

MICHELE AMBROSINI MARTINS

UM ESTUDO DO PERFIL DOS IDOSOS USUÁRIOS DO  
AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO, FLORIANÓPOLIS, 1999.

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão no Curso de Graduação em  
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1999

MICHELE AMBROSINI MARTINS

UM ESTUDO DO PERFIL DOS IDOSOS USUÁRIOS DO  
AMBULATÓRIO DE CLÍNICA MÉDICA DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO, FLORIANÓPOLIS, 1999.

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para a  
conclusão no Curso de Graduação em  
Medicina.

Coordenador do curso: Edson J. Cardoso

Orientadora: Eleonor Conill

Co-orientador: Vanir Cardoso

FLORIANÓPOLIS

1999

## AGRADECIMENTOS

À minha família e namorado pela compreensão nos momentos em que, mesmo precisando me ausentar, se fizeram presentes.

Aos meus orientadores, Dra. Eleonor Conill e Dr. Vanir Cardoso pelo tempo dispensado, estímulo e orientação que se estendeu para muito além deste trabalho.

Aos chefes, residentes e funcionários do ambulatório de clínica médica do H.U., em especial à residente e amiga Daniela Alves, pela disposição em me ajudar.

Ao Dr. Antonio Carlos Marasciulo Conill que em muito contribuiu para o enriquecimento deste trabalho através das análises estatísticas.

À professora Lúcia pela riqueza bibliográfica que colocou à minha disposição

Ao doutorando Cristiano Paulo Tacca e ao acadêmico Charlyston pelos favores prestados.

Aos pacientes e familiares pela disposição em contribuir para este trabalho.

# ÍNDICE

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....                 | 4  |
| 2. OBJETIVO.....                   | 10 |
| 3. METODOLOGIA.....                | 11 |
| 4. RESULTADOS.....                 | 15 |
| 5. DISCUSÃO.....                   | 36 |
| 6. CONCLUSÃO.....                  | 45 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 47 |
| 8. RESUMO.....                     | 51 |
| SUMMARY.....                       | 52 |
| APÊNDICE 1.....                    | 53 |

# 1. INTRODUÇÃO

Desde os tempos remotos o homem se preocupava com a velhice, mas a visão que fazia deste processo variava entre os diversos povos, classe social e cultura.

Em uma revisão da literatura da época, apesar de escassa, encontramos as diversas manifestações em relação à velhice. Entre os Egípcios foi encontrado apenas uma citação realizada por Phatap Hotep onde pintou de cores negras esta fase da vida. Na Índia, entre os Hindus, Chakara demonstrou preocupação com a saúde dos velhos dividindo a arte de curar em oito partes: medicina, toxicologia, cirurgia, psicoterapia, pediatria, otorrinolaringologia, rejuvenescimento e restauração da virilidade e oftalmologia.

Em relação à civilização oriental destaca-se a posição singularmente privilegiada dada ao idoso chinês, com um poder central e autoritário, posição esta devida principalmente à Confúncio e Lao-Tsé, ambos filósofos. Igualmente exaltada e enaltecida era a velhice entre o povo judaico, o que pode ser comprovado com passagens da Bíblia como no Livro dos Provérbios onde encontramos “Os cabelos brancos são como uma coroa de honra; é no caminho da Justiça que se pode encontrá-la” e “Ouve teu pai que te gerou e não desprezes tua mãe quando for velha.”. Seria a história do rei David e Abisag a origem dos cuidadores, na qual relata que o rei David quando envelheceu seus criados não conseguiam aquecê-lo e procuraram então uma donzela para que durmisse ao seu lado, e o preservasse do frio. Talvez nesta história esteja a origem da geriatria e gerontologia segundo Jimenez Herrero. Na legislação grega, e romana estava bem esclarecida a

preocupação e cuidados com o envelhecimento. Entre os gregos destacavam-se as obras de Solon, Hipócrates, Céfalo, Platão, Aristóteles e Sócrates, e entre os romanos destacavam-se Cícero e Galeno.

De uma maneira geral observou-se que os filósofos demonstravam afeto e interesse pelos idosos, já entre os intelectuais, artistas e o povo o envelhecimento era visto pela maioria com desprezo e críticas, preocupados estes com a perda dos prazeres corporais e com medo da velhice.<sup>1</sup>

Entre os povos primitivos a expectativa de vida ao nascer era, em média, de 18 anos de idade e, posteriormente, entre os gregos e romanos, atingiu a 25 anos de idade<sup>2</sup>. Até 1930, a expectativa média de vida ao nascer não ultrapassava, em nenhum recanto do planeta, os 50 anos<sup>3</sup>. Ao final da Segunda Guerra Mundial foram adotadas políticas públicas que obtiveram êxitos diferenciados segundo cada sociedade, dentre os quais a saúde, seguridade social, educação, ampliação de infra-estruturas de serviços sociais além de políticas de redução de taxa de natalidade<sup>4</sup>. A partir deste período inicia-se uma crescente no número de idosos que se intensifica na segunda metade dos anos 70, com o advento dos anticoncepcionais orais<sup>5</sup>. Segundo Thomas a causa do envelhecimento demográfico é muito complexa, envolve alguns fatores como o declínio significativo da fertilidade, redução da taxa de mortalidade e a migração de jovens em determinadas regiões<sup>2</sup>.

Atualmente, nos países desenvolvidos, a expectativa de vida supera os 70 anos, representando um acréscimo de 20 a 30 anos de vida ao homem, desencadeando um aumento da população idosa e conseqüentemente, novas necessidades sociais<sup>3</sup>.

A causa deste aumento rápido da expectativa de vida neste século foi uma substituição nas causas de mortalidade antes resultantes de doenças infecciosas e parasitárias, pelas doenças crônico-degenerativas. Esta alteração no padrão da

morbidade foi descrito por Omran como transição epidemiológica e vem se instalando à medida em que as nações se modernizam e tendem a aprimorar as suas condições sociais, econômicas e de saúde <sup>6</sup>.

No Brasil esta transição é ainda mais impressionante pela rapidez com que tem ocorrido. Nos países desenvolvidos a população envelheceu lentamente durante todo este século, enquanto os países subdesenvolvidos estão envelhecendo mais rápido proporcionalmente . Prevê-se que três quartos da população idosa do mundo estarão vivendo em países menos desenvolvidos em 2025. Nos Estados Unidos, desde a virada do século e até 1980, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 47 para 73,6 anos <sup>6</sup>. No Brasil a expectativa de vida dobrou ao longo do século, como pode ser visto na tabela 1<sup>7</sup>.

Tabela I : Expectativa de vida ao nascer em ambos os sexos no Brasil, 1900 - 2025.

| Anos | Expectativa de vida ao nascer |
|------|-------------------------------|
| 1900 | 33,7                          |
| 1910 | 34,1                          |
| 1920 | 34,5                          |
| 1930 | 36,5                          |
| 1940 | 38,5                          |
| 1950 | 43,2                          |
| 1960 | 55,9                          |
| 1970 | 57,1                          |
| 1980 | 63,5                          |
| 2000 | 68,6                          |
| 2020 | 72,1                          |
| 2025 | 75,3                          |

Fonte: Santos, 1978 (1900 - 1950)

ONU, Diesa, Periodical on Agein, 1985 (1960 - 2025)

Segundo dados do IBGE em 1950 o Brasil era o 16º país com a maior população geriátrica no mundo, com 2,1 milhões de pessoas idosas, em 2025 deverá ser o

sexto, com 31,8 milhões de idosos. Dentro de 75 anos, a população idosa do Brasil terá aumentado 15 vezes, enquanto a população como um todo será apenas cinco vezes maior<sup>6</sup>. O índice de idosos, que é o quociente entre a população acima de 65 anos e aquela abaixo de 15, ilustra a rapidez deste envelhecimento. No Brasil este índice em 1970 era de 8,2, equivalendo dizer que para cada 100 crianças menores de 15 anos, haviam 8,2 idosos. Em 1990 este mesmo índice era de 13,8 e deve chegar a 39,2 em 2020, correspondendo à um aumento de 378% em 50 anos. No mesmo período na Argentina este aumento será de 114%, 198% na Índia e 253% no México<sup>2,5</sup>.

Este crescimento não ocorre de maneira homogênea no país, pois há áreas de pobreza absoluta e outras industrializadas, bastante desenvolvidas. Os atuais idosos brasileiros são aqueles que conseguiram sobreviver a condições adversas tendo havido então uma seleção social e biológica<sup>6</sup>. Em 1991 tivemos uma esperança de vida no nordeste de 64,2 anos e no sul de 68,7 anos, sendo que as mulheres tinham 3,2 anos a mais que os homens<sup>8</sup>. Apesar destes valores a baixa fecundidade e o envelhecimento são fenômenos generalizados, que ocorrem em todas as classes sociais e em todas as regiões do país, mesmo que tenha iniciado no sul e sudeste para mais tarde atingir o resto do país<sup>2</sup>. Seria um erro metodológico utilizar a média da população em projetos médicos e sociais, o que não expressaria a realidade da população.

Este padrão de aumento dos idosos vem sendo denominado transição demográfica e está permitindo o fenômeno da geriatriação. O alongamento da vida humana com qualidade tem haver com fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Desta maneira o envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e irreversível no qual intervêm múltiplos fatores biológicos, psíquicos e



sociais <sup>4</sup>. Profissionais que estudam o envelhecimento nestas diversas áreas constituem a chamada gerontologia. Já a geriatria é a área da medicina que estuda e trata as doenças associadas à velhice e tem como objetivo a prevenção das incapacidades e na proteção da independência e autonomia do idoso <sup>9,10</sup>.

No idoso é incomum a presença de uma só doença. Em uma pesquisa realizada na faculdade de medicina na Universidade do Rio Grande, nenhum paciente apresentou apenas um problema de saúde. Em 75% foram constatados pelo menos três problemas e 50% mostraram pelo menos sete<sup>11</sup>, caracterizando o que chamamos de comorbidade.

As alterações biológicas do envelhecimento, a presença de múltiplas doenças, a incapacidade e o uso freqüente de medicamentos pode ocultar novos problemas de saúde, além de aumentar o risco de problemas causados pelos próprios medicamentos. Mesmo quando novas doenças são diagnosticadas é difícil medicá-las em função dos problemas sócio-psicológicos, associados aos biológicos, exigindo uma abordagem multidimensional <sup>11</sup>. É devido a estes fatores que a gerontologia associada à saúde pública, tem grande importância na prevenção e cura das doenças na terceira idade.

Em 1976 o geriatra inglês Bernard Isaacs determinou os “gigantes da geriatria” que são problemas típicos da terceira idade: insuficiência cerebral, representado pelo *delírium*, demência e depressão; incontinência urinária e/ou fecal; instabilidade postural; imobilidade e iatrogenia aditiva (por excesso de dose ou qualidade de medicamentos) ou subtrativa (por falta de tratamento ou dose insuficiente de medicamentos) <sup>11</sup>.

Neste processo evolutivo se colocam em prova os conhecimentos e habilidade da equipe de saúde, que deve reconhecer as necessidades, os fatores que predisõem

as doenças, incapacidades e morte nos idosos, respeitando as peculiaridades na sua abordagem, para desta forma identificar a demanda da população. O conhecimento técnico aliado ao conhecimento da demanda da população idosa poderá adequar os serviços de saúde às alterações demográficas que vem ocorrendo <sup>12</sup>. Isto deverá ocorrer através de um processo de planejamento que tenha como base a identificação das necessidades e problemas, a determinação e estabelecimento de prioridades e a implementação de atividades ou programas direcionados à esta população alvo <sup>21</sup>. Na revisão dos Anais dos Congressos de Saúde Coletiva e Epidemiologia, nota-se no entanto, que são ainda reduzidos os estudos referentes à saúde do idoso <sup>14, 15, 16, 17, 18, 19</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

2.1- Geral: traçar um perfil do paciente idoso usuário dos serviços do ambulatório de clínica médica do Hospital Universitário;

2.2- Específicos:

1. Determinar situação sócio-econômica e familiar;
2. Caracterizar a morbidade e co-morbidades;
3. Identificar graus de incapacidades ;
4. Identificar a polifarmácia e o controle sobre o uso dos medicamentos;
5. Identificar variáveis relacionadas ao estilo de vida;
6. Identificar variáveis relacionadas contexto psicossocial.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de demanda, realizado através de um inquérito transversal do tipo descritivo, envolvendo 101 pacientes usuários do ambulatório de Clínica Médica do Hospital Universitário, com mais de 60 anos de idade. Todos os questionários foram aplicados pela própria autora no período de janeiro a março de 1999.

A chefia do serviço e os residentes que realizavam as consultas, assim como os pacientes foram previamente informados do objetivo do estudo. Após relato a respeito do trabalho os pacientes que tinham participação de caráter voluntário, eram encaminhados ao local pré estabelecido para realização da entrevista. A maioria dos pacientes abordados tiveram boa aceitação e cooperação para com o trabalho, sendo que muitos manifestaram emoção ao término da entrevista pelo aspecto pessoal que o questionário enfoca.

Para coleta de dados utilizou-se um questionário baseado no *“Brazilian version of the older americans resources and services multidimensional functional assessment questionnaire”*, aplicado por Ramos, em sua tese de doutorado intitulada *“Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of helth status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in the*

*community*”, realizado em 1986 <sup>20</sup> (Apêndice 1). Foi realizado pré-teste com 9 pacientes e posteriormente feitas alterações necessárias ao questionário.

Ao analisar a situação de saúde foram considerados cinco blocos:

- Fatores sócio-econômicos e demográficos;
- Situação familiar e psicossocial;
- Morbidade e seus fatores relacionados;
- Estilo de vida.

Na situação sócio-econômica a ocupação atual foi mantida como uma pergunta fechada, tal como o questionário original para maior clareza. Por outro lado, a ocupação anterior foi deixada em aberto pela variedade de profissões que poderiam surgir. Quanto a escolaridade foi considerado analfabeto àquele que nunca freqüentou a escola ou que não soubesse escrever e ler, além de seu próprio nome, mesmo tendo-a freqüentado. Neste bloco também foi levantada a fonte de recursos financeiros, sem nos atermos a valores quantitativos de renda mensal devido a dificuldade por parte dos entrevistados de passar este tipo de informação, com conseqüente perda da sua validade.

No bloco onde avaliou-se a situação familiar foi verificado o vínculo de moradia e grau de satisfação com as pessoas da família. Também verificou-se o vínculo de pessoas que auxiliam nas atividades diárias nas quais o idoso tinha dificuldade. Isto no entanto, não permite identificar o cuidador, pois um cuidador tem funções muito mais amplas do que as questões formuladas neste inquérito. Ao avaliar o contexto

psicossocial, foi perguntado sobre a satisfação com amigos e vizinhos, passatempos, problemas e satisfações na vida diária. Para medir o grupo de satisfação com pessoas da família ou não, utilizou-se a escala: muito satisfeito, satisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito. Para facilitar a análise dos resultados as respostas a esta questão foram depois agrupadas em satisfeito e insatisfeito.

A morbidade propriamente dita, foi avaliada nos seguintes aspectos: percepção de saúde subjetiva, morbidade referida, intercorrências (quedas, fraturas), uso de medicamentos, uso de próteses e dificuldades nas atividades diárias.

Para obter informações sobre a capacidade de realização de atividades diárias, quinze aspectos foram utilizados baseado na tese de Veras <sup>6</sup>. Estes foram divididos em quatro grupos, segundo níveis de dificuldades e preservação da autonomia, havendo uma perda maior da autonomia conforme diminui o nível. Duas perguntas foram excluídas pois se relacionavam com preparação de suas próprias refeições e com trabalho doméstico, devido ao viés cultural entre os homens. Os grupos de níveis de dificuldade investigados foram, então:

- Primeiro nível: 1.comer, 2.pentear o cabelo, 3.deitar e levantar da cama, 4.vestir-se sozinho.
- Segundo nível: 5.tomar banho, 6.Andar no plano, 7. ir ao banheiro a tempo, 8.medicar-se na hora.
- Terceiro nível: 9.andar perto de casa, 10.subir escadas.
- Quarto nível: 11. cortar unhas dos pés, 12.fazer compras, 13.Sair de condução.

Sobre o estilo de vida dos entrevistados foi perguntado sobre o uso de cigarro ou álcool no momento atual ou no passado, e sobre atividade física diária. Considerou-se como tal, qualquer atividade física a qual pudesse trazer qualidade de vida ao paciente, mesmo que fosse cuidar de sua horta.

Embora os questionários tenham sido pré-testados, após iniciar sua aplicação, percebeu-se a necessidade de incluir ítem sobre a frequência de consultas ao ginecologista ou urologista, o que foi feito. Este dado foi coletado numa subamostra de 68 pacientes.

Os dados foram analisados através do programa EPI-Info<sup>®</sup> versão 6.0<sup>a</sup> e os gráficos foram construídos através do programa Microsoft Excel<sup>®</sup> versão 7.0.

Constituem possíveis fontes de erro deste trabalho o fator sazonal, que pode influenciar na frequência dos problemas de saúde, aspecto emocional e alguns hábitos de vida. Também deve ser mencionado, a possibilidade de respostas erradas por parte dos idosos entrevistados sejam estas por incompreensão do entrevistador, viés recordatório ou por ignorância em relação a alguns fatores em questão, como por exemplo, o uso de medicamentos ou o tipo de medicamento. Isto prejudicou a avaliação dessa resposta que não pode ser avaliada.

Deve ser salientado que a interpretação dos resultados do inquérito refletem sentimentos subjetivos em relação à saúde, não constituindo-se de uma avaliação clínica objetiva de problemas.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1. Fatores sócio-econômicos e demográficos:**

Dos pacientes entrevistados 63 eram do sexo feminino e 38 do sexo masculino. A idade variou de 60 anos, o mínimo de idade estabelecido para ser entrevistado, a 92 anos, com uma média de 70,75, moda de 73 e um desvio padrão de 7,10.

Houve um predomínio de casados ou união estável com 54,5%, e viúvos com 37,6%, observado-se que entre as mulheres predominaram as viúvas (50,8%) e entre os homens teve-se 78,9% de casados ou com união estável.

Quanto à escolaridade observou-se que 66,3% dos entrevistados cursaram o primeiro grau incompleto e 25,7% eram analfabetos. Apenas 1 dos entrevistados cursou terceiro grau. A tabela 2 resume as principais variáveis do perfil sócio-demográfico da amostra em estudo.



Tabela 2: Características sócio-demográficas dos idosos entrevistados.

| VARIÁVEL           | HOMENS     | MULHERES   |
|--------------------|------------|------------|
| SEXO               | 38 (37,6%) | 63 (62,4%) |
| GRUPOS DE IDADE    |            |            |
| 60-69 anos         | 20 (52,6%) | 27 (42,8%) |
| 70-79 anos         | 14 (36,8%) | 27 (42,8%) |
| 80 ou mais         | 4 (10,6%)  | 9 (14,4%)  |
| ESTADO CIVIL       |            |            |
| Solteiro           | 0          | 2 (3,1%)   |
| Casado             | 30 (78,9%) | 25 (39,6%) |
| Viúvo              | 6 (15,7%)  | 32 (50,8%) |
| Separado           | 2 (5,4%)   | 4 (6,2%)   |
| COM QUEM VIVE      |            |            |
| Mora só            | 3 (7,9%)   | 12 (19%)   |
| ESCOLARIDADE       |            |            |
| Analfabeto         | 7 (18,4%)  | 19 (30,2%) |
| 1º grau incompleto | 29 (76,4%) | 38 (60,3%) |
| 1º grau completo   | 1 (2,6%)   | 3 (4,7%)   |
| 2º grau incompleto | 0          | 1 (1,6%)   |
| 2º grau completo   | 1 (2,6)    | 1 (1,6%)   |
| 3º grau            | 0          | 1 (1,6%)   |

Ao inquirir sobre a profissão anterior obteve-se uma grande variedade de profissões. Dentre as mais frequentes estavam: 19 agricultores, 18 do lar, 16 exerceram serviços gerais, 11 domésticas, 6 costureiras, 5 comerciantes e 26 distribuídos entre pescadores, cozinheiros, pedreiros, rendeiras, babá, barbeiro, carpinteiro, cortador de pedras, criador de gado, diretor de escola, enfermeiro, funcionário público, lavadeira, motorista, recepcionista, serralheiro e tesoureiro.

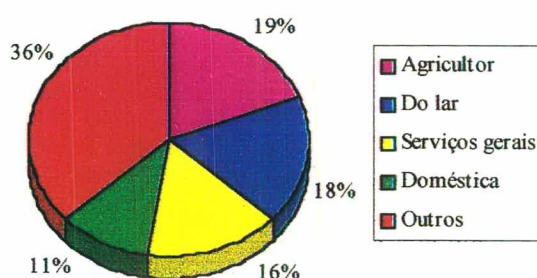


Figura 1: Distribuição dos entrevistados segundo situação de trabalho anterior .

Observou-se que 53 dos entrevistados são aposentados por idade ou por tempo de serviço, os aposentados por incapacidade somaram 15 casos e 30 não possuíam trabalho remunerado ou aposentadoria que lhes conferisse renda. Destaca-se que desses 30, 28 eram mulheres. A tabela III apresenta a distribuição dos entrevistados segundo situação de trabalho atual.

Tabela III: Distribuição segundo situação de trabalho atual.

| SITUAÇÃO ATUAL                                    | NÚMERO     | %            |
|---|------------|--------------|
| Empregado com vínculo de tempo parcial            | 0          | 0,0          |
| Empregado com vínculo de tempo integral           | 1          | 1,0          |
| Aposentado por tempo de serviço                   | 15         | 14,9         |
| Aposentado por incapacidade                       | 15         | 14,9         |
| Aposentado por idade                              | 38         | 37,6         |
| Aposentado compulsóriamente                       | 0          | 0,0          |
| Empregado autônomo/ sem vínculo de tempo parcial  | 1          | 1,0          |
| Empregado autônomo /sem vínculo de tempo integral | 1          | 1,0          |
| Sem trabalho remunerado/ fonte de renda própria   | 30         | 29,7         |
| <b>TOTAL</b>                                      | <b>101</b> | <b>100,0</b> |

Dos idosos entrevistados 68% viviam apenas da aposentadoria, 48,5% contavam com a ajuda de outras pessoas, 24,7% recebiam pensão do cônjuge já falecido .

#### **4.2 Situação Familiar e psicossocial:**

Dos entrevistados apenas 15 referiram morar sós e nenhum relatou morar em instituição.

Os idosos estão, de uma maneira geral, satisfeitos com os amigos vizinhos e família respectivamente. Quando perguntado aos que não moram sós (86) em relação aos familiares com quem moram, 75 disseram estar satisfeitos e 1 não respondeu. Em relação aos familiares que não moravam com o entrevistado, 86 referiram estar satisfeitos. Já em relação aos amigos e vizinhos disseram estar satisfeitos 95 e 93 dos entrevistados respectivamente. Destas últimas três questões 2 entrevistados não responderam (Tabela IV).

Tabela IV: Grau de satisfação familiar e social dos entrevistados

|                                | SATISFEITO | %    | INSATISFEITO | %    | TOTAL | %    |
|--------------------------------|------------|------|--------------|------|-------|------|
| FAMILIARES QUE MORAM JUNTO     | 75         | 87,2 | 10           | 11,6 | 85    | 98,8 |
| FAMILIARES QUE NÃO MORAM JUNTO | 86         | 85   | 13           | 13   | 99    | 98   |
| AMIGOS                         | 95         | 94   | 4            | 4    | 99    | 98   |
| VIZINHOS                       | 93         | 92   | 6            | 6    | 99    | 98   |

Foi perguntado ao paciente qual o problema mais sério em sua vida diária, obtendo-se: 39,6% saúde pessoal, 12,9% problemas familiares, 9,9% fatores econômicos, 8,9% solidão, sendo que 12,9% referiram não ter problemas. O restante distribuíram-se entre rejeição social, limitação para atividades físicas, moradia, vida conjugal e “tudo lhe causa problemas” entre outros (Tabela V).

Também foi inquerido sobre o que mais satisfazia o idoso em sua vida diária, observando-se em primeiro lugar vida familiar (57,4%) e seguida de atividades sociais (11,9%). Dos entrevistados 10,9% não referiram ter satisfações (Tabela VI).

Tabela V: Problemas referidos pelos idosos na vida diária.

| PROBLEMA             | FREQÜÊNCIA | %    |
|----------------------|------------|------|
| SAÚDE PESSOAL        | 40         | 39,6 |
| PROBLEMAS FAMILIARES | 13         | 12,8 |
| SITUAÇÃO FINANCEIRA  | 10         | 9,9  |
| SOLIDÃO              | 9          | 8,9  |
| VIDA CONJUGAL        | 4          | 4    |
| MORADIA              | 2          | 2    |
| LIMITAÇÃO ATIVIDADES | 1          | 1    |
| OUTROS               | 3          | 3    |
| TUDO                 | 2          | 2    |
| NÃO TEM PROBLEMAS    | 13         | 12,8 |
| NÃO RESPONDEU        | 2          | 2    |

Tabela VI: Satisfações na vida diária dos idosos entrevistados.

| SATISFAÇÕES        | FREQÜÊNCIA | %    |
|--------------------|------------|------|
| VIDA FAMILIAR      | 58         | 57,4 |
| ATIVIDADES SOCIAIS | 12         | 11,9 |
| SAÚDE PESSOAL      | 4          | 4    |
| VIDA RELIGIOSA     | 4          | 4    |
| VIDA CONJUGAL      | 2          | 2    |
| TUDO               | 4          | 4    |
| OUTROS             | 2          | 2    |
| NÃO TEM SATISFAÇÃO | 4          | 4    |



### 4.3. Morbidade e fatores correlatos:

Ao perguntarmos a opinião do entrevistado sobre sua saúde observamos que 44 consideravam sua saúde regular, 24 ruim, 18 uma saúde boa (Figura 2).

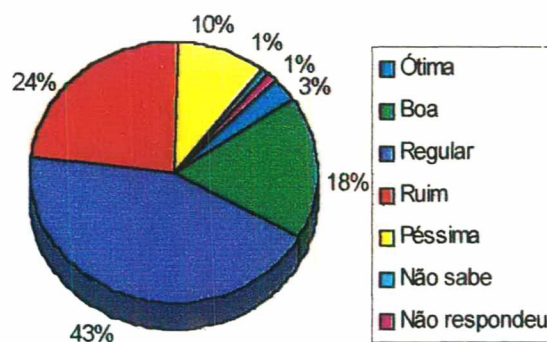


Figura 2: Avaliação de saúde subjetiva dos entrevistados.

Contabilizando o número de comorbidades referidas obteve-se uma média de 7,416, mediana 7, com três valores modais em 4, 7 e 8 tendo predomínio em 4 (Figura 3).

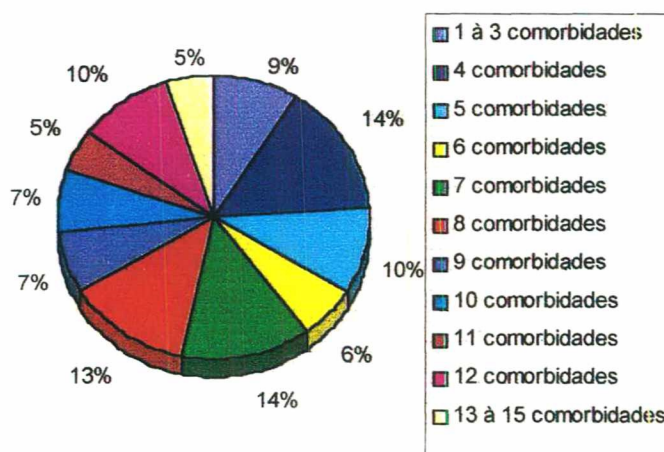


Figura 3: Distribuição do número de comorbidades encontrados.

Das morbidades referidas, hipertensão e problemas de coluna estavam presentes em 60,4% dos pacientes, doenças circulatórias em 56,5%, doenças reumáticas em 52,5%, problemas visuais em 44,5% e doenças gastrointestinais em 43,6%. As outras doenças apareceram em porcentagens menores e podem ser visualizadas na figura 4. Cabe aqui destacar que dos pacientes entrevistados 2 estavam investigando diabetes, 1 investigava cardiopatia, neuropatia e 4 ao serem perguntados sobre doença óssea referiram não ter conhecimento a esse respeito.

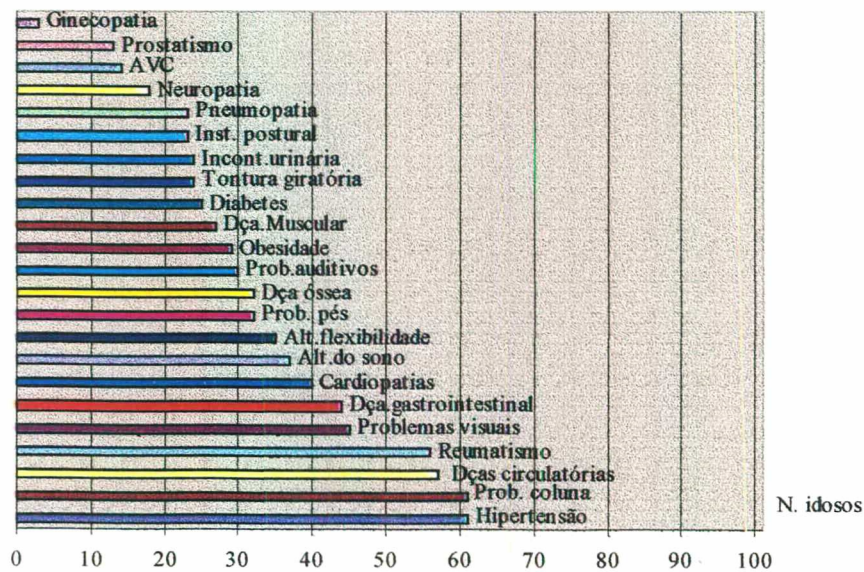


Figura 4: Distribuição dos entrevistados segundo morbidades referidas.

Observou-se que 82 pacientes faziam uso de alguma medicação, sendo que 2 se automedicavam e 1 paciente não soube informar. A média e a moda de medicamentos usados foi de 3, sendo 8 o máximo de medicamentos. A figura 5 ilustra o fenômeno da polifarmácia.

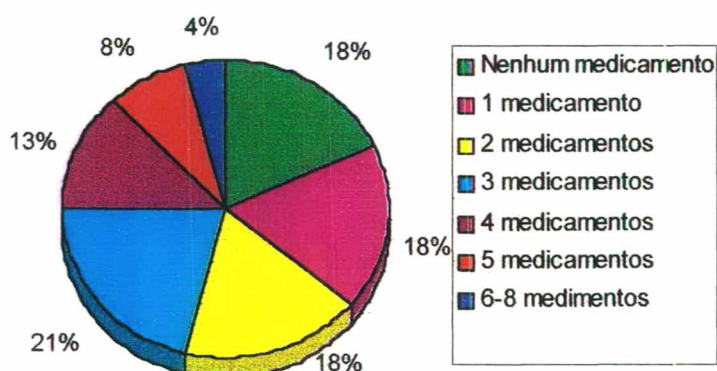


Figura 5: Descrição do número de medicamentos utilizados pelos entrevistados.

Dentre os homens, 60,5% desconheciam ter ou não doença prostática. Entre as mulheres, 58,7% não sabiam informar sobre ginecopia. Foi perguntado para 68 dos entrevistados há quanto tempo não freqüentaram o urologista ou ginecologista, destes 41,2% nunca haviam freqüentado estes especialistas, 29,4% haviam consultado há pelo menos 2 anos, 16,2% entre 2 e 10 anos e 13,2% há mais que 10 anos, dados ilustrados na figura 6.

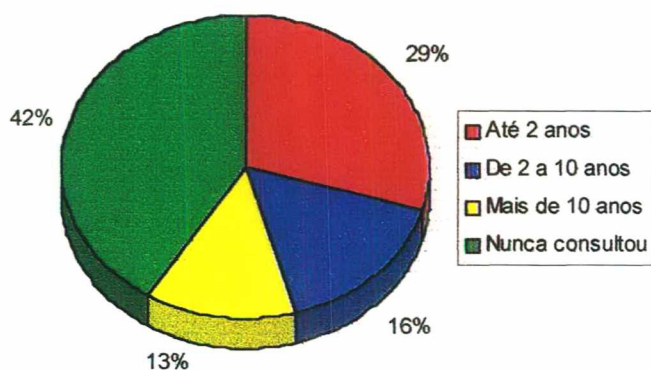


Figura 6: Distribuição dos idosos segundo tempo transcorrido desde a última consulta ao ginecologista ou urologista.



Dentre os idosos, 38 tiveram quedas, sendo que destes 11 afetaram a capacidade de locomoção, com uma média de 3,9 quedas. Apenas 3 idosos apresentaram fraturas nos últimos 12 meses (figura 7).

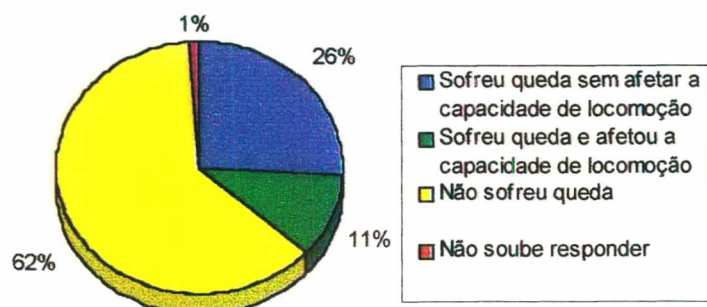


Figura 7: Descrição das quedas sofridas pelos entrevistados no último ano e suas consequências.

Quanto ao uso de instrumentos auxiliares de dificuldades observou-se que 66 (65%) dos pacientes utilizavam óculos e 24 (24%) não os utilizavam apesar de precisar. Também 66 (65%) utilizavam dentaduras e 28 (29%) precisariam usar mas não o faziam. Dos idosos, 3 utilizavam bengalas, 2 andavam em cadeiras de rodas e nenhum dos entrevistados vivia restrito ao leito, assim como nenhum vivia sem um instrumento auxiliar de deficiências (Tabela VII).

Tabela VII: Utilização de instrumentos auxiliares de deficiências.

|                  | UTILIZA | %  | NÃO UTILIZA | %  | PRECISARIA | %  |
|------------------|---------|----|-------------|----|------------|----|
| BENGALAS         | 3       | 3  | 95          | 94 | 3          | 3  |
| MULETA           | 0       | 0  | 100         | 99 | 1          | 1  |
| ANDADOR          | 0       | 0  | 100         | 99 | 1          | 1  |
| CADEIRA DE RODAS | 2       | 2  | 99          | 99 | 0          | 0  |
| DENTADURA        | 66      | 65 | 7           | 7  | 28         | 29 |
| AP.AUDITIVO      | 0       | 0  | 98          | 97 | 3          | 3  |
| ÓCULOS           | 66      | 65 | 11          | 11 | 24         | 24 |

A principal dificuldade referida pelos idosos situa-se no nível 4, ou seja, atividades que necessitam de menos habilidades para serem realizadas, sendo que estas pessoas ainda mantêm relativamente sua autonomia. Em seguida, vêm as dificuldades do nível 3, 2 e 1 que englobam atividades em ordem crescente de dificuldades respectivamente, apresentadas na figura 8.

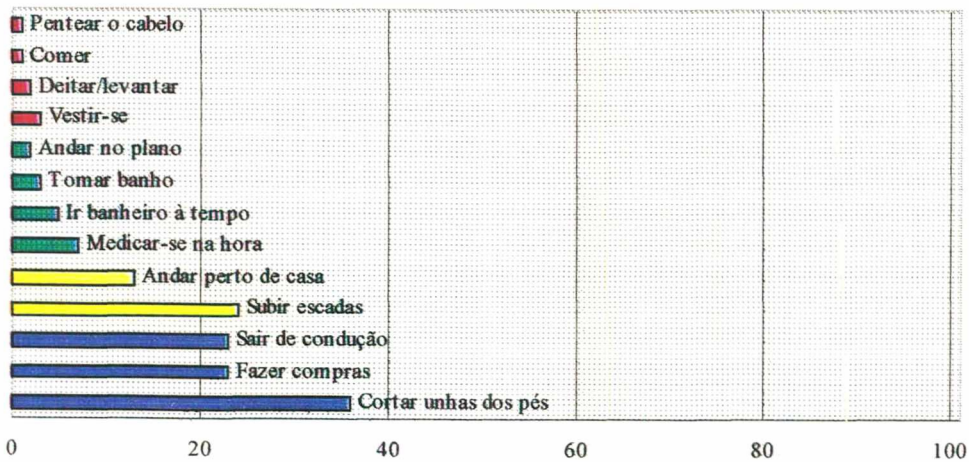


Figura 8: Distribuição das atividades diárias encontradas subdivididas em níveis decrescentes de dificuldade e crescente de autonomia.

#### 4.4. Estilo de vida:

Dos pacientes entrevistados 37 fumaram em algum momento de suas vidas, sendo que todos foram tabagistas por, no mínimo 10 anos, e a maioria por mais que 20 anos. A distribuição dos entrevistados segundo tempo que fumaram está descrita na figura 9.

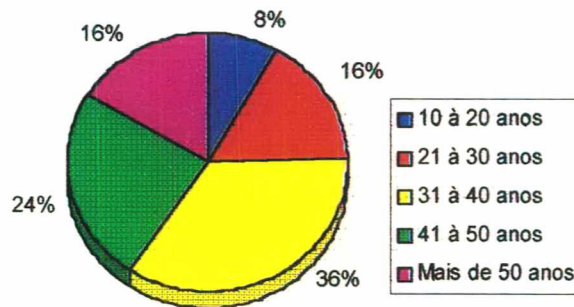


Figura 9: Distribuição dos entrevistados segundo tempo que fumam ou fumaram.

Sobre o uso de álcool, 11 dos entrevistados referiram usá-lo, sendo que destes 6 bebiam apenas em festas, 3 faziam todos ou quase todos os dias e 2 todos os finais de semana.

Ao inquerir sobre atividade física, observamos que 47 (46,5%) dos idosos faziam alguma atividade física pelo menos 1 vez por semana, destes 20 faziam-na 7 vezes por semana (Figura 10). Dos 54 idosos que não realizavam atividade física 27, isto é, 50% não o faziam por limitação física, 35,2% por falta de motivação, 11,1% por falta de local adequado e 3,7% por falta de companhia.



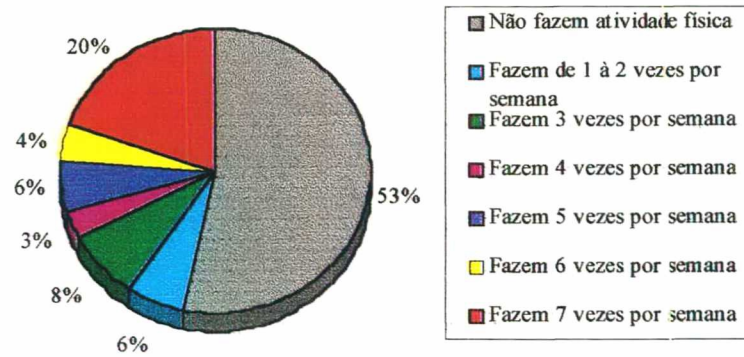


Figura 10: Distribuição dos entrevistados segundo atividade física semanal.

Quando perguntou-se sobre passatempos, uma grande porcentagem respondeu não ter passatempos (25%) e os passatempos mais frequentes foram atividades manuais (28%) seguido de assistir televisão (21%) sendo o restante distribuídos em diversos tipos de atividades como conversar, cuidar de hortas ou de animais de criação, serviços domésticos, pescar, ouvir rádio, jogar jogos de mesa, ajudar pessoas carentes, brincar com os netos, dançar e caminhar.

#### 4.5. Correlações entre algumas variáveis estudadas:

Além desta análise descritiva, procurou-se estabelecer algumas correlações entre as variáveis estudadas.

Cruzando a variável morbidade com outras variáveis como idade, estado civil, situação de moradia, tabagismo, uso de álcool, estado de saúde subjetivo e número de medicamentos, as correlações não puderam ser realizadas quando aplicado o teste qui-quadrado, pela existência de valores menores que 5 em algumas variáveis, isto ocorreu pelo fato de ser uma amostra muito pequena. Apesar disto em alguns destes

cruzamentos conseguiu-se encontrar resultados válidos, pertinentes de relato e posterior discussão.

- Morbidade X Faixa etária: Ao cruzar estes dados (Tabela VIII) foi feita uma análise através da regressão (ANOVA), na qual obteve-se uma correlação fraca como sugerem os dados da figura 10.

Tabela VIII: Distribuição do número de morbidades segundo faixa etária.

| N.MORBIDADES | FAIXA ETÁRIA |            |            |
|--------------|--------------|------------|------------|
|              | 60-69 ANOS   | 70-79 ANOS | 80 OU MAIS |
| 1            | 0            | 1          | 0          |
| 2            | 0            | 2          | 0          |
| 3            | 4            | 1          | 1          |
| 4            | 11           | 4          | 0          |
| 5            | 5            | 5          | 0          |
| 6            | 2            | 2          | 2          |
| 7            | 6            | 6          | 1          |
| 8            | 8            | 4          | 1          |
| 9            | 4            | 3          | 0          |
| 10           | 3            | 3          | 1          |
| 11           | 1            | 2          | 2          |
| 12           | 2            | 6          | 2          |
| 13           | 0            | 1          | 0          |
| 14           | 1            | 1          | 1          |
| 15           | 0            | 0          | 1          |
| TOTAL        | 47           | 41         | 13         |

Tabela XIV: Dados obtidos através da análise de regressão (ANOVA) do cruzamento entre idade e número de morbididades.

| B Coeficientes                                     |            |                    |                  |               |             |         |
|--|------------|--------------------|------------------|---------------|-------------|---------|
| Limite B de confiança parcial 95%                  |            |                    |                  |               |             |         |
| Variável   | Média      | Coef.              | Min.             | Max.          | Erro Padrão | Teste F |
| IDADE  | 70.7525    | 0.1181151          | 0.031258         | 0.204972      | 0.043773    | 7.2810  |
| Intercepção Y                                      | -0.9410947 |                    |                  |               |             |         |
| Coeficiente de correlação: $r = 0.26$ $r^2 = 0.07$ |            |                    |                  |               |             |         |
| Limite de confiança 95%: $-0.13 < r^2 < 0.26$      |            |                    |                  |               |             |         |
| Fonte  | gl         | Soma dos quadrados | Média quadrática | Estatística F |             |         |
| Regressão  | 1          | 70.3253            | 70.3253          | 7.28          |             |         |
| Resíduos   | 99         | 956.2094           | 9.6587           |               |             |         |
| Total  | 100        | 1026.5347          |                  |               |             |         |

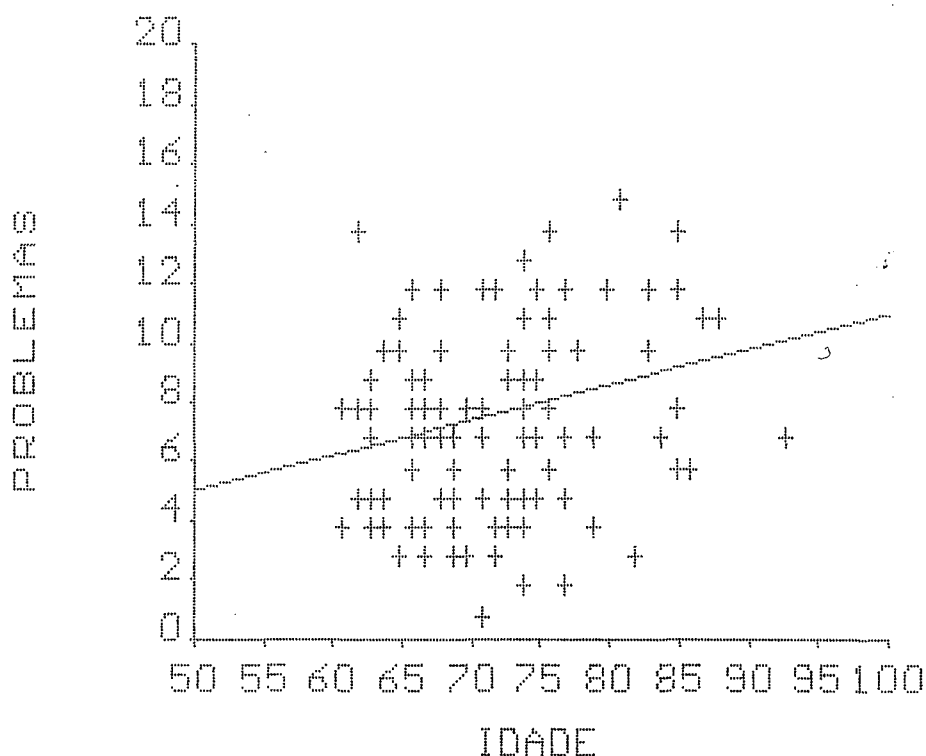


Figura 10: Correlação entre idade e morbididade.

Ainda que sem o apoio da probabilidade, pode-se fazer uma interpretação descritiva deste cruzamento dos dados. Nota-se que na faixa etária entre 60 e 69 anos nenhum paciente refere apenas uma ou duas morbidades; 23% disseram ter 4 morbidades e aproximadamente 90% tem de 3 a 10 problemas de saúde. Analisando-se a faixa dos 70 aos 79 anos vê-se uma maior concentração de pacientes com 7 e 12 morbidades, as duas com 14%. Aproximadamente 80% tem de 4 à 12 morbidades.

- Morbidade X Percepção de saúde: Observou-se pouca discrepância neste cruzamento. Apenas duas pessoas que referiram ter mais de 10 doenças consideravam sua saúde ótima ou boa, sendo que na maioria houve coerência da percepção de saúde com o número de morbidades. Esta observação pode validar os dados encontrados a respeito destas variáveis.

Tabela IX: Distribuição do número de morbidade segundo percepção de saúde do paciente.

| MORBIDADES   | AVALIAÇÃO DE SAÚDE |           |           |           |           |
|--------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|              | ÓTIMA              | BOA       | REGULAR   | RUIM      | PÉSSIMA   |
| 1            | 0                  | 0         | 1         | 0         | 0         |
| 2            | 0                  | 1         | 0         | 1         | 0         |
| 3            | 1                  | 0         | 3         | 1         | 1         |
| 4            | 1                  | 3         | 8         | 3         | 0         |
| 5            | 0                  | 3         | 5         | 2         | 0         |
| 6            | 0                  | 1         | 3         | 2         | 0         |
| 7            | 0                  | 4         | 7         | 2         | 1         |
| 8            | 0                  | 3         | 6         | 1         | 2         |
| 9            | 0                  | 2         | 2         | 1         | 1         |
| 10           | 1                  | 0         | 1         | 3         | 1         |
| 11           | 0                  | 1         | 2         | 1         | 1         |
| 12           | 0                  | 0         | 3         | 6         | 1         |
| 13           | 0                  | 0         | 1         | 0         | 0         |
| 14           | 0                  | 0         | 1         | 1         | 1         |
| 15           | 0                  | 0         | 0         | 0         | 1         |
| <b>TOTAL</b> | <b>3</b>           | <b>18</b> | <b>44</b> | <b>24</b> | <b>10</b> |

- Morbidade X Polifarmácia: Ao estabelecer este cruzamento de variáveis, observa-se a presença de 18 pacientes que, embora tenham apresentado número elevado de morbidades, não faziam uso de medicações.



Tabela X: Distribuição do número de medicamentos utilizados segundo número de morbidades referidas.

| Nº MORBIDADES | Nº MEDICAMENTOS |           |           |           |           |          |          |          |          |
|---------------|-----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------|----------|----------|----------|
|               | NENHUM          | 1         | 2         | 3         | 4         | 5        | 6        | 7        | 8        |
| 1             | 1               | 0         | 0         | 0         | 0         | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 2             | 1               | 1         | 0         | 0         | 0         | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 3             | 1               | 2         | 0         | 1         | 2         | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 4             | 4               | 4         | 1         | 3         | 2         | 0        | 1        | 0        | 0        |
| 5             | 4               | 1         | 2         | 1         | 1         | 0        | 1        | 0        | 0        |
| 6             | 3               | 0         | 1         | 0         | 1         | 1        | 0        | 0        | 0        |
| 7             | 1               | 5         | 4         | 3         | 0         | 1        | 0        | 1        | 0        |
| 8             | 0               | 4         | 4         | 1         | 2         | 0        | 0        | 0        | 1        |
| 9             | 1               | 1         | 2         | 1         | 1         | 0        | 1        | 0        | 0        |
| 10            | 1               | 0         | 1         | 2         | 1         | 2        | 0        | 0        | 0        |
| 11            | 1               | 0         | 1         | 2         | 1         | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 12            | 0               | 0         | 1         | 5         | 1         | 3        | 0        | 0        | 0        |
| 13            | 0               | 0         | 1         | 0         | 0         | 0        | 0        | 0        | 0        |
| 14            | 0               | 0         | 0         | 2         | 0         | 1        | 0        | 0        | 0        |
| 15            | 0               | 0         | 0         | 0         | 1         | 0        | 0        | 0        | 0        |
| <b>TOTAL</b>  | <b>18</b>       | <b>18</b> | <b>18</b> | <b>21</b> | <b>13</b> | <b>8</b> | <b>3</b> | <b>1</b> | <b>1</b> |

- Morbidade X Tabagismo: Não Foi verificado um aumento da média da morbidade entre os idosos que referiram ter fumado em algum momento de suas vidas.

Tabela XI: Distribuição do número e média de morbidades entre pacientes fumantes e não fumantes.

| Nº MORBIDADES       | FUMANTES | NÃO FUMANTES |
|---------------------|----------|--------------|
| 1                   | 0        | 1            |
| 2                   | 1        | 1            |
| 3                   | 5        | 1            |
| 4                   | 6        | 9            |
| 5                   | 4        | 6            |
| 6                   | 2        | 4            |
| 7                   | 5        | 9            |
| 8                   | 4        | 9            |
| 9                   | 3        | 4            |
| 10                  | 2        | 2            |
| 11                  | 2        | 3            |
| 12                  | 2        | 8            |
| 13                  | 0        | 1            |
| 14                  | 1        | 2            |
| 15                  | 0        | 1            |
| MÉDIA DE MORBIDADES | 6,67     | 8,42         |

- Morbidade X Atividade física: Entre os pacientes que praticaram atividade física a média de morbidades (6,5) foi menor que entre os pacientes que não a praticavam (8,1).

Tabela XII: Relação entre o número de morbidades com a prática ou não de atividade física.

| Nº MORBIDADES | ATIVIDADE FÍSICA |                |
|---------------|------------------|----------------|
|               | PRATICAVAM       | NÃO PRATICAVAM |
| 1             | 0                | 1              |
| 2             | 1                | 1              |
| 3             | 5                | 1              |
| 4             | 12               | 3              |
| 5             | 3                | 7              |
| 6             | 1                | 5              |
| 7             | 10               | 4              |
| 8             | 6                | 7              |
| 9             | 2                | 5              |
| 10            | 0                | 7              |
| 11            | 3                | 2              |
| 12            | 1                | 9              |
| 13            | 1                | 0              |
| 14            | 2                | 1              |
| 15            | 0                | 1              |
| MÉDIA         | 6,5              | 8,1            |

- Morbidade X Dificuldades de atividade diária: Pacientes que referiram ter de 7 à 12 morbidades apresentaram um predomínio de dificuldades, sendo que em todos os níveis as dificuldades se concentraram em pacientes com 10 morbidades. Pacientes com mais de 12 morbidades não relataram ter dificuldades dos níveis 1 e 2.

Tabela XIII: Relação entre o número de morbidades e níveis de dificuldades de atividades diárias.

| NÍVEIS  | NÚMERO DE MORBIDADES |   |   |   |   |   |    |   |   |    |    |    |    |    |    |
|---------|----------------------|---|---|---|---|---|----|---|---|----|----|----|----|----|----|
|         | 1                    | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7  | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| NÍVEL 1 | 0                    | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0  | 0 | 0 | 6  | 0  | 0  | 0  | 0  | 0  |
| NÍVEL 2 | 0                    | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2  | 3 | 0 | 8  | 1  | 1  | 0  | 0  | 0  |
| NÍVEL 3 | 0                    | 0 | 1 | 1 | 3 | 0 | 8  | 6 | 3 | 17 | 4  | 8  | 0  | 0  | 3  |
| NÍVEL 4 | 0                    | 0 | 0 | 2 | 5 | 1 | 10 | 8 | 7 | 14 | 6  | 22 | 1  | 5  | 1  |

## **5. DISCUSSÃO:**

Este trabalho não pretende emitir conclusões definitivas acerca dos idosos usuários do Hospital Universitário devido ao seu pequeno número de amostra, mas pode levantar dados importantes sobre os idosos usuários dos ambulatórios de clínica médica do H.U.. Vale destacar também a diferença de perfil conforme sejam estudados grupos de idosos em diferentes situações, população em geral, ambulatório ou pacientes internados.

### **5.1. Fatores sócio-econômicos e demográficos:**

O sexo feminino teve com maior representatividade (62,4%), demonstrando um predomínio deste sexo nos pacientes usuários do ambulatório de clínica médica do HU. Este dado pode ser explicado pelo fato de que as mulheres de forma geral têm mais consciência de seus sintomas, melhor conhecimento das doenças e fazem uso mais constante dos serviços de saúde que os homens <sup>6</sup>. Também reflete uma tendência mundial da população feminina aumentar progressivamente após a terceira década de vida.

Conforme estudos epidemiológicos entre os idosos realizados na Argentina, 1990 <sup>21</sup>, outro estudo comparativo no Brasil, Colômbia, El Salvador, Jamaica e Venezuela, 1993 <sup>22</sup> e na pesquisa realizada por Veras no Rio de Janeiro,

1994<sup>6</sup>, observou-se um predomínio de homens casados sobre as mulheres e inversamente um predomínio de mulheres viúvas sobre os homens.. Ao analisarmos o estado civil dos entrevistados encontramos uma grande diferença entre os sexos. Houve um predomínio de homens casados sobre as mulheres, porém o número de mulheres viúvas é quase dois terços das mulheres casadas e quase 3 vezes o número de homens casados proporcionalmente, o que se assemelha aos dados encontrados na literatura. No presente trabalho verificou-se que os viúvos somados aos solteiros e separados somam um grande número de idosos solitários (45,5%), demonstrando uma tendência da população viver sozinha com a progressão da idade <sup>23</sup>.

Mais que o dobro de mulheres viviam sozinhas, apesar de haver um predomínio de pessoas que não moravam sós, compatível com o elevado índice de mulheres sem um companheiro.

No estudo realizado por Veras em 3 bairros da cidade do Rio de Janeiro (1994)<sup>6</sup> dois terços dos entrevistados haviam cursado o primário completo. Num inquérito realizado em todo o estado do Rio Grande do Sul (1996) <sup>3</sup> mostrou que mais da metade dos entrevistados eram analfabetos ou haviam freqüentado o primeiro grau incompleto. Em um trabalho com 47 pacientes do sexo feminino internadas no HU em 1997 <sup>24</sup>, 87,2% eram analfabetas ou tinham o primeiro grau incompleto. No presente estudo mais de 90% tinham baixo nível de escolaridade sendo 25,7% analfabetos e 66,3% com primeiro grau incompleto. Nota-se um predomínio de mulheres analfabetas. Estes dados superam os da literatura de outras regiões e praticamente se igualam ao trabalho realizado no HU <sup>24</sup>, apontando para um provável predomínio dos baixos níveis de escolaridade nos pacientes usuários do HU. A diferença entre sexos é o reflexo da organização social desde o começo do

século, quando a educação era em grande parte restrita à uma elite e de preferência para os homens.

Mais de 98% dos entrevistados eram aposentados ou desempregados aumentando a dependência, o sedentarismo e o índice de pessoas economicamente inativas. Nos últimos anos a proporção de pessoas economicamente inativas vem aumentando, o que pode ser explicado pela relativa melhora dos fundos de seguridade social para pessoas idosas, pelo êxodo rural e crescimento da industrialização e pela exigência de qualificação educacional pouco encontrada em idosos<sup>6</sup>.

## **5.2. Situação familiar e psicossocial:**

Assim como na literatura<sup>6, 22</sup> a maioria dos entrevistados estavam satisfeitos com seus familiares, amigos e vizinhos.

Veras (1994)<sup>6</sup> perguntou em sua pesquisa quais os problemas mais importantes em sua vida diária e metade dos entrevistados respondeu que não tinha problemas em sua vida diária. Os problemas mais importantes em ordem decrescente foram saúde, financeiros, família e habitação. Medeiros (1994)<sup>25</sup> num artigo sobre saúde e qualidade de vida na terceira idade publicou que os idosos que participaram de seu estudo encontravam as maiores dificuldades na área da saúde, problemas financeiros, falta de autonomia, excesso de medicamentos e problemas habitacionais. Neste trabalho, a saúde também foi o problema mais relacionado, seguido de problemas familiares, econômicos, solidão e apenas 12,9% referiu não tem nenhum problema. Apesar dos problemas familiares estarem entre os principais problemas também foram a maior fonte de satisfação na vida diária (57,4%), o que

demonstra o grande valor dado à família na vida do idoso, uma vez que muitas de suas perspectivas de vida já foram solucionadas.

### **5.3. Morbidades e fatores correlatos:**

Em 1996 numa pesquisa no Rio Grande do Sul <sup>3</sup> a maioria dos idosos avaliou sua saúde de péssima a regular. No estudo realizado por Veras <sup>6</sup>, poucas pessoas avaliaram sua saúde como sendo má ou muito má (17,48%), 82,5% relataram não ter nenhum problema de saúde física, otimismo reafirmado quando a maioria declarou ter uma saúde melhor quando comparado com cinco anos anteriores. Este otimismo não se repetiu nesta pesquisa com tanta ênfase, onde 34% avaliaram sua saúde como sendo ruim ou péssima se assemelhando ao Rio Grande do Sul. Este fato pode estar refletindo uma tendência regional e principalmente o fato de que a amostra deste trabalho envolve pessoas que estão procurando o médico, partindo-se do princípio que o paciente já tenha vindo com alguma queixa.

No estudo realizado na Universidade do Rio Grande nenhum paciente apresentou apenas um problema de saúde, em 75% foram constatados pelo menos 3 problemas de saúde, 50% apresentaram pelo menos sete <sup>11</sup>. Neste estudo todos os pacientes tinham pelo menos um problema de saúde, tendo um predomínio dos pacientes com 4, 7 e 8 morbididades associadas, também refletindo o fato de que estes pacientes já estivessem procurando assistência médica por algum problema de saúde.

Ramos(1986) <sup>26</sup> numa pesquisa na cidade de São Paulo teve como mais freqüentes morbididades em ordem decrescente: hipertensão (36%), artrites (32%), varizes (28%) e doenças cardíacas (23%). Veras em 1994 <sup>6</sup> verificou que os principais sintomas que os idosos se queixavam eram dor nas articulações, doenças



cardíacas, hipertensão e órgãos dos sentidos. Fernandes <sup>24</sup>, analisou os principais motivos de internação em 47 pacientes do sexo feminino internadas no HU de janeiro à março de 1997 e obteve em ordem decrescente: miocardiopatia dilatada, acidente vascular encefálico (AVC) doença pulmonar obstrutiva crônica. Avaliou também as doenças associadas mais freqüentes, dentre as quais em ordem decrescente foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) com 46,8%, *Diabetes Mélicos* com 29% e miocardiopatia dilatada. Em um estudo realizado com pacientes internados em casa, publicado em 1999 por Ramos <sup>29</sup>, observou-se que as morbidades mais freqüentes foram: AVC (31,6%), escaras de decúbito (16,5%), neoplasias (13,7%) e demências (13,7%). No presente estudo as morbidades mais frequentes foram HAS e problemas de coluna com 60,5% seguido de doenças circulatórias (56,5%), doenças reumáticas (52,5%), problemas visuais (44,5%) e doenças gastrointestinais (43,6%). É importante notar que as morbidades diferem entre os diversos grupos população idosa, objetos das pesquisas, havendo consequentemente demandas diferenciadas cada grupo.

Segundo Veras (1994) <sup>6</sup>, cerca de 80% dos idosos por ele entrevistados relataram tomar regularmente medicamentos receitados por um médico, o que coincide com os dados obtidos neste trabalho. No primeiro estudo 27% afirmaram consumir drogas sem receita médica regularmente o que diverge dos dados aqui analisados (2%). Os pacientes que referiram utilizar nenhum, 1 e 2 medicamentos distribuíram-se igualmente e somaram 54%, o que é baixo para uma população que refere ter tantos problemas de saúde. Este dado será melhor discutido posteriormente.

Na pesquisa realizada no Rio Grande do Sul (1996) <sup>3</sup>, levantou-se que 43% das idosas consultaram o ginecologista após a menopausa. Um dado importante deste trabalho foi a constatação que 42% de 68 entrevistados nunca haviam consultado

um ginecologista ou urologista e 13 % havia consultado há mais de 10 anos estes especialistas. Estes dados refletem uma cultura repleta de tabus por parte dos pacientes a respeito destas especialidades, também uma falta de esclarecimento do paciente, da importância de tais consultas já que as neoplasias ginecológicas e urológicas são algumas das maiores causas de mutilação e até morte.

Um problema muito comum e importante entre os idosos são as quedas, não é um diagnóstico mas pode ser um sintoma importante de muitas doenças subdiagnosticadas. Sua prevenção pode prevenir muitas internações, intervenções cirúrgicas e morbimortalidades <sup>28</sup>. Num estudo realizado em Jerusalém (1996)<sup>29</sup> com idosos maiores de 70 anos, 28% referiu cair alguma vez no último ano. Os resultados obtidos neste trabalho não foram muito distantes, apresentando 38% de quedas sendo que 11% afetaram a capacidade de locomoção confirmando os dados da literatura.

Observou-se que a maioria dos entrevistados utilizava óculos (65%) e próteses dentárias (65%) , ainda assim uma grande porcentagem , 24% e 29% respectivamente, precisariam usar óculos e próteses dentárias. Estes dados reafirmam a falta de recursos financeiros dos pacientes em estudo e também apontam para mais um fator limitante da vida diária destes idosos.

Veras observou em seu trabalho que 39% dos entrevistados informaram dificuldades nas atividades consideradas mais fáceis ( nível 4) e 5,1% para realizar tarefas mais difíceis entre os idosos com mais de 80 anos e 0,5% em idosos entre 60 e 69 anos. Estes valores correspondem parcialmente com os valores deste trabalho, sendo que a faixa etária de 60 a 92 anos referiu mais dificuldades nas atividades mais simples. Observou-se uma maior dificuldade em realizar as atividades de terceiro e quarto níveis, retratando uma perda ainda parcial da autonomia para a realização das atividades diárias básicas compatível com os dados

da literatura <sup>20, 6, 29</sup>. Nos estudos de Ramos (1986)<sup>26</sup> e Veras (1994)<sup>6</sup> a maior dificuldade encontrada foi ao usar transporte público. No presente estudo, assim como no trabalho realizado por Tavares (1999) <sup>20</sup>, o primeiro lugar em dificuldade foi cortar as unhas dos pés seguido de subir escadas, o que está relacionado às patologias associadas e às alterações advindas do envelhecimento. Talvez a discordância de dificuldades esteja na diferença de regiões, já que os primeiros estudos foram realizadas em cidades de grande porte onde o transporte é uma limitação para a população em geral.

#### **5.4. Estilo de vida:**

Em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul <sup>3</sup> encontrou-se uma prevalência considerada elevada e significativa de tabagismo (16,39%) e alcoolismo (9,4%), e metade dos entrevistados referiram não praticar atividade física regular. Os idosos participantes deste trabalho parecem ter um estilo de vida razoável, apesar de 37% dos entrevistados terem fumado em algum período de suas vidas por pelo menos 10 anos. O uso de álcool foi relatado por 11%, sendo que a maioria diz beber socialmente. Aproximadamente 45% dos entrevistados referiu praticar alguma atividade física contrastando com os dados da literatura. Estes dados podem indicar uma deficiência de veracidade dos fatos, um modo distinto de operacionalizar a variável ou um viés sazonal, já que este trabalho foi realizado no verão ou indicar melhores hábitos de vida nos moradores de Florianópolis.

#### **5.5. Correlações entre algumas variáveis encontradas:**

- Morbidade X Faixa etária: Observando-se as várias formas de análise pode-se afirmar que houve uma fraca correlação entre a idade e a comorbidade dos pacientes entrevistados. Existe pouca diferença significativa de número de morbidades entre a faixa etária dos 60-69 e 70-79 anos. Estes dados podem sugerir

que as pessoas não adoecem com a idade, mas que já são “adultos doentes”, provavelmente portadores de doenças crônicas, que envelheceram. Esta análise reforça a necessidade de melhores programas de prevenção para um envelhecimento mais saudável.

- Morbidade X Avaliação de Saúde: A maioria dos pacientes com mais morbidades relatou ter uma saúde ruim. Estes dados validam os resultados obtidos, uma vez que foram todos dados subjetivos pois nenhuma informação teve constatação médica.

- Morbidade X Polifarmácia: Observou-se que 18 pacientes apresentaram alto índice de morbidades mas não faziam uso de nenhuma medicação. Este fato pode ser explicado por um subdiagnóstico ou pela não adesão do tratamento pelos pacientes.

- Morbidade X Estilo de vida: Foi constatado que entre os pacientes que tinham como hábito praticar alguma atividade física, a média de morbidades foi menor. Este dado pode indicar que pessoas com melhores hábitos têm melhores condições de vida. Esta correlação também é influenciada por fatores psicológicos como a auto estima. Encontrou-se uma média de morbidades maior entre os pacientes que fumavam, porém não temos dados mais detalhados sobre esta variável para podermos afirmar tal resultado tão contraditório.

- Morbidade X Dificuldades de atividade diária: Os maiores índices de dificuldades, na grande maioria, coincidiram com os maiores números de morbidades. Os níveis 1 e 2 de dificuldades, indicando maior dependência, concentraram-se em maior proporção nos pacientes que relataram 10 morbidades

## 6. CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os idosos usuários do ambulatório de clínica médica do H.U. são predominantemente mulheres, viúvas, com baixo nível sócio-econômico tendo em vista as ocupações e a deficiente escolaridade. A maioria não mora só e relata ter maior satisfação com familiares que moram separados, amigos e vizinhos, do que com os familiares que moram na mesma casa.

Sua avaliação de saúde não é boa e relatam ser este seu maior problema. Apesar do elevado número de comorbidades observa-se que esta não se relaciona com o envelhecimento, indicando que estes são adultos doentes que estão envelhecendo. A HAS e os problemas de coluna são os mais freqüentes, seguidos de doenças circulatórias, reumáticas e problemas visuais. Usavam em média 3 medicamentos. A maioria nunca foi ao ginecologista ou urologista, fato muito influenciado pela cultura desta amostra. Apresentaram um percentual alto de quedas. Observou-se que muitos não têm óculos e dentaduras apesar de precisarem. Em geral tem um estilo de vida relativamente bom com elevado índice de praticantes de atividade física, baixo de usuários de álcool e alto de tabagistas.

Estes dados indicam a necessidade de implantação de atividades e programas sociais de prevenção e de recuperação de saúde no âmbito coletivo. Também a necessidade da melhora da abordagem ao geronte pela equipe de saúde.

Neste trabalho foi realizado um levantamento parcial do banco de dados, sendo que muitas informações obtidas e hipóteses formuladas deverão ainda ser melhor estudadas. Constituem no entanto, um passo inicial no conhecimento de necessidades e demandas dos idosos para uma resposta social e de serviços de saúde mais adequada face às transformações demográficas em curso.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gomes F.A A .O Velho e a Velhice - dos Primeiros Tempos ao Início da Era Cristã. *Gerontologia*, 1998. 6(3): 145 - 152.
2. Cansado FAX. Epidemiologia do envelhecimento. *In: Noções práticas de geriatria*. Belo Horizonte: Coopmed Editora Helth CR: 1994. P.15-43.
3. Conselho Estadual do Idoso. Os idosos do Rio Grande do Sul: estudo multidimensional de suas condições de vida: Relatório preliminar de pesquisa. Porto Alegre, 1996.
4. Martínez FM. Aspectos biológicos del envejecimiento. *In: Pérez EA.; et al, La atención de los ancianos: um desafio para los años noventa*. Oficina sanitaria Panamericana, Oficina regional de la organización mundial de la salud. Publicación científica 546, 1994.
5. Esteves B. O Brasil de cabelos brancos. *Ciência Hoje*,1998, Abril. 23 (137): 18-21.
6. Veras. PR. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 1º ed. Rio de Janeiro, Relume Dumará, UERJ, 1994.

7. ONU *apud* Veras. PR. País jovem de cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. 1º ed. Rio de Janeiro, Relume Dumará, UERJ, 1994, p.29.
8. Sayeg MA. A vida após os 80 anos de idade. *Arquivos de geriatria e gerontologia*, 1996. 0(0): 5-8.
9. Campos CMT. Reflexão sobre o desenvolvimento da fragilidade. *Arquivos de geriatria e gerontologia*, 1996.0(0): 21-23.
- 10..Pereira SRM. Fisiologia do envelhecimento. *Arquivos de geriatria e gerontologia*, 1996. 0(0): 18-20.
- 11.Silvestre JÁ. Como anda a saúde do idoso no Brasil?. *Ciência Hoje*, Abril. 23 (137): 22-29.
- 12.Aguilera CE. Utilização dos serviços de saúde: conceitos e modelos. *Cadernos Didáticos UFRJ*, 17-24.
- 13.Dever G.E.A .A Epidemiologia na Administração de Serviços de Saúde.Pioneira, São Paulo, 1988.
- 14.Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 1986.
- 15.Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, S.P., 1990.
- 16.Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. III Congresso de Saúde Coletiva, Porto Alegre, 1992.



17. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. III Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Salvador, 1995.
18. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 1997.
19. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. IV Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Rio de Janeiro, 1998.
20. Ramos. L.R. Growing old in São Paulo, Brazil: assessment of health status and social support of elderly people from different socioeconomic strata living in the community. (Tese para PhD), London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM), Londres, 1986.
21. Organización Panamericana de La Salud. Perfil del Anciano en Argentina. Documento técnico n. 29. Washington, 1990.
22. Pérez. E.L. *et al.* Análisis comparativo del envejecimiento en Brasil, Colombia, El Salvador, Jamaica y Venezuela. Organización Panamericana de la Salud. Cuaderno Técnico; 38. Washington, D.C.: 1993.
23. Montesanti. L.T. *et al.* Anamnese clínica x geriátrica. *Gerontologia*, 7(1): 8-16, 1999.
24. Fernandes. V.R.A . Perfil dos pacientes acima de 60 anos internados na enfermagem de clínica médica feminina do HU - UFSC, no período de janeiro à março de 1997. (Trabalho de conclusão de curso). Florianópolis, 1997.

25. Medeiros. S.L. Saúde e qualidade de vida na opinião dos idosos. *Gerontologia*, 2 (1): 07-12, 1994.
26. Ramos. J.A.S. Assistência domiciliar: vivência de uma conquista serviço hospitalar. *No envelhecimento o que queremos?*. Sociedade Brasileira de Geriatria e gerontologia - Seção Rio de Janeiro. Trontis editorial, Rio de Janeiro, 1999.
27. Tideiksaar. R. Preventing falls: How to identify risk factors, reduce complications. *Geriatrics* 1996;51 (Feb): 43-53.
28. Pollak. R.D. *et al.* Characteristics of falls in 70 year olds in Jerusalem. *Isr J Med Sci* 1996; 32: 625-628.
29. Tavares. D.M.S. *et al.* Situação de saúde do idoso diabético. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 3(1): 11-17, 1999.
30. Siefer. M.W. Perfil social, econômico e profissional dos pacientes internados no instituto do coração. *Revista da Sociedade Cardiológica de São Paulo*, Vol.8 (4):16-22,1998.
31. Halal. I.S. Avaliação da qualidade de assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de saúde Pública*, 28 (2): 131-6,1994.

## **RESUMO:**

Este é um estudo de demanda, do tipo descritivo, realizado através de um inquérito transversal com 101 pacientes acima de 60 anos usuários do ambulatório de clínica médica do H.U., no período de janeiro à março de 1999. Concluiu-se que os usuários são mulheres, viúvas, com baixo nível sócio econômico, destacando-se a deficiência de escolaridade (66% primeiro grau incompleto e 24% analfabetos. Não têm uma boa percepção da saúde e apesar do grande número de comorbidades (média = 7, modas = 4, 7, 8), estas não se relacionavam com a idade, indicando que estes pacientes já eram adultos doentes. As morbidades mais freqüentes foram HAS e problemas de coluna (60,4%), seguidos de doenças circulatórias, reumatismo e problemas visuais. Utilizavam em média 3 medicamentos. Muitos nunca haviam freqüentado o ginecologista ou urologista (42%) e mesmo precisando utilizar óculos e dentaduras, não os tinham (24%). Apesar do alto índice de morbidade, mantêm ainda perda parcial da autonomia. Possuem um estilo de vida razoável, sendo que costumam praticar atividade física (46,5%). Os dados coincidem com a literatura e indicam a necessidade de programas sociais e de serviços de saúde mais adequados face às transformações demográficas em curso.

## SUMMARY

This is a necessity study, descriptive, done by a transversal protocol with 101 patients older than 60 years old followed by Hospital Universitário – UFSC ambulatory, between january and march 1999. We concluded that most of users are women (62,4%), widows, with lower social economic class, with low scholarly level – 66% with incomplete high-school and 24 % analphabet. There is a bẽd health approach and besides a higher number of comorbidity (average = 7; mode = 4,7 and 8), these aren't related with age, meaning that this patients are sick adults. The more frequents morbidity were arterial hypertension, column disease (60,4%), followed by circulatory diseases, rheumatic diseases and visual problems. Most of patients have never been in a medical follow with gynecologist or urologists (42%). Even needing to wear glasses and denture (24%) they hadn't. They have partial autonomy besides higher morbidity index. They have a middle life stile, (46,5%) usually practice physical activity. Data coincide with literature and show the necessity of health-socials programs adequate due demographics transformations in course.

# APÊNDICE 1

## QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE SAÚDE

Data:    /    /

|   |                                     |                 |                      |
|---|-------------------------------------|-----------------|----------------------|
| 1. Nome: _____  | 2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino | 3. Idade: _____ | 4. N.º filhos: _____ |
| 5. Est. civil: (1) Solteiro (2) Casado ou união estável (3) Viúvo(a) (4) Separado(a) (99) NS (00) NR  |                                     |                 |                      |
| 6. Situação atual: (1) Empregado com vínculo de tempo parcial (2) Empregado com vínculo de tempo integral<br>(3) Aptado por tempo de serviço (4) Aptado por incapacidade (5) Aptado por idade<br>(6) Aptado compulsóriamente (7) Empregado autônomo/sem vínculo de tempo parcial<br>(8) Empregado autônomo/sem vínculo de tempo integral (9) Desempregado |                                     |                 |                      |
| 7. Profissão anterior: _____  |                                     |                 |                      |
| 7. Escolaridade: (1) Analfabeto (2) 1ºg incompl (3) 1ºg compl (4) 2ºg incompl (5) 2ºg compl (6) 3ºg (99) NS (00) NR   |                                     |                 |                      |

8. Mora só?                      (1) Sim            (2) Não            (3) Instituição

9. Identificação de todas as pessoas que moram com o idoso.

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vínculo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Idade   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

10. Recursos financeiros atualmente :

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| (1) Salário                | (2) Aplicação financeira                             |
| (3) Aposentadoria          | (4) Ajuda de outras pessoas                          |
| (5) Pensão                 | (6) Não tem rendimento próprio                       |
| (7) Renda mensal vitalícia | (8) Ajuda medicamento ou relacionado saúde           |
| (9) Aluguel imóvel         | (10) Ajuda medicação, moradia, vestuário             |
| (11) Atividade informal    | (99) NS                                      (00) NR |

11. Em geral o senhor diria que sua saúde física é: (1) Ótima (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Péssima (99) NS (00) NR

12. O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

|   | NÃO | NS   | NR   | SIM               |               |
|---|-----|------|------|-------------------|---------------|
|   |     |      |      | INTERFERE NA VIDA | NÃO INTERFERE |
| 1. Reumatismo   | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 2. Dça Pulmonar                                       | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 3. Pressão Alta                                       | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 4. Má circulação(varizes)                             | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 5. Diabetes   | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 6. Obesidade  | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 7. Derrame  | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 8. Incont. Urinária                                   | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 9. Dça Gastro-Intestinal                              | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 10. Problemas para dormir                             | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 11. Problemas auditivos                               | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 12. Problemas de coluna                               | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 13. Problemas visuais                                 | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 14. Dça cardíaca                                      | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 15. Dça neurológica                                   | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 16. Dça muscular(força, fadiga, dor)                  | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 17. Dça dos ossos                                     | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 18. Tontura giratória                                 | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 19. Instabilidade post. (desequilíbrio)               | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 20. Problemas nos pés(calos, deformidades, joanetes.) | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 21. Flexibilidade (Joelhos, coluna)                   | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 22. Problema prostático                               | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| 23. Problema ginecológico                             | (1) | (99) | (00) | (2)               | (3)           |
| Especifique:  |     |      |      |                   |               |

13. O sr. (a) sofreu alguma queda no último ano? Quantas vezes? \_\_\_\_\_

(1) Sim, s/ afetar da capacidade de locomoção (2) Sim, e afetou a capacidade de locomoção (3) Não (99) NS (00) NR

14. O(a) senhor(a) sofreu alguma fratura no último ano?

(1) Sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_ (1) Costelas (2) Bacia (3) Fêmur (4) Punho

(2) Não

15. O(a) sr. (a) toma algum remédio regularmente?

(1) Sim, receitado por médico (2) Sim, Adquirido por conta própria (3) Não (00) NR

16. Quais os remédios que o senhor ou a senhora usa regularmente e quais os horários de tomada?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
5. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

17. O sr(a) utiliza:

|                   | Sim | Não utiliza | Precisaria | NS   | NR   |
|-------------------|-----|-------------|------------|------|------|
| Bengalas          | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Muleta            | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Andador           | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Cadeira de rodas  | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Dentadura         | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Ap. auditivo      | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Óculos            | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Restrito ao leito | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Nenhum            | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Outro             | (1) | (2)         | (3)        | (99) | (00) |
| Especifique       |     |             |            |      |      |

18. Quanto a maneira que faz estas atividades durante o dia a dia:

|                             | SEM DIFICULDADE | COM DIFICULDADE<br>POUCA MUITA |     | NS   | NR   | QUEM<br>AJUDA | MORA<br>JUNTO |
|-----------------------------|-----------------|--------------------------------|-----|------|------|---------------|---------------|
| A) Deitar/ levantar da cama | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| B) Comer                    | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| C) Pentear o cabelo         | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| D) Andar no plano           | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| E) Tomar banho              | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| F) Vestir-se                | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| G) Ir ao banheiro em tempo  | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| H) Subir escada             | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| I) Medicar-se na hora       | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| J) Andar perto de casa      | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| K) Fazer compras            | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| L) Preparar refeições       | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| M) Cortar unhas dos pés     | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| N) Sair de condução         | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |
| O) Fazer limpeza de casa    | (1)             | (2)                            | (3) | (99) | (00) |               |               |

**CÓDIGO DE PARENTESCO:**

1. Pai 2. Conjuge 3. Irmãos, primos, cunhados 4. Filhos, enteados 5. Genro, nora 6. Netos

7. Bisnetos 8. Amigo, conhecido 88. NA 99. NS 00. NR MORA JUNTO: (1) Sim (2) Não (88) NA (00) NR

19. O sr. fuma? (1) Sim, por quanto tempo? \_\_\_\_\_ (2) Não

20. O sr. faz uso de bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não

21. Se sim com que frequência? (1) Apenas em festas (2) Todos/ quase todos os finais de semana (3) Todos os dias/quase todos os dias.

22. O (a) sr.(a) pratica alguma atividade física regularmente?

(1) Sim, especifique \_\_\_\_\_ X por semana (2) Não (99) NS (00) NR

23. Se não, por que? (1) Limitação física (2) Falta de local adequado (3) Falta de companhia (4) Falta de motivação (5) Outro, especifique \_\_\_\_\_.

24. Como o(a) sr.(a) se sente com a relação que mantém com:

|   | MUITO SATISFEITO | SATISFEITO | INSATISFEITO | MUITO INSATISFEITO | MORA SÓ | NS   | NR   |
|---|------------------|------------|--------------|--------------------|---------|------|------|
| A) as pessoas da família que moram com o sr.(a)     | (1)              | (2)        | (3)          | (4)                | (5)     | (99) | (00) |
| B) as pessoas da família que não moram com o sr.(a) | (1)              | (2)        | (3)          | (4)                | (5)     | (99) | (00) |
| C) os amigos  | (1)              | (2)        | (3)          | (4)                | (5)     | (99) | (00) |
| D) os vizinhos                                      | (1)              | (2)        | (3)          | (4)                | (5)     | (99) | (00) |

25. O (a) sr.(a) tem como hábito quais destes passatempos?

|                             | S   | N   |                          | S   | N   |
|-----------------------------|-----|-----|--------------------------|-----|-----|
| A. Assistir TV              | ( ) | ( ) | B. Ouvir rádio           | ( ) | ( ) |
| C. Ler                      | ( ) | ( ) | D. Jogar (jogos de mesa) | ( ) | ( ) |
| E. Fazer atividades manuais | ( ) | ( ) | F. Fazer caminhadas      | ( ) | ( ) |
| G. Dançar                   | ( ) | ( ) | H. Esporte               | ( ) | ( ) |
| I. Outros                   | ( ) | ( ) | Especificar _____        | ( ) | ( ) |

26. Na sua opinião qual o problema mais sério na sua vida ?

(1) Econômico (2) Saúde pessoal (3) Falta de serviços de saúde (4) Falta de serviços sociais  
 (5) Moradia (6) Transporte (8) De vestuário (9) Atividades sociais (10) Alimentação  
 (11) Problemas familiares (12) Solidão (13) Rejeição social (14) Não tem problemas  
 (15) Outros (Especificar \_\_\_\_\_) (99) NS (00) NR

27. Na sua opinião, o que o deixa mais satisfeito em sua vida diária?

(1) Situação econômica (2) Saúde pessoal (3) Garantia de serviços de saúde e sociais  
 (4) Ativ. física (5) Ativ. sociais (6) Vida familiar  
 (7) Vida religiosa (8) Outros (Especificar \_\_\_\_\_) (99) NS (00) NR

28. Há quanto tempo o sr. (a) não vai ao uro ou ginecologista?



**TCC  
UFSC  
CM  
0416**

**N.Cham. TCC UFSC CM 0416**  
**Autor: Martins, Michele A**  
**Título: Um estudo do perfil dos idosos u**



972807571

Ac. 253565

**Ex.1**

**Ex.1 UFSC BSCCSM**