

Alexandre Rodrigo Batista de Oliveira

**ESTILO E SATISFAÇÃO COM A VIDA DA
POPULAÇÃO IDOSA URBANA E RURAL EM UM
MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE, BOFETE (SP)**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina de Botucatu, Universidade Estadual
Paulista para obtenção do título de mestre em
Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente

**Botucatu - SP
2006**

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

Oliveira, Alexandre Rodrigo Batista de.

Estilo e satisfação com a vida da população idoso urbana e rural em um município de pequeno porte, Bofete (SP) / Alexandre Rodrigo Batista de Oliveira. – 2006.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2006.

Orientador: José Eduardo Corrente

Assunto CAPES: 40600009

1. Idosos - Saúde – Bofete (SP) 2. Saúde pública 3. Qualidade de vida

CDD 614

Palavras-chave: Envelhecimento; Estilo de vida; Flanagan; Idoso; Satisfação com a vida

**D
E
D
I
C
A
T
Ó
R
I
A**

Dedico este trabalho aos meus pais Flávio e Solange que me trouxeram ao mundo e sempre me apoiaram em todas as etapas da minha vida, moldando meu caráter e personalidade.

Aos meus irmãos Kleber e Flávia pela amizade e companheirismo que só os irmãos podem nos proporcionar.

A G R A D E C I M E N T O S

*"Cada um que passa em nossa vida passa só, pois cada
pessoa é única e nenhuma substitui a outra.
Cada um que passa em nossa vida passa sozinho, mas não vai só.
Leva um pouco de nós, deixa um pouco de si.
Há os que levaram muito, mas não há os que não deixaram nada.
Esta é a maior responsabilidade de nossa vida e a prova de que duas
almas não se encontram por acaso..."*

Antoine de Saint-Exupéry "O Pequeno Príncipe".

Primeiramente a Deus pela dom da vida e por sua fidelidade eterna.

*Ao Prof. José Eduardo Corrente, orientador e companheiro nas
discussões e conclusões da vida.*

*A Prof^a. Tânia Ruiz por tudo que fez por mim desde o início desta
jornada.*

*A Prof^a. Maria Rita Donalizio e o Prof. Paulo José Fortes
Vilas Boas pelas ricas sugestões para que o nosso trabalho se
tornasse melhor.*

*A Prefeitura Municipal de Bofete na pessoa do Sr. Prefeito José
Carlos Roder por ter viabilizado a realização do nosso estudo.*

*Aos idosos participantes do estudo que são a razão deste trabalho
existir.*

*A todos que de uma maneira direta ou indireta contribuíram para que
este sonho se tornasse realidade.*

EPIGRAFE

*"Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são os imprescindíveis."*

Bertolt Brecht.

S U M Á R I O

LISTA DE FIGURAS E TABELAS _____	11
RESUMO _____	14
ABSTRACT _____	17
1 – INTRODUÇÃO _____	20
1.1 – Envelhecimento	21
1.2 - Estilo de Vida	25
1.3 - Qualidade de Vida	27
1.3.1 - Diferentes Abordagens sobre Qualidade de Vida	27
1.3.2 - Medida da Qualidade de Vida	28
1.4 - Caracterização do município de Bofete	37
2 – OBJETIVO _____	40
2.1 – Geral	41
2.2 – Específico	41
3 - MATERIAL E MÉTODO _____	42
3.1 – Processo Amostral	44
3.2 - Coleta de Dados	45
3.3 - Procedimento para Coleta de Dados	52
3.4 - Processamento dos Dados	53
4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO _____	55
4.1 - Perfil Sócio Demográfico dos Idosos de Bofete	56
4.2 - Estilo e Qualidade de Vida dos Idosos de Bofete	63
4.3 - Estilo de Vida e Morbidades Referidas	66
4.4 - Escala de Qualidade de Vida de Flanagan	69
4.5 – Análise da Questão Aberta	71
5 – CONCLUSÕES _____	78
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	81
APÊNDICE _____	92
Parecer do Comitê de Ética	93
Termo de Consentimento	94
Manual do Entrevistador	95
Instrumento	112

L I S T A D E F I G U R A S E T A B E L A S

Figura 1-	Vista aérea do município de Bofete (SP).....	37
Figura 2-	Igreja Matriz do município de Bofete (SP).....	38
Figura 3-	Vista do “Gigante Adormecido”, Bofete (SP).....	39
Figura 4-	Ingestão de gordura na população de sessenta anos e mais do município de Bofete (SP) 2003.	67
Figura 5-	Drendrograma obtido das 11 categorias da pergunta aberta “O que é qualidade de vida para o Sr(a)?”, no município de Bofete (SP).....	74
Figura 6-	Drendrograma obtidos das variáveis da Escala de QV de Flanagan e o Perfil de vida individual proposto por Nahas, no município de Bofete (SP).....	75

Tabela 1-	Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP), segundo idade e zona de domicílio.....	57
Tabela 2-	Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais do município de Bofete (SP), segundo a escolaridade e local de domicilio.....	57
Tabela 3-	Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP), segundo o grau de escolaridade e o sexo.....	59
Tabela 4-	Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP), segundo a renda e o local de domicílio.....	61
Tabela 5-	Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP), segundo a renda e a escolaridade.....	62
Tabela 6-	Satisfação com a vida dos aposentados do município de Bofete segundo a escala de Qualidade de Vida de Flanagan dos idosos de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP).....	64
Tabela 7-	Nível de Satisfação com a saúde e morbidades referidas dos idosos de sessenta anos e mais do município de Bofete (SP) segundo EQV de Flanagan.....	68
Tabela 8-	Média do escore obtido nas dimensões da Escala de QV de Flanagan na população de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP). 2003.....	70
Tabela 9-	Diferenças entre as concepções sobre qualidade de vida encontrada no estudo de Flanagan e entre os idosos do município de Bofete (SP).....	71

**R
E
S
U
M
O**

Estilo e satisfação com a vida da população idosa urbana e rural em um município de pequeno porte, Bofete (SP)

Qualidade de vida neste início de século não tem sido apenas uma expressão popular, mas tem se tornada meta do ser humano na busca de uma experiência harmoniosa nos seus hábitos de vida. Qualidade de vida deixou de representar apenas vida sem doença física, mas passou a representar busca de felicidade e satisfação pessoal em todos os aspectos da vida: nos âmbitos profissional, social, fisiológico, emocional e espiritual, em equilíbrio.

O presente estudo se propôs a pesquisar o estilo e a qualidade de vida na população de sessenta anos ou mais residente em um município de pequeno porte (Bofete SP). Cidade localizada a 192 km da capital paulista tendo como fonte de economia a agricultura e a exploração imobiliária do turismo ecológico.

Foram entrevistados 280 idosos sendo que 200 residentes na zona urbana e 80 residentes na zona rural, utilizando-se uma adaptação para nossa realidade da escala de qualidade de vida de FLANAGAN traduzida e validada por HASHIMOTO et al, e o perfil do estilo de vida individual proposto por NAHAS.

Os idosos entrevistados possuíam na sua maioria renda de 1 salário mínimo, escolaridade muito baixa. Com relação à qualidade de vida, estes se encontravam satisfeitos, principalmente no que diz respeito às relações com outras pessoas e à constituição familiar. Mesmo os possuidores de alguma morbidade também estavam satisfeitos não ocorrendo diferenças entre os moradores da zona urbana e rural.

Através da análise da questão aberta os idosos foram classificados segundo a coincidência de suas respostas em dois grupos. O grupo 1 valorizou o lazer, ter hábitos saudáveis, ser uma pessoa caridosa entre outras enquanto que o grupo 2 valorizou as relações com outras pessoas, ter uma boa saúde e desfrutar de bens materiais.

Os resultados nos mostraram que mesmo com pouco dinheiro e pouca escolaridade, possuindo uma vida com simplicidade, os idosos deste município encontram-se satisfeitos com suas vidas, mesmo sem os luxos ou a tecnologia das cidades grandes.

A escala de Qualidade de Vida de Flanagan se mostrou eficiente para mensurar a QV na população estudada. As dimensões mais importantes para o indivíduo podem sofrer alterações conforme a população estudada.

Unitermos: Satisfação com a Vida; Estilo de Vida, Idoso.

**A
B
S
T
R
A
C
T**

Lifestyle and satisfaction with life of elderly urban and rural people from a small city (Bofete - SP)

Quality of life in the beginning of this century has not been only a popular expression but has become an aim of the human being to reach an harmonious experience of his life habits. Quality of life does not represent only life without physical disease, but has represented the search of felicity and personal satisfaction in all aspects of the life: professional social, physiological, emotional and spiritual, in harmony.

This work aimed to study lifestyle and quality of life from a population of more than sixty years-old from a small city (Bofete – SP), located at 192 km from the capital of the São Paulo State, in which the main source of income is agriculture and the exploitation of the ecological tourism.

A number of 280 elderly people were interviewed in which 200 from the urban zone and 80 from the rural zone, using an adaptation of the quality of life scale from FLANAGAN, translated and validated by Hashimoto et al, and the lifestyle individual profile, proposed by NAHAS.

The most of the interviewed elderly people had one minimal wage of income and school level very low. Related to quality of life, they were satisfied, mainly about the relationship with other people and the familiar environment. Even the ones that had some morbidity, they were also satisfied without any differences between the habitants from urban or rural zone.

The analysis of an open question, two groups of elderly people were obtained according to the coincidence of the response. Group one has valued leisure, healthy habits and charity. Group two has valued relationship with other people, have good health and material goods.

Results shown that even with a little money, low school level and having a simple life, elderly were satisfied with their lives, even without luxury and technology from the great cities. The FLANAGAN quality of life scale has shown efficient for measure the quality of life in the studied population. The most important dimensions of the subject can be change according the studied population.

UNITERMS: Satisfaction with life; Lifestyle; Elderly.

1

I N T R O D U Ç Ã O

1.1 - ENVELHECIMENTO

A visão social do envelhecimento e da terceira idade possui um estereótipo predominantemente negativo, que conduz a uma marginalização do ser humano idoso. Kastenbaum (1981) afirma que ser idoso não significa necessariamente ser doente, confirmando a idéia de que envelhecer com doenças é negativista e não verdadeiro. Diferentes aspectos do corpo declinam naturalmente em diferentes períodos da vida e, como expõe esse estudioso, “o processo geral do envelhecimento biológico pode se igualar a uma longa e preguiçosa maré que nos sobrevém gradualmente e que nos leva consigo antes mesmo de nos darmos conta de sua presença”.

O envelhecimento é um processo biológico e uma fase de vida. É também um problema social, no sentido de que a sociedade capitalista tende a considerar a capacidade produtiva como objetivo maior da vida e a capacidade produtiva, principalmente em relação a trabalhos físicos para a maioria dos idosos, são menores. A sociedade tende a considerar estas pessoas improdutivas, causadoras de complicações e despesas, esquecendo o fato de que passaram à vida inteira trabalhando e que ainda podem contribuir para sociedade por meio de suas experiências acumuladas. O estudo do desenvolvimento do ser humano, com o passar do tempo, tem abrangido e especificado cada vez mais variáveis que compõem e modelam a trajetória de desenvolvimento. Muitos trabalhos sobre diferenciados aspectos biológicos, psicológicos, históricos e sociais foram e

são realizados com o intuito de compreender as características da vida humana, enquanto aspecto de evolução (BOSI, 1997). Porém, apesar de o curso de desenvolvimento ser contínuo, uma das fases da vida não tem sido muito enfatizado pelos estudiosos: a terceira idade. Parece existir um aumento do interesse pelo estudo deste período, mas ainda poucos avanços que possibilitem uma mudança na vida e sua qualidade dos indivíduos que envelhecem.

O ato de envelhecer é um processo contínuo natural e sempre associado a um ponto fixado no tempo, no caso a idade cronológica, correspondente aos 60 ou 65 anos de idade. E é igualmente relacionado a um comportamento menos dinâmico, ou perda de autonomia física (BOSI, 1997).

A idade de sessenta (60) anos foi determinada como a mínima para a inclusão no estudo, tendo em vista que a Organização Mundial da Saúde (1984) define que, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, é considerada idosa a pessoa que atingiu esta idade.

Para Bromley (1990) a importância do estudo do envelhecimento humano justifica-se por várias razões. Uma delas é que a vida adulta ocupa três quartos do ciclo de vida do ser humano e, em algumas sociedades desenvolvidas, a terceira idade assim como as crianças em idade escolar correspondem (cada um desses grupos) de 16% a 20% da população total. No Brasil no período de 1980 ao ano 2000, paralelamente a um crescimento da população total de 56%, ocorreu um aumento da

população idosa de mais de 100%. A faixa etária com 60 anos ou mais passará de 5% da população total em 1960 para 14% em 2025, quando então o Brasil figurará com a proporção de idosos semelhantes ao que é hoje registrado em países desenvolvidos (COELHO et al, 1999).

Em termos sócio-demográficos, três grandes e rápidas mudanças têm ocorrido, redefinindo o aumento da população idosa nos últimos 50 anos:

- Inversão na proporção da população rural / urbana: em 1940 o Brasil tinha apenas 30% de sua população vivendo nas cidades, hoje essa população aproxima-se dos 80% (a maioria concentrada em dez grandes áreas metropolitanas) (NAHAS, et al 2001);
 - Aproximação na proporção de jovens / idosos na população: o envelhecimento populacional, decorrente principalmente da diminuição da mortalidade infantil e também do aumento da expectativa de vida (NAHAS et al 2001);
 - Conseqüentes mudanças nas principais doenças e causas de morte: das doenças infecto-contagiosas passou-se à predominância das crônico-degenerativas (como doenças cardiovasculares, câncer e doenças metabólicas).
-

O envelhecimento populacional é um fato positivo para uma sociedade, pois reflete seu processo de desenvolvimento, traduzindo-se pela diminuição dos níveis de fecundidade e pelo maior controle sobre a mortalidade, aumentando assim a esperança de vida (SAAD, 1991). Entretanto, apesar de estar relacionado à modernização, pode tornar-se um grave problema social se não ocorrerem transformações socioeconômicas, que propiciem a melhoria das condições de vida e do bem estar geral das pessoas.

Os estudos sobre o envelhecimento populacional tornam-se cada vez mais importantes no sentido de contribuir para a implantação de políticas sociais com impacto na sobrevivência e na qualidade de vida.

O idoso residente nos pequenos centros apesar de não dispor de todos os recursos tecnológicos, principalmente aqueles residentes na zona rural, possui características peculiares em sua vida. Por isso devemos conhecer o seu estilo de vida, objetivando o planejamento de ações que incluam todos os tipos de idosos, sejam eles dos grandes ou dos pequenos centros.

1.2 – ESTILO DE VIDA

Observou-se nos últimos anos uma transformação sem precedentes no padrão de vida da sociedade humana. A mecanização, os avanços tecnológicos (principalmente na área de comunicação), a informação e a presença cada vez mais freqüente dos chamados *labor saving devices* (mecanismos que poupam esforço físico) têm conduzido à diminuição progressiva das atividades físicas no trabalho, em casa e no lazer. Isso tem acontecido paralelamente às mudanças significativas nos padrões alimentares (para pior), e acima de tudo, temperadas pelo estresse, elemento natural que tomou proporções inéditas e desastrosas nesse século (NAHAS et al, 2000).

A vida em ambientes urbanos com alta concentração populacional tem conseqüências que nos fazem refletir: a qualidade da água, do ar, da moradia, a falta de segurança e a depreciação nos relacionamentos sociais e o lazer cada vez mais individual e passivo. Entre outros, esses fatores do estilo de vida das pessoas, têm sido um campo fértil para o stress constante, uma vida sedentária, e com qualidade de vida distante do ideal. O Brasil, em particular não foge a este padrão e o estilo de vida de grande parte da população tem sido comprometido pela crescente disparidade social e o desemprego.

Ao considerar a expectativa de vida de um indivíduo, deve-se analisar não só a longevidade, mas também a ausência de doenças, e seu conceito, devem-se associar à expectativa de vida útil, ativa, produtiva e com bem estar. O conceito de sobrevida, ou de aumento da expectativa de vida e bem estar está associado ao conceito de “qualidade de vida” (NOVAIS, 1995).

Vive-se, atualmente, a chamada era do estilo de vida, uma vez que as principais doenças e causas de morte estão prioritariamente associadas à maneira com vivemos (BLAIR, 1993; BOUCHARD et al, 1994). Os fatores ambientais e de ordem médico-assistencial continuam a ser muito importantes para a qualidade de vida, mas é o comportamento usual (hábitos, alimentação, reação ao stress e nível de atividade física dentre outros) que mais têm afetado a saúde do homem contemporâneo (DEVRIES, 1978; FLOYD et al 1995).

1.3 – QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida tem sido popularmente usado nos dias atuais, freqüentemente associado ao termo “indicador social” (FLANAGAN, 1982), não existindo ainda consenso sobre uma definição. Muitos autores tentam definir qualidade de vida, ressaltando cada um, um aspecto diferente sejam eles “o bem estar”, a educação, o crescimento econômico, a criminalidade, a produtividade ou taxa de acidentes entre outros (FLANAGAN 1982).

1.3.1 - Diferentes abordagens sobre qualidade de vida

O termo qualidade de vida tomado no seu sentido geral significa vida aparentemente saudável e diz respeito ao grau de satisfação do indivíduo nos múltiplos aspectos que integram: moradia, transporte, alimentação, lazer, satisfação/realização profissional, vida sexual e amorosa, relacionamento com as outras pessoas, liberdade, autonomia e segurança financeira. Confunde-se então com o estado de felicidade da pessoa, com o nível que esta consegue alcançar na realização das suas expectativas e plano de vida, o grau de controle que exerce sobre a sua vida e encerra, por conseguinte, importante componente individual e subjetivo. A obtenção e preservação da qualidade de vida, entendida nesse sentido genérico, vinculam-se intimamente, ao estilo de vida da pessoa, ao seu padrão de alimentação, a prática de atividade física, a não aderência a hábitos nocivos, como o fumo entre outros. Podemos citar também a forma como o indivíduo

lida com seu trabalho, com sua família e com as “tensões da vida moderna”. Já a qualidade de vida está ligada à saúde no que diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ou a sua terapêutica acarretam ao paciente e a sua vida. É ainda assim, uma concepção pluridimensional, dado que engloba todos os aspectos da vida da pessoa potencialmente atingidos pelo adoecer e extrapola à pura e simples limitação física.

1.3.2 - Medida da Qualidade de Vida

Há inúmeros instrumentos genéricos e específicos na literatura para a mensuração de qualidade de vida, a maioria deles, desenvolvidos nos Estados Unidos e na Europa. No Brasil, encontram-se hoje, traduzidos e validados para a realidade brasileira, os seguintes instrumentos para medir a qualidade de vida: o “The Medical Study 36 - item Short - Form Health Survey” (SF36), traduzido e validado por CICONELLI (1997); o World Health Organization Quality of Life Assessment “WHOQOL 100” o “WHOQOL bref”, por FLECK et al (1999); o “Ferrans & Power Quality of Life Index” por KIMURA (1999); o “Quality of Life Scale” de Flanagan, por NASSAR & GONÇALVES (1999) e o “Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé - AUQEI” por ASSUNPÇÃO JUNIOR et al (2000).

Existem ainda outros instrumentos utilizados internacionalmente e ainda não traduzidos para o português como exemplos: o Health Related Quality of Life (HRQOL), o Europe Quality of Life

(EUROQOL), Wewstern Ontário and McMaster Universities (WOMAC.) (BADIA et al, 1999; BADIA et al, 2001; BRIGGS et al, 1999; CHAPLIN & MORTON 1999; GONÇALVES et al 1999; NAHAS 2001; HUNT et al, 2000; JOHNSON et al, 2000; JONES et al, 2000; KUNTZ & WEYMULLER 1999; LARSSON et al 1999; LIIN et al, 2001; QUEK et al 2001; SANDBLOM et al, 2001; SILVESTRO et al 2000; SMITH et al, 2001; SOUZA, 2001; SPINCERMAILLE et al, 2001; STRUMBECK et al, 2000; TERRELL et al, 2000; TRIPPOLI et al, 2000; VAILE et al, 1999).

Os instrumentos mais freqüentemente mencionados na literatura são:

WHOQOL - O World Health Organization Quality of Life Group (Grupo WHOQOL) desenvolveu uma escala dentro de uma perspectiva transcultural para medir qualidade de vida em adultos. O instrumento WHOQOL - 100 consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.

A necessidade de um instrumento mais curto para uso em extensos estudos epidemiológicos fez com que a OMS desenvolvesse a versão abreviada com 26 questões (WHOQOL-Bref).

SF 36 - Medical Outcomes Study 36 - É composto por 36 itens que avaliam as seguintes dimensões: capacidade funcional (desempenho nas atividades diárias, como capacidade de cuidar de si,

vestir-se, tomar banho e subir escadas); aspectos físicos (impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); dor (nível de dor e o impacto no desempenho das atividades diárias e ou profissionais); estado geral de saúde (percepção subjetiva do estado geral de saúde); vitalidade (percepção subjetiva do estado de saúde); aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais); aspectos emocionais (reflexo das condições emocionais no desempenho das atividades diárias e ou profissionais) e saúde mental (escala de humor e bem-estar).

Escala de Qualidade de Vida de Flanagan - Desenvolvido pelo psicólogo americano John Flanagan, na metade da década de 70. Usando a técnica do incidente crítico, o estudo abordou aproximadamente 3000 indivíduos norte-americanos, de ambos os sexos e diferentes faixas etárias. Os participantes eram indagados sobre quais as coisas importantes que haviam acontecido com eles e quão satisfeitos estavam com elas. Dos resultados obtidos, determinou-se 15 componentes, agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e mental, relações com outras pessoas, envolvimento em atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento e enriquecimento pessoal e recreação.

Aparecem também com magnitude de freqüência importantes:

- **Questionário MOS-HIV e o MQOL-HIV**, validado por Badia et al (1999) para versão espanhola, utilizado para medir a qualidade de vida em portadores de HIV;
 - **EUROQOL - 5D** (estado de saúde), utilizado por Badia et al (2001) para avaliar e comparar o estado de saúde no Reino Unido e Espanha. O questionário mostra algumas diferenças entre os países: a Inglaterra demonstra uma maior importância na dor, desconforto, ansiedade/depressão enquanto a Espanha demonstra mais importância na função da dimensão de morbidade e o próprio cuidado;
 - Briggs et al (1999) utilizaram o **SF-36** para medir a qualidade de vida em idosos com osteoartrite comparando como vivem com a falta de doença e investigaram a associação entre o analgésico usado e a qualidade de vida. Verificou-se que a qualidade de vida dos pacientes com artrite reumatóide era inferior à daqueles que estavam no mesmo nível de saúde, principalmente nos domínios de estado físico, funcionamento social, e saúde geral. O nível de dor percebido na utilização de medicação analgésica era fator importante associado à qualidade de vida;
-

- **Life-Satisfaction Scale e o General Health Questionnaire**, utilizado por Chaplin & Morton (1999) para saber a epidemiologia da dor nos pacientes com câncer no pescoço, o efeito curativo do tratamento dessa dor e o impacto que a experiência da dor pode ter na qualidade de vida desses pacientes. Concluíram que existe impacto desfavorável na qualidade de vida quando o paciente esta com dor;
 - Havranek et al (1999), utilizaram **HRQL (Health Related Quality of Life)** e o **SF-36** para medir a qualidade de vida no tratamento da falência do coração, avaliando a quantidade e qualidade de vida. Concluíram que é válido observar o relato de saúde e qualidade de vida nos pacientes com falência no coração;
 - Hunt et al (2000) estudaram a qualidade de vida, 12 meses após uma cirurgia da artéria coronária, utilizando o **SF - 36**, para relacionar o risco pré-operatório, dor crônica pós-operatória, sono e gênero na percepção da qualidade de vida. Concluíram que a pesquisa mostra aumento da qualidade de vida para a maioria dos pacientes, porém alguns demonstraram dor severa, perturbações de sono e alterações no relacionamento com o conjugue ou parentes 12 meses após a pesquisa;
-

- **EQ - 5D (Euro Quality)**, utilizado por Johnson et al (2000) para medir o estado de saúde derivado da escala do HRQOL (Health Related Quality of Life) para comparar se as medidas de saúde utilizadas nos diferentes países eram semelhantes às relatadas na Finlândia e os Estados Unidos. Concluíram que não ocorreram diferenças significativas no estado de saúde quando usado o EQ 5D em estudos internacionais;
 - Jones, et al (2000) mediram a qualidade de vida com o **WOMAC (Western Ontário and McMaster Universities)** depois de 6 meses de artroscopia total de quadril e joelho. Concluíram que houve pouca e moderada mudança na qualidade de vida, mostrando maior melhora naqueles submetidos à artroscopia no quadril do que os que realizaram no joelho;
 - **University of Washington Quality of Life (UWQOL)** curto domínio utilizado por Kuntz & Weymuller (1999) para avaliar a qualidade de vida em pacientes com metástase cervical no pescoço; afirmam que é um receptivo instrumento para avaliar a qualidade de vida desses pacientes;
-

- Larsson et al (1999) utilizaram um questionário para medir relato de qualidade de vida denominado **EQRTC QLQ-C30** com uma variedade do **HRQOL (Health - Related quality of life)** em pacientes com cinco anos de sobrevivência com tumor endócrino gastrointestinal. Concluíram que melhora o grau de satisfação no relato de saúde;
 - **WOMAC INDEX (Disease Specific Questionário)**, utilizado por Lin et al (2001) para medir qualidade de vida em pacientes idosos com alterações clínicas no joelho ou osteoartrite no quadril. Concluíram que com uma simples bateria de testes físicos combinados com o WOMAC pode ter um ótimo resultado como medida para avaliar a terapia de intervenção e reabilitação geriátrica;
 - Moore et al (1999) utilizaram na pesquisa do lúpus eritematoso um estudo de validação e reabilitação utilizando quatro indicadores entre eles o **SF-36** para medir e pesquisar a saúde. Concluíram que é um instrumento válido e seguro para medir a qualidade de vida nos pacientes e poderá ser usado em futuras pesquisas na população;
 - Nahas (2001) desenvolveram um instrumento de avaliação denominado "**Pentáculo do Bem Estar**", para medir o estilo e qualidade de vida e saúde em grupos sociais ou de caráter pessoal;
-

- Sandblom et al (2001) utilizaram o **EUROQOL** para medir a qualidade de vida de uma população de homens com câncer de próstata na Suécia. Concluíram que a avaliação e tratamento da dor são essenciais para a boa qualidade de vida;
 - Silvestro et al (2000) desenvolveram e validaram um questionário novo para medir a qualidade de vida na claudicação específica limitando a atividade física, social e funcionamento emocional;
 - Souza (2001) utilizou um protocolo para medir a qualidade de vida na epilepsia. Os resultados ainda estão em conclusões;
 - Strumbeck et al (2000), utilizaram o **SF-36** para medir a qualidade de vida em mulheres com síndrome primária de *Sjogren's* (SS Prim) e compararam com dados normais e relato de saúde e qualidade de vida de mulheres com artrite reumatóide e mulheres com fibromialgia. Concluíram que o relato da qualidade de vida era significativamente menor quando comparada com as que tinham *SS Prim* e com as que possuíam artrite reumatóide e fibromialgia;
 - Terrell et al (2000) utilizaram dois instrumentos **SF12** e o **HNQOV** (Head and Neck Quality of life) para medir a qualidade de vida e dor depois da disseminação de câncer no nervo acessório, ocorreu melhora da qualidade de vida vista no HNQOL;
-

- Trippoli et al (2001), utilizaram o **SF-36** e o **EUROQOL** para medir a qualidade de vida em pacientes com câncer no pulmão, mostrando que a presença de metástase tem uma importante função na indicação da qualidade de vida através de uma forte correlação entre as medidas produzidas nos dois questionários.

Uma das características dos instrumentos para qualidade de vida é que os mesmos tiveram de ser adaptados para a realidade da população em estudo devido às diferenças de percepção sobre o que seria importante para a vida de cada pessoa.

Os resultados observados através dos anos mostraram que os instrumentos desenvolvidos são eficientes para a mensuração da qualidade de vida nas populações os quais foram aplicados, porém ainda não podemos chegar a uma definição definitiva do termo qualidade de vida diante de sua subjetividade e individualidade.

1.4 – CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E BOFETE

O presente estudo foi desenvolvido nas zonas urbana e rural de Bofete, município localizado a cerca de 192 km da capital paulista.

Conhecida atualmente como “cidade ecológica”, devido à sua geografia e ao investimento no turismo ecológico e esportes radicais, Bofete têm se tornado um ponto de encontro daqueles amantes da natureza e adeptos do estilo de vida saudável e tranquilo, mas também com um pouco de aventura.

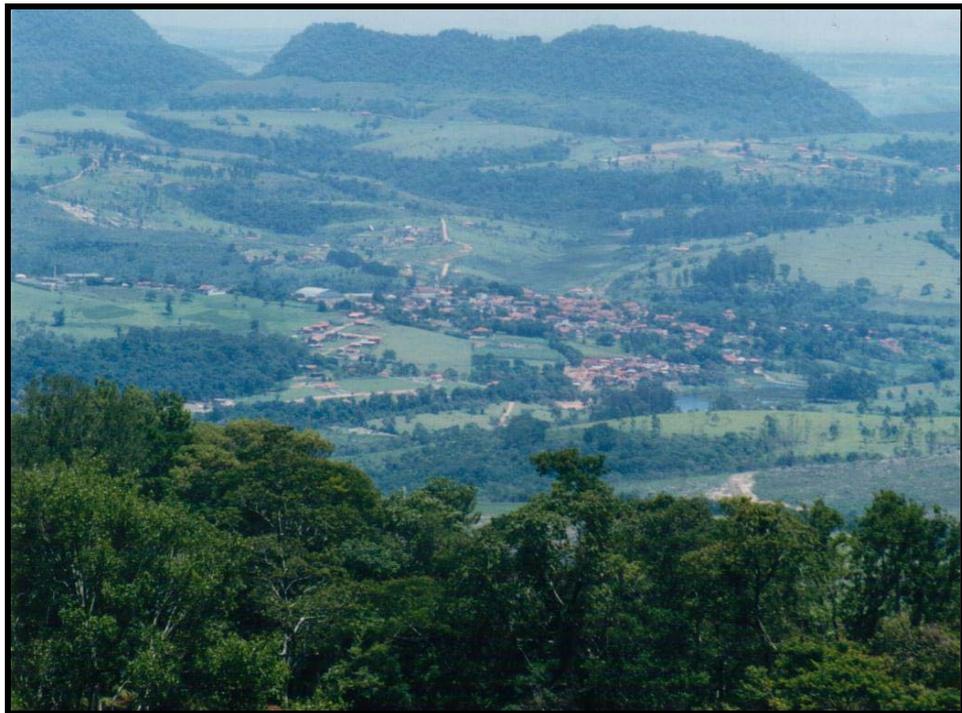


Figura 1 - Vista aérea do município de Bofete (SP) 2003.

Na área da saúde Bofete possui uma única unidade básica de saúde, aonde são atendidas várias especialidades: clínica médica, pediatria, ginecologia, fonoaudiologia, psicologia e fisioterapia. O encaminhamento secundário e terciário dos pacientes é realizado à Botucatu, a 26 km de distância.

Com relação à cultura e lazer, Bofete possui um ginásio de esportes, um campo de futebol municipal, duas escolas, sendo uma de ensino fundamental e outra de ensino médio. As pessoas interessadas em continuar os estudos em nível universitário deslocam-se às cidades vizinhas: Botucatu, Itapetininga, São Manuel, entre outras. Como fonte de lazer, os habitantes desfrutam da tranquilidade da praça da matriz, local de encontro de todas as faixas etárias e, uma vez por ano, a tranquilidade é quebrada pela realização de um rodeio em comemoração pelo aniversário da cidade.



Figura 2 - Igreja Matriz, Município de Bofete (SP) 2003.

Quanto à economia local, podemos destacar o turismo ecológico recentemente implantado na cidade aproveitando-se do relevo e recursos naturais privilegiados, grandes loteamentos de chácaras residenciais e para fins de semana, agropecuária, pequenos agricultores, criação de avestruz, búfalos e indústrias de extração de areia.

Levantamento do IBGE (Censo 2000) aponta os seguintes dados do município:

- População total do município: 7.356 habitantes
- Pessoas residentes na área urbana: 5.231 pessoas
- Pessoas residentes na área rural: 2.125 pessoas
- Total de habitantes com mais de 60 anos: 788 habitantes
- Idosos residentes na zona urbana: 519 idosos *
- Idosos residentes na zona rural: 265 idosos *

* Informações obtidas na Unidade de Saúde Municipal através da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso (2003).



Figura 3 - Vista do “Gigante Adormecido”, Bofete (SP) 2003.

2

O B J E T I V O S

2.1 - GERAL

Avaliar o estilo e satisfação com a vida da população de sessenta anos ou mais residentes nas zonas urbana e rural do município de Bofete – SP

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar o perfil dos idosos do município segundo os seguintes aspectos de suas vidas:

- Satisfação com a vida
 - Hábitos alimentares
 - Cuidados com a saúde
 - Formas de socialização
 - Conforto material
 - Lazer
 - Morbidades Referidas
 - Opinião sobre como definem Qualidade de Vida
-

3

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, que buscou estudar o estilo e qualidade de vida dos indivíduos de sessenta anos e mais, mediante o uso dos instrumentos: a escala de qualidade de vida proposta por Flanagan (1982) e o perfil do estilo de vida individual proposto por Nahas (2001).

O instrumento foi aplicado nos idosos residentes na zona urbana e rural do município através de visitas domiciliares respeitando-se o protocolo de aplicação do instrumento.

Foram incluídos no estudo:

- Indivíduos de sessenta anos e mais que estivessem residindo nas zonas urbana e rural de Bofete e que participaram da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso de 2003.
- Idosos que concordassem em participar da pesquisa

Em conformidade com as Diretrizes Nacionais e Internacionais para Pesquisa em Seres Humanos do Conselho para Organização Internacional de Ciências Médicas (CIMS) e da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) foram observados os seguintes princípios éticos: os idosos foram informados sobre os procedimentos a serem desenvolvidos, da preservação da privacidade envolvida e o livre arbítrio dos mesmos a aceitarem ou não em participar. Em caso positivo, foi solicitado que o mesmo ou representante devidamente habilitado assinasse um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 2). Tal metodologia e procedimentos foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu no dia 03 de novembro de 2003 (ANEXO 1).

3.1 – PROCESSO AMOSTRAL

De acordo com os dados do IBGE (Censo 2000), existiam 788 pessoas com 60 anos ou mais residentes no município.

Foram identificados todos os idosos com idade de 60 anos ou mais das planilhas de vacinação fornecidas pelo Centro de Saúde Municipal, já que a cobertura vacinal no ano de 2003 foi de 100%. Através destas planilhas obtivemos o número de idosos residentes na zona urbana e rural: 519 residentes na zona urbana e 265 residentes na zona rural. Além disso, as planilhas continhas os dados pessoais do idoso como: data de nascimento, endereço, zona de domicílio (rural ou urbana), etc.

Desse modo, foram utilizadas essas planilhas para se proceder a uma amostragem aleatória simples da população. Para o cálculo do tamanho amostral, considerou-se uma prevalência desconhecida com um coeficiente de confiança de 95%, obtendo-se 280 idosos, sendo que 200 residentes na zona urbana e 80 residentes na zona rural. Através do número identificador dos idosos contidos em cada ficha, foi feito um sorteio utilizando-se o programa SAS for windows, v.8.02.

3.2 – COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada utilizando-se o instrumento denominado “Ser Idoso em Bofete”, adaptado para a população em estudo, composto em blocos assim descritos (ANEXO 4):

Bloco A: Identificação e dados Sócio Econômicos

Bloco B: Qualidade de Vida

Bloco C: Perguntas sobre Morbidades

Bloco A: Identificação

Este bloco foi composto das seguintes variáveis:

- Data da entrevista;
 - Identificação do idoso: número de entrada na base de dados;
 - Idade em anos;
 - Sexo: masculino e feminino;
 - Estado Conjugal: solteiro, casado, viúvo, separado, desquitado e divorciado, havendo sido considerado como casados os idosos amasiados;
 - Tempo de residência no município (em anos);
 - Aposentadoria: sim ou não;
-

- Trabalho: sim ou não;
 - Ocupações (adotado o modelo da Classificação Brasileira de Ocupação (CBO) 2000 (IBGE)). A CBO 2000 toma como referência à última versão da Internacional Statistical Classification of Occupations – ISCO - 88 (Classificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-88);
 - Posição na ocupação (adotado à Classificação Internacional de Posição na Ocupação (International Classification of Status in Employment – ICSE) da Organização Internacional do Trabalho (OIT) utilizada pelo IBGE nas pesquisas);
 - Atividades econômicas domiciliares, utilizando a Classificação Nacional de Atividades Econômicas Domiciliares (CNAED) que deriva da Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) utilizadas nas pesquisas domiciliares do IBGE;
 - Escolaridade: classificada da seguinte maneira: analfabetos, alfabetizados por outro meio, primário incompleto/completo; ginásio incompleto/completo; colegial incompleto/completo; superior incompleto/completo;
 - Grau de parentesco com o idoso;
 - Renda individual e per capita;
-

- Outras rendas: nesta questão, foi perguntado ao entrevistado se tinha alguma outra fonte de rendimentos, que complementasse o salário ou a aposentadoria. Se a pessoa possuía, por exemplo, aluguéis de casa. As “outras rendas” foram classificadas enquanto valores, da mesma forma que a renda;
- Número de pessoas moradoras na mesma residência com o idoso;
- Número de cômodos do domicílio, incluindo banheiro;
- Relação com o chefe da família: informando se o idoso era o próprio chefe da família, seu cônjuge, filho ou enteado ou “outros”;
- Número de gerações presentes na família.

Bloco B: Qualidade de Vida

Esse bloco teve por finalidade avaliar a Qualidade de Vida do idoso. Para a composição deste bloco foram adaptados dois instrumentos para a avaliação do Perfil de Vida Individual, proposto por Nahas (1999) e de Qualidade de Vida validado por Nassar e Gonçalves após estudo piloto.

Para o presente estudo foi utilizada a EQV de Flanagan com pontuação adotada por BURCKHARDT et al. (1989) que a utilizou modificando a original graduação de respostas de cinco pontuações para sete pontuações por permitir um espectro maior de respostas. Com isto as

respostas vão de muitíssimo satisfeito com valor sete até muitíssimo insatisfeito com valor um. Assim, a pontuação máxima que pode ser obtida na EQV é de cento e cinco, representando escore total de mais alta qualidade de vida, e a pontuação mínima de quinze, representando escore total de mais baixa qualidade de vida.

Esta escala foi traduzida para o português e usada por HASHIMOTO et al. (1996), os quais, porém não fazem referência quanto a sua fidedignidade. Por isso, GONÇALVES & NASSAR (1998) calcularam o coeficiente de fidedignidade reunindo os dados de aplicação da EQV de Flanagan de três amostras diferentes: uma de 72 pacientes idosos em tratamento ambulatorial, uma de 52 pessoas freqüentadoras de uma universidade aberta da terceira idade e uma de 59 profissionais da enfermagem, trabalhadores de uma UTI neonatal e unidade de pacientes com DST/AIDS, num total de 183 sujeitos. Dos dados desta amostra relativamente heterogênea demonstraram através de testes estatísticos que a EQV de Flanagan traduzida em português e aplicada em nosso meio apresenta alta fidedignidade.

O segundo instrumento denominado *Perfil do Estilo de Vida Individual*, é um instrumento simples, auto-administrado, que inclui cinco aspectos fundamentais do estilo de vida das pessoas e que, refletem a saúde geral e está associado ao bem estar psicológico e a diversas doenças referidas, como crônico-degenerativas. Neste instrumento, além de responderem aos 15 itens do questionário, as pessoas são estimuladas a colorir (preencher com lápis de cor) as faixas representativas de cada um

dos itens auto-avaliados, numa escala que vai de zero (ausência total de tal característica no estilo de vida) até três pontos (completa realização do comportamento considerado). Quanto mais colorida (preenchida) estiver a figura (o pentágulo), mais adequado o estilo de vida da pessoa, se considerados os cinco fatores individuais relacionados à qualidade de vida.

NAHAS (2000) afirma que a fidedignidade deste instrumento pode ser considerada boa. Refere ainda que os valores do erro padrão de medidas (fidedignidade absoluta) variam entre 0,29 e 0,44 nos cinco domínios do instrumento, o coeficiente de concordância entre duas medidas realizadas (fidedignidade relativa) varia entre 74 e 93% nos diversos domínios. Sua validade e reprodutibilidade estão ainda em desenvolvimento pelo autor (Nahas 2000).

Bloco C: Questões sobre Morbidades

Este bloco teve como objetivo avaliar as morbididades referidas pelos idosos sendo composto pelas seguintes questões:

- Doenças Crônicas Diagnosticadas: pressão alta, problemas no coração, problemas pulmonares (Bronquite, Pneumonia, Tuberculose, etc.) e Diabetes.
 - Se havia sido internado no último ano e o motivo da internação.
-

Estudo Piloto

Foi realizado um estudo piloto com 15 idosos não pertencentes à amostragem, escolhidos aleatoriamente na população, verificando-se que a auto-aplicação proposta por Flanagan (1982) e validada por Nassar e Gonçalves (1999) não se aplicava à nossa realidade, pois:

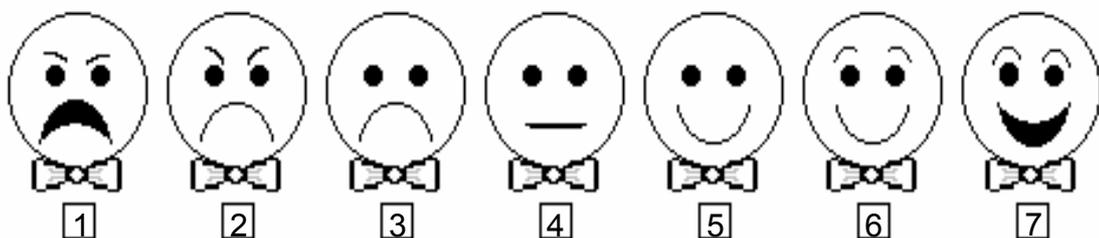
- uma grande parte dos idosos não conseguiu completar o questionário, tendo dificuldade na interpretação das perguntas ou ainda não sabendo como respondê-lo;
- a acuidade visual dos idosos, muitas vezes diminuída, impossibilitou a leitura do instrumento;
- se auto aplicado o questionário, os idosos não alfabetizados teriam que ser excluídos de nosso estudo. Tratando-se de um estudo populacional a exclusão dessa população limitaria a representatividade da amostra afetando a credibilidade dos resultados;
- as perguntas validadas por Nassar e Gonçalves (1999) se mostraram de difícil interpretação, algumas vezes sugerindo duplo sentido ou vagas.

Após a realização do estudo piloto, verificou-se também que a aplicabilidade do Instrumento Perfil do Estilo de Vida Individual também apresentou dificuldade semelhante ao proposto por Flanagan (1982):

- não se aplicava à analfabetos;
- algumas questões colocadas na negativa confundiam o entrevistado;
- a acuidade visual dos idosos impossibilitou muitas vezes a execução do instrumento.

Em função dos resultados obtidos no Estudo Piloto optou-se em reunir os dois instrumentos, fazer adaptações e aplicá-lo através de entrevistadores.

Para a aplicação do instrumento foi adotado um sistema de reconhecimento visual para representar mais facilmente a satisfação através de um desenho, denominado “Escala de Motivação”, criada por Martins (1996). Esta escala consiste em sete rostos desenhados com as expressões de uma face neutra, três desmotivadas e três motivadas. Essa escala pode ser utilizada para qualquer realidade, por isso ficou assim definida para satisfação pessoal:



1 – Muito Insatisfeito

2 – Insatisfeito

3 – Pouco Insatisfeito

4 – Indiferente

5 – Pouco Satisfeito

6 - Satisfeito

7 – Muito Satisfeito

Igualmente ao estudo de Flanagan (1982), foi acrescentada uma pergunta aberta ao final do instrumento para podermos saber a opinião pessoal do idoso sobre “O que seria Qualidade de Vida para ele(a)”.

Após esta etapa os entrevistadores foram treinados (ANEXO 3) e após serem tiradas todas as dúvidas pertinentes ao estudo foram iniciadas as entrevistas.

3.3 – PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu inicialmente na zona urbana do município e em seguida foram entrevistados os idosos da zona rural por motivo de disponibilidade de transporte e localização dos indivíduos sorteados para o estudo. Para a coleta na zona rural se utilizou o auxílio de um profissional da Unidade de Saúde, pois o mesmo conhecia a maioria dos domicílios dos idosos, por ter participado da Campanha de Vacinação.

A entrevista foi realizada nos domicílios dos idosos amostrados, com o idoso ao lado do entrevistador para que este pudesse acompanhar a leitura que era realizada pausadamente quantas vezes fossem necessárias, para se evitar interpretações erradas ou indução de alguma resposta (orientações presentes do manual do entrevistador).

Quando o idoso não foi encontrado no domicílio, o entrevistador retornou em outro momento, até três vezes. Foram perdidos 5 idosos residentes na zona rural, não ultrapassando os 5% do total amostrado.

3.4 – PROCESSAMENTO DOS DADOS

Após a coleta dos dados, os mesmos foram encaminhados para digitadores que os agruparam em um banco de dados contendo todas as informações colhidas através das entrevistas.

Inicialmente, fez-se uma análise descritiva, calculando-se as freqüências relativas para cada uma das questões do instrumento.

Para verificar associações entre variáveis pertencentes aos diversos domínios considerados, foram aplicados testes estatísticos apropriados, considerando o nível de significância de 5% de probabilidade.

Para a análise da pergunta aberta “O que é qualidade de vida para o Sr(a).”, utilizaram-se as mesmas categorias propostas em Dalla Vecchia (2005). As categorias (em número de 11) foram transformadas em dados binários e analisadas através de uma análise de agrupamentos, de modo a se agrupar os idosos de acordo com a concordância das respostas. Foi aplicado o método de Ward para a obtenção dos grupos. Para identificar os idosos e a que grupo pertenciam, foi feita uma análise de agrupamentos pelo método das k-médias.

Após essa análise inicial, foram acrescentadas outras questões do instrumento, escolhidas pelo autor como aquelas que melhor definiam qualidade de vida, aplicando o mesmo método para a formação dos grupos (método de Ward).

Com a obtenção dos grupos, foi feita uma análise levando-se em conta os dados sócio-demográficos para uma caracterização do idoso no grupo a que ele pertencia. Neste caso, a análise utilizada foi a regressão logística, considerando a presença ou não do idoso no grupo como a variável resposta, a um nível de significância de 5% para a entrada de variáveis no modelo.

Todas as análises foram feitas utilizando-se os programas SPSS *for windows* (Statistical Package for Social Science), v.11.0, SAS *for windows* (Statistical Analysis System), v.8.02 e Statistica *for windows*, v.6.0.

4

R E S U L T A D O S E D I S C U S S Ã O

4.1 - PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS DE BOFETE

Foram entrevistados 275 idosos, sendo que 200 residentes na zona urbana e 75 residentes na zona rural. Ocorreram 5 perdas na zona rural, pois os indivíduos sorteados para a amostra listados no cadastro da Campanha de Vacinação do Idoso não foram localizados.

Dos idosos entrevistados 139 eram do sexo feminino (50,5%) e 136 do sexo masculino (49,5%). Tal fato nos mostra que o município de Bofete não se enquadra nos padrões normalmente encontrados nos diversos estudos sobre o envelhecimento brasileiro (Gonçalves LHT et al, 1999 / Derbert GG 1996), onde nos grupos de idosos a participação masculina raramente ultrapassa 20%. Normalmente a maior mortalidade dos homens está ligada aos riscos a que este está exposto diariamente (trabalho, trânsito, violência, etc.), riscos estes atenuados em um município que apresenta nenhum nível de industrialização, pequena quantidade de veículos que trafegam nas ruas e violência praticamente inexistente.

A média de idade encontrada entre os idosos entrevistados foi de 69,5 anos para o sexo masculino (com desvio padrão de 7,2 anos) e 68,9 para o sexo feminino (com desvio padrão de 6,5 anos). A idade dos idosos em mediana foi de 68 anos não ocorrendo diferenças significantes entre as zonas de domicílio.

A distribuição das faixas de idade dos idosos por zona de domicílio, encontra-se na Tabela 1, não ocorrendo diferenças entre os sexos.

Tabela 1. Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais segundo idade e zona de domicílio no município de Bofete (SP), 2003.

Faixa Etária	Zona Urbana		Zona Rural	
	n	%	n	%
60-64 anos	47	23,5	34	45,3
65-69 anos	58	29	20	26,6
70-74 anos	48	24	12	16
75-79 anos	27	13,5	6	8
80 e mais	20	10	3	4
Total	200	100	75	100

Em relação à escolaridade, observamos que a mesma encontra-se muito baixa no município como um todo, tanto para aqueles moradores na zona urbana como na zona rural, concentrando-se abaixo do primário completo, atualmente chamado ciclo básico (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais segundo a escolaridade e local de domicílio, no município de Bofete (SP), 2003.

Escolaridade	Zona Urbana		Zona Rural	
	n	%	n	%
Superior Incompleto	8	4	2	2,7
Colegial Completo	7	3,5	1	1,3
Colegial Incompleto	0	0	1	1,3
Ginásio Completo	11	5,5	2	2,7
Ginásio Incompleto	6	3	5	6,7
Primário Completo	41	20,5	17	22,7
Primário Incompleto	49	24,5	31	41,3
Aprendeu Outro Meio	2	1	1	1,3
Sabe Escrever Nome	32	16	6	8
Analfabeto	44	22	9	12
Total	200	100	75	100

Da mesma maneira ao compararmos os indivíduos do sexo masculino e feminino podemos observar também que nos dois grupos a escolaridade mantém-se muito baixa, verificando-se um grande número de mulheres analfabetas (23,7%) ou que somente sabem escrever o nome (17,3%), totalizando 41 % da amostra feminina. (Tabela 3). A escolaridade representa um dos indicadores mais precisos na identificação do nível socioeconômico de uma população, pois está diretamente relacionada com as possibilidades do indivíduo de entrar no mercado de trabalho e possivelmente ter acesso aos melhores salários.

Observamos no município o fenômeno denominado “analfabetismo funcional”. Este leva em consideração que o processo de alfabetização consolida-se realmente somente após a pessoa completar a 4ª série do ensino fundamental, encontrado principalmente nos municípios de menor porte populacional provavelmente em função da menor oferta de ensino ou até mesmo menor exigência no mercado de trabalho. (IBGE, Censo Demográfico 2000).

Tabela 3. Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais segundo o grau de escolaridade e o sexo, no município de Bofete (SP), 2003.

Escolaridade	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Superior Incompleto	7	5	3	2,2
Colegial Completo	2	1,4	6	4,4
Colegial Incompleto	0	0	1	0,7
Ginásio Completo	8	5,8	5	3,7
Ginásio Incompleto	4	2,9	7	5,1
Primário Completo	25	18	33	24,3
Primário Incompleto	36	25,9	44	32,4
Aprendeu Outro Meio	0	0	3	2,2
Sabe Escrever Nome	24	17,3	14	10,3
Analfabeto	33	23,7	20	14,7
Total	139	100	136	100

Ao perguntarmos sobre o estado conjugal, 41% dos idosos residentes na zona urbana responderam encontrarem-se viúvos (n=82), 5% separados (n=10), 50% casados (n=100) e 4% solteiros (n=8). Os idosos residentes na zona rural apresentaram os seguintes dados segundo o estado conjugal: 22,7% viúvos (n=17), 10,7% separados (n=8), 57,3% casados (n=43) e 9,3% solteiros (n=7).

Observamos que 65,4% dos idosos do sexo masculino encontram-se casados (n=89) e 49,6% dos idosos do sexo feminino encontram-se viúvos, sugerindo que os homens costumam procurar uma nova parceira após ficarem viúvos, diferentemente das idosas que se mantêm sozinhas após a viuvez. Myers e Nathansons em 1982 afirmam que a taxa de segundo casamento entre todas as idades são maiores entre os viúvos do que as viúvas, variando de 1,5 vezes no Canadá a 4,6 vezes no Japão.

Ao observarmos a constituição familiar dos idosos observamos que os mesmos vivem em famílias pequenas com média de 2,5 pessoas por domicílio. Existem também vários idosos que residem sozinhos (21%). Isto se torna um risco para o idoso devido ao perigo de quedas e a ingestão de medicação inadequada, pois alguns deles possuem dificuldades visuais, não conseguindo tomar os seus remédios nos horários e quantidades corretas.

A tabela 4 nos mostra que a renda dos idosos tanto da zona urbana como na rural situa-se na faixa da 0 a 2 salários mínimos tendo como valor de referência o salário no ano de 2003 (R\$ 240,00). Dentre estes, 10 idosos (3,6%) afirmaram possuir outra renda além de sua aposentadoria. Observamos que não só os idosos da zona urbana, mas como os da rural possuem como única fonte de subsistência apenas a sua aposentadoria.

Tal fato pode ser observado através dos Indicadores Sociais do Senso Demográfico de 2000, onde 76 % dos idosos dos municípios com população de até 10.000 habitantes são aposentados. (IBGE, Censo Demográfico 2000).

Os idosos que continuam no mercado de trabalho após a aposentadoria, normalmente se submetem aos serviços informais ou os chamados “bicos”, que necessitam de pouca ou às vezes nenhuma escolaridade. Na região em que realizamos esse estudo existem várias possibilidades para essa reinserção no mercado de trabalho como, por exemplo, bóia fria, catador de frango, trabalhar em serviços de capinação, onde o indivíduo recebe pelo dia de trabalho, não existindo nenhum vínculo empregatício com aquele que o contratou.

Tabela 4. Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais segundo a renda e o local de domicílio, no município de Bofete (SP), 2003.

Renda Mensal	Zona Urbana		Zona Rural	
	n	%	n	%
Até 1 Salário 0-240,00	120	63,4	41	61,2
Entre 1 e 2 Salários 241,00-480,00	29	15,1	13	19,5
Entre 2 e 3 Salários 481,00-720,00	16	8,4	8	12
Entre 3 e 4 Salários 721,00-960,00	6	3,1	2	3
4 Salários ou mais	18	9,5	3	4,5
Não informaram a renda	11	0	8	0
Total	200	100	75	100

Dos idosos entrevistados, 98 do sexo feminino (70,5%) declararam estarem aposentadas e 105 idosos do sexo masculino (77,2%) também afirmaram o mesmo. Devido ao grande número de aposentados no município podemos explicar a renda dos mesmos se concentrarem entre 0 e 2 salários mínimos. Ao observarmos o município todo encontramos 59 idosos que ainda trabalham, perfazendo 21,5 % da amostra. Observamos que os idosos que apresentam sua renda mensal na faixa de 1 salário mínimo também são os possuidores do menor grau de escolaridade (Tabela 5). Isto nos mostra que os idosos com pouca escolaridade não possuem grandes chances no mercado de trabalho, pois não tiveram condições de concluírem seus estudos possivelmente para ajudar na renda familiar. As questões culturais também parecem exercer importante influência na escolaridade do idoso, como no caso das mulheres que tinham como única função os cuidados com os filhos e as atividades do lar, sem possibilidades de freqüentar a escola, ou se o fizessem teriam de abandonar no momento em que se casassem.

Tabela 5. Distribuição dos idosos de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP), segundo a renda e a escolaridade (2003).

Renda Mensal	A		B		C		D	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 1 Salário 0 – 240,00	39	73,6	114	63,7	8	24,2	0	0
Entre 1 e 2 Salários 241,00 – 480,00	5	9,4	31	17,3	6	18,2	0	0
Entre 2 e 3 Salários 481,00 – 720,00	0	0	16	8,9	6	18,2	2	20
Entre 3 e 4 Salários 721,00 – 960,00	2	3,8	1	0,6	5	15,2	0	0
4 Salários ou mais	0	0	5	2,8	8	24,2	8	80
Não informaram a renda	7	13,2	12	6,7	0	0	0	0
Total	53	100	179	100	33	100	10	100

Legenda: **A** – Analfabeto
B – Sabe Escrever o Nome / Aprendeu por outro meio / Primário completo/Incompleto
C – Ginásio Completo/Incompleto/Colegial Completo/Incompleto
D – Superior Completo/Incompleto

Após a observação do perfil sócio demográfico dos idosos constatamos que não existem diferenças significativas entre os idosos residentes na zona urbana e rural do município, por isso mostraremos alguns resultados de uma maneira geral sem a divisão entre as zonas de domicílio.

4.2 - ESTILO E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DE BOFETE

BEM ESTAR FÍSICO E MATERIAL

Quando perguntados sobre a capacidade de realizar suas atividades no dia a dia, 65% dos indivíduos entrevistados (178) afirmaram estarem satisfeitos e 63,5% dos entrevistados afirmaram estarem também satisfeitos com sua capacidade para o trabalho (173). Mesmo aposentados em sua grande maioria, os idosos afirmam sentirem-se preparados para a realização de outras atividades além das cotidianas, mesmo com a grande dificuldade para a reinserção no mercado de trabalho. Isso nos mostra que o idoso apenas perde as oportunidades para o trabalho e não a sua capacidade, ainda mais com a experiência adquirida durante os anos.

Esta é uma realidade vivida pela maioria dos idosos, que têm de suprir suas necessidades com alimentação e moradia, através unicamente de sua aposentadoria. Esta situação poderia ser ainda pior se o Sistema Único de Saúde (SUS) não realizasse a distribuição gratuita de remédios através de seus diversos programas como o HIPERDIA (Programa de prevenção e controle de diabetes e hipertensão do Ministério da Saúde). Observamos através da escala de Flanagan que mesmo os idosos aposentados encontram-se satisfeitos com sua situação financeira em sua maioria, como observamos na Tabela 6. Esta situação encontrada no município difere da literatura, pois segundo Feliciano et al (2004), o idoso teria uma queda em sua qualidade de vida, sendo esta diretamente proporcional à sua situação financeira.

Tabela 6. Satisfação em relação à situação financeira dos aposentados do município de Bofete segundo a escala de Qualidade de Vida de Flanagan no município de Bofete (SP). 2003.

	Aposentados	
	n	%
Satisfeitos	110	54,2
Indiferentes	53	26,1
Insatisfeitos	40	19,7
Total	203	100

Observamos que 184 idosos do município encontram-se satisfeitos com o conforto de suas casas (92%), sendo estes moradores da zona urbana, fato também observado na zona rural onde 65 idosos (85,3%) afirmaram estar satisfeitos com a casa e o local onde moram. Mesmo os idosos moradores na zona rural, onde suas casas são relativamente mais simples por muitas vezes não possuírem fogão à gás ou água encanada, quase sempre foram responsáveis pela escolha do local e construção das mesmas, trazendo uma satisfação muito grande por isso, como observamos através da escala de Flanagan.

RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Em relação à constituição familiar, 182 idosos mostraram-se muito satisfeitos com a família que possuem, dentre os entrevistados na zona urbana (91%) enquanto que 68 indivíduos (90,7%) moradores na zona rural afirmaram estarem muito satisfeitos com os filhos e parentes que possuem, mostrando na família um fator importante para a satisfação na

vida dos idosos. O envelhecimento se constitui em uma fase de várias perdas para o idoso como seu papel na sociedade e no mercado de trabalho. Uma das principais perdas para o idoso diz respeito ao seu companheiro ou companheira, deixando uma lacuna na vida do idoso, estreitando assim os laços familiares.

Ao perguntarmos sobre o relacionamento íntimo do idoso com seu esposo/a, companheiro/a ou namorado, 153 entrevistados afirmaram estarem satisfeitos com seus relacionamentos perfazendo 76,55% dos moradores na zona urbana, não ocorrendo diferença entre as zonas de domicílio. Este é um assunto muito comentado atualmente, pois com o desenvolvimento de medicamentos, principalmente para a disfunção erétil nos homens, os idosos puderam quebrar este tabu de que eles não tivessem mais relacionamentos íntimos após a terceira idade.

ATIVIDADES SOCIAIS E COMUNITÁRIAS

Na zona rural, 44 idosos residentes na zona rural (58,7%) e 49,5% dos residentes na zona urbana disseram estarem indiferentes ou insatisfeitos com sua participação em atividades sociais e de lazer, mostrando que os mesmos não possuem no município opções de lazer e entretenimento adequados às suas necessidades.

DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

Mesmo com baixa escolaridade os idosos mostraram-se satisfeitos com sua capacidade em adquirir novas habilidades na opinião de 144 indivíduos entrevistados (51,4%), na maioria das vezes trabalhos manuais passados através de gerações. Quando perguntados sobre a satisfação em aprender em cursos 111 dos residentes na zona urbana disseram estarem indiferentes ou insatisfeitos com sua capacidade (55,5%).

4.3 - ESTILO DE VIDA E MORBIDADES REFERIDAS

Em relação à saúde 62,6% das mulheres (n=87) apresentou hipertensão arterial enquanto que 39,7% dos homens apresentaram a doença. A distribuição através das faixas etárias mostrou que a maior prevalência da doença encontra-se na faixa de 60 a 69 anos (61,1%).

Observamos que os idosos de uma maneira geral não evitam a ingestão de alimentos gordurosos, mesmo os hipertensos como se observa na figura1. Atualmente aconselha-se aos idosos a diminuição da ingestão de gorduras saturadas para a prevenção de aterosclerose entre outras, porém principalmente na zona rural os idosos utilizam gordura animal para o preparo de seus alimentos.

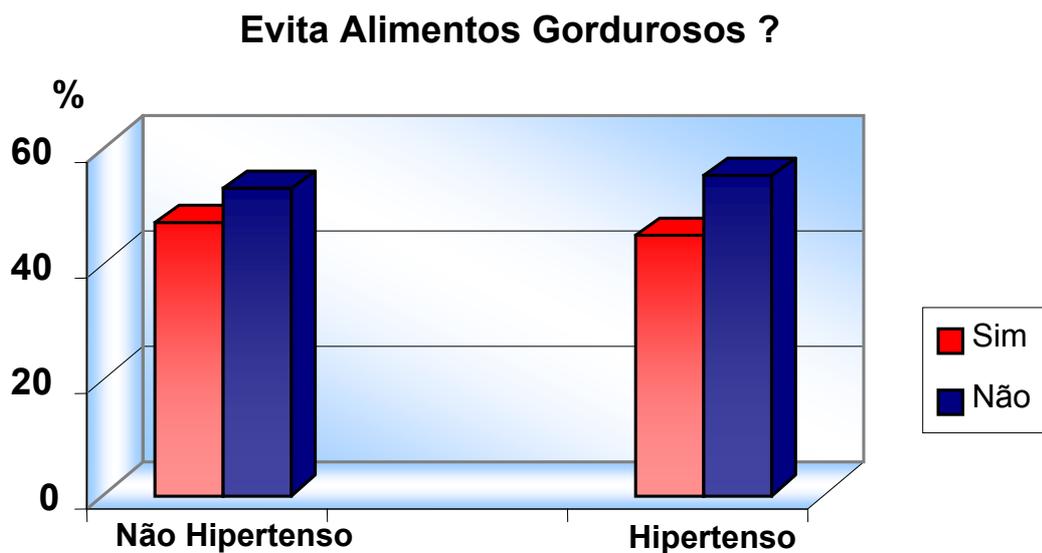


Figura 4. Ingestão de gordura na população de sessenta anos e mais do município de Bofete (SP) 2003.

Encontramos um grande número de fumantes entre as mulheres idosas do município (15,8%), sendo fator de risco para várias morbidades, principalmente pulmonares.

Observamos que mesmo os idosos possuidores de algum tipo de morbidade diagnosticada, encontram-se satisfeitos com sua saúde como nos mostra a Tabela 7. Isso mostra que algumas vezes as doenças não são problema para o idoso e que mesmo assim podem realizar todas as atividades que lhe agradam.

Tabela 7. Nível de Satisfação com a saúde e morbidades referidas dos idosos de sessenta anos e mais do município de Bofete, (SP). Segundo EQV de Flanagan. 2003.

Morbidades	Total		Satisfeitos		Insatsfeitos	
	n	%	n	%	n	%
Hipertensão	141	51,3	78	55,3	32	22,6
Diabetes	61	22,2	31	50,8	18	29,5
Pneumopatias	26	9,5	15	57,6	2	7,6
Cardiopatias	62	22,5	30	48,3	15	24,1

Dos idosos entrevistados 91 do sexo feminino (65,5%) não evitam comer doce. Observamos através deste dado uma característica regional das mulheres que se tornam “vovós” e que mantém o costume de fazer doces de frutas, bolos, aprendidos com suas mães na adolescência e que passam este costume através das gerações futuras.

36,8% dos idosos do sexo masculino ingerem algum tipo de bebida alcoólica (n=50) enquanto que 15 do sexo feminino (10,8%) o fazem. Uma das características do sexo masculino é ingestão de bebidas alcoólicas, pois todo município seja ele de grande ou pequeno porte possui bares em grande quantidade aonde os idosos podem se encontrar com os amigos e muitas vezes consumir algum tipo de bebida.

4.4 - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DE FLANAGAN

De acordo com a pontuação proposta por Flanagan (1982), observamos que os idosos moradores na zona urbana e rural não divergiram quanto às dimensões que consideram importantes para a sua qualidade de vida.

Alguns autores na década de setenta, afirmaram que a população idosa que vive na zona rural expressa maior satisfação pela vida (Edwards e Klemmarck, 1973; Youmans, 1977), enquanto outros chegaram a resultados opostos (Sauer e col.,1976; Schooler, 1975). Como podemos observar, a realidade brasileira diferencia-se do que foi observado em outros países, mostrando que o local de moradia não interfere na satisfação com a vida do idoso.

Os dois grupos consideraram importantes principalmente às relações familiares (interpessoais) como podemos observar na Tabela 8. A média geral do escore no município mostrou que os idosos de uma maneira geral encontram-se satisfeitos com suas vidas.

Tabela 8. Média do escore obtido nas dimensões da Escala de QV de Flanagan na população de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP).2003

DOMINIOS	Zona Urbana		Zona Rural	
	Média	DP*	Média	DP*
1 – Bem Estar Físico e Material				
Saúde	5	1,6	5,3	1,8
Conforto Material	5,3	1,4	5,9	1,3
Trabalho	4,9	1,9	5	2,1
2 – Relações Interpessoais				
Com Filhos e Parentes	6,2	1	6,4	1,1
Constituição Familiar	6,2	1	6,4	1
Intimo	5,8	1,5	5,8	1,7
3 – Atividades Sociais e Comunitária				
Participação	4,2	1,9	4,4	2,3
4 – Desenvolvimento Intelectual				
Aprendizagem	4,6	1,9	3,8	2,4

*DP = Desvio Padrão

Ao observarmos as dimensões do conceito de qualidade de vida propostas por Flanagan em seu estudo original, veremos algumas diferenças entre as concepções de qualidade de vida definidas como mais importantes entre os dois grupos. Tal fato confirma que a escala de Qualidade de Vida proposta por Flanagan pode sofrer alterações de acordo com a população em estudo.

Tabela 9. Diferenças entre as concepções sobre qualidade de vida encontrada no estudo de Flanagan e entre os idosos do município de Bofete (SP)

Dimensões da escala de QV de Flanagan	Dimensões encontradas em Bofete (SP)
1- Bem estar físico e material	1- Relações interpessoais
2- Relações com outras pessoas	2- Bem estar físico e material
3- Atividades sociais/comunitárias	3- Desenvolvimento pessoal
4- Desenvolvimento pessoal	4- Atividades sociais/comunitárias

4.5 - ANÁLISE DA QUESTÃO ABERTA

Juntamente com o instrumento, foi incluída uma questão aberta sendo perguntado ao idoso: “O que é qualidade de vida para o Sr.(a)”. Das respostas obtidas, foi feita uma análise de conteúdo e foram obtidas as seguintes categorias:

CATEGORIA 1: PRESERVAÇÃO DOS RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS – 155 idosos (56,3%). Os idosos citaram poder encontrar os filhos sempre, “bater papo com os amigos”, isto é poder relacionar-se com outras pessoas.

CATEGORIA 2: MANUTENÇÃO DA BOA SAÚDE – 216 idosos (78,5%). Valorizam a preservação da saúde e do bem estar físico. Foram mencionados pelos idosos: tomar os remédios adequadamente, ir sempre ao médico e fazer caminhadas.

CATEGORIA 3: BUSCA POR HÁBITOS SAUDÁVEIS – 248 idosos (90,2%). Significa o idoso adotar hábitos saudáveis como se alimentar bem (adequadamente), praticar algum tipo de atividade física, dormir bem...

CATEGORIA 4: MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO EMOCIONAL – 249 idosos (90,5%). Significa poder realizar atividades recreativas com outras pessoas ou mesmo solitariamente, promovendo o relaxamento e distração para o idoso. Foram citados por eles: viajar, jogar baralho com os amigos, pescar, fazer churrasco...

CATEGORIA 5: CONQUISTA DE BENS MATERIAIS– 143 idosos – (52%). Significa o idoso poder conquistar algumas coisas com o decorrer de sua vida, sendo citado por eles a casa própria, ter um bom salário, não ter dívidas, ter algum conforto...

CATEGORIA 6: TER LAZER – 31 idosos – (11,3%). Significa aquilo que possa trazer distração e relaxamento para o idoso como pescar, fazer churrasco com os amigos, bordar, fazer tricô...

CATEGORIA 7: EXPERIÊNCIA COM A ESPIRITUALIDADE – 46 idosos (16,7%). Significa ter algum tipo de crença, algo que possa lhe dar conforto, ter fé em algo, seguir alguma doutrina...

CATEGORIA 8: TRABALHAR COM PRAZER – 27 idosos (9,8%). Significa poder realizar algum tipo de atividade ou trabalho, principalmente realizado de uma forma prazerosa.

CATEGORIA 9: EXERCER A RETIDÃO E CARIDADE – 3 idosos (1,1%). Significa ser uma pessoa honesta, podendo ajudar aos mais necessitados...

CATEGORIA 10: OBTER CONHECIMENTO – 6 idosos (2,2%). Significa poder obter conhecimento no decorrer da vida. Os idosos citaram: poder ler e entender as coisas...

CATEGORIA 11: VIVER EM UM AMBIENTE FAVORÁVEL – 22 idosos (8%). Significa viver em um ambiente tranquilo, sem poluição nem violência...

A seguir, as categorias foram transformadas em variáveis binárias de acordo com a presença ou não da categoria na resposta da pergunta e, foi aplicado o método de Ward com a distância Euclideana para a obtenção de grupos de categorias, de acordo com a coincidência das respostas. O dendrograma obtido pode ser observado na Figura 5.

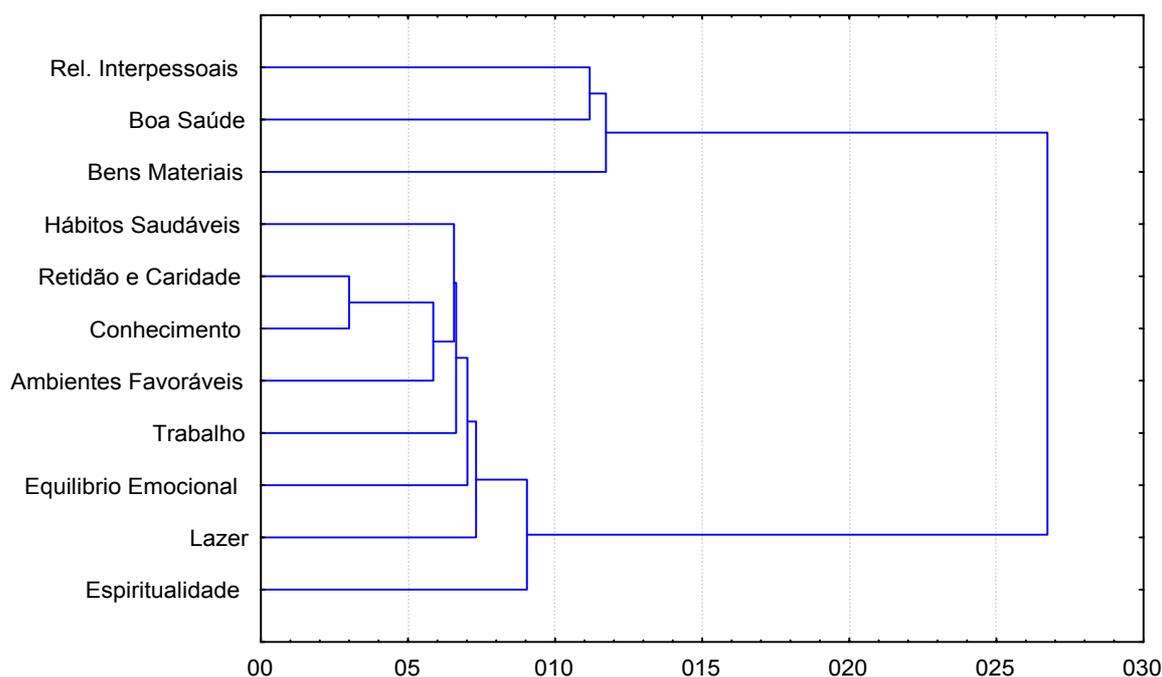


Figura 5. Dendrograma obtido das 11 categorias da pergunta aberta “O que é qualidade de vida para o Sr(a)?”, na população de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP). 2003.

Os grupos formados possuem características distintas como podemos observar:

GRUPO 1: Para este grupo os fatores mais importantes para se obter qualidade de vida são: viver em um ambiente favorável, possuir equilíbrio emocional, poder desfrutar de algum tipo de lazer, realizar algum tipo de trabalho, buscar o conhecimento, ter hábitos saudáveis de vida, ser uma pessoa reta e caridosa e possuir algum tipo de credo (espiritualidade).

GRUPO 2: Poder relacionar-se com outras pessoas, ter uma boa saúde e desfrutar de bens materiais são questões importantes para que este grupo tenha uma boa qualidade de vida.

A seguir, com a formação dos dois grupos, foram identificados os idosos que pertenciam a cada um desses grupos, através da aplicação do método das k-médias. Com esta identificação, foram formadas duas variáveis binárias identificando a presença ou não do idoso no referido grupo. Com essas duas variáveis binárias obtidas e aplicando-se o método de Ward, foram incluídas outras variáveis do instrumento, escolhidas como as que melhor caracterizavam qualidade de vida. A figura 6 apresenta o dendrograma obtido segundo a definição “do que é qualidade de vida” para os idosos de Bofete.

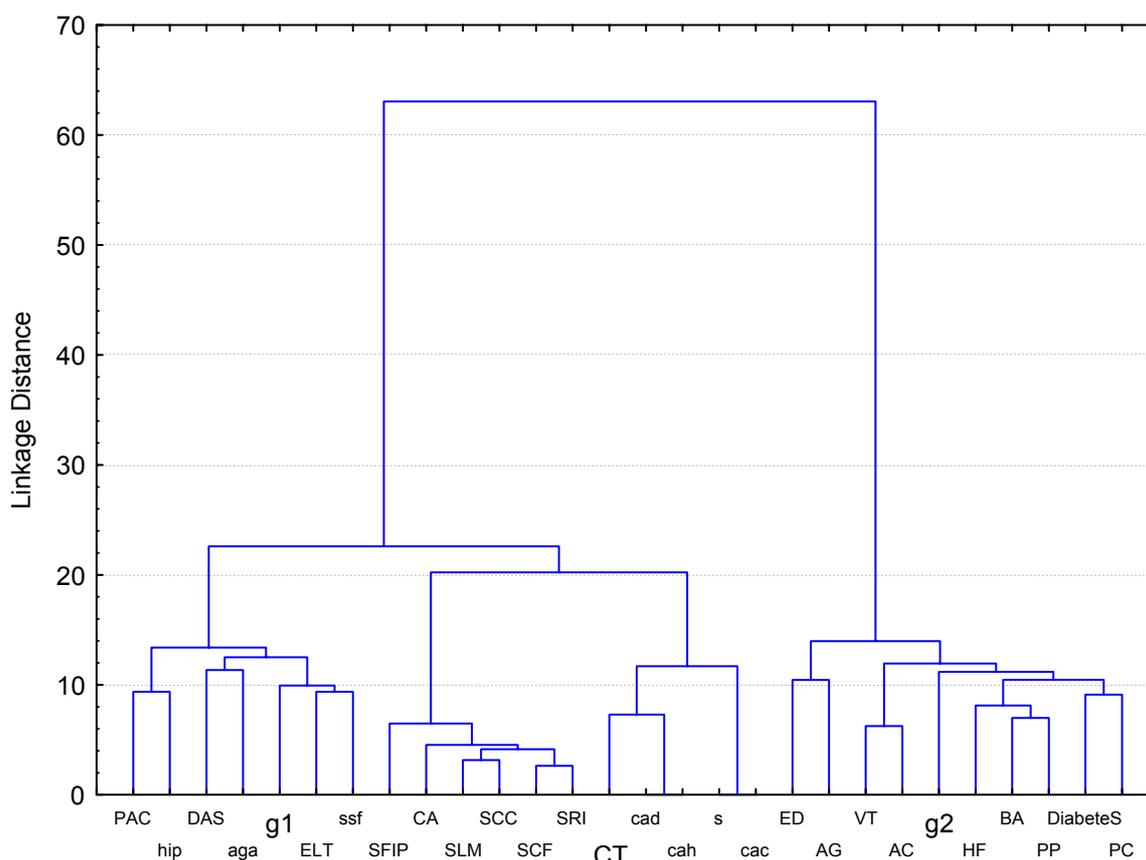


Figura 6. Dendrograma obtidos das variáveis da Escala de QV de Flanagan e o Perfil de vida individual proposto por Nahas, Na população de sessenta anos e mais no município de Bofete (SP). 2003.

Os dois grupos apresentam-se distribuídos conforme a coincidência das respostas sobre as dimensões importantes para a qualidade de vida, sendo que 183 idosos pertenciam ao grupo 1 (66,5%) e 92 idosos pertenciam ao grupo 2 (33,5%).

De acordo com a figura 6, no primeiro agrupamento (g1) encontram-se aqueles idosos satisfeitos com a saúde (S), sua situação financeira (SSF), a capacidade para o trabalho (CT), com o conforto de sua casa (SCC), com o lugar aonde mora (SLM), com a capacidade para as atividades do dia a dia (CAD), com a constituição familiar (SCF), com os filhos e parentes que possuem (SFIP), com o relacionamento íntimo com o companheiro (SRI); a capacidade de adquirir novas habilidades (CAH) e de aprender em cursos ou palestras (CAC). Também pertencem a este grupo os idosos que referiram ser hipertensos (HIP), os que conhecem sua pressão arterial e colesterol (PAC), os que equilibram o trabalho com o lazer (ELT), aqueles que mantêm uma discussão sem alterar-se (DAS), os que participam em atividades de grupo (AGA) e os que costumam cultivar amizades (CA). Assim, pertencer a este grupo, de acordo com o que se valoriza como qualidade de vida, pode-se notar que são os idosos coerentes com suas opiniões e com o que vivenciam nesta fase da vida.

O segundo grupo (g2) contém os idosos que referiram possuir diabetes (DIABETES), problemas cardíacos (PC), pulmonares (PP), os que têm o hábito de fumar (HF), ingerir bebidas alcoólicas (BA), os que não evitam consumir alimentos gordurosos (AG), os que não evitam doces (ED), aqueles que realizam algum trabalho voluntário (VT) e os que são

ativos na comunidade (AC). Na realidade, os idosos deste grupo são os que valorizam os relacionamentos interpessoais, ter boa saúde e possuir bens materiais, mas, de acordo com as demais variáveis que se agruparam com o idoso pertencer ou não a este grupo, pode-se notar que são os idosos que apresentam morbidades, tem o hábito de fumar, ingerir bebidas alcoólicas, doces, alimentos gordurosos. Desse modo, nota-se que este grupo valoriza o que na realidade eles não vivenciam, principalmente em termos de boa saúde.

Com a obtenção dos grupos 1 e 2, foram também realizados testes estatísticos para se verificar a relação entre os dados sóciodemográficos (Idade, Sexo, Local de moradia, Renda, Escolaridade, Estado Conjugal e Tempo em que mora no município) do município e os grupos a que os idosos pertencem.

Em relação a estes dados, notamos que o idoso estar ou não casado, ser do sexo masculino ou feminino, morar na zona urbana ou rural não influenciam a presença nos agrupamentos obtidos. Também, a idade, a renda, a escolaridade e o tempo de moradia no município não foram características determinantes para que o idoso pertencesse a algum dos agrupamentos ($p > 0,05$), demonstrando que os idosos seguem as próprias vontades acerca do que consideram importantes para se viver bem e com qualidade.

5 CONCLUSIONS

O instrumento proposto por Flanagan (1982) se mostrou eficiente na avaliação da qualidade de vida dos idosos residentes no município de Bofete, bem como o perfil de vida individual proposto por Nahas (2001) para observação do estilo de vida dos idosos do município de Bofete, SP. Assim, podemos concluir que os idosos do município encontravam-se satisfeitos com suas vidas na sua grande maioria em relação aos domínios propostos pelo instrumento, principalmente no que diz respeito à família e a relação com amigos e parentes. Mesmo sendo pessoas com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, os idosos podem viver satisfeitos com suas vidas tanto na zona rural ou urbana, cultivando apenas seus valores pessoais.

Ressaltamos também a necessidade da adaptação do instrumento à realidade da população em estudo, principalmente no que diz respeito ao nível de alfabetização do idoso e suas limitações físicas. Como em outros estudos observamos que os resultados sobre satisfação com a vida podem variar de acordo com a população à que este é utilizado.

Ao observarmos a distribuição dos idosos nos grupos através das dimensões encontradas no questionário de Flanagan (1982) e o proposto por Nahas (2001), podemos concluir que os idosos normalmente valorizam aquilo que necessitam, pois podemos ver através da distribuição encontrada nos grupos que os idosos possuidores de algum tipo de morbidade e baixa renda são aqueles que definem como fatores importantes para a qualidade de vida ter boa saúde e bens materiais.

Os idosos residentes em um pequeno município apresentam características peculiares quanto ao seu estilo de vida, sendo necessário levar em consideração estas características no momento em que os gestores municipais planejem as ações para a melhoria da qualidade de vida no município. Por este motivo ainda não poderemos definir o termo qualidade de uma maneira conclusiva, mas como aspectos subjetivos e objetivos valorizados por cada um e que inter-relacionados propiciam a satisfação em suas vidas.

Mesmo os idosos estando satisfeitos com suas vidas estes não encontram muitas oportunidades de recreação e lazer no município, por isso sugerimos ações que insiram os idosos em projetos que garantam não só o bem estar físico, mas também que valorizem o ser “biopsicosocial”.

6

R E F E R Ê N C I A S

ALVES, A. F. **Análise de Qualidade de Vida e Grupos Sociais Organizados em Vera Cruz, Estado de São Paulo.** 1996. 152p. Dissertação (Mestrado) Universidade de São Paulo, Piracicaba.

ALLSEN, P.E.; HARRISON, J.M.; VANCE, B. **Exercício e Qualidade de Vida: Uma abordagem Personalizada.** 6 ed., editora Manole, 2001, 284p.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B.; KUCZYNSKI, E.; SPROVIERI, M.H.; ARANHA, E.N.G. **Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (AUQEI Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé).** Validade e Confiabilidade de uma escala para qualidade de vida de crianças de 4 a 12 anos. Arq. Neuropsiquiatr., v58, n 1, p.119-27, 2000.

BADIA, X.; PODZAMCZER D.; LÓPEZ-LAVID C.; et al. **Medicina basada em la evidencia y la validación de cuestionarios de calidad de vida: la versión española del cuestionario MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. Grupo Español de Validación de los cuestionarios MOS-HIV y MQOL-HIV.** Enferm Infecc Microbiol Clin; v2, p 103-13, 1999.

BADIA, X.; ROSET, M.; HERDMAN, M.; et al. **A comparison of United Kingdom and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states.** Med Decis Making, v. 21, n.1, p 7-16, jan-feb, 2001.

BLAIR, S.N.C.H. McCloy Research Lecture: **Physical Activity, Physical Fitness and Health.** Research Quarterly for Exercise and Sports, v. 64, n.4, p. 365-76, 1993.

BOSI, E. **A USP Aberta a Terceira Idade**, In: Jornal da USP. São Paulo, USP, n. 23, p.04, 29/06/1997.

BOUCHARD, C. SHEPHARD, R. J. STEPHENS, T. **Physical Activity, Fitness and Health**. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1994.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA - **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos - Informe Epidemiológico do SUS**, v 5, n2, p13-41, 1996

BRASIL/MS/CGPNI/CENEPI/FUNASA – **Informe técnico – Campanha Nacional de Vacinação do Idoso**, DF, Brasília, 2003.

BRIGGS A.; SCOTT, E.; STEELE K. **Impact of osteoarthritis and analgesic treatment on quality of life of an elderly population**. Ann Pharmacother, v.33, n.11, p 1154-9, nov 1999.

BROMLEY, D.B. **Behavioural Gerontology: Central Issues in the Psychology of Ageing England-Chichester**, John Wile & Sons, 1990 410p.

BURCKHARDT CS, ANDERSON KL. **The Quality of Life Scale (QOLS):Reliability, Validity, and Utilization**. Health and Quality of Life Outcomes 2003; 1(1):60.

CENSO DEMOGRÁFICO 2000. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE,2001.

CICONELLI, R.M. **Tradução para o Português e Validação do Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida “Medical**

Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey” (SF-36). 1997. 143p. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo - São Paulo.

COELHO. J M F; RAMOS L.R. **Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: Resultado de Inquérito Domiciliar.** Revista Saúde Pública, v. 33, n. 5, p. 445-53, 1999.

CHAPLIN, J. M.; MORTON, R. P. **A prospective, longitudinal study of pain in head and neck cancer patients.** Head Neck; v.21, n.6, p 531-7, set 1999.

DALLA VECCHIA R, RUIZ T; BOCCHI SCM, CORRENTE JE. **Qualidade de vida na terceira idade. um conceito subjetivo.** Rev Bras Epidemiol, 2005; 8:246-52.

DERBERT GG. **As representações (estereótipos) do perfil do idoso na sociedade atual.** Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século; Brasília (BR): MPAS/SAS; 1996. p. 35-45

DEVRIES, H.A. **Health science- A Positive Approach.** Santa Monica, California: Good Year Publishing Company, 1978.

EDWARDS, J.N. & KLEMMACK, D.L. **Correlates of life satisfaction: a re-examination.** *J.Gerontol.*, **28** : 497-502,1973.

FELICIANO AB et al. **O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1575-1585, nov-dez, 2004

FERRARI. M.A.C. **O Envelhecer no Brasil**. O Mundo da Saúde, São Paulo, ano 23,v.23, n.4, p 197-203, 1999.

FERRELL, B.B.; STEIN, W.M.; BECK, J.C. **The geriatric pain measure: validity, reliability and factor analysis**. J Am Geriatric Soc, v. 48, n.12, p 1669-73, dec. 2000.

FLANAGAN J.C. **Measurement of Quality of Life: Current State of the Art**. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, v. 63, p. 56-59, 1982.

FLECK, M.P.A. et al. **Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL- 1000)**. Rev. Saúde Pública, n 33, V2, p.198-205, 1999.

FLOYD, P.A; MIMMS, S.E & YELDING, HOWARD, C. **Personal Health: a multicultural approach**. Englewood, CO: Morton Publishing Company, 1995.

GOMES, D.L.S; SCATENA, T C. **Os Idosos e a Realidade da Velhice**. Revista Brasileira Enfermagem, v.36, p 129-151, 1983.

GONÇALVES L.H.T.; DIAS M.M. DE LIZ T.G. **Qualidade de Vida de Idosos Independentes Segundo Proposta de Avaliação de Flanagan**. O Mundo da Saúde - São Paulo, ano.23, v. 23, n.4, p.214-220, 1999.

GONÇALVES, A. K. **Ser Idoso no Mundo: O Individuo Idoso e a Vivencia de Atividades Físicas como Meio de Afirmação e Identidade Social**. 1999. 215p Tese (Doutorado). - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

HASHIMOTO H, GUEDES SL, PEREIRA VC. **O ostomizado e a qualidade de vida: abordagem fundamentada nas dimensões da qualidade de vida proposta por Flanagan.** [Monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1996.

HAVRANEK, E .P.; McGOVERN , K. M.; WEINBERGER, J. Et al . **Patient preferences for heart failure treatment: utilities are valid measures of health-related quality of life in heart failure.** J Card Fail; v.5, n. 2, p 85-91 jun 1999.

HUNT, J.O.; HENDRATA, M.V.; MYLES, P.S . **Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery.** Heart Lung, v. 29, n. 6, p 401-11, nov-dec 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados da amostra do Censo Demográfico 2000, Brasil e Grandes Regiões,** 2004.

JOHSON, J.A.; OHINMAA A.; MURTI B. Et al. **Comparison of Finnish and U.S. - based visual analog scale valutions.** Med Decis Making, v.20, n..3, p 281-9, jul-sep. 2000.

JONES, C.A.; VOAKLANDER, D.C.; JOHNSTON, D.W.; et al. **Health related quality of life outcomes after total hip and knee arthroplasties in a community based population.** J Rheumatol, v.27, n.7, p 175-52, jul. 2000.

KAHN, R.L. et al. **Brief objective measures for the determination of mental status in the aged.** Am. J. Psychiatry, v.117, n.1, p 326-8, 1960.

KASTENBAUM, R. **Velhice: Anos de Plenitude**. São Paulo, Harper & Row, 1981, 128p.

KIMURA, M. **Tradução para o Português e Validação do “Quality of Life Index” de Ferrans & Powers**. São Paulo, 1999 85p. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo - SP.

KUNTZ, A.L.; WEYMULLER, E.A. **Impact of neck dissection on quality of life**. Laryngoscope; v.109, n.8, p 1334-8, aug 1999.

LARSSON G.; SJUDÉN P.O.; OBERG K.; Et al. **Importance-satisfaction discrepancies are associated with health-related quality of life in five-year survivors of endocrine gastrointestinal tumors**. Ann Oncol; v10, n11, p 1321-7, nov 1999.

LEPARGNEUR H. **Os Desafios do Envelhecimento**. O Mundo da Saúde, São Paulo, ano 23, v. 23, n.4, p. 230-44, 1999.

LIN, Y.C.; DAVEY, R.C.; COCHRANE, T. **Tests for physical function of the elderly with knee and hip osteoarthritis**. Scand J Med Sci Sport, v.11, n.5, p 280-6, oct 2001.

MARTINS, C.O. **A influência da música na atividade física** [Monografia]. Florianópolis: Centro dos Desportos, Universidade Federal de Santa Catarina; 1996.

MASSAKO, I. **Mudanças nas relações de Produção e Migrações: o caso de Botucatu e São Manuel**. 1979, 143p. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo.

NAHAS, M.V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: Conceitos e Sugestões para um Estilo de Vida Ativo** – 2 . ed- Londrina: Midiograf, 2001, 238p.

NAHAS, M.V.; BARROS, M.V.G. ; FRANCALACCI, V. **O Pentágulo do Bem Estar- Base Conceitual para Avaliação do Estilo de Vida de Indivíduos ou Grupo**. *Atividade Física & Saúde*, v..5, n. 2, p 48-59, 2000.

NASSAR, S.M.; GONÇALVES, L.H.T. **A Confiabilidade da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan**, Versão em Português in: Congresso de Geriatria e Gerontologia do Mercosul I , Foz do Iguaçu, 1999.

NOVAIS, E.V. **Qualidade de Vida, Atividade Física, Saúde e Doença**. In: *Votre*. S.J; Costa, V.L.M. *Cultura, Atividade Corporal e Esporte*. Rio de Janeiro: Editora Central da UGF, 1995, p179-85.

PEREIRA, J.C.R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo, EDUSP, 1999.

PIOVESAN, A; TEMPORINI E.R. **Pesquisa Exploratória: Procedimento Metodológico para o Estudo de Fatores Humanos no Campo da Saúde Pública**. *Revista Saúde Pública*, v. 29, n. 4, p 318-25, 1995.

QUEIROZ, Z.P.V. **Participação Popular na Velhice: Possibilidade Real ou Mera Utopia?** *O Mundo da Saúde*, ano 23, v. 23, n.4, p 204-13, 1999.

QUEK, K.F; LOH, C.S.; LOW, W.Y; et al. **Quality of life assessment before and after transurethral resection of the prostate in patients with lower urinary tract symptoms**. *World J Urol*, V19 N5, p 358-64, nov 2001.

RAMOS, L.R. ROSA, T.E.C; OLIVEIRA, Z.M. ET AL. **Perfil do Idoso em Área Metropolitana na Região Sudeste do Brasil: Resultados de Inquérito Domiciliar.** Revista de Saúde Pública, v. 27, n.2, p 87-94, 1983.

SAAD, P.M. **Tendências e Conseqüências do Envelhecimento Populacional no Brasil In: Fundação Sistema Estadual de Analise de dados/ SEADE.** Informe demográfico: A População Idosa e o Apoio Familiar. São Paulo, n. 24, p. 03-10, 1991.

SANDBLON, G.; CARLSSON, P.; SIGSJU, P.; et al. **Pain and health-related quality of life in a geographically defined population of men with prostate cancer.** Br J Câncer, v. 85, n. 4, p 497-503, aug 17, 2001.

SAUER, W.; SHERAN, C.; BAYMEL, C. **Rural urban differences in satisfaction among the elderly: a reconsideration.** Rural Sociol., **41** : 269-75, 1976.

SCHOOLER, K.K. **A comparison of rural and non-rural elderly on selected variables.** In: Atchley, R.C., ed. Rural environments and ageing. Washington, Gerontological Society, 1975.

SILVESTRO, A.; BACCHIERI, A; BUCUR, R.; et al. **Um nuovo questionário per la valutazione della qualità della vita nel paziente affetto da claudicatio intermittens.** Minerva Cardioangiol, v. 48, n. 12, p 455-65, dec 2000.

SMITH, B. H.; ELLIOTT, A. M; CHAMBERS, W.A; et al. **The impact of chronic pain in the community.** Fam Pract, v. 18, n.3, p 292-9, jun 2001.

SOUZA F.T.F.; MOREIRA E. A. M. **Qualidade de Vida na Terceira Idade: Saúde e Nutrição**. Revista Ciência e Saúde, v. 17, n.2, p. 55-76, 1998.

SOUZA, E.A. **Questionário de qualidade de vida na epilepsia: resultados preliminares**. Arq Neuropsiquiatr, v.59, n. 3-a, p 541-4, sep, 2001.

SPINCEMAILLE, G.H.; KLOMP, H.M.; STEYERBERG, E.W.; et al. **Pain and quality of life in patients with critical limb ischemia: results of a randomized controlled multicentre study on the effect of spinal cord stimulation**. ESES study group. Eur J Pain, v.4, n.2, p 173-84, 2000.

STRUMBECK B.; EKDAHL C.; MANTHORPE R. Et al. **Health – related quality of life in primary Sjogren´s syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using Sf-36**. Scand J Rheumatol, v.29, n.1; p 20-8, 2000.

TERRELL, J.E.; WELSH D.E.; BRADFORD C.R. et al. **Pain, quality of life, and spinal accessory nerve status after neck. Laryngoscope**; v.110, n.4, p 620-6, april, 2000.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assesment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41:1569-85

TRIPPOLI, S.; VAIANI, M.; LUCIONI, C; et al. **Quality of life and utility in patients with non-small cell lung cancer. Quality of life study group of the master 2 project in pharmacoeconomics**. Pharmacoeconomics, v.19, n. 8, p 855-63, 2001.

VAILE, J.H; MATHERS, D.M; RAMOS-REMUS, C.; et al. **Generic health instruments do not comprehensively capture patient perceived improvement in patient with carpal tunnel syndrome.** J Rheumatol; v.26, n.5, p 1163-6, may 1999.

YOUMANS, E.G. **The rural aged.** Ann. Amer. Acad. pol. soc. Sci., 429 : 81-90, 1977.

ZAR, J.H. **Biostatistical Analysis.** 4 ed. Prentice Hall, New Jersey, 1999, 663p.

A N E X O S

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas

**Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu**



Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 6802-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail Presidência: mjbvianna@uol.com.br



Registrado no Ministério da Saúde em 30 de
abril de 1997

Botucatu, 03 de novembro de 2.003

OF.480/2003-CEP
MACAH/asc

*Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Tânia Ruiz
Departamento de Saúde Pública
Faculdade de Medicina do Campus de Botucatu.*

Prezada Profª. Tânia,

De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de Pesquisa “Estilo e qualidade de vida, nível de atividade física, dieta e infecções respiratórias virais da população de sessenta anos ou mais de um município de pequeno porte –Bofete –SP”, de autoria de Alexandre R. B. de Oliveira e André Borges Fernandes Guimarães, ambos orientados por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/11/2003.

Situação do protocolo: Aprovado

Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de elevada estima e distinta consideração.

**Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP**

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
(TERMINOLOGIA OBRIGATÓRIA EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO 196/96 - CNS-MS)

“Estilo e qualidade de vida da população de sessenta anos e mais em um município de pequeno porte, Bofete interior de São Paulo”.

A intenção desta pesquisa é de realizar um estudo sobre o estilo e qualidade de vida das pessoas de sessenta anos e mais de Bofete. As perguntas a serem respondidas são sobre dieta, atividade física, vida social e cuidado com a saúde. 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 conhecer o estilo e qualidade de vida dos botucatuenses na terceira idade.

Você poderá contatar o investigador principal no telefone (014) 9708-7960 ou a comissão de Ética da Unesp se tiver qualquer pergunta (014) 68020000.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento para sua informação e arquivos.

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

Data

Entrevistado

Pesquisador

Prof. Dr. Jose Eduardo Corrente - Orientador
Rua Antonio Amando e Barros, 241 Bloco 2 apto63 Vila Jardim.
Botucatu
Fone (14) 3815 - 5223

Alexandre R B Oliveira
Rua Napoleão Laureano 80
Botucatu
Fone: (14) 3815 – 2410

ANEXO 3 – Manual do Entrevistador

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

MANUAL DO ENTREVISTADOR

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

A – INSTRUÇÕES GERAIS

Estas instruções visam orientar os entrevistadores no trabalho de campo, auxiliando-os na correta aplicação dos questionários, de maneira a garantir a fidelidade e a precisão dos dados coletados.

O êxito desta pesquisa depende fundamentalmente do trabalho do entrevistador, da sua consciência do alcance social do projeto, de sua seriedade na execução da tarefa que lhe foi atribuída, de seu desempenho junto aos entrevistadores, para que cooperem e forneçam as informações solicitadas e da sua plena compreensão dos questionários através do quais as informações serão coletadas.

É de fundamental importância que os entrevistadores tenham pleno entendimento dos objetivos deste trabalho, bem como das repercussões dos benefícios à saúde da população estudada. Este entendimento garantirá a motivação necessária a todos os participantes do trabalho de campo permitindo:

- convencer os participantes da importância de prestarem as informações necessárias, para evitar casos de recusa parcial ou total através do seu desempenho pessoal;

- fazer as perguntas como formuladas no questionário, esforçando-se para obter respostas precisas.

B – RECOMENDAÇÕES NECESSÁRIAS AO ENTREVISTADOR

- a) Apresentar-se de forma adequada, a fim de não provocar constrangimentos ou recusas. Lembrar-se que irá entrevistar indivíduos de diferentes níveis sócio-econômicos e culturais;
 - b) Procurar estabelecer um clima de cordialidade durante a entrevista. Evitar qualquer assunto controvertido e alheio aos questionários;
 - c) Deixar o entrevistado expressar as respostas em sua própria linguagem, sem corrigi-lo, mas não permitir que a entrevista se desvie do roteiro;
 - d) Não permitir que o entrevistado tenha contato direto com o questionário para não sugestioná-lo. Realizar a entrevista no local, não deixando, em hipótese alguma, o questionário para que o entrevistado o preencha. Da mesma forma, não utilizar o telefone para complementar ou corrigir questões de questionários já aplicados; o telefone só deverá ser utilizado para agendar as entrevistas;
 - e) Abster-se de fazer comentários quando à situação do entrevistado ou quanto às respostas dadas por ele, e não intimidá-lo para fornecer as respostas;
 - f) Realizar as pesquisas pessoalmente, não lhe sendo permitidas delegar suas tarefas, procurar ajuda ou estar acompanhado em seu trabalho por pessoas não autorizadas pela supervisão geral.
-

C – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Indivíduos de sessenta anos e mais que estiverem residindo na zona urbana ou rural de Bofete (SP). A idade de sessenta (60) anos foi determinada como a mínima para a inclusão no estudo, tendo em vista que a Organização Mundial da Saúde (1984) define que, nos países em desenvolvimento, como no Brasil, é considerada idosa a pessoa que atingiu esta idade;

- Idosos que sejam capazes de responder coerentemente às questões formuladas.

Lembre-se: deficiência física não significa que o indivíduo seja incapaz.

D – APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

Após sua identificação, o entrevistador deve fornecer ao entrevistado as seguintes informações:

- a) Explicar, de forma clara e breve, os objetivos da pesquisa. Deve procurar despertar no entrevistado o interesse em fornecer os dados requeridos, esclarecendo a importância das informações para a pesquisa. Naturalmente, o pesquisador deve adaptar seu discurso de apresentação ao nível cultural do entrevistado;
 - b) Deixar bem claro, durante a apresentação, que a entrevista é de caráter sigiloso e que as suas informações são absolutamente confidenciais. Isto é, em nenhum caso as informações serão individualizadas. Significa que nomes e endereço não serão identificados na análise e divulgação dos resultados. Para reforçar a confiabilidade de sua atitude, o pesquisador deve, portanto, evitar fazer qualquer comentário a respeito de outras entrevistas já realizadas. Este procedimento deve ser evitado em qualquer lugar em público, mesmo com colegas da pesquisa. Os comentários, desde que se refiram às dúvidas e problemas surgidos durante a aplicação do questionário, devem ser feitos apenas no escritório, com o supervisor;
 - c) Esclarecer ao entrevistado que algumas perguntas da entrevista podem parecer inadequadas para ele, especificamente. Mas que, para o bom êxito da pesquisa, os questionários devem ser aplicados integralmente a todas as pessoas selecionadas;
 - d) No caso do informante ficar preocupado com o fato de estar sendo entrevistado e seus vizinhos e conhecido, não, explique que o domicílio foi sorteado; foi selecionado ao acaso;
 - e) Podem acontecer casos de recusa por várias razões. O entrevistador deve manter a atitude cortês e conciliadora, procurando conquistar a confiança do entrevistado. Deve tentar convencer a pessoa da importância de sua colaboração e dos prejuízos que sua recusa poderá causar à pesquisa.
-

E – REALIZAÇÃO DA PESQUISA

O entrevistador deve, antes de sair para o trabalho de campo, verificar se está com todo o material necessário à correta aplicação dos questionários:

- a) Caneta;
- b) Questionários, em quantidade suficiente;
- c) Endereço do entrevistado;
- d) Manual de instrução do questionário;
- e) Credencial e/ crachá de identificação;
- f) Carteira de identidade;
- g) Carta de apresentação;
- h) Termo de consentimento.

Ao ser atendido no domicílio, o entrevistador deve identificar-se mostrando a credencial e/ ou crachá. Em seguida, deve apresentar-se dizendo, por exemplo, “Estamos realizando uma pesquisa sobre estilo e qualidade de vida dos indivíduos de sessenta anos e mais, sou pesquisador vinculado ao departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp. Gostaria de obter algumas informações sobre o indivíduo de sessenta anos e mais que mora aqui”. Apresente sua carteira de identidade e a carta de apresentação.

F – APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Quanto à aplicação do questionário, o entrevistador deve observar as seguintes instruções:

- a) Estar preparado para responder a quaisquer pergunta relativas aos objetivos da pesquisa e dos questionários;
 - b) Demonstrar segurança no manuseio dos questionários e dos assuntos que dele constam, o que implica estudo prévio e detalhado dos mesmos, eliminando, a princípio, quaisquer dúvidas;
 - c) Não confiar na memória, deixando informações para anotar posteriormente, efetuar todos os registros diretamente nos questionários, no ato da entrevista;
 - d) Evitar omissões, improvisações e alterações das perguntas, pois o êxito de uma pesquisa depende em grande parte da forma como elas são formuladas. Se o entrevistado não entender a pergunta, o entrevistador deve tentar esclarece-la, sem, no entanto, mudar o sentido da mesma;
 - e) Não alterar em hipótese alguma a ordem das questões. Esta deverá ser sempre respeitada para evitar distorções, uma vez que esta ordem foi exaustivamente estudada e planejada para se obter os resultados desejados;
 - f) Não sugerir jamais resposta a qualquer questão, induzi-las ou antecipá-las, por mais tempo que o entrevistado requeira para entender e/ou responder à pergunta. A sugestão, indução ou antecipação de respostas constitui uma das causas mais freqüentes de erro;
-

- g) Não fazer nenhum comentário sobre o significado das questões, isto é, sobre o que se pretende obter através das respostas;
- h) Seguir as instruções recebidas durante o treinamento e contidas nesse manual, sempre que tiver alguma dúvida a respeito das perguntas;
- i) Tentar conduzir a entrevista alguns metros longe das outras pessoas, possibilitando que o entrevistado possa responder às questões livremente. O entrevistador e o entrevistado devem estar se possível sentado e relaxados.

G – TÉRMINO DA ENTREVISTA

Quando terminar a aplicação de cada questionário, o entrevistador deve fazer uma revisão para verificar se houve alguma omissão, falha ou inconsistência. Este procedimento poderá evitar sua volta para uma provável correção.

H – COMPOSIÇÃO DO QUESTIONÁRIO

Bloco A - IDENTIFICAÇÃO

Bloco B – ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

Bloco C – RESPIRATÓRIO

Bloco D - SAÚDE EMOCIONAL

Bloco E - TERMO DE CONSENTIMENTO

I – INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

Estes questionários são compostos por três tipos de questões:

Questões abertas: deve-se ouvir com atenção a resposta do entrevistado e anotar tudo o que for relatado, com as mesmas palavras que ele usar;

Questões fechadas: as respostas correspondem exatamente ao que é perguntado;

Quadros: deve-se fazer um X apenas um número em cada linha. Tome cuidado para não se confundir com as linhas.

Outros detalhes devem ser anotados:

1 - Em quaisquer questões, havendo dúvidas quanto ao preenchimento ou ao encaixe da resposta dada pelo entrevistado nesta ou naquela alternativa, anotar o mais cuidadosa e detalhadamente possível tudo o que foi dito, e, após, levar a dúvida para a supervisão;

2 - quando o entrevistado der uma resposta que não seja exatamente igual a uma das alternativas, mas parecida, o entrevistador deve repetir a alternativa como está escrita no questionário, e aguardar pela confirmação do entrevistado. No geral, deve-se confirmar a resposta do entrevistado, evitando ao máximo fazer suposições ou aproximações por conta própria;

3 - Na questão aberta, o entrevistador deve procurar obter a resposta o mais completa possível do entrevistado, sem se preocupar com a codificação, que será feita posterior.

J – PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO

O questionário é dividido em blocos, sendo:

Bloco A: IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Preencher um questionário para cada entrevista realizada, mesmo que residam dois ou mais indivíduos sorteados no domicílio;

Identificação do domicílio: será feita pela coordenação do campo. Constará nessa identificação o sexo do entrevistado, número do domicílio sorteado, o endereço e o setor censitário a que este pertence.

NOTA: Observe se o entrevistado tem os pré-requisitos do item: critérios de inclusão, somente serão entrevistados os moradores que se encaixarem neste pré-requisito.

Identificação do entrevistador: Deve ser preenchido o nome do entrevistador.

Data da entrevista: deve-se constar a data em que o entrevistador conseguiu preencher todos os questionários, caso tenham sido realizadas duas ou mais visitas com resultados diferentes das respostas, anotar no espaço reservado às observações, como a melhor data/horário para encontrar moradores, endereço de serviço etc.

Resultado das visitas: assinalar com um X a alternativa correspondente à visita realizada.

Deverá já estar preenchidos o nome completo do (a) entrevistado (a), sexo, data de nascimento (conferir a data de nascimento) e endereço antes da saída à campo;

O (a) entrevistado (a) deverá preencher as informações seguintes: há quanto tempo a pessoa sorteada mora em Botucatu; qual é a sua profissão, assinalar se ainda trabalha ou não, se ainda está na força de trabalho qual é a sua ocupação atual (tipo de trabalho que executa no seu local de trabalho, assinalar se é aposentado ou não, se é aposentado e faz algum “bico” deverá assinalar SIM ou NÃO e no caso de SIM, especificar qual é o tipo de trabalho que faz, perguntar e assinalar até que ano de escola cursou e assinalar a alternativa correspondente;

Registrar o número de cômodos existentes na casa (incluindo banheiro), e registrar o número total de pessoas que residem no domicílio.

Descrição dos indivíduos moradores no domicílio:

Nela será preenchida pelo quadro de moradores do domicílio., começando sempre pelo chefe da família, e das outras pessoas em relação a ele em

ordem decrescente de idade. Na coluna “idade” deve-se colocar a idade completa do morador. Em caso de menores de um ano, anotar o número de meses seguido da letra “m”, ou em dias seguido da letra “d”.

O grau de parentesco deverá ser preenchido sempre em relação ao idoso e em seguida, filho/enteado, netos, outros parentes (sobrinho, tio, etc.) agregado (amigo), empregada doméstica (caso more no domicílio).

Indivíduos que tomaram a vacina de gripe: colocar um X no sim ou não, independente da idade.

Indivíduos menores de 7 anos na escola ou creche: apenas colocar um X no sim ou não

A renda deverá ser perguntada para todas as pessoas que fazem parte da composição familiar (pessoas moradoras do domicílio) que tem algum tipo de renda mensal, que poderá ser proveniente de trabalho, bico, aposentadoria, pensão, bolsas, etc.

Outras rendas: Ex: renda proveniente de aluguéis de imóveis etc.

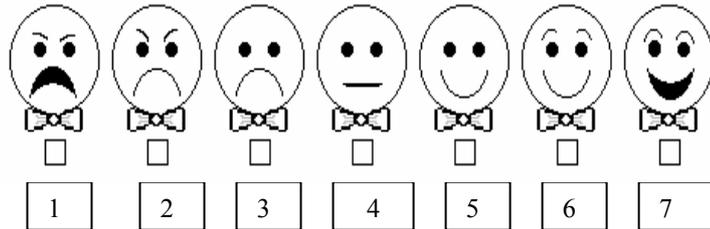
NOTA: A população residente é composta pelos moradores presentes e ausentes, ou seja, pelas pessoas que residam no domicílio, e na data da entrevista estão presentes ou ausentes, temporariamente, por um período não superior a 12 meses em relação àquela data.

BLOCO B: ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

O objetivo deste questionário é dar início a uma conversa de como é a qualidade de vida do entrevistado em relação a sua vida. Trataremos de 8 domínios: bem estar; prevenção; conforto material; relacionamento íntimo e familiar; relações sociais; intelectual e habilidades; controle do estresse, atividade física

LEMBRE-SE: afetam a qualidade da informação fatores como: humor, atenção, importância da informação e nível de escolaridade do entrevistado. Promova um ambiente descontraído, agradável e calmo, isso pode facilitar a coleta de informações. O seguimento da metodologia proposta proporcionará respostas precisas e não tendenciosas.

NOTA: Algumas perguntas são relacionadas ao grau de satisfação do entrevistado com relação aos domínios, para isso, será entregue ao entrevistado a TABELA das “Carinhas” MOSTRADAS A SEGUIR.



Sendo que a primeira “carinha” significa **muito insatisfeito** e a ultima **muito satisfeito**

O entrevistado responderá as perguntas apenas indicando o número da “carinha” correspondente a seu grau de satisfação na pergunta feita.

LEMBRE-SE: NÃO SÃO TODAS AS PERGUNTAS QUE SERÃO UTILIZADAS ESSA TABELA, FICAR ATENTO, ALGUMAS RESPOSTAS SÃO DIRETAS (sim, não, às vezes, quase sempre) E OUTRAS EM ABERTO

Domínio: Bem estar

Questões relacionadas à satisfação com a saúde

Domínio: Prevenção

Lembre-se de não constranger as pessoas com distúrbios alimentares (obesos) neste assunto.

Na questão sobre pressão arterial e colesterol, pode enfatizar se o entrevistado realiza ou não consulta ao médico periodicamente.

Questão sobre fumo: considere a resposta NÃO se o entrevistado não fumar, mesmo que as outras pessoas da casa fumem e ele seja um fumante passivo.

Domínio: Conforto material

Satisfação com o conforto que sua casa proporciona, lugar onde mora e sua situação financeira.

Domínio: Relacionamento íntimo e familiar

Essas perguntas requerem uma abordagem segura e calma, pois a maioria dos idosos vivem só, pergunte por exemplo se é casado, viúvo, e se tem namorado ou não, ou ainda se vive com a família .

Domínio: Relações sociais

Voluntariado, e participação na sociedade. As questões também são voltadas às amizades e recreação.

Domínio: Intelectual e habilidades

As questões são voltadas na satisfação que o entrevistado tem em relação às atividades que ele desenvolve. Pode se tanto de nível intelectual como manual.

Domínio: Controle do estresse

Comportamento de humor do entrevistado com as pessoas no dia a dia. Faz relaxamento?

Sente-se relaxado?

Domínio: Atividade Física

Compreende questões sobre atividade física no trabalho, como meio de transporte, em casa (tarefas domésticas e cuidados com a família, com higiene pessoal, atividades de recreação, esporte, exercício e lazer e tempo gasto sentado).

Estamos interessados em saber que tipo de atividade física os idosos fazem como parte do seu dia-a-dia, e se a atividade praticada é aquela que gostariam de estar praticando. As respostas nos ajudarão a entender se a população idosa é ativa por vontade própria ou por razões necessárias. As

perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana normal usual ou habitual.

O preenchimento desta parte analisa basicamente os níveis de atividades físicas habituais que os idosos realizam executando tarefas no trabalho, transporte, tarefas de casa e exercício. Recreação como parte do seu dia-a-dia.

Compostos por sete sessões com diferentes questões de respostas diretas.

As perguntas são divididas em seis sessões:

Sessão A: atividade física no trabalho

Sessão B: atividade física como meio de transporte

Sessão C: atividade física em casa – tarefas domésticas e cuidar da família

Sessão D: atividade física com higiene pessoal

Sessão E: atividade física de recreação, esporte, exercício e de lazer.

Sessão F: tempo gasto sentado

Sessão G: atividade supervisionada

Sessão A: O entrevistado somente deverá citar as atividades físicas que ele pratica realizando seu trabalho. Nesta sessão não deve ser incluída a atividade realizada para se locomover de um lugar para outro.

Sessão B: As perguntas da sessão 2 referem-se apenas para atividades físicas realizadas durante a locomoção de um lugar para outro. Exemplo: caminhar até o trabalho, pedalar até o supermercado, etc.

Sessão C: Nesta sessão o entrevistado deverá citar as atividades físicas realizadas durante as tarefas domésticas: capinar, rastelar, varrer, limpar vidros, cuidar da família, etc.

Sessão D: O entrevistado deverá citar apenas as atividades físicas usadas para banhar-se e vestir-se sem ajuda. Apenas as atividades relacionadas com higiene pessoal.

Sessão E: Nesta sessão inclui todas as atividades físicas relacionadas com lazer, recreação, esporte, exercício sistematizado. Nesta sessão do

questionário não deverá ser incluídas caminhadas realizadas como meio de locomoção para ir de um lugar a outro, somente deverá ser incluída a caminhada como forma de lazer, e exercício.

Sessão F: As questões são voltadas ao tempo que o idoso gasta sentado, exemplo: fazendo refeições, assistindo televisão, lendo, descansando, etc.

Sessão G: composta de questões de Interesse pela Atividade Física Sistematizada - composta de questões de múltipla escolha

O último item deste questionário é uma questão aberta para o entrevistado responder: “O que é qualidade de vida para ele”. Transcreva tudo o que foi dito, sem preocupação com a quantidade da frase. Não diga nada e nem interrompa o (a) informante.

BLOCO C: RESPIRATÓRIO

O questionário será preenchido primeiramente deixando o entrevistado falar se possuiu ou não sintomas de gripe. Após essa parte será novamente perguntado de uma forma mais específica se possuiu sintomas descritos no questionário. O entrevistador fará as perguntas e após o termino será colhido material nasal (swab) se o entrevistado apresentar sintomas respiratórios nos últimos 2 dias. O material será armazenado em tubo estéril, para depois ser encaminhado para o laboratório de Microbiologia IB. A coleta acontecerá durante a visita. O entrevistador terá uma conversa com os idosos para entrarem em contato com os pesquisadores por meio de celular, em caso de apresentarem qualquer sintoma respiratório durante o ano. A partir da chamada telefônica, serão visitados pelos alunos do 5º anos de medicina que novamente colherão estes exames, num posterior retorno.

BLOCO D - AVALIAÇÃO EMOCIONAL

Este questionário foi desenvolvido como um instrumento para rastrear distúrbios psíquicos na população.

Alguns cuidados devem ser levados em consideração:

- 1- Por lidar com assuntos delicados da vida emocional do entrevistado, é muito importante que os entrevistadores mantenham um tom neutro para realizar as perguntas deste bloco, a fim de evitar a influência subjetiva do modo, maneira ou tom de voz como as perguntas são feitas;
 - 2- Cada uma das perguntas tem como resposta à alternativa, SIM ou NÃO. Não existe “mais ou menos” ou “às vezes”;
 - 3- A fim de padronizar a maneira como o questionário é aplicado e respondido, é fundamental que os entrevistadores recebam as mesmas instruções. As orientações a serem dadas pelos entrevistadores são:
 - a) As questões seguintes são relacionadas a problemas e dores que podem ter incomodado o SR (a) nos últimos 30 dias. Se o Sr (a) acha que teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM;
 - b) Por outro lado, se o problema não ocorreu nos últimos 30 dias, responda NÃO;
 - c) Por favor, não interrompa o questionário para fazer perguntas ou discussões enquanto ele estiver sendo aplicado. Se quiser fazer algum comentário, aguarde o término do bloco;
 - d) Se o sr (a) estiver em dúvida sobre como responder a alguma pergunta, por favor, dê a resposta que mais se aproxima da realidade;
 - e) Nós gostaríamos de confirmar novamente que todos estes dados são confidenciais.
 - 4- É importante, sempre que possível, estar sozinho com o entrevistado para realizar este bloco;
-

- 5- O questionário (avaliação emocional) não deve ser interrompido para comentários ou discussões. Elas poderão ser realizadas após o término da entrevista;
- 6- Caso o entrevistado não entenda alguma pergunta, repeti-la com as mesmas palavras usadas no texto, evitando desse modo, fazerem-se suposições e/ou julgamentos.

Neste questionário as respostas são apenas sim ou não. Portanto se os entrevistado responder “às vezes”, ou de “vez em quando”, considerar a resposta SIM.

O entrevistador marcará com um X a resposta obtida.

NOTA: A classificação será feita na codificação interna.

A classificação:

* Menos de 7 respostas positivas: “NÃO CASO” , significando que o indivíduo não possui alteração psíquica

* 7 respostas positivas ou mais: “CASO”, significa indivíduo com distúrbio psíquico.

NOTA: Não dê a resposta da classificação ou mesmo não deixe que o entrevistado veja, não altere a maneira da entrevista caso o entrevistado tenha alteração psíquica.

ANEXO 4 – Instrumento para Coleta dos Dados**UNESP – Faculdade de Medicina de Botucatu
SER IDOSO EM BOFETE - SP**

Número do questionário: _____ Data da entrevista:

Identificação do entrevistador: _____

Resultado da pesquisa:

 Realizada: obtiveram-se todas as informações Não pertence mais à população em estudo: caso no domicílio não haja mais o morador sorteado, por morte ou mudança de endereço; Domicílio fechado: residência habitada, porém os moradores não puderam ser encontrados; Domicílio de uso ocasional: residência usada para lazer Recusa Domicílio vago Óbito Data: _____ Local:

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Sexo ____ Data Nascimento __/__/__ Estado Conjugal: _____

Endereço _____ Fone _____

Quanto tempo mora em Bofete: _____ Ainda trabalha?

Sim Ocupação atual: _____ Ramo de trabalho (Local) _____**Não** É aposentado? Sim Não Qual o trabalho que realizava

(Ocupação)? _____ Ramo de atividade (local) _____

Escolaridade: Analfabeto Sabe escrever o nome Aprendeu por
outro meio Primário incompleto Primário completo Ginásio incompleto Ginásio Completo Colegial incompleto Colegial Completo Superior Completo Incompleto

Número total de cômodos da casa, incluindo banheiro: _____

Número total das pessoas que residem no domicílio: _____

Relação das pessoas do domicílio:

Nome	Idade	Grau parentesco com o idoso	Vacinação contra gripe		Menor de 7 anos em escola ou creche		Renda
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	

Outras rendas do idoso (especificar): _____

BLOCO B - ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

DOMÍNIO BEM ESTAR

1 - O quanto o (a) senhor (a) está contente com sua saúde? (fisicamente bem e vigoroso (a)).

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

2 - Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-dia? (reconhecer seus potenciais e limitações)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

3 - Qual a satisfação do (a) senhor (a) com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa)

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO PREVENÇÃO

4 - Sua alimentação diária inclui frutas e verduras?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

5 - O (a) Sr (a) evita alimentos gordurosos (carnes, frituras)?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

6 - O (a) Sr (a) evita doces?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

7 - Quantas refeições o (a) Sr (a) faz por dia?

8 - Tem costume de comer entre as refeições?

SIM NÃO

9 - O (a) Sr (a) conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controlá-los?

SIM NÃO

10 - O (a) Sr (a) ingere alguma bebida ALCÓLICA?

SIM ÀS VEZES NÃO

Quanto e qual? _____

11 - O (a) Sr (a) FUMA?

SIM NÃO

Quantos cigarros por dia? _____

12 - O (a) Sr (a) respeita as normas de trânsito? (usa o cinto de segurança)

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

DOMÍNIO CONFORTO MATERIAL

13 - Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao conforto de sua casa?

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

14 - Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao lugar onde mora?

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

15 - Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua situação financeira?

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO - RELACIONAMENTO ÍNTIMO E FAMILIAR

16- Qual a satisfação do senhor (a) em relação ao seu relacionamento com filhos, irmãos ou parentes? (visita e ajuda)

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

17- Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua constituição familiar? (teve ou se criou seus filhos)

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

18- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao seu relacionamento íntimo com esposa/o, namorado ou companheiro (a)?

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS

19 - O (a) Sr (a) é ativo na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

20 - O (a) Sr (a) faz algum trabalho voluntário fora de casa?

() SIM () ÀS VEZES () NÃO

21 - O (a) Sr (a) procura cultivar amigos?

() SIM () NÃO

22 - Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações? (Qualquer uma serve)

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

23 - Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua participação em atividades de lazer?

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

24 - O (a) senhor (a) costuma de ouvir musica, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

DOMÍNIO INTELECTUAL E HABILIDADES

25- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

26- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais? (através de pintura, tricô, musica, poemas, artesanato)

Usar a tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMINIO CONTROLE DO ESTRESSE

27 - O (a) Sr (a) reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

28 - O (a) Sr (a) mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

29 - O (a) Sr (a) equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

Outras Queixas

() Dor de ouvido () dores abdominais () conjuntivite () vômitos

Há quanto tempo? _____(dias) Quanto tempo durou? _____(dias)

Doenças Anteriores/ Doenças Crônicas:

Pressão alta: () Sim () Não

Problemas do coração: () Sim () Não

Problemas pulmonares: () Sim () Não Quais: (Bronquite, pneumonia, tuberculose, outros) _____

Diabetes: () Sim () Não

Foi **INTERNADO** no último ano (hoje para trás)? () Sim () Não

Quando? __/__/__ **Em qual hospital/ cidade?** _____

Por quantos dias? ____ dias Qual foi o diagnóstico? _____

[EM CASO DE 2 OU MAIS SINTOMAS ACIMA HÁ MENOS DE 2 DIAS – COLHER swab]

Obs _____

BLOCO E - AVALIAÇÃO EMOCIONAL

Por favor, responda as questões com SIM ou NÃO, segundo o que lhe parecer mais adequado para seu caso. Não se preocupe, pois não existem respostas certas ou erradas.

1- O (a) senhor (a) acorda bem descansado (a) na maioria das manhãs?	Sim	Não
2- Na sua vida diária, o (a) senhor (a) sente que as coisas acontecem sempre iguais:	Sim	Não
3- O (a) senhor (a) às vezes já teve vontade de abandonar o lar?	Sim	Não
4- O (a) senhor (a) tem muito a sensação de que ninguém realmente o (a) entende?	Sim	Não
5- O (a) senhor (a) já teve períodos da vida (dias, meses, ou anos) em que não pode tomar conta de nada porque na verdade já não estava agüentando mais?	Sim	Não
6- O seu sono é agitado ou perturbado?	Sim	Não

7- O (a) senhor (a) é feliz na maior parte do tempo?	Sim	Não
8- O (a) senhor (a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o (a) senhor (a)?	sim	Não
9- O (a) senhor (a) se sente, por vezes, inútil?	Sim	Não
10- Nos últimos anos o (a) senhor (a) tem se sentido bem, na maior parte do tempo.	Sim	Não
11- O (a) senhor (a) tem problemas de dores de cabeça?	Sim	Não
12- O (a) senhor (a) se sente fraco na maior parte do tempo?	Sim	Não
13- O (a) senhor (a) já teve dificuldade em manter o equilíbrio ao andar?	Sim	Não
14- O (a) senhor (a) tem problemas de falta de ar ou peso no coração?	Sim	Não
15- O (a) senhor (a) tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas?	Sim	Não

16- Considerando a vida que o (a) senhor (a) leva, o (a) senhor (a) diria que a sua satisfação com a vida em geral, no momento é:

Muita	
Média	
Pouca	
Não sabe	
Não respondeu	

Respostas que indicam distúrbios psíquicos= TOTAL DE PONTOS NA ESCALA

CLASSIFICAÇÃO

Menos de 7 pontos= "NÃO CASO" = Sem distúrbio Psíquico
7 pontos ou mais= "CASOS" = Com distúrbios Psíquicos