

**MASSIMO COLOMBINI NETTO**

**VALIDADE E COERÊNCIA DE INSTRUMENTOS  
UTILIZADOS EM AVALIAÇÕES CLÍNICAS DE IDOSOS**

**MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**ORIENTADOR: PROF. DR. JOSÉ EDUARDO CORRENTE**

**CO-ORIENTADORES: PROF. DRA. TANIA RUIZ**

**PROF. DR. PAULO JOSÉ FORTES VILLAS BOAS**

**BOTUCATU**

**2008**

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP  
Faculdade de Medicina de Botucatu - Departamento de Saúde Pública  
Pós Graduação em Saúde Coletiva

# **VALIDADE E COERÊNCIA DE INSTRUMENTOS UTILIZADOS EM AVALIAÇÕES CLÍNICAS DE IDOSOS**

**MASSIMO COLOMBINI NETTO**

Dissertação apresentada á Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, Área de Concentração em Saúde Pública.

**Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente**

**Co-orientadores: Prof. Dra. Tania Ruiz**

**Prof. Dr. Paulo José Fortes Villas Boas**

**BOTUCATU, 2008**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO  
DA INFORMAÇÃO  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
*BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus*

Colombini Netto, Massimo.

Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos / Massimo Colombini Netto. – Botucatu : [s.n.], 2008

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2008.

Orientador: Jose Eduardo Corrente

Co-orientadores: Tânia Ruiz e Paulo José Fortes Villas Boas

Assunto CAPES: 40602001

1. Idoso - Doenças – Diagnóstico 2. Saúde coletiva

CDD 614.44

Palavras-chave: Avaliação geriátrica; Escalas; Idosos; Questionários; Validação

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais, Wilmar e Cida, que me deram a vida e  
grande impulso à formação de meu caráter.

Aos meus irmãos pela amizade e pelos agradáveis  
momentos que se perpetuam desde nossa infância.

À minha afilhada, Maria Eduarda, fonte de energia,  
criatividade e alegria.

À Sara Turcotte e Irmã Monique Bourget, amigas estimadas que  
trabalham em prol da Medicina de Família e Comunidade  
com dedicação e empenho exemplares.

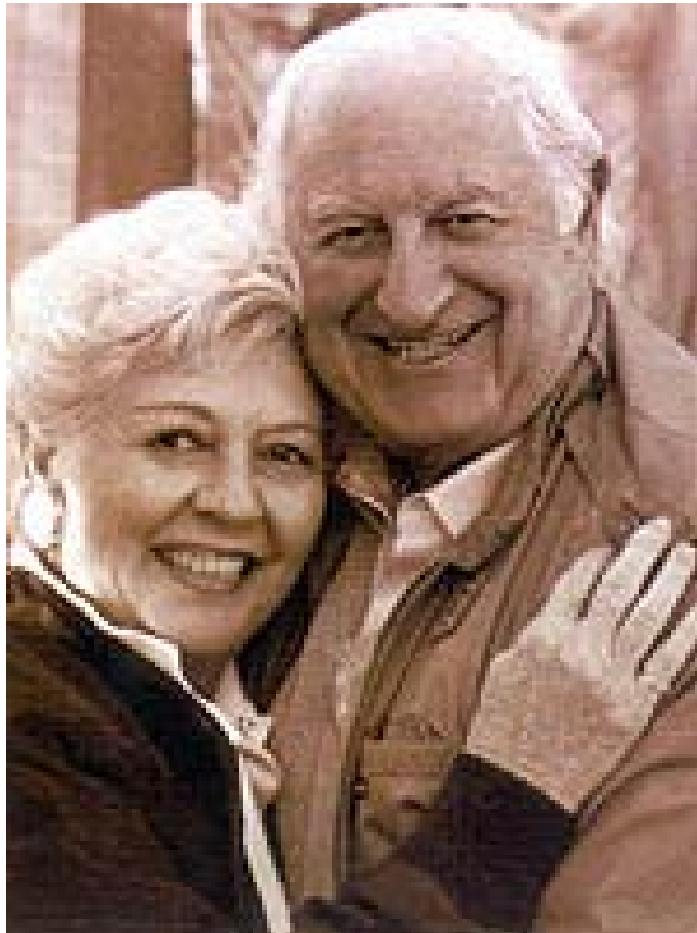
À Medicina de Família, motivo de meu caminhar profissional,  
pelo muito que aprendi sobre a vida, a família e a saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

- Ao Professor José Eduardo Corrente, orientador e amigo, que propiciou qualidade ao projeto. Sua dedicação e perspicácia renderam frutos. Obrigado.
- Aos Professores Paulo José Fortes Villas Boas e Tania Ruiz, co-orientadores, que iluminaram essa trajetória e sempre acreditaram na pesquisa.
- Aos Professores Beatriz Funayama Alvarenga Freire, João de Castilho Cação, Silvia Cristina Mangini Bocchi, integrantes da Comissão Examinadora do Exame Geral de Qualificação, responsáveis por diversas sugestões e observações que enriqueceram o trabalho.
- Aos Professores João de Castilho Cação, Marcelo Marcos Piva Demarzo, Toshio Chiba, Lídia Raquel de Carvalho, Beatriz Funayama Alvarenga Freire, Rodolfo Franco Puttini e Silvia Cristina Mangini Bocchi, muito obrigado por integrarem a Comissão Examinadora do Exame Geral da Dissertação e pelas contribuições.
- À Eliane, Maria Helena, Valéria e Fredson, pela realização das entrevistas com os idosos que possibilitaram o desenvolvimento do projeto. Muito obrigado!
- À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio e financiamento que permitiu a realização da pesquisa. MUITÍSSIMO obrigado !

- Ao Centro de Saúde Escola (CSE) e ao Ambulatório de Geriatria e Gerontologia que ofereceram condições para o desenvolvimento do projeto, muito obrigado!
- À Caixa de Assistência aos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), à Cássia, Nereide, Eliane, Marcos, Maria José, Danielly, Márcia, Mauri, Mírian, Yaracy e os novos amigos das equipes da CASSI, em especial o Módulo Tatuapé e o Pacaembú, agradeço pela amizade, aprendizado e agradabilíssimo convívio. Muito obrigado, Gláucia Osse, pela oportunidade que me propiciou, pela grande amizade e pelo que me ensinou através de seu exemplo como profissional e como pessoa.
- Ao Laboratório de Tecnologia da Informação Aplicada (LTIA) da UNESP, campus de Bauru, pelo profissionalismo e pelos projetos desenvolvidos. Obrigado Leandro, Gabriel, Bruno, Marcelo, Daniel e Paulo. Obrigado, Professor Eduardo Morgado.
- Ao Departamento de Saúde Pública pelo muito que aprendi durante o curso, pela oportunidade de desenvolver este trabalho.
- Ao Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP), à Cida, à Juliana, à Cássia e ao Beto, pelo aprendizado e pela amizade. Agradeço, ao Professor Adriano Dias pelos incentivos em momentos importantes.
- Aos colegas e aos amigos do grupo de pesquisa “Epidemiologia da Terceira Idade” pela participação neste grandioso projeto interdisciplinar. Agradeço especialmente ao Mauro, Livia, Maria Rita e Lilson pelos agradáveis momentos e pela amizade.

- Agradeço à Liga de Geriatria e Gerontologia da UNESP, pelas atividades e pela presença no ambulatório do Centro de Saúde Escola.
- À Associação Paulista (APMFC) e à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), pela qualidade do trabalho desenvolvido na especialidade.
- Ao Serviço Social do Comércio (SESC), pelas “práticas” de Qualidade de Vida e profissionalismo. Obrigado pela amizade, Milton, Celina e equipe de Interlagos.
- À Escola de Saúde de Diadema, manifesto meu agradecimento pelo apoio nas etapas finais, pelas novas e antigas amizades. Obrigado João Negrão, Camila, Larissa, Ana Kelly, Ulisses, Cidinha e todos os novos amigos da equipe.
- Aos amigos e amigas que tiveram e têm grande importância em minha vida pessoal, em minha carreira profissional e que muito contribuíram direta ou indiretamente. Muito obrigado !
- À minha querida família. Gratíssimo pela paciência, compreensão, suporte, espera e pelo carinho que tanto me confortou.



*“Para realizar grandes conquistas, devemos não apenas agir, mas também sonhar;  
não apenas planejar, mas também acreditar”.*

**Anatole France**



## O AMOR ACONTECE

O amor acontece  
Subitamente  
Um sonho  
Sentimento bom  
Felicidade

O amor acontece  
Inesperadamente  
Uma realidade  
Inconseqüente  
Maravilhosa perfeição

O amor acontece  
Invariavelmente  
A vida inteira  
Aquece corações  
Atração prazerosa

O amor acontece  
Simplesmente  
Ao te conhecer  
Infinitas possibilidades  
Belíssima liberdade

O amor acontece  
Oportunamente  
Satisfação imensa  
Prosperidade criativa  
Impulso secreto

O amor acontece  
Profundamente  
Magnífico  
Saudável gratidão  
Conquista decisiva

O amor acontece  
Completamente  
Apaixonado  
Intenso sentimento  
Desejo carinhoso

SP, 09/ 12/ 2007  
**Massimo Colombini Netto**

## ÍNDICE

Tabelas	<b>11</b>
Sumário	<b>12</b>
Abstract	<b>13</b>
1. Introdução	
1.1. Definição de Saúde e envelhecimento populacional	<b>15</b>
1.2. Avaliação clínica dos idosos	<b>17</b>
1.3. Medidas e validade	<b>27</b>
2. Objetivos	<b>30</b>
3. Metodologia	
3.1 Campo de estudo	<b>33</b>
3.2 Descrição do estudo	<b>35</b>
3.3. Instrumentos utilizados	<b>36</b>
4 Análises	<b>48</b>
5. Resultados e discussão	
5.1. Avaliação Sócio-Econômica	<b>50</b>
5.2. Avaliação descritiva dos resultados dos instrumentos	<b>51</b>
5.3. Análises de consistência dos instrumentos	<b>54</b>
6. Conclusões	<b>65</b>
7. Referências	<b>68</b>

## TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição da população de 60 anos ou mais de Botucatu segundo a faixa etária.	<b>32</b>
<b>Tabela 2.</b> Distribuição das médias e desvios padrões de indivíduos com alteração frente aos respectivos pontos de corte dos instrumentos.	<b>51</b>
<b>Tabela 3.</b> Distribuição da pontuação obtida na Escala de Avaliação de Suporte Social do Medical Outcomes Study.	<b>51</b>
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das respostas da escala de Atividade Básicas da Vida Diária.	<b>54</b>
<b>Tabela 5.</b> Distribuição das respostas da escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária.	<b>55</b>
<b>Tabela 6.</b> Distribuição das respostas das alternativas da escala de Depressão Geriátrica.	<b>56</b>
<b>Tabela 7.</b> Distribuição das respostas das alternativas do Mini Exame do Estado Mental.	<b>58</b>
<b>Tabela 8.</b> Distribuição das respostas da escala Medical Outcomes Study.	<b>60</b>
<b>Tabela 9.</b> Frequência das respostas da Escala de Adesão Medicamentosa	<b>61</b>
<b>Tabela 10.</b> Distribuição das respostas da Escala de Fagërstrong em amostra de idosos.	<b>62</b>
<b>Tabela 11.</b> Distribuição das respostas da Escala CAGE em amostra de idosos.	<b>63</b>

## RESUMO

### Validade e coerência de instrumentos utilizados em avaliações clínicas de idosos

**INTRODUÇÃO:** Sentir-se saudável ou doente é uma condição subjetiva. Mensurar o grau ou o significado de uma enfermidade para um determinado indivíduo é, portanto, uma atividade complexa. A subjetividade inerente ao processo saúde-doença resulta em grande variação na identificação de diagnósticos clínicos e, nesse sentido, a utilização de instrumentos padronizados aumenta a concordância entre os profissionais de saúde.

**OBJETIVOS:** Aferir e validar a coerência e consistência de instrumentos utilizados para a avaliação clínica de idosos. **MÉTODOS:** Estudo epidemiológico do tipo transversal. A base de dados provém de uma pesquisa de 2002. Foram entrevistados em domicílio 353 idosos com os questionários: Atividades Básicas da Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Escala de Depressão Geriátrica (EDG), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Avaliação de Suporte Social do *Medical Outcomes Study*, Avaliação de Adesão Medicamentosa, Escala de Dependência de Nicotina, Escala de Avaliação de Problemas com Álcool (questionário CAGE) e uma Avaliação Sócio-econômica. **ANÁLISES:** Foram realizados cálculos da consistência interna das variáveis através do Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach e a técnica *Split-Half* nos instrumentos completos para avaliar reprodutibilidade. **RESULTADOS:** As escalas que podem ser utilizadas sem modificações ou ressalvas são: a AIVDs; o MEEM; o questionário CAGE e a Avaliação do Suporte Social do Medical Outcomes Study. A Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) apresenta uma questão incoerente com o constructo. Quando esta é excluída das análises, ocorre melhora da coerência da escala.

**Palavras-chave:** idosos, escalas, avaliação geriátrica, validação, questionários.

## **ABSTRACT**

### **Validity and coherence of instruments used for elderly clinical examination**

**INTRODUCTION:** Feeling healthy or ill is a subjective condition. To measure the level or meaning of a disease is, therefore, a complex activity. The subjectivity inherent to the health-disease process results in a large variation in the identification of clinical diagnoses and, in this sense, the use of standardized instruments increases agreement among healthcare professionals. **OBJECTIVES:** To analyze and validate the coherence and consistency of instruments used for clinical evaluation of elderly. **METHODS:** This is a transversal-type epidemiological study. The database was obtained from a study conducted in 2002. Three hundred and fifty-three elderly individuals were inquired at home by trained interviewers using the following questionnaires: Daily-Life Basic Activities Scale (ADL), Daily-life Instrumental Activities (IADL), Geriatric Depression Scale, Mini Mental State Examination (MMSE), Social Support Survey from the Medical Outcomes Study (MOS), Medication adherence Evaluation, Nicotine Dependence Scale, Scale for Alcohol-Related Problems (the CAGE questionnaire) and a Socio-economic Evaluation. **ANALYSES:** Calculations of the internal consistency of variables were performed by using the Cronbach's  $\alpha$  Coefficient and the Split-Half technique for the complete instruments in order to evaluate reproducibility. **RESULTS:** The scales that can be used without modifications or restrictions are: the IADL; the MEEM; the Social Support Survey from the MOS; the CAGE questionnaire. The ADL has a question which was incoherent with the scale was observed.

**Key words:** elderly, scales, geriatric evaluation, validation, questionnaires.

## **INTRODUÇÃO**

### **1.1. DEFINIÇÃO DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

Desde 1973, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Este conceito vai além da presença ou da ausência de doença, ou incapacidade para determinadas funções (CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1946).

Medir a condição de saúde é uma atividade complexa, assim como a mensuração da doença. Sentir-se saudável, ou doente, é uma condição subjetiva que pode não corresponder à perspectiva dos profissionais de saúde.

A subjetividade inerente ao processo saúde-doença resulta em grande variação na identificação de diagnósticos clínicos e, neste sentido, a utilização de instrumentos padronizados aumenta a concordância entre os profissionais de saúde.

Mensurar o grau, ou o significado, de uma enfermidade para um determinado indivíduo é recente entre os profissionais de saúde e é bastante complexo (GODBER, 1965).

As informações disponíveis sobre a condição de saúde, sobre o nível de educação, de emprego, de renda, entre outros, oferecem subsídios para o planejamento das ações de saúde e o impacto que causam em uma referida população.

O aumento da expectativa de vida no país associa-se ao aumento dos indicadores de educação e de renda. Recentemente, o Brasil ingressou no grupo dos países de alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) pela Organização das Nações Unidas (ONU) (PNUD, 2007) em decorrência de aumento na expectativa de vida entre o grupo específico de portadores de AIDS de 1990 a 2005 que cresceu mais que cinco anos e meio, atualmente a expectativa média da população do país está em 71,7 anos.

Contrapondo-se ao senso comum, o processo de envelhecimento que ocorre na população brasileira decorre principalmente do declínio da fecundidade.

O rápido declínio das taxas de fecundidade ocorreu em uma população mais jovem em relação à população de países desenvolvidos, assim estamos diante um processo de envelhecimento extremamente rápido e associado a mudanças estruturais profundas (DE CARVALHO e GARCIA, 2003).

Segundo as previsões nosso país poderá se tornar em breve, o sexto país do mundo com maior população acima de 60 anos (IBGE, 2007).

Existem no Brasil cerca de 15 milhões de idosos. Considerando-se as tendências para as taxas de fecundidade e longevidade, as estimativas para os próximos 20 anos ultrapassam 30 milhões de pessoas (ARVANITAKIS, WILSON *ET AL.*, 2004).

Importante destacarmos que a população de idosos com 80 anos e mais, os idosos “muito idosos”, constituem a faixa etária que apresenta maior aumento proporcional. Em 1940, 166 mil pessoas encontravam-se neste extrato da população; em 1996 eram 1,5 milhões de pessoas (CAMARANO, 2002).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) reconhece no país, 451 médicos com Título de Especialista em Geriatria e 131 profissionais com Título de Especialista em Gerontologia. Em quatro dos 26 estados brasileiros (Acre, Amapá, Rondônia e Rorâima) inexistem geriatras com Título de Especialista. Em onze estados (Acre, Alagoas, Amazônia, Amapá, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Piauí, Rio Grande do Norte, Rondônia, Rorâima) e no Distrito Federal também não existe gerontólogo reconhecido pela SBGG.

Diante esta realidade, a assistência à Terceira Idade inevitavelmente será exercida por médicos clínicos ou médicos de família e comunidade.

Todos os profissionais que prestam assistência a idosos necessitam conhecer em profundidade os instrumentos que permitem identificação e avaliação de risco dos distúrbios crônicos degenerativos.

Os instrumentos devem ser práticos, validados para o Brasil, serem os mais precisos possíveis, e possuírem capacidade de estabelecer quando existe indicação de encaminhamento para os especialistas em envelhecimento humano.

## **1. 2. AVALIAÇÃO CLÍNICA DO IDOSO**

Na avaliação de um idoso, tanto pacientes, como acompanhantes e os próprios profissionais de saúde tendem a priorizar os quadros clínicos com pouco tempo de evolução.

Ocorre um fenômeno denominado de “tirania da urgência”, em que os idosos, a família e os profissionais de saúde dedicam mais atenção às queixas e aos problemas agudos em detrimento das doenças crônicas que frequentemente ocasionam poucos sintomas.

Esta característica compromete a adesão e o tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas, tendo como resultados altos índices de complicações e de limitações por seqüelas (JACOB-FILHO, 2005).

Porém, muitas vezes, o tratamento das doenças crônicas determina maior impacto na condição de saúde destes indivíduos em relação ao tratamento dos quadros agudos (VERAS, 2003).

Existem diferenças na abordagem de indivíduos com cerca 50 anos e aquelas com 85 anos ou mais. Importante que as particularidades de cada faixa etária sejam consideradas pelos profissionais que irão assisti-los.



Uma pessoa com 85 anos está mais sujeita a ser frágil, mais sujeita a apresentarem doenças crônicas e a necessitar de auxílios frequentes para realização de suas atividades diárias. Podem ocorrer distúrbios cognitivos e a possibilidade de morte se faz mais presente, com a perspectiva de se viver poucos anos (FINUCANE, 2004).

É notória a complexidade da história clínica de muitos dos idosos, soma-se a isso o fato de que a entrevista clínica pode ser dificultada por restrições de comunicação e compreensão, dificuldades de locomoção que “atrapalham” o exame clínico e podem “atrasar” as consultas.

Tanto a história clínica como o exame físico e os diagnósticos diferenciais usuais são insuficientes para avaliar a capacidade de execução das funções de vida em um idoso.

O diagnóstico oportuno dos problemas de saúde, assim como o planejamento dos serviços de apoio aos pacientes, às famílias ou às instituições sociais voltadas a programas com idosos, estão entre os objetivos do uso da avaliação geriátrica completa (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2005).

Em 1930 a médica, Marjorie Warren, estabeleceu o conceito de Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Esta avaliação é fundamentada na mensuração da capacidade funcional, na utilização de escalas e questionários para mensurar as perdas que ocorrem durante o processo de envelhecimento (WARREN, KOUNTZ *et al.*, 1952).

Através da técnica é possível estratificar o nível das incapacidades, propor medidas e ações de reabilitação, assim como recomendar adaptações que forem necessárias (COSTA, 2003).

Na AGA são avaliados os seguintes parâmetros:

1. Equilíbrio e mobilidade;
2. Função cognitiva;
3. Deficiências sensoriais;
4. Condições emocionais/ presença de sintomas depressivos;
5. Disponibilidade e adequação de suporte familiar e social;
6. Condições ambientais;
7. Capacidade funcional;
8. Estado nutricional.

Segundo PAIXÃO e REICHENHEIM (2005), as dimensões que foram mais estudadas e utilizadas são: estado funcional, saúde mental e avaliação social.

A avaliação funcional é importante na prática geriátrica na medida em que contribui para a abordagem terapêutica, facilita e pode sistematizar as intervenções de toda equipe multidisciplinar.

A avaliação funcional é considerada a base da avaliação geriátrica em decorrência da interação com as demais dimensões.

Cerca de 42% dos idosos apresentam dependência funcional média, destes 4% apresentam dependência funcional grave com risco de hospitalizações e de institucionalização (GUIMARÃES, 1996).

Os instrumentos que avaliam a capacidade funcional são divididos em quatro subdimensões segundo conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem propostas pela OMS (MCDOWELL e NEWELL, 1996; HAZZARD, 1999):

1. Atividades Básicas da Vida Diária (AVD)
2. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)
3. Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD)

#### 4. Qualidade de Vida (QV) ou Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS)

Na dimensão de Atividade de Vida Diária (AVD) os instrumentos mais utilizados são o Barthel e o IADL que correspondem a aproximadamente 90,0% dos 482 artigos revisados pelos autores (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2005).

Todos os instrumentos relacionados durante a revisão sistemática da literatura são de língua inglesa, embora o Barthel foi utilizado em dois estudos no país, nenhum deles foi validado para a realidade do Brasil (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2005).

Esta revisão sistemática selecionou sete instrumentos que são capazes de mensurar a capacidade de realizar atividades básicas da vida diária:

1. The Pulses Profile (MOSKOWITZ e MCCANN, 1957)
2. The Barthel Index (MAHONEY, WOOD *et al.*, 1958)
3. Index of Independence in Activities of Daily Living (KATZ, DOWNS *et al.*, 1970)
4. The Kenny Self-Care Evaluation (SCHOENING, ANDEREGG *et al.*, 1965)
5. The Physical Self-Maintenance Scale (LAWTON e BRODY, 1969)
6. The Functional Status Rating System (FORER, 1981)
7. Medical Outcomes Study Physical Functioning Measure (STEWART e KAMBERG, 1992)

A revisão sistemática realizada por PAIXÃO e REICHENHEIM (2005) também selecionou onze instrumentos para avaliar a dimensão de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), sendo dois em língua inglesa e um instrumento em língua francesa.

A proposta de avaliação da incapacidade física elaborada pelo *The Health Assessment Questionnaire* (HAQ) foi a única que foi adaptada para o Brasil.

Segundo a revisão sistemática de PAIXÃO e REICHENHEIM (2005), nenhum destes instrumentos foi completamente adaptado para uso em nosso país:

1. Rapid Disability Rating Scale (LINN, 1967)
2. The Disability Interview Schedule (GARRAD e BENNETT, 1971)
3. Functional Status Index (JETTE e DENISTON, 1978)
4. The Health Assessment Questionnaire (FRIES, SPITZ *et al.*, 1980)
5. The Patient Evaluation Conference System (HARVEY e JELLINEK, 1981)
6. The OECD Long-Term Disability Questionnaire (MCWHINNIE, 1981)
7. The Lambeth Disability Screening Questionnaire (PATRICK, DARBY *et al.*, 1981)
8. Geronte (LEROUX, VIAU *et al.*, 1981)
9. The Functional Activities Questionnaire (PFEFFER, KUROSAKI *et al.*, 1982)
10. The Functional Independence Measure (KEITH, GRANGER *et al.*, 1987)
11. Le Système de Métré de l'Autonomie Fonctionnelle (HEBERT, CARRIER *et al.*, 1988)

Existe evidência de que a expectativa de vida apresenta diferenças significativas relacionadas à ocorrência de incapacidades, à condição sócio-econômica, ao sexo e ao nível educacional (CAMARGOS, MACHADO *et al.*, 2007).

As mudanças como aposentadoria, condição de avós, viuvez, perda de familiares e amigos, e a ocorrência de doenças crônicas requerem das pessoas e suas famílias uma grande capacidade de ajustamento às perdas, reorientação e reorganização (WALSH, 2001).

A cada dia existe um maior número de idosos dependentes de outras pessoas para suprir suas necessidades. Os cuidadores são, geralmente, familiares dos

idosos, principalmente as mulheres: esposas, companheiras ou filhas (CAMARGOS, MACHADO *et al.*, 2007).

GOLDFARB (2006), ilustra a realidade de uma parcela considerável de indivíduos idosos: “A condição de fragilidade poderá ser maior se, ante a realidade de perdas funcionais, afetivas, sociais e existenciais, o sujeito se sente desamparado e não encontra situação de ajuda, amparo e proteção. Conclui-se que, além do declínio biológico e vulnerabilidade social, fatores subjetivos e culturais possam contribuir na montagem da situação de fragilidade”.

O tabagismo representa um grave problema de Saúde Pública, é um importante determinante de morte, aumenta a ocorrência, assim como a gravidade das incapacidades funcionais (MELLSTROM, RUNDGREN *et al.*, 1982; SUWALA, GERSTENKORN *et al.*, 2005).

O consumo de tabaco se associa a um maior índice de doença física e sintomatologia associada, à percepção de condição de saúde rebaixada, algumas vezes relacionada a maiores níveis de depressão, à ocorrência de eventos/ complicações cardiovasculares e determina aposentadorias precoces (GUIMARÃES, 1996). O tabagismo ocasiona prejuízos sociais e econômicos para o indivíduo, assim como para a sociedade.

A prevalência de tabagismo em idosos em nosso país foi estimada em cerca de 18% (GUIMARÃES, 1996). Segundo o autor, através do desenvolvimento de ações de educação em saúde e de programas de recuperação consegue-se aumentar a qualidade de vida destas pessoas.

A dependência nicotínica se fundamenta nas inter-relações entre a farmacologia, responsável pela dependência física; os componentes comportamentais, associados ao condicionamento; e aos componentes psicológicos, que estão associados à

dependência psicológica. A dependência de nicotina associa-se à grande dificuldade de interromper o consumo de tabaco (HALTY, HUTTNER *et al.*, 2002).

A dificuldade de interromper o hábito de fumar, assim como a ocorrência e também a gravidade dos sintomas de abstinência, relaciona-se com o grau de dependência de nicotínica e determina os recursos terapêuticos a serem utilizados.

O Questionário de Tolerância de Fagerström, também chamado Questionário de Dependência Nicotínica (FAGERSTROM e SCHNEIDER, 1989), é constituído por seis perguntas que permitem identificar os pacientes pertencentes ao grupo de alta dependência nicotínica.

O Ministério da Saúde preconiza que uma avaliação sumária do tabagismo deva integrar os interrogatórios das consultas iniciais de todos os pacientes (MARQUES, CAMPANA *et al.*, 2001).

Em relação ao alcoolismo nos idosos, os sinais e os sintomas dos problemas do uso do álcool podem se manifestar mesmo com níveis baixos de consumo de bebida (Dufour e Fuller, 1995).

Com prevalência estimada em 10 a 20% dos idosos, o alcoolismo ocasiona impacto na condição de saúde das pessoas e suas famílias (GUIMARÃES, 1996; CALLAHAN, 1993).

O uso de álcool é subestimado por diversas razões, os idosos são mais propensos a omitirem uma história de consumo excessivo de bebida e essa problemática também aumenta porque os profissionais de saúde possuem menor grau de suspeita de alcoolismo quando avaliam idosos (CALLAHAN, 1993).

Pela necessidade de aferir a prevalência dos principais problemas relacionados ao álcool, pesquisadores desenvolverem instrumentos voltados para *screening* em pacientes idosos:

1. Alcohol Use Disorders Identification Test/ AUDIT;
2. Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric Version / MAST-G
3. Alcohol Related Problems Survey/ CAGE)

O questionário CAGE (EWING, 1981) apresenta boa sensibilidade e boa especificidade em pessoas idosas, é de fácil aplicação e amplamente utilizado, o que facilita comparações.

O uso de intervenções breves comprovou ser efetivo na promoção de abstinência prolongada e na redução dos níveis de consumo. Na terceira idade, assim como nas demais faixas etárias, ocorre redução do uso nocivo e abusivo de álcool em decorrência da aplicação destas técnicas.

A depressão é uma doença prevalente em idosos, também apresenta alta incidência em familiares de doentes crônicos. Ocasiona sofrimento, pode ampliar limitações ocasionadas por outras doenças, incapacidade para muitas atividades, e sobrecarrega os familiares e os cuidadores.

Caracteriza-se por ser uma doença insidiosa. Os sintomas podem não ser reconhecidos, pois muitas vezes associam-se a sintomas inespecíficos tais como: perda de apetite, insônia e cansaço que podem ser atribuídos a outras etiologias.

Segundo o critério de Diagnóstico de Saúde Mental em sua quarta versão (DSM-IV), a depressão caracteriza-se por um período de duas ou mais semanas nas quais há humor deprimido, perda de interesse, perda de prazer por quase todas as atividades.

O indivíduo com hipótese diagnóstica de depressão apresenta quatro ou mais dos seguintes sintomas adicionais:

1. Alterações no apetite ou peso,
2. Alterações do sono e da atividade psicomotora;
3. Diminuição da energia;
4. Sentimentos de desvalia ou culpa;
5. Dificuldades para pensar, para concentrar-se, ou para tomar decisões;
6. Pensamentos recorrentes sobre morte, planos ou tentativas de suicídio.

A prevalência de depressão em idosos é de aproximadamente 6 a 10%. Existem escalas de triagem de quadros depressivos que podem ser utilizadas. Segundo a Sociedade Americana de Geriatria (2005), o instrumento mais aplicado é a Escala de Depressão Geriátrica.

Importante enfatizarmos que a escala de Depressão em questão é incapaz de definir o diagnóstico da doença, devendo ser utilizada como *screening*.

Na ausência de queixas específicas, recomenda-se apenas fazer a pergunta inicial: “Você se sente triste?”, se a resposta for positiva indica-se aplicar a escala toda (SOCIEDADE AMERICANA DE GERIATRIA, 2005).

Em alguns casos a depressão pode ocasionar alteração cognitiva grave que pode ser confundida com um quadro demencial, assim torna-se importante uma investigação direcionada.

O reconhecimento e o tratamento da depressão podem melhorar a qualidade de vida e a capacidade funcional dos idosos independente das co-morbidades existentes (FERRARI e DALACORTE, 2007).



Grande parcela das pessoas, em todas as idades, se queixa de falhas de memória, porém esta queixa aumenta de prevalência em idades mais avançadas. Muitas vezes, estas pessoas apresentam ansiedade diante a possibilidade real, ou ilusória, de ocorrência de doenças neurológicas (FREITAS, PY *et al.*, 2002).

O momento de detecção do diagnóstico a Doença de Alzheimer é um dos fatores determinantes na estratégia de tratamento e deve ser promovido através da aplicação de métodos de *screening*.

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é o instrumento de avaliação cognitiva mais utilizado no mundo (QUALITY, 2007). Composta de 30 questões com respostas verbais e não-verbais, esta escala fundamenta-se na constatação de que as principais doenças neurológicas crônico-degenerativas afetam primeiramente a memória de curto prazo, o qual declina com a habilidade em executar tarefas rotineiras.

CASSEL (1974) e COBB (1976) sugeriram que a ruptura dos laços sociais pode afetar os sistemas de defesa do organismo e predispor esses indivíduos à ocorrência de doenças. Segundo o autor, os laços sociais influenciam na manutenção da saúde na medida em que favorecem a condutas adaptativas em situações de estresse. (CALLAHAN, 1993)

O conceito de Rede Social (BOWLING, 1997) e de Rede de Apoio Social (DUE, 1999) fazem referência, respectivamente, ao grupo de pessoas com as quais mantêm contato ou alguma forma de vínculo, e aos recursos que podem dispor em situações de necessidade.

A escala de apoio social utilizada no Medical Outcomes Study (MOS) foi validada para o Brasil, contempla as dimensões: material, afetiva, interação social, emocional e informação (GRIEP, 2005).

### 1. 3. MEDIDAS E VALIDADE

Até o presente momento inexistem marcadores biológicos para a maioria dos distúrbios comuns no processo de envelhecimento. O julgamento sobre a presença destes distúrbios fundamenta-se em sintomas e síndromes clínicas.

A referida subjetividade permite enormes variações na identificação de diagnósticos clínicos. Os instrumentos padronizados aumentam a concordância entre os profissionais de saúde e possibilitam comparações em pesquisas.

A validade conceitual de um dado instrumento pode ser definida como a capacidade de medir o que se propõe (KELSEY, WHIHEMORE *et al.*, 1996); envolve um componente conceitual e um componente operacional.

A validade operacional avaliação do instrumento comparando-o com outro critério já existente considerado “padrão-ouro”, geralmente um diagnóstico clínico ou algum outro tipo de critério previamente estabelecido como padrão, através da aplicação de métodos estatísticos. Embora este tipo de validação seja considerado objetivo, existe a necessidade de um componente arbitrário.

Na validação conceitual, os pesquisadores realizam julgamento subjetivo se o instrumento atinge os objetivos previstos, ou seja, este critério é válido segundo o contexto histórico e teórico vigentes.

Para utilização de medidas de avaliação em saúde desenvolvidas em outro idioma faz-se também necessário realizar equivalência transcultural. Processo que consiste em traduzir, adaptar culturalmente e proceder à validação do instrumento.

A tradução e validação transcultural é relevante para a aceitação do instrumento no país e reconhecimento de equivalência à versão original.

As etapas de tradução e adaptação cultural permitem ajustar um determinado instrumento ao idioma, à população, ao contexto social e à cultura de outro país (HERDMAN, FOX-RUSHBY *et al.*, 1997).

A validação para a língua portuguesa e o contexto brasileiro, a análise da coerência/ consistência dos instrumentos utilizados na prática da geriatria/ gerontologia em nosso país permanecia como necessidade para melhorar a assistência aos idosos.

Consistência é definida como “ausência de contradição, ou coerência lógica em um pensamento, doutrina ou proposição”; o termo coerência é definido como “propriedade de critério que assegura a não-adoção de decisões baseadas em incertezas e cujas conseqüências são nitidamente indesejáveis” (HOUAISS, 2001).

O termo confiabilidade é utilizado em relação à reprodutibilidade das medidas, avalia o grau de concordância entre múltiplas medidas (MENEZES, 1998).

A confiabilidade de um instrumento é dada pela comparação de diversas aplicações do instrumento ao mesmo indivíduo.

O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach mede as intercorrelações dos itens. Os valores fazem sentido apenas no intervalo de zero a um. Quanto mais próximo de um, maior a coerência e consistência dos itens para a amostra. Valores negativos de  $\alpha$  de Cronbach não traduzem qualquer sentido prático para análise.

Para estimar a reprodutibilidade foi utilizada a análise de reprodutibilidade *Split-Half*, que divide a amostra em duas e realiza análises comparativas de dos grupos, seguindo as seguintes etapas:

1. Divisão da amostra em metades equivalentes;
2. Análise de Pearson entre os escores das metades testadas;
3. Ajuste do teste de reprodutibilidade utilizando a fórmula de Spearman-Brown.

Quando os valores dos Coeficientes  $\alpha$  de Cronbach apresentam uma proximidade nas amostras 1 e 2 (definidos através da metodologia Split-Half), assim como ao coeficiente da amostra completa, evidenciam a capacidade de reprodutibilidade em estudos semelhantes.

## **2. OBJETIVO**

Validar e aferir a coerência e consistência de alguns dos instrumentos utilizados para a avaliação clínica de idosos.

### 3. METODOLOGIA

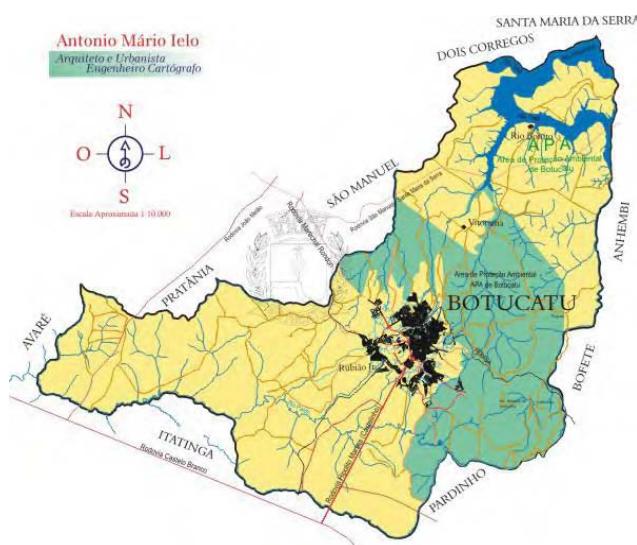
#### 3.1. CAMPO DE ESTUDO

O município de Botucatu teve origem em 18 de fevereiro de 1846 quando foi criada a Freguesia de Botucatu.

Em 14 de abril de 1855, recebeu a denominação de Vila e, em 16 de março de 1876, tornou-se cidade. Botucatu teve importância política e tornou-se uma referência econômica regional durante o período em que serviu como entreposto comercial para algumas regiões do interior do estado de São Paulo e do norte do Paraná, por ser entroncamento da Estrada de Ferro Sorocabana.

O município está localizado a 224 km da capital do Estado de São Paulo, na região centro sul do país com extensão total de 1.522 km<sup>2</sup>, sendo 154 km<sup>2</sup> de área urbana, apresenta clima subtropical, com invernos secos e verões quentes.

Botucatu possui altitude elevada entre 756 metros a 920 metros e tem como limites os municípios: Anhembi, Avaré, Bofete, Dois Córregos, Itatinga, Pardinho, Pratânia, Santa Maria da Serra e São Manuel.



Fonte: Prefeitura Municipal de Botucatu, [www.botucatu.sp.gov.br/](http://www.botucatu.sp.gov.br/), acesso em 6/12/07.

A economia se fundamenta na indústria e no setor de serviços, com evidente destaque para a Educação e Pesquisa em decorrência da existência de dois campi da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), ou seja, a Faculdade de Ciências Agrônômicas e a Faculdade de Medicina, entre outras.

Merece referência a existência de uma unidade da Empresa Brasileira de Aeronáutica (EMBRAER) em atividade desde primeiro de julho de 2006. Esta indústria produz pequenos aviões, além de peças para jatos de fabricação nacional e exportação.

Botucatu apresenta Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1 bilhão e 640 milhões. O município possui PIB anual de R\$ 13.980,00 per capita e alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) avaliado em 0,822 (IBGE, 2007).

A assistência à saúde está inserida no modelo de Atenção Básica Ampliada (PABA), conta com 16 unidades sendo dois Centros de Saúde Escola (CSE), seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) e oito Unidades de Saúde da Família (USF).

O total de habitantes segundo a Contagem da População (data de referência em 1º de abril de 2007) é 120. 800 habitantes; a parcela com 60 anos e mais representa 10,05 % deste total com 12.141 pessoas, tabela abaixo (IBGE, 2007):

Tabela 1. Distribuição por faixa etária da população de 60 anos ou mais de Botucatu, 2007.

Faixa Etária (em anos)	População Estimada
60 a 64	3309
65 a 69	3133
70 a 74	2570
75 a 79	1527
80 e mais	1602
Total	12.141

Fonte: IBGE, 2007.

### **3.2. DESCRIÇÃO DO ESTUDO**

Este estudo é epidemiológico transversal e utiliza-se do conceito de morbidade referida, visto ser apropriado a pesquisas populacionais e por apresentar correlação satisfatória para doenças crônicas (CESAR, FIGUEIREDO *et al.*, 1996).

A base de dados provém de estudo que iniciou em 2002 e que utilizou amostragem estratificada proporcional e aleatória. Foram identificados todos os domicílios onde residiam indivíduos de 60 anos e mais, a partir do cadastro de 9.000 famílias do Projeto FAPESP 2000/09105-0 (JÓIA, RUIZ *et al.*, 2005; JÓIA, RUIZ *et al.*, 2007)

Durante o ano de 2006, no mês de agosto, foi realizado estudo piloto com dez idosos que foram entrevistados em seus domicílios com a finalidade identificar necessidade de ajustes do instrumento aplicado e como treinamento para os entrevistadores de modo a minimizar a ocorrência de erros de preenchimento.

Do total de 353 idosos que participaram do estudo de 2003, 274 foram entrevistados de maio a junho de 2006.

De abril a agosto de 2007, foram entrevistados 80 idosos, que foram selecionados através da metodologia de sorteio do banco de dados de 2003 para repor as perdas da amostra atual, constituídas por mortes e recusas.



### 3.3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

As escalas utilizadas foram selecionadas através de pesquisa em livros de referências e nas seguintes bases de dados:

1. Medical Literature Analysis and Retrieval System Online(MEDLINE)
2. Literatura Latino-americana em ciências da Saúde (LILACS)

Foram elegíveis os artigos com os termos pesquisados no título, que foram realizados em seres humanos com idade acima de 60 anos.

No MEDLINE foram utilizados como descritores: Geriatrics [and] Instruments; Geriatrics [and] Scale. No LILACS, foram utilizados os seguintes termos equivalentes em português e em espanhol segundo consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DECS).

A seleção dos instrumentos obedeceu aos seguintes critérios:

1. Serem de uso amplo e inespecífico
2. Publicados até o ano de 2005
3. Contar com validação no idioma original
4. Serem de fácil compreensão e treinamento
5. Serem de domínio público

Foram utilizados oito instrumentos e uma avaliação socioeconômica sumária, aplicados por entrevistadores treinados, conforme os seguintes domínios.

## DOMÍNIO AVALIAÇÃO FUNCIONAL

Dentre os métodos de avaliação funcional recomendados pela Sociedade Americana de Geriatria estão as escalas de Atividades Básicas da Vida Diária (KATZ, DOWNS *et al.*, 1970) e a The Physical Self-Maintenance Scale (LAWTON e BRODY, 1969), esta última utilizada como medida de Atividade Instrumental de Vida Diária (FREITAS, PY *et al.*, 2002).

Ambas as escalas são utilizadas no Brasil, avaliam a ocorrência de incapacidade em atividades críticas que são necessárias para a permanência do idoso em seu próprio meio, cuidando de si mesmo na comunidade. Estas foram as escalas utilizadas no presente projeto.

### **Instrumento: ESCALA DE ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA - AVD**

#### **(ANEXO 1)**

A escala de Atividades da Vida Diária - AVD(KATZ, DOWNS *et al.*, 1970) avalia funções de sobrevivência que inclui atividades de locomoção e de autocuidado, como por exemplo, andar, comer, vestir-se, tomar banho e higiene.

Esta escala é formada por seis questões, com respostas: “sim” e “não”, que recebem, respectivamente, pontuação um ou zero. O resultado da avaliação será decorrente da soma de respostas “sim” atribuindo-se um ponto por questão.

A soma dos pontos pode variar de zero a seis; avalia e estratifica o desempenho nas funções básicas no presente; pode ser utilizada no acompanhamento para documentar a melhora, ou a piora, funcional ao longo de um determinado período.

O total de seis pontos é considerado indicativo de independência e dois pontos ou menos é indicativo de dependência para as funções que são avaliadas.

**Instrumento: ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA  
AIVD**

**(ANEXO 2)**

A escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (LAWTON e BRODY, 1969) requer maior capacidade cognitiva. Inclui atividades tais como: utilizar o telefone, realizar compras, preparar refeições, utilizar meios de transporte e manter o controle financeiro.

As primeiras alternativas das respostas representam independência na função que está sendo avaliada, cada uma dessas respostas correspondem a um ponto; as segundas alternativas significam capacidade com ajuda, correspondem a dois pontos; as terceiras alternativas significam dependência, equivalem a três pontos.

Foram considerados dependentes para a AIVD aqueles que tiveram somatória menor que 17 pontos (LAWTON e BRODY, 1969).

## **DOMÍNIO AVALIAÇÃO EMOCIONAL**

### **Instrumento: ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA**

#### **(ANEXO 3)**

A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (YESAVAGE, BRINK *et al.*, 1982) é indicada para *screening* e acompanhamento da Depressão em idosos. Esta escala consiste na aplicação de questionário com 15 questões dicotômicas (sim e não), referentes a mudanças no humor e a ocorrência de sentimentos específicos.

O ponto de corte foi estabelecido pela somatória da pontuação das respostas. Quando superior a seis indica presença de sintomas depressivos e necessidade de avaliação clínica mais específica para confirmar, ou negar a hipótese de Depressão (YESAVAGE, BRINK, *et al.*, 1982).

## DOMÍNIO AVALIAÇÃO COGNITIVA

Importante considerarmos que durante processo de amostragem deste projeto foi adotado como critério de inclusão uma avaliação cognitiva sumária (JÓIA, RUIZ *et al.*, 2007).

A avaliação sumária do estado mental (HAHN, 1960) utilizada permitiu viabilizar a realização do estudo com a proposta de avaliação geriátrica ampla de base populacional, porém impossibilita a realização de análises de frequência da condição cognitiva visto que a porcentagem encontrada não representa a população.

### **Instrumento: MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM**

#### **(ANEXO 4)**

No Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN, FOLSTEIN *et al.*, 1975; BERTOLUCCI, BRUCKI *et al.*, 1994) a pontuação é interpretada da seguinte forma:

1. De 30 a 23 pontos, indica funções cognitivas preservadas;
2. Abaixo de 23 pontos ou menos, sugere déficit cognitivo.

Foram utilizadas correções nos pontos de corte da escala segundo a escolaridade (BERTOLUCCI, BRUCKI *et al.*, 1994):

1. Para analfabetos o ponto de corte para déficit cognitivo foi 13;
2. Para aqueles com nível primário e secundário o ponto de corte foi 18;
3. Para idosos com nível superior o ponto de corte permaneceu o mesmo, ou seja, 23.

## **DOMÍNIO SUPORTE SOCIAL**

### **Instrumento: MEDICAL OUTCOMES STUDY - MOS**

#### **(ANEXO 5)**

Para caracterizar a situação de saúde e sócio-demográfica desta população buscou-se investigar a associação entre as dimensões: apoio social e características sócio-demográficas através da Escala de Avaliação de Suporte Social do Medical Outcomes Study (RIESENBERG e GLASS, 1989; ANDRADE, 2001).

O instrumento avalia as dimensões: apoio material, afetivo, emocional e de informação/ interação social. As perguntas referentes a cada dimensão de apoio social foram agrupadas nestes cinco escores independentes.

Os índices dessas dimensões foram padronizados para que variassem entre 20 e 100, independentemente, do número de perguntas que compõem as referidas dimensões.

A padronização foi feita pela razão entre as somas dos pontos obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e o valor máximo de pontos possíveis de serem obtidos, de acordo com o número de perguntas de cada dimensão. O resultado dessa razão foi multiplicado por 100, quanto maior o total alcançado, maior o nível de apoio social.

## **DOMÍNIO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

O instrumento utilizado é a tradução da escala de auto-avaliação de adesão medicamentosa que foi proposta para seguimento de indivíduos hipertensos (MORISKY, GREEN *et al.*, 1986).

A dificuldade de adesão diante situação de ausência de sintomas, está presente no seguimento das principais doenças crônicas dos idosos. Diante a ausência de instrumentos que avaliam a adesão medicamentosa e a referida semelhança, a escala abaixo foi escolhida pelos pesquisadores.

### **(ANEXO 6)**

O instrumento de Avaliação de Adesão Medicamentosa utilizado (MORISKY, GREEN *et al.*, 1986) consiste em quatro perguntas fechadas com respostas dicotômicas (sim ou não).

O indivíduo é interrogado se alguma vez esqueceu-se de tomar a medicação, se é cuidadoso com os horários dos remédios, se interrompe o tratamento quando sente melhora das queixas, ou se interrompe o tratamento quando ocorre piora.

Respostas negativas para a primeira, terceira e quarta questões, com resposta positiva para a segunda questão, sugerem adesão ao tratamento prescrito.

Foram consideradas com baixa adesão ao tratamento, aquelas pessoas que responderam “sim” a uma ou mais questões, exceto à segunda questão na qual a resposta indicativa de “baixa” adesão é “não”.

## DOMÍNIO TABAGISMO

### **Instrumento: ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA DE FAGERSTROM**

#### **(ANEXO 8)**

No estudo foi utilizada a Escala de Dependência de Nicotina de FAGERSTROM. Esta escala se propõe a estratificar o grau de dependência nicotínica em baixo e elevado (FAGERSTROM e SCHNEIDER, 1989; HALTY, HUTTNER *et al.*, 2002).

Este instrumento consiste de seis questões fechadas que variam de zero a três pontos. Como ponto de corte entre fumantes com baixa ou elevada dependência de nicotina pode ser utilizada a média ou a mediana da somatória destas respostas, na pesquisa foi utilizada a mediana.

A caracterização dos pacientes segundo o grau de dependência adquire maior importância no momento de definição terapêutica.



## **DOMÍNIO ALCOOLISMO**

Para aferir a ocorrência os Problemas com uso de Álcool foi utilizada o questionário CAGE (EWING, 1984).

Esta escala é recomendada para determinar o uso nocivo ou de risco. Não faz diagnóstico de dependência, detectando os bebedores de risco com duas ou mais respostas positivas.

### **Instrumento: ESCALA DE AVALIAÇÃO DE PROBLEMAS COM ÁLCOOL**

#### **(ANEXO 9)**

Se mais de uma das respostas for afirmativa, existe suspeita de que possa ocorrer problemas com o álcool, porém duas ou mais respostas afirmativas sugere a ocorrência de problemas com o consumo de álcool.

Como critério de corte foi considerado a ocorrência de duas ou mais respostas afirmativas às questões do referido instrumento.

## **DOMÍNIO IDENTIFICAÇÃO E CONDIÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA**

A identificação e os dados referentes à condição sócio-econômica da pesquisa foram coletados segundo padrão abaixo:

1. Data da entrevista (DD/ MM/ AAAA);
2. Identificação do idoso: nome completo e o número de entrada na base de dados;
3. Data de nascimento: por este projeto estar inserido em um estudo de seguimento e por serem comuns informações erradas sobre a idade real, visto que em estudos com idosos freqüentemente ocorre aumento da idade por orgulho de ser longevo. Também ocorre com relativa freqüência redução da idade por desejo de ser mais jovem, por vergonha da idade, ou outros fatores. Desta forma, a data de nascimento foi preferida para minimizar esses referidos erros.

Para encontrar a idade de cada indivíduo à partir da informação coletada, a data da entrevista e de nascimento foram convertidas em dias, depois subtraídas e o resultado apresentado em idade em dias, posteriormente foi convertida para idade em anos;

4. Sexo: masculino ou feminino;
5. Estado Conjugal: solteiro, casado, viúvo, separado, desquitado ou divorciado. Foram considerados casados os idosos com união estável ou amasiados;
6. Escolaridade: foram classificados em baixa escolaridade (analfabetos, nível primário e nível secundário) e alta escolaridade (superior completo);

7. Renda total mensal das pessoas que moram no mesmo domicílio do idoso. Foram somadas a renda do idoso e a renda dos demais membros da família, sendo consideradas todas as fontes, tais como salários, horas extras, aluguéis, serviços autônomos, pensões, aposentadorias e outros.

A renda foi estratificada segundo a classificação abaixo:

- 1- Até R\$ 300,00 (até 1 SM).
- 2- De R\$ 301,00 a R\$ 1.500,00 (de 1 a 5 SM).
- 3- De R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00 (de 5 a 10 SM)
- 4- De R\$ 3.001,00 a R\$ 6.000,00 (de 10 a 20 SM)
- 5- Mais de R\$ 6.000,00 (mais de 20 SM)
- 6- Não sabe informar
7. Não respondeu

8. Autodefinição de raça ou cor, sendo oferecida como opção:

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Mulato
- 4- Indígena
- 5- Cor amarela
- 6- Não responderam

#### 4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados por profissional treinado contratado. Após foram analisados eletronicamente através do *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) for Windows, versão 15.0 (Mather e Austin, 1983).

Foram realizadas análises estatísticas de frequências das alternativas das questões e dos escores dos instrumentos. Os dados das variáveis quantitativas foram apresentados como média e desvio padrão.

Foi utilizada a validação conceitual através do cálculo da consistência interna das variáveis através do Coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, sendo considerados significativos os valores acima de 0,7.

Em decorrência da diversidade das medidas analisadas foi adotado o coeficiente de correlação intraclasse com a finalidade de padronização das análises.

Todos os instrumentos foram analisados segundo metodologia *Split-Half* descrita anteriormente, para análise de reprodutibilidade dos questionários. Foram considerados semelhantes e indicativos de reprodutibilidade do constructo, diferenças dos Coeficientes  $\alpha$  de Cronbach até 0,2 para mais ou para menos.

Para análise da Escala MOS foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis (H), equivalente ao  $\chi^2$ .

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1. AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA**

Foram entrevistados 353 indivíduos, 208 (58,92%) eram mulheres e 145 eram homens. Resultado semelhante aos valores encontrados na literatura.

A média de idade encontrada foi de 72,91 anos ( $\pm 7,68$ ). Destes 121 (38,7%) apresentavam idade entre 60 a 69 anos, 133 (42,5%) entre 70 a 79 anos, 54 (17,3%) entre 80 a 89 anos, quatro (1,3%) entre 90 a 99, e um indivíduo com 106 anos. A distribuição etária da amostra revela-se envelhecida e alta porcentagem (18,9%) de idosos muito idosos, ou seja, de octagenários, nonagenários ou centenários.

Em relação ao estado civil: 183 (52,6%) eram casados ou viviam em união estável; 115 (33,0%) eram viúvos; 31 (8,9%) solteiros e 19 (5,4%) separados. Dos idosos entrevistados cinco idosos deixaram de responder a esta pergunta específica, constituem, portanto, perdas.

Em relação à cor, 303 idosos (86,8%) referiram serem brancos, 33 (9,5%) pardos ou mulatos, 11 (3,2%) negros, 1 (0,3%) indígena e 1 (0,3%) de cor amarela. Quatro idosos deixaram de responder.

Foram identificados, 87 (24,6%) idosos analfabetos, 237 (67,1%) com nível primário ou secundário e 29 (8,2%) indivíduos com nível superior completo.

A renda considerada foi familiar, obtida através do relato de rendimentos das pessoas que moram no mesmo domicílio visitado, somando-se todas as fontes existentes.

Havia 159 (45,7%) idosos com renda familiar de 1 a 5 salários mínimos, 50 (14,4%) apresentavam renda familiar inferior a 5 salários mínimos, e 118 (33,5%) com renda familiar superior a 5 salários mínimos. Dos entrevistados, 10 (2,8%) desconheciam a renda da família, 16 (4,5%) deixaram de responder a questão.

## **1.2. AVALIAÇÃO DESCRITIVA DOS RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS**

Em relação à avaliação funcional, a aplicação da Escala de Vida Diária (AVD) 16 (4,5%) idosos apresentaram dependência em quatro ou mais funções básicas. Deste total, 9 eram mulheres e 7 eram homens, o que representa risco relativo de 0,9 (IC = 0,34 a 2,35 e  $p=0,82$ ).

Foram encontrados 151 (42,8%) indivíduos com somatória da pontuação sugestiva de independência completa nas funções avaliadas.

A aplicação da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) resultou em 35 (9,9%) idosos com dependência nas funções avaliadas, deste total 21 eram mulheres e 14 eram homens, ou seja, um risco relativo de 1,05 (Intervalo de Confiança - IC = 0,55 a 1,99 e  $p=0,89$ ).

Do total das pessoas avaliadas 219 (62%) conseguiram pontuação máxima, ou seja, eram totalmente independentes.

O *screening* utilizou a Escala de Depressão Geriátrica identificou 55 (15,6%) idosos com necessidade de uma avaliação clínica para confirmar, ou afastar, o diagnóstico de depressão. Deste total, 35 eram mulheres e 20 eram homens, com risco relativo de ocorrência de sintomas depressivos de 1,22 (IC=0,73 a 2,03 e  $p=0,43$ ).

O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) selecionou 53 (15,01%) idosos com escore sugestivo de transtorno cognitivo para a escolaridade.

A estratificação segundo escolaridade revela 10 (2,83%) desses idosos entre os analfabetos, 24 (6,80%) entre aqueles com nível primário ou secundário, e 19 (5,38%) entre aqueles com nível superior.

Foram identificados 59 (16,7%) idosos com alta adesão aos medicamentos e tratamentos prescritos, destes 42 eram mulheres e 17 eram homens.

Dos idosos entrevistados 45 (12,9%) declararam-se tabagistas e 305 (87,2%) disseram que não fumam atualmente. Do total de fumantes 29 (64,44%) eram homens e eram 21 (46,67%) mulheres.

Entre aqueles que não fumam, 80 (26,23%) fumaram no passado e 225 (73,77%) nunca fumaram. Dos 80 ex-tabagistas, 59 (73,75%) eram homens e 21 (26,25%) eram mulheres.

Uma alta dependência de nicotina foi identificada em 17 (31,48%) dos idosos tabagistas, sendo 11 (64,71%) homens e 6 (35,29%) mulheres.

Em relação à ocorrência de problemas com álcool todos os 4 (1,14%) indivíduos identificados como apresentando problemas com a bebida foram do sexo masculino.

**Tabela 2.** Distribuição das médias, desvios padrões e porcentagens de indivíduos com alteração frente aos respectivos pontos de corte dos instrumentos.

<b>INSTRUMENTO</b>	<b>Ponto de Corte</b>	<b>Média (SD)</b>	<b>Percentual com alteração</b>
Atividades Básicas da Vida Diária	Soma menor ou igual a 2	5,09 ( $\pm$ 1,17)	4,5
Atividades Instrumentais da Vida Diária	Soma menor que 17	24,46 ( $\pm$ 4,76)	9,9
Escala de Depressão Geriátrica	Soma maior que 6	3,9 ( $\pm$ 2,71)	15,6
Mini-Exame do Estado Mental	Estratificado por escolaridade	22,89 ( $\pm$ 4,74)	15,0
Adesão Medicamentosa	Soma igual a 4	2,55 ( $\pm$ 2,56)	16,7
Escala de Dependência de Nicotina	Soma maior que a mediana	4,0 ( $\pm$ 1,78)	15,3
Escala de Problemas com Álcool	Soma maior que 1	1,5 ( $\pm$ 1,03)	1,4

Em relação ao Suporte Social, foram encontrados alta pontuação em todos os domínios avaliados, o que representa um bom indicativo da existência de suporte social entre os idosos do município de Botucatu.

**Tabela 3.** Distribuição da pontuação obtida na Escala de Avaliação de Suporte Social do Medical Outcomes Study, segundo seus domínios.

	<b>Apoio Material</b>	<b>Apoio Afetivo</b>	<b>Apoio Emocional</b>	<b>Apoio de Informação</b>
média	94,42	94,92	93,07	91,52
mediana	100	100	100	100
Percentil 25	100	100	95,52	87
Percentil 50	100	100	100	100
Percentil 75	100	100	100	100



### 5.3. ANÁLISES DE CONSISTÊNCIA DOS INSTRUMENTOS

#### DOMINIO AVALIAÇÃO FUNCIONAL

##### Instrumento: ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

Com as respostas levantadas, obtivemos um valor de coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,63 que revela uma baixa consistência entre as questões.

As análises realizadas contemplam a retirada de perguntas e apresentam o coeficiente que pode ser obtido através desta modificação, com a finalidade de apresentar propostas para melhorar a consistência do instrumento.

**Tabela 4.** Distribuição das respostas das alternativas da escala de Atividade Básicas da Vida Diária (AVD). Botucatu, 2006.

Questões	Sim		Não		Total	Perdas	Total
	N	%	N	%	N	N	%
Não recebe ajuda para tomar banho Ou	184	52,1	169	47,9	<b>353</b>	0	100
Pega as roupas e se veste sem ajuda	314	89,0	39	11,0	<b>353</b>	0	100
Vai ao banheiro, usa-o e se veste sem ajuda	332	94,3	20	5,7	<b>352</b>	1	100
Consegue deitar, sentar e levantar	325	92,1	28	7,9	<b>353</b>	0	100
Controla completamente urina e fezes	311	88,1	42	11,9	<b>353</b>	0	100
Come sem ajuda	330	93,5	23	6,5	<b>353</b>	0	100

A análise segundo a metodologia *Split-Half* revela semelhança em relação aos coeficientes obtidos, ou seja, 0,49 e 0,59.

Ao excluir a questão abaixo do conjunto notamos melhora no valor do coeficiente que passa a ser de 0,72 a 0,75:

“O (a) senhor (a) não recebe ajuda **OU** somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?”

O substancial aumento do coeficiente evidencia melhora na consistência interna da escala. Ao interpretarmos a questão, percebemos a presença da palavra “OU” que, por se tratar de uma questão composta por uma negativa, gera confusão nas respostas e, em consequência, redução na coerência.

Propomos uma reformulação desta questão e novas análises. A Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária apresenta uma alta coerência em decorrência do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,93.

**Tabela 5.** Distribuição das respostas das Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). Botucatu, 2006.

Questões	Não Consegue		Consegue com ajuda		Consegue		Total	Perdas	Total
	N	%	N	%	N	%	N		%
Usar o telefone	32	9,1	34	9,6	287	81,3	353	0	100
Ir a lugares distantes	39	11,0	38	10,8	276	78,2	353	0	100
Fazer compras	45	12,7	28	7,9	280	79,3	353	0	100
Preparar refeições	35	9,9	9	2,5	309	87,5	353	0	100
Arrumar a casa	45	12,7	12	3,4	296	83,9	353	0	100
Fazer pequenos reparos	49	13,9	12	3,4	292	82,7	353	0	100
Passar a roupa	47	13,3	10	2,8	296	83,9	353	0	100
Tomar remédios	28	7,9	15	4,2	310	87,8	353	0	100
Cuidar das finanças	40	11,3	20	5,7	293	83,0	353	0	100

As análises segundo a metodologia *Split-Half* revela semelhança em relação aos coeficientes obtidos, ou seja, 0,88 e 0,87.

## DOMÍNIO AVALIAÇÃO EMOCIONAL

Na análise da Escala de Depressão Geriátrica foi encontrado um  $\alpha$  de Cronbach de 0,72, indicativo de boa consistência do instrumento.

**Tabela 6.** Distribuição das alternativas da escala de Depressão Geriátrica abreviada.

Botucatu, 2006.

	Sim		Não		N	Perdas	Total
	N	%	N	%			
Está satisfeito com a vida	319	90,4	33	9,4	352	1	100
Interrompeu muitas das atividades	172	48,9	180	51,1	352	1	100
Acha a vida vazia	82	23,4	268	76,6	350	3	100
Aborrece-se com frequência	120	34,1	232	65,7	352	1	100
Sente-se bem com a vida	297	84,1	55	15,6	352	1	100
Teme que algo ruim possa acontecer	121	34,3	230	65,2	351	2	100
Sente-se alegre	291	82,4	59	16,9	350	3	100
Sente-se desamparado	25	7,1	327	92,6	352	1	100
Prefere ficar em casa a sair	206	58,4	146	41,5	352	1	100
Acha que tem mais problemas de memória	125	35,6	226	64,0	351	2	100
Acha que é maravilhoso estar vivo	21	6,0	328	94,0	349	4	100
Acha que vale a pena viver	322	91,7	29	8,2	351	2	100
Sente-se cheio de energia	298	84,4	55	15,6	353	0	100
Acha que a situação tem solução	289	82,1	63	17,9	352	1	100
Acha que tem muita gente melhor	141	39,9	212	60,1	353	0	100

A análise segundo a metodologia *Split-Half* revela grande contraste em relação aos coeficientes obtidos, ou seja, 0,66 e 0,43. Este resultado sugere que os valores encontrados para os  $\alpha$  de Cronbach podem ser dependentes da constituição da amostra, ou parte dela.

## DOMÍNIO AVALIAÇÃO COGNITIVA

O Mini-Exame do Estado Mental apresenta coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,80. Valor este que evidencia boa consistência do constructo

A análise segundo a metodologia *Split-Half* revela semelhança em relação aos coeficientes obtidos, ou seja, 0,82 e 0,66. Os coeficientes apresentados indicam coerência e boa capacidade de reprodutibilidade do instrumento.

**Tabela 7:** Distribuição das respostas do Mini Exame do Estado Mental.

Botucatu, 2006.

	<b>Certo</b>		<b>Errado</b>		<b>Total</b>	<b>Perdas</b>		<b>Total</b>
	N	%	N	%	N	N	%	
Qual o dia da semana?	327	92,9	25	7,1	352	1	100	
Qual o dia do mês?	291	82,7	61	17,3	352	1	100	
Qual o mês?	319	90,6	33	9,4	352	1	100	
Qual o ano?	299	84,9	53	15,1	352	1	100	
Qual a hora aproximada?	333	94,6	19	5,4	352	1	100	
Qual o local específico (apartamento)?	341	96,9	11	3,1	352	1	100	
Qual o local da residência?	336	95,5	16	4,5	352	1	100	
Qual o bairro ou rua próxima?	334	94,9	16	5,1	352	1	100	
Qual a cidade?	342	97,2	10	2,8	352	1	100	
Qual o estado?	334	95,2	17	4,6	351	2	100	
Quanto é 100 menos 7?	206	67,5	99	32,5	305	48	100	
Quanto é 93 menos 7?	136	44,6	169	55,4	305	48	100	
Quanto é 86 menos 7?	170	55,7	135	44,3	305	48	100	
Quanto é 79 menos 7?	177	58	128	42	305	48	100	
Quanto é 72 menos 7?	152	49,8	153	50,2	305	48	100	
Nomear um relógio e uma caneta	348	98,9	4	1,1	352	1	100	
Repetir: "nem aqui, nem ali, nem lá"	326	92,9	25	7,1	352	1	100	
Ler e obedecer: "feche os olhos"	337	95,7	15	4,3	352	1	100	
Escrever uma oração	254	73,69	91	26,4	345	8	100	
Copiar um desenho	245	70,6	102	29,4	347	6	100	
	<b>Zero acerto</b>	<b>Um acerto</b>	<b>Dois acertos</b>	<b>Três acertos</b>	<b>Total</b>	<b>Perdas</b>		<b>Total</b>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N	%	
Repetir: "vaso, carro, tijolo"	21 (6,0)	2 (0,6)	10 (2,8)	319 (90,6)	352	1	100	
Lembrar as três palavras	85 (24,1)	69 (19,5)	109 (30,9)	90 (25,5)	353	3	100	
"Pegue o papel, dobre-o e coloque no chão"	12 (3,4)	111 (31,8)	57 (16,3)	169 (48,4)	349	4	100	
	<b>Um acerto</b>	<b>Dois acertos</b>	<b>Três acertos</b>	<b>Quatro acertos</b>	<b>Cinco acertos</b>	<b>Total</b>		<b>Perdas</b>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	N	%
Solettrar a Palavra "mundo" de trás para frente	3 (6,3)	8 (16,7)	7 (14,6)	8 (16,7)	22 (45,6)	48	305	100

## **DOMÍNIO SUPORTE SOCIAL**

A avaliação do Domínio Suporte Social foi avaliada através da escala Medical Outcomes Study (MOS) apresentou  $\alpha$  de Cronbach de 0,90. Este resultado é indicativo de coerência do instrumento.

A análise segundo a metodologia Split-Half revela que existe uma grande semelhança dos coeficientes obtidos, ou seja, 0,87 e 0,86. Estes valores, além de serem semelhantes entre si, são próximos ao valor encontrado para a amostra completa e, portanto, indica capacidade de reprodutibilidade do instrumento.

Tabela 8: Frequência das respostas das alternativas da escala Medical Outcomes Study (MOS).

Botucatu, 2006.

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Às vezes</b>	<b>Quase sempre</b>	<b>Sempre</b>	<b>Perdas</b>	<b>Total</b>
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N	%
Conta com alguém que ajude se ficar de cama	13 (3,7)	9 (2,6)	7 (2,0)	6 (1,7)	312 (89,9)	6	100
Conta com alguém para levá-lo ao médico	9 (2,6)	4 (1,1)	4 (1,1)	8 (2,3)	323 (92,8)	5	100
Conta com alguém para preparar refeições	5 (1,4)	5 (1,4)	6 (1,7)	8 (2,3)	324 (93,1)	5	100
Conta com alguém para ajudar nas tarefas	9 (2,6)	4 (1,2)	5 (1,4)	3 (0,9)	325 (93,9)	7	100
Conta com alguém que demonstre afeto	3 (0,9)	6 (1,7)	7 (2,0)	6 (1,7)	327 (93,7)	4	100
Conta com alguém que lhe dê abraço	8 (2,3)	7 (2,0)	18 (5,2)	14 (4,0)	302 (86,5)	4	100
Conta com alguém que ame e sente-se querido	7 (2,0)	4 (1,1)	7 (2,0)	7 (2,0)	325 (92,9)	3	100
Conta com alguém para lhe ouvir	5 (1,4)	8 (2,3)	15 (4,3)	16 (4,6)	305 (87,4)	4	100
Conta com alguém que confie	5 (1,4)	6 (1,7)	18 (5,1)	12 (3,4)	309 (88,3)	3	100
Conta com alguém para compartilhar medos	9 (2,6)	11 (3,2)	25 (7,2)	16 (4,6)	288 (82,5)	4	100
Conta com alguém que compreenda problemas	7 (2,0)	8 (2,3)	23 (6,6)	10 (2,9)	302 (86,3)	3	100
Conta com alguém para dar bons conselhos	12 (3,4)	9 (2,6)	27 (7,6)	12 (3,4)	290 (82,9)	3	100
Conta com alguém para dar informação	8 (2,3)	5 (1,4)	14 (4,0)	10 (2,9)	312 (89,4)	4	100
Conta com alguém de quem quer conselhos	15 (4,3)	11 (3,2)	31 (8,9)	14 (4,0)	278 (79,7)	4	100
Conta com alguém para se divertir	24 (6,9)	15 (4,3)	16 (4,6)	14 (4,0)	279 (80,2)	5	100
Conta com alguém para relaxar	18 (5,2)	16 (4,6)	14 (4,0)	15 (4,3)	285 (81,9)	5	100
Conta com alguém para distrair	12 (3,4)	11 (3,1)	17 (4,9)	15 (4,3)	295 (84,3)	3	100
Conta com alguém para coisas agradáveis	15 (4,3)	10 (2,9)	14 (4,0)	14 (4,0)	297 (84,9)	3	100

## DOMÍNIO ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento foi avaliada, apresentou coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,13. Desta forma, o instrumento avaliado foi incoerente no propósito de avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso na amostra da população acompanhada.

**Tabela 9.** Frequência das respostas da Escala de Adesão Medicamentosa.

Botucatu, 2006

	Sim		Não		Perdas	Total
	N	%	N	%	N	%
Esqueceu de tomar seus remédios?	124	35,2	228	64,8	1	100
Cuidadoso com o horário de tomada dos remédios?	121	34,4	231	65,6	1	100
Quando sente melhor, deixa de tomar?	113	32,1	239	67,9	1	100
Quando sente pior, deixa de tomar?	149	42,3	203	57,7	1	100

A análise segundo a metodologia *Split-Half* apresenta resultado semelhante ao obtido pela análise do instrumento todo, ou seja, baixa consistência com coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,11 e 0,05. Sugere reprodutibilidade do instrumento.

Novos estudos são necessários para investigar as razões do baixo valor do coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, que pode estar relacionado a particularidades dos idosos, a dificuldades de medir o comportamento por omissão ou por imprecisão das informações fornecidas.



## DOMÍNIO TABAGISMO

A Escala de Dependência de Nicotina apresenta coeficiente de 0,53 de baixa consistência que se repetiu quando foi aplicada a análise de Split-Half que calcula  $\alpha$  de Cronbach de 0,46 e -0,02.

Este resultado apresentado indica que os valores encontrados apresentam baixa probabilidade de serem reproduzidos em outros estudos. A diferença encontrada pode decorrer de particularidades da amostra estudada, ou de falhas na coleta dos dados visto o grande número de informações faltantes.

**Tabela 10.** Frequência das respostas da Escala de Fagerstrong em amostra de idosos.

Botucatu, 2006.

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>		
	N(%)	N(%)		
Acha difícil não fumar em alguns locais?	15 (26,8)	41 (73,2)		
Você fuma mais pela manhã?	32 (66,7)	16 (33,3)		
Você fuma mesmo estando doente?	18 (37,5)	30 (62,5)		
	<b>O Primeiro</b>	<b>Outros</b>		
Qual o cigarro lhe traz mais satisfação?	34 (60,7)	22 (39,3)		
	<b>Até 5'</b>	<b>Entre 6 e 30'</b>	<b>Entre 31 e 60'</b>	<b>Após 60'</b>
Quanto tempo após acordar você fuma?	19 (32,8)	12 (20,7)	11 (19,0)	16 (27,6)

## DOMÍNIO ALCOOLISMO

A Escala CAGE apresenta  $\alpha$  de Cronbach de 0,78. Esta análise identifica o instrumento como consistente para o que se propõe.

A análise pela metodologia Split-Half revela coeficientes semelhantes ao obtido na análise da amostra toda, ou seja, apresenta 0,68 e 1,0.

**Tabela 11.** Frequência das respostas da Escala CAGE em amostra de idosos.

Botucatu, 2006.

	Sim	Não	Perdas	Total
	N (%)	N (%)	N	%
Alguma vez sentiu que deveria diminuir a bebida?	8 (9,3)	78 (90,7)	0	100
As pessoas o aborrecem com criticam sobre a bebida?	6 (7,0)	80 (93,0)	0	100
Sente-se culpado pela maneira como bebe?	2 (2,3)	84 (97,7)	0	100
Costuma beber para diminuir o nervosismo?	2 (2,4)	82 (97,6)	0	100

## 2. CONCLUSÕES

O presente trabalho se justificou pela necessidade de validação e de adaptação de muitos dos instrumentos utilizados na assistência geriátrica inserida no contexto sócio-cultural do município de Botucatu.

Identificou-se que alguns dos instrumentos utilizados na pesquisa apresentam bons indicadores de consistência, coerência e reprodutibilidade.

As escalas que preenchem os critérios acima referidos e podem ser utilizadas sem modificações, ou ressalvas, foram:

- 1- Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD);
- 2- Mini-Exame do Estado Mental (MEEM);
- 3- Avaliação do Suporte Social do Medical Outcomes Study (MOS);
- 4- Escala de Avaliação de Problemas com Álcool (CAGE);

A Escala de Atividades Básicas da Vida Diária (AVD) apresenta uma questão incoerente com o constructo, quando excluída das análises ocorre grande aumento destes parâmetros. Possivelmente, esta melhora pode ocorrer com a eliminação da negativa (uso da palavra “Não” que confunde a resposta) e também da sobreposição de perguntas na mesma alternativa (uso da palavra “Ou”).

A Escala de Depressão Geriátrica revelou-se consistente para a amostra estudada, porém durante a análise de Split-Half apresentou baixos índices podendo indicar que o resultado encontrado decorra de particularidades dos idosos que foram avaliados e que em outras pesquisas os resultados dessas análises sejam distintos.

Já as Escalas de Adesão a Medicamentos e a Escala de Dependência Nicotínica aplicada aos tabagistas apresentaram coeficientes que indicam baixa consistência e baixa coerência.

Ao se realizar análises segundo a metodologia Split-Half foram encontrados resultados semelhantes, sugerindo que os baixos coeficientes encontrados não podem ser atribuídos a particularidades da amostra.

Diante o exposto, identificamos a necessidade de novas pesquisas que resultem no aprimoramento ou desenvolvimento de novos instrumentos que permitam avaliar adesão e dependência de nicotina em idosos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. R. Associação entre apoio social e frequência relatada de auto exame de mamas no estudo pró-saúde. Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001. 66 p.

ARVANITAKIS, Z., R. S. WILSON, *et al.* Diabetes mellitus and risk of Alzheimer disease and decline in cognitive function. Arch Neurol, v.61, n.5, May, p.661-6. 2004.

BERTOLUCCI, P. H., S. M. BRUCKI, *et al.* [The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status]. Arq Neuropsiquiatr, v.52, n.1, Mar, p.1-7. 1994.

BOULT, C.; B. DOWD *et al.* Screening elders for risk of hospital admission. J Am Geriatr Soc, v.41, n.8, Aug, p.811-7. 1993.

BOWLING, A. (1997). Measuring social networks and social support. In: A. Bowling, *Measuring Health: a review of quality of life measurements scales* (2 nd ed., pp. 91-109). Ed Buckingham: Open University Press.

CAMARGOS, M. C., C. J. MACHADO, *et al.* Disability life expectancy for the elderly, city of Sao Paulo, Brazil, 2000: gender and educational differences. J Biosoc Sci, v.39, n.3, May, p.455-63. 2007.

CASSEL, J. (1974). An epidemiological perspectiva of psychosocial factors in disease etiology. *Am J Public Health*, 64, pp. 1040-3.

CESAR, C. L., G. M. FIGUEIREDO, *et al.*[Referred morbidity and the utilization of health services in Brazilian urban areas: methodology]. *Rev Saude Publica*, v.30, n.2, Apr, p.153-60. 1996.

COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*, 38, pp. 300-14.

CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION.*Am J Public Health Nations Health*, v.36, n.11, Nov, p.1315-1323. 1946.

COSTA, E. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG*, v.5, n.2, Dezembro. 2003.

DE CARVALHO, J. A. e GARCIA, R. A.[The aging process in the Brazilian population: a demographic approach]. *Cad Saude Publica*, v.19, n.3, May-Jun, p.725-33. 2003.

DUE, P (1999). Social relations: network, support and relational strain. *Soc Sci Med*, 48, pp. 661-73.

DUFOUR, M. e FULLER, R. K. Alcohol in the elderly. *Annu Rev Med*, v.46, p.123-32. 1995.

EWING, J. A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. Jama, v.252, n.14, Oct 12, p.1905-7. 1984.

FAGERSTROM, K. O. e Schneider, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. J Behav Med, v.12, n.2, Apr, p.159-82. 1989.

FINUCANE, T. E. How is geriatrics different from general internal medicine? Geriatrics and Gerontology International, v.4, p.259-261. 2004.

FLANAGAN, J. C. Measurement of quality of life: current state of the art. Arch Phys Med Rehabil, v.63, n.2, Feb, p.56-9. 1982.

FOLSTEIN, M. F., FOLSTEIN, S. E. *et al.* "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, v.12, n.3, Nov, p.189-98. 1975.

FORER, S. Revised functional status rating instrument Glendale: Rehabilitation Institute, Glendale Advenist Medical Center. 1981

FREITAS, E. V., PY, L. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A. 2002. 1187 p.

FRIES, J. F., P. SPITZ, *et al.* Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum, v.23, n.2, Feb, p.137-45. 1980.

GARRAD, J. e BENNETT, A. E. A validated interview schedule for use in population surveys of chronic disease and disability. Br J Prev Soc Med, v.25, n.2, May, p.97-104. 1971.

GODBER, G. Measurement in medicine--Origin and purpose. Proc R Soc Med, v.58, n.9, Sep, p.664-70. 1965.

GOLDFARB, D. C. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: SESC-PUC (Ed.). Velhices - reflexões contemporâneas. São Paulo, 2006. Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas, p.152

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scand J Rheumatol, v.24, n.2, p.61-3. 1995.

HAHN, R. L. E. A Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. Am. J. Psychiatry, v.117, n.1, p.326-8. 1960.

HALTY, L., M. HUTTNER, *et al.* Análise da utilização do Questionário de Tolerância de Fagerstrom (QTF) como instrumento de dependência nicotínica. J Pneumol, v.28, n.4, jul-ago, p.180-186. 2002.

HARVEY, R. F. e JELLINEK. H. M. Functional performance assessment: a program approach. Arch Phys Med Rehabil, v.62, n.9, Sep, p.456-60. 1981.



HAZZARD, W. R. *et al.* Principles of geriatric Medicine and Gerontology. United States of America. 1999

HEBERT, R., CARRIER, R. *et al.* The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. Age Ageing, v.17, n.5, Sep, p.293-302. 1988.

HERDMAN, M., J. FOX-RUSHBY, *et al.* 'Equivalence' and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. Qual Life Res, v.6, n.3, Apr, p.237-47. 1997.

HOUAISS, A. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa. E. O. Ltda 2001.

IBGE. Contagem da População 2007. 2007

IZQUIERDO, I. Tempo de viver. Porto Alegre: Unisinos. 2002. 139 p.

JACOB-FILHO, W. Por que avaliar? In: JACOB-FILHO, W. e AMARAL, J. R. G. (Ed.). Avaliação Global do Idoso. São Paulo: Editora Atheneu, 2005. Por que avaliar?, p.3-8

JETTE, A. M. e Deniston, O. L. Inter-observer reliability of a functional status assessment instrument. J Chronic Dis, v.31, n.9-10, p.573-80. 1978.

JÓIA, L. C. O idoso no município de Botucatu (SP) : grau de satisfação com a vida e com o estado de saúde (Dissertação). Saúde Pública, Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2005. 176 f. p.

JÓIA, L. C., RUIZ, T. *et al.* Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. Cad Saude Publica, v.41, n.1, p.131-8. 2007.

KATZ, S., DOWNS, T. D. *et al.* Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, v.10, n.1, Spring, p.20-30. 1970.

KEITH, R. A., GRANGER, C. V. *et al.* The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. Adv Clin Rehabil, v.1, p.6-18. 1987.

KELSEY, J., WHIHEMORE, A. *et al.* Methods in Observational Epidemiology. New-York, Oxford: Oxford University Press. 1996

LAWTON, M. P. e BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, v.9, n.3, Autumn, p.179-86. 1969.

LEROUX, R.; VIAU, G. *et al.* Visualisation d'une échelle simple d'autonomie: géronte. Revue Geriatr, v.6, p.433-6. 1981.

LINN, M. W. A rapid disability rating scale. J Am Geriatr Soc, v.15, n.2, Feb, p.211-4. 1967.

MAHONEY, F. I.; WOOD, O. H. *et al.* Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J, v.51, n.5, May, p.605-9. 1958.

MARQUES, A. C. P. R.; CAMPANA, A. *et al.* Consenso sobre o tratamento da dependência de nicotina. Rev. bras. psiquiatr, v.23, n.4, p.200-214. 2001.

MATHER, L. E. e AUSTIN, K. L. The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) as an adjunct to pharmacokinetic analysis. Biopharm Drug Dispos, v.4, n.2, Apr-Jun, p.157-72. 1983.

MCDOWELL, I. e NEWELL, C. Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York: Oxford University Press. 1996

MCWHINNIE, J. R. Disability assessment in population surveys: results of the O.E.C.D. Common Development Effort. Rev Epidemiol Sante Publique, v.29, n.4, p.413-9. 1981.

MELLSTROM, D.; RUNDGREN, A. *et al.* Tobacco smoking, ageing and health among the elderly: a longitudinal population study of 70-year-old men and an age cohort comparison. Age Ageing, v.11, n.1, Feb, p.45-58. 1982.

MENEZES, P. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em psiquiatria. Rev Psiq Clin, v.25, n.5, p.214-216. 1998.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W. *et al.* Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care, v.24, n.1, Jan, p.67-74. 1986.

MOSKOWITZ, E. e MCCANN, C. B. Classification of disability in the chronically ill and aging. J Chronic Dis, v.5, n.3, Mar, p.342-6. 1957.

PAIXÃO, C. M. J. e REICHENHEIM, M. E. [A review of functional status evaluation instruments in the elderly]. Cad Saude Publica, v.21, n.1, Jan-Feb, p.7-19. 2005.

PATRICK, D. L.; DARBY, S. C. *et al.* Screening for disability in the inner city. J Epidemiol Community Health, v.35, n.1, Mar, p.65-70. 1981.

PESSINI, L. Finitude: viver no pesadelo do cronos ou escolher a benção do Kairós? In: SESC-PUC (Ed.). Velhices - reflexões contemporâneas. São Paulo, 2006. Finitude: viver no pesadelo do cronos ou escolher a benção do Kairós?, p.152

PFEFFER, R. I., T. T. Kurosaki, *et al.* Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol, v.37, n.3, May, p.323-9. 1982.

PNUD. Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008: 402 p. 2007.

QUALITY, A. F. H. R. A. The Guide for Clinical Preventive Services. 2007

RIESENBERG, D. e GLASS, R. M. The Medical Outcomes Study. Jama, v.262, n.7, Aug 18, p.943. 1989.

SCHOENING, H. A.; ANDEREGG, L. *et al.* Numerical scoring of self-care status of patients. Arch Phys Med Rehabil, v.46, p.689-97. 1965.

STEWART, A. e KAMBERG, C. Physical functioning measures. In: D. D. U. Press (Ed.). Measuring functioning and well-being: the Medical Outcomes Study approach, 1992. Physical functioning measures, p.86-101

SUWALA, M.; GERSTENKORN, A *et al.* [Tobacco smoking by elderly people according to CINDI WHO research]. Przegl Lek, v.62 Suppl 3, p.55-9. 2005.

VERAS, R. [The quest for adequate health care for the elderly: literature review and the application of an instrument for early detection and prediction of diseases]. Cad Saude Publica, v.19, n.3, May-Jun, p.705-15. 2003.

WALSH, F. A família no Estágio Tardio da Vida. In: Artmed (Ed.). As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre, v.1, 2001. A família no Estágio Tardio da Vida, p.512

WARREN, M. W.; KOUNTZ, W. B. *et al.* Geriatric medicine: therapeutic aspects. J Gerontol, v.7, n.1, Jan, p.100-15. 1952.

WESTEN, D. e ROSENTHAL,R. Improving construct validity: Cronbach, Meehl, and Neurath's ship. Psychol Assess, v.17, n.4, Dec, p.409-12. 2005.

YESAVAGE, J.;BRINK,T. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, v.17, n.1, p.37-49. 1982.

YESAVAGE, J. A.; BRINK,T. L. *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res, v.17, n.1, p.37-49. 1982.



Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997

Botucatu, 04 de abril de 2.005

OF.61/2005-CEP

*Ilustríssimo Senhor  
Prof. Dr. José Eduardo Corrente  
Departamento de Saúde Pública da  
Faculdade de Medicina de Botucatu*

*Prezado Prof. José Eduardo,*

*De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa "Desenvolvimento de um instrumento de avaliação de incapacidade funcional, das morbidades mais prevalentes e da mortalidade decorrente em idosos do município de Botucatu", de autoria de Massimo Colombini Netto, orientado por Vossa Senhoria, e co-orientado pelos Profs. Drs. Tânia Ruiz e Paulo José Fortes Villas Boas, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 04 de abril de 2.005.*

*Situação do Projeto: APROVADO.*

*Atenciosamente,*

*Alberto Santos Capelluppi  
Secretário do CEP*

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96- CNS-MS)

Data: \_\_/ \_\_/ \_\_\_\_

### **“DESENVOLVIMENTO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INCAPACIDADE FUNCIONAL, DAS MORBIDADES MAIS PREVALENTES E DA MORTALIDADE DECORRENTE EM IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU”**

A intenção desta pesquisa é de realizar um estudo sobre pressão alta e fatores que dificultam ou contribuem para o controle adequado desta em pessoas de sessenta anos e mais de Botucatu. As perguntas a serem respondidas são sobre atividades da vida diária, dificuldades pessoais, hábitos, memória, uso de medicamentos e vacinas, e relacionamento com familiares e comunidade. Sua participação nesta pesquisa é voluntária, a recusa não implicará nenhum prejuízo ao senhor, como também poderá se recusar a responder a qualquer questão ou desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisa não apresenta risco, desconforto e inconveniências para ninguém. Os dados coletados são confidenciais, o benefício desta pesquisa para os participantes será o de contribuir para o conhecimento do risco de fatores que levam ao controle inadequado da doença em botucatuenses na terceira idade.

Você poderá contatar os investigadores nos telefones abaixo: Massimo (11) 9107-1414, Maria Rita 9671-8634, Mauro (15) 8111-0090 ou a Comissão de Ética da Unesp se tiver qualquer pergunta 3802-0000. Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivos.

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

Li a informação acima e foi dada oportunidade para perguntas e minhas perguntas foram respondidas satisfatoriamente. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e concordo em participar nesta pesquisa.

**Massimo Colombini Netto** – Pesquisador

R: Izidoro Bertaglia, 1458, ap 05, Jd. Paraíso II, Botucatu - SP, Tel 3815-9568 e (11) 9107-1414





## ANEXO 2

### DOMÍNIO AVALIAÇÃO FUNCIONAL

#### (ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA - AIVD)

O (a) senhor (a) consegue usar o telefone?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue ir a lugares distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue fazer compras?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue arrumar a casa?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue fazer trabalhos domésticos como pequenos reparos?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue lavar e passar a própria roupa?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O senhor (a) consegue tomar seus remédios na dose e no horário corretos?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?

1- não consegue 2- consegue com ajuda 3- consegue sem ajuda

Fonte: Lawton, M. P. e E. M. Brody. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, v.9, n.3, Autumn, p.179-86. 1969.

## ANEXO 3

### DOMÍNIO AVALIAÇÃO EMOCIONAL

#### (ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA)

O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com vida?

0- sim                                1-não

O (a) senhor (a) interrompeu muitas de suas atividades?

1- sim                                0-não

O (a) senhor (a) acha a vida vazia?

1- sim                                0-não

O (a) senhor (a) aborrece-se com frequência?

1- sim                                0-não

O (a) senhor (a) sente-se bem com a vida a maior parte do tempo?

0- sim                                1-não

O (a) senhor (a) teme que algo ruim lhe aconteça?

1- sim                                0-não

O (a) senhor (a) sente-se alegre a maior parte do tempo?

0- sim                                1-não

O (a) senhor (a) sente-se desamparado (a) com frequência?

1- sim                                0-não

O (a) senhor (a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?

1- sim                                0-não

O (a) senhor (a) acha que têm mais problemas de memória que outras pessoas?

1- sim                                0-não

O (a) senhor (a) acha que é maravilhoso estar vivo agora?

0- sim                                1-não

O (a) senhor (a) vale a pena viver da forma que vive agora?

0- sim                                1-não

O (a) senhor (a) sente-se cheio (a) de energia?

0- sim                                1-não

O (a) senhor (a) acha que a situação tem solução?

0- sim                                1-não

O (a) senhor (a) acha que tem muita gente em situação melhor?

0- sim                                1-não

Fonte: Yesavage, J. A., T. L. Brink, *et al.* Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, v.17, n.1, p.37-49. 1982.

## ANEXO 4

### **DOMÍNIO AVALIAÇÃO COGNITIVA** (MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM)

Qual o dia da semana?	1- errado	2- certo
Qual o dia do mês?	1- errado	2- certo
Qual o mês?	1- errado	2- certo
Qual o ano?	1- errado	2- certo
Qual a hora aproximada?	1- errado	2- certo
Qual o local específico (apartamento)?	1- errado	2- certo
Qual o local da residência?	1- errado	2- certo
Qual o bairro ou rua próxima?	1- errado	2- certo
Qual a cidade?	1- errado	2- certo
Qual o estado?	1- errado	2- certo

Eu vou dizer três palavras, e assim que eu terminar, o (a) senhor (a) as repete (procure memorizá-las)

#### **VASO, CARRO, TIJOLO**

1- uma palavra            2- duas palavras            3- três palavras

*Soletre a palavra "mundo" de trás para frente: o-d-n-u-m            Anotar o número de acertos*

#### **OU**

Quanto é 100 menos 7?	1- errado	2- certo
Quanto é 93 menos 7? (86)	1- errado	2- certo
Quanto é 86 menos 7? (79)	1- errado	2- certo
Quanto é 79 menos 7? (72)	1- errado	2- certo
Quanto é 72 menos 7? (65)	1- errado	2- certo

O (a) Senhor (a) lembra quais são as 3 palavras que disse há pouco?

1- uma palavra            2- duas palavras            3- três palavras

Nomear um relógio e uma caneta

1- errado            2- certo

Repetir: nem aqui, nem ali, nem lá

1- errado            2- certo

"Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o e coloque-o no chão".

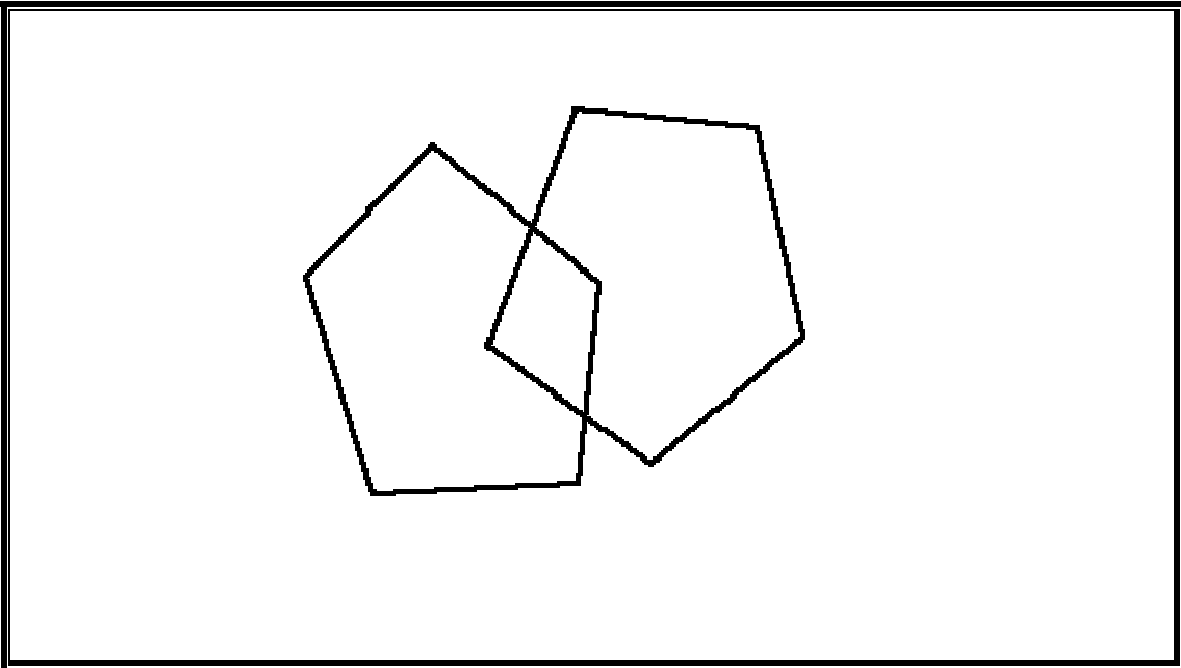
1- um comando            2- dois comandos            3- três comandos

Ler e obedecer: "feche os olhos"            1- errado            2- certo

Escrever uma oração            1- errado            2- certo

Copiar um desenho            1- errado            2- certo

Fonte: Folstein, M. F., S. E. Folstein, *et al.* "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J PsychiatrRes, v.12, n.3, Nov, p.189-98. 1975.



## ANEXO 5

### DOMÍNIO SUPORTE SOCIAL

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para levá-lo (a) ao médico?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para ajudá-lo (a) nas tarefas diárias, se você ficar doente?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que demonstre afeto por você?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que você ame e que faça se sentir querido?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para lhe ouvir quando precisa falar?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém em quem possa confiar para falar de você ou sobre seus problemas?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em situação de crise? 1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém de quem realmente quer conselhos?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para se divertir junto?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém para relaxar?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Se o (a) senhor (a) precisar, com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?

1- Nunca      2- Raramente      3- Às vezes      4- Quase sempre      5- Sempre

Fonte: Griep, RH; Chor, D; Faerstein, E; Werneck GL; Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcome Study adaptable. Cad Saúde Pública, Rio, 21(3):703-714, 2005

## ANEXO 6

### DOMÍNIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO

#### ADESÃO A TRATAMENTO

O (a) senhor (a) já se esqueceu de tomar seus remédios?

1- Não            2- Sim

O (a) senhor (a) é cuidadoso (a) com o horário de tomada de seus remédios?

1- Não            2- Sim

Quando o (a) senhor (a) sente-se melhor deixa de tomar os remédios, algumas vezes?

1- Não            2- Sim

Se o (a) senhor (a) se sente pior algumas vezes quando toma os seus remédios, deixa de tomá-los?

1- Não            2- Sim

Fonte: Morisky, D. E., L. W. Green, *et al.* Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. MedCare, v.24, n.1, Jan, p.67-74. 1986.



## ANEXO 7

### DOMÍNIO TABAGISMO

#### **ESCALA DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA – ESCALA DE FAGERSTROM**

Quanto tempo depois de acordar o (a) senhor (a) fuma o primeiro cigarro?

0- Após 60 min. 1- 31 a 60 min. 2- 6 a 30 min. 3- Antes de 5 min.

O (A) senhor (a) sente dificuldade em evitar o fumo em lugares onde é proibido, como por exemplo, igrejas, local de trabalho, cinema, etc?

0- Não 1- Sim

Qual o cigarro do dia que traz maior satisfação?

0- Qualquer um 1- O primeiro da manhã

O (A) senhor (a) fuma mais freqüentemente nas primeiras horas da manhã?

0- Não 1- Sim

O (A) senhor (a) fuma mesmo estando doente a ponto de ficar acamado a maior parte do dia?

0. Não 1- Sim

Em média, quantos cigarros você fuma por dia?

0 – Se < 10 1 – Entre 11 a 20 2- Entre 21 a 30 3 – Se > 31

Fonte: Fagerstrom, K. O. e N. G. Schneider. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J BehavMed*, v.12, n.2, Apr, p.159-82. 1989.

## ANEXO 8

### DOMÍNIO ALCOOLISMO

O (A) senhor (a) bebe?

0- Não

1- Sim

### **ESCALA PARA AVALIAÇÃO DE PROBLEMAS COM O CONSUMO DE ÁLCOOL**

Alguma vez o (a) senhora (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

0- Não

1- Sim

As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

0- Não

1- Sim

O (A) senhor (a) se sente culpado (a) ou chateado (a) consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?

0- Não

1- Sim

O (A) senhor (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

0- Não

1- Sim

Fonte: Ewing, J. A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. Jama, v.252, n.14, Oct 12, p.1905-7. 1984.

## ANEXO9

### AVALIAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Qual é a renda total por mês das pessoas que moram no seu domicílio, somando a sua e a demais, considerando todas as fontes, como salários, horas extras, aluguéis, bicos, pensões, aposentadorias, etc.?

- 1- Até R\$ 300,00 (até 1 SM).
- 2- De R\$ 301,00 a R\$ 1.500,00 (de 1 a 5 SM).
- 3- Mais de R\$ 1.501,00 (mais 5 SM)
- 4- Não sabe
- 5- Não respondeu

Qual a sua raça ou cor?

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Pardos ou mulatos
- 4 Indígenas
- 5 Cor amarela

Qual o estado civil?

- 1- Casado ou em união consensual
- 2- Solteiro
- 3- Separado (desquitado/ divorciado/ separado judicialmente)
- 4- Viúvo (a)
- 5- Não respondeu