52(0,36-0,73)	
Masculino	207	52,9	1	58	39,2	1	
Situação Conjugal							0,07
Sem cônjuge	113	55,4	1,04(0,90-1,20)	25	22,1	0,69(0,46-1,03)	
Com cônjuge	338	53,1	1	72	31,9	1	
Cor/raça							0,79
Branca	259	54,4	0,92(0,67-1,27)	63	27,6	1,03(0,43-2,46)	
Parda/Preta	175	52,1	0,88(0,64-1,22)	30	31,3	1,17(0,48-2,85)	
Outras	17	58,6	1	4	26,7	1	
Anos de estudo							0,45
12 ou mais	73	66,4	2,15(1,59-2,91)	6	30,0	1,20(0,58-2,47)	
8 a 11 anos	156	56,9	1,85(1,38-2,47)	14	35,0	1,40(0,85-2,30)	
4 a 7 anos	186	54,7	1,77(1,33-2,37)	32	32,0	1,28(0,87-1,88)	
0 a 3 anos	36	30,8	1	44	24,9	1	
Trabalho remunerado							<0,01
Sim	374	58,2	1,49(1,24-1,80)	42	47,2	2,14(1,55-2,95)	
Não	77	38,9	1	55	22,0	1	
Coabitação							0,53
Mora só	81	51,6	0,95(0,80-1,12)	19	25,7	0,87(0,56-1,34)	
Mora acompanhado	370	54,1	1	78	29,4	1	
ABEP							<0,01
A+B	217	60,6	1,47(1,04-2,06)	36	39,1	2,31(1,27-4,19)	
C	212	49,2	1,19(0,84-1,68)	50	27,5	1,62(0,90-2,92)	
D+E	21	41,2	1	11	16,9	1	

APÊNDICE G

Fatores associados à autonomia funcional na análise bruta pela regressão de Poisson, segundo faixa etária e variáveis de hábitos de vida. Cambé, 2011.

Características	Autonomia Funcional							
	40 a 59 anos				60 ou mais anos			
	Sim n	%	RP bruto (IC 95%)	p	Sim n	%	RP bruto (IC 95%)	p
Tabagismo				0,13				0,87
Não	359	55,1	1,13(0,96-1,33)		84	28,8	1,04(0,63-1,70)	
Sim	92	48,7	1		13	27,7	1	
Consumo abusivo de álcool				0,26				0,68
Não	106	59,6	1,11(0,92-1,33)		21	36,2	0,88(0,50-1,57)	
Sim	96	53,6	1		11	40,7	1	
Atividade física no lazer				<0,01				<0,01
Sim	149	65,4	1,32(1,17-1,49)		43	39,4	1,68(1,20-2,33)	
Não	302	49,3	1		54	23,5	1	
Duração do sono				0,01				0,51
≥10 horas	13	41,9	0,95(0,60-1,49)		5	25,0	0,70(0,30-1,64)	
6 a 9 horas	373	56,9	1,28(1,06-1,56)		73	28,0	0,79(0,52-1,20)	
≤5 horas	64	44,1	1		18	35,3	1	

APÊNDICE H

Fatores associados à autonomia funcional na análise bruta pela regressão de Poisson, segundo faixa etária e morbidades referidas. Cambé, 2011.

Características	Autonomia Funcional							
	40 a 59 anos			60 ou mais anos				
	Sim n	%	RP bruto (IC 95%)	p	Sim n	%	RP bruto (IC 95%)	p
Histórico de HA				<0,01				<0,01
Não	312	57,0	1,21(1,05-1,40)		48	37,8	1,62(1,16-2,25)	
Sim	137	46,9	1		49	23,3	1	
Histórico de DM				<0,01				0,21
Não	427	55,7	1,74(1,24-2,43)		75	27,3	0,78(0,53-1,15)	
Sim	24	32,0	1		22	34,9	1	
Histórico de ICC				0,17				0,12
Não	447	54,0	1,75(0,77-3,97)		95	29,8	2,82(0,75-10,60)	
Sim	4	30,8	1		2	10,5	1	
Histórico de IAM				0,28				0,93
Não	442	54,0	1,31(0,79-2,18)		92	28,8	1,03(0,48-2,22)	
Sim	9	40,9	1		5	27,8	1	
Histórico de AVE				0,06				0,07
Não	442	54,2	1,89(0,96-3,73)		95	29,9	5,67(0,83-38,52)	
Sim	6	28,6	1		1	5,3	1	
Histórico de DP				0,10				0,98
Não	422	54,5	1,26(0,95-1,66)		85	28,7	1,00(0,60-1,67)	
Sim	29	43,3	1		12	28,6	1	
Histórico de FQ				0,16				0,39
Não	448	54,0	1,97(0,75-5,20)		95	29,1	1,74(0,48-6,26)	
Sim	3	27,3	1		2	16,7	1	
Histórico de Artrite/Artrose				<0,01				<0,01
Não	411	58,3	2,01(1,53-2,64)		74	34,3	1,81(1,20-2,74)	
Sim	39	28,9	1		23	18,9	1	
Problema na coluna				<0,01				<0,01
Não	328	57,5	1,26(1,09-1,47)		72	36,2	2,01(1,34-3,00)	
Sim	123	45,4	1		25	18,0	1	
Depressão				<0,01				0,04
Não	376	56,5	1,31(1,09-1,58)		86	31,3	1,79(1,01-3,15)	
Sim	75	42,9	1		11	17,5	1	

ANEXO

ANEXO A

Critério de Classificação Econômica Brasileira



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de classes econômicas.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Até 3ª. Série Fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª. Série Fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir.

Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos
 Bem alugado em caráter permanente
 Bem emprestado de outro domicílio há mais de 6 meses
 Bem quebrado há menos de 6 meses

Não considerar os seguintes casos
 Bem emprestado para outro domicílio há mais de 6 meses
 Bem quebrado há mais de 6 meses
 Bem alugado em caráter eventual
 Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Televisores

Considerar apenas os televisores em cores. Televisores de uso de empregados domésticos (declaração espontânea) só devem ser considerados caso tenha(m) sido adquirido(s) pela família empregadora.

Rádio

Considerar qualquer tipo de rádio no domicílio, mesmo que esteja incorporado a outro equipamento de som ou televisor. Rádios tipo walkman, conjunto 3 em 1 ou microsystems devem ser considerados, desde que possam sintonizar as emissoras de rádio convencionais. Não pode ser considerado o rádio de automóvel.

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suite(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Empregada doméstica

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos 5 dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou contínua, pelo menos 5 dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Máquina de Lavar

Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semi-automáticas. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

Videocassete e/ou DVD

Verificar presença de qualquer tipo de vídeo cassete ou aparelho de DVD.

Geladeira e Freezer

No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

Havendo geladeira no domicílio, independente da quantidade, serão atribuídos os pontos (4) correspondentes a posse de geladeira; Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª. porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer.

As possibilidades são:

Não possui geladeira nem freezer	0 pt
Possui geladeira simples (não duplex) e não possui freezer	4 pts
Possui geladeira de duas portas e não possui freezer	6 pts
Possui geladeira de duas portas e freezer	6 pts
Possui freezer mas não geladeira (caso raro mas aceitável)	2 pt

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações freqüentes do tipo “... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas

pele critério é classe B...” não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente. Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas

RENDA FAMILIAR POR CLASSES

Classe	Pontos	Renda média familiar (Valor Bruto em R\$)
		2008
A1	42 a 46	14.366
A2	35 a 41	8.099
B1	29 a 34	4.558
B2	23 a 28	2.327
C1	18 a 22	1.391
C2	14 a 17	933
D	8 a 13	618
E	0 a 7	403