

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE SAÚDE COLETIVA

ROSANGELA GALLI

**CARACTERIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS, RS**

São Leopoldo

2010

ROSANGELA GALLI

**CARACTERIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS, RS**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora, na Universidade do Vale do Rio do Rio dos Sinos – UNISINOS –, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Professores:
Dr. Emilio H. Moriguchi e Dr. Marcos Pascoal Pattussi

São Leopoldo

2010

G168c Galli, Rosangela.

Caracterização da vacinação contra influenza em idosos residentes no município de Veranópolis, RS / Rosangela Galli. – 2010.

86 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2010.

"Orientador Prof. Emilio H. Moriguchi."

FICHA DE APROVAÇÃO

**CARACTERIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS
RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS, RS**

por

ROSANGELA GALLI

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora, na Universidade do Vale do Rio do Rio dos Sinos – UNISINOS –, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Banca Examinadora

Professor Orientador
Prof. Emilio H. Moriguchi

Professor Membro
Prof. Flávio Merino de Freitas Xavier

Professor Membro
Profª Vera Maria Vieira Paniz

São Leopoldo

2010

Dedico este trabalho a todos que colaboraram para que esta Dissertação acontecesse.

AGRADECIMENTO

Ao professor Marcos, pela orientação e dedicação.

Ao professor Emilio pelos ensinamentos e carinho em todo o período do Mestrado.

Ao Telmo por ser o responsável por esta conquista.

À minha família pela compreensão durante todos estes anos de estudo.

À Neide por todo o empenho e amizade durante a coleta de dados e sua família pelo acolhimento.

À todos os amigos que fizeram parte desta jornada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS.....	10
2.2 INFLUENZA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	13
2.3 VACINAÇÃO: EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE.....	15
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE VACINAÇÃO.....	23
3 JUSTIFICATIVA	29
4 OBJETIVOS E HIPÓTESE	30
4.1 OBJETIVO GERAL.....	30
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
4.3 HIPÓTESE.....	30
5 METODOLOGIA	31
5.1 DELINEAMENTO.....	31
5.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO.....	31
5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	31
5.4 PLANO AMOSTRAL.....	33
5.5 INSTRUMENTOS.....	33
5.5.1 Variável Dependente	34
5.5.2 Variáveis Independentes	34
5.5.2.1 Variáveis Demográficas.....	34
5.5.2.2 Variáveis Socioeconômicas.....	35
5.5.2.3 Variáveis Psicossociais.....	36
5.5.2.4 Variáveis Comportamentais.....	36

5.5.2.5 Condições de Saúde e Presença de Morbidades.....	37
5.6 ESTUDO PILOTO	38
5.7 EQUIPE DE TRABALHO.....	38
5.8 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO.....	38
5.9 CONTROLE DE QUALIDADE	39
5.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
5.11 ASPECTOS ÉTICOS.....	41
6 CRONOGRAMA	42
7 ORÇAMENTO	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	47
APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO - FATORES ASSOCIADOS COM A VACINAÇÃO	48

1 INTRODUÇÃO

O uso de vacinas para a prevenção de doenças se constitui em uma das mais importantes e bem sucedidas intervenções em saúde pública. Um crescente número de vacinas tornaram-se disponíveis para uso, e os gestores dos programas públicos de imunizações freqüentemente necessitam tomar a decisão sobre quais as vacinas que devem ser introduzidas nos programas de prevenção em nível de políticas de saúde pública (SANTOS, 2003). A mesma autora ainda coloca que em 1999, a vacina contra influenza (chamada também de vacina contra a gripe pelos leigos) foi introduzida no Brasil em campanhas anuais de vacinação, tendo como população alvo os indivíduos idosos.

A infecção pelo vírus da influenza tem como principais complicações a insuficiência respiratória (pela própria infecção) e a infecção secundária do trato respiratório por agentes bacterianos, responsáveis por aumento de hospitalizações e mortalidade na população idosa (FORLEU-NETO et al., 2003).

Os benefícios da vacinação contra influenza são reconhecidos na literatura médica, onde vários trabalhos demonstraram que a vacinação reduz a ocorrência de hospitalização e morte por infecção respiratória aguda na população idosa (GROSS et al., 1995; NICHOL et al., 1998).

Embora se considere a maior susceptibilidade fisiológica e imunológica do idoso a infecções, a vacinação contra gripe é benéfica na prevenção de influenza severa, pneumonia e mortes nesse grupo de risco (FRANCISCO, 2005).

Nesse contexto, este projeto surgiu com o objetivo de caracterizar a vacinação contra influenza em idosos residentes no município de Veranópolis, Rio Grande do Sul (RS).

Ao finalizar esta pesquisa, buscar-se-á identificar as principais mudanças ocorridas na saúde da população idosa do município em estudo a partir das campanhas de vacinação contra influenza, bem como, descrever as razões pelas quais alguns idosos demoraram para aderir a campanha buscando a melhoria da qualidade de vida.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA DOS IDOSOS

O aumento da população idosa afeta diferentes esferas da organização econômica, política e social no país, como educação, trabalho, lazer, aposentadoria e saúde. Esta última acarreta elevação dos custos com internações hospitalares e outras formas de atendimento médico (PASCHOAL, 1996, p. 29).

Ainda não foi inteiramente compreendida a poderosa tendência histórica do aumento da sobrevida nas idades avançadas. As melhorias ocorridas na Saúde Pública, as opções de estilo de vida mais saudável, o aumento da escolaridade e a compreensão dos fatores de risco relacionados aos agravos à saúde têm contribuído para a maior esperança de vida (FINCH; SCHNEIDER, 1997).

Segundo Braga (2004) O envelhecimento é um fenômeno bio-psico-social que atinge o homem e sua vivência na sociedade, manifestando-se em todos os domínios da vida. Inicia-se pelas células, passa aos tecidos e órgãos, terminando nos processos complicados do pensamento.

O crescimento da população de idosos, vem se configurando como um fenômeno mundial relacionado com o aumento da expectativa de vida. No Brasil, segundo dados do Censo 2000, as estimativas indicam que a população da terceira idade poderá exceder 30 milhões de pessoas para os próximos vinte anos (até 2028), chegando a representar quase 13% da população total.

O envelhecimento populacional é definido por Ramos (1993) como o aumento da proporção de idosos em uma população, à custa da diminuição da proporção de jovens. Esse evento associa-se a questões sociais e econômicas

tais como as mudanças no perfil epidemiológico e nas demandas dos serviços de saúde.

A pessoa idosa é aquela com idade de 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, conforme o critério da Organização das Nações Unidas (ONU), definido em 1982, na Assembléia Mundial do Envelhecimento. Os países desenvolvidos consideram a pessoa idosa com idade de 65 anos ou mais (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000).

O processo de envelhecimento vem sendo pesquisado e discutido em várias áreas da ciência, seja ela médica, tecnológica, humana ou social, no sentido de buscar respostas que possam esclarecer os mistérios e mudanças da velhice humana. Com isso, determinados pressupostos vêm sendo modificados à medida que algumas descobertas elucidam gradativamente esse processo (BRAGA, 2004).

O envelhecimento é descrito por alguns autores como a progressão de uma série de mudanças biológicas associadas à passagem do tempo. Para outros é representado pelas perdas das funções normais do organismo que ocorrem após a maturação sexual e continuam até a longevidade máxima, para os membros de uma espécie. Estes autores concordam que o envelhecimento é um processo caracterizado pela passagem do tempo na vida do indivíduo. Porém, este não pode ser considerado o fator determinante do envelhecimento (BRAGA, 2004).

A velhice pode ser compreendida como o resultado de um processo que começa no momento do nascimento estendendo-se por toda a vida do ser. É um sistema instável que a todo o instante necessita da reconquista do equilíbrio perdido e é em função de cada mudança sofrida que se caracteriza o envelhecimento (BRAGA, 2004).

Nesta linha, a idade cronológica é um dado importante, mas não determina a condição da pessoa. A qualidade do tempo vivido e as condições

ambientais nas quais a vida transcorre são essenciais. Assim, cada indivíduo terá uma bagagem própria ao envelhecer, decorrente das transformações ocorridas ao longo da vida, dos ganhos e das perdas. Vários fatores contribuem para determinar como uma pessoa envelhece tais como, seu estilo de vida, ocorrência de doenças, acidentes, estresse, condições ambientais desfavoráveis, que associadas ou isoladas podem acelerar e caracterizar o processo de envelhecimento (BRAGA, 2004).

O processo de envelhecimento demográfico gera impactos na economia, na política e na cultura da sociedade, uma vez que a população idosa possui necessidades específicas para obter condições de vida adequadas (SIQUEIRA, 2002, p. 52).

Em cada sociedade, em momentos históricos distintos, a velhice e o envelhecimento ganham diferentes especificidades, papéis e dignificados diferentes em função da classe social, do grupo profissional e do parentesco, da cultura, da ideologia, do poder econômico, da política que influenciam o ciclo de vida e o percurso de cada indivíduo, do nascimento à morte (MAGALHAES, 1987). Assim sendo, cada sociedade entende a velhice de um modo distinto.

Novas formas de atuar frente ao envelhecimento vieram ampliando espaços e conquistas, o que gerou impacto e, novas demandas para o sistema de saúde e a família. Tais mudanças ocorreram também devido às facilidades ao acesso tecnológico da avaliação diagnóstica e das intervenções terapêuticas. Nestas se reduziām drasticamente a mortalidade por doenças infecto-contagiosas, mas que, por outro lado, a utilização de tecnologias implica em um aumento cada vez maior de recursos humanos diretos e indiretos para o sistema de saúde (BRASIL, 2002; CHAIMOWICS 1997; KALACHE, 1998; VERAS, 1994).

Quando se fala em envelhecimento, deve-se ter a preocupação não somente em acrescentar anos de vida ou melhorar a estética do corpo, mas sim que os anos vividos sejam acompanhados de qualidade, saúde e satisfação para o indivíduo. Para que isso ocorra é necessário que se ofereçam condições, tanto

sociais quanto de saúde e econômicas ao idoso, no sentido que o mesmo esteja verdadeiramente inserido em sua condição (BRAGA, 2004).

2.2 INFLUENZA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

A influenza (gripe) é uma doença infecciosa aguda de natureza viral, causada por um vírus altamente contagioso transmitido por via aérea. Acomete o trato respiratório e cuja ocorrência se observa em maior intensidade ao final do outono e durante o inverno, que pode se apresentar de forma leve, de curta duração e até formas graves. Quando não ocorrem complicações, cura-se em aproximadamente uma semana, no entanto, pode evoluir para complicações, principalmente em indivíduos com a imunidade mais baixa como é no caso dos idosos. Estima-se que aproximadamente 600 milhões de pessoas por ano apresentam um episódio de gripe, onde especialmente em idosos estão os casos mais graves (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Na população com faixa de idade maior de 60 anos, as doenças respiratórias, entre elas a infecção pelo vírus da influenza e suas complicações, constituíram importante causa de internação e morte nas últimas décadas, particularmente nas faixas etárias mais idosas. Dentre as ações de prevenções de agravos à saúde, a vacinação contra a influenza vem sendo administrada aos idosos, em âmbito nacional, desde 1996 (LATTORRE; DONALISIO; FRANCISCO, 2004).

O vírus da gripe tem um período de incubação curto (1 a 3 dias). A disseminação virótica alcança um pico no 3º dia após a infecção e declina a níveis não detectáveis em torno do 6º dia. O pico da disseminação virótica pode acontecer antes do aparecimento dos sintomas, embora exista um vínculo claro entre a quantidade de vírus irradiados e a velocidade do aparecimento dos sintomas (CAÇÃO; GODOY; VILLAS BOAS, 2003).

A transmissibilidade da influenza através das vias respiratórias ocorre quando os indivíduos infectados o transmitem por meio de gotículas ao falar, espirrar ou tossir. Apesar da transmissão entre os seres humanos ser a mais comum, já foi documentada a transmissão direta de animais (aves, suínos) para o homem. Esta transmissão pode ser evitada através de medidas simples de higiene, como por exemplo, lavando-se as mãos e arejando o ambiente (BRASIL,2006).

A influenza pode ocorrer em surtos epidêmicos localizados ou mesmo em pandemias (epidemias que ocorrem em vários países). A maioria das pessoas infectadas apresenta um quadro clínico similar a uma gripe. As principais manifestações clínicas são: febre, dor muscular, tosse não produtiva (sem catarro) e cefaléia. Em alguns indivíduos, a infecção pelo vírus da influenza pode causar doença severa, principalmente infecções bacterianas como pneumonia e piora de doenças pulmonares crônicas, como enfisema e bronquite, e até mesmo piora do quadro de insuficiência cardíaca.

A influenza ocorre durante todo o ano, mas se a incidência estiver notadamente em excesso podemos afirmar a ocorrência de um surto ou epidemia (número de afetados e área geográfica maior). A confirmação de um surto se verifica com base na comparação dos dados de incidência da enfermidade no momento do evento investigado, com aqueles usualmente observados na mesma população. Surtos tendem a ocorrer todos os anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Epidemias ocorrem com maior frequência durante os meses de inverno. São responsáveis por uma média de 20.000 mortes por ano nos Estados Unidos. Surtos de gripe associam-se ao aumento de internações e mortes, grande parte atribuída às suas complicações e a enfermidades crônicas subjacentes (FRANCISCO, 2005). A enfermidade, no entanto, dissemina-se rapidamente e durante os surtos e epidemias e torna-se responsável por elevada morbi-mortalidade em grupos de maior vulnerabilidade. É um dos processos infecciosos de maior morbi-mortalidade no mundo. Os idosos e em especial aqueles institucionalizados e os portadores de doenças crônicas de base são alvos de sérias complicações pela gripe (pneumonia

primária viral pela influenza, pneumonia bacteriana secundária, pneumonia mista, exacerbação de doença pulmonar ou cardíaca crônica e óbito).

Os acamados, principalmente, apresentam com freqüência uma astenia pós-influenza, que permanecem por semanas apresentando quadros de desidratação, lesões conseqüentes à imobilidade e constipação intestinal. Nesta faixa etária dos idosos, é comum ainda uma sintomatologia atípica, incluindo delírio e alterações funcionais inespecíficas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Embora se considere a maior susceptibilidade fisiológica e imunológica do idoso a infecções, a vacinação contra a gripe é benéfica na prevenção de influenza severa, pneumonia e mortes nesse grupo de risco (FRANCISCO, 2005).

2.3 VACINAÇÃO: EFICIÊNCIA E EFETIVIDADE

Os primórdios da vacinação tiveram impulso quando a população viu-se assolada pelas epidemias e pandemias que mataram milhares de pessoas, surgindo a necessidade de pesquisar e desenvolver a imunidade das pessoas. A partir daí foram formuladas as vacinas.

Para a população idosa, um dos maiores desafios da saúde pública é a prevenção de enfermidades que interferem no desempenho de suas atividades rotineiras. A meta é garantir qualidade de vida, incluindo independência, interação social, cuidados com a saúde e envolvimento com a comunidade (BRASIL, 2006).

Considerando a crescente demanda por medidas para reduzir as complicações decorrentes dessas infecções, a vacinação contra a gripe surgiu como uma estratégia nacional de impacto na redução da morbimortalidade por doenças respiratórias entre os idosos. As campanhas nacionais

de vacinação contra a influenza iniciaram-se em 1999 em comemoração ao Ano Internacional do Idoso (FRANCISCO, 2006).

Observando o processo do envelhecimento, as várias alterações fisiológicas associadas a este, destacam-se aquelas referentes ao sistema imunitário, à sua suscetibilidade e vulnerabilidade às infecções. Em comparação com os adultos jovens, os idosos são menos capazes de responder fisiológica e imunologicamente aos microrganismos invasores. (FRANCISCO, 2006). Assim, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 1999, as campanhas anuais de vacinação contra influenza, que estão voltadas para a redução da mortalidade por esta doença e suas complicações, as quais acometem mais a população acima de 60 anos. O objetivo dessas campanhas é aumentar a expectativa de vida do idoso, bem como a sua qualidade de vida.

No ano de 1999, uma Política Nacional do Idoso foi criada com propósito voltado à promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos. Adotou-se uma política de saúde voltada para o idoso. Foi priorizada a prevenção das doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 2003).

A vacinação ocorre no período anterior ao de maior circulação do vírus na população das diferentes regiões do Brasil. É administrada anualmente, a partir dos 60 anos de idade, para conferir a proteção adequada, já que a composição também varia a cada ano em função das cepas circulantes. Dessa forma, a produção da vacina envolve um trabalho de caracterização dos vírus influenza em circulação, destacando que o Ministério da Saúde faz recomendação quanto a sua composição anual, a qual deve conter os mesmos vírus em circulação, garantindo eficácia e pouca reação adversa.

De acordo com Cação, Godoy e Villas Boas (2003), a vacina contra influenza deve ser administrada no período que precede o outono-inverno, idealmente nos meses de março/abril, em nosso meio, quando comprovadamente, a incidência de influenza e a ocorrência de suas complicações são acentuadas. Embora a vacina usada, geralmente, contenha um ou mais dos antígenos usados no ano anterior, a vacinação anual é necessária, pois a imunidade declina progressivamente após os primeiros meses da vacinação, sendo muito baixa após um ano.

O efeito protetor da vacina contra a influenza em idosos pode variar de acordo com alguns aspectos: a capacidade imunitária do indivíduo, a imunogenicidade da vacina e a coincidência antigênica entre a vacina e as cepas circulantes na comunidade. Apesar de a resposta imunitária variar entre 30 e 70%, os reais benefícios se referem à prevenção de pneumonia viral primária ou bacteriana secundária e de hospitalizações, e, principalmente, à redução da mortalidade entre aqueles com doenças crônicas cardiovasculares e pulmonares.

Trata-se de uma vacina altamente purificada, obtida a partir de fragmentos virais inativados, contendo três linhagens virais, usualmente duas do tipo A e uma do tipo B. São selecionadas e adaptadas a cada ano, a partir dos vírus que mais freqüentemente circulam na temporada anterior, segundo os dados obtidos pela OMS, a partir do sistema de vigilância epidemiológica (CAÇÃO; GODOY; VILLAS BOAS, 2003).

Os eventos adversos notificados da vacina contra influenza podem ser classificados em leves, ou mesmo sem importância epidemiológica e clínica (BRASIL, 2003). No entanto, observa-se entre os idosos uma preocupação com o surgimento de reações, o que dificulta a receptividade da vacina. Portanto, enfatiza-se a importância de melhorar as ações educativas nessa área, visto que o surgimento de sintomas pós-vacinais do tipo gripe não são conseqüências da vacina influenza, uma vez que esta é produzida a partir de vírus inativo.

De acordo com Neto *et al.* (2003) após a vacinação, as reações adversas mais freqüentes ocorrem no sítio de aplicação da vacina, como dor e vermelhidão, presentes em até 15% dos vacinados. Tais reações são auto-limitadas (24-48 horas) e habitualmente não impedem o indivíduo de mover o braço ou realizar suas atividades rotineiras. Reações sistêmicas como febre, mialgia e outras manifestações sistêmicas são menos freqüentes e também de curta duração, sendo observadas em 1% a 2% dos vacinados. Reações graves como anafilaxia ou Síndrome de Guillan-Barré mostram-se extremamente raras.

A implantação da vacina contra a gripe para a população de 60 anos ou mais no país levou em consideração particularmente a vulnerabilidade dessa faixa etária a as complicações e problemas graves que podem advir da influenza. São mais freqüentes a pneumonia bacteriana secundária, a pneumonia viral primária, a exacerbação de doenças crônicas de base (pneumopatas e cardiopatas crônicos, portadores de doenças renais, hipertensos, diabéticos e imunocomprometidos) e o óbito. Dentre os objetivos da vacinação destacam-se: reduzir o risco de influenza ou pneumonia; reduzir o risco de doenças cerebrovasculares; reduzir o risco de hospitalização em geral; reduzir o risco de hospitalização por doenças cardíacas; reduzir a mortalidade por todas as causas.

De início, mitos e desconfianças da população marcaram a introdução da vacinação. Os investimentos em informação e mobilização social ainda eram recentes e pouco se conhecia sobre os benefícios da vacinação dos idosos, especialmente em uma sociedade que até então apenas reconhecia vantagens em se vacinar crianças e jovens. Isto ameaçou o êxito do evento, no entanto, a persistência dos profissionais de saúde e dos parceiros garantiu o alcance de metas (FRANCISCO, 2005).

O mito que a população mantinha em relação à vacina era grande, entretanto, com menor ênfase, ainda é presente nos dias atuais. Os idosos achavam que pelo fato da idade estar avançada eles não precisavam mais garantir a sua saúde, ainda mais de uma forma vacinal, bem como o pensamento

de que a missão deles já havia sido cumprida. Mas por outro lado, a persistência dos profissionais de saúde esteve muito presente nas últimas campanhas, e houve uma grande mobilização e divulgação dos benefícios da vacina. Também é reconhecido que a população idosa brasileira estava ausente dos postos de vacinação e dos serviços de medicina preventiva em geral, havendo muita desinformação e preconceito. Em 1994 foi assinada a Lei 8.842, que criou a Política Nacional do Idoso, regulamentada dois anos mais tarde pelo Decreto 1.948. Estas normas vêm assegurar os direitos sociais das pessoas maiores de 60 anos, dando-lhes condições para autonomia e integração na sociedade (BRASIL, 2003).

Assim sendo, na oportunidade da campanha de vacinação contra influenza, procede-se a atualização das vacinas que fazem parte do calendário preconizado pelo Ministério da Saúde para a faixa etária. São as vacinas: dupla adulto – dt (contra o tétano e difteria), a vacina pneumocócica tetra valente para as pessoas idosas que moram em instituições de longa permanência e a vacina contra a febre amarela para os residentes em municípios considerados endêmicos ou área de transição para a febre amarela (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Até bem poucos anos, havia muito desconhecimento dos profissionais de saúde no que se refere às indicações formais e precisas da vacinação. Hoje em dia, é maior a abordagem do assunto “prevenção de doenças” com os idosos ou seus familiares, maior a ênfase na aplicação de medidas preventivas e de promoção da saúde, tendo em vista o comprovado custo/ benefício destes recursos (BRASIL, 2003).

Este desconhecimento sobre a vacina não era só por parte dos profissionais da saúde, pois os mitos eram grandes, e se davam no interior das famílias idosas. Nos dias atuais, presenciamos um trabalho muito eficaz das secretarias de saúde nas campanhas com números relevantes de participação de idosos.

Após sete anos de mobilizações nacionais em campanhas de vacinação para os idosos e 77 milhões de doses de vacina contra influenza administradas, o Programa Nacional de Imunizações já identifica alguns importantes benefícios desta ação: a contribuição para um envelhecimento saudável, a influência direta na aculturação em saúde preventiva e no surgimento de novas iniciativas da sociedade em prol da melhoria da assistência e da valorização dos mais velhos. Também é observado que isto resulta do grande feito das ações de mobilizações expressivas na adesão desta população às campanhas de vacinação (LATTORRE; DONALISIO; FRANCISCO, 2004).

Nichol *et al.* (NICHOL, 1994, p. 50) fizeram um estudo com pessoas idosas durante três estações do inverno: 1990-1991, 1991-1992, 1992-1993. Para cada estação, a vacina da gripe era associada com 48 a 57% de redução em hospitalização para todas as condições respiratórias agudas e crônicas. O custo de hospitalização foi reduzido para uma economia média direta por ano de US\$ 117 por pessoa. A mortalidade por todas as causas caiu de 39 a 54% em pessoas vacinadas (FREITAS *et al.*, 2002).

Num estudo de caso-controle, Mullooly *et al.* revisaram a efetividade de vacina contra a gripe em uma organização de manutenção de saúde por mais de nove estações de inverno. A vacina reduziu hospitalizações da gripe em 30% para pessoas idosas de alto risco, e, em 40% para pessoas idosas de não alto risco. Um valor determinado de economia por pessoa de US\$ 6.11 foi acumulado pela organização mantenedora de saúde para pessoas idosas de alto risco. O valor total economizado por pessoa foi de US\$ 1.10, porque havia um custo líquido de US\$ 4.82 por vacinação para as pessoas idosas não de alto risco (FREITAS, *et al.* 2002).

Em nosso país, apesar das campanhas, ainda carece de uma tradição na imunização de adultos, pois, a eficácia da vacina vem sendo estudada apenas recentemente. No entanto, em países com larga experiência em vacinação, têm-se mostrado a efetividade deste procedimento (CAÇÃO; GODOY; VILLAS BOAS, 2003).

Estudos da eficácia de vacina contra influenza são de difícil realização pela presença de outros vírus respiratórios que causam enfermidades semelhantes durante a incidência sazonal da doença. Portanto, estudos da eficácia da vacina precisam ser avaliados com precaução (FREITAS *et al.*, 2002).

Neto *et al.* (2003) afirmam que quando existe coincidência entre as variantes do influenza em circulação na comunidade e aquelas contidas na vacina, a imunização previne a infecção em até 90% dos indivíduos. Além dos benefícios médicos relacionados à vacina como a prevenção da doença e de seus agravos, a imunização contra influenza também tem demonstrado benefícios econômicos quando utilizada em trabalhadores sadios na medida em que evita a queda da produtividade e a ocorrência de absenteísmo relacionada aos surtos anuais de influenza.

Para (DONALISIO, 2003, p. 24), muitos estudos têm demonstrado o impacto da vacinação contra a influenza na prevenção de internações e mortes por pneumonias e outras doenças, tanto em idosos saudáveis como em populações de risco, particularmente em períodos de maior circulação do vírus. Vale ressaltar que embora a resposta imunológica à vacina contra influenza seja mais discreta em idades mais avançadas, os reais benefícios da vacinação de idosos estão na capacidade de prevenir quadros de pneumonia viral primária e bacteriana secundária (50 a 60%), internações (50%) e reduzir a mortalidade (80%).

Com o surgimento de novos estudos demonstrando os benefícios da vacinação e o advento da vacina nasal contendo vírus atenuados, de mais fácil administração, o debate sobre a universalização da imunização em crianças saudáveis de baixa idade vem aumentando progressivamente. Em idosos e portadores de doenças crônicas, normalmente há uma menor indução dos níveis de anticorpos. Mesmo assim, a vacina ainda oferece proteção satisfatória contra complicações e hospitalizações entre 30% e 70%. Em indivíduos institucionalizados, a proteção contra hospitalização e pneumonia situa-se entre

50% e 60%, sendo maior contra a ocorrência de óbitos (80%) (NETO *et al.*, 2003).

De acordo com CAÇÃO, GODOY e VILAS BOAS(2003) a efetividade da vacina contra influenza em prevenir ou atenuar os efeitos da gripe depende primariamente da idade, da imuno-competência do paciente e do grau de similaridade entre as linhagens virais incluídas nas vacinas e as que circulam durante a temporada de Influenza.

Apesar de comprovações reiteradas da eficácia da vacina contra a influenza em pessoas idosas, a imunização desejada ainda não foi atingida em grupos em países mesmo como os EUA. Mas aceitação de vacina contra a gripe melhorou substancialmente. No começo dos anos 80, entre 20 a 23% de pessoas idosas foram imunizadas. No final dos anos 80, essa porcentagem começou a aumentar. No período de 1993-1994, 58% das pessoas idosas estavam recebendo a vacina contra influenza anualmente (FREITAS *et al.*, 2002). Estes estudos demonstram que a partir de quando os idosos começaram a conscientizar-se sobre a importância da vacinação, o número de hospitalizações diminuiu, bem como doenças relacionadas a esta causa também amenizaram.

Uma das principais precauções que devem ser adotadas e orientadas pela população são medidas de higienização com as mãos e com o ambiente, pois estas questões são importantes no processo de prevenção da influenza. São medidas simples, mas muito eficazes.

Neste sentido, além dos idosos a receber a vacina, a mesma deve ser administrada nos portadores de doenças neurológicas crônicas degenerativas (Parkinson, Alzheimer, sequelados de AVC, demência, depressão e outras) (SECRETARIA DO ESTADO, 2006).

De acordo com o Estatuto do Idoso, é preciso garantir o idoso aquilo que está destinado no seu Estatuto. Regular os direitos assegurados às pessoas com

idade igual ou superior a 60 anos, sendo que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana. Os profissionais da saúde têm um importante papel a cumprir no que tange aos assuntos relacionados aos idosos, pois a demanda desta classe aumenta cada vez mais, e por isso são necessárias políticas sociais adequadas a realidade, e medidas preventivas que gerem impactos em suas necessidades.

Em consequência desta nova realidade que vem se configurando, existe a necessidade, por parte do sistema de saúde, de implementação de políticas públicas de saúde para essa parcela da população que merece atenção com relação a sua saúde e preservação da capacidade funcional, visando o bem estar e promoção de uma melhor qualidade de vida, o que vem permitindo, desta maneira, o aumento da expectativa de vida da população brasileira. Mesmo reconhecendo a necessidade de maiores estudos sobre a eficiência e a afetividade da vacina influenza, há de se considerar que os estudos apresentados até o momento já demonstram a grande parcela de contribuição da mesma na qualidade de vida e saúde da população idosa e demais beneficiada (ARAUJO *et al.*, 2007).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE VACINAÇÃO

A promulgação da Lei Federal n.º 8842/94, que instituiu a Política Nacional do Idoso, é uma conquista de importância ímpar. No entanto, é necessário fazer com que cumpra o preceito da descentralização político-administrativa, fazendo acontecer no lócus mais legítimo, ou seja, nos municípios, a execução de ações que garantam integralmente os direitos sociais dos idosos (FREITAS, 2002).

Para manter ou ampliar os resultados positivos no controle, na eliminação ou na erradicação de doenças imunopreventivas, o Ministério da Saúde reforçou as ações. Nos últimos anos introduziu através do Programa Nacional de Imunizações, as vacinas: contra a hepatite B, *Haemophilus*

influenzae tipo b (contra a gripe), anti-tétano, pneumonia pneumocócica e a vacina dupla viral (contra sarampo e rubéola) (BRASIL, 2002).

Segundo Freitas (2002) existe uma unanimidade entre os idosos sobre a preocupação com a carência e por vezes má administração de recursos e serviços de saúde. Isso acontece em todos os aspectos, mas especialmente em questões gritantes como as longas filas nos ambulatórios, a falta de medicamentos e a falta de leitos nos hospitais.

Por outro lado, entre os instrumentos de política de saúde pública, a vacina ocupa um lugar de destaque. No Brasil, as estratégias de vacinação têm alcançado altos índices de eficiência e servido de parâmetro para iniciativas semelhantes em outros países (PORTO; PONTE, 2003).

Por outro lado, há ausência no âmbito da administração pública, de uma política efetiva de arquivos que oriente e estimule a preservação criteriosa de acervos e a sistematização de informações, propiciando a perda de registros relevantes e agravando os problemas decorrentes do elevado grau de dispersão das fontes primárias disponíveis sobre o tema.

Para FREITAS (2002), deveriam ser implementadas, em curto prazo, as políticas sociais e de saúde capazes de dar respostas às demandas dos próprios idosos, das suas famílias e das comunidades. O desafio torna-se maior quando vemos um número significativo de municípios investindo maciçamente seus recursos nas crianças e nos adolescentes, esquecendo-se quase que por completo dos idosos. Há que se envidar todos os esforços para despertar a consciência de toda a sociedade e de nossos governantes a respeito da urgência de dotar nossas comunidades de recursos e serviços que lhes permitam lidar com o envelhecimento, porém, a passos lentos frente ao acelerado e novo processo de transição demográfica.

Esta realidade pode ser verificada quando da realização, em 1994, da pesquisa que serviu de base para a montagem da exposição “A Revolta da

vacina: da varíola às campanhas de imunização”. Naquela oportunidade constatou-se a precariedade dos arquivos do ministério da Saúde, em Brasília, e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam), no Rio de Janeiro, onde pouco foi visto em termos de textos e imagens relativos às políticas e às campanhas de vacinação no país.

Os programas de imunização em idosos não atingiram ainda, mesmo em países desenvolvidos com programas já mais estruturados, o mesmo sucesso que é com a população pediátrica. Até a década de 80, em nosso meio, muito pouco se realizava, tanto em pesquisas quanto na prática clínica sobre o tema. Atualmente, grande ênfase vem sendo dada à aplicação de medidas de prevenção e promoção da saúde, principalmente na classe de profissionais de saúde, de forma a orientar mais adequadamente a população de terceira idade quanto à necessidade de utilização desse recurso simples e de comprovado custo-benefício (FREITAS *et al.*, 2002).

A história recente da política de imunizações do país tem como marco o ano de 1973 com o término da campanha de erradicação da varíola, iniciada em 1962, e com a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI). Os anos 70, década de contrastes e de enfrentamento de múltiplos modelos e projetos no campo da saúde pública foram determinantes na atual configuração do sistema de saúde brasileiro. Foi um tempo de introdução de propostas racionalizadoras, do planejamento enquanto instrumento do desenvolvimento de políticas públicas, o surgimento de iniciativas que propugnavam a universalização dos cuidados em saúde e da estruturação de um novo campo de saber e práticas, o denominado movimento sanitário brasileiro (TEMPORÃO, 2002, p. 102).

A Política Nacional do Idoso estabeleceu normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa Política foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de Gerontologia e Geriatria e várias entidades representativas desse

segmento, a exemplo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

Desta integração foi elaborado um documento que se transformou no texto base da Política. Dentro da Política Nacional do Idoso foi estabelecida a Política Nacional de Saúde do Idoso, por meio da Portaria N.º 395/99, tendo como propósito base a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Os anos 1970, década de contrastes e de enfrentamento de múltiplos modelos e projetos no campo da saúde, foram determinantes na atual configuração do sistema de saúde brasileiro. Foi um tempo de introdução de propostas racionalizadoras, do planejamento como instrumento do desenvolvimento de políticas públicas, do surgimento de iniciativas que propugnavam a universalização dos cuidados em saúde e da estruturação de um novo campo de saber e práticas, o denominado movimento sanitário brasileiro.

Vivia-se um período crítico no desenvolvimento das políticas públicas de atenção à saúde e em período específico da estruturação do Complexo Médico Industrial (CMI) em nosso país. No entendimento de CORDEIRO (1980), o que é significativo no período 1966-1974 são as transformações dirigidas ao processo de capitalização da prática médica que articulava o conjunto de instituições prestadoras de assistência à saúde, de formação de recursos humanos e de produção de insumos materiais (medicamentos e equipamentos) para a constituição do Complexo Médico Industrial.

A especificidade daquela conjuntura estava determinada pelo desenvolvimento do CMI a partir da modernização dos aparelhos estatais de atenção à saúde onde, no Ministério da Saúde (MS) ocupavam espaço crescente

os projetos de extensão de cobertura, com a utilização de tecnologia simplificada.

O II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) (1974-79), lançado no governo Geisel, admitia a existência de contrastes e distorções no processo de desenvolvimento do país e reconhecia a necessidade de implementação de políticas sociais dentro do processo de desenvolvimento econômico, objetivando o fim da pobreza absoluta. Na saúde, considerava a necessidade de reforma das estruturas organizacionais, buscando aumentar a capacidade gerencial do setor.

Baseando-se em pesquisa documental sobre o Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), VATER (1996) percebe na política de saúde do governo Geisel a introdução da racionalidade do planejamento "onde a saúde passa a ser interpretada como um subsistema político global".

Essa autora sugere haver uma especificidade naquele período que a diferenciaria dos demais governos do ciclo militar. Afirma que as propostas de mudança do sistema de saúde brasileiro concebidas pelos reformistas da área da saúde que se constituíram no que ficou conhecido como "partido sanitário" foram feitas a partir de uma visão míope das políticas de saúde do ciclo militar, entendendo-o como homogêneo durante todo aquele período, sem perceber na gestão Geisel especificidades estruturantes de uma nova postura.

A complexidade dessa conjuntura está exemplificada na aprovação pelo Congresso Nacional da lei 6229 de 1975 que estabelecia as áreas de competência dos distintos aparelhos estatais na saúde e a criação do Sistema Nacional de Saúde. Ela definia com clareza que as atividades de atenção individual seriam de competência do então Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), enquanto as voltadas para a organização e oferta das ações de caráter coletivo ficariam sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS).

Ao estabelecer a definição de campos institucionais específicos e confiar competências no campo a ministérios, política e financeiramente mais poderosos que o MS, esta lei desencadeou intensa polêmica. Esta envolvia aspectos técnicos — a adequação da divisão entre ações de caráter coletivo e individual — e políticos — a expansão da política de compras de serviços assistenciais ao setor privado, entre outros.

Nas duas últimas edições da Campanha Nacional de Vacinação do Idoso a cobertura vacinal foi superior a 80%, no Brasil em 2007 a cobertura foi 86,71; neste ano aumentou para 89,55, no Rio Grande do Sul a cobertura ficou abaixo da média nacional 82,12 em 2007 2008 passou para 82,12. No município de Veranópolis, onde esta pesquisa se realizara, neste ano a cobertura foi superior média nacional e estadual 93,05 % e no ano anterior, 2007, a cobertura tinha sido de 84,08 % , isto é, neste ano mais de 90 % da população de Veranópolis, acima de 60 anos, foi imunizada contra a gripe. (PNI, 2008)

Estamos assistindo à movimentação de vários setores da sociedade em favor da terceira idade, através da implantação de programas federais, estaduais e municipais e dos fóruns estaduais e regionais da Política Nacional do Idoso; do funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de defesa dos direitos dos idosos; do aumento do número de grupos de convivência e de universidades abertas à terceira idade; de congressos, seminários e jornadas, e do aumento das associações de idosos (FREITAS, 2002).

Observamos também um maior espaço na mídia destinado aos assuntos relativos aos velhos brasileiros, sensibilizando a sociedade em geral para as questões do envelhecimento individual e populacional. No entanto, ainda há muito a fazer, especialmente na implantação e implementação de novas alternativas de atendimento, inclusive de serviços especializados para os "velhos-velhos", portadores de muitas patologias, que necessitam de tratamentos especiais.

3 JUSTIFICATIVA

Os benefícios da vacinação contra influenza são reconhecidos na literatura médica, onde vários trabalhos demonstraram que a vacinação reduz a ocorrência de hospitalização e morte por infecção respiratória aguda na população idosa. Entretanto, vale ressaltar que a quase totalidade dos estudos foi conduzida na América do Norte e Europa Ocidental, e informações sobre essa vacinação em países em desenvolvimento ou em regiões tropicais são escassa (FRANCISCO, 2005).

Porém aqui no Brasil esses dados não podem ser generalizados, visto que é um país com grandes dimensões territoriais com variações climáticas e diferentes padrões de morbidade e mortalidade da população. A maior parte da população brasileira está concentrada em regiões de clima temperado (sul e sudeste), apesar da maior parte do território nacional ser constituído de regiões tropicais. Ademais, o Brasil tem características epidemiológicas diferentes dos países onde se realizou a quase totalidade dos estudos sobre a eficácia/efetividade da vacina contra influenza (FRANCISCO, 2005).

A população idosa é a mais propensa a apresentar doença grave associada com influenza, podendo levar a hospitalizações e morte. A observação de aumento da taxa de hospitalização e mortalidade na população idosa durante os surtos epidêmicos de influenza corrobora com o conceito que a infecção por influenza é importante fator de risco para doença severa observada durante esses surtos e tem justificado o uso da vacina contra influenza nessa população (SANTOS, 2003).

Desta forma, este projeto surgiu da necessidade de conhecer a prevalência de idosos vacinados contra a influenza, como identificar motivos da adesão ou não adesão a vacinação, essas informações são importantes para direcionar intervenções para reverter o quadro melhorando os índices de cobertura vacinal.

4 OBJETIVOS E HIPÓTESE

4.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a vacinação contra influenza em idosos residentes no município de Veranópolis, RS.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência de vacinação em idosos, residentes em Veranópolis, RS, nos últimos 12 meses que antecederam a entrevista;
- Testar associação entre vacinação com variáveis sócio-demográficas comportamentais e de saúde da população idosa de Veranópolis, RS;
- Relacionar a vacinação com a taxa de diagnósticos referidos de infecções respiratórias;
- Relacionar a vacinação com a taxa de internação hospitalar por complicações respiratórias referidas;
- Descrever os motivos da não adesão ou adesão a vacinação pelos idosos.

4.3 HIPÓTESE

As taxas de infecções respiratórias e de internação hospitalar por complicações respiratórias são maiores na população idosa que não realizou a vacina contra a influenza.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO

Estudo de delineamento transversal de base populacional, em idosos da cidade de Veranópolis, Rio Grande do Sul. As informações referidas serão obtidas através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios dos idosos.

5.2 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA DO ESTUDO

Segundo dados epidemiológicos do IBGE (2007) Datasus (fevereiro/07), o município de Veranópolis, situado no nordeste do estado do RS é composto por aproximadamente 21.634 mil habitantes. O número de idosos residentes na cidade é 2.733 mil habitantes, ou seja, cerca de 13,63% da população. Destes, 1431 possuem idades entre 60 e 69 anos, 929 com idades entre 70 e 79 anos e 373 com 80 anos ou mais. A cidade conta com uma unidade de Saúde Central e uma equipe de PSF, um hospital e cinco escolas municipais.

O perfil étnico populacional da amostra do município constitui-se principalmente de descendentes italianos. A cidade está localizada a 170 quilômetros de Porto Alegre, a 705 metros de altitude, de clima subtropical, com uma área de 289km².

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo será composta por idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na zona urbana da cidade de Veranópolis

– RS. Idosos residentes nas áreas rurais serão excluídos do estudo. Estes representam cerca de 13% da população total do município.

Empregou-se uma amostra por setores censitários sendo sorteados 8 dos 30 setores da cidade, o sorteio será feito da seguinte forma: Setores são escritos em uma folha e recortados, colocando-se em caixa, sendo retirados 8, que serão os setores onde as entrevistas vão ocorrer. Em cada setor vão ser visitado 64 domicílios , totalizando 513 famílias, onde espera-se encontrar 0,9 pessoas na faixa etária do estudo. Sendo sorteado um quarteirão para iniciar a coleta também um ponto de partida será definido de maneira aleatória, saltando-se quatro casas para selecionar o próximo domicílio.

Pessoas residentes	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 ou mais	Total
CENTRO	526	130	109	239	112	
VALVERDE	30	15	19	12	17	
RENOVAÇÃO	73	59	46	41	27	
MEDIANEIRA	69	60	47	28	30	
MEDIANEIRA III	16	10	7	5	1	
VILA AZUL	11	14	9	7	12	
POR-DO-SOL	3	1	4	0	1	
SANTA LÚCIA	45	35	18	17	18	
SANTO ANTÔNIO	77	70	44	26	35	
SANTA RITA	5	2	5	3	2	
FEMAÇA	31	21	24	24	28	
PALUGANA	55	41	42	34	28	
SÃO FRANCISCO	43	24	23	14	11	
SÃO PEREGRINO	43	26	16	13	25	
UNIVERSAL	12	8	4	2	4	
SAPOPEMA	14	4	4	0	4	
RURAL	182	174	138	89	118	
TOTAL	1235	694	559	554	473	3515

A amostra contemplará idosos residentes em cada bairro proporcionalmente, ou seja, bairros mais populosos contribuirão com um maior número de participantes.

5.4 PLANO AMOSTRAL

O tamanho da amostra necessária para estimar a prevalência de idosos vacinados e seus fatores associados utilizou-se dos seguintes parâmetros: Percentual da cobertura da vacinação: 93% (PNI), erro aceitável de 2 pontos percentuais e intervalo de confiança 95%, com esses dados estimou-se necessários 508 participantes. Acrescentado 15% para perdas, seria necessária a participação de 584 idosos.

Utilizando-se a variável sexo a qual exigiu um maior tamanho da amostra e, assumindo-se uma prevalência de 67,1% entre os homens razão de expostos/não expostos 1/1,11 seria necessária uma amostra de 988 indivíduos para ter 80% de poder para detectar uma Odds Ratio de 1,5. Adicionando 15% para perdas serão convidados a participar 1136 idosos.

5.5 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados será utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré-testado, variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde (Apêndice B).

Segue a descrição do desfecho e exposições a serem avaliadas.

5.5.1 Variável Dependente

O desfecho estudado será a vacinação contra influenza auto-referida nos últimos 12 meses que antecederam a coleta. Esta variável será obtida através da pergunta: “O senhor(a) foi vacinado (a) contra a gripe (vacina influenza) nos últimos 12 meses?” Questão 15, do instrumento de coleta (Apêndice B).

5.5.2 Variáveis Independentes

5.5.2.1 Variáveis Demográficas

- *Sexo*: masculino e feminino. (0 = feminino, 1 = masculino) Questão 02 da página 01 do instrumento de coleta (Apêndice B);
- *Idade*: em anos completos. Para análise será categorizada em 3 grupos. De 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos de idades.(0 = 60-69, 1 = 70-79, 2 = 80 ou mais) Questão 03 da página 01 do instrumento de coleta (Apêndice B);
- *Cor*: observada pelo entrevistador. Será categorizada em: Branca, negra e outra. (0 = branca, 1 = negra e 2 = outra). Questão 01 da página 01 do instrumento de coleta (Apêndice B);
- *Estado civil*: será categorizada em: Casado, solteiro, viúvo, separado, união estável. Questão 04 da página 01 do instrumento de coleta (Apêndice B).

5.5.2.2 Variáveis Socioeconômicas

- *Escolaridade*: será coletada em anos de estudo e posteriormente categorizada em analfabeto, fundamental incompleto, fundamental, médio incompleto, médio, superior incompleto, superior. Ou em quartis. Questão 112 da página 09 do instrumento de coleta (Apêndice B);
- *Situação ocupacional*: será categorizada em: trabalhando, desempregado, aposentado, pensionista, encostado, estudante e outro. Questão 114 da página 09 do instrumento de coleta (Apêndice B);
- *Classe econômica*: é avaliada através do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP 2006), que gera as categorias A (mais rica), B, C, D e E (mais pobre). Para essa classificação foram coletadas as seguintes informações: grau de instrução do chefe da família, posse de bens (televisores, automóvel, aspirador de pó, máquina de lavar, vídeo cassete/DVD, geladeira e freezer), número de peças no domicílio e ter empregada doméstica. Questão 112,119,116,117 da página 09 do instrumento de coleta (Apêndice B);
- *Renda familiar*: será utilizada a renda de todos os residentes do domicílio, em salários mínimos (vigente no país na época da pesquisa), inclusive, outros tipos de renda como pensões e aluguéis. Posteriormente será categorizada em quartis. Questão 118 da página 09 do instrumento de coleta. (Apêndice B);
- *Plano de saúde*: sim não. Questão 120 da página 09 do instrumento de coleta. (Apêndice B).

5.5.2.3 Variáveis Psicossociais

- *Segurança no local onde mora*: referida pelo indivíduo em relação à vizinhança/redondeza. Com 7 questões 83 - 89- contendo 5 alternativas de escolha única em cada uma;
- *Participação em atividades comunitárias e realização de algumas atividades do dia a dia*: questões 108-110 do instrumento (Apêndice B).

5.5.2.4 Variáveis Comportamentais

- *Hábito de fumar*: fumante/ex-fumante e não fumante Questão 20 da página 2 do instrumento (Apêndice B);
- *Atividade física*: será avaliada através do teste de Barthel. Este teste mede o grau de assistência exigido, em dez atividades, ou seja, o nível de independência nas atividades de auto cuidado, como: alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle da bexiga, do intestino, deambulação, subir escadas, transferência da cadeira para cama.

A pontuação é de zero, cinco, dez e quinze; a nota é proporcional à independência, quanto maior for a nota mais independente é o idoso. A pontuação máxima é 100 e, abaixo de 50 significa dependência. Questões 66 a 75 do instrumento (Apêndice B);

- *Alimentação*: o participante será questionado sobre o consumo de verduras, legumes, frituras, embutidos e o uso de sal em sua alimentação. Questões 25 – 27 da página 3 do instrumento (Apêndice B).

5.5.2.5 Condições de Saúde e Presença de Morbididades

- *Saúde*: percepção da própria saúde, consulta médica, internação hospitalar, uso de medicamentos, hipertensão, diabetes, osteoporose, colesterol, doença renal, doença do coração e doença pulmonar. Para essa variável o participante foi questionado se algum médico havia dito que ele tinha alguma das doenças acima citadas. Questões 05 –16 das páginas 1 e 2 do instrumento (Apêndice B);
- *Depressão*: será avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS)- Trata-se de um questionário de 30 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido. Cada resposta depressiva (compatível com a depressão) equivale a um ponto. Pontos de corte da avaliação da depressão:

1) 0-10 indica normalidade

2) 11-20 depressão média

3) 21-30 depressão moderada/severa.

Questões 28 – 57 das páginas 3 e 4 do instrumento (Apêndice B);

- *Sobre peso e obesidade*: avaliado, utilizando Índice de Massa corporal, com peso e altura referidos. ($\text{peso}/\text{altura}^2$) considerando eutrofia (índice de massa corporal entre 22 a 27kg/m²) e sobrepeso (índice de massa corporal >27kg/m²) que diferem dos valores recomendados para adultos e frequentemente utilizados para idosos. Questões 18 e 19 da página 2 do instrumento (Apêndice B).

5.6 ESTUDO PILOTO

Serão realizadas cerca de 20 entrevistas com idosos da cidade que não farão parte da amostra. Tal estudo visa testar instrumento, a logística do estudo e previsão da duração de cada entrevista.

5.7 EQUIPE DE TRABALHO

Para a coleta de dados a equipe será composta por 5 entrevistadoras e coordenadora, com as funções descritas a seguir:

- *Coordenador*: será responsável pela coordenação geral do projeto, organização e planejamento da coleta de dados, revisão dos questionários e realização do controle de qualidade;
- *Entrevistadores*: responsáveis pelas entrevista com os idosos participantes e codificação das respostas;
- *Digitador*: fará a dupla digitação dos dados.

Os entrevistadores serão selecionados pela coordenadora de outros projetos realizados na cidade, portando já com experiência em pesquisa científica. Essa equipe será treinada e padronizada, manuais serão construídos com essa finalidade.

5.8 LOGÍSTICA DO TRABALHO DE CAMPO

Após a Qualificação do Projeto, será o seu encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa da Unisinos.

Em seguida será obtida a lista com os nomes dos idosos residentes no Município. Após realizado o sorteio dos participantes, será feito contato com os mesmos através do telefone, onde será explicado brevemente a pesquisa e o idoso convidado a participar, neste contato será agendado um horário para entrevista, no domicílio do idosos .

Estima-se que cada entrevista tenha uma duração de 30 minutos. Cada entrevistador realizará cerca de 10 entrevistas/dia, equivalendo 50 entrevistas dia, com esses cálculos, seriam necessário cerca de 23 dias úteis para realização do trabalho de campo. As entrevistas serão realizadas em janeiro de 2009.

5.9 CONTROLE DE QUALIDADE

Será realizado um controle de qualidade pelo pesquisador , por telefone, em uma amostra aleatória de 10% das pessoas participantes no estudo. O instrumento do controle será semelhante ao do estudo, porém mais breve incluindo apenas variáveis que não sofrerão alteração em curto espaço de tempo.

5.10 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A fim de evitar erros de digitação e inconsistência de dados será realizada dupla entrada de dados utilizando programa Epi-Info 6.0. Os dados serão digitados simultaneamente à coleta.

A análise dos dados será conduzida utilizando-se do programa STATA 9.0. Para comparações das prevalências dos desfechos entre as categorias das exposições, será utilizado o Teste do Chi-Quadrado de Person e de tendência linear. Para fornecer uma estimativa de prevalências brutas e ajustadas e seus

respectivos intervalos de confiança e razão de prevalência de 95% será realizada através do método de regressão de Poisson.

A análise multivariável será realizada de acordo com um modelo teórico de determinação (VICTORA ET AL 1997)(Figura 1) Três níveis serão incorporados no modelo. O primeiro nível, distal, incluirá as variáveis socioeconômicas / demográficas o segundo as variáveis comportamentais e o terceiro variáveis de saúde. As variáveis serão ajustadas por todas as outras do mesmo nível (horizontal) mais as de níveis superiores (vertical) que apresentarem um nível de significância de 25% ($P < 0,25$).

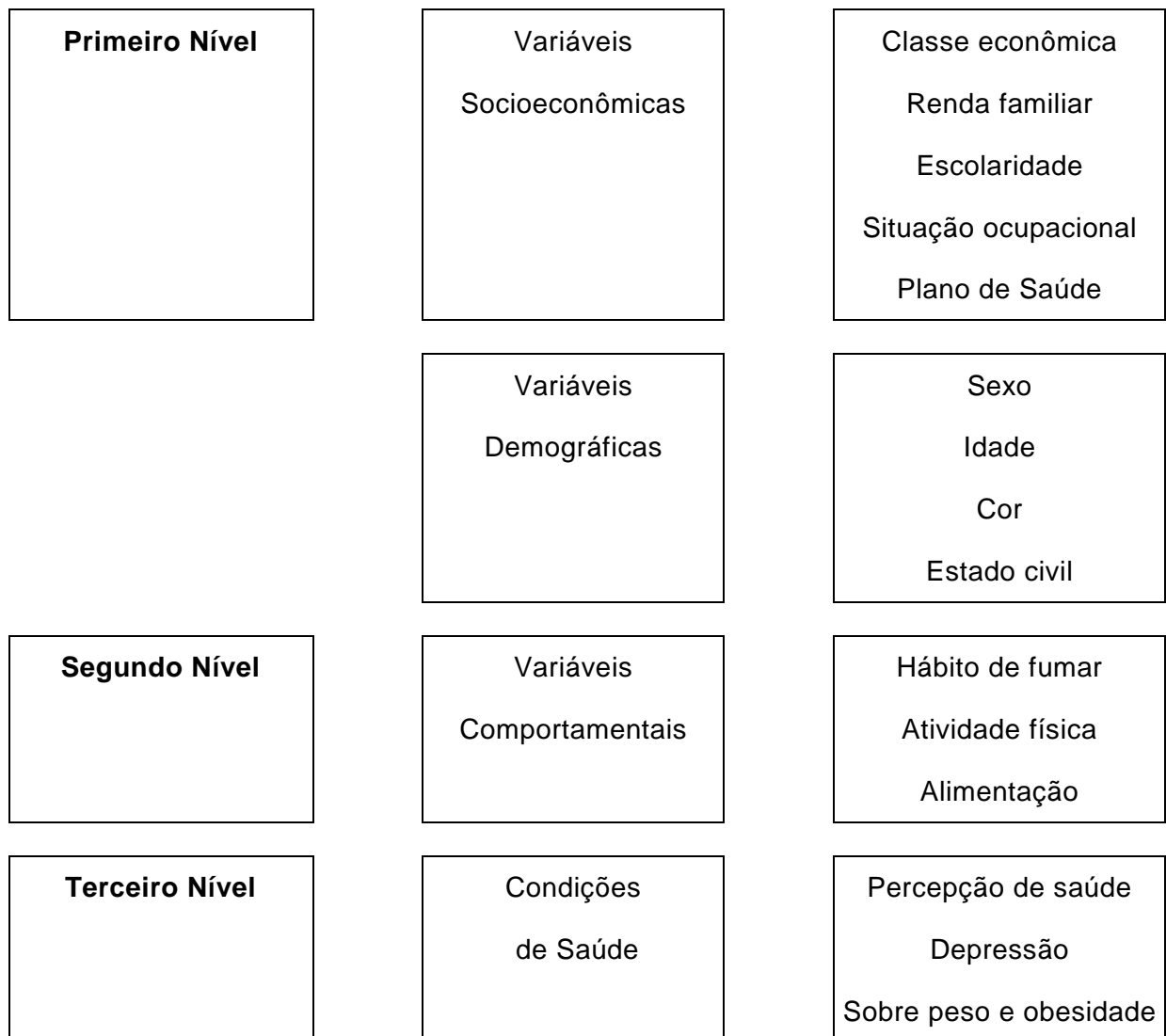


Figura 1: Níveis hierárquicos para análise multivariada

Fonte: Autora do Projeto

Serão consideradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos as análises que apresentarem um nível de significância menor que 5% ($P < 0,05$).

5.11 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa respeitará os aspectos éticos que envolvem os estudos desta natureza respaldada na resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, que institui as normas de pesquisa em saúde.

Após, passagem pela banca de Qualificação será encaminhado ao comitê de ética da universidade, para ser aprovado e assim dar início ao projeto.

A concordância dos sujeitos da pesquisa em participar da entrevista dependerá de sua livre escolha e será obtida através da assinatura de um termo de consentimento informado (Apêndice A) contendo esclarecimento sobre: o objetivo do estudo, o papel do pesquisador na instituição, segurança ao anonimato, o caráter sigiloso das informações e o direito da não participação em qualquer momento.

O pesquisador guardará este material resguardando a privacidade e confidencialidade do conteúdo, sendo as informações usadas para a pesquisa em questão, produção e divulgação de conhecimento. Será garantido o anonimato dos informantes. Na pesquisa se está atento a três cuidados éticos: o consentimento informado, a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisadores e participantes (SPINK; MENEGON, 1999). Os resultados da pesquisa serão de domínio público.

6 CRONOGRAMA

Atividades	2008									
	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X			
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Qualificação do projeto								X		
Encaminhamento ao Comitê de Ética								X		
Planejamento do estudo									X	
Treinamento da equipe, estudo piloto										X

Atividades	2009									
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X			
Coleta de dados	X									
Dupla entrada dos dados	X	X								
Limpeza e recodificação dos dados			X							
Análise dos dados				X						
Escrita dos resultados				X						
Interpretação e discussão.					X	X				
Defesa pública							X			

7 ORÇAMENTO

Especificação	Número	Valor
Digitador	01	R\$ 600,00
Passagem	15	R\$ 300,00
Entrevistadores	6	R\$ 3.600,00
Diária de Hotel	15	R\$ 600,00
Alimentação	24	R\$ 600,00
Computadores	01	R\$ 2.000,00
Xérox	16800	R\$ 1.680,00
Folhas A4	3	R\$ 50,00
Ligações telefônicas	-	R\$ 200,00
Pendrive	02	R\$ 150,00
Mesa para Computador	01	R\$ 200,00
Mesa	01	R\$ 300,00
Cadeiras Estofadas	02	R\$ 200,00
Gravador	02	R\$300,00
Canetas, crachás, material para anotações e identificação.	-	R\$ 30,00
Computador e programas	-	Disponíveis
TOTAL		R\$ 10.810,00

REFERÊNCIAS

(Br)., S. F. **Estatuto nacional do idoso**: lei nº 10.741. de 01 de outubro de 2003. Brasília (DF): Imprensa Oficial; 2003.[acesso em 12 de fevereiro de 2008] Disponível em <<http://www.diap.org.br/agencia/anexos/RedfinalEstatutoldoso.pdf>>.

[Cd-Rom], 2007, I. I. B. D. G. E. E. A. D. S. C. R. D. U. V. R. R. D. J. I. B. D. G. E. E.

Araújo, T. M. E. D. [Vaccine influenza: knowledge, attitudes and practices of elderly in Teresina]. Rev Bras Enferm, v.60, n.4, Jul-Aug, p.439-43. 2007.

Brasil, M. D. S. S. D. V. E. S. **Campanha Nacional de Vacinação do idoso**. Brasília, 2006 (Informe Técnico).

Brasil, M. P. D. E. Estatuto Nacional do idoso: lei 10.741. de 01 de Outubro de 2003. In: (Ed.), 2003. Estatuto Nacional do idoso: lei 10.741. de 01 de Outubro de 2003.

Cação, J. C. G., M.R.P.; Villas Boas, P.J.F. . **Vacinação em idosos: dados atuais. 3º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia (GERP)**, São Paulo, 2003.

Cdc., C. F. D. C. A. P.-. Prevention and Control of Influenza - Recommendations of the Advisory Commitee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2005; 54(08)1-40.

Cordeiro, H. **A indústria da saúde no Brasil**. In: Graal (Ed.). Rio de Janeiro:, 1980. **A indústria da saúde no Brasil**.

Francisco, P. M., M. R. Donalísio, *et al.* [Impact of influenza vaccination on mortality by respiratory diseases among Brazilian elderly persons]. Rev Saude Publica, v.39, n.1, Feb, p.75-81. 2005.

Francisco, P. M. S. B. D., Maria Rita De Camargo; Latorre, Maria Do Rosário De Oliveira. **Impacto da vacinação contra influenza na mortalidade por doenças respiratórias em idosos**. Rev Saúde Pública, v.39, n.1, p.75-81. 2005.

Francisco, P. M. S. B. E. A. **Fatores associados à vacinação contra a influenza em idosos**. Rev Panam Salud Publica, v.19, n.4, p.259-264. 2006a.

_____. **Vacinação contra influenza em idosos por área de residência: prevalência e fatores associados**. Rev Bras Epidemiol, v.9, n.2, p.162-171. 2006b.

Freitas, E. V. E. A. **Tratado de Geriatria**. In: Guanabara Koogan (Ed.). Rio de Janeiro: , 2002. **Tratado de Geriatria**.

Lattorre, M. R. D. O. D., M.R.; Francisco, P.M.S.B. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia, v.7, n.2. 2004.

Neto, E. F. E. A. Influenza. Rev. Soc. Bras.Med. Trop.vol.36.no.2. Uberaba. Mar./Apr.2003.

Organization, W. H. WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. Geneva: WHO; 2002b. [acesso em 20 março 2008] Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_MNC_CRA_02.1.pdf>.

Paschoal, S. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: **Papaléo-Netto M. Gerontologia**. In: Atheneu (Ed.). São Paulo, 1996. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: **Papaléo-Netto M. Gerontologia**, p.26-43

Santos, A. C. S. Relatório do Projeto Custo Efetividade da Vacina Contra Influenza. v. Relatório do Projeto Custo Efetividade da Vacina Contra Influenza. 2003a.

_____. **Relatório do Projeto Custo Efetividade da Vacina Contra Influenza**. 2003b.

Temporão, J. G. **O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento**. **Hist. cienc. Saúde. Manguinhos**, . v.vol.10. Suppl.2. Rio de Janeiro, 2002.

Vater, M. C. **A proposta de política de saúde do governo Geisel**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. (mimeo), 1996.

Victoria, C. G. H., S.R.; Fuchs, S.C.; Olinto, M.T.A.. **The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach**. **Int J Epidemiol.**, v.26, p.224-7. 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

O projeto de pesquisa “**CARACTERIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO VERANÓPOLIS**”.

Todos os resultados obtidos na análise socioeconômicos e culturais ficarão sob a tutela e total responsabilidade do pesquisador envolvido no projeto, podendo a qualquer momento ser consultados e (ou) eliminados, caso haja desistência da sua participação como voluntário(a). Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa, sem que isto leve a qualquer prejuízo posterior.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____ portador da CI _____, voluntariamente, aceito participar dele, pois reconheço que:

1º) foi-me fornecida uma cópia das informações, a qual eu li e compreendi por completo e minhas dúvidas respondidas;

2º) fui informado dos objetivos específicos e da justificativa desta pesquisa, de forma clara e detalhada. Recebi também, informações sobre cada procedimento no qual estarei envolvido e dos riscos ou desconfortos previstos, tanto quanto os benefícios esperados;

3º) está entendido que eu posso retirar-me do estudo a qualquer momento, e isto não afetará meus cuidados médicos ou parentes meus no presente e no futuro;

4º) entendi que ao participar do estudo responderei a um questionário;

5º) todas as informações ao meu respeito serão confidenciais;

6º) foi-me garantido que não terei gastos em participar do estudo;

7º) foi-me dada a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou qualquer dúvida acerca dos riscos e benefícios da pesquisa. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderei chamar os *Pesquisadores integrantes da Pesquisa* pelo telefone 55-3744-1332 para qualquer pergunta sobre os meus direitos como participante deste estudo.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante/Representante legal _____

Data: _____

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____

Veranópolis– RS.

**APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO - FATORES ASSOCIADOS COM A
VACINAÇÃO**



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado

**VACINAÇÃO CONTRA INFLUENZA EM IDOSOS RESIDENTES NO
MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS, RS: PREVALÊNCIA, FATORES
ASSOCIADOS E MOTIVOS PARA NÃO ADESÃO.**

<p>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</p> <p>Número questionário _____</p> <p>Nome do (a) Entrevistador (a) _____</p> <p>Data da Entrevista: _____</p> <p>Qual o seu nome? _____</p> <p>Qual o seu endereço? _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone para contato: _____</p>	<p>quest _____</p> <p>entre _____</p> <p>data _____</p> <p>nome _____</p> <p>end _____</p> <p>tele _____</p>
<p>1. A sua raça é:</p> <p>(0) Branca (1) Preta (2) Amarela (3) Parda (4) Indígena</p> <p>2. Sexo:</p> <p>(0) Masculino (1) Feminino</p>	<p>raça__</p> <p>sexo__</p>
<p>3. Qual é a sua idade?</p> <p>4. Qual é o seu estado civil?</p> <p>(0) Casado (a) (1) Separado (a) ou desquitado judicialmente (2) Divorciado (a)</p> <p>(3) Viúvo (4) Solteiro</p>	<p>idad _____</p> <p>estcivil __</p>
<p>Agora vamos conversar sobre sua saúde. Por favor, para uma das perguntas a seguir indique a resposta que melhor corresponde sua opinião:</p> <p>5. No geral o (a) Senhor (a) diria que a sua saúde é?</p> <p>(0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Péssima</p>	<p>saud __</p>

<p>6. No geral, o (a) Senhor (a) diria que sua saúde bucal é? (0) Excelente (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Péssima</p>	saudbu __																																								
<p>7. Quantas vezes o (a) Senhor (a) consultou com um médico no último mês? __ __ (Se não houve consulta pular para a questão 9)</p>	conmed __ __																																								
<p>8. Onde o (a) Senhor (a) foi atendido? (1) Posto de saúde (2) Médico particular (3) Ambulatório (4) Outro</p>	local __																																								
<p>9. Algum médico já lhe disse que o (a) Senhor (a) tem:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Não</th> <th>Sim</th> <th>IGN</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Pressão alta</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> <td>presalt__</td> </tr> <tr> <td>b) Doença pulmonar</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> <td>doepul__</td> </tr> <tr> <td>c) Doenças do coração</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> <td>doecor__</td> </tr> <tr> <td>d) Doença renal crônica</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> <td>doeren__</td> </tr> <tr> <td>e) Colesterol elevado</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> <td>col__</td> </tr> <tr> <td>f) Osteoporose</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> <td>oste__</td> </tr> <tr> <td>g) Diabetes</td> <td>(0)</td> <td>(1)</td> <td>(9)</td> <td>diab__</td> </tr> </tbody> </table>		Não	Sim	IGN		a) Pressão alta	(0)	(1)	(9)	presalt__	b) Doença pulmonar	(0)	(1)	(9)	doepul__	c) Doenças do coração	(0)	(1)	(9)	doecor__	d) Doença renal crônica	(0)	(1)	(9)	doeren__	e) Colesterol elevado	(0)	(1)	(9)	col__	f) Osteoporose	(0)	(1)	(9)	oste__	g) Diabetes	(0)	(1)	(9)	diab__	
	Não	Sim	IGN																																						
a) Pressão alta	(0)	(1)	(9)	presalt__																																					
b) Doença pulmonar	(0)	(1)	(9)	doepul__																																					
c) Doenças do coração	(0)	(1)	(9)	doecor__																																					
d) Doença renal crônica	(0)	(1)	(9)	doeren__																																					
e) Colesterol elevado	(0)	(1)	(9)	col__																																					
f) Osteoporose	(0)	(1)	(9)	oste__																																					
g) Diabetes	(0)	(1)	(9)	diab__																																					
<p>10. O (a) Senhor (a) teve no último ano e início deste ano infecção, catarro, tosse, chiado no peito? (0) Sim (1) Não</p>	infr__																																								
<p>11. O (a) Senhor (a) foi hospitalizado (a) no último ano? (0) Não (pule para 13) (1) Sim</p>	hosp__																																								
<p>12. Qual o motivo da hospitalização? _____ (9) IGN</p>	mothos__																																								
<p>13. O (a) Senhor (a) toma remédio todo dia? (0) Não (se a resposta for não, pule para a questão 15) (1) Sim</p>	remdia__																																								
<p>14. Se sim, quantos tipos de remédios diferentes o (a) Senhor (a) usa por dia? _____ remédios. (8) NSA</p>	quarem__																																								
<p>15. O Senhor (a) foi vacinado (a) contra a gripe (vacina influenza) ano retrasado? Sim (0) Não (1) (Se a resposta for não ir para a questão 17)</p>	vacgri__																																								
<p>16. Qual o motivo do Senhor (a) ter sido vacinado? (0) Indicação médica (1) Considera a vacina importante (2) Alguma pessoa conhecida indicou (3) Diminuiu episódios de gripe após tomar a vacina em período anterior (4) campanha da prefeitura (5) Outros _____</p>	motvac__																																								

<p>17. Qual o motivo do (a) Senhor (a) não ter sido vacinado (a)?</p> <p>(0) Não considera a vacina importante (1) Acredita que a vacina provoca reação (2) Adoeceu após tomar a vacina em período anterior (3) Outros _____</p> <p>18. O (a) Senhor (a) foi vacinado (a) contra a gripe (vacina influenza) ano passado? Sim (0) Não (1) (Se a resposta for não ir para a questão 20)</p> <p>19. Qual o motivo do Senhor (a) ter sido vacinado?</p> <p>(0) Indicação medica (1) Considera a vacina importante (2) Alguma pessoa conhecida indicou (3) Diminuiu episódios de gripe após tomar a vacina em período anterior (4) campanha da prefeitura (5) Outros _____</p> <p>20. Qual o motivo do (a) Senhor (a) não ter sido vacinado (a)?</p> <p>(0) Não considera a vacina importante (1) Acredita que a vacina provoca reação (2) Adoeceu após tomar a vacina em período anterior (3) Outros _____</p> <p>21. Quando o (a) Senhor (a) se pesou da última vez?</p> <p>(1) Nunca me pesei (2) Nos últimos 3 meses (3) Nos últimos 6 meses (4) Nos últimos 12 meses (5) Há mais de doze meses (6) IGN</p> <p>22. Qual o seu peso? ___ ___ ___ Kg (999) IGN</p> <p>23. Qual a sua altura? ___ ___ ___ cm (999) IGN</p>	<p>motnvac__</p> <p>vacgrib__</p> <p>motvacb__</p> <p>motnvacb__</p> <p>pesult__</p> <p>ps__ ___</p> <p>alt__ ___</p>
<p>As próximas questões referem-se ao hábito de fumar, seus hábitos alimentares e consumo de álcool:</p> <p>24. O (a) Senhor (a) fumou ou ainda fuma?</p> <p>(0) Nunca fumou (1) Sim, sou ex-fumante (2) Sim, fumo. Quantos cigarros o Senhor (a) fuma por dia? _____</p> <p>25. Com que frequência o (a) Senhor (a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?</p> <p>(0) todos os dias (1) 5 a 6 dias por semana</p>	<p>fumo __</p> <p>quant __</p>

<p>(2) 3 a 4 dias por semana (3) 1 a 2 dias por semana (4) quase nunca (5) não consome bebida alcoólica (PULE para a pergunta nº 29)</p> <p>26. Responda apenas se for HOMEM: Num único dia o Senhor chega a tomar mais do que 2 latas de cerveja ou mais do que 2 taças de vinho ou mais do que 2 doses de qualquer outra bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (PULE para a pergunta nº 29)</p> <p>27. Responda apenas se for MULHER: Num único dia a Senhora a chega a tomar mais do que 1 lata de cerveja ou mais do que 1 taça de vinho ou mais do que 1 dose de qualquer outra bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (PULE para a pergunta nº 29)</p> <p>28. No último mês, o (a) Senhor (a) chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em um único dia? (1) Sim (2) Não</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p style="text-align: center;"><u>1 dose de bebida alcoólica é:</u> 1 lata de cerveja ou 1 taça de vinho ou 1 dose de bebida destilada.</p> </div> <p>29. Quantas colheres de sopa de verduras ou legumes o (a) Senhor (a) come por dia? (1) Não come verduras ou legumes (2) Uma a quatro colheres de sopa (3) Cinco a oito colheres de sopa (4) Nove ou mais colheres de sopa</p> <p>30. Pensando nos seguintes alimentos: frituras, embutidos como mortadela e linguiça. Quantas vezes por semana o (a) Senhor (a) costuma comer qualquer um deles? (1) Todo o dia (2) De quatro a cinco vezes por semana (3) De duas a três vezes por semana (4) Uma ou menos que 1 vez por semana (5) Não como</p> <p>31. O (a) Senhor (a) costuma colocar mais sal na comida que está no seu prato? (0) Não (1) Sim</p>	<p>frealc__</p> <p>dosho__</p> <p>dosmu__</p> <p>dosalc__</p> <p>verd__</p> <p>fritu__</p> <p>sal__</p>
<p>Por favor agora responda algumas perguntas sobre sua vida e seus sentimentos. Gostaria que o (a) Senhor (a) respondesse somente sim ou não às perguntas:</p>	

<p>32. Senhor (a) esta satisfeito com sua vida? (0) Não (1) Sim</p>	satvid__
<p>33. Abandonou muitos de seus interesses e atividades? (0) Não (1) Sim</p>	intati__
<p>34. Sente que sua vida esta vazia? (0) Não (1) Sim</p>	vidvaz__
<p>35. Sente-se frequentemente aborrecido? (0) Não (1) Sim</p>	aborre__
<p>36. Senhor (a) tem fé no futuro? (0) Não (1) Sim</p>	fefut__
<p>37. Tem pensamentos negativos? (0) Não (1) Sim</p>	peneg__
<p>38. Na maioria do tempo está de bom humor? (0) Não (1) Sim</p>	bomhum__
<p>39. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer? (0) Não (1) Sim</p>	medo__
<p>40. Sente-se feliz na maioria do tempo? (0) Não (1) Sim</p>	feliz__
<p>41. Sente-se frequentemente adoentado? (0) Não (1) Sim</p>	adoe__
<p>42. Sente-se frequentemente, só? (0) Não (1) Sim</p>	freso__
<p>43. Sente-se frequentemente intranquilo? (0) Não (1) Sim</p>	intra__
<p>43. Prefere ficar em casa a sair? (0) Não (1) Sim</p>	ficcas__
<p>44. Preocupa-se muito com o futuro? (0) Não (1) Sim</p>	prefut__

45. Tem mais problemas de memória que os outros? (0) Não (1) Sim	prome__
46. Acha bom estar vivo? (0) Não (1) Sim	bomvi__
47. Fica frequentemente triste? (0) Não (1) Sim	triste__
48. Sente-se inútil? (0) Não (1) Sim	inut__
49. Preocupa-se muito com o passado? (0) Não (1) Sim	prepas__
50. Acha a vida interessante? (0) Não (1) Sim	vidint__
51. Para Senhor (a) é difícil começar novos projetos? (0) Não (1) Sim	difpro__
52. Sente-se cheio de energia? (0) Não (1) Sim	energ__
53. Sente-se sem esperança? (0) Não (1) Sim	esper__
54. Acha que os outros têm mais sorte que Senhor (a)? (0) Não (1) Sim	outsor__
55. Preocupa-se com coisas sem importância? (0) Não (1) Sim	precoi__
56. Sente frequentemente vontade de chorar? (0) Não (1) Sim	vontch__
57. É difícil para Senhor (a) concentrar-se? (0) Não (1) Sim	difcon__
58. Sente-se bem ao despertar? (0) Não (1) Sim	senbem__

<p>59. Prefere evitar reuniões sociais? (0) Não (1) Sim</p> <p>60. É fácil para Senhor (a) tomar decisões? (0) Não (1) Sim</p> <p>61. O seu raciocínio esta claro como antigamente? (0) Não (1) Sim</p>	<p>evire__</p> <p>facdes__</p> <p>racla__</p>
<p>Este bloco de questões, pergunta como Senhor (a) se sente em relação a sua qualidade de vida, saúde ou outras áreas de sua vida. Gostaria que Senhor (a) pensasse em sua vida nas últimas duas semanas.</p> <p>62. Como Senhor (a) classificaria sua qualidade de vida? (0) Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa</p> <p>63. Quão satisfeito Senhor (a) está com sua saúde? (0) Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito, nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito</p> <p>64. Senhor (a) tem energia suficiente para enfrentar seu dia-a-dia? (0) Nenhuma (1) Pouca (2) Mais ou menos (3) Muita (4) Total</p> <p>65. Quão satisfeito Senhor (a) está com sua habilidade para desempenhar suas atividades diárias? (0) Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito, nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito</p> <p>66. Quão satisfeito Senhor (a) está com Senhor (a) mesmo? (0) Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito</p> <p>67. Quão satisfeito Senhor (a) está com seus relacionamentos pessoais? (0) Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito</p>	<p>qualvida _</p> <p>satisau _</p> <p>energiad _</p> <p>satisfha _</p> <p>satisfvc _</p> <p>satisfrp _</p>

<p>(4) Muito satisfeito</p> <p>68. Senhor (a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</p> <p>(0) Nenhum (1) Um pouco (2) Mais ou menos (3) Muito (4) Plenamente</p> <p>69. Quão satisfeito Senhor (a) está com as condições de sua moradia?</p> <p>(0) Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3) Satisfeito (4) Muito satisfeito</p>	<p>sgrana _</p> <p>satisfcm__</p>
<p>Agora vamos conversar sobre suas atividades do dia-a-dia</p> <p>70. Quanto a sua capacidade para se alimentar, o (a) Senhor (a) diria que a sua alimentação é:</p> <p>(0) Independente, sem ajuda de outras pessoas, sendo capaz de usar qualquer dispositivo necessário. (1) Necessita de ajuda de outra pessoa, por exemplo, para cortar o alimento. (2) É dependente, não consegue se alimentar sozinho (a). Necessita ser alimentado (a) por outra pessoa.</p> <p>71. Quanto a sua capacidade para tomar banho, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) É independente, toma banho sozinho (a). (1) É dependente, necessita de ajuda para tomar banho.</p> <p>72. Quanto a sua capacidade para realizar a higiene pessoal, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) É independente, lava o rosto, penteia os cabelos, escova os dentes, faz a barba, sem ajuda de outras pessoas. (1) É dependente, necessita de ajuda de outra pessoa para realizar sua higiene.</p> <p>73. Quanto a sua capacidade para se vestir, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) É independente, amarra os sapatos, fecha os fechos, veste a roupa sozinho (a). (1) Consegue se vestir com ajuda de outra pessoa para auxiliar. (2) É dependente, outra pessoa veste a roupa para Senhor (a).</p> <p>74. Quanto a sua capacidade para controlar o seu intestino, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) Contínente, capaz de manter o controle sobre o seu intestino e capaz de usar supositório se necessário. (1) Ocorre acidentes de vez em quando e necessita de ajuda para utilizar supositório. (2) É incontinente. Ocorrem acidentes mais de uma vez por semana.</p>	<p>capal __</p> <p>capab __</p> <p>capah __</p> <p>capav __</p> <p>capain __</p>

<p>75. Quanto a sua capacidade para controlar a sua bexiga, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) Contínente, sem acidentes, sendo capaz de cuidar de sonda se necessário.</p> <p>(1) Ocorrem acidentes de vez em quando, e necessita de ajuda para cuidar da sonda se for utilizada.</p> <p>(2) É incontinente, não tem controle da bexiga. Ocorrem acidentes mais de uma vez por dia.</p> <p>76. Quanto a sua capacidade para utilizar o banheiro, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) Independente com o vaso sanitário ou comadre (urinol). Utiliza o vaso sem ajuda, limpa, lava o urinol se este é utilizado.</p> <p>(1) Necessita de ajuda para se equilibrar, manipular as roupas ou papel higiênico.</p> <p>(2) É dependente, não consegue ir até o banheiro.</p> <p>77. Quanto a sua capacidade para se locomover da cadeira para a cama, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) Independente, inclusive trava a cadeira de rodas (se utilizar).</p> <p>(1) Precisa de mínima ajuda.</p> <p>(2) Capaz de sentar, mas necessita de ajuda para passar da cadeira para a cama.</p> <p>(3) Necessita de ajuda total para passar da cadeira para a cama, é dependente.</p> <p>78. Quanto a sua capacidade de se locomover, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) Independente. Pode andar por 50 metros. Pode utilizar bengala ou muleta, exceto andadores com rodas.</p> <p>(1) Necessita supervisão ou pequena ajuda de outra pessoa, ou utiliza andador.</p> <p>(2) Não pode caminhar, porém é independente na cadeira de rodas.</p> <p>79. Quanto a sua capacidade para subir escadas, o (a) Senhor (a) diria que é:</p> <p>(0) Independente. Pode usar bengala ou muletas.</p> <p>(1) Necessita de ajuda de outra pessoa para subir a escada.</p> <p>(2) É dependente, não consegue subir escadas.</p>	<p>capabe ___</p> <p>capaba ___</p> <p>capalo ___</p> <p>capaloc ___</p> <p>capasu ___</p>
<p>Com relação ao local onde o (a) Sr (a) mora:</p> <p>80. Há quanto tempo o (a) Senhor (a) mora em Veranópolis?</p> <p>81. Com que frequência Senhor (a) se sente seguro durante o dia no local onde mora?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) A maioria das vezes (5) Sempre</p> <p>82. Com que frequência Senhor (a) se sente seguro durante a noite no local onde mora?</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Algumas vezes (4) A maioria das vezes (5) Sempre</p>	<p>morver___</p> <p>areaa___</p> <p>areab___</p>

<p>Vou lhe perguntar o quanto o (a) Senhor (a) concordaria com as seguintes afirmações:</p>	
<p>83. As pessoas da redondeza estão dispostas a ajudar seus vizinhos. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	confiaa__
<p>84. Esta é uma vizinhança unida e amigável (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	confiab__
<p>85. As pessoas nessa vizinhança são confiáveis. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	confiac__
<p>86. As pessoas nesta vizinhança se dão umas com as outras. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	confiad__
<p>87. As pessoas nesta vizinhança possuem os mesmos valores (pensam igual). (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	confiae__
<p>88. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se os adolescentes estivessem matando aula e ficassem perambulando sem fazer nada numa esquina. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	controa__
<p>89. Eu posso contar com meus vizinhos para agir caso os adolescentes estivessem pichando paredes, muros ou prédios públicos. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	controb__
<p>90. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se adolescentes estivessem mostrando desrespeito a um adulto. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	controc__
<p>91. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se uma briga começasse na frente de casa. (1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	controdd__

<p>92. Eu posso contar com meus vizinhos para agir se o posto de saúde da comunidade estivesse para fechar para reduzir gastos do governo.</p> <p>(1) Discordo total (2) Discordo (3) Não conc. nem discordo (4) Concordo (5) Concordo total</p>	controe__
<p>Agora, vou-lhe pedir sobre o seu relacionamento com as pessoas. Com que frequência o (a) Senhor (a) pode contar com a ajuda de alguém:</p>	
<p>93. Se ficar doente</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioa__
<p>94. Para levá-lo ao médico</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoiob__
<p>95. Para ajudá-lo nas tarefas diárias se ficar doente</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioc__
<p>96. Para preparar suas refeições, se o (a) Senhor (a) não puder prepará-las</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoiod__
<p>97. Que demonstre amor e afeto pelo (a) Sr (a)</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioe__
<p>98. Que lhe dê um abraço</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoiof__
<p>99. Que o (a) Senhor (a) ame e que faça o (a) Senhor (a) se sentir querido (a)</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoiog__
<p>100. Para ouvi-lo (a) quando o (a) Senhor (a) precisar falar</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioh__
<p>101. Em quem confiar ou para falar do (a) Senhor (a) ou sobre seus problemas</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__
<p>102. Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioj__
<p>103. Que compreenda seus problemas</p> <p>(1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre</p>	apoioi__

104. Para lhe dar bons conselhos em situações de crise (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoioim__
105. Para dar informação que o (a) ajude a compreender uma determinada situação (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoion__
106. De que o (a) Senhor (a) realmente quer conselhos (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoioo__
107. Para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoioop__
108. Com quem fazer coisas agradáveis (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoioq__
109. Com quem distrair a cabeça (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoior__
110. Com quem relaxar (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoios__
111. Para se divertir junto (1) Nunca (2) Raramente (3) Às vezes (4) Frequentemente (5) Sempre	apoiot__
112. O (a) Senhor (a) participa com frequência, pelo menos uma vez por mês, de grupos ou associações na sua comunidade? (0) Não (Se a resposta for não, pule para a questão 114) (1) Sim	partic__
113. Se a resposta for sim, indique qual(is): - Grupo da Terceira Idade (0) Não (1) Sim (8) NSA - Grupo religioso (0) Não (1) Sim (8) NSA - Associação comunitária (0) Não (1) Sim (8) NSA - Partido político (0) Não (1) Sim (8) NSA - Grupo cultural (0) Não (1) Sim (8) NSA - Reunião com amigos (0) Não (1) Sim (8) NSA - Grupo de esportes (0) Não (1) Sim (8) NSA - Outro (Qual? _____)	grutei__ grupr__ assoc__ partp__ grupc__ reua__ grupe__ outrg__
114. O (a) Senhor (a) faz alguma (s) das atividades abaixo? - Assistir Televisão (0) Não (1) Sim - Ouvir rádio (0) Não (1) Sim - Conversar com amigos (0) Não (1) Sim - Realizar trabalhos manuais (ex: crochê, tricô....) (0) Não (1) Sim	tv__ radio__ conver__

<p>- Leitura (ex: jornais, revistas, livros...)</p> <p>- Praticar atividade física</p> <p>- Escutar música</p> <p>- Outros (Qual? _____)</p>	<p>(0) Não (1) Sim</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	<p>trabm ___</p> <p>leit ___</p> <p>ativf ___</p> <p>music ___</p> <p>outrq ___</p>
<p>Para finalizar, vou lhe fazer perguntas sobre a sua casa:</p>		
<p>115. O (a) Senhor (a) é o chefe da família?</p> <p>(0) Não (1) Sim (caso a resposta for sim, pule para a questão 117).</p> <p>(9) IG</p>	<p>cheffam ___</p>	
<p>116. Até que ano o (a) Senhor (a) estudou? _____</p>	<p>esc ___</p>	
<p>117. Até que série o chefe da família estudou?</p> <p>_____</p>	<p>escoch_ -</p>	
<p>118. Qual a sua principal situação ocupacional agora?</p> <p>(1) Empregado com carteira de trabalho assinada</p> <p>(2) Empregado sem carteira assinada</p> <p>(3) Conta própria (4) Autônomo (5) Bico</p> <p>(6) Empregador</p> <p>(7) Trabalho não remunerado. Tipo: _____</p> <p>(8) Aposentado ou pensionista (9) Desempregado</p> <p>(10) Funcionário público</p>	<p>ocup___</p>	
<p>119. Quantas pessoas moram nesta casa? _____ pessoas.</p>	<p>mor___</p>	
<p>120. Quantas peças existem nesta casa, tirando a garagem e o banheiro?</p>	<p>peças___</p>	
<p>121. O (a) Senhor (a) tem algum tipo de empregado (a) mensalista?</p> <p>(0) Não Sim, Quantos? (1) um (2) dois ou mais</p>	<p>empreg ___</p>	
<p>122. No mês passado, quanto ganharam as pessoas que moram nesta casa?</p> <p>Pessoa 1 _____ R\$ ou _____ Salário(s) Mínimo</p> <p>Pessoa 2 _____ R\$ ou _____ Salário(s) Mínimo</p> <p>Pessoa 3 _____ R\$ ou _____ Salário(s) Mínimo</p> <p>Pessoa 4 _____ R\$ ou _____ Salário(s) Mínimo</p> <p>Pessoa 5 _____ R\$ ou _____ Salário(s) Mínimo</p>	<p>r1 ___</p> <p>r2 ___</p> <p>r3 ___</p> <p>r4 ___</p> <p>r5 ___</p>	
<p>123. Por favor, responda quais e quantos destes itens Senhor (a) possui em sua casa.</p> <p>Rádio (0) Não Sim, quantos? (1) (2) (3) (4) quatro ou mais</p>	<p>radio ___</p>	

Geladeira	(0) Não	Sim, quantas?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	gelad __
Freezer	(0) Não	Sim, quantos?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	freez __
Carro	(0) Não	Sim, quantos?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	carro __
Aspirador de Pó	(0) Não	Sim, quantos?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	aspir __
Máq. lav roupa	(0) Não	Sim, quantas?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	maqlav __
Vídeo cassete/DVD	(0) Não	Sim, quantos?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	vídeo __
TV (cores)	(0) Não	Sim, quantas?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	tvcor __
Banheiro	(0) Não	Sim, quantos?	(1) (2) (3) (4) quatro ou mais	banhe __
Cômodos		Quantos? _____		comod __
Empregada	(0) Não	Sim, quantas?	_____	empre __
124. O (a) Senhor (a) tem algum plano de saúde?				
(0) Não (1) Sim				plansa__
125. Alguém ajudou a pessoa idosa a responder o questionário ou respondeu todo o questionário pela pessoa idosa?				
(0) Sim; Quem? _____ (1) Não				ajres __ quemaj _

ANEXO B - AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO (AMI) 93

Horário do início: h: min.Número: (não preencher)NOME: _____ PRONT

IDADE: _____ anos

GÊNERO: Masc. Fem.**VISÃO:** Você tem dificuldade para dirigir, ver TV, ler, ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas de visão? Sim Não**Se Sim:** Aplicar o Cartão de Jaeger. Olho Dir.: / Olho Es.: / **AUDIÇÃO:** Aplicar Teste Whisper.

O paciente responde à pergunta?

Ouvido D: Sim NãoOuvido E: Sim Não**Se Não, responder:** Verificar presença de cerume: Ouvido D: Sim Não Ouvido E: Sim Não**FUNÇÃO DOS MS SS:** Verificar se o paciente é capaz de executar:**PROXIMAL:** Tocar a nuca com ambas as mãos. Sim Não**DISTAL:** Apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e coloca-lo de volta. Sim para ambas Não**FUNÇÃO DOS MS Is:** Verificar se o paciente é capaz de executar:Levantar da cadeira? Sim NãoCaminhar 3,5m Sim NãoVoltar e sentar? Sim Não**ESTADO MENTAL:** Solicitar ao paciente que repita o nome dos objetos: **MESA – MAÇA – DINHEIRO**

Após alguns minutos (até 3 min.) faça-o repetir.

 Sim. Repetiu os 3 nomes Não** Se incapaz de repetir os três nomes, aplicar o Teste Mental para Demência. **SCORE** _____ pontos**HUMOR:** Você, frequentemente, se sente triste ou desanimado? Sim* Não* Se Sim, aplicar Teste para Depressão. **SCORE** _____ pontos**DOMICÍLIO:** Sofreu queda em casa nos últimos 12 meses? Sim. Quantas vezes? NãoNa sua casa tem: Escadas? (nº) Tapetes soltos? Sim NãoCorrimão no banheiro? Sim Não**ATIVIDADES DIÁRIAS:** Sem auxílio, você é capaz de:Sair da cama? Sim NãoVestir-se? Sim NãoPreparar sua refeições? Sim NãoFazer compras? Sim Não**INCONTINÊNCIA:** Você às vezes perde urina ou fica molhado? Sim* Não

* Se Sim, perguntar:

Quantas vez(es) por DIA SEMANA MÉS

Isto provoca algum incômodo ou embaraço?

 Sim Não**NUTRIÇÃO:** Você perdeu mais que 4 Kg no último ano? Sim NãoPeso usual KgAltura cm**SUPORTE SOCIAL:** Alguém poderia ajuda-lo caso você fique doente ou incapacitado? Sim Não

Quem poderia ajuda-lo? (Cite o grau de parentesco)

Quem seria capaz de tomar decisões de saúde por você caso não seja capaz de fazê-lo? (Cite o grau de parentesco)

HOSPITALIZOU nos últimos 6 meses? Sim Não

RELATORIO DE CAMPO

RELATÓRIO DE CAMPO

Introdução

O projeto “Caracterização da vacinação contra influenza em idosos residentes no município de Veranópolis, RS”, foi elaborado para dissertação, do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Objetivo inicial do projeto era conhecer a prevalência de idosos vacinados contra a influenza, bem como identificar os motivos da não adesão a vacinação, pois essas informações eram importantes para melhoria dos índices de cobertura vacinal. Porém, no ano de 2009 e após a coleta de dados ocorreu no Brasil e especialmente no RS uma epidemia da gripe H1N1 cuja a letalidade era maior que a influenza. Assim sendo, em acordo com os orientadores decidiu-se pela mudança de objetivo inicial. Portanto objetivo passou a ser avaliar a associação entre indicadores de envelhecimento ativo e sintomas depressivos em idosos.

Esse projeto foi realizado com uma amostra representativa de idosos residentes no município de Veranópolis RS. O cálculo do tamanho da amostra está contemplado no projeto e foi calculado para o desfecho vacinação utilizando-se da exposição que fornecia o maior tamanho (sexo). Incluindo 15% de perdas o calculo previu um total de 1136 idosos. Para o desfecho depressão, este tamanho da amostra, possui 80% de poder para detectar uma diferença de 7 pontos percentuais entre expostos e não expostos, com um nível de significância de 5%.

A seleção da amostra foi realizada através de um processo casual sistemático. Para tanto foi utilizada uma lista de indivíduos elegíveis, pessoas com 60 ou mais anos de idade, obtida na Secretária Municipal de Saúde, contendo os nomes e telefones dos idosos. Os idosos desta relação única foram numerados seqüencialmente, até ser obtido o número total de 2840 idosos. Dividindo-se esse valor pelo tamanho da amostra requerido de 1136 obteve-se o

intervalo amostral de 2,5. Assim sendo, o primeiro idoso a ser examinado foi obtido através de um sorteio aleatório simples entre o total de indivíduos elegíveis. O segundo era o resultado correspondente ao número de ordem do primeiro idoso mais o intervalo amostral de três. O terceiro idoso correspondia ao número de ordem do segundo idoso mais o intervalo amostral de dois e assim por diante. Idosos com problemas cognitivos graves ou com qualquer incapacidade ou doença que impedisse de responder ao questionário foram excluídos da amostra.

Portanto uma nova lista contendo apenas os indivíduos selecionados foi criada. De posse desta lista varias estratégias foram adotadas de modo a entrar em contato com os idosos selecionados. A principal forma de contato foi através do telefone. Porém para localizar aqueles sem telefone ou com o número incorreto esta lista foi entregue para lideres comunitários e presidentes de grupos/associações para que eles ajudassem na localização. A pesquisa foi brevemente explicada para os idosos contatados e os mesmos foram convidados a participar, sendo que foi agendado um horário para entrevista nos domicílio dos idosos . Nas comunidades rurais, onde o convite por telefone nem sempre era possível, conversamos com um líder comunitário que fez a ligação do projeto com os idosos. Também foi dado preferência para que a coleta ocorresse nos finais de semana pelo fato de encontrar mais facilmente os idosos em suas residências pois muitos continuam a trabalhar na lavoura, e porque carros da prefeitura eram disponibilizados à equipe de pesquisa apenas nos finais de semana.

O estudo piloto foi realizado no mês de janeiro de 2009, com vinte idosos da cidade que não fizeram parte da amostra. Tal estudo visou testar instrumento, a logística do estudo e previsão da duração de cada entrevista. Constatou-se que cada entrevista durava aproximadamente 45 minutos. Somado o tempo de deslocamento, a previsão era de que fosse possível realizar aproximadamente 3 entrevistas por entrevistador por período.

De modo a sensibilizar a população local quanto ao projeto a da pesquisa (R Galli) concedeu duas entrevistas na rádio local em momentos diferentes. Uma no início para esclarecer e divulgar o projeto para a comunidade, e outra no final para agradecer a participação dos idosos e para dar um retorno a comunidade sobre o andamento da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré-testado, contendo o desfecho, variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de saúde e indicadores de envelhecimento ativo. O instrumento de pesquisa foi construído no ano de 2008 (Apêndice B).

Para a coleta de dados a equipe foi composta por 5 entrevistadoras e coordenadora, com as funções descritas a seguir.

- *Coordenador*: foi responsável pela coordenação geral do projeto, organização e planejamento da coleta de dados, revisão dos questionários e realização do controle de qualidade;
- *Entrevistadores*: responsáveis pelas entrevistas com os idosos participantes e codificação das respostas;
- *Digitador*: fez a dupla digitação dos dados.

As entrevistadoras foram selecionadas pela coordenadora devido a sua experiência em pesquisa científica e por terem participado de outros projetos realizados na cidade. Essa equipe foi treinada e padronizada, manuais foram construídos com essa finalidade . O treinamento aconteceu no dia sete de janeiro de 2009.

A coleta de dados principal foi realizada entre janeiro e maio de 2009. O quadro abaixo apresenta detalhadamente o número de entrevistadoras, de entrevistas realizadas e das perdas de acordo com dia e mês.

Dia mes	Jan			Fev			Mar			Abr			Mai		
	Entrevistas	Entrevistadores	Perdas	Entrevistas	Entrevistadores	Perdas	Entrevistas	Entrevistadores	Perdas	Entrevistas	Entrevistadores	Perdas	Entrevistas	Entrevistadores	Perdas
1				2	1		2	1		1	1				
2									1	5	2		13	2	4
3				20	7	4				6	2	2	1	1	1
4				20	6	2			3	14	3	2	9	2	3
5				14	5		2	1		1	1		13	3	4
6				12	5	2				3	3		8	3	1
7				2	2				1	12	2	2			
8									2	10	3		2	2	
9				10	4	3				6	2				
10				20	6	2	1	1							
11															
12	9	5		12	6	4							13	3	4
13	36	6	4	15	7					1	1		7	2	
14				15	5	2	26	5	2	9	4	2	2	2	1
15	20	7		2	2					10	3	2	7	3	
16	16	9	2	12	5		11	3	4	13	3	1	15	3	4
17	15	6	2	14	5	4	7	5		11	2	3			
18	4	2		17	5	4	11	3	1	7	3	1	14	3	5
19	4	2					9	2					13	4	3
20				12	5	1	7	2		10	3	3	10	3	2
21	5	1	2				29	6	3	11	2	1	16	2	2
22	2	1					11	3		10	3	1	21	4	
23	1	1		1	1		2	1		6	3	2	30	4	2

24	4	1	2	5	1	2	14	3		5	2		19	2	
25				1	1		4	3		5	2		8	4	1
26	8	3	4				11	2	1	4	1		18	5	
27	5	2								8	3	1	6	3	
28										16	3	1	31	3	
29										11	3		14	3	
30										9	1		2	2	
31							7	2							

Um controle de qualidade foi realizado pela coordenadora, por telefone, em uma amostra aleatória de 10% das pessoas participantes no estudo. O instrumento do controle era semelhante ao do estudo principal, porém mais breve incluindo apenas variáveis que não sofriam alteração em curto espaço de tempo. A fim de evitar erros de digitação e inconsistência de dados foi realizada dupla entrada de dados e comparação dos bancos utilizando programa EpiInfo 6.0. Tanto o controle de qualidade como as entradas de dados ocorreram concomitantemente à coleta de dados principal. A limpeza dos dados, através da comparação dos bancos, ocorreu no mês agosto de 2009.

A análise dos dados foi conduzida utilizando-se do programa STATA 9.0.

Dos 1136 idosos inicialmente previstos, 1011 (89%) participaram da pesquisa. O principal motivo para as perdas foi devido a não localização dos indivíduos pela lista fornecida pela prefeitura (9,5%), recusas (1%) e óbitos (0,5%). Cinco pessoas possuíam dados incompletos sobre depressão. Portanto, a análise dos dados foi conduzida com 1006 idosos.

ARTIGO CIENTÍFICO

A ASSOCIAÇÃO ENTRE INDICADORES DE ENVELHECIMENTO ATIVO E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS BRASILEIROS

Rosangela Galli

Emílio Moriguchi

Marcos Pascoal Pattussi

RESUMO

Objetivo

Estudos demonstram que menores prevalências de depressão são encontradas em idosos fisicamente ativos. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a associação entre indicadores de envelhecimento ativo e sintomas depressivos em idosos.

Método

O delineamento foi transversal de base populacional. Entrevistas estruturadas foram realizadas com 1006 idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes em um município de pequeno porte do Sul do Brasil. Depressão foi mensurada através da Escala de Depressão Geriátrica com ponto de corte maior que 10 pontos. Envelhecimento ativo foi avaliado com indicadores tais como: participação em grupos, situação ocupacional ativa, trabalhos manuais, leituras e atividades físicas. A análise dos dados utilizou Regressão de Poisson modificada para obter as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas.

Resultados

A maioria dos idosos eram mulheres, idade entre 60 e 74 anos e cor da pele branca. A prevalência de depressão foi de 27,3% (CI95%: 24,6-30,1). Todos

os indicadores de envelhecimento ativo estavam associados com o desfecho. Após o controle para aspectos sociodemográficos, psicossociais e variáveis relacionadas à saúde, idosos que não participavam de grupos/associações, que não relatavam realizarem atividade física e nem trabalhos manuais possuíam uma prevalência 38% (IC95%: 7-78%), 35% (12-64%) e 33% (9-62%) maior quando comparados àqueles que participavam em três ou mais grupos, que realizavam atividades físicas e trabalhos manuais.

Conclusões

A associação aqui relatada sugere um fator protetor do envelhecimento ativo na prevenção e redução dos sintomas depressivos em idosos corroborando a necessidade de iniciativas que possibilitem uma recuperação não medicamentosa.

ABSTRACT

Objective

Evidence shows that lower depression rates are found in physically active elders. Our objective was to test the association between active aging indicators and depression symptoms in elderly people.

Methods

A cross-sectional population based study was carried out using structured interviews with 1006 older adults of a small town in southern Brazil. Depression was assessed by the Geriatric Depression Scale using a cut-off equal or higher than ten. Active aging was measured by indicators such as: participation in groups, active working status, manual works, reading and physical activities. Data analysis used modified Poisson regression in order to estimate brute and adjusted prevalence ratios.

Results

The majority of elders were women, aged 60 to 74 years and whites. The prevalence of depression was 27.3% (95%CI: 24.6 – 30.1). All active aging indicators were associated with the outcome. After the control for socioeconomic, demographic, psychosocial and health-related variables, the prevalence of depression was 38% (95%CI: 7-78%), 35% (12-64%) and 33% (9-62%) higher in elders reporting low social participation, inadequate physical activity and those who did not do manual activities at home.

Conclusion

Taking into account the methodological limitations of study design, our study suggests a protection of active aging in prevention and reduction of depressive symptoms for elderly people.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, estima-se que cerca de 14% da carga global das doenças são devidas aos distúrbios neuropsiquiátricos (1). Dados da primeira Cúpula Global de Saúde Mental, realizada em Atenas em 2009 sugerem que mais de 450 milhões de pessoas são afetadas diretamente por transtornos mentais, a maioria delas nos países em desenvolvimento. Neste sentido, a depressão é a causa principal de incapacidade no mundo. Estima-se cerca de 121 milhões de pessoas sofram do problema(2). Isto é de especial importância em idades mais avançadas.

Síndromes depressivas em idades mais avançadas freqüentemente ocorrem no contexto de desordens médicas e neurológicas e em idosos com doenças crônicas e deficiências cognitivas ou incapacidade funcional(3). Além do sofrimento emocional a depressão neste grupo etário pode promover incapacidade e contribuir negativamente para muitos agravos de saúde, dificulta um tratamento adequado e aumenta a mortalidade(3, 4).

A depressão em idosos geralmente apresenta sintomas atípicos, geralmente é subdiagnosticada e subtratada devido a confusão com problemas físicos coexistentes (5, 6). Além disso, apesar de muitos dos idosos deprimidos geralmente serem tratados na atenção básica, profissionais de saúde raramente diagnosticam depressão e quando o fazem freqüentemente oferecem um tratamento inadequado(4) encarando os sintomas depressivos como manifestações naturais do envelhecimento(6)

Embora o tratamento farmacológico geralmente seja eficaz nos idosos(7), os efeitos colaterais das drogas antidepressivas são maiores nesta população devido ao fato dos mesmos geralmente apresentarem comorbidades, risco de complicações clínicas e interações medicamentosas(8). Portanto iniciativas que possibilitem uma recuperação não-medicamentosa são necessárias. Neste sentido, uma série de estudos demonstram que menores prevalências de depressão são encontradas em idosos fisicamente ativos(6, 9). Portanto, nosso objetivo foi avaliar a associação entre indicadores de envelhecimento ativo e

sintomas depressivos em idosos. A hipótese era de que idosos referindo uma vida mais ativa possuiriam menos sintomas depressivos que os inativos.

Métodos

Este é um estudo de delineamento transversal de base populacional com idosos, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na zona urbana e rural da cidade de Veranópolis – RS. O município de Veranópolis está situado no nordeste do estado do RS, a 170 Km de Porto Alegre, a 705 metros de altitude e com clima subtropical. Segundo dados epidemiológicos do IBGE, a cidade é composta por aproximadamente 21.634 mil habitantes sendo que o número de idosos é de aproximadamente 2.733 pessoas no ano de 2000, ou seja, cerca de 13,6% da população 2000. O perfil étnico populacional do município constitui-se principalmente de descendentes italianos.

A amostra foi calculada para o desfecho vacinação e utilizou-se da exposição que forneceu o maior tamanho (sexo). Assumindo-se uma prevalência de 67,1% entre os homens, razão de expostos/não expostos 1/1,11, seria necessária uma amostra de 988 idosos para ter 80% de poder para detectar uma *Odds Ratio* de 1,5. Adicionando 15% para perdas foram convidados a participar 1136 idosos. Para o desfecho depressão, foco do presente estudo, este tamanho da amostra possui 80% de poder para detectar uma diferença de 7 pontos percentuais entre expostos e não expostos, com um nível de significância de 5% e de confiança de 95%.

A seleção da amostra foi realizada através de um processo casual sistemático. Para tanto foi utilizada uma lista de indivíduos elegíveis, pessoas com 60 ou mais anos de idade, obtida na Secretária Municipal de Saúde, contendo os nomes e telefones dos idosos. Os idosos desta relação única foram numerados seqüencialmente, até ser obtido o número total de 2840 idosos. Dividindo-se esse valor pelo tamanho da amostra requerido de 1136 obteve-se o intervalo amostral de 2,5. Assim sendo, o primeiro idoso a ser examinado foi obtido através de um sorteio aleatório simples entre o total de indivíduos elegíveis. O segundo era o resultado correspondente ao número de ordem do

primeiro idoso mais o intervalo amostral de três. O terceiro idoso correspondia ao número de ordem do segundo idoso mais o intervalo amostral de dois e assim por diante. Idosos com problemas cognitivos graves ou com qualquer incapacidade ou doença que impedisse de responder ao questionário foram excluídos da amostra.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, padronizado e pré-testado, contendo o desfecho, variáveis demográficas, socioeconômicas, comportamentais, de saúde e indicadores de envelhecimento ativo. Estas informações foram obtidas através de entrevistas estruturadas realizadas nos domicílios dos idosos.

O desfecho estudado foi avaliado através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A EDG é um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis(10-12). Descrita em língua inglesa por Yesavage et al.(13) a escala original contém 30 itens e foi desenvolvida especialmente para o rastreamento dos transtornos de humor em idosos, com perguntas que evitam a esfera das queixas somáticas. Cada resposta depressiva (compatível com a depressão) equivale a um ponto. Foram considerados idosos depressivos aqueles com escores superiores a 10 pontos.

As variáveis demográficas eram sexo, idade (60-74/≥75 anos), cor da pele (branca/ não branca), estado civil (casado/viúvo/outro). As variáveis socioeconômicas eram renda (em Reais -R\$) e escolaridade (anos de estudo).

As variáveis psicossociais utilizadas no presente estudo foram qualidade de vida, apoio social e autopercepção de saúde. Qualidade de vida foi avaliada com a escala WHO-8:EUROHIS, composta por 8 itens que versam sobre a satisfação do entrevistado consigo mesmo, com os relacionamentos pessoais, com a renda, com as condições de moradia, com a saúde, com o desempenho em atividades diárias, e a opinião sobre a qualidade de vida e energia para enfrentar o dia-a-dia(14). As respostas a estes itens foram medidas através de

uma escala de cinco pontos, variando de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito”. Na análise, considerou-se a soma de todas as respostas, tendo como valor mínimo possível zero e valor máximo 32. Os maiores escores representariam maior qualidade de vida. Esta variável foi categorizada em: alta (25% escores mais elevados), moderada (50% escores intermediários) e baixa qualidade de vida (25% escores menores). A variável apoio social foi coletada através da escala de apoio social utilizada no Medical Outcomes Study (MOS)(15). Esta escala é composta por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. Para todos os itens, cinco opções de resposta variando de “nunca” a “sempre”, foram apresentadas. Na análise, utilizou-se o somatório das respostas, cujo resultado poderia variar de zero a 76, com os valores elevados representando maior apoio social. A categorização adotou o mesmo princípio da qualidade de vida. Ambas as escalas foram validadas no Brasil por Schmidt(16) e Griep(17, 18).

Com relação às variáveis relacionadas à saúde foram avaliadas auto percepção de saúde (excelente-muito boa-boa / razoável-ruim), número de morbidades referidas (0/ 1/ 2/ ≥ 3 morbidades) e de consultas médicas (0/ 1/ ≥ 2 consultas).

Para avaliar envelhecimento ativo foram utilizados uma serie de indicadores incluindo: participação em grupos (não participa/1-2 grupos/ 3-4 grupos/ ≥ 5 grupos), situação ocupacional (trabalhando/não trabalhando), conversa com amigos (sim/não), trabalhos manuais (sim/não), leituras (sim/não) e atividades físicas (sim/não).

Um estudo piloto foi realizado com 20 idosos que não faziam parte da amostra. Tal estudo visou testar instrumento e a logística do estudo. A coleta de dados foi realizada no ano de 2009 por uma equipe composta por 5 entrevistadores os quais foram treinados e padronizados para a realização das entrevistas.

Um controle de qualidade foi realizado pela coordenadora da pesquisa, por telefone, em uma amostra aleatória de 10% das pessoas participantes no estudo. O instrumento do controle era semelhante ao do estudo principal, porém mais breve incluindo apenas variáveis que não sofriam alteração em curto espaço de tempo. Concordâncias aceitáveis foram atingidas ($Kappa > 0,7$).

A fim de evitar erros de digitação e inconsistência de dados foi realizada dupla entrada de dados utilizando programa EpiInfo 6.0. A análise dos dados foi conduzida utilizando-se do programa STATA 9.0. Para comparações das prevalências dos desfechos entre as categorias das exposições, foi utilizado o Teste do Chi-Quadrado. Para fornecer uma estimativa das razões de prevalência brutas e ajustadas e seus respectivos intervalos de confiança foi realizado regressão de Poisson com variância robusta.

A análise multivariável foi realizada de acordo com um modelo teórico de determinação (Figura 1). Três níveis foram incorporados no modelo. O primeiro nível, distal, incluiu as variáveis socioeconômicas/demográficas, o segundo as variáveis psicossociais e de saúde, e o terceiro nível os indicadores de envelhecimento ativo. As variáveis foram ajustadas por todas as outras do mesmo nível (horizontal) mais as de níveis superiores (vertical) que apresentavam um nível de significância menor que 10% ($P < 0,1$). As associações foram consideradas como estatisticamente significativas adotando-se um nível de significância menor que 5% ($P < 0,05$).

A pesquisa respeitou os aspectos éticos que envolvem os estudos desta natureza respaldada na resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Dos 1136 idosos inicialmente previstos, 1011 (89%) participaram da pesquisa. O principal motivo para as perdas foi devido a não localização dos indivíduos pela lista fornecida pela prefeitura (9,5%), recusas (1%) e óbitos (0,5%). Cinco pessoas possuíam dados incompletos sobre depressão. Portanto, a análise dos dados foi conduzida com 1006 idosos.

A maioria dos idosos eram mulheres, idade entre 60 e 74 anos e cor da pele branca. A renda familiar média em reais era igual a R\$ 1.836,00 (dp=2.171) e a média de anos de estudo foi igual a 5,2 (dp=4) (Tabela 1).

A prevalência de depressão era 27,3% (CI95%: 24,6-30,1). Maiores prevalências ($p < 0,05$) foram encontradas em mulheres, naqueles com idade maior ou igual a 75 anos, nos com renda e escolaridade baixas e nos idosos que relataram maior número de consultas, morbidades, autopercepção de saúde ruim, baixo apoio social e baixa qualidade de vida. Todos os indicadores de envelhecimento ativo estavam associados com o desfecho. Menores prevalências de depressão foram encontradas em idosos que trabalhavam, que participavam de grupos ou associações, que faziam atividades físicas, trabalhos manuais e mantinham o interesse por leituras (Tabela 1).

A análise multivariável manteve o efeito dos aspectos sociodemográficos (sexo, idade, renda, escolaridade), das variáveis relacionadas à saúde (autopercepção de saúde, morbidades e consultas medicas), dos aspectos psicossociais (qualidade de vida e apoio social) e dos indicadores de envelhecimento ativo (participação em grupos, trabalhos manuais e atividades físicas) (Tabela 2).

Idosos que não participavam de grupos/associações, que não relatavam realizarem atividade física e nem trabalhos manuais possuíam uma prevalência 38% (IC95%: 7-78%), 35% (12-64%) e 33% (9-62%) maior quando comparados

aqueles participavam três ou mais grupos, que realizavam atividades físicas e trabalhos manuais (Tabela 2).

Discussão

O objetivo principal deste estudo era avaliar a associação entre indicadores do envelhecimento ativo e sintomas depressivos em idosos. Idosos com uma vida mais ativa apresentaram menores prevalências de sintomas depressivos quando comparados aos menos ativos. O envelhecimento ativo é o processo de otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Ele aplica-se tanto para indivíduos quanto para grupos populacionais. Permite que as pessoas percebam seu potencial de desenvolvimento físico, social e mental. Leva a um bem-estar ao longo da vida e a uma maior participação na sociedade de acordo com as necessidades, desejos e capacidades das pessoas. Fornece uma proteção adequada, segurança e cuidados quando os idosos necessitam de assistência(19). Uma vida ativa melhora a saúde mental e freqüentemente promove contatos sociais. Ser ativo pode ajudar pessoas idosas a permanecerem independentes por um período prolongado de tempo(19).

Portanto, e de certa maneira, nossos resultados podem ser comparados a estudos anteriores os quais demonstram o efeito benéfico da atividade física para na diminuição de quadros depressivos em idosos(6, 9). Blumenthal et al.(20) relatou que onze semanas de tratamento com exercícios aeróbicos era tão efetivo quanto o uso de antidepressivos para depressão maior em pessoas com 50 ou mais anos de idade.

Porém, os mecanismos pelos quais a atividade física levaria a redução da depressão não estão totalmente esclarecidos. Brosse et al. (21) argumentam que isto aconteceria devido a mecanismos fisiológicos e psicológicos. Quanto aos fisiológicos, exercícios promoveriam ou ajudariam na correção dos níveis de monoaminas centrais e da hiperatividade hipotalâmica-pituitária-adrenal em resposta ao estresse que leva à depressão. Ou seja, os exercícios promoveriam alterações na atividade central de norepinefrina e aumento da secreção de

serotonina e endorfina(20). Com relação aos psicológicos, os benefícios da atividade física levariam a melhora do humor, com aumento da autoestima, com efeitos positivos na imagem corporal, na auto eficácia da pessoa (crença do individuo na sua capacidade de desempenho em atividades específicas). A atividade física promoveria ainda um distanciamento das emoções negativas, componente importante da terapia cognitiva-comportamental(21) e, melhoria na qualidade do sono e maior satisfação com a vida(22, 23).

Uma das limitações deste estudo refere-se ao delineamento utilizado. Devido ao fato do estudo ser transversal não é possível precisar se a exposição causou ou foi consequência do desfecho. Poderia ser argumentado que tanto os piores indicadores do envelhecimento ativo poderiam causar depressão, como a depressão, quando não tratada, poderia favorecer uma maior inatividade física. Por exemplo, uma coorte na Holanda concluiu que depressão é um fator de risco para o sedentarismo. Pessoas que desenvolveram depressão tornaram-se sedentárias com maior frequência (24). Estudos transversais são mais adequados para a identificação de associações ao invés de relações causais. Portanto, sugere-se que este relacionamento seja melhor investigado através de estudos prospectivos nos quais tanto indicadores de envelhecimento ativo como depressão seja medidos repetidamente.

A evidencia empírica apóia a afirmação de que a depressão não é um componente normal do envelhecimento(25). Pessoas idosas experimentam muitas perdas: da saúde, do seu papel social, do poder econômico e perda dos relacionamentos humanos. Todas essas perdas por eles experimentadas os tornam mais vulneráveis à depressão(5). A associação aqui relatada sugere um fator protetor do envelhecimento ativo na prevenção e redução dos sintomas depressivos em idosos. Tal achado corrobora a necessidade de iniciativas que possibilitem uma recuperação não medicamentosa. Isto é especialmente importante devido ao fato das terapias medicamentosas neste grupo possuírem um maior risco devido ao tratamento das comorbidades existentes e conseqüentemente maior possibilidade da ocorrência de efeitos colaterais devido às interações medicamentosas (8). Isto é especialmente importante num grupo

populacional com crescimento e envelhecimento rápido, o qual impõe desafios para as políticas públicas devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas incapacitantes, dentre elas a depressão, agravadas pelas marcantes desigualdades no acesso aos serviços e as crescentes demandas econômicas e sociais (19), como está ocorrendo com a população brasileira.

Agradecimentos

Um agradecimento especial aos idosos que participaram desta pesquisa. A prefeitura municipal de Veranópolis pelo apoio físico e financeiro aos pesquisadores.

Referências

1. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007 8;370(9590):859-77.
2. WHO. 2010 [23 setembro 2010]; Available from: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.
3. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005;365(9475):1961-70.
4. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):249-65.
5. Takeda M, Tanaka T. Depression in the elderly. *Geriatr Gerontol Int*. 2010;10(4):277-9.
6. Guimarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(4):481-92.
7. Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? *J Clin Psychiatry*. 2005;66(4):455-68.
8. Scalco MZ. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(Supl I):55-63.
9. Barbour KA, Blumenthal JA. Exercise training and depression in older adults. *Neurobiol Aging*. 2005;26 Suppl 1:119-23.

10. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999;14(10):858-65.
11. Almeida OP, Almeida SA. [Reliability of the Brazilian version of the ++abbreviated form of Geriatric Depression Scale (GDS) short form]. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
12. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr*. 1996 Spring;8(1):103-12.
13. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.
14. Power M. Development of a common instrument for quality of life. In: Nosikov A, Gudex C, editors. *Developing Common Instruments for Health Surveys*. Amsterdam: World Health Organization Europe; 2003. p. 145-63.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14.
16. Schmidt S, Muhlan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health*. 2006;16(4):420-8.
17. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. [Social support: scale test-retest reliability in the Pro-Health Study]. *Cad Saude Publica*. 2003;19(2):625-34.
18. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. [Construct validity of the Medical Outcomes Study's social support scale adapted to Portuguese in the Pro-Saude Study]. *Cad Saude Publica*. 2005;21(3):703-14.
19. WHO. *Active ageing: a policy framework*. Madrid: World Health Organization; 2002.
20. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA, Craighead WE, Herman S, Khatri P, et al. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med*. 1999;159(19):2349-56.
21. Brosse AL, Sheets ES, Lett HS, Blumenthal JA. Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions. *Sports Med*. 2002;32(12):741-60.
22. Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E, Corbeau C. Cross-sectional and prospective study of exercise and depressed mood in the elderly : the Rancho Bernardo study. *Am J Epidemiol*. 2001;153(6):596-603.
23. Ruuskanen JM, Ruoppila I. Physical activity and psychological well-being among people aged 65 to 84 years. *Age Ageing*. 1995;24(4):292-6.

24. van Gool CH, Kempen GI, Penninx BW, Deeg DJ, Beekman AT, van Eijk JT. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing*. 2003;32(1):81-7.
25. Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.

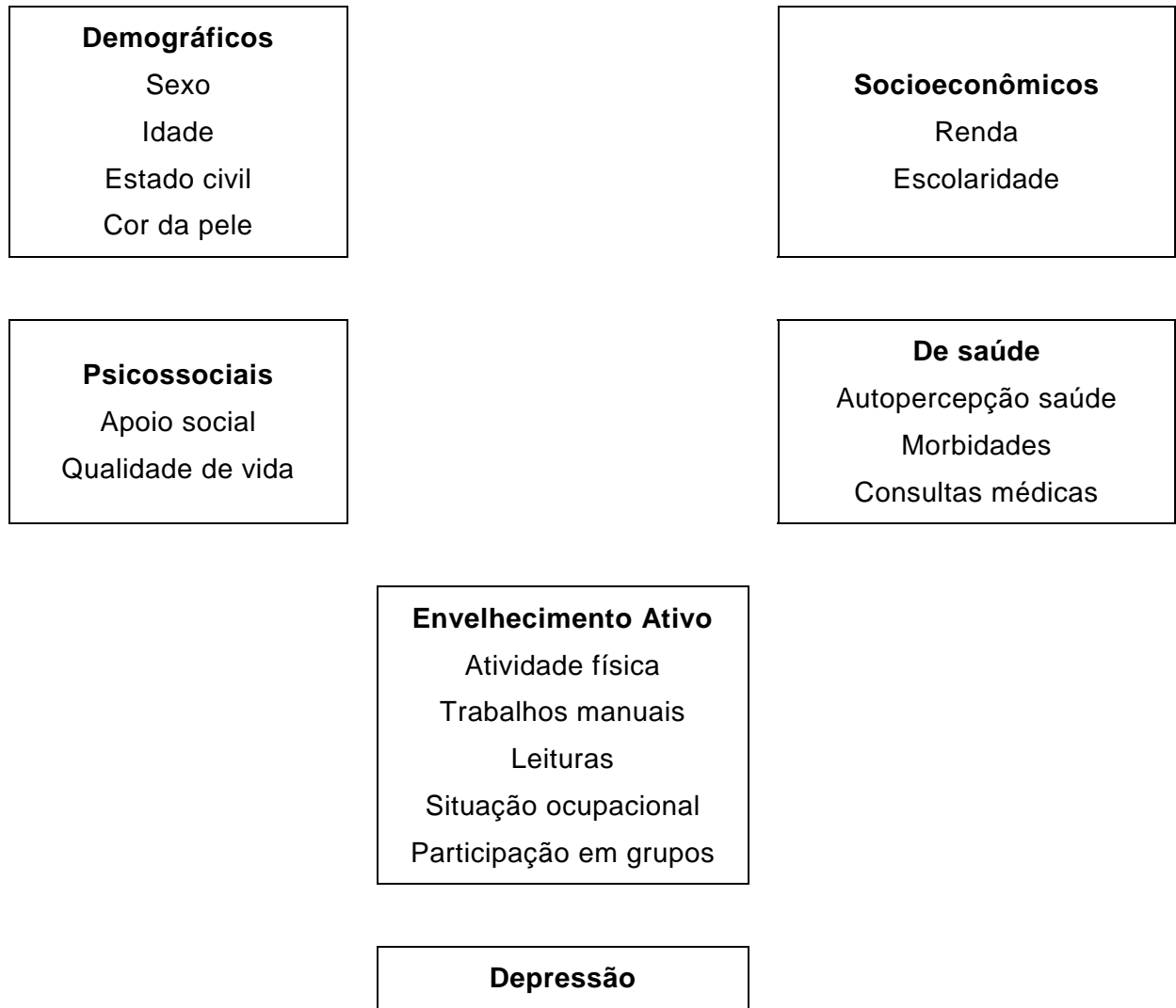


Figura 1: Modelo teórico dos fatores associados a depressão em idosos.

Tabela 1: Descrição da amostra e prevalências de depressão de acordo com variáveis sociodemográficas, psicossociais e indicadores de envelhecimento ativo em idosos de Veranópolis 2009 (n= 1006).

	n	%	% Depressão	X ²
Sexo				<0,001
Masc	379	37,5	14,6	
Fem	632	62,5	34,9	
Idade				0,002
60-74	629	62,2	23,9	
≥75	382	37,8	33,0	
Estado civil				<0,001
Casado	647	64,0	21,4	
Viúvo	291	28,8	39,6	
Outro	73	7,2	30,6	
Cor da pele				0,487
Branca	967	95,6	27,5	
Não branca	44	4,4	22,7	
Renda familiar (R\$)				<0,001
Alta (≥ 2076)	251	24,8	20,4	
Média (930-2075)	538	53,2	25,7	
Baixa (0-929)	222	22,0	39,0	
Escolaridade (anos estudo)				<0,001
Alta (≥ 7)	210	20,9	21,2	
Média (3-6)	588	58,4	25,4	
Baixa (0-2)	209	20,8	38,8	
Número consultas médicas				<0,001
Não consultou	564	55,8	22,5	
1 consulta	378	37,4	31,6	
≥2 consultas	69	6,8	43,5	
Morbidades				<0,001
Sem morbidades	242	23,9	12,9	
1 morbidade	366	36,2	24,5	
2 morbidades	256	25,3	32,0	
≥3morbidades	147	14,5	50,0	
Apoio social				<0,001
Alto	659	65,3	20,9	
Médio	197	19,5	27,6	
Baixo	153	15,2	54,6	
Auto percepção saúde				<0,001
Boa	541	53,5	14,1	
Ruim	470	46,5	42,6	
Qualidade de vida				<0,001
Alta	292	29,1	8,2	
Média	519	51,8	23,1	
Baixa	191	19,1	67,5	
Participação em grupos/associações				<0,001
Não participa	417	41,3	36,6	
1-2 grupos	234	23,2	28,8	
≥3 grupos	359	35,5	15,6	
Atividades físicas				<0,001
Não	430	42,6	39,9	
Sim	580	57,4	18,0	
Trabalhos manuais				<0,001
Não	527	52,2	33,8	
Sim	483	47,8	20,2	
Leituras				<0,001
Não	371	36,7	36,0	
Sim	639	63,3	22,3	
Situação ocupacional				<0,001
Trabalhando	62	6,1	14,5	
Não trabalhando	948	93,9	28,2	

Tabela 2: Razões de prevalência brutas e ajustadas de depressão de acordo com variáveis sociodemográficas, psicossociais e indicadores de envelhecimento ativo em idosos de Veranópolis 2009 (n= 1006).

	RP Brutas (IC95%)	P Valor*	RP Ajustadas** (IC95%)	P Valor*
Sociodemográficas				
Sexo				
Masc	1	<0,001	1	<0,001
Fem	2,39 (1,83-3,12)		2,39(1,83-3,12)	
Idade				
60-74	1	0,002	1	0,008
≥75	1,37 (1,12-1,67)		1,29(1,06-1,57)	
Estado civil				
Casado	1	<0,001	-	-
Viúvo	1,83 (1,49-2,25)			
Outro	1,42 (0,97-2,07)			
Renda familiar (R\$)				
Alta (≥ 2076)	1	<0,001	1	0,008
Média (930-2075)	1,26 (0,95-1,68)		1,12(0,84-1,49)	
Baixa (0-929)	1,92 (1,43-2,58)		1,50(1,11-2,03)	
Cor da Pele				
Branca	1	0,497	-	-
Não-branca	0,83(0,47-1,46)			
Escolaridade (anos estudo)				
Alta (≥ 7)	1	<0,001	1	0,006
Média (3-6)	1,18 (0,88-1,58)		1,01(0,75-1,36)	
Baixa (0-2)	1,80 (1,32-2,46)		1,50(1,09-2,04)	
Psicossociais e de saúde				
Consultas médicas				
Não consultou	1	<0,001	1	0,026
1 consulta	1,41 (1,14-1,75)		1,13(0,93-1,36)	
≥2 consultas	1,94 (1,42-2,64)		1,41(1,06-1,89)	
Morbidades				
Sem morbidades	1	<0,001	1	0,002
1 morbidade	1,92 (1,32-2,79)		1,38(0,99-1,94)	
2 morbidades	2,48 (1,70-3,61)		1,38(0,98-1,95)	
≥3morbidades	3,89 (2,69-5,61)		1,76(1,24-2,50)	
Apoio social				
Alto	1	<0,001	1	<0,001
Médio	1,34 (1,02-1,75)		1,34(1,07-1,75)	
Baixo	2,61 (2,12-3,22)		1,78(1,45-2,18)	
Autopercepção Saúde				
Boa	1	<0,001	1	<0,001
Ruim	3,02 (2,39-3,82)		1,61(1,26-2,06)	
Qualidade de vida				
Alta	1	<0,001	1	<0,001
Média	2,81 (1,86-4,26)		2,08(1,38-3,14)	
Baixa	8,22 (5,53-12,21)		4,15(2,69-6,39)	
Envelhecimento ativo				
Participação em grupos/associações				
3-4 grupos	1	<0,001	1	0,014
1-2 grupos	1,86 (1,36-2,53)		1,30(0,98-1,73)	
Não participa	2,34(1,79-3,08)		1,38(1,07-1,78)	
Situação ocupacional				
Trabalhando	1	0,034	-	-
Não trabalhando	1,94(1,05-3,59)			

Trabalhos manuais				
Sim	1	<0,001	1	0,004
Não	1,67 (1,35-2,07)		1,33(1,09-1,62)	
Leituras				
Sim	1	<0,001	-	-
Não	1,61 (1,32-1,96)			
Atividades físicas				
Sim	1	<0,001	1	0,005
Não	2,20 (1,79-2,72)		1,35(1,12-1,64)	

* Teste Wald para tendência linear ou para heterogeneidade. ** Variáveis ajustadas pelas outras do mesmo bloco mais as dos blocos superiores.