



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL/SES/DF
SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
FUNDAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - FEPECS
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS PARA A SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS PARA A SAÚDE

SAMIRA MONTEIRO SILVA

**VULNERABILIDADE EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DE UMA REGIÃO
ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA-DF

2018

SAMIRA MONTEIRO SILVA

**VULNERABILIDADE EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS
ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DE UMA REGIÃO
ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca de avaliação do Mestrado Profissional em Ciências para a Saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (ESCS/FEPECS/SES-DF), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências para a Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Rita C. G. Novaes
Co-orientador: Prof. Dr. Alfredo C. Nicodemos

BRASÍLIA-DF

2018

SS586v

Silva, Samira Monteiro
VULNERABILIDADE EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA DE
IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DE UMA
REGIÃO ADMINISTRATIVA DO DISTRITO FEDERAL / Samira
Monteiro Silva; orientador Maria Rita Carvalho
Garbi Novaes; coorientador Alfredo Nicodemos Cruz
Santana. -- Brasília, 2018.
61 p.

Dissertação (Mestrado - Ciências para
Saúde) -- Coordenação de Pós-Graduação e
Extensão, Escola Superior de Ciências da
Saúde, 2018.

1. Qualidade de Vida. 2. Rastreamento. 3. Idoso.
4. Vulnerabilidade em Saúde. 5. Atenção Primária à
Saúde. I. Novaes, Maria Rita Carvalho Garbi ,
orient. II. Santana, Alfredo Nicodemos Cruz,
coorient. III. Título.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
ESCOLA SUPERIOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO E EXTENSÃO

TERMO DE APROVAÇÃO

Samira Monteiro Silva

“Vulnerabilidade em saúde e qualidade de vida de idosos assistidos na atenção primária à saúde de uma região administrativa do DF”

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências para Saúde, pelo programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS), da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Aprovada em: 23/07/2018*.

Prof.(a). Dr.(a). Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Orientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Alfredo Nicodemos da Cruz Santana
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Coorientador (a)

Prof.(a). Dr.(a). Ângela Ferreira Barros
Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.

Examinador (a) Interno

Prof.(a). Dr.(a). Roberto José Bittencourt
Universidade Católica de Brasília (UCB)
Examinador (a) Externo

Prof.(a). Dr.(a). Claudia Vicari Bolognani

Programa de Pós – Graduação *Stricto Sensu* em Ciências para a saúde da
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde.
Suplente

Brasília, 23/07/2018*

Dedico este trabalho a Deus, razão de tudo, e aos
meus pais.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por mais uma vez me oportunizar crescer, sempre me fortalecendo e me dando ânimo para vencer.

Ao meu esposo, por me ajudar a conciliar o sonho da concepção, nossa Helena, com mais este desafio.

Aos meus pais, fonte de inesgotável de ânimo para prosseguir em crescer. Obrigado, pelo investimento em educação que sempre fizeram em mim.

À minha orientadora Maria Rita, meu agradecimento muito especial, pela dedicação e disponibilidade dispensada.

Ao meu co-orientador Alfredo, sempre disponível a me ajudar, expresso minha imensa gratidão.

Aos colegas de turma do Mestrado Profissional, pela força com que um encorajava o outro nos momentos em que a vontade era de desistir.

À equipe de coleta de dados, especialmente Nayhane Nayara, apesar de toda dificuldade se entregou a essa árdua tarefa.

Às Unidades de Atenção Básica de Samambaia e aos colegas servidores que prontamente se colocaram à disposição para me ajudar.

E, especialmente, aos 466 idosos que pacientemente dividiram comigo suas histórias de vida e fizeram este projeto ganhar vida.

RESUMO

Introdução: As vulnerabilidades em saúde dos idosos, doenças crônicas não transmissíveis, têm colocado em risco a qualidade de vida (QV) deste segmento da população. Daí a necessidade de se avaliar vulnerabilidade em saúde e a QV dos idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde (APS). **Objetivos:** Determinar o ponto de corte no VES-13 e no whoqol-bref que determina qualidade de vida em idosos assistidos na APS; bem como elaborar cartilha para idosos sobre aspectos relacionados a qualidade de vida. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. A coleta dos dados foi realizada nas unidades básicas de saúde da região administrativa de Samambaia. A amostra foi de 466 idosos atendidos na APS, baseando-se no cálculo de 13259 idosos em Samambaia, poder de 95%, margem de erro de 5%, e mais 20% de possíveis perdas. Os participantes da pesquisa foram idosos que, espontaneamente, procuravam por algum serviço em uma das unidades básicas de saúde. Foram excluídos os idosos com mini exame de estado mental com escore ≤ 9 , ou que não aceitaram participar do estudo. Aplicaram-se questionário, com questões fechadas, sobre aspectos sociodemográficos e condições de saúde dos idosos, WHOQOL-bref e VES-13, sobre a qualidade de vida e vulnerabilidade em saúde. Foram criados 3 grupos baseados nas respostas sobre qualidade de vida e satisfação com saúde: QVboa, QVruim e QV indeterminado. Foi aplicado curva ROC para determinar o ponto de corte do VES-13 e do WHOQOL-bref para detectar QVruim. Depois, usando este ponto de corte, foi avaliado sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo para detectar QVruim. **Resultados:** foram abordados 475 idosos, e 8 foram excluídos por não aceitarem a participar do estudo, e 1 por ter minimental ≤ 9 . Assim, foram incluídos no estudo 466 idosos, sendo idade de 68.2 ± 71 anos, 60,3% de mulheres, 30.5% da cor branca; média de escolaridade de 4,6 anos. Ponto de corte para detectar QVruim foi ≥ 2 no VES-13 e < 60 no WHOQOL-bref, com área sob a curva ROC de 0.741 e 0.934, respectivamente. Em relação a este ponto de corte, para detectar QVruim, o VES-13 apresentou sensibilidade de 84% e valor preditivo negativo de 98.2%, e já o WHOQOL-bref teve sensibilidade de 88% e valor preditivo negativo de 99%. Por fim, em relação ao produto 'cartilha', esta foi desenvolvida de forma adequada. Este trabalho teve como produtos um artigo científico intitulado: Validação do ponto de corte do VES-13 e do WHOQOL-BREF para prever qualidade de vida em pessoas idosas na APS, aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a elaboração de uma cartilha destinada aos usuários idosos da APS de samambaia com título "Qualidade de Vida na Terceira Idade." **Conclusão:** propõe-se o ponto de corte ≥ 2 no VES-13 e < 60 no WHOQOL-bref para indicar detectar idosos com QVruim e assim necessitam de um acompanhamento especial pela ESF para um possível matriciamento com ou referenciamento para equipe de geriatria-gerontologia. Entretanto, sugere-se mais estudos, preferencialmente por meio de métodos longitudinais, para melhor discussão e comparação sobre estes valores de ponto de corte dos instrumentos utilizados para determinar a qualidade de vida e vulnerabilidade destas populações.

Palavras-Chave: idoso; qualidade de vida; vulnerabilidade; atenção primária de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The health vulnerabilities of the elderly, chronic non-communicable diseases have put at risk the quality of life (QoL) of this segment of the population. Hence the need to evaluate health vulnerability and QoL of the elderly attending Primary Health Care (PHC). **Objectives:** To determine the cutoff point in VES-13 and whoqol-bref that determines quality of life in the elderly assisted in primary health care (PHC); as well as elaborate booklet for the elderly on aspects related to quality of life quality. **Method:** This is a cross-sectional study with a quantitative approach. Data collection was performed at the basic health units of the Samambaia administrative region. The sample consisted of 466 elderly people attending the PHC, based on the calculation of 13259 elderly people in Samambaia, 95% power, 5% margin of error, and 20% of possible losses. The participants in the study were elderly people who spontaneously sought some service in one of the basic health units. Older subjects with a mini mental status examination with score ≤ 9 , or who did not agree to participate in the study were excluded. A questionnaire was applied, with closed questions, on sociodemographic aspects and health conditions of the elderly, WHOQOL-bref and VES-13, on the quality of life and vulnerability in health. Three groups were created based on the responses on quality of life and health satisfaction: QVboa, QVruim and undetermined QoL. A ROC curve was applied to determine the cutoff point of VES-13 and WHOQOL-bref to detect QVruim. Then, using this cutoff point, sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value were evaluated for QVruim. **Results:** 475 elderly were approached, and 8 were excluded because they did not accept to participate in the study, and 1 because they were minimally ≤ 9 . Thus, 466 elderly people were included in the study, being 68.2 ± 71 years old, 60.3% female, 30.5% white; average schooling of 4.6 years. Cut-off point to detect QVruim was ≥ 2 on VES-13 and <60 on WHOQOL-bref, with area under the ROC curve of 0.741 and 0.934, respectively. Regarding this cut-off point, to detect QVruim, VES-13 showed sensitivity of 84% and negative predictive value of 98.2%, and the WHOQOL-bref had sensitivity of 88% and negative predictive value of 99%. Finally, in relation to the product 'primer', it has been developed in an appropriate way. This paper was based on a scientific article titled: Validation of VES-13 and WHOQOL-BREF cutoff point to predict quality of life in elderly people in PHC, approved for publication in the Revista de Saúde Pública of the University of São Paulo and elaboration of a booklet destined to the elderly users of the fern PH with title "Quality of Life in the Elderly." **Conclusion:** the cut-off point ≥ 2 in VES-13 and <60 in the WHOQOL-bref is proposed to indicate the detection of the elderly with QVruim and thus require a special follow-up by the ESF for a possible matriciamento with or reference to the geriatrics-gerontology team. However, more studies are suggested, preferably by longitudinal methods, to better discuss and compare these cut-off values of the instruments used to determine the quality of life and vulnerability of these populations.

Keywords: elderly; quality of life; vulnerability; primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas e clínicas de idosos atendidos na atenção básica de Samambaia, Distrito Federal. 2017.

Tabela 2 – Resultados da curva ROC do VES-13 e do WHOQOL-BREF para idosos com qualidade de vida muito ruim (ou ruim) e muito insatisfeito (ou insatisfeito) com sua saúde. Samambaia, Distrito Federal. 2017.

Tabela 3 – Resultados do teste diagnóstico do VES-13 (pontuação ≥ 2) e do WHOQOL-BREF (pontuação <60) para idosos com qualidade de vida muito ruim (ou ruim) e muito insatisfeito (ou insatisfeito) com sua saúde- Samambaia, Distrito Federal, 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
QV	Qualidade de Vida
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ESF	Equipe de Saúde da Família
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
MEEN	Mini Avaliação do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VES-13	Vulnerable Elders Survey-13
WHOQOL-bref	World Health Organization Quality of Life-

SUMÁRIO

1-APROXIMAÇÃO AO TEMA	12
2- INTRODUÇÃO	13
2.1- Envelhecimento populacional: demografia e epidemiologia	13
2.2- Vulnerabilidade em saúde	15
2.3- Qualidade de vida	16
2.4- Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa	19
2.5- Envelhecimento Saudável	22
3-OBJETIVOS	24
4. PRODUTO 1 - ARTIGO ORIGINAL	29
4.1 Introdução	30
4.2 Métodos	31
4.3 Resultados	34
4.4 Discussão	37
4.5 Conclusão	38
4.6 Referências	39
5-PRODUTO 2- CARTILHA QUALIDADE DE VIDA	41
5.1 Introdução	41
5.2 Métodos	41
5.3 Conclusão	42
5.4 Referências	43
6-CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
APÊNDICES	45
ANEXOS	47

1. APROXIMAÇÃO AO TEMA

O tema idoso e qualidade de vida têm sido objeto de reflexão desde o início de nossa atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF). É um público frequente dentro da Unidade Básica de Saúde (UBS) devido às suas doenças crônicas não transmissíveis. Uma parcela dessa população vive um processo de envelhecimento marcado por agravos que impõem sérias limitações aos seu bem-estar. Com isso, surgiram inquietações sobre a possibilidade de manutenção da funcionalidade, autonomia e independência, ou seja, um envelhecimento que aconteça com qualidade de vida.

AESF tem como premissa a assistência integral e contínua a todos os membros das famílias vinculadas à sua área de abrangência. Com a mudança do perfil populacional, cabe ao profissional de saúde dedicar especial atenção ao progressivo aumento da população idosa. O envelhecimento populacional representa uma conquista da humanidade no século XX, mas no que se refere a programas dirigidos à população idosa, muitos são os desafios para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida.

Apesar de tudo isso, nota-se que profissionais são pouco capacitados para abordar efetivamente o idoso dentro do sistema de saúde. Assim, encaro esse mestrado como forma de aprimorar minha capacitação profissional, bem como de usar esses novos conhecimentos no dia a dia do meu trabalho na ESF para beneficiar os pacientes e a equipe de saúde.

Esta dissertação teve como produtos um artigo intitulado: **“Validação do ponto de corte do VES-13 e do WHOQOL-BREF para predizer qualidade de vida em pessoas idosas na APS”**, aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública e a elaboração de uma cartilha destinada aos usuários idosos da atenção primária a saúde (APS) de Samambaia, com título **“Qualidade de Vida na Terceira Idade”**.

2. INTRODUÇÃO

2.1 Envelhecimento Populacional: demografia e epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde - OMS (1983) classifica o idoso de acordo com o desenvolvimento do país, no qual o indivíduo está inserido. Em países desenvolvidos, idosos são aqueles indivíduos com idade de 65 anos ou mais, já em países em desenvolvimento (como no Brasil), de 60 anos ou mais (BRASIL, 2003). Segundo dados publicados pelo Fundo das Nações Unidas para a População (2009), até 2050, 22% da população mundial deverá ter 60 anos ou mais, e 16% provavelmente terá 65 anos de idade ou mais.

A partir da década de 1970, em quase todos os países em desenvolvimento, a fecundidade começou a diminuir simultaneamente com a redução de mortalidade. Isso culminou tanto em contração da população quanto em superenvelhecimento (CAMARANO, 2013). No Brasil, esse processo vem ocorrendo de forma acelerada, especialmente desde o início do século 21, associado com transformações sociais e econômicas importantes, bem como uma mudança nas demandas de serviços de saúde (ALVAREZ; GONÇALVES, 2012).

A população idosa (pessoas de 60 anos e mais) no Distrito Federal (DF) somava pouco mais de 326 mil pessoas, o equivalente a 12,8% da população total (CODEPLAN, 2013). Em Samambaia, Região Administrativa (RA) de escolha deste estudo os idosos, compõem 11,46% da população. A população urbana (total) estimada passou de 228.356 em 2013 para 254.439 em 2015. A taxa média de crescimento anual foi de 5,56% no período (CODEPLAN, 2015).

Samambaia, nasceu em decorrência do Plano Estrutural de Organização Territorial-PEOT, elaborado em 1978, que determinava ampliação de áreas urbanas em consequência do rápido crescimento populacional no DF e da demanda habitacional. O projeto foi elaborado em 1981 e começou a ser implantado no ano seguinte. Em 1988, foram construídas 3.381 casas financiadas e destinadas a famílias de baixa renda. Oficialmente, a região foi criada em 25 de outubro de 1989 (CODEPLAN, 2015).

Esses dados demonstram que no Brasil esse processo vem ocorrendo de forma rápida sem tempo para uma reorganização social e no campo da saúde. Em contrapartida, o envelhecimento nos países desenvolvidos deu-se acompanhado de melhoria na qualidade de vida (QV) e nas condições gerais de vida (SILVA, 2011).

Neste macroambiente populacional, a rápida transição demográfica ocorrida de forma mais acentuada em países em desenvolvimento, vem sendo acompanhada por mudanças

epidemiológicas. Observam-se complexas mudanças nos modelos de saúde-doença, que passou da predominância de doenças transmissíveis a uma maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MENDES, 2012). Schmidt et al (2011) ressaltam que as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 77,4% dos idosos declararam possuir doenças crônicas. Para aqueles de 75 anos ou mais de idade, essa proporção aumenta para 80,3%. Quase metade (48,9%) dos idosos sofria de mais de uma doença crônica. Entre as doenças crônicas mais referidas está a hipertensão arterial, que se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. As doenças musculoesqueléticas aparecem, também, com bastante frequência (35,1%) entre as pessoas idosas (IBGE, 2010).

A OMS (2003) define "condições crônicas" como aquelas abrangendo tanto as doenças não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença pulmonar, artropatia), quanto às inúmeras doenças transmissíveis, de caráter crônico. Incluem-se também distúrbios mentais de longo prazo e as deficiências físicas contínuas. A presença de morbidades interfere significativamente em vários domínios da QV dos indivíduos idosos e podem frequentemente levar ao desenvolvimento de sintomas depressivos (FALLER; MELO; VERSA; MARCON, 2010) (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011).

2.2 Vulnerabilidade em Saúde

Atualmente, todos os sistemas de saúde estão preocupados com essa maior vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como institucionalização, dependência ou morte. A vulnerabilidade é definida como o estado que indivíduos, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos. Associadas a eventos de vida negativos, essas condições podem potencializar e predispor a resultados negativos e processos disfuncionais. É notório que a qualidade de vida dos idosos está potencialmente sob risco, não apenas porque existem alterações fisiológicas, mas pelo fato da maior condição de vulnerabilidade decorrente de condições adversas do meio físico, ou social (RODRIGUES; NERI, 2012).

No domínio da saúde, o termo vulnerabilidade é comumente empregado para denotar suscetibilidade das pessoas aos problemas e danos à saúde. Assim, admite-se que cada

indivíduo possui um limiar de vulnerabilidade que ao ser ultrapassado, resulta em adoecimento (NICHATA; BERTOLOZZI; TAKAHASHI; FRACOLLI, 2008).

E para avaliar vulnerabilidade foi desenvolvido o VES-13 (*Vulnerable Elders Survey-13*) com o objetivo de identificar idosos vulneráveis residentes na comunidade. As variáveis fortemente associadas ao risco de vulnerabilidade foram: idade, autoavaliação da saúde ruim e indicadores relacionados à presença de limitação física e incapacidade funcional. Idosos com valores iguais ou superiores a três tinham risco 4,2 vezes maior de declínio funcional e morte em dois anos (SALIBA; ELLIOTT; RUBENSTEIN; SOLOMON; YOUNG; KAMBERG, et al, 2001). De acordo com Rodrigues e Neri (2012) a qualidade de vida está potencialmente sob risco quanto maior for a condição de vulnerabilidade. Porém, ainda não existe um ponto de corte no VES-13 que define qualidade de vida ruim.

O envelhecimento constitui um processo biológico natural inevitável que provoca alterações na estrutura, e na redução da vitalidade. Dessa forma, é marcado por uma perda progressiva de funções sensoriais e motoras. Isso aumenta consequentemente a vulnerabilidade às doenças, as quais podem afetar a funcionalidade, a mobilidade e a independência, impossibilitando-o de um envelhecimento autônomo e com qualidade de vida (LOPES; NASCIMENTO; ESTEVES; TERROSO; ARGIMON, 2013) (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014).

Os sinais de deficiências funcionais vão aparecendo de maneira discreta no decorrer da vida, sendo chamados de senescência, sem comprometer as relações e a gerência de decisões. Esse processo não pode ser considerado doença. Em condições basais, o idoso não apresenta alterações no funcionamento ao ser comparado com o jovem. A diferença manifesta-se nas situações nas quais se torna necessária a utilização das reservas homeostáticas, que, no idoso, são mais fracas. Além disso, todos os órgãos ou sistemas envelhecem de forma diferenciada, tornando a variabilidade cada vez maior (MORAES; MORAES; LIMA, 2010).

As consequências fisiológicas e patológicas do envelhecimento, quando negligenciadas contribuem sobremaneira para o aparecimento das grandes síndromes geriátricas, ou seja, os "5 is" da geriatria: Instabilidade Postural, Incontinência Urinária, Insuficiência Cerebral, Iatrogenia e Isolamento Social (PAPALÉO NETO; CARVALHO FILHO, 2006) (MS, 2006).

As síndromes geriátricas são condições clínicas comumente encontradas em idosos e são associadas ao aumento da morbidade e mortalidade. Eles envolvem múltiplos órgãos mas, não se enquadram em categorias específicas de doenças. Contribuem para resultados de saúde precários, incluindo deficiência, institucionalização e dependência (INOUE; STUDENSKI; TINETTE; KUCHEL, 2007).

2.3 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida foi mencionado pela primeira vez em 1920 por Pigou, em um livro sobre economia e bem-estar. Ele discutiu o suporte governamental para pessoas de classes sociais menos favorecidas e o impacto sobre suas vidas e sobre o orçamento do Estado (WOOD-DAUPHINEE, 1999). Contudo, para outro autor, o termo qualidade de vida foi utilizado pela primeira vez por Lyndon Johnson, em 1964, então presidente dos Estados Unidos, que declarou: “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK; LEAL; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS; PINZON, 1999).

O termo qualidade de vida foi, então, usado para criticar políticas, nas quais o objetivo era o crescimento econômico sem limites. O conceito foi, a seguir, ampliado, a fim de medir o quanto uma sociedade havia se desenvolvido economicamente. Com o passar dos anos, o conceito se ampliou, significando, além do crescimento econômico, o desenvolvimento social, como educação, saúde, lazer, etc (PASCHOAL, 2001).

Desde épocas mais remotas, a QV já era entendida como resultado de percepções individuais sobre saúde, bem-estar e felicidade. Após a Segunda Guerra Mundial, esse conceito manifesta-se associado à satisfação e à realização psicológica com vários aspectos da vida, na perspectiva da prosperidade econômica e o aumento do poder aquisitivo da população em geral. Com o surgimento do movimento ambientalista em 1970, as preocupações com sustentabilidade e QV começam a questionar os modelos predatórios de bem-estar da humanidade capitalista e consumista (BARROS; CESAR; CARANDINA; TORRES, 2006).

Ultimamente, tem-se valorizado outros fatores. Estes são satisfação, qualidade dos relacionamentos, realização pessoal, percepção de bem-estar, possibilidades de acesso a eventos culturais, oportunidades de lazer, entre outros, como a felicidade, solidariedade e liberdade (NAHAS, 2001).

Esse conceito, também, está relacionado com experiências e valores individuais e coletivos, com a busca de conforto e bem-estar, variando com a época, valores, espaços e histórias diferentes. É influenciado por fatores que são próprios da essência humana, destacando-se os valores não materiais como amor, liberdade, felicidade, solidariedade, realização pessoal e inserção social. Estes, por sua vez, envolvem ideias relacionadas à saúde, estilo de vida, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Conceituar a qualidade de vida é subjetivo, multidimensional, influenciado por vários aspectos relacionados à educação, aspectos econômicos e sócio-culturais, como a satisfação pessoal do indivíduo em relação à expectativa de vida, percepção de saúde, interesses, aspectos físicos, emocionais e socioeconômicos (MENEZES, 2011) (CASSOL; GALLI; ZAMBERLAN; DASSIE-LEITE, 2012).

De acordo com a teoria de Maslow (1968) das necessidades humanas, o conceito de QV para os idosos é definido pela satisfação em quatro áreas. Estas são: controle, ou a capacidade de intervir ativamente no ambiente; autonomia, ou o direito de um indivíduo para estar livre das interferências indesejadas dos outros; autopercepção e prazer, o que é um processo ativo e reflexivo do ser humano.

A QV nas pessoas idosas pode ser entendida também como a percepção que o idoso tem acerca de seu cotidiano, resultante da avaliação das ações que consegue desenvolver de forma independente e saudável até aquele momento (CHAVES, SANTOS, ALVES, SALGADO, 2015). Para o idoso, a saúde não pode mais ser medida pela presença ou não de doenças, e sim pelo grau de preservação da capacidade funcional (FUENTES-GARCÍA, SÁNCHEZ, LERA, XIMENA, ALBALA BREVIS, 2013). Capacidade funcional é a possibilidade de cuidar de si mesmo, de determinar e executar atividades da vida cotidiana, com autonomia e independência, mesmo apresentando morbidades. Nessa perspectiva, mesmo idosos que apresentam uma ou mais doenças crônicas adequadamente controladas, poderão ser considerados idosos saudáveis se conseguirem manter sua autonomia, sendo felizes e integrados socialmente (RAMOS, 2003).

Envelhecimento e QV (dois aspectos que antes pareciam tão distantes um do outro) atualmente é algo que adquire uma importância cada vez maior nas sociedades ocidentais contemporâneas. Os princípios fundamentais de um envelhecimento com QV descrevem o idoso como proativo, definindo seus objetivos e lutando para alcançá-los, reunindo recursos que são úteis na adaptação à mudança e ativamente envolvido na manutenção do bem-estar num mundo mutante e nem sempre propício (FIERRO, 2004).

Discorrer a respeito do que seja envelhecer com QV tem se constituído em um desafio para a humanidade, por ser esse um indicador de caráter subjetivo, complexo e com múltiplos aspectos (CELICH; CREUTZBERG; GOLDIM; GOMES, 2010). O conceito de QV é visto como nuclear no campo da atenção às pessoas idosas constituindo um dos principais indicadores na avaliação da condição de vida dos idosos (CASTELLÓN; PINO, 2003).

E para avaliar QV, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas (WHOQOL GROUP, 1998), organizou um projeto colaborativo em 15 centros, cujo resultado foi a elaboração do *World Health Organization Quality of Life-100* (WHOQOL-100); (WHOQOL GROUP, 1995) (WHOQOL GROUP, 1998) (FLECK; LEAL; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA, et al, 1999).

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, cuja versão final ficou composta por 26 questões (FLECK; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS, et al, 2000). A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde (WHOQOL GROUP, 1997). As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e meio ambiente (FLECK; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS, et al, 2000), sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (BERLIM; FLECK, 2003); (GONÇALVES; VILARTA, 2004). Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações (WHOQOL GROUP, 1997).

Esses instrumentos fornecem escore global e por domínios da qualidade de vida. Entretanto, não há ponto de corte sugestivo de melhor ou pior qualidade de vida. Apenas com o estudo de Silva, Soares, Santos e Silva (2014) houve uma proposição de um ponto de corte que melhor defina a percepção de qualidade de vida e satisfação com a saúde entre idosos.

2.4 Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa

O envelhecimento da população gera novas demandas para os sistemas de saúde. Os idosos possuem particularidades bem conhecidas: mais doenças crônicas, mais custos, mais fragilidades, menos recursos sociais e financeiros; têm necessidades específicas, advindas das características clínico-funcionais e sócio-familiares peculiares a esse grupo etário. Os problemas de saúde dos idosos - maiores vítimas dos efeitos de sua própria fragilidade - desafiam os modelos tradicionais de cuidado (VERAS; CALDAS; CORDEIRO; MOTTA; LIMA, 2013).

Diante disso, considera-se a necessidade de uma assistência à saúde multidimensional para o idoso, em virtude dos múltiplos perfis de velhice direcionada aos seus aspectos biopsicossociais que contemple um modelo de atenção à saúde considerando o idoso em sua integralidade (NOGUEIRA, 2016). De modo a alcançar a concretização do pleno suporte de qualidade de vida à imensa população de idosos no Brasil, toda política destinada a estes deve considerar a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado e de autossatisfação (VERAS, 2009). Tais necessidades vêm determinando a elaboração de políticas de saúde, ao longo dos últimos 25 anos.

A partir da Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida, em Viena em 1982, já despontava a importância de se formular e aplicar políticas específicas para os idosos, incorporando-lhes os direitos não concedidos até então (NU, 1982). Este fórum representou um avanço na atenção dada ao envelhecimento no mundo e influenciou países, em especial, àqueles em desenvolvimento a incluírem nas suas agendas políticas, a questão do envelhecimento. No Brasil, em 1982 foi decretado o Ano Nacional do Idoso, ampliando a visibilidade da problemática que se instalava em face deste segmento populacional (LOUVISION; ROSA, 2012).

O plano de Viena repercutiu efetivamente no Brasil, somente no ano de 1988 com a Constituição Federal (CF). Apesar de a CF não ser o dispositivo legal direcionado especificamente ao idoso, o texto traz em sua essência grandes avanços na conquista de direitos sociais fundamentais. No âmbito da saúde verifica-se, a princípio, no Art. 194 a compreensão da Seguridade Social; no Art 196, o direito à saúde assegurando-a aos cidadãos como direito universal (BRASIL, 2011c, p.117, 118).

O texto Constitucional faz importante referência ao idoso nos Art. 229 e 230 apontando respectivamente “ *que os filhos menores têm o dever de ajudar e amparar seus pais na velhice, carência ou enfermidade*” e que *a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade defendendo sua dignidade e bem-estar garantindo-lhes o direito à vida*” (BRASIL, 2011, p.132).

Para reafirmar o direito universal à saúde o Sistema Único de Saúde foi criado por meio das Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e 8.142/90 com o objetivo de garantir atenção a toda a população, considerando suas diferentes realidades e necessidades de saúde (BRASIL, 2010b; FERNANDES; SOARES, 2012). No entanto, diante de demandas crescentes deste segmento

populacional e da consolidada transição epidemiológica emergiu um panorama exigindo do Estado a formulação e implementação de políticas, programas e estratégias direcionadas exclusivamente aos idosos (LIMA; SANGALETI, 2010).

Dessa forma, em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso (PNI), por meio da Lei 8.842/94 conferindo direitos sociais à pessoa idosa e criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na comunidade, respaldando o direito à saúde nos variados tipos de atendimento do SUS (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996; BRASIL, 2010b; LOUVISON; ROSA, 2012).

Ainda em atendimento à causa específica da atenção à Saúde do Idoso, em 1999 foi publicada a Portaria GM/MS 1.395/99 que instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) cujas principais diretrizes voltam-se para a promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional; a capacitação de recursos humanos; o apoio ao desenvolvimentos de cuidados informais; e o apoio a estudos e pesquisas na área do envelhecimento e saúde do idoso (BRASIL, 1999).

Em 2002, foi proposta a elaboração de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso por meio da Portaria GM/MS 702/02 embasada na condição de gestão e divisão de responsabilidades definidas na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). De acordo com a Portaria, as Redes seriam integradas por Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, que prestariam serviços como internação, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar (BRASIL, 2002b).

No ano seguinte, ainda em atendimento a magnitude do envelhecimento populacional, foi instituído pela Lei 10.741/03 o Estatuto do Idoso (CRUZ; CAETANO; GONÇALVES, 2010). O objetivo vem sendo regulamentar os direitos assegurados ao idoso, determinando as obrigações das instituições assistenciais e atribuindo penalidades nas situações de desrespeito ao idoso. Além do aspecto saúde, o Estatuto versa sobre diversas áreas dos direitos fundamentais e suas necessidades de liberdade, dignidade, respeito, habitação, transporte, alimentação, profissionalização, trabalho, educação, cultura, esporte, lazer, previdência, assistência social, enfim, do direito à vida (BRASIL, 2003).

Diante da necessidade de ampliação das políticas para a população idosa, em 2006 destacam-se: a aprovação do Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399/06), em que no Pacto pela Vida, a saúde do idoso é uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas da gestão; e a publicação da Portaria 2.528/06 que trata da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e referencia um novo paradigma para a discussão da sua situação de saúde (BRASIL, 2010b; LOUVISION; ROSA, 2012).

O Pacto pela Vida, pela primeira vez, faz referência a Saúde do Idoso como prioridade na história das políticas públicas Brasileiras, expõe um compromisso entre os gestores do SUS para execução de ações pautadas em diretrizes que abordam a integralidade da atenção, a intersetorialidade, a participação popular, a preocupação com a qualificação profissional, a execução de pesquisas, a veiculação de informações e o reconhecimento da diversidade de populações mais velhas (NOGUEIRA, 2016).

Para tanto, o cuidado ao idoso centrado na atenção primária deve iniciar no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Atenção Primária à Saúde (APS) referida no Brasil como Atenção Básica (AB) é considerada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como principal porta de entrada para atenção à saúde do idoso e o centro de comunicação com serviços de média e alta complexidade dentro da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

A ESF, definida como espaço para implementação da AB propõem-se efetivar ações integrais e contínuas à saúde do idoso através de avaliações multidimensionais, medidas promocionais de proteção específica, identificação precoce de agravos de saúde mais frequente e sua intervenção e práticas de reabilitação com vistas a evitar sua separação do convívio familiar e social (CAMARANO; PASIONATO, 2004).

De modo geral, esses dispositivos e portarias foram iniciativas importantes, mas no que se refere a resultados levaram a poucos avanços na assistência à saúde do idoso. O SUS ainda tem grandes desafios a curto, médio e longo prazo, sobretudo otimização do dinheiro público. Atualmente, se gasta mais recursos na doença do que nas ações básicas de saúde que previnem a doença. Uma solução já delineada pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080, um sistema que priorize atenção primária, o diagnóstico precoce e o trabalho de prevenção (ALMEIDA, 2013).

Na prática os serviços de atenção primária no Brasil são ações que não contemplam a questão da saúde do idoso de maneira coletiva e integral, em sua maioria, permanecem no

desenvolvimento de ações sobre doenças crônicas não transmissíveis, não abordando a saúde de forma ampliada (MIYATA; VAGETTI; FANHANI; PEREIRA; ANDRADE, 2005). Esse descompasso da gestão do cuidado é um dos maiores desafios das políticas e práticas de saúde direcionadas ao idoso e coletividade. Para Moraes (2012) a assistência à saúde não deve ser confundida com assistência às doenças, o modelo que propõe estrutura a atenção à saúde do idoso na lógica do envelhecimento saudável.

2.5 Envelhecimento Saudável

O conceito contemporâneo de saúde considera saudável o indivíduo com plena capacidade funcional, mesmo que seja diagnosticado com múltiplas DCNT. Este conceito privilegia a independência diária e a autonomia do indivíduo como variáveis fundamentais (RAMOS, 2003).

O envelhecimento não significa necessariamente doença ou perda; Sabe-se que algumas pessoas idosas vivem longos anos de forma saudável. Na literatura, não há consenso sobre os critérios para designar o "envelhecimento saudável". Encontra-se na literatura o termo "envelhecimento bem sucedido" e "envelhecimento ativo". O envelhecimento bem sucedido surgiu com uma grande mudança ideológica nos anos 60, levantando a questão de que a velhice e o envelhecimento não são sinônimo de doença e inatividade (NERI, 2003).

No final dos anos 90, a OMS substituiu a expressão de envelhecimento saudável pelo envelhecimento ativo. E define esse conceito como "otimizando oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem". No entanto, deve-se notar que a OMS reconhece a saúde como completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Esse conceito reduz o idoso a uma condição de insalubre, uma vez que esta fase da vida é comum o surgimento de doenças crônicas, que apesar de merecerem cuidados, não necessariamente impedem que se sintam saudáveis e estejam ativos (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo depende do equilíbrio entre o declínio natural das várias habilidades mentais e físicas e a realização dos objetivos desejados através de estratégias propostas pelos profissionais de saúde em parceria com o idoso, a família e a comunidade (ILHA; ARGENTA; SILVA; CEZAR-VAZ; PELZER; BACKES, 2016).

Em um estudo que analisou 28 artigos de literatura sobre o envelhecimento bem sucedido, bem como com suas definições correlatas, os autores identificaram 29 determinantes diferentes do envelhecimento bem sucedido, nos quais: idade, ato de não fumar, maior prática

de atividade física, mais contatos sociais, melhor auto-avaliação da saúde, ausência de depressão e comprometimento cognitivo. Assim, parece não ter uniformidade nas informações necessárias para a definição de envelhecimento bem-sucedido e seu determinante (DEPP; JESTE, 2006).

Já para Taffet (2017) o termo "envelhecimento bem-sucedido" é usado para identificar pessoas idosas que estão livres de doenças crônicas e continuam a funcionar bem na velhice, física e cognitivamente. Faz referência ainda aos termos: "essencialmente saudável" identifica aqueles sem doença aguda, sem história recente de câncer e com doença crônica bem controlada e "Excepcionalmente saudável" identifica adultos mais velhos que não tomam medicamentos, não têm doença crônica, são normotensos e têm peso corporal normal. Fatores psicossociais e genéticos contribuem para o envelhecimento bem sucedido, bem como para a longevidade. Assim, é evidente que o envelhecimento ativo ultrapassa a objetividade da saúde física e precisa ser pensado em suas múltiplas dimensões considerando tanto o objetivo quanto os aspectos subjetivos.

Diante da necessidade de atender o idoso na sua multidimensionalidade e como forma de se mapear o idoso vulnerável para um olhar mais atento pela ESF ou mesmo para um possível referenciamento, esta pesquisa buscou investigar o tema e os resultados da avaliação dos instrumentos foram apresentados como produtos: (1) artigo científico intitulado como "Validação do ponto de corte do VES-13 e do WHOQOL-bref para prever qualidade de vida em pessoas idosas assistidas na atenção primária de saúde", aprovado para publicação na Revista de Saúde Pública (RSP) (Anexo 1); Qualis/ CAPES Enfermagem A2 e (2) Cartilha (Qualidade de vida na terceira idade) (Apêndice 1).

3. OBJETIVOS

- Determinar o ponto de corte no VES-13 e no whoqol-bref que determina qualidade de vida em idosos assistidos na atenção primária de saúde.
- Elaborar uma proposta de cartilha para os idosos, contendo aspectos referentes à qualidade de vida deste segmento da população assistida na atenção primária.

REFERÊNCIAS

Almeida ND. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. Rev Psicol Saúde 2013 Jun;5(1):01-09.

Alvarez AM, Goncalves LHT. Enfermagem e cuidados para os idosos em casa. Rev Bras Enferm 2012 Set;6(5):715-6.

Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. Ciênc Saúde Coletiva 2006 Dez;11(4):911-926.

Berlim MT, Fleck MPA. "Quality of life": a brand new concept for research and practice in psychiatry. Rev Bras Psiquiatr 2003 Oct;25(4):249-252.

Brasil. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União 3 out 2003;

_____. Lei nº 8842, de 4 de janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Diário Oficial da União 5 jan 1994;

_____. Decreto n. 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União 4 jul 1996;

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes. Diário Oficial da União 19 set 1990;

_____. Lei nº 8142, de 28 de setembro de 1990. A Participação da Comunidade na Gestão do Sistema Único de Saúde(SUS) e Sobre as Transferências Intergovernamentais de Recursos Financeiros na Área da Saúde. Diário Oficial da União 28 dez 1990;

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2011c.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2011.

_____. Portaria nº 702, de 12 de abril de 2002. Criação de mecanismos para organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 702/2002. Cria as redes estaduais de assistência à saúde do idoso. In: Brasil. Ministério da Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 2.528, de 19 de outubro 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Diário Oficial da República Federativa, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006-consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido contrato. Diário Oficial da União de 1 set 2006;Seção 1.

_____. Portaria nº. 1395, de 10 de dezembro de 1999. Política nacional de saúde do idoso. Diário Oficial da União de 13 dez 1999;Seção 1.

Campolina A, Dini P, Ciconelli R. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva 2011 Jun;16(6):2919-25.

Camarano AA. O novo paradigma biomédico. Ciên Saúde Colet 2013 Dez;18(12):3446-3446.

Camarano A, Pasionato M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: Castro AA(Org). Novos idosos Brasileiros. Muito além dos 60? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; 2004. p. 253-292.

Castellón A, Pino ACS. Calidad de vida em la atención al mayor. Mult Gerontol 2003 Jan;13(3):188-92.

Cassol K, Galli JFM, Zamberlan NE, Dassie-Leite AP. Qualidade de vida em deglutição em idosos saudáveis. J Soc Bras Fonoaudiol 2012 Ago;24(3):223-32.

Chaves AS, Santos AM, Alves MTSSB, Salgado FN. Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. Rev Bras Geriatr Gerontol 2015 Jul;18(3):545-556.

Companhia de Planejamento do Distrito Federal (Codeplan). Miragaya J, Peixoto I, Ferreira M, Correa G. Perfil dos idosos no Distrito Federal, segundo as regiões administrativas. 2013.

_____. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio- Samambaia. 2015.

Celich KLS, Creutzberg M, Goldim JR, Gomes, I. Envelhecimento com qualidade de vida: a percepção de idosos participantes de grupos de terceira idade. Rev Min Enferm 2010 Mai;14(2):226-32.

Cruz DT, Caetano VC, Gonçalves IC. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. Cad Saúde Colet 2010 Out;18(4):500-508.

Depp CA, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger. American Journal of Geriatric Psychiatry 2006 Jan;14(1):6- 20.

Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. Esc Anna Nery 2010 Dec;14(4):803-810.

Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento das políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012 Dez;46(6):1494-1502.

Fierro, A. O desenvolvimento da personalidade na idade adulta e na velhice. In: Coll C, Marchesi Á, Palacios J(Org.). *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 404-420.

Fleck MP, Leal OF, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev Bras Psiquiatr* 1999 Mar;21(1):19-28.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000 Abr;34(2):178-83.

Fuentes-García A, Sánchez H, Lera L, Ximena C, Albala Brevis C. Desigualdades socioeconômicas em el proceso de discapacidades en una cohorte de adultos mayores de Santiago de Chile. *Gac Sanit* 2013 Nov;27(3):226-232.

Gonçalves A, Vilarta R. Qualidade de vida: identidades e indicadores. In: Gonçalves A, Vilarta R(org.). *Qualidade de vida e atividade física - explorando teorias e práticas*. Barueri: Manole; 2004. p. 3-25.

Ilha S, Argenta C, Silva MRS, Cezar-Vaz MR, Pelzer MT, Backes DS. Envelhecimento ativo: reflexão necessária aos profissionais de enfermagem/saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* Jul 2016;8(2):4231-4242.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric Syndromes: Clinical, Research and Policy Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc* 2007 Mai;55(5):780-91.

Lima AMM, Sangaleti CT. *Cuidar do idoso em casa: limites e possibilidades*. São Paulo: Unesp; 2010.

Lobo AJS, Santos L, Gomes S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. *Rev Bras Enferm* 2014 Nov;67(6):913-919.

Lopes RMF, Nascimento RFL, Esteves CS, Terroso LB, Argimon IL. Funções executivas de idosos com depressão: um estudo comparativo. *Cuadernos de Neuropsicología* 2013 Dez; 7(2):72-86.

Louvision MCP, Rosa TEC. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: Berzins MV, Borges MC. *Políticas públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari; 2012. p. 155-179.

Maslow AH. *Em direção à psicologia do ser*. Princeton: Van Nostrand; 1968.

Marchi KC. Impact of depression on quality of life and levodopa adherence in patients with Parkinson's disease. Dissertação[Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica] - Universidade de São Paulo; 2011.

Menezes DC. Impacto dos distúrbios da deglutição na qualidade de vida de parkinsonianos. Recife. Dissertação[Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento] - Universidade Federal de Pernambuco; 2011.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS; 2006.

Minayo MCS, Hartz ZM, Buss PM. Qualidade de Vida e Saúde: um debate necessário. Ciênc Saúde Coletiva 2000 Mai;5(1):7-18.

Miyata DF, Vagetti GC, Fanhani HR, Pereira JG, Andrade OG. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. Arq. Ciênc. Saúde Unipar 2005 Mai; 9(2):135-140.

Moraes EN, Moraes FL, Lima SPP. Características Biológicas e Psicológicas do Envelhecimento. Rev Med Minas Gerais Jan 2010;20(1):67-73.

Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2001.

Nações Unidas. World Population Aging. Nova York: NU; 2009.

Nações Unidas. Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. Viena: NU;1982.

Neri, AL. Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. São Paulo: Papyrus; 2003. p.9-55.

Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem 2008 Set;16(5):923-928.

Nogueira MF. Avaliação multidimensional da qualidade de vida em idoso: um estudo no Curumataú Ocidental Paraibano. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva] - Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação relatório mundial 2003. Brasília: OMS; 2003.

Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

Paschoal SMP. Qualidade de vida no idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo; 2001.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad Saude Publica* 2003 Jun;19(3):793-8.

Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012 Ago;17(8):2129-2139.

Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc* 2001 Dec;49(12):1691-9.

Silva LM. Envelhecimento e qualidade de vida para idosos: um estudo de representações sociais. Paraíba. Dissertação [Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde] - Universidade Federal da Paraíba; 2011.

Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Ponto de corte para o WHOQOL-bref como preditor de qualidade de vida de idosos. *Rev Saúde Pública* 2014 Jun;48(3):390-397.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* 2011 Jun;377(9781):1949-61.

Taffet GE. Normal aging. Update- Uptodate. Canada: Wolters Kluwer; 2017 [acesso em 21 de set 2017]. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/normalaging/print?source=search_result&search=aging&selectedTitle=1~150

Papaléo Neto M, Carvalho Filho ET. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2006.

Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009 Nov;43(3):548-54.

Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB, Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013 Abri;16(2):385-392.

World Health Organization – WHO. In memory of Dr. M. G. Candau. *WHO Chronicle* 1983 37(s/n):144-7.

WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. *SocSci Med* 1995 Nov;41(10):1403-9.

WHOQOL Group. WHOQOL: measuring quality of life. Geneva: WHO;1997 [acesso em 10 out 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>

WHOQOL Group. World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *SocSci Med* 1998;46(12):1569-85.

Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have come and where are we going? *J Clin Epi* 1999 Apr;52(4):355-63.

4. ARTIGO

Validação do ponto de corte do VES-13 e do WHOQOL-BREF para prever qualidade de vida em pessoas idosas na atenção primária de saúde

VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to predict quality of life in elderly in primary health care.

Samira Monteiro Silva¹, Alfredo Nicodemos Cruz Santana², Nayhane Nayara Barbosa da Silva³, Maria Rita Carvalho Garbi Novaes⁴

RESUMO

Introdução- Frente ao crescimento acelerado dos idosos no Brasil, tendo o serviço de atenção primária como seu primeiro contato com a unidade de saúde. É necessário, a avaliação da saúde desta população, com o objetivo de identificar a saúde geral dos idosos e oferecer subsídios para um plano de cuidados individualizado. **Objetivos –** Determinar os pontos de corte do VES-13 e WHOQOL-bref como preditores de má qualidade de vida (QV) em indivíduos idosos (II) tratados na Atenção Primária de Saúde (APS). **Método –** Foram avaliadas todas as unidades de APS em Samambaia, Brasil. Um total de 466 II tratados em APS, considerando uma margem de erro de 5%, 95% de nível de confiança, 50% de prevalência e possíveis perdas de 20%, em uma população idosa de 13.259 indivíduos foram incluídos. Nós os dividimos em 3 subgrupos: pobre(QV) (II com auto-relatório de QV muito pobre ou pobre e muito insatisfeitos ou insatisfeitos com a Saúde), boa(QV) (QV muito boa ou boa e muito satisfeito ou satisfeito com a Saúde) e indeterminado(QV) (NÃO pertencente a pobre(QV) ou boa(QV) subgrupos. Uma curva característica de operação do receptor (ROC) foi realizada com o pobre(QV) (caso) versus boa (QV)(controle) para determinar o ponto de corte no VES-13 e WHOQOL-bref. Um teste de diagnóstico usando esses pontos de corte foi realizado em todas os II (N = 466), considerando pobre(QV) como um caso. **Resultados –** Os pontos de corte do VES-13 e WHOQOL-bref para prever pobre QL foram ≥ 2 e < 60 , respectivamente. A área sob a curva ROC de VES-13 e WHOQOL-bref foi 0,741 e 0,934, respectivamente. Nos testes de diagnóstico, o VES-13 mostrou 84% de sensibilidade e 98,2% de valor preditivo negativo (VPN) e WHOQOL-bref, 88% de sensibilidade e 99% de VPN. **Conclusão –** VES-13 pontuação ≥ 2 ou WHOQOL-bref pontuação < 60 adequadamente identificados com pobre QV nos II tratados nas APS.

Palavras-Chave: Qualidade de Vida; Rastreamento; Idoso; Atenção Primária à Saúde; Cuidados Primários de Enfermagem.

ABSTRACT

Introduction- Faced with the accelerated growth of the elderly in Brazil, the primary care service as their first contact with the health unit. It is necessary, the health evaluation of this population, with the objective of identifying the general health of the elderly and offering subsidies for an individualized care plan. **Objectives-** To determine VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points as predictors of poor quality of life (QoL) in elderly individuals (EI). **Method:** All primary health care units (PHC) in Samambaia, Brazil. EI treated in PHC N=466 was

obtained considering a 5% margin of error, 95% confidence level, 50% prevalence, and possible 20% losses, in an elderly population of 13,259 individuals. EI answered the VES-13 and WHOQOL-bref questionnaires. We divided them into 3 subgroups: poorQoL (EI with self-reported very poor or poor QoL AND very dissatisfied or dissatisfied with Health), goodQoL (very good or good QoL AND very satisfied or satisfied with Health) and indeterminateQoL (NOT belonging to poorQoL or goodQoL subgroups). A receiver-operating characteristic (ROC) curve was performed with poorQoL (case) versus goodQoL (control) to determine the cutoff score in VES-13 and WHOQOL-bref. A diagnostic test using these cutoffs was carried out in all EI (N=466), considering poorQoL as case. Results- The VES-13 and WHOQOL-bref cutoff points to predict poorQoL was ≥ 2 and < 60 , respectively. The area under ROC curve of VES-13 and WHOQOL-bref was 0.741 (CI95%=0.659-0.823;p<0.001) and 0.934 (CI95%:0.881-0.987;p<0.001), respectively. In diagnostic tests, VES-13 presented 84% sensitivity and 98.2% negative predictive value (NPV), and WHOQOL-bref, 88% sensitivity and 99% NPV. Conclusion- VES-13 score ≥ 2 and WHOQOL-bref score < 60 adequately detected poorQoL in EI treated in PHC. Our data suggest that EI with these scores require special treatment (like geriatrics collaborative care) to improve this scenario, considering QoL impact on mortality.

Key words: Quality of Life; Tracking; Aged; Primary Health Care; Primary Nursing Care.

4.1 INTRODUÇÃO

O Envelhecimento populacional é um fenômeno mundial,^{1,2} e faz-se necessário avaliar adequadamente a saúde das pessoas idosas, a sua qualidade de vida (QV) e as suas vulnerabilidades que podem impactar negativamente na sua saúde. A QV geralmente é avaliada através de instrumentos de pesquisa validados, sendo um dos mais utilizados o WHOQOL-BREF, cujo resultado varia de uma pontuação de 0 (a pior QV) a 100 (a melhor QV)^{3,4}. No entanto, apenas um estudo propôs um ponto de corte para prever QV no idoso tratado na Atenção Primária à Saúde (APS)⁵.

A vulnerabilidade em saúde geralmente é avaliada por um instrumento validado através de pesquisas e nominado VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13). Este instrumento apresenta como resultado uma pontuação que varia de 0 (melhor resultado) a 10 (pior resultado). Em trabalho prévio, pacientes com pontuação de 3 ou mais apresentaram um declínio funcional e mortalidade em 2 anos⁶. Este instrumento foi recomendado pelo Ministério da Saúde do Brasil para ser usado para prever admissões na emergência de idosos, evolução de pacientes com câncer de mama e na seleção de pacientes com câncer coloretal com indicação de cirurgia⁷⁻¹¹. Porém, não foram encontrados trabalhos com o emprego do instrumento VES-13 para prever QV em pessoas idosas.

O objetivo deste estudo foi estimar o ponto de corte para os instrumentos VES-13 e WHOQOL-BREF para prever QV em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.

4.2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi transversal e analítico. Foram incluídos no estudo 466 pessoas idosas. Essa amostra foi obtida mediante cálculo baseado em uma população total de idosos de Samambaia-DF de 13.259, considerando uma margem de erro de 5%, nível de confiança de 95%, prevalência de 50%, obtendo-se o valor amostral de 388. Foi adicionado 20% a amostra para compensar possíveis perdas, chegando-se a amostra de 466. Cada uma das unidades básicas de saúde (UBS) participou do estudo com um número de pessoas idosas proporcional a população de pessoas idosas sob sua responsabilidade em relação à população total de idosos da cidade. Tal cálculo foi descrito em outro estudo, como: $466x$ (população idosa da UBS/população total idosa de Samambaia) ⁵.

A coleta de dados ocorreu no período de agosto 2016 a maio 2017, na cidade de Samambaia, Distrito Federal. Os critérios de inclusão de pacientes no estudo foram: indivíduos com 60 anos ou mais que estivessem espontaneamente procurando atendimento nas UBS e que aceitaram a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão no estudo foram comprometimento cognitivo grave (definido como Mini Exame do Estado Mental – Minimental – com valor ≤ 9). Esses critérios de inclusão e exclusão estão de acordo com um estudo publicado anteriormente⁵.

Pesquisadores previamente treinados entrevistaram os pacientes que buscavam espontaneamente atendimento nas unidades de APS no município de Samambaia. Estas entrevistas ocorreram pela manhã ou pela tarde (de acordo com a disponibilidade do pesquisador, como descrito de forma semelhante em outro estudo sobre QV⁵).

O questionário de coleta de dados tomou como base o questionário, de acesso público, de importante coorte realizado com indivíduos idosos na cidade de São Paulo, o estudo SABE ¹²⁻¹⁴. Foram coletados dados sociais, econômicos, demográficos, nível de escolaridade, estado civil, autopercepção da importância da religião na vida dos idosos e se mora sozinho ou acompanhado (ver tabela 1).

Os dados sobre comorbidades, síndromes geriátricas e medicamentos de uso crônico também foram coletados. Estes eram: dor crônica; queda nos últimos 12 meses; incontinência

urinária; auto-relato de depressão, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doença pulmonar crônica (asma ou doença pulmonar obstrutiva crônica), doença cardíaca ou doença cerebrovascular (acidente vascular cerebral ou ataque isquêmico transitório) diagnosticada por um médico; e drogas de uso crônico; tudo de acordo com as definições utilizadas em estudos anteriores¹²⁻¹⁴.

Para avaliar a qualidade de vida, foi usado o instrumento WHOQOL-BREF, previamente validado para uso no Brasil^{3,4} e para avaliar a vulnerabilidade em saúde foi usado o instrumento VES-13, também validado para o uso no Brasil¹⁰.

Em relação ao VES-13, para se determinar o ponto de corte para predição de QV, usou-se curva ROC (*receiver-operating characteristic curve*) de forma similar ao estudo realizado por Silva, Soares, Santos e Silva⁵. Foram selecionados 2 subgrupos extremos, sendo um relativo à percepção de qualidade de vida (QV) e o outro refere-se à satisfação com a saúde (SS)⁵.

Assim temos QVboa/SSsatisfeito, composto por pessoas idosas que disseram ter QV muito boa ou boa E serem muito satisfeito ou satisfeito em relação a SS. Temos o outro extremo que é QVruim/SSinsatisfeito, composto por aqueles que falaram ter QV muito ruim ou ruim E serem muito insatisfeito ou insatisfeito em relação a SS. Os demais idosos que não se enquadram nos 2 subgrupos extremos descritos acima serão agrupados como QV/SS/indeterminado, e será usado no teste diagnóstico.

Após isso, foi realizado o teste diagnóstico do VES-13 para o subgrupo QVruim/SSinsatisfeito em relação a todos os pacientes do estudo (N total de 466; QVruim/SSinsatisfeito MAIS QVboa/SSsatisfeito MAIS QV/SS/indeterminado). Tal cálculo foi realizado de forma similar a descrita previamente⁵. Para facilitar o entendimento, é considerado teste positivo quando a pontuação do VES-13 \geq ponto de corte derivado da curva ROC do VES-13; e teste negativo, quando pontuação $<$ ao referido ponto de corte. Assim foi calculado sensibilidade (percentual de idosos do subgrupo QVruim/SSinsatisfeito que foram corretamente detectados pelo teste positivo), especificidade (percentual de idosos NÃO pertencentes ao subgrupo QVruim/SSinsatisfeito que foram corretamente detectados pelo teste negativo), valor preditivo positivo (probabilidade de estar no subgrupo QVruim/SSinsatisfeito quando o teste é positivo), e valor preditivo negativo (probabilidade de NÃO estar no QVruim/SSinsatisfeito quando o teste é negativo).

Já em relação ao WHOQOL-BREF, para se determinar o ponto de corte para predizer QV, usou-se também a curva ROC de forma similar a descrita anteriormente para o VES-13. Foram utilizados 2 subgrupos extremos, um foi QVboa/SSsatisfeito, e outro foi QVruim/SSinsatisfeito. Após a definição do ponto de corte para o WHOQOL-BREF foi

realizado o teste diagnóstico para o grupo QVruim/SSinsatisfeito em relação a todos os pacientes do estudo (N total de 466, incluindo QVruim/SSinsatisfeito MAIS QVboa/SSsatisfeito MAIS QV/SS/indeterminado).

Os mesmos procedimentos foram aplicados no teste diagnóstico do VES-13. É considerado teste positivo quando a pontuação do WHOQOL-BREF for $<$ o ponto de corte derivado da curva ROC do WHOQOL-BREF; e teste negativo, quando pontuação \geq ao referido ponto de corte. Assim foi calculado sensibilidade (percentual de idosos do subgrupo QVruim/SSinsatisfeito que foram corretamente detectados pelo teste positivo), especificidade (percentual de idosos não pertencentes ao subgrupo QVruim/SSinsatisfeito que foram corretamente detectados pelo teste negativo), valor preditivo positivo (probabilidade de estar no subgrupo QVruim/SSinsatisfeito quando o teste é positivo), e valor preditivo negativo (probabilidade de não estar no QVruim/SSinsatisfeito quando o teste é negativo).

Nas análises descritas acima, usou-se o programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 23.0. Além disso, as variáveis numéricas com distribuição normal (constatada pelo Shapiro Wilk) serão apresentadas em média e desvio padrão; já as variáveis categóricas, em número absoluto e percentagem. A significância estatística foi considerada presente quando $p < 0.05$.

Esta pesquisa foi aprovada pelo nosso Comitê de Ética em Pesquisa institucional sob o número 1.667.060. Os indivíduos idosos foram informados sobre o propósito desta pesquisa científica, e aqueles que concordaram em participar e cumpriram os critérios de elegibilidade assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, este estudo foi realizado de acordo com os princípios da Ética Brasileira em Pesquisa Humana.

4.3 RESULTADOS

Os pesquisadores avaliaram 475 idosos para possíveis inserções no estudo. No entanto, 9 indivíduos foram excluídos (8 porque se recusaram a participar do estudo e 1 devido a um Mini-Exame do Estado Mental ≤ 9). Assim, o estudo incluiu 466 idosos, o que está de acordo com o projeto do estudo.

As características sociodemográficas e clínicas da amostra (N=466) é descrita na Tabela 1. Mas vale frisar que 60,3% eram mulheres; 91,4% consideravam a religião como importante; 60,5% tinham renda financeira insuficiente; apenas 17,6% viveram sozinhos; 30%

sofreram uma queda; 30% relataram incontinência urinária; 40,1% tinham diabetes; 71,7% apresentaram hipertensão arterial sistêmica e 20,4% internaram-se nos últimos 12 meses.

Os resultados de VES-13 e WHOQOL-bref da população estudada (N = 466) estão descritos abaixo. O escore médio (\pm desvio padrão) foi de 2,3 (\pm 2,2) no VES-13 e 61,2 (\pm 9,0) no domínio geral WHOQOL-bref, 62,9 (\pm 13,7) no domínio físico, 65,2 (\pm 10,9) em o domínio psicológico, 63,3 (\pm 13,3) no domínio social e 53,3 (\pm 10,9) no domínio ambiental.

Tabela 1- Características sociodemográficas e clínicas de idosos atendidos na atenção básica de Samambaia, Distrito Federal. 2017.

Perfil Demográfico		n	%
Idade (anos) ⁽¹⁾		68,2 \pm 7,1	
Sexo	Feminino	281	60,3%
	Masculino	185	39,7%
Cor da pele	Branca	142	30,5%
	Parda	262	56,2%
	Preta	49	10,5%
	Índigena	2	0,4%
	Amarela	11	2,4%
Importância da religião	Importante	426	91,4%
	Regular	15	3,2%
	Nada importante	15	3,2%
	Não sabe	1	0,2%
	Não respondeu	9	1,9%
Escolaridade (anos) ⁽¹⁾		4,6 \pm 3,8	
Possui renda suficiente	Sim	182	39,1%
	Não	282	60,5%
	Não sabe	1	0,2%
	Não respondeu	1	0,2%
Estado civil	Solteiro / Divorciado / Separado / Viúvo	258	55,4%
	Casado / Amasiado	208	44,6%
	Sozinho	82	17,6%
Moradia	Acompanhado	382	82,0%
	Não sabe	2	0,4%
	Não respondeu	0	0,0%
Dor	Sim	304	65,2%

	Não	161	34,5%
	Não sabe / não respondeu	1	0,2%
Depressão	Sim	91	19,5%
	Não	374	80,3%
	Não sabe / não respondeu	1	0,2%
Queda	Sim	140	30%
	Não	326	70%
	Não sabe / não respondeu	0	0%
Incontinência urinária	Sim	140	30%
	Não	326	70%
	Não sabe / não respondeu	0	0%
Diabetes	Sim	187	40,1%
	Não	273	58,6%
	Não sabe / não respondeu	6	1,3%
HAS	Sim	334	71,7%
	Não	131	28,1%
	Não sabe / não respondeu	1	0,2%
Doença pulmonar	Sim	48	10,3%
	Não	394	84,5%
	Não sabe / não respondeu	24	5,2%
Doença cardíaca	Sim	102	21,9%
	Não	339	72,7%
	Não sabe / não respondeu	25	5,4%
Doença articular	Sim	159	34,1%
	Não	270	57,9%
	Não sabe / não respondeu	37	7,9%
Osteoporose	Sim	100	21,5%
	Não	308	66,1%
	Não sabe / não respondeu	58	12,4%
Doença cerebrovascular	Sim	55	11,8%
	Não	411	88,2%
	Não sabe / não respondeu	0	0%
Internação nos últimos 12 meses	Sim	95	20,4%
	Não	370	79,4%
	Não sabe / não respondeu	1	0,2%
Vulnerabilidade em saúde		2,3 ± 2,2	

Número de
medicamentos

3,6 ± 0,1

Em relação aos subgrupos QV/ SS, havia 25 indivíduos idosos no subgrupo QV ruim. Havia 172 idosos no subgrupo QVboa e 269 no subgrupo indeterminado QV / SS. Assim, a curva ROC do VES-13 foi realizada e obtivemos um ponto de corte ≥ 2 para Qvruim/SSinsatisfeito nos idosos estudados, com uma boa área sob a curva (Tabela 2). O teste de diagnóstico VES-13 (teste positivo para QVruim quando ≥ 2) mostrou sensibilidade muito boa e excelente valor preditivo negativo (Tabela 3).

Tabela 2 – Resultados da curva ROC do VES-13 e do WHOQOL-BREF para idosos com qualidade de vida muito ruim (ou ruim) e muito insatisfeito (ou insatisfeito) com sua saúde. Samambaia, Distrito Federal. 2017.

Instrumentos	Área sob a curva ROC (CI95%)	Ponto de corte	p valor
VES-13	0.741 (0.659-0.823)	≥ 2	<0.001
WHOQOL- bref	0.934 (0.881-0.987)	<60	<0.001

Os resultados da curva ROC e teste de diagnóstico do WHOQOL-bref para QV ruim também foram significativos. A curva ROC do WHOQOL-BREF mostrou, como ponto de corte, o valor <60 no domínio geral para QVruim/SSinsatisfeito, com excelente área sob a curva (Tabela 2). O teste diagnóstico do WHOQOL-BREF (teste positivo para QV ruim quando <60 no domínio geral) apresentou sensibilidade excelente e valor preditivo negativo também excelente (Tabela 3).

Tabela 3 – Resultados do teste diagnóstico do VES-13 (pontuação ≥ 2) e do WHOQOL-BREF (pontuação <60) para idosos com qualidade de vida muito ruim (ou ruim) e muito insatisfeito (ou insatisfeito) com sua saúde- Samambaia, Distrito Federal, 2017.

Instrumentos	Sensibilidade(%)	Especificidade(%)	Valor	
			Preditivo Positivo(%)	Preditivo Negativo(%)
VES-13	84	49.4	8.6	98.2
WHOQOL-bref	88	66.4	12.9	99

4.4 DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo foi mostrar, pela primeira vez, que o ponto de corte ≥ 2 no VES-13 teve sensibilidade muito boa e valor preditivo negativo excelente para QVruim/SSinsatisfeito. Estes resultados trazem importante mudança na prática clínica das UBS, pois até então, preconizava-se maior atenção ao idoso com pontuação ≥ 3 (maior risco de morte e declínio funcional) ⁶⁻¹¹. Entretanto, como possuir uma boa QV é muito importante para a saúde dos idosos, tendo um impacto significativo no aumento da mortalidade, sugerimos que os pacientes idosos com uma pontuação ≥ 2 sejam cuidadosamente avaliados ¹⁵⁻¹⁷.

Este estudo também demonstrou que o ponto de corte <60 a QV geral apresentou sensibilidade excelente e valor preditivo negativo também excelente para QVruim/SSinsatisfeito. Até então, somente o trabalho de Silva, Soares, Santos e Silva⁵ tinha feito esta análise, sugerindo o ponto de corte <60 . Este resultado do nosso estudo foi importante na validação externa deste ponto de corte em indivíduos idosos tratados na APS em uma cidade diferente da anteriormente estudada por Silva, Soares, Santos e Silva.⁵

Quanto à caracterização da população idosa do nosso estudo, foi semelhante à que foi avaliada em outros estudos. Em relação ao estudo de Silva, Soares, Santos e Silva⁵, as características da idade, sexo, estado civil e hipertensão arterial sistêmica foram especialmente semelhantes; corroborando o fato de que encontramos o mesmo ponto de corte no índice geral de domínio WHOQOL-bref para QVruim.⁵ Nossos dados sociodemográficos e clínicos também

são compatíveis com os de outro estudo populacional, especialmente relacionado ao gênero, estado civil e vida isolada¹⁸. Finalmente, a pontuação do nosso estudo nos diferentes domínios do WHOQOL-bref foi semelhante à do estudo de Tavares, Bolina, Dias, Ferreira e Haas.¹⁹ Em relação a todos esses aspectos, existe uma boa possibilidade de que futuros estudos corroborem nossas descobertas quanto aos pontos de corte de VES-13 e WHOQOL-bref para QVruim (validação externa).

Destacamos como limitações deste estudo a aplicação de um método transversal em virtude de possíveis limitações intrínsecas a este tipo de estudo. Porém, foi este o desenho também adotado por Silva, Soares, Santos e Silva.⁵ Outra limitação refere-se ao fato de ser o 1º estudo sobre ponto de corte no VES-13 para QVruim/SSinsatisfeito e o 2º no WHOQOL-BREF, o que dificultou a realização de comparações com outras pesquisas e populações.

4.5 CONCLUSÃO

Concluimos que este trabalho propõe como ponto de corte o valor ≥ 2 no VES-13 e o valor < 60 no WHOQOL-BREF para idosos com QVruim/SSinsatisfeito que são atendidos na atenção primária de saúde. Assim, de forma prática, pessoas idosas com VES-13 de 2 pontos ou mais, já teriam de receber uma atenção especial da atenção primária de saúde, como matriciamento ou consulta com equipe de geriatria e gerontologia. Entretanto, torna-se necessária a realização de mais estudos, preferencialmente por meio de métodos longitudinais, para se ter melhor censo crítico, discussão e comparação sobre estes valores de ponto de corte dos instrumentos utilizados para determinar a qualidade de vida e vulnerabilidade destas populações.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ) pela concessão de bolsas de iniciação científica.

REFERÊNCIAS

- 1 Miranda GM, Mendes AC, Silva AL. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev bras geriatr gerontol* 2016 Jun;19(3):507-19.
- 2 Silverstein NM, Fitzgerald KG. Educating a new generation of professionals in aging worldwide. *Gerontol Geriatr Educ* 2017 Jan;38(1):1-4.
- 3 Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *Rev Saude Publica* 2000 Apr;34(2):178-83
- 4 WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998 May;28(3):551-8.
- 5 Silva PA, Soares SM, Santos JF, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saude Publica* 2014 Jun;48(3):390-7.
- 6 Min LC, Elliott MN, Wenger NS, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc* 2006 Mar;54(3):507-11.
- 7 Wallace E, McDowell R, Bennett K, Fahey T, Smith SM. External validation of the Vulnerable Elder's Survey for predicting mortality and emergency admission in older community-dwelling people: a prospective cohort study. *BMC Geriatr* 2017 Mar;17(1):69.
- 8 Owusu C, Margevicius S, Schluchter M, Koroukian SM, Schmitz KH, Berger NA. Vulnerable elders survey and socioeconomic status predict functional decline and death among older women with newly diagnosed nonmetastatic breast cancer. *Cancer* 2016 Aug;122(16):2579-86.
- 9 Ugolini G, Pasini F, Ghignone F, Zattoni D, Bacchi Reggiani ML, Parlanti D, Montroni I. How to select elderly colorectal cancer patients for surgery: a pilot study in an Italian academic medical center. *Cancer Biol Med* 2015 Dec;12(4):302-7.
- 10 Maia Fde O, Duarte YA, Secoli SR, Santos JL, Lebrão ML. [Cross-cultural adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): helping in the identification of vulnerable older people]. *Rev Esc Enferm USP* 2012 Oct;46 Spec No:116-22.
- 11 Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da saúde; 2014.
- 12 Universidade de São Paulo. Estudo Sabe, Saúde Bem-Estar e Envelhecimento, Condições de vida e saúde dos Idosos do Município de São Paulo. 2016. (acessado em 01/abr/2017). Available from: <http://www.fsp.usp.br/sabe>.
- 13 Lebrão ML, Laurenti R. [Health, well-being and aging: the SABE study in São Paulo, Brazil]. *Rev Bras Epidemiol* 2005 Jun;8(2):127-41
- 14 Suemoto CK, Ueda P, Beltrán-Sánchez H, Lebrão ML, Duarte YA, Wong R, Danaei G. Development and Validation of a 10-Year Mortality Prediction Model: Meta-Analysis of

Individual Participant Data From Five Cohorts of Older Adults in Developed and Developing Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2017 Mar;72(3):410-416.

15 Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Pina G, Rossi SV, Vergani C. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. *Health Qual Life Outcomes* 2011 Sep;9:72.

16 Tsai SY, Chi LY, Lee CH, Chou P. Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *Eur J Epidemiol* 2007 Jan;22(1):19-26.

17 Dorr DA, Jones SS, Burns L, Donnelly SM, Brunner CP, Wilcox A, Clayton PD. Use of health-related, quality-of-life metrics to predict mortality and hospitalizations in community-dwelling seniors. *J Am Geriatr Soc* 2006 Apr;54(4):667-73.

18 Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *Int Nurs Rev* 2009 Mar;56(1):109-115.

19 Tavares DMS, Bolina AF, Dias FA, Ferreira PCS, Haas VJ. Quality of life of elderly. Comparison between urban and rural areas. *Invest Educ Enferm* 2014;32(3):401-413.

20 Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da saúde; 2006.

5. PRODUTO 2

Cartilha sobre Qualidade de vida na Terceira Idade (Apêndice 1)

5.1 Introdução

A qualidade de vida (QV) é um construto multidimensional proposto como um indicador de saúde da população. Relaciona-se à autoestima, bem-estar pessoal e abrange uma grande gama de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (CAMPOS; NETO, 2008). (VECCHIA, RUIZ, BOCCHI; CORRENTE, 2005). A redução da qualidade de vida pode resultar na perda da autoestima e socialização, aumentando o risco de mortalidade precoce nos idosos (GRAY; LEE; SESSO; BATTY, 2011).

5.2 Métodos

Foi realizado um estudo transversal, com abordagem quantitativa, cuja coleta foi realizada nos quatro Centros de Saúde da região administrativa de Samambaia, região sudoeste de saúde do DF. Coleta de dados realizada entre agosto de 2016 a maio de 2017. Os participantes da pesquisa foram idosos que espontaneamente procuravam por algum serviço da unidade básica de saúde. Foram entrevistados 466 idosos com anamnese em saúde e aplicação do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde, WHOQOL-bref, já validado no Brasil (FLECK; LOUZADA; XAVIER; CHACHAMOVICH; VIEIRA; SANTOS, et al, 2000; WHOQOL GROUP, 1998).

Diante do declínio físico e muitas vezes intelectual, considerando os efeitos disso na capacidade funcional. Faz-se necessário, empoderar os indivíduos de uma maior conhecimento sobre o envelhecer de forma saudável, priorizando esforços na manutenção da independência e autonomia. Com esse objetivo, utilizou-se cartilha, como tecnologia educativa e aliada na construção de conhecimento.

A educação em saúde visa propiciar cuidado emancipatório, ou seja, capacitar o indivíduo para o autocuidado, devendo fundamentar-se na motivação, no contexto (idade,

escolaridade, nível econômico), na interatividade, na significância (importância do assunto), na progressividade (explicar do simples ao complexo), no dinamismo, no reforço, na reavaliação, na evolução e na educação sempre continuada (HAAS; MARYNIUK; BECK; COX; DUKER; EDWARDS, et al, 2013).

A primeira fase da construção da cartilha ocorreu por meio da seleção de conteúdo, conforme as necessidades de aprendizado dos idosos. O conteúdo foi retirado de todo arcabouço de leitura sobre qualidade de vida já feito para presente pesquisa, adaptando-se a idade, escolaridade e nível socioeconômico. A cartilha foge do senso comum sobre o envelhecimento, de decadência e inutilidades; contrapondo-se a isso, faz sugestões de hábitos de vida que incluam na velhice saúde, beleza, força física e mental, vigor sexual e capacidade produtiva.

A segunda etapa para elaboração da cartilha tratou da compra de imagens e seleção de cores e letras. Por fim, realizou-se a diagramação da cartilha e composição do layout, com auxílio de um designer gráfico. A diagramação da cartilha e estruturação textual ocorreu baseada nas recomendações referentes à escrita e formatação de texto de tecnologias educativas (HOFFMANN; WARRALL, 2004). No presente trabalho não foram realizadas a validação por peritos nem a aplicação para o público-alvo devido ao tempo de conclusão da pesquisa, necessitando de continuação para término dessas etapas.

5.3 Conclusão

A construção da cartilha destaca-se como uma proposta para favorecer o empoderamento e promover a saúde dos idosos na atenção primária de saúde. Este tipo de tecnologia funciona como suporte a profissionais, idosos e famílias, para que superem dificuldades e consigam enxergar positivamente o processo de envelhecimento. Esse recurso visa contribuir para melhoria do conhecimento e das práticas de autocuidado dos idosos.

Portanto, outros estudos devem ser realizados, com a validação por técnicos e aplicação na comunidade, a fim de verificar a eficácia da cartilha como recurso didático para promover o autocuidado nos idosos.

REFERÊNCIAS

Campos MO, Neto JFR. Qualidade de vida: um instrumento para promoção da saúde. Rev Baiana Saúde Pública 2008 Mai;32(2):232-240.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. Rev Saude Publica 2000 Apri;34(2):178-83.

Gray L, Lee IM, Sesso HD, Batty D. Body weight in early and mid-adulthood in relation to subsequent coronary heart disease mortality: 80-year follow-up in the Harvard Alumni Study. Arch Intern Med 2011 Oct;171(19):1768-1770.

Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care 2013 Jan;36(supl I):100-8.

Hoffmann T, Warrall L. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. Disabil Rehabil 2004 Oct;26(9):1166-7.

Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Revista Brasileira de Epidemiologia 2005 Sep;8(3):246-52.

WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998 May;28(3):551-8.

Você sabe quem é considerado idoso?

No Brasil todo indivíduo acima de **60 anos** é considerado idoso. Velho, melhor idade, terceira idade, idade avançada também são usados para lembrar esta fase da vida.

E afinal o que é a Velhice?

Momento da vida onde acontecem muitas mudanças no corpo: pele mais enrugada, manchada, cabelos brancos, e também mudanças na vida diária como: atividades que antes eram rotina, hoje já não são mais realizadas com facilidade.

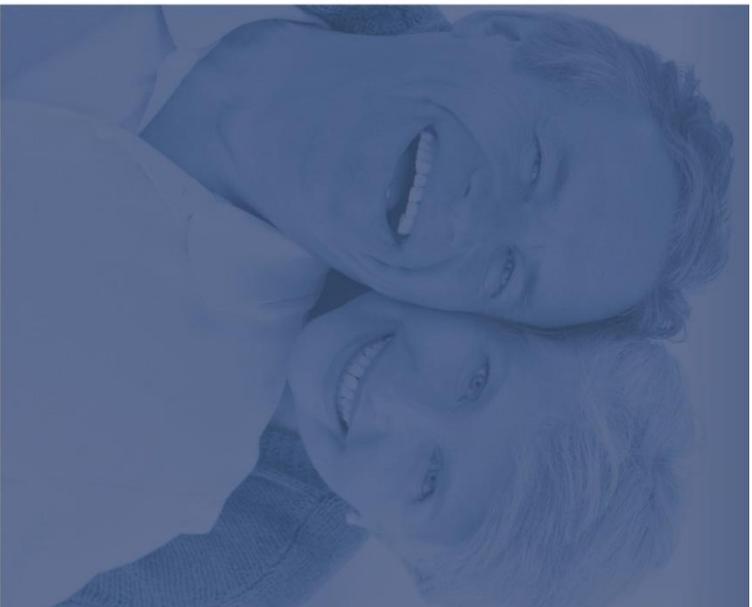
E o Envelhecimento?

Envelhecer é uma fase natural da vida marcada por diversas alterações, mas não significa se tornar dependente dos filhos ou incapaz. Envelhecer pode ser uma boa experiência, se vivenciada com qualidade de vida.

Qualidade de vida

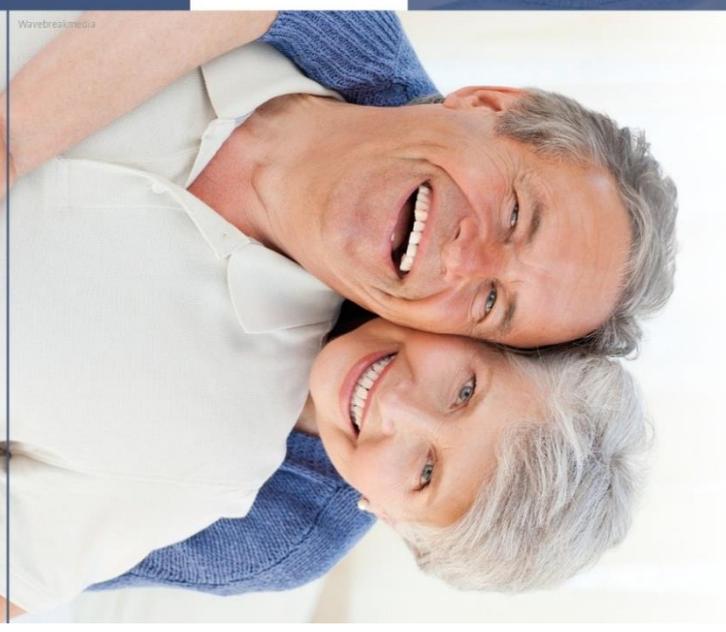
Significa auto-estima, sentir-se bem.

Abrange aspectos como: o apoio da família, condições financeiras, estado de saúde físico e emocional, se participa de atividades sociais (obra social, trabalho voluntário, grupos na comunidade) religiosidade, satisfação com o trabalho ou atividade diária e com o ambiente em que vive.



CARTILHA

QUALIDADE DE VIDA NA TERCEIRA IDADE

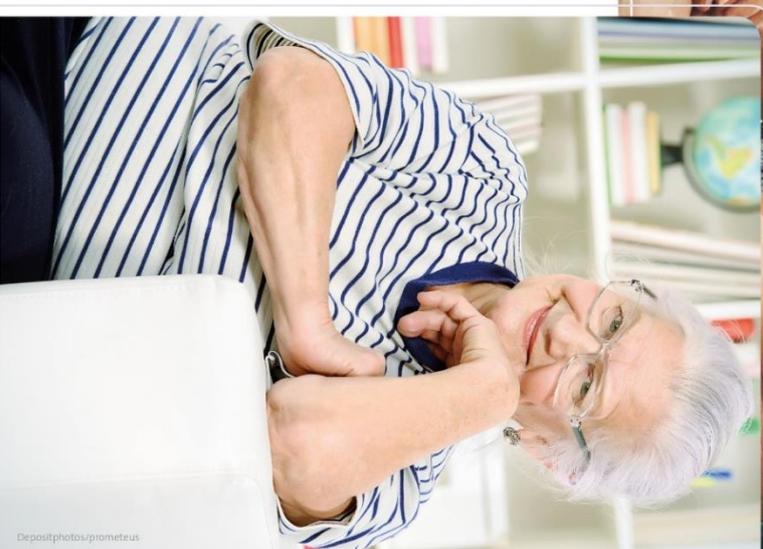


Unidade Básica de Saúde nº 02 Samambaba
Equipe de Saúde da Família nº 33
Enfª Samira Monteiro Silva

Warebreakmedia

Dicas para um envelhecimento com qualidade de vida

- 1 Comemore o envelhecimento.**
Envelhecer é um privilégio que nem todos têm. É uma fase da vida que pode ser bem vivida sim;
- 2 Seja menos rigoroso com você mesmo.**
Viva vida mais leve, perdoe-se, deixe o passado para trás;
- 3 Viva a sua vida completamente**
e não a do seu marido, filhos ou neto; E nem viva só para eles;
- 4 Mantenha-se ocupado,** procure alguma atividade que lhe deixa feliz. Viajar, dançar, cuidar de plantas ou mesmo iniciar algo novo: volte a estudar, aprenda uma nova língua mantenha seu cérebro ativo;
- 5 Busque novas amizades,** mantenha-se em algum grupo social; isso ajuda a combater a solidão e depressão;
- 6** Na medida do possível, **poupe,** na velhice é quando mais se precisa de recursos para garantir segurança e conforto;
- 7 Aproveite os descontos para a terceira idade:**
cinema, teatro, viagens e comércio em geral;
- 8 Faça do alimento seu melhor remédio,**
busque hábitos de moderação à mesa;
- 9 Exercite-se:** atividade física no envelhecimento contribui para fazer novas amizades, melhora a autoestima e confiança; porém, só terá benefícios se realizada todos os dias;
- 10 Evite acidentes domésticos.** Tenha uma casa bem iluminada. Tapetes, móveis e objetos no meio do caminho devem ser evitados;
- 11 Redobre os cuidados na rua e no trânsito.** Evite sair de casa em horários de "pique", atravesse na faixa de pedestre, uso o cinto de segurança;
- 12 Você vai dormir menos nesta etapa da vida.**
Evite alimentos e hábitos que possam contribuir para perder o sono como: café, chá preto, refrigerantes, televisão, música antes de deitar;
- 13 Mantenha vida sexual:** A maturidade e a experiência traz outros encantos para a relação;
- 14 Cultive fé,** ter uma crença é importante para a vida, especialmente em momentos de frustrações, medos e sofrimentos.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do privilégio que a longevidade trouxe mantendo idosos ainda ativos e produtivos com sua capacidade funcional preservada. Há de se considerar aquela parcela da população com vulnerabilidades em saúde, DCNT, que refletem diretamente na qualidade de vida. Em nosso estudo, observou-se a feminilização do envelhecimento, predominância de idosos com baixa escolaridade, entre os acometimentos mais prevalentes foram: dor e hipertensão arterial. Propõe-se o ponto de corte ≥ 2 no VES-13 e o valor < 60 no WHOQOL-BREF para indicar idosos que já necessitam de um acompanhamento especial pela ESF para um possível encaminhamento à atenção secundária. Para isso, sugerimos a utilização desses instrumentos na rotina de atendimentos de idosos na APS em comum acordo com atenção especializada e treinamento dos profissionais.

Recomendamos aos estudos futuros, a aplicação da cartilha para validação na comunidade e possíveis adequações; entendendo este método como um instrumento menos técnico e que facilita o entendimento das terminologias usadas em saúde.

O presente estudo teve como limitação um possível viés de seleção por abordar idosos que já estavam na unidade básica de saúde e não alcançar àqueles com maior declínio cognitivo e funcional com rede de apoio mais frágil impossibilitados de chegarem ao serviço de saúde.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: **QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAMAMBAIA, DISTRITO FEDERAL.**

O nosso objetivo é ver como está a qualidade de sua vida, suas condições clínicas e sociais, o funcionamento do seu cérebro e a capacidade de fazer suas atividades no dia a dia. O (a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá nas publicações relacionadas a esta pesquisa.

A sua participação será através de uma **entrevista e com respostas aos quatro questionários** que iremos lhe perguntar. O **primeiro** questionário contém perguntas sobre seus dados pessoais (como idade, sexo, estado civil, religião, cor da pele, escolaridade, renda, presença de doenças/ diagnósticos, internações nos últimos 12 meses), com duração aproximada de 10 **minutos**. Já o **segundo** questionário são perguntas relacionadas ao funcionamento do seu cérebro (como sua orientação no tempo, sua memória, sua atenção), com duração aproximada de 10 **minutos**. O **terceiro** questionário é sobre sua qualidade de vida, com duração aproximada de 6 **minutos**. O **quarto** questionário é para avaliar sua vulnerabilidade (como capacidade de fazer suas atividades do dia a dia), com duração aproximada de 5 **minutos**. Entretanto, não existe um tempo pré-determinado para responder o questionário. Assim, será respeitado o tempo de cada pessoa para responde-lo.

A sua participação será através desses questionários que você deverá responder na Unidade Básica de Saúde de sua referência, na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de: **35 a 40 minutos**. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Unidade Básica de sua referência e na Instituição Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde- FEPECS podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: **Samira Monteiro Silva**, telefone:(61) 99621-6924, no horário de 8 as 12 horas, de segunda a sexta feira.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidas através do telefone: (61) 3325-4955. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura:

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ___ de _____ de _____

ANEXOS

Anexo 1

Revista de Saúde Pública

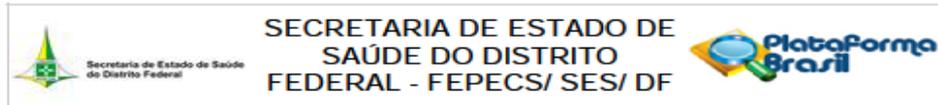


VES and WHOQOL cutoff points to predict quality of life in elderly in primary health care.

Journal:	Revista de Saúde Pública
Manuscript ID	RSP-2018-0802
Manuscript Type:	Original Article
Keyword – Go to http://decs.bvs.br/ to find your keywords.:	Quality of Life, Disability, Screening Tools, Elder Care, Primary Care

SCHOLARONE[®]
Manuscripts

Anexo 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAMAMBAIA, DISTRITO FEDERAL

Pesquisador: samira monteiro silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56997216.4.0000.5553

Instituição Proponente: Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.667.060

Apresentação do Projeto:

Já descrito anteriormente

Objetivo da Pesquisa:

Já descrito anteriormente

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já descrito anteriormente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já descrito anteriormente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já descrito anteriormente

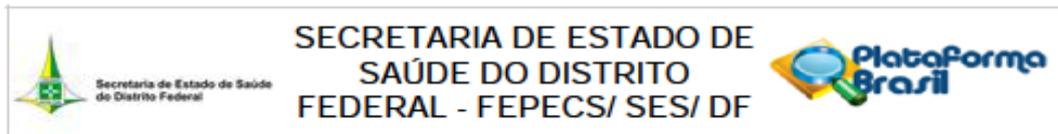
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram sanadas satisfatoriamente.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.667.060

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_732916.pdf	12/07/2016 22:14:24		Aceito
Outros	cep_curr_Samira.pdf	12/07/2016 22:13:15	samira monteiro silva	Aceito
Outros	cep_curr_Alfredo.pdf	12/07/2016 22:12:39	samira monteiro silva	Aceito
Outros	cep_curr_Maria_Rita.pdf	12/07/2016 22:11:58	samira monteiro silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	1cep_Projeto_Samira_enviar_pro_CEP_5_6.docx	12/07/2016 22:07:00	samira monteiro silva	Aceito
Orçamento	1cep_orcamento.docx	12/07/2016 22:05:53	samira monteiro silva	Aceito
Cronograma	1cep_cronograma.docx	12/07/2016 22:05:33	samira monteiro silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	1cep_tcle.docx	12/07/2016 22:04:57	samira monteiro silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	anuencia.pdf	06/06/2016 15:35:06	samira monteiro silva	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	06/06/2016 15:33:58	samira monteiro silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 08 de Agosto de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
 Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
 UF: DF Município: BRASILIA
 Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Anexo 3**Roteiro de entrevista (aspectos sócioeconômicos, demográficos e clínicos)**

Número do indivíduo participante da pesquisa _____

Nome do avaliador _____

Nome do indivíduo: _____

Fone: _____

Cartao SES _____

“Quantos anos completos o (a) Sr.(a) tem?” _____ anos

- SEXO DO ENTREVISTADO

Mulher 1
 Homem 2

- Qual destas opções descreve melhor a cor da sua pele?

BRANCO (de origem européia) 1
 PARDO (combinação de branco e preto) 2
 PRETA 3
 INDÍGENA 4
 AMARELO 5
 OUTRA 6
 Não Sabe 8
 Não Respondeu 9

- Qual a importância da religião em sua vida?

Importante..... 1
 Regular 2
 Nada importante 3
 Não Sabe 8
 Não Respondeu 9

- Qual a última série (e de que grau) da escola em que o senhor(a) obteve aprovação? _____

Quantidade total de anos aprovados _____
 NÃO SABE 88
 Não Respondeu 99

- Considera que o(a) senhor(a) (e sua companheiro(a)) tem dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?

SIM 1

NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

- Qual o seu estado marital hoje?

Solteiro (nunca casou ou nunca viveu amasiado).....	1
Divorciado	2
Separado	3
Viúvo	4
Casado	5
Amasiado	6
Não sabe	8
Não respondeu	9

- Atualmente o senhor(a) vive sozinho ou acompanhado?

SOZINHO.....	1
ACOMPANHADO	2
Não sabe	8
Não Respondeu	9

- “O senhor(a) precisou ser internado no hospital ou na UPA PELO MENOS UMA NOITE nos últimos 12 meses ?

NÃO	1
SIM, por problema de Pressão alta (hipertensão)	2
SIM, por Problema no coração (infarto, angina, coração crescido, arritmia, etc)..	3
SIM, por problema de AVC, embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral	4
SIM, por problema de Diabetes	5
SIM, por problema de Asma, bronquite, enfisema pulmonar, DPOC	6
SIM, por problema de Pneumonia	7
SIM, por outro problema diferente dos acima; cite	8
Não sabe	88
Não respondeu	99

- Sobre Dor NÃO relacionada as suas articulações.

O(a) Sr(a) tem alguma dor há mais de 3 meses, que dói continuamente ou que vai e vem pelo menos uma vez por mês?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

- Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem depressão ATUALMENTE?

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

- O senhor(a) teve alguma queda nos últimos 12 meses?”

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

- Nas últimas 4 semanas, o(a) Sr(a) perdeu urina sem querer alguma vez?

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

- Alguma vez um médico lhe disse que o senhor (a) tem diabetes, quer dizer, açúcar alto no sangue ?

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

- Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem pressão sanguínea alta, quer dizer, hipertensão?

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

-Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem alguma doença crônica do pulmão, como asma, bronquite, enfisema ou DPOC ?

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

- Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem ou teve ataque do coração, doença coronariana, angina, coração crescido, ou outros problemas do coração?

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

- Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem artrite, reumatismo, artrose?

SIM.....	1
NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

- Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) tem osteoporose?

SIM.....	1
----------	---

NÃO	2
Não sabe	8
Não respondeu	9

- Alguma vez um médico lhe disse que o senhor(a) teve embolia, derrame, ataque, isquemia ou trombose cerebral?

SIM.....	1
NÃO	2
Não Sabe	8
Não Respondeu	9

- Medicções usadas de forma regular (todas) nos últimos 3 meses:

PEÇA A RECEITA MÉDICA (SE HOVER). SE NÃO, PERGUNTE SOBRE CADA MEDICAMENTO MOSTRADO OU REFERIDO DA MESMA FORMA.

Escrever a quantidade de medicções usadas

Anexo 4

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1.975)

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto)()
- Dia do mês (1 ponto)()
- Mês (1 ponto)()
- Ano (1 ponto)()
- Hora aproximada (1 ponto)()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto)()
- Cidade (1 ponto)()
- Estado (1 ponto)()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta()
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

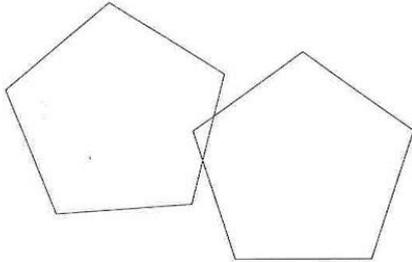
- (100 - 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)()
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)()
- Comando: "pegue este papel com a mão direita dobre ao meio e coloque no chão (3 pts)()
- Ler e obedecer: "feche os olhos" (1 ponto)()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()

SCORE: (____/30)

Anexo 5 - WHOQOL-BREF

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer

certas coisas nestas últimas duas semanas.						
		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.						
		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Referencias

The Whoqol Group: The word Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Soc. Sci. Med, 1995, 41(10):1403-1409.

Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Revista de saúde pública, 2000, 34(2):178-183

Anexo 6 – Vulnerabilidade VES-13

APÊNDICE A - Versão Final do VES-13

1. Idade _____

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA IDADE 75-84
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

- Ruim* (1 PONTO)
- Regular* (1 PONTO)
- Boa
- Muito Boa ou
- Excelente

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	()	()	()	()*	()*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	()	()	()	()*	()*
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	()	()	()	()*	()*
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	()	()	()	()*	()*
Andar 400 metros [aproximadamente quatro quarteirões]?	()	()	()	()*	()*
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	()	()	()	()*	()*

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE*" OU "INCAPAZ DE FAZER*" NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

() SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

() SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

() SIM → Você recebe ajuda para andar?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

() SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

() SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	() SIM*	() NÃO
() NÃO		
() NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	() SIM*	() NÃO

PONTUAÇÃO: CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM*" NAS QUESTÕES 4a ATÉ 4e

CLASSIFICAÇÃO FINAL:
NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3
VULNERÁVEL = pontuação ≥ 3