

UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO

ERMINDA PONGILUPPI ALUANI

**PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DE UMA AMOSTRA DE PESSOAS
IDOSAS E USUÁRIAS DO SUS, QUE FREQUENTAM O CENTRO DE CONVIVÊNCIA
DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI: UM RECORTE RACIAL**

São Paulo

2023

ERMINDA PONGILUPPI ALUANI

**PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DE UMA AMOSTRA DE PESSOAS
IDOSAS E USUÁRIAS DO SUS, QUE FREQUENTAM O CENTRO DE CONVIVÊNCIA
DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI: UM RECORTE RACIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu como parte dos requisitos obrigatórios para a obtenção de título de Mestre em Ciências do Envelhecimento.

Orientador: Profa. Dra. Marta Ferreira Bastos

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Jorge Salles

São Paulo

2023

Ficha de aprovação - edição revisada

Eu, Prof(a). Dr(a). Marta Ferreira Bastos, orientadora do trabalho realizado por Erminda Pongiluppi Aluani, declaro que a edição revisada desta defesa de dissertação PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DE UMA AMOSTRA DE PESSOAS IDOSAS E USUÁRIAS DO SUS, QUE FREQUENTAM O CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI: UM RECORTE RACIAL cumpre os requisitos exigidos pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências do Envelhecimento.

Marta Ferreira Bastos

Prof(a). Dr(a). Marta Ferreira Bastos

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) e a Universidade São Judas Tadeu (USJT), pelo apoio e oportunidade para a realização deste trabalho.

À Prefeitura de Itapevi em nome do Excelentíssimo Senhor Prefeito Igor Soares e aos servidores do Centro de Convivência de Itapevi.

À orientadora Professora Doutora Marta Ferreira Bastos que de forma legítima, visitou Itapevi, me apoiou e acreditou nesse sonho.

Aos 52 idosos que se dispuseram a participar e falar com franqueza e emoção sobre o processo de envelhecimento.

À Dra. Elaine Rodrigues Bueno de Freitas, Ilustríssima Secretária de Desenvolvimento Social e Cidadania de Itapevi, por acreditar no SUS e SUAS.

E, aos meus familiares (mãe, esposo e filhas), pela paciência e compreensão nos difíceis momentos desse caminho.

“A Morte parece menos terrível quando se está cansado”

Simone de Beauvoir

RESUMO

No Brasil o processo de transição demográfica se apresenta de forma acelerada, com aumento expressivo da população idosa e mudança no perfil epidemiológico de todo o país. Segundo o IBGE, entre 2010 e 2050 o número de brasileiros acima de 60 anos deve triplicar, o que pode ser justificado por vários fatores, entre eles o avanço da medicina e redução da taxa de natalidade. Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doença, a maioria das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), acometem o idoso com o decorrer do avanço da idade, além, da combinação de fatores comportamentais, genéticos, fisiológicos e ambientais, caracterizados pela complexidade, fatores de risco e problemas clínicos com impacto direto no sistema de saúde. Este estudo teve como objetivo geral descrever as características sociodemográficas e de saúde, para uma amostra de pessoas idosas, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), participantes do centro de convivência de Itapevi. Os objetivos específicos foram desmembrados o que possibilitou caracterizar as condições sociodemográfica, econômica e de saúde dos idosos que frequentavam o Centro de Convivência do Município de Itapevi, avaliar os acessos aos serviços do SUS e analisar a qualidade de vida dos participantes. Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem descritiva, transversal. Foi utilizada uma amostra de 52 participantes, determinada pelo software G*Power. independente do gênero, com idade igual ou superior a 60 anos, domiciliados no município de Itapevi, usuários do SUS, pertencentes ao centro de convivência de idosos. Todos os participantes foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, além da total isenção de custos de ordem financeira, e, na sequência, assinaram o Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (TCLE) aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu (parecer nº 5.265.869). Foram utilizados três questionários semiestruturados para caracterização quantitativa, sendo o primeiro para identificar os participantes, o segundo para coletar os dados sociodemográficos e econômicos, o terceiro para avaliar o acesso aos serviços públicos e privados. Por fim utilizou-se o instrumento WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of life-old*), que avaliou a autopercepção de qualidade de vida dos participantes sobre seis domínios (Funcionamento Sensorial, Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e Futuras, Participação social, Morte e Morrer e Intimidade). Conclui-se que a caracterização sociodemográfica e de saúde contribuiu para compreender que os 52 idosos estudados na faixa etária de 62 anos a 91, predominantemente do gênero feminino, apresentaram baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, com necessidade de melhora no acesso aos serviços de saúde. Os resultados comparativos revelaram diferenças significativas no envelhecer das pessoas de cor branca em relação aos pretos e pardos, tal desigualdade identificou importante demanda para o SUS. O estudo apresentou perspectiva de relevância para tomada de decisão na gestão pública, na assistência e na pesquisa.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional; Idoso; SUS; DCNT; Qualidade de Vida; Centro de Convivência Idosos.

ABSTRACT

In Brazil, the demographic transition process is accelerating, with a relevant increase in the older adults population and a change in the epidemiological profile throughout the country. According to the IBGE, between 2010 and 2050 the number of Brazilians over 60 years old should triple, which can be justified by several factors, among them the medical advances and birth rate reduction. Although aging is not synonymous with disease, most Non-transmissible chronic Diseases (NCD) affect the older adults during their advancing age, in addition to the combination of behavioral, genetic, physiological, and environmental factors, characterized by complexity, risk factors, and clinical problems with direct impact on the health system. This study had a general objective to describe the sociodemographic and health characteristics, for a sample of older adults people, users of the Unified Health System (SUS), participants of the Community Center of Itapevi (CCI). The specific objectives were broken down to characterize the socio-demographic, economic and health conditions of the older adults who attended the CCI, to evaluate the access to SUS services and to analyze the quality of life of the participants. This is a quantitative study with a descriptive, cross-sectional approach. A sample of 52 participants was used, determined by the G*Power software. independent of gender, aged 60 years or older, resident in the municipality of Itapevi, SUS users, belonging to the older adults living together center. All participants were informed about the objective of the research, besides the total exemption of financial costs, and then signed the Free and Informed Consent Form (FICF) approved by the Ethics Committee of the São Judas Tadeu University (opinion no. 5.265.869). Three semi-structured questionnaires were used for quantitative characterization, the first to identify the participants, the second to collect socio-demographic and economic data, and the third to assess access to public and private services. Finally, we used the WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of life) instrument, which assessed the participants' self-perception of quality of life in six domains (sensory functioning, autonomy, past, present, and future activities, social participation, death and dying, and intimacy). It is concluded that the sociodemographic and health characterization contributed to understand that the 52 older adults studied in the age group 62 years to 91, predominantly female, had low education and low socioeconomic level, with a need for improvement in access to health services. The comparative results revealed significant differences for the aging of white people in relation to black and brown people, such inequality identified important demand for the SUS. The study presented a perspective of relevance for decision making in public management, assistance, and research.

Keywords: Population Aging; Aged; SUS; Non-transmissible chronic disease-NCDs; Quality of Life.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVOS	19
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	20
5 ARTIGO CIENTÍFICO	23
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICE	48
ANEXOS	50

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural e inevitável que traz mudanças da dimensão existencial, que modifica a relação do indivíduo com o tempo e com o mundo, considerando também as características culturais (BEAUVOIR, 1990). Desta forma, o envelhecimento está associado ao físico, emocional, social, econômico e cultural, o que torna o processo individual e marcado por padrões socioculturais da época.

No Brasil o processo de transição demográfica se apresenta de forma acelerada, e os dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam a tendência de aumento da população idosa e 13% da população nacional é composta por pessoas acima de 60 anos, com projeção de 25% para 2043 (IBGE, 2018). É importante entender que o Estatuto do idoso, da Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003 e, o Ministério da Saúde, estabelecem a idade de 60 anos como início da velhice, dando ao cidadão brasileiro a condição de pessoa idosa a partir dessa idade. A quantidade de pessoas idosas no Brasil, cresce em todas as unidades da Federação de forma intensa, o que traz um grande desafio em termos de políticas públicas, principalmente com o impacto da maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), resultantes de uma combinação de fatores comportamentais, genéticos, fisiológicos e ambientais, e que podem ser caracterizadas pela complexidade dos fatores de risco associados (OPAS/OMS, 2015; WHO, 2018).

Embora o envelhecimento seja um processo natural, relacionado às mudanças biopsicossociais, há necessidade de uma visão multifocal por meio de estudos interdisciplinares, para melhor compreender esta etapa do desenvolvimento humano (CHAVES, 2017). O Estudo de Carga de Doença Global (GBD), realizado com 188 países (GBD, 2013), demonstra a tendência da perda de saúde em decorrência de doenças, lesões e fatores de risco associados à idade, gênero, entre outros aspectos. Isso corrobora com a necessidade da construção de um modelo de cuidado acerca dos serviços de saúde que permita um envelhecer com mais saúde, uma vez que não basta viver mais, há de se ter qualidade aos anos vividos (VERAS et al., 2018).

Para Maia et al. (2006), os fatores de risco são condições que predisõem a uma maior chance de desenvolver eventos relacionados à saúde. As DCNTs, em 2016, foram responsáveis por 71% (41 milhões) dos óbitos no mundo, o que configura um problema de saúde pública,

devido ao elevado custo econômico e social, do tempo de internação e da mortalidade (WHO, 2018).

Com a pandemia de COVID-19, declarada pela Organização Mundial de Saúde em março de 2020, as DCNTs se tornaram ainda mais preocupantes. Estudo revelou que 96,2% das pessoas que morreram em decorrência da COVID-19 apresentavam hipertensão (69,2%), diabetes (31,8%), doença cardíaca (28,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica (16,9%) e câncer (16,3%) (MALTA et al., 2021; HUANG et al., 2019). A pandemia da COVID-19 ocorre no mesmo espaço de tempo com o evento demográfico do século XXI, o envelhecimento populacional, no entanto, se configurou como ameaça a vida da pessoa idosa, perda de suporte social, discriminação e isolamento (ROMERO et al., 2021).

A prevenção e o controle das DCNTs, tornam-se essenciais para evitar o crescimento das ocorrências dessas doenças e as consequências e sobrecarga para o SUS, que por vezes, apresenta restrição de recursos para atender as demandas de medicação, exames e internações hospitalares. Fatos que podem ser considerados motivos para perda de qualidade de vida e mortalidade em idosos (VERAS; OLIVEIRA, 2018).

A promoção da saúde e do bem-estar para todo o ciclo da vida, deve visar o bom estado de saúde na velhice e a criação de contextos viáveis, que favoreçam políticas focadas no envelhecimento ativo e saudável (PESSINE, 2006).

1.1 O SUS e o Cuidado das Pessoas Idosas

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado pela lei nº8.080 de 1990, garante a participação da União, Estados e Municípios na elaboração e atualização periódica dos planos de saúde, proposta orçamentária, entre outras atribuições. Entretanto, para a população idosa brasileira a grande conquista pela garantia de direitos avançou com a criação da lei 10.741 de outubro de 2003 que instituiu o Estatuto do Idoso e o Pacto pela Saúde que surgiu em 2006. Isso possibilitou priorizar a saúde das pessoas idosas, envolvendo profissionais da rede de serviços para discutir sobre a nova realidade social e epidemiológica, dado ao perfil dessa população. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) instituída por meio da Portaria GM 2528 de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, e conta também com a Rede de

Atenção Psicossocial (CAPS) e a Rede de Urgências e Emergências (UPAS e Pronto Atendimento). As diretrizes da PNSPI visam envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais, fortalecimento do controle social, garantia de orçamento, incentivo a estudos e pesquisas.

De acordo com o Ministério da Saúde, o modelo de atenção integral deve seguir as diretrizes para o cuidado das pessoas idosas, orientado e organizado pelo SUS, através de ações desenvolvidas e estratégias para a qualificação do cuidado e ampliação do acesso das pessoas idosas aos pontos de atenção das redes de saúde. Entende-se por rede de atenção à saúde, o conjunto de serviços vinculados entre si, com única missão, objetivos comuns, cooperativos, interdependentes para ofertar atenção contínua e integral à população (MENDES, 2015).

No Brasil, a concepção de Rede de Atenção à Saúde foi incorporada ao SUS por instrumentos jurídicos (Portaria n. 4279, de 30 dezembro de 2010) que estabeleceram as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde e, o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei 8.080/90. Os municípios constituem as regiões de saúde e devem conter as ações e os serviços para compor a rede de atenção à saúde de acordo com a Política Estadual de Saúde do Idoso e, com o Estatuto do idoso. Dessa forma, se assegura o direito a atenção integral à saúde da pessoa idosa, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, com ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente às pessoas idosas. O que ainda é um desafio para vários municípios, tanto pelo perfil epidemiológico da pessoa idosa, como pelas diretrizes do cuidado determinadas pelo SUS.

No decorrer das últimas décadas, o Brasil apresentou aumento da incidência das DCNTs como as principais causas de mortalidade, isso demonstra a necessidade de um melhor planejamento em políticas públicas, uma vez que se trata de enfermidades complexas e onerosas para o SUS, e que acometem principalmente faixas etárias mais avançadas, desencadeando limitações funcionais e incapacidades (IBGE, 2019; ROMERO et al., 2021). Assim, o envelhecimento da população brasileira se apresenta como um cenário crítico tanto pela dimensão populacional quanto pelas implicações epidemiológicas com impacto e sobrecarga para o SUS (ROMERO et al., 2021).

Cabe ressaltar que a mortalidade causada pelas DCNTs é expressiva correspondendo a 75,5% das mortes da população idosa, sendo maior entre as mulheres (80,2%) do que entre os

homens (69,3%). Dentre as DCNT que mais matam, encontram-se a hipertensão, o diabetes, as doenças respiratórias, o câncer e as doenças cardiovasculares (MALTA et al., 2021).

1.2 Perfil Demográfico do Município de Itapevi

Itapevi é um município da microrregião de Osasco, pertencente a Zona Oeste da Grande São Paulo com projeção populacional de 244.131 pessoas. A estimativa da população foi feita com base na projeção da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), que mostra que 10% da população de Itapevi é constituída por pessoas idosas. Segundo DATASUS, o município de Itapevi apresenta parâmetros de prevalência e estimativas para DCNT com predomínio de hipertensos (21,4%) e diabéticos (6,9%), consideradas como fatores de risco para o desenvolvimento de possíveis complicações renais, cardíacas e cerebrovasculares com impacto nos custos médicos, assistenciais e de internações, dadas as complicações que as acompanham (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Apesar de se tratar de um município jovem, com apenas 63 anos de emancipação, Itapevi apresenta alto índice de adultos, o que levará ao aumento expressivo de pessoas idosas nas próximas décadas, o que demandará planejamento e preparo especializado para assistência, acerca do modelo de atenção aos eventos agudos e crônicos (MENDES, 2011). Vale a pena destacar a importância da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS) no cuidado à saúde integral da pessoa idosa na rede de atenção à saúde, pautada na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Sendo que o município de Itapevi apresenta estrutura de atendimento com 06 Unidades Básicas de Saúde, 09 Unidades de Saúde da Família, 03 Centros de Atenção Psicossocial, 01 Centro Integrado à Saúde, 03 Pronto Socorros, 01 Centro de Reabilitação, 01 Centro de Referência da Mulher, Programa Infecções Sexualmente transmissíveis e Centro de Hemodiálise, além, dos equipamentos de proteção social básica dentro da estrutura da Secretaria do Desenvolvimento Social. Dessa forma, há a compreensão multidimensional do processo de envelhecer de cada indivíduo, o que permite avaliar e identificar as necessidades específicas de cada pessoa idosa, do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional. Tais estratégias permitem direcionar as possíveis intervenções e traçar o caminho de atendimento intersetorial envolvendo várias redes, que oferecem: proteção

aos direitos básicos, lazer, esporte, educação, cultura, habitação e assistência social (BRASIL, 2017).

Os serviços socioassistenciais do SUAS integram os Serviços da Proteção Social Básica (PSB), dentre os quais, o Serviço de Convivência visa fortalecer os vínculos e ampliar a rede de apoio às pessoas idosas. Nesses locais são desenvolvidas várias atividades que contribuem para o envelhecer de forma saudável, desenvolvimento da autonomia, da sociabilidade, do fortalecimento dos vínculos familiares, do convívio comunitário e da prevenção de situações de risco social.

Nesse sentido, o Centro de Convivência de Idosos (CCI) de Itapevi, reinaugurado em 5 de junho de 2019, tem o objetivo de promover o convívio social, o entretenimento e a troca de experiências entre pessoas acima de 60 anos. Trata-se de um ambiente amplo e acolhedor composto por salas de informática, jogos, trabalhos manuais, leitura, palestras, alfabetização, refeitório, serviços administrativos, atendimento social e coordenação. Também conta com espaço externo para atividades ao ar livre, equipamentos de ginástica, além de uma quadra poliesportiva, que permite a interação social e a prática de diversas atividades que promovem o bem-estar físico e mental por meio da prática de atividades físicas, culturais, educacionais e de lazer. Além disso, o CCI contribui na prevenção de problemas de saúde, na melhoria da autoestima, da autoconfiança e na redução do isolamento social. Segundo informações obtidas com a gestora do CCI de Itapevi, existem aproximadamente 400 pessoas idosas inscritas, todas portadoras de DCNTs e usuários do SUS (informação pessoal, 2022).

1.3 Qualidade de Vida

A qualidade de vida (QV) é um conceito que tem sido amplamente discutido nas últimas décadas, especialmente com o aumento da expectativa de vida e a preocupação crescente com a saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS), constatou que as medidas que promovem o aumento da QV estão associadas com a avaliação de saúde, no que tange a perspectiva individual e social (MIRANDOLA, 2014).

O conceito de QV tem suas raízes históricas nas teorias sobre felicidade e bem-estar que foram desenvolvidas por filósofos gregos como Aristóteles e Epicuro, no entanto, foi somente no século XX que a QV começou a ser abordada pela ciência, especialmente por profissionais da

área de saúde. De acordo com Freire et.al. (2018), a QV é a percepção do indivíduo acerca das influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto de sua vida, para conquista de metas, realização de projetos e atendimento das expectativas, que refletem a satisfação da pessoa com a vida.

Desta forma, é um conceito amplo e complexo que engloba a saúde física, a saúde psicológica, as relações sociais, as dependências, as características do ambiente e as crenças (OPAS, 2005). Assim, o conceito tem relação com a subjetividade da avaliação, envolve autopercepção feita sobre a saúde, com foco no impacto que possa haver sobre sua vida. Portanto, pode-se dizer que QV é a satisfação individual ou a felicidade com a vida nos domínios em que o indivíduo considera relevante (MIRANDOLA, 2014).

Quando se trata de qualidade de vida para pessoas idosas, deve haver uma associação com diversos aspectos, como o estado emocional, o nível socioeconômico, a interação social, a capacidade funcional, a atividade intelectual, o autocuidado, a rede de apoio, o suporte familiar, o estado geral de saúde, os valores culturais, o estilo de vida, as atividades da vida diária e o ambiente em que se vive (DAWALIBI et al., 2013; MIRANDOLA, 2014).

Apesar das várias definições de QV, em consequência da complexidade do assunto, bem como do valor subjetivo para mensurá-la, é reconhecida como um construto de relevância para a ciência, em que os resultados possibilitam a tomada de decisão em programas, projetos e intervenções na área da saúde física, mental e socioambiental (CRUZ, 2012).

Sabe-se que a velhice é heterogênea, e que há pessoas que envelhecem com boa qualidade de vida e saúde, com poucas doenças, com autocuidado adequado e satisfação com a vida, mas outras apresentam comorbidades que comprometem a qualidade de vida (NERI, 2011; GARBACCIO et al., 2018). Diversos fatores influenciam a QV, tais como: o estado de saúde, as relações familiares, longevidade, disposição, lazer, satisfação no trabalho, salário, prazer, espiritualidade, capacidade funcional, enfraquecimento, deficiência, nível de atividade física, parâmetros antropométricos e uso de medicamentos (PEREIRA;NOGUEIRA;SILVA, 2015; NERI; VIEIRA, 2013).

Isto posto, surgem alguns questionamentos sobre o perfil socioeconômico e de saúde das pessoas idosas frequentadoras do CCI de Itapevi, dado a importância do tema e os desafios que o envelhecimento populacional impõe. A fotografia da qualidade de vida dos idosos entrevistados, o levantamento das características socioeconômicas e das condições e acessos aos serviços de

saúde poderá contribuir para uma maior compreensão das necessidades de saúde das pessoas idosas do município de Itapevi.

2. JUSTIFICATIVA

Frente ao número de adultos e pessoas idosas acometidas por DCNTs e as projeções etárias para o município de Itapevi, estudar as características socioeconômicas, o perfil epidemiológico, o acesso ao SUS e a QV da população idosa do CCI de Itapevi, sobretudo sob uma perspectiva etnico-racial, poderia contribuir para o estabelecimento de políticas públicas e para estruturação de modelos de cuidados centrados na população idosa. A implementação de algumas medidas poderia evitar a sobrecarga do SUS, a desigualdade das condições sociais e de saúde, além de favorecer o ganho em saúde e QV para as pessoas idosas do município.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Descrever as características socioeconômicas, de saúde, do atendimento prestado pelo SUS e da qualidade de vida de uma amostra de pessoas idosas participantes do centro de convivência do município de Itapevi.

3.2 Objetivos específicos

- Comparar as características socioeconômicas, de saúde, do atendimento prestado pelo SUS e a qualidade de vida entre pessoas idosas que se autodeclararam como pertencentes a raça branca e preta/parda.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo e Participantes

Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem descritiva, transversal, realizado de abril a agosto de 2022. Para composição da amostra foi realizado o cálculo amostral pelo software G*Power 3.1 considerando *effect size* de 0,3; $\alpha = 0,01$ e poder de 0,99 (HARPER et al., 2019), o que determinou a necessidade de 52 participantes. Dessa forma, foram elegíveis para participar do presente estudo pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, domiciliados e inscritos no centro de convivência de idosos no município de Itapevi. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, além da total isenção de custos de ordem financeira. Na sequência, assinaram o Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (TCLE, APÊNDICE), com todas as informações sobre os riscos e benefícios do estudo desenvolvido a partir da Resolução n. 466/2012.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu (CAAE-55679922-0.0000.0089 e parecer n. 5.265.869 de 25 fevereiro de 2022 (ANEXO 1).

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no presente estudo, indivíduos com 60 anos ou mais que frequentavam o centro de convivência de Itapevi. Foram excluídas pessoas idosas com deficiência auditiva, visual, cognitiva e neurodegenerativa, que impossibilitasse o entendimento e capacidade de responder aos questionamentos do presente estudo de forma independente.

4.3 Questionários e Instrumento

Foram utilizados três questionários semiestruturados, adaptados a partir do Programa de Cooperação Acadêmica (PROCAD), para caracterização da população do estudo, sendo o primeiro com intuito de identificar os participantes (Identificação dos Participantes (ANEXO 2), no qual foram coletadas informações sobre nome, CPF, endereço, telefone, tipo de domicílio, informações sobre a presença de DCNT e medicamentos uso contínuo em conformidade com a

Lei Geral de Proteção de dados (LGPD). O segundo questionário coletou dados sociodemográficos, para caracterização da população do estudo com informações idade, gênero, estado civil, raça, ocupação durante maior parte da vida, escolaridade, e outros aspectos econômicos (ANEXO 3). O terceiro questionário avaliou o acesso aos Serviços Públicos e Privados de saúde utilizados no decorrer dos últimos 12 meses, bem como o acesso e atendimento nos demais serviços (ANEXO 4).

Por fim, foi utilizado o instrumento que avaliou a qualidade de vida dos participantes da pesquisa, denominado WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of life-old*. ANEXO 5), validado para população idosa brasileira por Fleck et al. (2006), composto por 24 itens distribuídos em 06 domínios: I -“Funcionamento do Sensorio”(FS), avalia o funcionamento sensorial e impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade de vida de idosos; II- “Autonomia” (AUT), refere-se a independência na velhice, considera o viver de forma autônoma e a tomada das próprias e decisões III- “Atividades Passadas, Presentes e Futuras”, que avalia as atividades passadas, presentes e futuras; IV- “Participação Social”, avalia a participação social nas atividades do cotidiano com foco na comunidade que se está inserido; V- “Morte e Morrer”, refere-se às preocupações, inquietudes, expectativas e temores sobre a morte e o morrer; VI- “Intimidade”, que avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas (FLECK; CHACHAMOVICK; TRENTINIO, 2006) (ANEXO 5).

4.4 Análise Estatística.

Inicialmente, foi realizada a descrição dos dados para os participantes, sendo as variáveis numéricas apresentadas como média e desvio-padrão, ou mediana e valores de mínimo e máximo. Enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas em porcentagem. No segundo momento, os participantes foram categorizados de acordo com a raça autodeclarada e todas as variáveis foram comparadas para o grupo de raça branca com o grupo raça preta e parda. Foi realizado o teste de normalidade de Shapiro Wilk que permitiu a escolha de métodos paramétricos (teste *t* de Student para amostras independentes) ou não paramétricos (Mann Whitney) para as variáveis numéricas. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de Fisher ou Qui-quadrado foi utilizado para comparação da frequência das categorias entre os

grupos. Os dados foram analisados usando o software *GraphPad Prism* (versão 9.0) e as diferenças foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

5. ARTIGO CIENTÍFICO

ENVELHECIMENTO E AS DESIGUALDADES RACIAIS EM UM MUNICÍPIO DA GRANDE SÃO PAULO: DESAFIO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

Resumo

O presente estudo analisou o perfil socioeconômico e de saúde de uma amostra da população idosa do município de Itapevi, situado no Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo quantitativo no qual foram incluídos 52 idosos, participantes do Centro de Convivência de Itapevi, com idade igual ou superior a 60 anos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas presenciais compostas por questionários semi estruturados para identificação dos participantes, características sociodemográficas e econômicas, das condições de saúde e do acesso aos serviços de saúde e o WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of life-old*) que permitiram medir a autopercepção sobre diferentes aspectos da qualidade de vida dos idosos participantes. Foi observado que os participantes apresentavam baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, eram portadores de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar do empenho e eficiência do modelo socioassistencial vivenciado no Centro de Convivência, cenário do estudo, foi identificado dificuldades em relação ao acesso da população idosa aos serviços de saúde do município, sobretudo em relação ao tempo de espera para obtenção do serviço, o que impactou diretamente na prevenção e promoção da saúde com insatisfação no cuidado à saúde dos acometidos por DCNTs. O estudo também identificou cenário de desigualdade no envelhecimento da população preta ou parda que apresentou menor renda mensal, menor nível de escolaridade, maior tempo de espera e dificuldades para acessar o SUS. Embora, tais diferenças tenham sido detectadas a autopercepção da qualidade de vida foi a mesma para brancos, pretos e pardos. O desenvolvimento de políticas de acesso ao SUS são de fundamental importância para a melhoria da qualidade de vida da população idosa itapeviense.

Palavras-chave: Envelhecimento Populacional; idosos; SUS; DCNTs; Qualidade de Vida

Abstract

The present study analyzed the socioeconomic and health profile of a sample of the older adults population of the municipality of Itapevi, located in the State of São Paulo. This is a quantitative study in which 52 older adults, participants from Community Center of Itapevi (CCI), aged 60 years or more, were included. Data was collected through face-to-face interviews consisting of semi-structured questionnaires for identification of the participants, sociodemographic and economic characteristics, health conditions and access to health services, and the WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of life-old) that allowed measuring the self-perception on different aspects of quality of life of the older adults participants. It was observed that the participants had low education, low socioeconomic status, non-transmissible chronic disease (NCDs), and were users of the Unified Health System (SUS). Despite the commitment and efficiency of the social assistance model experienced in the Community Center of Itapevi (CCI), the scenario of the study, difficulties were identified regarding the access of the older adults population to health services in the municipality, especially in relation to the waiting time to obtain the service, which directly impacted the prevention and promotion of health with dissatisfaction in health care of people affected by NCDs. The study also identified a scenario of inequality in the aging of the black or brown population, which had lower monthly income, lower educational level, longer waiting time, and difficulties to access the SUS. Although such differences have been detected, the self-perception of quality of life was the same for whites, blacks, and browns. The development of policies for access to SUS are of fundamental importance for improving the quality of life of the older adults population of Itapevi.

Keywords: Population Aging; Aged; SUS; Non-transmissible chronic disease-NCDs; Quality of Life.

Introdução

No Brasil, o processo de transição demográfica se apresenta de forma acelerada, com aumento expressivo da população idosa, que segundo o Estatuto da Pessoa Idosa é todo e qualquer indivíduo acima dos 60 anos de idade (BRASIL, 2003). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos com aumento de 4,8 milhões de pessoas idosas desde 2012, o que pode ser justificado por vários fatores, entre eles o avanço da medicina e redução da taxa de natalidade (IBGE, 2018).

O envelhecimento é um processo natural e inevitável que está associado aos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, que, apesar de variarem de um indivíduo para outro, modifica a relação com o tempo e com o mundo, considerando também as características culturais (BEAUVOIR, 1990). Para o Ministério da saúde, o envelhecimento, além de um processo natural, pode ser compreendido como a diminuição progressiva da capacidade funcional, um processo dinâmico e progressivo que provoca afecções de caráter crônico com necessidade de acompanhamento e assistência específica (COSTA; CASTRO; ACIOLI, 2013).

Com o envelhecimento da população, tem sido observada também uma mudança no perfil epidemiológico com aumento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) por todo o país. Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doença, a maioria das DCNTs, tais como: hipertensão, diabetes, doenças respiratórias, câncer e doenças cardiovasculares, acometem um maior número de pessoas idosas. Além disso, são resultantes de uma combinação de fatores comportamentais, genéticos, fisiológicos e ambientais, caracterizados pela complexidade dos fatores de risco, o que pode sobrecarregar o Sistema Único de Saúde (SUS) (ROMERO et al., 2021)

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), lançada em 2006, destaca as diretrizes para a promoção do envelhecimento ativo e saudável, por meio da execução do modelo de atenção integral para o cuidado da pessoa idosa, orientado e organizado pelo SUS, por meio de ações desenvolvidas e estratégias para a qualificação do cuidado e ampliação do acesso das pessoas idosas aos pontos de atenção das redes de saúde (BRASIL, 2006).

Entende-se por rede de atenção à saúde, o conjunto de serviços vinculados entre si, com missão e objetivos comuns, cooperativos, interdependentes para ofertar atenção contínua e integral à população (MENDES, 2015). Para que a proposta seja efetivada, há necessidade de

serviços capacitados e adequados, para promover a manutenção da funcionalidade, autonomia, para o alcance de uma vida saudável para a pessoa idosa (CRUZ, 2012).

Desta forma, cabe mencionar a importância das ações intersetoriais para favorecer o atendimento às pessoas idosas no uso de diversos serviços, a exemplo dos centros de convivência dos idosos que surgiu na área da assistência social pelo programa São Paulo Amigo do Idoso. Com essa iniciativa, o Governo do Estado de São Paulo propôs atender as demandas decorrentes do envelhecimento populacional no âmbito da proteção social e de saúde, por meio do decreto n. 58.417 de 01/10/2012.

O município de Itapevi possui o Centro de Convivência para Idosos (CCI), para promover o convívio social, o entretenimento e a troca de experiências entre pessoas acima de 60 anos, residentes no município. O principal objetivo do CCI de Itapevi é promover a qualidade de vida, através da oferta de atividades físicas, culturais, educacionais e de lazer que contribuam para o bem-estar físico e mental. Além disso, o CCI contribui para a prevenção de problemas de saúde, melhoria da autoestima, autoconfiança e da redução do isolamento social.

O Estado brasileiro assegura os direitos da pessoa idosa por meio de uma série de atos legislativos, conforme mencionado na Política Nacional do Idoso disposta na lei nº 8.842/94 (BRASIL, 1994) que visa a promoção da autonomia e integração do sujeito idoso à sociedade, uma vez que responsabiliza a todos por resguardar os direitos da pessoa idosa e por evitar toda forma de discriminação. Portanto, se estabelece diversos serviços assistenciais e políticas a serem seguidas para que a vivência da pessoa idosa seja realizada de forma íntegra, respeitando as potencialidades e limitações, de maneira a ser viável manter-se ativa sócio-culturalmente.

Sob essa ótica, todos os fatores mencionados até aqui, interferem diretamente na qualidade de vida (QV), da pessoa idosa, definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Para Mirandola (2014), as medidas de QV são importantes para avaliação da saúde, tanto para os aspectos sociais como individuais. Apesar do conceito estar relacionado à subjetividade da avaliação realizada pela própria pessoa sobre sua saúde e o impacto sobre sua vida, entende-se que QV é a satisfação individual ou felicidade com a vida nos domínios de relevância para a pessoa idosa (MIRANDOLA, 2014).

Considerando a importância do envelhecimento populacional brasileiro e das políticas públicas existentes que visam propiciar o envelhecer de forma ativa, saudável e com qualidade, o presente estudo teve por objetivo descrever as características socioeconômicas, as condições e o acesso aos serviços de saúde, e a qualidade de vida de uma amostra da população idosa que frequenta o CCI de Itapevi. Além disso, com intuito de analisar as desigualdades do envelhecimento, todos os dados foram comparados entre brancos e pretos ou pardos segundo utilizado pelo IBGE (2011).

Metodologia

Tipo de Estudo e Participantes

Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem descritiva, transversal, que coletou informações para caracterizar uma amostra da população idosa que frequenta o CCI de Itapevi pelo período de abril a agosto de 2022. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu (CAAE-55679922-0.0000.0089 e parecer n. 5.265.869 de 25 fevereiro de 2022).

Para composição da amostra foi realizado o cálculo amostral pelo software G*Power 3.1 considerando *effect size* de 0,3; $\alpha = 0,01$ e poder de 0,99 (HARPER et al., 2019), o que determinou a necessidade de 52 participantes para composição da amostra. Dessa forma foram elegíveis para participar do presente estudo pessoas idosas com idade igual ou superior a 60 anos, domiciliados no município de Itapevi, inscritos no CCI de Itapevi. Todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, além da total isenção de custos de ordem financeira. Na sequência, assinaram o Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (TCLE), com todas as informações sobre os riscos e benefícios do estudo desenvolvido a partir da Resolução n. 466/2012.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no presente estudo indivíduos com 60 anos ou mais que frequentavam o CCI de Itapevi. Foram excluídas pessoas idosas com deficiência auditiva, visual, cognitiva e

neurodegenerativa que impossibilitasse o entendimento, e a capacidade de responder aos questionamentos de forma independente.

Questionários e Instrumento

Foram utilizados três questionários semiestruturados, adaptados a partir do Programa de Cooperação Acadêmica (PROCAD), para caracterização da população do estudo, sendo o primeiro com intuito de identificar os participantes, obter informações sobre as DCNTs presentes e medicamentos de uso contínuo. O segundo questionário coletou dados sociodemográficos, para caracterização da população do estudo com informações sobre idade, gênero, estado civil, características étnico-raciais (IBGE, 2011), escolaridade e outros aspectos socioeconômicos. O terceiro questionário avaliou o acesso aos Serviços Públicos e Privados de Saúde utilizados no decorrer dos últimos 12 meses, a satisfação, o trabalho, bem como o acesso e atendimento nos demais serviços, todos em conformidade com a lei de proteção de dados (LGPD).

Por fim, foi utilizado o instrumento que avaliou a qualidade de vida dos participantes da pesquisa, denominado WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of life-old*), validado para população idosa brasileira por Fleck et al. (2006). O instrumento é composto por 24 itens distribuídos em seis domínios: I- Funcionamento sensorial: avaliou o funcionamento sensorial e impacto da perda das habilidades sensoriais nas atividades da vida diária e da capacidade de interação com outras pessoas na qualidade de vida de idosos; II- Autonomia: refere-se a independência na velhice, considera o viver de forma autônoma e a tomada das próprias e decisões; III- Atividades Passadas, Presentes e Futuras: avaliou as atividades passadas, presentes e futuras; IV- Participação Social, que analisou a participação social nas atividades do cotidiano com foco na comunidade em que está inserido; V- Morte e Morrer: refere-se as preocupações, inquietudes, expectativas e temores sobre a morte e o morrer; VI- Intimidade: que avalia a capacidade de ter relações pessoais e íntimas (FLECK; CHACHAMOVICK; TRENTINIO, 2006).

Análise e apresentação dos dados

Inicialmente, foi realizada a descrição dos dados para os participantes, sendo as variáveis numéricas apresentadas como média e desvio-padrão, ou mediana e valores de mínimo e máximo; enquanto, as variáveis categóricas foram apresentadas em porcentagem. No segundo momento, os participantes foram categorizados de acordo com as características étnico-raciais e todas as variáveis foram comparadas entre os indivíduos que se autodeclararam como brancos com os que se autodeclararam pretos ou pardos. Para as variáveis numéricas foi realizado o teste de normalidade de Shapiro Wilk que permitiu a escolha de métodos paramétricos teste t de *Student* para amostras independentes, com resultados expresso em média $\pm$ desvio padrão; ou não paramétricos como (Mann Whitney) com dados apresentados como valores de mediana e mínimo – máximo. Para as variáveis categóricas foram utilizados o teste exato de Fisher (2 categorias) e o teste do Qui-quadrado (para variáveis com mais de 2 categorias), que compararam se existia diferença entre a frequência das categorias entre os grupos, com resultados expressos em porcentagem. Todos os dados foram analisados usando o software *GraphPad Prism* (versão 9.0) e as diferenças foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

Resultados

As 52 pessoas idosas estudadas e inscritas no CCI de Itapevi, apresentaram média de idade de $70 \pm 5,8$ anos (62 – 91), predominantemente do gênero feminino, casados, sendo que 55,7% se autodeclararam com características étnico-raciais preta, e apresentavam $3,0 \pm 2,0$ (0 – 10) filhos. Declararam morar sozinhos o maior percentual dos participantes, seguido dos que moram com cônjuge/companheiro.

Em relação aos dados socioeconômicos, prevalece o estudo fundamental 1 equivalente ao antigo primário para a maioria dos entrevistados, com a média de 4 a 5 anos de frequência escolar.

Cabe salientar que a população incluída no presente estudo, conta com os recursos do SUS para atendimento de saúde, sendo que foi identificado 98% dos pesquisados como portadores de DCNTs, prevalecendo hipertensão, seguida de diabetes e hipercolesterolemia, como tipo de doenças com uso de 05 a 10 medicações por dia para 55,7% da amostra.

No segundo momento de análise dos resultados, os participantes do presente estudo foram categorizados de acordo com as características étnico-raciais autodeclaradas em brancas ou pretas

e pardas, ficando com 51 participantes, uma vez que foi excluído da amostra 01 oriental e os resultados foram apresentados nas tabelas de 1 a 4. Em relação às características socioeconômicas, as análises revelaram diferenças quanto ao gênero dos participantes ($p=0,0006$), com maior frequência de mulheres (82,3%) e menor de homens (17,6%) com características étnico raciais pretas e pardas. Quanto ao estado civil, diferenças significativas ($p=0,04$) foram observadas, e uma maior proporção de pretos e pardos viúvos (26,5%) e de brancos solteiros (23,5) foi observada (tabela 1).

Não foram detectadas diferenças quanto ao número de filhos e a constituição da moradia das pessoas idosas quanto a morar sozinho ($p=0,48$), com cônjuge/companheiro ($p=0,46$), com filhos/enteados e netos ($p=0,32$ e $0,59$, respectivamente), bem como para dividir moradia com outros parentes ($p=0,49$) e não familiares ($p=0,25$). Cabe ressaltar que diferença significativa foram observadas entre os grupos em relação a compartilhar o lar com bisnetos ($p=0,03$), uma vez que 5,9% brancos relataram dividir a moradia com bisnetos, enquanto nenhum participante preto ou pardo reportou esse arranjo familiar, conforme mostrado na tabela 1.

Diferenças significativas entre os grupos foram encontradas quanto ao nível de escolaridade ($p<0,0001$) e o número de anos na escola ($p=0,004$), mostrando que participantes com características étnico-raciais de pretos e pardos apresentaram menores níveis de escolaridade e um menor número de anos frequentando a escola quando comparado aos brancos (tabela 1).

Além disso, foi observado uma maior frequência de participantes com características étnico-raciais de brancos exercendo atividades remuneradas ($p=0,0003$) e aposentados ($p=0,001$) quando comparado ao grupo composto por indivíduos que se autodeclararam pretos ou pardos. As análises referentes a renda autodeclarada mostraram uma maior renda individual mensal para participantes brancos ($p=0,009$), que também foi o grupo que apresentou maior frequência de relato sobre ser responsável pelo seu próprio sustento ($p=0,006$). No entanto, quanto à renda mensal da casa não foi detectada diferença entre os participantes dos diferentes grupos étnico-raciais do presente estudo ($p=0,26$), conforme mostrado na tabela 1.

Tabela 1: Características sociodemográficas da população idosa autodeclarada de raça branca e preta ou parda que frequenta o Centro de Convivência do Idoso do município de Itapevi (n=52).

	Branco (n=17)	Pretos e Pardos (n=35)	Estatística
Idade Mediana (Mínimo-Máximo)	69 (62 – 79)	68 (63 – 91)	p=0,57
Gênero (%) **	Feminino: 58,8 Masculino: 41,2	Feminino: 82,3 Masculino: 17,6	p=0,0006
Estado civil (%) *** Solteiras (os) Casadas (os) Viúvas (os) Separadas/divorciadas (os)	23,5 35,3 17,6 23,5	11,8 38,2 26,5 23,5	p=0,04
Número de filhos Mediana (Mínimo-Máximo)	2 (0 – 6)	3 (0 – 10)	p= 0,10
Morar sozinha (o) (%)	41,2	47,1	p= 0,48
Morar com companheiro (a) (%)	35,3	41,2	p= 0,46
Morar com filhas (os)/enteadas (os) (%)	17,6	11,8	p= 0,32
Morar com neta (o) (%)	5,9	8,9	p= 0,59
Morar com bisneta (o) (%) **	5,9	0	p= 0,03
Morar com outro (s) parente (%)	5,9	2,9	p= 0,49
Morar com pessoa (s) fora da família (%)	0	2,9	p= 0,25
Nível de Escolaridade (%) *** Nunca frequentou escola Curso de alfabetização Fundamental I (Primário) Fundamental II (Ginásio) Ensino médio (Colegial) Curso superior	11,8 5,9 29,4 23,5 17,6 11,8	11,8 14,7 52,9 20,5 0 0	p<0,0001
Anos na escola * Mediana (Mínimo-Máximo)	5 (2 – 19)	4 (0- 8)	p=0,004
Trabalha atualmente (%) **	11,8	0	p=0,0003
Aposentada (o) (%) **	88,2	67,6	p=0,001
Pensionista (%)	5,9	11,8	p=0,22
Proprietária (o) da residência (%)	82,3	79,4	p=0,72
Responsável pelo próprio sustento (%) **	82,3	63,6	p=0,006
Renda mensal individual (R\$) Mediana (Mínimo-Máximo) *	1824,00 (400,00 – 3500,00)	1117,00 (0 – 3500,00)	p=0,009
Renda mensal da casa (R\$) Mediana (Mínimo-Máximo)	2200,00 (400,00 – 3800,00)	1424,00 (1000,00 – 5212,00)	p=0,26

* Mann Whitney, ** Teste exato de Fisher, *** Teste do Qui-quadrado.

Na tabela 2 foram apresentados os resultados referentes à presença de deficiências associadas ao comprometimento da autonomia das pessoas idosas, e embora não tenham sido detectadas diferenças quanto à proporção de indivíduos com deficiências nos diferentes grupos étnico-raciais, participantes pretos e pardos relataram maior percentual de deficiência física (38,5%), auditiva (15,4%) e concomitantemente as duas (7,7%) quando comparados aos brancos ($p<0,0001$). Embora não tenham sido detectadas diferenças quanto ao tratamento específico para as deficiências relatadas entre brancos e pretos e pardos ($p=0,25$), o tempo de diagnóstico foi menor para brancos ($p<0,0001$). Enquanto 33% dos participantes pertencentes ao grupo étnico-racial branco teve o diagnóstico da deficiência realizado em menos de um ano, 54,3% dos pretos e pardos relataram receber o diagnóstico da deficiência após 5 anos.

Tabela 2: Características de saúde da população idosa autodeclarada de raça branca e preta ou parda que frequenta o Centro de Convivência do Idoso do município de Itapevi (n=52).

	Brancos (n=17)	Pretos e Pardos (n=35)	Estatística
Presença de deficiência (%)	35,3	38,2	$p=0,77$
Tipo de deficiência (%) *			
Visual	33,3	23,1	$p<0,0001$
Auditiva	0	15,4	
Física	16,6	38,5	
Visual e auditiva	0	7,7	
Outras	50,0	15,4	
Tempo para o diagnóstico (%) *			
Menos de 1 ano	33,3	6,7	$p<0,0001$
De 1 a 5 anos	66,7	40,0	
Mais de 5 anos	0	54,3	
Tratamento específico para a deficiência (%)	100	97,0	$p=0,25$

* Teste do Qui-quadrado.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde utilizados pela população idosa participante do estudo, não foram observadas diferenças quanto ao número de consultas realizadas nos últimos 12 meses para os grupos étnico-raciais brancos e pretos ou pardos a raça ($p=0,99$). No entanto, foi observado uma maior proporção de participantes brancos que utilizavam essencialmente os serviços públicos de saúde (100%) quando comparado aos pretos e pardos (84,4%, $p=0,0002$), conforme mostrado na tabela 3.

Em relação a necessidade de internação, uma maior frequência de brancos internados nos últimos 12 meses foi observada (29,5%), quando comparada ao grupo composto por pretos e

pardos (14,7%, $p= 0,025$). Além disso foi observado diferença significativa para tempo de internação ($p=0,008$) e tempo de espera no hospital ($p=0,04$) entre os grupos étnico-raciais, sendo que maior tempo de internação (72 horas) e menor tempo de espera para a efetivação da internação para os participantes brancos (10 minutos), quando comparado aos pretos e pardos, que relataram permanecer internados por uma hora e aguardar a internação por 45 minutos (tabela 9).

Embora, não tenham sido encontradas diferenças quanto a proporção de indivíduos brancos e pretos e pardos que relataram dificuldades para utilizar o SUS ($p=0,11$), os tipos de dificuldades relatadas diferiram entre grupos étnico-raciais ($p<0,0001$). Enquanto os participantes brancos relataram a demora (61,5%), a burocracia (7,7%) e ausência de médicos (15,4%), os pretos e pardos relataram a demora (61,3%), não conseguir realizar o agendamento das consultas (32,2%) como as dificuldades para uso do SUS (tabela 3). Em relação à vacinação, não foram detectadas diferenças quanto aos grupos étnico-raciais na proporção de vacinados para gripe ($p=0,99$) e tétano ($p=0,47$).

Em relação à assistência odontológica, nenhum dos participantes relatou ter utilizado consultas odontológicas nos últimos 12 meses. quando questionados sobre o principal motivo, foi manifestado o impedimento de arcar com o pagamento desse serviço, seguido pela manifestação dos pesquisados, que entenderam não haver necessidade de consulta odontológica por não ter dentes. A maioria dos participantes reconheciam o direito de atendimento odontológico pelo SUS. No entanto, foi mencionada a dificuldade para utilizar o serviço, devido a demora.

Não foram detectadas diferenças quanto ao número de consultas odontológicas ($p= 0,82$) entre brancos e pretos ou pardos. No entanto, diferenças foram observadas quanto a proporção de pretos e pardos que: precisaram, mas não quiseram ir ao dentista (8,0%); os que não foram por não ter condições de pagar (44%) e aqueles que não responderam a essa pergunta (8,0%, $p<0,0001$). Diferenças significativas também foram observadas quanto ao conhecimento da oferta de tratamento odontológico pelo SUS ($p= 0,05$), em que o grupo étnico composto por pretos e pardos apresentaram maior proporção de ciência sobre esse direito (58,8%), quando comparados aos brancos (41,2%).

Tabela 3: Acesso aos serviços de saúde da população idosa autodeclarada de raça branca e de preta e parda que frequenta o Centro de Convivência do Idoso do município de Itapevi (n=52).

	Branco (n=17)	Pretos e Pardos (n=35)	Estatística
Serviços de saúde utilizados (%) *			
Público	100	84,4	p=0,0002
Privado	0	3,1	
Outros	0	12,5	
Necessidade de internação (últimos 12 meses, %)**	29,5	14,7	p=0,025
Se sim, tempo de internação (horas)**	72 (48 - 720)	1 (0,5 - 24)	p=0,008
Se sim, tempo de espera (minutos)** Mediana (Mínimo-Máximo)	10 (5 - 40)	45 (30 - 60)	p=0,04
Se não, receberam visita de profissional da área da saúde (últimos 12 meses, %)	29,4	6,2	p=0,001
Número de consultas médica (últimos 12 meses) [Mediana (Mínimo-Máximo)]	4 (1 - 48)	4 (1 - 48)	p=0,99
Dificuldade para usar o SUS	70,6	85,3	p=0,11
Motivo (%)*			
Tempo para atendimento	61,5	61,3	p<0,0001
Burocracia	7,7	0	
Não consegue agendar	7,7	32,2	
Ausência de médico	15,4	3,2	
Não responderam	7,7	3,2	
Recebeu vacina contra a gripe (últimos 12 meses, %)	82,3	82,3	p=0,99
Recebeu vacina contra o tétano (últimos 10 anos, %)	41,1	47,1	p=0,47
Número de consultas odontológicas (últimos 12 meses) Mediana (Mínimo-Máximo)	0 (0 - 6)	0 (0 - 5)	p=0,82
Motivo de não ir ao dentista*			
Não precisou	46,1	36,0	p<0,0001
Precisou, mas não quis ir	0	8,0	
Precisou, mas não tinha dinheiro	38,5	44,0	
Precisou, mas não conseguiu consulta	15,4	0	
Não responderam	0	12	
Ciência de direito ao tratamento odontológico pelo SUS (%)***	41,2	55,9	p=0,05

* Teste do Qui-quadrado, ** Mann Whitney, *** Teste exato de Fisher

A comparação da qualidade de vida para os participantes que se autodeclararam como brancos e pretos ou pardos não mostrou diferenças significativas para todas as facetas do WHOQOL-Old, conforme mostrado na tabela 04.

Tabela 04: Valores de média $\pm$ desvio padrão dos escores de Qualidade de Vida para os domínios: funcionamento sensorial, autonomia, passado presente e futuro, participação social, morte e morrer e intimidade, obtidos por meio da aplicação do WHOQOL-OLD, para população idosa autodeclarada de raça branca e preta ou parda que frequenta do Centro de Convivência de Itapevi.

	Brancos (n=17)	Pretos e Pardos (n=35)	Estatística*
Funcionamento sensorial	59,2 $\pm$ 21,7	59,7 $\pm$ 23,6	p=0,94
Autonomia	53,7 $\pm$ 16,4	54,6 $\pm$ 15,1	p=0,85
Passado, presente e futuro	61,0 $\pm$ 17,3	63,1 $\pm$ 15,0	p=0,67
Participação social	62,5 $\pm$ 13,1	64,0 $\pm$ 13,1	p=0,69
Morte e morrer	62,1 $\pm$ 28,2	61,6 $\pm$ 25,3	p=0,94
Intimidade	58,4 $\pm$ 19,4	65,5 $\pm$ 14,9	p=0,15

* Teste t de *Student* para amostras independentes.

Discussão

O presente estudo teve como proposta inicial avaliar as características socioeconômicas, da autopercepção de saúde e do nível da qualidade de vida de uma amostra da população idosa e inscrita no CCI de Itapevi, município da grande São Paulo. Além, da análise comparativa dessas características entre os que se autodeclararam de brancos, pretos e pardos. Os participantes apresentavam uma idade média de 70 anos, majoritariamente pertencentes ao gênero feminino, casados, com características étnico-raciais de pretos e pardos, baixa escolaridade, aposentados, com renda mensal de R\$1.250,00, morando sozinho ou com companheiro e média de três filhos. Segundo Chaves (2017) estudos com essa abordagem se fazem necessário por possibilitar analisar a complexidade do processo de envelhecer, de acordo com as especificidades relacionadas às características socioeconômicas e ambientais por meio de um olhar multidimensional com intuito de compreender as necessidades de uma determinada população vivendo em diferentes contextos.

A população do Estado de São Paulo está cada vez mais idosa e segundo dados do Seade, estima-se que em 2025, as pessoas acima de 60 anos correspondam a 17,6% da população paulista. Enquanto a proporção de jovens com menos de 15 anos possui uma tendência constante de queda (26,31% em 2000 para 18,36% em 2025), a população com 60 anos ou mais cresce ano a ano (8,96% em 2000 para 18,36% em 2025) (SEADE, 2023).

Segundo dados de 2020 do Sistema Estadual de Análise de Dados (Seade), o município de Itapevi era constituído por 237.714 habitantes, e ainda apresentou maior parte da população composta por jovens 0 a 15 anos (23,05%) e adultos de 25 a 40 anos (29,72%) (SEADE, 2023). A população idosa do município de Itapevi corresponde a 9,73%, dos quais 4,31% pertencem ao gênero masculino e 5,53% ao feminino, embora dentre os participantes do presente estudo uma proporção maior de mulheres tenha sido encontrada. Essa evolução etária, caminha de encontro com as estatísticas nacionais com semelhança aos dados demográficos de outros estudos, bem como os achados sobre a prevalência do gênero feminino (BRITO et al., 2014; MIRANDOLA, 2014; SALLES, 2018).

Da amostra estudada, a maioria se autodenomina pertencer ao grupo étnico-racial preto, totalizando (55,7%), embora, segundo dados do IBGE (2019) para a região Sudeste, apenas 9,44% das pessoas acima de 60 anos sejam pretas. Nesse item, a manifestação se dá pela percepção que a pessoa idosa tem em relação a sua imagem, e pode ser influenciada por questões sociais, e que por vezes pode ter impactos negativos na saúde (ROCHA; BÓS, 2013). Os resultados comparativos das características étnico-raciais (brancos e pretos e pardos) mostraram uma feminização do envelhecimento para pretos e pardos, diferente do que foi observado para brancos, o que poderia ser explicado pela morte precoce de homens pretos ou pardos (FIORIO et al., 2011). Segundo Silva (2019), a sociedade brasileira tem ignorado o racismo, o que amplia a iniquidade entre diferentes grupos étnico-raciais como pretos e pardos, o que precisa ser revisto nos estudos realizados para avaliar o envelhecimento da população brasileira.

Ao considerar o estado civil, observou-se que a maioria dos participantes se apresentou como casados 38,5%. No entanto, após a categorização de acordo com as características étnico-raciais, pode-se observar uma menor proporção de solteiros e maior número de viúvos nos grupos de pretos e pardos. É importante destacar que as mulheres idosas que vivem sem o companheiro, pelo motivo de separação ou viuvez, apresentam taxas de mortalidade mais elevada

do que as casadas, enquanto, entre os homens, são os solteiros que possuem taxa de morte mais elevada (ROCHA, BÓS, 2013; BARROS; BRANCOS, 2017).

O presente estudo, apresenta 44,2% de pessoas idosas vivendo sozinhas, o que as leva a sofrer influência das experiências vivenciadas e do contexto sociocultural, associado ao valor dado para a família e sociedade (FALLER; TESTON; MARCON, 2018). Residir com alguém, familiares, configura vínculo, o que pode melhorar as condições de auxílio que a pessoa idosa possa precisar, nesse sentido está a importância da rede de apoio como contribuição no processo de envelhecimento, sendo que a perda de laços familiares ou de amigos pode piorar o estado de saúde comprometendo a qualidade de vida da pessoa idosa (CARVALHO, 2017).

Quanto ao grau de instrução, foi possível identificar a baixa escolaridade das pessoas idosas do Centro de Convivência do Município de Itapevi, fato que fica ainda mais evidente quando é realizado o recorte racial que mostra que pretos e pardos apresentam nível de escolaridade inferior ao dos brancos. Para Castro et. al. (2019), a escolaridade é um indicador socioeconômico de relevância, interfere na compreensão da condição de saúde, na adesão aos tratamentos e reflete na qualidade de vida da pessoa idosa.

A análise dos dados econômicos apontou que a maioria dos participantes do presente estudo (94,3) não trabalham, recebem aposentadoria (75%), ora por tempo de serviço ou através do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Relataram ser proprietários de suas residências (78,5%), independentemente de ser um cômodo, fundos, na parte superior, na parte de baixo, ou em um quintal em conjunto com familiares, que por vezes não há documentação oficializada. A renda individual variou de R\$882,00 a R\$1.250,00, enquanto a renda familiar permaneceu entre R\$1.250,00 e R\$1.869,00 e consideraram não ter renda suficiente para viver (84,6%). Algumas diferenças foram observadas entre os grupos étnicos raciais, sendo que há uma maior proporção de brancos ainda exercendo trabalho remunerado, recebendo aposentadoria e responsável pelo próprio sustento. Enquanto, pretos e pardos apresentam menor renda mensal individual e maior dificuldade de serem os responsáveis pelo próprio sustento. De acordo com Silva (2015), essa renda média apresentada, pode ser considerada uma condição de carência econômica, representando a parcela mais vulnerável da população e com maiores necessidades para a manutenção de vida com moradia, lazer, alimentação, assistência à saúde, prejudicada.

Em conjunto, os dados do presente estudo estão em acordo com o de Néri (2007), que relata que existem no Brasil cinco vezes mais idosas sem nenhuma fonte de renda do que idosos

(18,6% para 3,5%), além do fato de existirem mais homens aposentados do que mulheres, o que justifica um predomínio de mulheres nos grupos com menores rendimentos ou com necessidade de ajuda para se manter, conforme também observado no presente estudo.

Dentre os fatores que influenciam no processo de envelhecimento, estão as alterações fisiológicas e cognitivas do indivíduo que são afetadas por elementos externos, como escolaridade e as disponibilidades de suporte social e familiar (COELHO; MITCHELL, 2018). Isto posto, os dados demonstram a importância de olhar para o perfil desses idosos, uma vez que apresentam limitações relevantes e reconhecidas neste estudo. As DCNTs estavam presentes, em 98,1% das pessoas idosas entrevistadas, acometidos principalmente por Hipertensão, Diabetes e Hipercolesterolemia, com uso contínuo de medicação, em parte fornecida pelo SUS. Esse achado está em concordância com outros estudos realizados em outros municípios do Brasil, a exemplo do município de Chapecó em Santa Catarina, com mais de 60% dos idosos com Hipertensão Arterial (RAMOS, 2019).

No que tange às condições de saúde 40,5%, dos participantes relataram a presença de deficiências. Com o avançar da idade é observado um risco crescente de que seja desenvolvida uma menor capacidade funcional, com menor possibilidade para realização das Atividades da Vida Diária (AVD). (ROSA; BIANCHI; HANSEN; MONSCHAU, 2014). O grupo étnico-racial de pretos e pardos apresentaram maiores proporções de deficiências físicas, o que poderia ser associado à atividade física no trabalho, um item importante para análise de desigualdade social, uma vez que indivíduos com menor nível socioeconômico encontram-se em ocupações que exigem menor qualificação profissional e maior força física no mercado de trabalho. Este resultado ilustra o panorama sobre o mercado de trabalho brasileiro, no qual negros são maioria nos setores como: agricultura, construção civil, trabalhos domésticos e em outras atividades, muitas vezes sem a garantia de direitos trabalhistas, que podem ser justificados pela desigualdade dos níveis educacionais da população preta e parda quando comparada à branca (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2017; SOUSA et al., 2019). É importante destacar que o tempo de diagnóstico das deficiências relatadas pela população idosa foi diferente entre os grupos. Enquanto a maior parte dos brancos (66,7%) tiveram o tempo de diagnóstico da deficiência sendo realizado em até 5 anos, mais da metade dos pretos e pardos (54,3%) tiveram o diagnóstico realizado entre 5 a 10 anos.

Quando se considera a necessidade de internação, ao precisar do serviço no decorrer dos últimos 12 meses, a média de espera foi de 36 horas, no serviço oferecido pelo SUS. Se torna importante verificar o quanto essas internações poderiam ser prevenidas e principalmente minimizar o desgaste com tamanho tempo de espera. Alguns estudos têm investigado a prevalência de internações causadas por doenças passíveis de cuidados na Atenção Primária da Saúde (APS), como por exemplo diabetes descompensada (ROCHA, BÓS, 2013). Corroborar com essa informação o achado de que 85,1% dos entrevistados não receberam visita de agentes de saúde no decorrer dos últimos 12 meses, papel da rede de atenção primária desenhado para a funcionalidade preventiva do SUS (CABRAL et al., 2019; MENDES, 2015). Mais uma vez, o recorte étnico racial categorizando os participantes em brancos ou pretos e pardos, mostrou que uma diferença no atendimento. Embora o número de consultas no último ano tenha sido o mesmo para os dois grupos, os brancos relataram somente utilizar o SUS, terem maior necessidade de internação, aguardarem menos tempo para acontecer a internação e permanecerem internados por mais tempo que os pretos e pardos. Além disso, uma maior proporção de brancos recebeu a visita domiciliar de agentes da APS. De nosso conhecimento, não foram encontrados estudos realizados com a população brasileira debatendo a discriminação racial nos setores da saúde; no entanto, segundo Williams e Priest (2017), a falta de empatia para com os grupos étnico-raciais minoritários, pode determinar as preferências nas sociedades contemporâneas e favorecer o crescimento das desigualdades raciais, inclusive as associadas com a saúde. A falta de empatia foi definida como uma dimensão importante do preconceito sutil e pode influenciar atitudes e preferências quanto às políticas públicas, inclusive para redução das desigualdades raciais e as que determinam os níveis de saúde (PETTIGREW; MEERTENS, 1995).

Em relação às dificuldades associadas à utilização do SUS, a demora para conseguir o serviço necessário (consultas ou exames) foi o fato mais relatado entre os participantes do estudo, independente do grupo étnico racial. No entanto, enquanto brancos citaram a ausência de médicos nas UBS como segundo fator de reclamação, pretos e pardos relataram as dificuldades de conseguirem agendar o procedimento, o que sugere novamente a existência de desigualdade no atendimento a pretos e pardos.

Quando o assunto foi atrelado à saúde bucal, surgiu um alerta, uma vez que os idosos participantes do presente estudo declararam não ter a prática de realizar consultas odontológicas, ora por dificuldade financeira, ora por não precisar por considerar que a ausência de dentes é

determinante para não ir mais ao dentista. A baixa qualidade de saúde bucal da população idosa brasileira foi recentemente mostrada por Silva et al. (2021), que relatam a baixa procura por consultas odontológicas e elevado número de usuários de próteses dentárias. No entanto, a saúde bucal tem influência direta na alimentação, saúde e qualidade de vida da população idosa. Portanto, confirma-se a necessidade de políticas públicas e maior atenção à prevenção, promoção e proteção à saúde bucal, uma vez que a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos do SUS e o custo para tratamentos odontológicos particulares foram relatadas também pelos participantes do presente estudo.

Em relação a autopercepção do nível de qualidade, os menores escores foram para o domínio da autonomia, o que sugere o impacto das DCNTs e das deficiências relatadas pelos participantes, enquanto, os maiores escores para participação social podem estar associados a participação semanal dos idosos nas atividades oferecidas pelo CCI de Itapevi. Embora, tenham sido relatadas diferenças em vários momentos do estudo quanto aos grupos étnico-raciais, não houveram diferenças entre brancos ou pretos e pardos para nenhuma das facetas do WHOQOL-Old, e nesse ponto seria importante considerar os aspectos da literatura quanto a resiliência na velhice, que apesar de ser uma variável individual e essencial para a manutenção da saúde, também é entendida como a capacidade do indivíduo se adaptar aos desafios que emergem no decorrer da trajetória de vida (FARIA et al., 2020).

As divergências significativas observadas para os grupos étnico-raciais que ocorreram desde os dados socioeconômicos até o acesso aos serviços de saúde sugerem a iniquidade do envelhecer para pretos e pardos comparados aos brancos. Diversos estudos apontam a economia, a educação e a saúde como variáveis importantes no processo de envelhecimento (BARATA, 2009; SOUSA et.al., 2021; ROCHA, BÓS, 2013). Esses resultados corroboram com o estudo de Silva et al. (2018), que ao avaliarem pessoas idosas incluídas no Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), concluíram a existência de um cenário mais favorável para o envelhecimento branco.

Segundo Williams e Priest (2015), os impactos do racismo na saúde podem variar desde a estereotipagem e a discriminação racial, que podem promover diferentes acessos à recursos econômicos e oportunidades sociais. Além disso, o racismo atua como um agente estressor de forma isolada ou associada a outros agentes como o desemprego, as dificuldades financeiras, a violência, ou exposição a agentes físicos e químicos nos ambientes residenciais e de trabalho. Os

autores ainda relatam que a escassez e o registro inadequado em relação as características étnico-raciais nos sistemas nacionais dificultam o levantamento de dados mais detalhados sobre a discriminação nos serviços de saúde.

É importante destacar que o estudo tem limitações, por se tratar de um estudo transversal e descritivo e com os vieses esperados em função de coleta de dados autorreferidos. Contudo, espera-se que os resultados obtidos contribuam para elucidar alguns aspectos que impõem riscos ao envelhecimento ativo da população que frequenta o CCI de Itapevi e que contribua para nortear estratégias para intervenções, com intuito de promover uma melhora assistencial e da qualidade de vida da população idosa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou as características sociodemográficas, econômicas, de saúde e o nível da qualidade de vida de uma amostra de idosos do município de Itapevi, assim, constatou-se o feminismo da população estudada, a magnitude das desigualdades sociais e étnico-raciais que acompanham o processo de envelhecer. A baixa escolaridade, a fragilidade da rede de apoio, podem contribuir para o surgimento e agravamento das DCNT, com uso contínuo de medicação, o que demanda a necessidade do atendimento assistencial por meio do SUS, que se mostrou frágil para atender as demandas da população idosa, principalmente preta e parda. É sabido que a predominância e a magnitude das desigualdades prejudicam direta e indiretamente o envelhecimento ativo e saudável, o que traz preocupação em relação ao envelhecer da população idosa residente no município de Itapevi.

Com isso, os achados deste estudo convergem para o entendimento de que as pessoas idosas residentes no município de Itapevi, participantes das atividades oferecidas pelo Centro de Convivência de Idosos, apresentaram potencialidades e fragilidades em seu perfil. Assim, essas características devem ser consideradas pelos profissionais da saúde, da assistência social, educação, habitação e pelos formuladores e mentores das políticas públicas vigentes para atender a população idosa, conforme descreve a legislação, o que também pressupõe combater as desigualdades raciais no envelhecimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARATA, R. B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas de saúde coletivo. Disponível em: < <http://books.scielo.org> >

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, v.18, n. 1, p.325-329, março 2015.

BARROS, C. S.; BRANCOS, S. I. D. Envelhecimento da população negra, desigualdade racial e qualidade de vida. 20 de set. de 2017. Disponível em http://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20170920124107.pdf

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde DATASUS. Disponível em: <http://datasus.gog.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nv>

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em < <http://planalto.gov.br> >.

BRASIL. Lei n. 8842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br> >. Estatuto do Idoso (Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003).

BRASIL. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 que dispõe sobre a Política Nacional à Pessoa Idosa. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em 2 de maio de 2023.

BRASIL. Decreto-lei n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Dispõe sobre o que regulamenta a Lei 8.080/90 e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, MS; 2012.

BRITO, T. A. et al. R. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.21, n.4, p.308-313, 2014.

CABRAL, J. F.; SILVA, A. M. C. S.; MATTOS, I. E.; NEVES, A. Q.; LUZ, L. L., FERREIRA, D. B.; SANTIAGO, L. M.; CARMO, C. N. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3227-3236, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X7yTvBkzRJ7DGv6NqSqmb4r/>. Acesso em: 13 de junho de 2022.

CARVALHO, B. V. **Envelhecimento e apoio familiar: importância no bem-estar da pessoa idosa.** Psicologado. Edição 06/2017. Disponível em <<https://psicologado.com.br/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/envelhecimento-e-apoio-familiar-importancia-no-bem-estar-da-pessoa-idosa>>. Acesso em 10 de nov 2022

CASTRO, C.M.S et. al.; Influencia da escolaridade e das condições de saúde no trabalho remunerado de idosos brasileiros. **Ciências & Saúde Coletiva** 24, 2019.

CHAVES, R. N. **Representações Sociais e Memória de Idosos longevos sobre o processo de envelhecimento e a dependência funcional.** Dissertação de Mestrado em Memória: linguagem e Sociedade- Programa de pós graduação em Memória: Linguagem e Sociedade Universidade Estadual do Sudeste da Bahia, Bahia, 2017.

COELHO, F. F.; MITCHELL, R. B. Associações entre cognição, suporte social e qualidade de vida de idosos atendidos em uma unidade de saúde de Curitiba/PR. **Ciências & Cognição**, v. 23, n. 1, p. 54-62, 2018.

CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº 10.741.** Brasília, 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acessado em: 03 de Maio de 2022.

CONGRESSO NACIONAL. **Lei nº 8.842.** Brasília, 1994. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm. Acessado em: 25 de Abril de 2022.

COSTA, S. R. D.; CASTRO, E. A. B.; ACIOLI, S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 192-199, 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-684238>. Acessado em: 13 de junho de 2022.

CRUZ, K.C.T. **Qualidade de Vida Relacionada a Saúde dos Idosos do Estudo SABE.** Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação da faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas- UNICAMP, para obtenção do título. Campinas, 2012.

DAWALIBI, N. W.; ANACLETO, G.M.C.; WITTER, C.; GOULART, R.M.M.; AQUINO, R.C. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica Scielo. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, São Paulo, v.30, n.3 jul/set.2013

FALLER, J. W.; TESTON, E. F.; MARCON, S. S. Estrutura conceitual do envelhecimento em diferentes etnias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, p. e66144, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgefn/a/MFWPBfm99jCSTPyXNbTBpzp/?lang=pt>. Acessado em: 13 de junho de 2022.

FARIA, C.; MONTEIRO, J.; BASTOS, A. Acontecimentos de vida e envelhecimento: uma leitura individual e qualitativa- parte II. **Egitania Scientia** 2(27), 187-201, 2020. Disponível em : <https://doi.org/1046691/es.v0i0400>

FIORIO, N. M. et al.. Mortalidade por raça/cor: evidências de desigualdades sociais em Vitória (ES), Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 3, p. 522–530, set. 2011.

FLECK, M. P.A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the portuguese version of the WHOQOL-OLD module. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.40, n. 5, p. 785-791, out. 2006.

GARBACCIO, J. L. et al. Aging and quality of life of elderly people in rural áreas. **Revista Brasileira de enfermagem**, 71 724-32, 2018.

HUANG, C.; WANG, Y.; LI, X, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet**, v. 395, p.497-506, 2020.

INSTITUTO DE MÉTRICA E AVALIAÇÃO EM SAÚDE. **Estudo da Carga de Doença Global (GBD): gerando evidências, informando políticas de saúde**. Seattle, WA: IHME, 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça - 1995 a 2015**. Brasília: Ipea, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa das Características Étnico-Raciais da População: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça: 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção de População**. Brasília. IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Microdados da POB 2017-2018 (Pesquisa de Orçamentos Familiares). Rio de Janeiro. IBGE, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos**. Brasília. IBGE, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeções da População**. Brasília. IBGE, 2023. Disponível; <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html>

LOPES, C. L. C. **Perfil do Idoso do Bairro Camobi, Santa Maria/RS: qualidade de vida e cidadania**. 2013.

MAIA, F. O.M. et al. Fatores de risco para mortalidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.6, p. 1049-1056, 2006.

MALTA, D. C.; GOMES, C. S.; SILVA, A. G.; CARDOSO, L. S. M.; BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; SZWARCOWALD, C. L. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVID-19, Brasil, 2020. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2833-2942, 2021. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/csc/a/4PDxPLNLNnKwwzR7bBrdW3L/?lang=pt#:~:text=ConVid%20-%20Pesquisa%20de%20Comportamentos%2C%202020,sem%20DCNT%20\(Figura%201\).](https://www.scielo.br/j/csc/a/4PDxPLNLNnKwwzR7bBrdW3L/?lang=pt#:~:text=ConVid%20-%20Pesquisa%20de%20Comportamentos%2C%202020,sem%20DCNT%20(Figura%201).) Acesso em: 25 de Abril de 2022.

MENDES, Eugenio Vilaça. **As redes de atenção a saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de saúde, 2011.

MENDES, Eugenio Vilaça. A Construção Social da Atenção Primária À Saúde. /Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS,2015. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) Resumo do relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015.

MIRANDOLA, Andrea Ribeiro. **Capacidade Funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de idosos**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul- Instituto de Geriatria e Gerontologia, Porto Alegre, 2014. Disponível em: <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2720>. Acesso em 12 de novembro 2022.

NERI, A. L.; VIEIRA, L. A. M. Envolvimento social e suporte percebido na velhice. **Revista Brasileira de geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 3, p. 419-432, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/YMKxzdCKhcSxhwRqkMZGnVd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 de junho de 2022.

NERI, A. L. **Qualidade de Vida na velhice: enfoque multidisciplinar**. 2. edição. São Paulo: Editora Alínea, 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**/ World Health Organization; tradução Suzana Gontijo-Brasília-DF. Organização Pan-Americana de Saúde,2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Resumo relatório mundial de envelhecimento e saúde. 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) – Comissão da OMS Pede Ação Urgente contra doenças crônicas não transmissíveis.2018.

PESSINI, Léo. Bioética: Um grito por dignidade de viver. São Paulo: Paulinas,2006.

PETTIGREW, T.F; MEERTENS, R.W. Subtle and blatant prejudice in Western Europe. *European Journal of Social Psychology*, 25: 57-75, 1995.

RAMOS, Alexandre Inácio: Hipertensão Arterial: perfil das pessoas privadas de liberdade no município de Chapecó S/C. Trabalho de conclusão de curso da Universidade de Fronteira do Sul, Curso de Enfermagem, 2019. Acesso pelo site <https://rd.uffs.edu.br/bitstream/prefix/4849/1/RAMOS.pdf> em 10/11/22.

ROCHA, J. de P.; BÓS, A. J.G. **Perfil dos Idosos e Longevos do Brasil**. Análise da Pesquisa nacional de Saúde, IBGE, 2013.

ROMERO, Dália Elena; SILVA, Danilo Rodrigues. Envelhecimento no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. Caderno de Saúde Pública 37p.1-18, 2021. Acesso: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/?lang=pt#> em 09/24/21

ROSA, R. S.; BIANCHI, P. D. A.; HANSEN, D.; MONSCHAU, B. T. Alterações fisiológicas da força muscular respiratória decorrente do envelhecimento sobre a funcionalidade de idosos. **Fisioterapia Brasil**, v. 15, n. 1, p. 16-21, 2014. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/307#:~:text=Conclusão%3A%20Os%20dados%20obtidos%20permitem,sobre%20a%20funcionalidade%20de%20idosos>. Acesso em: 13 de junho de 2022.

SALLES, R. J. **Longevidade e temporalidade: um estudo psicodinâmico com idosos longevos**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

SEADE, FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS DE 2021. Acesso em 23 de setembro de 2021, disponível em: <https://municipios.seade.gov.br>.

SEADE, FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. Evolução populacional (MSP) Seade População, 2023. Disponível: <https://populacao.seade.gov.br/evolucao-populacional-msp/>

SILVA, S. P. Z. **Condições de vida e saúde dos idosos com idade igual ou acima de 80 anos**. Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento-Faculdade de Medicina de Marília, Marília, 2015. Acesso em 23 de setembro de 2022. Disponível em: <https://www.famema.br>.

SILVA, A. DA .. Aging from the perspective of racism and other forms of discrimination: influences of institutional and structural determinants on the lives of older adults. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 22, n. 4, p. e190210, 2019.

SILVA, A. DA . et al.. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 21, p. e180004, 2018.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. E190013. SUPL. 2, 2019.

SOUSA,N.F.S.; LIMA,M.G.; BARROS,M.B.A. Desigualdades sociais em indicadores de envelhecimento ativo: estudo de base populacional. **Ciências & Saúde Coletiva** , 26, 2021. Acesso em 23 de novembro de 2022. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desigualdades-sociais-em-indicadores-de-envelhecimento-ativo-estudo-de-base-populacional/17433?id=17433>

ROMERO, D. E.; MUZY, J.; DAMACENA, G. N.; SOUZA, N. A.; ALMEIDA, W. S.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. A.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; AZEVEDO, L. O.; GRACIE, R.; PINA, M. F.; LIMA, M. G.; MACHADO, I. E.; GOMES, C. S.; WERNECK, A. O.; SILVA, D. R. P. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. e00216620, 2021. Acesso em: 13 de junho de 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gXG5RYBXmdhc8ZtvKjt7kzc/?lang=pt>. Acesso

VERAS, Renato, Envelhecimento Populacional contemporâneo, demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v.43, n.3, p 548- 554,2009.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, 2018.

WILLIAMS, D. R.; PRIEST, N.. Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*, v. 17, n. 40, p. 124–174, set. 2015. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / WHO; tradução Suzana Gontijo.-Brasília: Organização Pan-Americana da saúde,2005

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2018**. Geneva: WHO; 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIVE GROUP. The World Health Organization Quality of live assessment (WHOQOL):position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov; 41 (10):1403-9.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Participante,

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar voluntariamente de um estudo intitulado **“PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE ITAPEVI”** que irá investigar aspectos importantes do perfil sociodemográfico e de saúde do idosos participantes do centro de convivência de Itapevi.

Estamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas em relação ao estudo antes e durante a sua execução. Você participará do estudo como: participante da pesquisa.

Leia as instruções abaixo antes de expressar ou não o seu consentimento para participar do estudo.

Este documento é composto por 2 (duas) vias idênticas, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será guardada pelos pesquisadores.

As vias deverão ser assinadas caso concorde em participar do estudo, sendo que todas as folhas deverão ser rubricadas.

1. Objetivos do Estudo

Descrever as características sociodemográficas e de saúde de idosos participantes do centro de convivência do município de Itapevi. Analisar os acessos aos serviços de saúde a qualidade de vida e o impacto da pandemia para os participantes.

2. Procedimento da avaliação

Após aceitar participar do estudo e assinar o presente termo de consentimento, serão aplicados os seguintes questionários: Identificação dos participantes (8 perguntas), dados sociodemográficos (31 perguntas), acesso aos serviços públicos e privados (36 perguntas), e o WHOQOL-OLD que avalia a qualidade de vida e é composto por 24 itens. Todos os questionários serão apresentados impressos e os dados serão coletados pela pesquisadora a partir de suas respostas.

O senhor(a) será convidado a responder uma pergunta aberta sobre os impactos autopercebidos da pandemia.

Todos os questionários serão aplicados em local seguro, na presença do pesquisador, preferencialmente no centro de convivência para idosos.

3. Realização da pesquisa

A pesquisa está sendo conduzida pela mestrande Erminda Pongiluppi Aluani, p do curso de mestrado em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu e conta com a orientação da Professora Dra. Marta Ferreira Bastos.

4. Participação voluntária e sem compromisso financeiro

Como sua participação é voluntária, esta pesquisa não acarretará custos e você não receberá nenhuma compensação financeira. Ou seja, esta pesquisa não implica nenhum compromisso financeiro entre você e a Universidade São Judas Tadeu.

5. Riscos e Benefícios em participar da pesquisa

Participar da pesquisa não implicará em remuneração, nem em qualquer ganho material como brindes para os entrevistados. Como benefícios diretos da pesquisa você contribuirá com informações básicas para a possível adequação de acesso ou políticas públicas para o envelhecimento ativo da população idosa Itapeviense.

O estudo traz riscos mínimos envolvidos com o preenchimento dos questionários. No entanto a pesquisadora estará disponível para qualquer eventualidade e ou dúvida que possa surgir. Além disso, você poderá desistir a qualquer momento, independente do motivo, sem sofrer dano algum.

6. Liberdade de recusa e de desistência

Você poderá negar o consentimento ou mesmo retirar-se em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

7. Material Utilizado Para a Coleta de Dados

A sua participação no estudo é anônima e terá duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. Os dados coletados serão armazenados e permanecerão sob a responsabilidade da pesquisadora responsável.

8. Garantia do sigilo

Os resultados do estudo serão utilizados em trabalhos científicos, e poderão ser apresentados em eventos, porém não será revelada sua identidade.

9. Armazenamento e destruição do material

Os dados coletados e analisados serão mantidos em local seguro, de modo a assegurar a confidencialidade das informações, que serão arquivadas por cinco anos, e após esse período será destruído.

Caso queira participar do estudo, basta preencher abaixo com seus dados e assinar.

Eu,....., CPF:
 declaro ter sido informado sobre os procedimentos e propostas do estudo “Perfil Sociodemográfico e de Saúde de Idosos do Município de Itapevi” e que minha assinatura neste documento e minha participação são de livre e espontânea vontade, estando ciente que os resultados do estudo poderão ser divulgados e utilizados em publicações futuras. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

São Paulo, de de

Assinatura Participante

Assinatura do Pesquisador responsável
 Profa. Dra Marta Ferreira Bastos
 (CPF: 17023511814)

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos residentes no município de Itapevi, São Paulo

Pesquisador: Marta Ferreira Bastos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55679922.0.0000.0089

Instituição Proponente: Universidade São Judas Tadeu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.265.869

Apresentação do Projeto:

Resumo:

No Brasil o processo de transição demográfica se apresenta de forma acelerada, com aumento expressivo da população idosa e mudança no perfil epidemiológico de todo o país. Segundo o IBGE, entre 2010 e 2050 o número de brasileiros acima de 60 anos deve triplicar o que pode ser justificado por vários fatores, entre eles o avanço da medicina e redução da taxa de natalidade. Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doença, a maioria das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), acometem o idoso com o decorrer do avanço da idade além da combinação de fatores comportamentais, genéticos, fisiológicos e ambientais, caracterizados pela complexidade, fatores de risco e problemas clínicos com

impacto no sistema de saúde. Este estudo tem como objetivo geral descrever as características sociodemográficas e de saúde de idosos participantes do centro de convivência de Itapevi. Os objetivos específicos serão desmembrados para caracterizar as condições sociodemográfica, econômicas e de



UNIVERSIDADE SÃO
JUDAS TADEU - AMC
SERVIÇOS EDUCACIONAIS
S/C LTDA



saúde dos idosos que frequentam o centro de convivência do município de Itapevi, avaliar os acessos aos serviços de saúde e

analisar a qualidade de vida desses participantes idosos e o impacto da pandemia. Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo com abordagem descritiva, transversal. Para este estudo será utilizada uma amostra de conveniência, composta por 50 idosos, independente do gênero, com idade igual ou superior a 60 anos, domiciliados no município de Itapevi, inscritos e ou

pertencentes do centro de convivência de idosos. Todos os participantes serão esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, além da total isenção de custos de ordem financeira, e, na sequência, assinarão o Termo de Consentimento de Livre Esclarecimento (TCLE), com todas as informações sobre os riscos e benefícios do estudo. O presente Projeto será submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade São Judas Tadeu pela Plataforma Brasil. Serão utilizados três questionários semiestruturados para caracterização quantitativa, sendo o primeiro para identificar os participantes, o segundo para coletar os dados sociodemográficos e econômicos, o terceiro para avaliar o acesso aos serviços públicos e privados. Quanto ao instrumento, será utilizado o WHOQOL-OLD (World Health Organization Quality of life-old), para avaliar a qualidade de vida dos participantes. E por fim, com foco na análise qualitativa, será inserida uma pergunta aberta para compreender o significado dos impactos autopercebidos da pandemia COVID-19. Com esse estudo, espera-se contribuir com a comunidade científica e políticas públicas de assistência aos idosos no Sistema Único de Saúde.

Hipótese:

Considerando o crescimento populacional, as projeções etárias para o município de Itapevi, o perfil epidemiológico, as consequências da pandemia de COVID-19 e a importância do acesso à rede dos serviços de saúde, estudos focados em descrever as características Sociodemográficas e de saúde de idosos do município de Itapevi são de fundamental importância para caracterizar essa população, avaliar o acesso aos serviços públicos,

e os efeitos da pandemia, e, assim, contribuir com as possíveis demandas das políticas públicas. Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo com abordagem descritiva, transversal a ser realizado de agosto a dezembro de 2022, com participantes idosos residentes no município de Itapevi.

Critério de Inclusão:

Esta pesquisa terá como critério de inclusão idosos do centro de convivência de Itapevi, com 60 anos ou mais, independente do gênero, que manifeste o desejo de participar.

Critério de Exclusão:

Atendendo todos os critérios de inclusão, serão excluídos os idosos com deficiência auditiva, visual, cognitiva e neurodegenerativa que impeça de responder de forma independente aos questionamentos do presente estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Continuação do Parecer: 5.265.869

Descrever as características sociodemográficas e de saúde de idosos participantes do centro de convivência do município de Itapevi.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as condições de gênero, raça, nível de escolaridade, renda mensal, doenças crônicas não transmissíveis e medicamentos utilizados pelos idosos; Avaliar os acessos aos serviços de saúde; Analisar a qualidade de vida desses participantes idosos e o impacto da pandemia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa apresenta risco mínimo associado a aplicação dos questionários. No entanto, caso ocorrer algum desconforto emocional, a participação poderá ser interrompida a qualquer momento e em qualquer etapa da pesquisa.

Benefícios:

Os participantes poderão se beneficiar dessa pesquisa com reflexões e pontuações sobre o cenário das políticas públicas do município de Itapevi e a qualidade através da autopercepção de cada um.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, transversal, qualitativo/quantitativo, não randomizado. Caráter acadêmico, realizado para obtenção de título de mestre em Ciências do Envelhecimento. Custos estimados em R\$ 399,00. Amostra de pesquisa de 50 participantes que será realizada no Brasil. Previsão de início de coleta de dados 01/08/2022 e de encerramento em 10/08/2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo “Conclusões ou pendências e Lista de inadequações”.

Recomendações:

Vide campo “Conclusões ou pendências e Lista de inadequações”.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, para o desenvolvimento do estudo cabe ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;
- c) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;

- d) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- e) justificar perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados, quando pertinente.
- f) O relatório parcial deve ser apresentado ao CEP após 6 meses da aprovação, via Plataforma Brasil - opção Notificação, após a coleta de dados do estudo.
- g) O relatório final deve ser apresentado ao CEP, via Plataforma Brasil - opção Notificação, após 90 dias do término do estudo.
- h) O CEP/USJT deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente ao evento adverso grave ocorrido e enviar notificações ao CEP.
- i) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP contendo uma carta identificando de forma clara e sucinta a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1863284.pdf	14/02/2022 15:52:26		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaResposta.pdf	14/02/2022 15:51:40	Marta Ferreira Bastos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaDeAnuenciaInstitucional.pdf	14/02/2022 15:32:24	Marta Ferreira Bastos	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	14/02/2022 15:30:06	Marta Ferreira Bastos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	14/02/2022 15:27:55	Marta Ferreira Bastos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/01/2022 20:21:46	Marta Ferreira Bastos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

São Paulo, 25 de Fevereiro de 2022

Assinado por:

Kátia Bilhar Scapini (Coordenador(a))

ANEXO 2

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE E CONTROLE DOS REGISTROS

CÓDIGO: CPF do entrevistado (apenas para conferência) * Se possível pegar um documento oficial para fidedignidade da informação. Se não tiver ou lembrar o CPF, pegar o do informante substituto ou auxiliar.

Nome do entrevistador *

Identificação pessoal de quem está fazendo a entrevista

Data da entrevista - Horário de início da Sessão de Coleta de Dados *

Dia, mês e ano e horário inicial da entrevista

Data e horário

Nome do informante substituto ou auxiliar *

1. Nome completo do entrevistado: *

Se possível pegar um documento oficial para fidedignidade da informação

2. Endereço *

Quadra - Rua - Avenida - Conjunto

3. N° do Bloco ou N° da casa ou apto *

Identificar o nome do bloco, do apto ou da casa

4. Complemento *

Se houver algum complemento, fazer a anotação

5. Bairro *

Se houver bairro ou cidade satélite, fazer a anotação

Telefones para contato *

Nome do informante substituto ou auxiliar ou do cuidador ou do vizinho

6. Tipo de domicílio

* Casa

Apartamento Casa

dos Fundos

Cômodo

7. Vou te falar algumas doenças e peço que você me fale se tem alguma delas:

* Hipertensão

Hipotireoidismo

Hipertrigliceridemia

Diabete Mellitus

Artrose

Hipercolesterolemia

Hipertireoidismo

Artrite

Câncer

8. Você tem outras doenças? Quais?

* Sobre medicamentos que você usa:

Medicamento e Dose:

Posologia:

Como usa? Após as refeições, no café da manhã/jejum?

ANEXO 3

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Qual é a sua idade? *

Anote a idade em anos, se ele não souber, anote 99. NR

2. Qual é a sua data de nascimento? *

Escreva o que será dito, se não souber, anote 99. NR

Data

3. Gênero *

Não precisa perguntar, apenas anote conforme sua observação 1 -

Masculino

2 – Feminino

4. Qual é o seu estado civil? *

Marque a resposta, se ele não souber, marque 99. NR

1. Casado(a) ou vive com companheiro(a)

2. Solteiro(a)

3. Divorciado(a), separado(a) ou desquitado(a)

4. Viúvo(a)

99. NR

5. Qual a sua cor ou raça? *

Marque a resposta, se ele não souber, marque 99. NR

1. Branca

2. Preta

3. Mulata/cabocla/parda

4. Indígena

5. Amarela/oriental

99. NR

6. Qual sua ocupação durante a maior parte de sua vida?

* Anote a resposta, se ele não souber, coloque 99. NR

7. Trabalha atualmente? *

Marque a resposta, se ele não souber, marque 99. NR

1. Sim

2. Não

99. NR

8. Se o/a senhor/a trabalha, o que faz atualmente?

* Marque a resposta, se ele não souber, anote 99. NR

9. Ou o/a senhor/a é aposentado/a? *

Se já houve a resposta nos itens anteriores, basta apenas marcar. Se não souber responder, marque 99. NR

1 - Sim

2 - Não
99 – NR

10. O/a senhor/a é pensionista? *

Se já houve a resposta nos itens anteriores, basta apenas marcar. Se não souber responder, marque

99. NR

1 - Sim

2. Não

99. NR

11. O/a senhor/a é capaz de ler e escrever um bilhete simples? *

Marque a resposta, se ele não souber, marque 99. NR

1. Sim

2. Não

99. NR

Outro:

12. Até que ano de escola o/a senhor/a estudou? *

Marque a resposta, se ele não souber, marque 99. NR

1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos.

2. Curso de alfabetização de adultos

3. Até o Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)

4. Até o Ginásio (atual nível Fundamental, 5ª a 8ª série)

5. Até o Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)

6. Até o Curso Superior

7. Pós-Graduação incompleta

8. Pós-graduação completa, com obtenção do título de Mestre ou Doutor.

99. NR

13. Número de anos de escolaridade

* Calcular em anos sem perguntar

14. Quantos filhos/as o/a senhor/a tem? *

Anotar a resposta, se ele não souber responder, escreva 99. NR.

15. O/a senhor/a mora sozinho?

* Marque sim ou não.

1. Sim

2. Não

16. O/a senhor/a mora com marido / mulher / companheiro/a? *

Marque sim ou não.

1. Sim

2. Não

17. O/a senhor/a mora com filho/s ou enteado/s? *

Marque sim ou não.

1. Sim

2. Não

18. O/a senhor/a mora com neto/s? *

Marque sim ou não.

- 1. Sim
- 2. Não

19. O/a senhor/a mora com bisneto/s? *

Marque sim ou não.

- 1. Sim
- 2. Não

20. O/a senhor/a mora com outro/s parente/s? *

Marque sim ou não.

- 1. Sim
- 2. Não

21. O/a senhor/a mora com pessoa/s fora da família? *

Marque sim ou não.

- 1. Sim
- 2. Não

22. O/a senhor/a é proprietário de sua residência? *

Marque sim ou não, se ele não souber, marque 99. NR

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

23. O/a senhor/a é o principal responsável pelo sustento da família? *

Marque sim ou não, se ele não souber, marque 99. NR

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

24. Qual a sua renda mensal, proveniente do seu trabalho, da sua aposentadoria ou pensão?

*** Anote a resposta em Reais (em valor bruto), se ele não souber, anote 99. NR**

25. Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?

*** Anote a resposta em Reais (em valor bruto), se ele não souber, anote 99. NR**

26. Considera que o/a senhor/a (e seu/sua companheiro/a) têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária? *

Marque sim ou não, se ele não souber, marque 99. NR

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

27. O/a senhor/a possui alguma deficiência? * Marque
sim ou não, se ele não souber, marque 99. NR

1. Sim

2. Não

99. NR

28. Caso a resposta seja "Sim", qual o tipo de deficiência? Caso sua resposta seja "Não", pule para a questão 30.

1. Deficiência Auditiva
2. Deficiência Visual
3. Deficiência Múltipla (Deficiência Intelectual mais outra)
4. Deficiência Física
5. Deficiência Intelectual
6. Outros tipos de deficiência não especificados acima

29. Há quanto tempo o/a senhor/a foi diagnóstico com esta(s) Deficiência(s)? Marque a resposta, se não souber, marque 99. NR.

1. Menos de 1 ano
2. 1 a 5 anos
3. 5 a 10 anos
4. 10 a 20 anos
5. a mais de 30 anos
6. Já nasceu com esta(s) Deficiência(s)
99. NR

30. O/a senhor/a participa de alguma entidade governamental ou não governamental (ONG), realizando algum atendimento especializado ou até mesmo um tratamento específico? Marque a resposta, se não souber, marque 99. NR.

1. Sim
2. Não
99. NR

31. Qual instituição pública ou privada que o/a senhor/a participa ou realiza o seu atendimento especializado?

Escrever o nome, se não lembra, anotar: 99. NR.

ANEXO 4

ACESSO A SERVIÇOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE SAÚDE

1- Durante os últimos 12 meses, o/a senhor/a precisou ser internado em hospital pelo menos 1 noite? *

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

2. Para os que responderem SIM, perguntar: "Nesses últimos 12 meses, considerando todas as vezes que o/a senhor/a foi internado/a, qual foi o maior tempo de permanência no hospital?" Colocar a resposta em DIAS. Se não souber, anotar 99. NR.

3. Para os que responderem NÃO, perguntar: "Nesses últimos 12 meses, o/a senhor/a recebeu em sua casa a visita de algum profissional da área de saúde (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo)?" Colocar a resposta em DIAS. Se não souber, anotar 99. NR.

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

4. Nesses últimos 12 meses, quantas vezes o/a senhor/a foi a uma consulta médica (qualquer especialidade)? Colocar a resposta em ____ vezes/ano. Se respondeu NENHUMA, ir para a próxima questão.

5. Se o idoso respondeu NENHUMA perguntar: "Qual o principal motivo de não ter ido ao médico nos últimos 12 meses?"

- 1. Preciso, mas não quis ir.
- 2. Preciso, mas teve dificuldades de conseguir consulta.
- 3. A consulta foi marcada, mas teve dificuldades para ir.
- 4. Não preciso.

6. Quando o/a senhor/a tem necessidade de atendimento médico, que tipo de serviço de saúde o/a senhor/a procura com maior frequência? *

- 1. Rede pública de saúde ou SUS (centros de saúde, ambulatorios e clínicas)
- 2. Clínicas, consultórios e hospitais ligados a convênios ou planos privados de saúde.
- 3. Clínicas, consultórios e hospitais particulares pagos diretamente pelo paciente.

7. O/a senhor/a tem algum plano ou seguro particular de serviços médicos? *

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

8. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: "Quem paga o seu plano de saúde particular?"
Perguntar SOMENTE que responderam SIM à pergunta anterior.

1. Você mesmo
2. Seu/s filho/s
3. Seu cônjuge
4. Outro familiar

5. Outro não familiar

6. Empresa

99. NR

9. O/a senhor/a tomou vacina contra gripe, nos últimos 12 meses? *

1. Sim

2. Não

99. NR

10. O/a senhor/a tomou vacina contra tétano, nos últimos 10 anos? *

1. Sim

2. Não

99. NR

11. Quantas vezes o/a senhor/a foi ao dentista nos últimos 12 meses?

* Anote a resposta, se não ele não souber, anote 99. NR.

12. Se o idoso respondeu NENHUMA perguntar: "Qual o principal motivo de não ter ido ao dentista nos últimos 12 meses?"

1. Precisou, mas não quis ir.

2. Precisou, mas teve dificuldades de conseguir consulta.

3. A consulta foi marcada, mas teve dificuldades para ir.

4. Não precisou.

5. Não tinha dinheiro para pagar.

99. NR

13. Quando o/a senhor/a tem necessidade de atendimento dentário, que tipo de serviço de saúde o/a senhor/a procura com maior frequência?

1. Rede pública de saúde ou SUS (centros de saúde, ambulatorios e clínicas)

2. Clínicas, consultórios e hospitais ligados a convênios ou planos privados de saúde.

3. Clínicas, consultórios e hospitais particulares pagos diretamente pelo paciente. 4. Não vou mais ao dentista pois não tenho dentes.

99. NR

14. O/a senhor/a tem algum plano ou seguro particular de serviços dentários? *

1. Sim

2. Não

99. NR

15. Para aqueles que responderam SIM, perguntar: "Quem paga o seu plano de serviços dentários particular?"

Perguntar SOMENTE que responderam SIM à pergunta anterior.

1. Você mesmo

2. Seu/s filho/s
3. Seu cônjuge
4. Outro familiar
5. Outro não familiar
6. Empresa
99. NR

16. O/a senhor/a sabe que tem direito a usar o sistema público de saúde (SUS)? *

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

17. Para quem respondeu que tem plano de saúde ou dentário particular: "Que tipo de seguro de saúde o/a senhor/a tem?"

Perguntar SOMENTE que responderam SIM à pergunta anterior.

- 1. Plano de assistência ao servidor público
- 2. Plano de saúde\convênio particular
- 3. Plano de saúde\convênio empresa
- 99. NR

18. Para quem respondeu que tem plano de saúde ou dentário particular: "Quanto paga pelo seu plano de saúde?"

Perguntar SOMENTE que responderam SIM à pergunta anterior.

- 1. Entre R\$100 a R\$300
- 2. Entre R\$300 a 500
- 3. Entre R\$500 a 700
- 4. Entre R\$700 a 900
- 5. Entre R\$900 a R\$1.100
- 6. Mais do que R\$1.100
- 99. NR

19. O/a senhor/a tem alguma dificuldade de usar os serviços de saúde quando necessário? *

Perguntar SOMENTE que responderam SIM à pergunta anterior.

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

20. Quais são essas dificuldades?

Se a resposta foi SIM, realizar essa pergunta.

21. Considerando a distância da casa do/a senhor/a até ao hospital, quanto tempo o/a senhor/a demorou para chegar ao hospital na sua última internação? *

Colocar a resposta em minutos.

22. Na sua última internação, quanto tempo o/a senhor/a demorou para ser atendido? *

Colocar a resposta em minutos.

23. Quanto demorou para ser agendada a última consulta do/a senhor/a?

* Colocar a resposta em dias.

24. Quem foi que pagou por sua última internação no hospital? *

1. Você mesmo
2. Seu/s filho/s
3. Seu cônjuge
4. Outro familiar
5. Outro não familiar
6. Empresa

99. NR

25. Como o/a senhor/a considera que o atendimento recebido nessa internação foi? *

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

99. NR

26. Ao realizar compras ou recorrer a outros serviços como os bancos, comércio, serviços etc. o/a senhor/a considera esse atendimento? *

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim

99. NR

27. Para o/a senhor/a as organizações estão atentas para oferecer o melhor serviço aos idosos?

*

1. Sim
2. Não

99. NR

28. Sobre o comportamento dos funcionários que lhe atendem nos serviços em geral: Dão atenção adequada as necessidades do/a senhor/a? *

1. Sim
2. Não

99. NR

29. Sobre o comportamento dos funcionários que lhe atendem nos serviços em geral: Sabem quais são as necessidades do/a senhor/a? *

1. Sim
2. Não

99. NR

30. Sobre o comportamento dos funcionários que lhe atendem nos serviços em geral: Sabem responder adequadamente suas dúvidas? *

1. Sim
2. Não

99. NR

31. Sobre o comportamento dos funcionários que lhe atendem nos serviços em geral: São cordiais e respeitosos? *

1. Sim

2. Não

99. NR

32. Sobre o comportamento dos funcionários que lhe atendem nos serviços em geral: Buscam ajudar a resolver os problemas do/a senhor/a? *

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

33. O/a senhor/a confia nas empresas que lhe prestam serviços? *

- 1. Não
- 2. Muito
- 3. Pouco
- 4. Razoavelmente
- 99. NR

34. Quais são os principais fatores que deixam o/a senhor/a insatisfeito ao ser atendido? *

35. Agora vou perguntar sobre sua história de trabalho e fontes de receitas: "Alguma vez, na sua vida, o/a senhor/a teve algum trabalho, pelo qual recebeu um pagamento em dinheiro ou em espécie ou ajudou em um estabelecimento familiar, sem receber qualquer tipo de pagamento?" *

- 1. Sim, ambos.
- 2. Sim, trabalhei COM pagamentos
- 3. Sim, ajudei em trabalho SEM pagamento
- 4. Não, nunca trabalhei
- 99. NR

36. Na semana passada, o/a senhor/a... *

Marque a resposta para cada linha. Se não responder, marque 99.NR.

- 1. Sim 2. Não 99. NR
- 1. Trabalhou?
- 2. Tinha trabalho, porém não trabalhou?
- 3. Ajudou em negócio familiar, com ou sem pagamento?
- 4. Procurou trabalho?
- 5. Dedicou-se aos afazeres domésticos?
- 6. Aposentado ou pensionista?
- 7. Está incapacitado temporariamente para o trabalho?
- 8. Está incapacitado permanente para o trabalho?
- 9. Não trabalhou?
- 1. Trabalhou?
- 2. Tinha trabalho, porém não trabalhou?
- 3. Ajudou em negócio familiar, com ou sem pagamento?
- 4. Procurou trabalho?
- 5. Dedicou-se aos afazeres domésticos?
- 6. Aposentado ou pensionista?

7. Está incapacitado temporariamente para o trabalho?
8. Está incapacitado permanente para o trabalho?
9. Não trabalhou?

ANEXO 5

QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações.

Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

1. Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

2. Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

3. Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

4. Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

5. O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

- a. Nada
- b. Muito pouco

- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

6. Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

7. O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

8. O quanto você tem medo de morrer?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

9. O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

10. Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

11. Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante

e. Extremamente

12. Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando

13. outras realizações na sua vida?

a. Nada

b. Muito pouco

c. Mais ou menos

d. Bastante

e. Extremamente

13. O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

14. Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

15. Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

- a. Muito insatisfeito
- b. Insatisfeito
- c. Nem satisfeito nem insatisfeito
- d. Satisfeito
- e. Muito satisfeito

16. Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

- a. Muito insatisfeito
- b. Insatisfeito
- c. Nem satisfeito nem insatisfeito
- d. Satisfeito
- e. Muito satisfeito

17. Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

- a. Muito insatisfeito
- b. Insatisfeito
- c. Nem satisfeito nem insatisfeito
- d. Satisfeito
- e. Muito satisfeito

18. Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

- a. Muito insatisfeito
- b. Insatisfeito

- c. Nem satisfeito nem insatisfeito
- d. Satisfeito
- e. Muito satisfeito

19. Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

- a. Muito infeliz
- b. Infeliz
- c. Nem feliz nem infeliz
- d. Feliz
- e. Muito feliz

20. Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

- a. Muito ruim
- b. Ruim
- c. Nem ruim nem boa
- d. Boa
- e. Muito boa

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

21. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

22. Até que ponto você sente amor em sua vida?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremamente

23. Até que ponto você tem oportunidades para amar?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante e. Extremamente

24. Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

- a. Nada
- b. Muito pouco
- c. Mais ou menos
- d. Bastante
- e. Extremament