



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social



MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA 44 DA USF CORAL EM LAGES, SC

Lúcia Soares Buss Coutinho

Pelotas, RS

Junho de 2019

Lúcia Soares Buss Coutinho

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA 44 DA USF
CORAL EM LAGES, SC

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Elaine Tomasi

Linha de Pesquisa:

Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Pelotas, RS

Junho de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci
Doutor em Epidemiologia
Fundação Universidade de Rio Grande – FURG
Revisor externo

Prof. Dra. Maria Aurora Droppa Chrestani Cesar
Doutor em Epidemiologia
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL
Revisor interno

Prof. Elaine Tomasi
Doutor em Epidemiologia
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL
Orientadora

Prof. Denise Silva da Silveira
Doutor em Epidemiologia
Universidade Federal de Pelotas – UFPEL
Suplente

SUMÁRIO

	Página
RESUMO	5
PROJETO DE PESQUISA	6
Resumo	7
Lista de figuras	8
Lista de abreviaturas e siglas	9
Introdução	10
Justificativa	16
Marco teórico	18
Objetivos	25
Hipóteses	26
Metodologia	27
Referências	46
Anexo 1 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A)	58
Apêndice 1 – Questionário	60
Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	68
Apêndice 3 – Manual de Instruções para o Entrevistador	70
Apêndice 4 – Régua de Faces para Escala Likert	96
Apêndice 5 – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Lages	97
Apêndice 6 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FAMED - UFPEL	98
RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO	101
ARTIGO	110

Resumo

Introdução: A transição epidemiológica, o envelhecimento da população brasileira, a necessidade de maior acesso aos serviços de saúde e a exigência de uma Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva ampliam o panorama de discussões acerca da oferta de cuidados à saúde da pessoa idosa, em sua maioria portadores de doenças crônicas e com as mais diversas necessidades de saúde. O objetivo do estudo foi caracterizar os idosos com déficit de autocuidado investigando sua associação com características sociodemográficas, comportamentais, da condição de saúde, de acesso e utilização de serviços de saúde. **Métodos:** foi realizado inquérito populacional, de delineamento transversal, com idosos adscritos ao território de uma equipe de Saúde da Família, em Lages/SC. O déficit de autocuidado foi aferido por meio do instrumento Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A), sendo atribuído aos idosos cuja pontuação na escala enquadrava-se no quartil mais baixo da distribuição. **Resultados:** A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino, brancos, com idade entre 60 e 70 anos. A maior prevalência de déficit de autocuidado relacionou-se à: multimorbidade, pior autopercepção de saúde, consumo alimentar inadequado, baixa escolaridade, inatividade e dependência para as atividades básicas da vida diária. **Conclusão:** importa rastrear os determinantes sociais relacionados ao autocuidado em cada comunidade e recomenda-se às equipes de ESF que promovam ações intersetoriais buscando aproximar o cidadão das políticas públicas e dos recursos da comunidade local.

Lúcia Soares Buss Coutinho

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA 44 DA USF
CORAL EM LAGES, SC

Projeto de Trabalho de Conclusão do Mestrado apresentado como requisito parcial para a conclusão do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, sob orientação da Professora Elaine Tomasi.

Linha de Pesquisa:

Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Pelotas, RS

Junho de 2018

Resumo

A transição epidemiológica, o envelhecimento da população brasileira, a necessidade de maior acesso aos serviços de saúde e a exigência de uma Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva ampliam o panorama de discussões acerca da oferta de cuidados à saúde da pessoa idosa, em sua maioria portadores de doenças crônicas e com as mais diversas necessidades de saúde. Este estudo busca, através de inquérito populacional com idosos de 60 anos de idade ou mais, residentes na área 44 de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da UBS Coral, no município de Lages/SC, identificar a prevalência de *déficit* de autocuidado obtido por meio da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A) e investigar associações com características sociodemográficas, comportamentais, da condição de saúde, do acesso e utilização de serviços de saúde, do apoio familiar e do cuidado do outro. Estima-se entrevistar cerca de 400 idosos nos seus domicílios, contando com o trabalho de membros da equipe e de estudantes de Medicina. Os resultados do estudo poderão subsidiar um programa de educação permanente direcionado aos profissionais da equipe, a ser implementado com vista à melhoria nas orientações relacionadas ao autocuidado dos usuários idosos.

Lista de figuras

Figura 1 – Chronic Care Model. Wagner (1998).

Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Mendes (2012).

Figura 1 – O Modelo da Pirâmide de Riscos. Brock (2005).

Figura 4 – O Modelo da Determinação Social da Saúde. Dahlgren e Whitehead (2001).

Figura 5 – Modelo teórico

Figura 6 – Vista aérea da cidade de Lages/SC.

Figura 7 – Pirâmide Etária de Lages/SC.

Figura 8 – Foto comparativa de partes das fachadas da UBS Coral antiga, à esquerda, e da nova estrutura, à direita.

Figura 9 – Foto da Fachada Principal da UBS Coral.

Figura 10 – Imagem do Georreferenciamento do Território da eSF 44 UBS Coral Lages/SC.

Figura 11 – Foto do canteiro central da avenida Luís de Camões, Bairro Coral, Lages/SC.

Figura 12 – Projeto Urbanístico do Complexo Ponte Grande Lages/SC.

Figura 13 – Fotos da região da Ponte Grande Lages/SC.

Figura 14 - Fotos dos Clubes Serrano e Sauna (acima) e dos prédios locais (abaixo).

Figura 15 – Fotos das fachadas das grandes casas.

Figura 16 – Georreferenciamento de Condições Crônicas no Território eSF 44.

Lista de abreviaturas e siglas

ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
ASA-A – *Appraisal of Self-Care Agency Scale*
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DAB – Departamento de Atenção Básica
ESB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipes de Saúde da Família
ESF – Estratégia de Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MCC - Chronic Care Model
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NV – Nascidos Vivos
ONU – Organização das Nações Unidas
PET – Projeto Educação pelo Trabalho
PIB – Produto Interno Bruto
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidades Básicas de Saúde
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense
UPSC – Unidade de Prática de Saúde na Comunidade

Introdução

Em todo o mundo, um dos aspectos mais relacionados ao fenômeno da transição epidemiológica é o crescimento da população idosa. Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO), classificam-se como idosos os indivíduos com 65 anos ou mais, que vivem em países centrais ou aqueles com 60 anos ou mais residentes em países periféricos (ONU, 1982).

No Brasil, a legislação define como idoso a pessoa maior de 60 anos e o crescimento desse grupo populacional se mostra da mesma forma importante (BRASIL, 2004; IBGE, 2010). A projeção é de que em 2020, o país será o sexto do mundo em número de idosos, com um contingente superior há 30 milhões de pessoas. Além disso, sabe-se que a cada ano 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, sendo que a maior parte possui doenças crônicas e algumas limitações funcionais. (VERAS, 2009; IBGE, 2010; MIRANDA *et al.*, 2016).

Além disso, a carga global de Doenças Não-transmissíveis (DNT) e a multimorbidade são características dessa população, mostrando-se como um problema de saúde pública de grande relevância, uma vez que atinge mais de 50% dos idosos no Brasil e reflete no maior risco de morte, no declínio funcional do idoso e no impacto negativo sobre a qualidade de vida (NUNES; THUMÉ; & FACCHINI, 2015).

Nesse sentido, evidencia-se uma crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde decorrente da incoerência entre a situação de transição demográfica e o modo como se estruturam os serviços, em respostas às necessidades de saúde das pessoas. Não se pode continuar a ofertar sistemas de saúde de saúde voltados prioritariamente para as condições agudas e para as agudizações das condições crônicas, organizados de uma forma fragmentada (MENDES, 2010).

A própria Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa reconheceu a necessidade de apoiar estudos e pesquisas que propusessem estratégias para lidar com a problemática de forma custo-efetiva (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, surgem as redes de atenção à saúde (RAS) buscando dar respostas mais eficientes, efetivas e de qualidade à tripla carga de doenças, organizando os serviços de saúde de forma a permitir uma atenção contínua e integral a determinada população, através de cuidados continuados prestados pelos diferentes serviços de saúde, de uma forma articulada entre si e coordenados pela APS, afinal, este é *locus* privilegiado para o cuidado dos idosos e da sua multimorbidade, ao exercer com propriedade o princípio da equidade, focando na saúde das pessoas, à luz dos determinantes de saúde e considerando o meio em que vivem (STARFIELD, 2002; MENDES, 2010).

Um dos elementos constitutivos da rede de atenção à saúde será o modelo de atenção à saúde, baseado numa forte orientação para a atenção primária e mais adequado por que se organiza a partir das necessidades de saúde da população, mostrando-se mais efetivos, eficazes e equitativos, buscando reverter o problema da fragmentação do cuidado, da polifarmácia e do alto consumo de recursos (MENDES, 2010).

O *Chronic Care Model* (CCM), desenvolvido nos Estados Unidos por Wagner (1998), subdivide os cuidados em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade, e propõe mudanças importantes no sistema de atenção à saúde, tais como: o desenho do sistema de prestação de serviços, o suporte às decisões, os sistemas de informação clínica e o autocuidado apoiado. Inicia-se um movimento de corresponsabilização das pessoas pela sua condição de saúde, conforme a figura 1.



Figura 1 – *Chronic Care Model*. Wagner (1998).

No Brasil, temos o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) proposto por Mendes (2012), figura 2, com base em três outros modelos: o CCM (WAGNER, 1998), o Modelo da Pirâmide de Risco (BROCK, 2005), e o Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (2001), garantindo a adaptação à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos valores de solidariedade e cooperação que devem marcar os sistemas públicos universais.

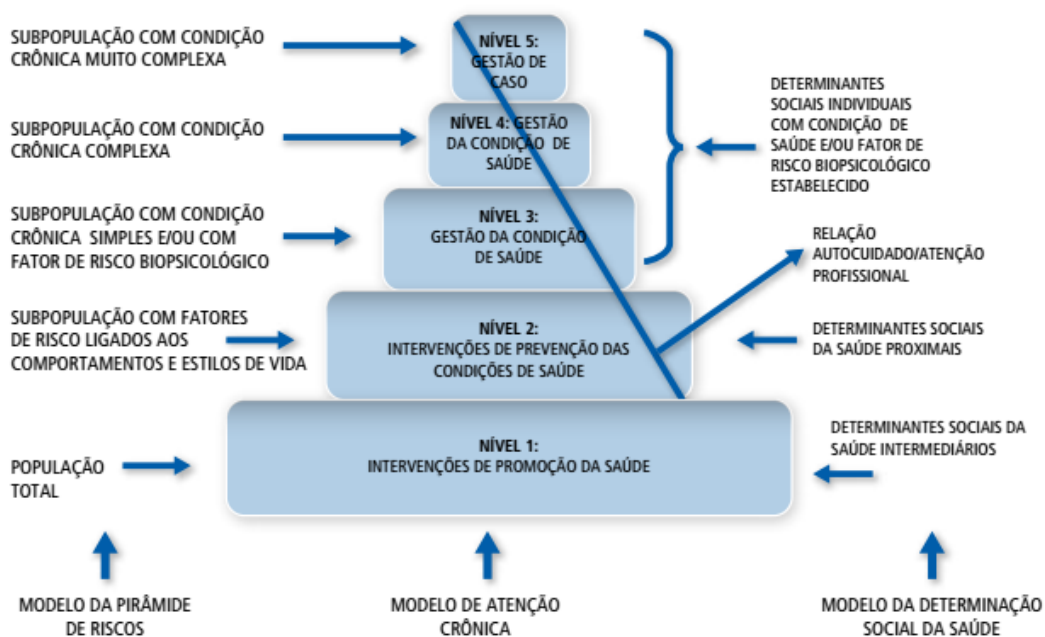


Figura 2 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas. Mendes (2012).

A contribuição do Modelo da Pirâmide de Riscos, figura 3, se dá no manejo das condições crônicas diferenciado de acordo com os estratos de riscos, mas também considerando a capacidade de autocuidado da pessoa portadora da condição, como forma de estratificação e fortalecendo o autocuidado apoiado como modelo de atenção prioritária as pessoas portadoras de condições leves, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio (DEPARTMENT OF HEALTH, 2005).

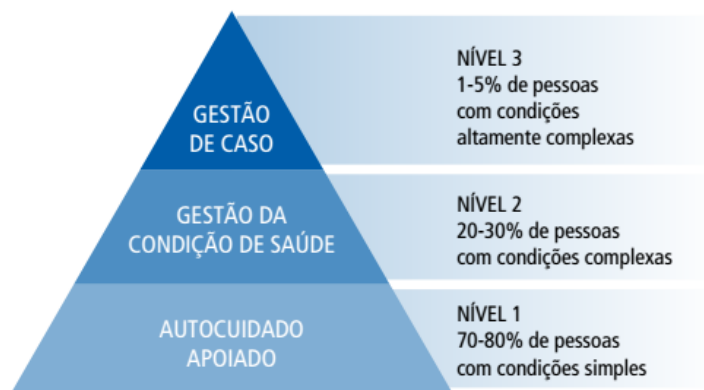


Figura 3 – O Modelo da Pirâmide de Riscos. Brock (2005).

Outra colaboração importante ao MACC (MENDES, 2012), é o modelo de Dahlgren e Whitehead (2001), figura 4, que inclui as interações entre os estilos de vida individuais, as redes sociais e comunitárias, as condições de vida e de trabalho e o ambiente mais amplo de natureza cultural e econômica como determinantes do processo saúde-doença (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007; (WHITEHEAD; DAHLGREN; GILSON, 2001).



Figura 4 – O Modelo da Determinação Social da Saúde. Dahlgren e Whitehead (2001).

Dessa forma a maneira de produzir cuidados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) passa a se organizar diferentemente, destacando-se a importância de ações diferenciadas, capazes de individualizar os cuidados de saúde, centralizando o cuidado na pessoa e não mais na doença (STARFIELD, 2011; SILVA, 2014; STEWART et al., 2017). Além disso, passa a ter a atenção centrada

na família e não mais em indivíduos isolados com o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção continuada. Finalmente, a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar, apoiado em ferramentas de tomada de decisão e no autocuidado do paciente (FERNÁNDEZ; MANRIQUE-ABRIL, 2011; MOYANO, 2017; MENDES, 2012).

Frente a esse novo modelo de atenção à saúde, os estudos passam a identificar estratégias para melhorar as expectativas dos idosos sobre o envelhecimento, afinal há que se reconhecer que esta transição é um marco de sucesso para as políticas pública de saúde, ainda mais quando se consegue atingir a longevidade com independência e autonomia (KIM, 2009; WHO, 2005). A WHO (2005) também passa a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando melhorar a qualidade de vida das pessoas, à medida em que ficam mais velhas (WHO, 2005). O Ministério da Saúde lança o Caderno “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” como referência para a Atenção Básica, oferecendo subsídios técnicos para uma maior resolutividade do cuidado frente às necessidades da população idosa (BRASIL, 2006).

Na tentativa de promover o autocuidado em idosos, destaca-se que conhecer e valorizar os saberes da pessoa no seu autocuidado, na tentativa de mobilizá-los nos cuidados de saúde pode ser uma ferramenta de enfrentamento da questão (NOVAIS et al., 2009). Ademais, identificar para além das crenças, comportamentos de risco, ou mesmo estilos de vida inadequados (CASTRO-SERRALDE & ORTEGA-CEDILLO, 2017), que podem levar as pessoas a condições desfavoráveis à sua saúde, também tem sido uma abordagem (NELSON, MEYER & BOHMER, 2014). Construir ações de educação em saúde, estimulando comportamentos de prevenção e promovendo, através do letramento funcional de saúde, iniciativas de autogestão para indivíduos com doenças crônicas (MENDES, 2012; DUNCAN et al., 2013; BALDUINO et al., 2013) também se mostra importante.

Especificamente com relação a promoção do autocuidado em idosos vários estudos foram realizados, no entanto, a maior parte deles abordam exclusivamente a relação entre o autocuidado e às doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e câncer (TANQUEIRO, 2013; SALAZAR *et. al.*, 2010; MARQUES *et. al.*, 2013; SOARES *et. al.*, 2010; FERNÁNDEZ; MANRIQUE-

ABRIL, 2010; ROCHA *et al.*, 2014; SAPAG *et al.*, 2010).

Além disso, os profissionais seguem estudando como realizar intervenções educativas sobre os fatores de risco modificáveis, de forma que resultem em proteção para as doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento saudável (DOS SANTOS *et al.*, 2011; MÉNDEZ, 2010).

Entretanto, no que se refere ao *déficit* de autocuidado em pessoas idosas, Frota *et al.* (2012) avaliaram apenas mulheres e institucionalizadas, de forma que persiste uma lacuna quanto à avaliação do *déficit* de autocuidado na população de idosos em geral, e certamente as principais dúvidas ainda giram em torno da expectativa de como promover o autocuidado no dia-a-dia.

Mesmo assim, ainda que existam incertezas principalmente no que tange ao empoderamento do indivíduo para o seu autocuidado, o MACC reafirma a promoção da saúde como um princípio para o cuidado em saúde, consolidando a responsabilidade da ESF em promover ações que visem a promoção da saúde e a prevenção de doenças ou agravos. Desta forma, mostra-se incontestável o compromisso do profissional da eSF no incentivo e no desenvolvimento de ações com vistas à aumentar as capacidades de autocuidado dos indivíduos (MENDES, 2012).

Justificativa

O cotidiano da APS envolve o cuidado às condições crônicas de saúde, através de ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017). Assim, o aumento considerável do número de idosos na população do país, com sua maior carga de comorbidades e vulnerabilidades, em um contexto nacional de acentuada desigualdade social, de pobreza e de fragilidade de instituições tem exigido que os serviços de APS estejam melhor preparados para garantir seus princípios de universalidade, equidade e integralidade (UCHÔA, 2003; VERAS, 2009; MENDES, 2012).

Nessa perspectiva, busca-se reduzir o impacto de doenças nesta população específica, implantando um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo (WHO, 2005). Assim, mostra-se oportuno e indispensável fortalecer a ESF com investimentos em educação continuada e permanente dos profissionais, a fim de instrumentalizá-los para o acolhimento e o cuidado da pessoa idosa e de pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2011 p. 85).

Com esse objetivo Mendes (2012) propôs o MACC adaptado para a realidade do SUS, onde um dos elementos principais é o desenvolvimento do autocuidado apoiado, com vistas ao empoderamento dos usuários para que gerenciem sua própria saúde. Assim, as ações de Educação em Saúde, promovidas pela ESF, terão de enfrentar o desafio de desenvolver pessoas informadas e ativas para o seu autocuidado.

Por outro lado, segundo as diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, instrumentalizar o autocuidado é muito mais do que dizer às pessoas o que devem fazer. O objetivo do autocuidado apoiado implica em cooperação entre a equipe de saúde e os usuários para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as metas, monitorá-las, instituir os planos de cuidado e resolver as intercorrências. (BRASIL, 2013 p.22).

Para isso, é necessário que a equipe de saúde da família esteja preparada para trabalhar o cuidado centrado na pessoa, com a garantia de longitudinalidade e coordenação do cuidado, buscando ser uma equipe proativa e resolutiva,

visando produzir melhores cuidados de saúde para a sua população adscrita. Além de demonstrar o compromisso do médico de família na elaboração dos planos de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe, materializando no âmbito micro das ações, o MACC, proposto por Mendes (2012).

Outro aspecto importante a se considerar é a formação, em serviço, dos futuros profissionais da ESF, e nesse sentido, a UBS Coral como unidade-escola, recebe estudantes do curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC), no desenvolvimento das atividades da Unidade de Prática de Saúde na Comunidade (UPSC), além dos graduandos das áreas de odontologia e enfermagem, desta mesma universidade, que integram o Projeto Educação pelo Trabalho (PET - Saúde GraduaSUS).

Convenientemente, entende-se que essa característica viabilize o projeto, não só em virtude da presença dos estudantes, que por via de regra, compreendem a dimensão da pesquisa, mas também pelo fato de que as equipes de saúde envolvidas com atividades de ensino têm perfil mais acolhedor a novos projetos, uma vez que já estão acostumados com a presença crítica dos estudantes.

Finalmente, reunir dados sobre o autocuidado da população local, para servir de subsídio a um programa de educação permanente direcionado aos profissionais da ESF, abrindo-se espaço para melhor compreender o território-vivo do ponto de vista das capacidades de autocuidado dos indivíduos; discutir e aperfeiçoar os processos de trabalho da equipe, fortalecendo o compromisso de todos com a promoção do autocuidado e com um processo de envelhecimento saudável, mesmo em um cenário de grande demanda e de desigualdades sociais, mostra-se alinhado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009).

Marco teórico

Os conceitos de autocuidado

O conceito de autocuidado construiu-se ao longo do tempo, num resgate à participação dos indivíduos na tomada de decisão perante seus cuidados de saúde, principalmente após a Declaração de Alma-Ata em 1978 (WHO, 1978). Historicamente, sabe-se que o cuidado da saúde fazia parte da responsabilidade que as pessoas tinham do cuidar de si, da sua família e da sua comunidade (LANGE *et al.*, 2006).

No século XX, com o avanço das tecnologias duras em saúde, como o uso dos equipamentos, dos dados físicos, dos exames complementares sejam eles de laboratório ou imagem, profissionalizou-se o cuidado formal médico e no século XXI, o cuidado de enfermagem (MERHY & FEUERWECKER, 2009).

Com o passar do tempo, ocorre uma grande unilateralização na tomada de decisões e a quase ausência de participação dos indivíduos sobre as escolhas em relação à sua saúde fizeram com que, em 1978, a Declaração de Alma-Ata destacasse a necessidade de participação dos indivíduos, famílias e comunidades nas decisões que dizem respeito ao seu cuidado, garantindo como direito básico o acesso à informação, ao conhecimento, aos recursos necessários ao autocuidado, entre outros.

Segundo Queirós (2014) na mesma época, entre 1959 e 1985, Dorothea Orem, desenvolvia a sua Teoria do *Déficit* de Autocuidado e introduzia um dos conceitos de autocuidado, sendo considerado:

“...o conjunto de ações que o ser humano desenvolve consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, saúde e bem-estar.” (OREM, 2001).

Bem mais tarde, Lange *et al.* (2006) resgatam o conceito de autocuidado para a atenção primária, compreendendo no sentido de cuidados informais em saúde que:

“[...] são observações sobre o que as pessoas fazem em benefício da sua saúde, o que a família ou os amigos oferecem para cuidar de um doente e o que os grupos sociais e/ou comunidades

desenvolvem em benefício da saúde coletiva, assim como a parte que cabe às diferentes instituições sanitárias e profissionais de saúde.

Queirós (2014) amplia essa concepção esclarecendo que o autocuidado é universal, ao abranger todos os campos vivenciais, não se restringindo apenas às atividades de vida diária e às atividades instrumentais.

Apesar dos diversos conceitos, constrói-se o entendimento de que o autocuidado em saúde não deve ser responsabilidade apenas do indivíduo, como forma de promover cuidados para si, mas significa reconhecer o papel central do usuário dos serviços em relação à sua saúde, desenvolvendo um sentido de auto responsabilidade e autodeterminação, transformando o profissional de saúde em seu parceiro (WHO, 1978). O apoio da família, dos amigos e das instituições de saúde deverá ser essencial, contribuindo para que os indivíduos tomem as melhores decisões para o seu bem-estar (BRASIL, 2013 p.22).

As capacidades de autocuidado

Ao longo de toda a sua vida, do nascimento até a morte, o indivíduo necessita de cuidados de saúde. Em certos momentos é mais dependente, já em outros é mais autônomo, uma vez que consegue aprender, ao longo do tempo, essa capacidade de executar ações para cuidar de si mesmo. (QUEIRÓS, 2010; (PRADO SOLAR et al., 2014)

O termo capacidades de autocuidado define aquilo que a pessoa é capaz de realizar por si e para si própria, referindo-se ao conhecimento, à habilidade e à experiência que as pessoas precisam obter, ou desenvolver, para a realização do autocuidado. Fazem parte da construção desse conceito três elementos básicos: as disposições e capacidades fundamentais, os componentes de poder e as operações de autocuidado propriamente ditas (DA SILVA, 2014).

As capacidades fundamentais consistem nas necessidades básicas para a aprendizagem e para a realização de qualquer atividade na vida, como a acuidade visual e a acuidade auditiva podem ser exemplos, desde que sejam condições fundamentais para a ação de autocuidado. Quanto aos componentes

de poder teríamos os aprendizados específicos, como a aprendizagem da importância da alimentação saudável, ou mesmo da necessidade de ingestão hídrica adequada. Aqui importa incorporar ou excluir conhecimentos específicos, a partir da compreensão da necessidade de mudar as coisas.

As operações de autocuidado constituem o limite entre as capacidades de autocuidado e a prática do autocuidado em si. Este terceiro elemento amplia o conceito de autocuidado demonstrando que para um indivíduo desempenhar ações de autocuidado é necessário mais do que ter as condições fundamentais e o conhecimento para desenvolvê-lo, mas decidir o que fazer, agir para alcançar a mudança ou atingir a regulação (OREM, 2006; SILVA, 2017).

Assim, as disposições e capacidades fundamentais para o autocuidado estão representadas pelas características sociodemográficas e comportamentais, bem como pela capacidade funcional e a ausência de morbidade. Já os componentes de poder seriam o alfabetismo sanitário ou letramento funcional em saúde, como capacidade de entender, interpretar e aplicar as informações sobre saúde. Por fim, os cuidados informais, do outro e dos serviços de saúde estariam contempladas nas operações de autocuidado propriamente ditas.

Os determinantes do autocuidado

Sabe-se que os determinantes sociais do processo saúde-doença, sejam eles proximais (idade, sexo ou fatores hereditários), intermediários (estilos de vida e redes de apoio sociais, comunitárias ou de saúde) ou distais (condições de vida, do trabalho, socioeconômicas, culturais e ambientais), impactam também no autocuidado dos indivíduos (SANT'ANNA *et al.*, 2010; GEIB, 2012).

As desigualdades de renda e ocupação da população oportunizam diferentes possibilidades de acesso aos cuidados de saúde. Pessoas com maior renda e escolaridade, em geral apresentam melhor situação de saúde, decorrência de nutrição e outros comportamentos em saúde mais adequados, incluindo maior acesso à informações (SANTOS, JACINTO & TEJADA, 2012). Ao contrário, a baixa renda é o fator que piora o autocuidado por limitar ou mesmo impedir o acesso a procedimentos, medicamentos e equipamentos necessários,

reforçando a importância da ação de diversos setores além do setor saúde (DUNCAN *et al.*, 2013).

Em relação à ocupação, pode-se pensar em vários mecanismos de efeito sobre o autocuidado. Pessoas em atividade, notadamente em ocupações que não exigem grande esforço físico, podem ter o trabalho como um fator que contribui para o autocuidado, pois é sabido que a satisfação no trabalho melhora a saúde e o bem-estar (AMORIM, SALLA & TRELHA, 2014). Em se tratando de indivíduos idosos, em geral não mais ativos em suas ocupações, poder-se-ia pensar que teriam mais tempo para cuidar de si e de sua saúde, mas há que se considerar que existem idosos que ainda necessitam trabalhar para manter a renda e prover o mínimo de cuidados básicos, podendo o trabalho não ser um fator de proteção à saúde (GEIB, 2012).

Ademais, as capacidades de envolver-se e de executar ações para o autocuidado são aprendidas e estão sujeitas a outros fatores condicionantes como a escolaridade, experiências de vida e cultura (SÁ *et al.*, 2011).

Do ponto de vista cognitivo, o retardo mental, as demências, o comprometimento cognitivo leve, a baixa escolaridade, as dificuldades de aprendizado, ou mesmo as dificuldades linguísticas levarão a menores capacidades de autocuidado (DUNCAN *et al.*, 2013). Por outro lado, quanto maior a capacidade do indivíduo em observar a realidade e antecipar diferentes desfechos, melhor será sua habilidade em tomar melhores escolhas no seu cuidado de saúde.

Da mesma forma o alfabetismo sanitário (health literacy) ou letramento funcional em saúde, mostra-se como condição necessária para promover melhores escolhas no autocuidado (GEIB, 2012; PASSAMAI *et al.*, 2012). Assim, sabe-se que pessoas com baixo nível de alfabetismo sanitário exigem maior suporte dos profissionais de saúde para conseguir lidar com suas doenças ou seus tratamentos (DUNCAN *et al.*, 2013; GEIB, 2012).

As características demográficas também podem determinar um conjunto de fatores que interferem no autocuidado. Um exemplo é a relação do cuidado com o sexo feminino, uma vez que, historicamente, cuidar da saúde e do corpo doente impossibilitado de trabalhar era responsabilidade das mulheres da família da qual

o doente fazia parte (FREEMAN, 2018). Da mesma forma, o equilíbrio dentro do casal, nos papéis de cuidador e de provedor, leva ao entendimento de que pessoas que vivem com companheiro terão maiores capacidades de autocuidado (GEIB, 2012).

A idade também é determinante dessa capacidade de cuidar de si, uma vez que, naturalmente, a criança e o idoso apresentam menor autonomia para tais atitudes. É no final da vida, onde a multimorbidade geralmente se faz presente, que o declínio das funções vitais pode levar à dificuldade no desempenho das atividades de vida diária, não atendendo de forma eficaz suas necessidades de alimentação, higiene, bem-estar psicológico e lazer, demonstrando, assim, a estreita relação entre a capacidade funcional e a capacidade de cuidar de si mesmo (SÁ *et al.*, 2011).

A cor da pele também pode ser compreendida como um determinante de saúde da população, levando em consideração o fato de que os grupos étnicos minoritários, tendem a viver mais isolados, com uma rede de apoio prejudicada e submetidos a maiores condições de estresse, levando a piores cuidados de saúde. Contrapondo-se a isso, boas relações sociais e fortes redes de apoio em casa, no trabalho e na comunidade, podem melhorar a saúde dos indivíduos (FARO & PEREIRA, 2011; CEBALLOS, 2015).

Para além destes fatores ainda acontece um processo de singularização, afinal autocuidado também depende do estilo de vida adotado pelos indivíduos e da conscientização do usuário sobre sua condição de saúde e a relação dela com seus comportamentos (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007). Assim, comportamentos como o consumo de tabaco, o abuso de álcool, a inatividade física e a adoção de dieta pouco saudável estão marcadas pelo poder decisório dos indivíduos ao longo de suas experiências e de sua história de vida (GEIB, 2012).

Quanto às barreiras físicas ao autocuidado temos sintomas como dor, dispneia, cansaço, dificuldade de locomoção, insônia e fraqueza, evidenciando a prioridade da intervenção frente a outros problemas físicos de menor repercussão funcional (DUNCAN *et al.*, 2013).

Já está descrito que barreiras de ordem psicológica representadas pela depressão e o sofrimento mental inespecífico estão fortemente associadas a menores capacidades de autocuidado em pessoas com diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças cardíacas, na medida em que o sofrimento psíquico diminui a auto eficácia e a motivação para o tratamento (DUNCAN, 2013). Além disso, a visão de futuro e de projetos de felicidade sofrem mudanças substanciais a partir do diagnóstico de uma condição crônica, sobretudo de saúde mental (AYRES, 2004).

Outro aspecto importante é a sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes, pois muitas vezes temos idosos que cuidam de outros idosos, já que essa responsabilidade cabe prioritariamente à família e sabidamente os níveis de sobrecarga entre os cuidadores é mais elevado entre aqueles de maior idade (CRUZ *et al.*, 2010).

O autocuidado pode ser afetado ainda por meio de seu caráter coletivo, destacando a importância dos serviços de saúde em geral e da APS em particular no sentido de promover esse empoderamento através da educação em saúde (CEBALLOS, 2015; DUNCAN *et al.*, 2013).

O perfil de busca por cuidados de saúde

Na tarefa por cuidar de si, observa-se diferentes possibilidades de itinerários terapêuticos, ou seja, diferentes buscas por cuidados de saúde, de acordo com as possibilidades de oferta local. Assim, destacam-se três setores sobrepostos e interconectados que oferecem diferentes possibilidades de cuidado: o setor informal (automedicação, conselhos de parentes, vizinhos, amigos ou colegas de trabalho, grupos religiosos ou de autoajuda), o setor popular (curandeiros, pajés, benzedeiras) e o setor profissional (médicos e outros profissionais de saúde) (HELMAN, 2009; GERHARDT, 2006).

Ao compreender tais setores como fonte de informações para a tomada de decisão dos indivíduos frente às ações de autocuidado, importará à equipe de saúde reconhecer na sua comunidade esse perfil de busca por cuidados de saúde (FREEMAN, 2018). Sabe-se que a procura por cuidados de

saúde está condicionada tanto pelas atitudes, valores e ideologias dos sujeitos quanto pelos perfis da doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (GERHARDT, 2006).

Da mesma forma, o médico de família deverá sempre questionar os seus pacientes sobre o que já tentaram fazer antes das suas recomendações, a fim de buscar a compreensão holística do indivíduo e imaginar outras possibilidades de cuidado integral (FREEMAN, 2018).

Por fim, também é necessário refletir que a sobrecarga do terceiro setor de cuidados, ou seja, dos cuidados profissionais, seja reflexo das reduzidas oportunidades de sistemas informais de ajuda dentro da própria comunidade (FREEMAN, 2018).

O modelo teórico (Figura 5) representa, de forma gráfica e hierarquizada, as relações entre estes diferentes conjuntos de determinantes e o desfecho do estudo, o *déficit* de autocuidado.

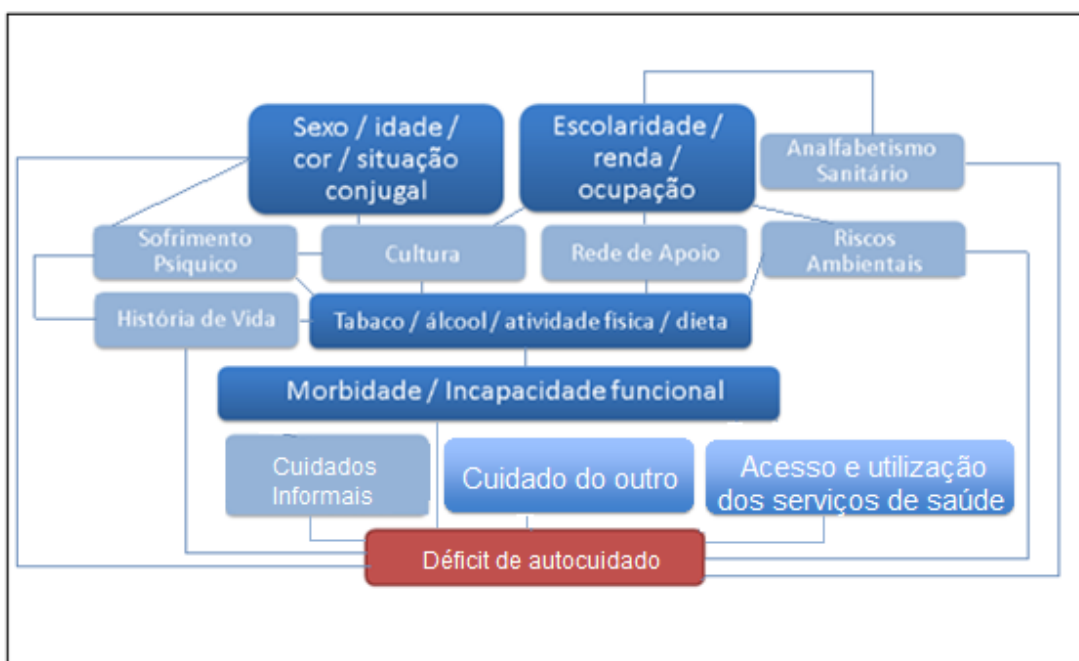


Figura 5 – Modelo teórico

Objetivos

Objetivo geral

Descrever a prevalência de *déficit* de autocuidado na população com 60 anos ou mais, residente na área de abrangência 44, da Unidade Básica de Saúde Coral, em Lages, SC.

Objetivos específicos

- Investigar a associação da prevalência de déficit de autocuidado com as características sociodemográficas, comportamentais, da condição de saúde, do acesso e utilização de serviços de saúde, do apoio familiar e do cuidado do outro.
- Conhecer as prevalências dos relatos de todas as atitudes de autocuidado presentes na escala.

Hipóteses

- A prevalência de idosos com *déficit* de autocuidado será superior a 10% da amostra.
- Maior proporção de *déficit* de autocuidado será encontrada em idosos:
 - do sexo masculino
 - com maior idade
 - de cor de pele preta
 - sem companheiro (a)
 - com menor escolaridade
 - com menor renda familiar
 - aposentados sem outra ocupação
 - com multimorbidade
 - com pior percepção de sua situação de saúde
 - com menor acesso a serviços de saúde
 - tabagistas
 - com consumo prejudicial do álcool
 - inativos
 - com dieta inadequada
 - com responsabilidade pelo cuidado de outras pessoas
 - com APGAR familiar severamente disfuncional.

Metodologia

O Cenário do estudo

O Município de Lages

Lages é o município de maior extensão territorial e o 10º em termos populacionais no estado de Santa Catarina (SC), contando com 158.508 habitantes, segundo a estimativa para o ano de 2017 (IBGE, 2017), conforme a Figura 6.



Figura 6 - Vista aérea da cidade de Lages/SC.

Fonte: Revista Visão (2016)

Distante 224 km da capital, faz parte da Mesorregião Serrana e destaca-se pela pecuária, por suas madeiras, além da lavoura e do turismo rural. É considerado um dos municípios mais importantes do estado pela sua participação econômica, ocupando a 12ª posição no estado com um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 4.255.922 no ano de 2014, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Em relação à saúde, integra a 15ª Regional de Saúde, destacando-se como município polo de diversos serviços da alta complexidade, sendo referência para os municípios vizinhos.

Possui Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde e iniciou a implantação da ESF em 2007, contando com 34 Equipes de Saúde da Família (eSF), que garantiam uma cobertura populacional de 69,7% há época. Atualmente, possui 26 Unidades Básicas de Saúde (UBS) na zona urbana e 3 UBS na zona rural, totalizando 46 eSF e alcançando a cobertura de 100% da população em janeiro de 2018, segundo dados do Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2018).

Alguns indicadores relevantes para a avaliação da saúde da população no município, mostram que para além da cobertura da ESF ainda há muito o que se avançar na atenção primária. A cobertura vacinal contra Influenza, no ano de 2017, mostrou-se abaixo de todas as expectativas, ao alcançar apenas 41,15%, segundo dados do DATASUS. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?zni/CNV/CPNISC.def>>. Acesso em: 18 mar. E o número de internações por Condições Sensíveis à APS, no ano de 2014, totalizaram 2.128 internações, representando um percentual de 19,8%. Disponível em: < http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_IC SAP/ICSAP.def>. Acesso em: 18 mar. Por fim, as principais causas de óbito da população do município são: as cardiovasculares, as neoplásicas e as causas externas. Disponível em: < <http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 18 mar. 2018)

Quanto à estrutura etária da população, acompanhando a transição demográfica que acontece no país, Lages também está transformando sua pirâmide etária nos últimos 30 anos. Segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil, sua base estreita-se cada vez mais e o número de idosos aumenta, principalmente entre as mulheres (Figura 7).

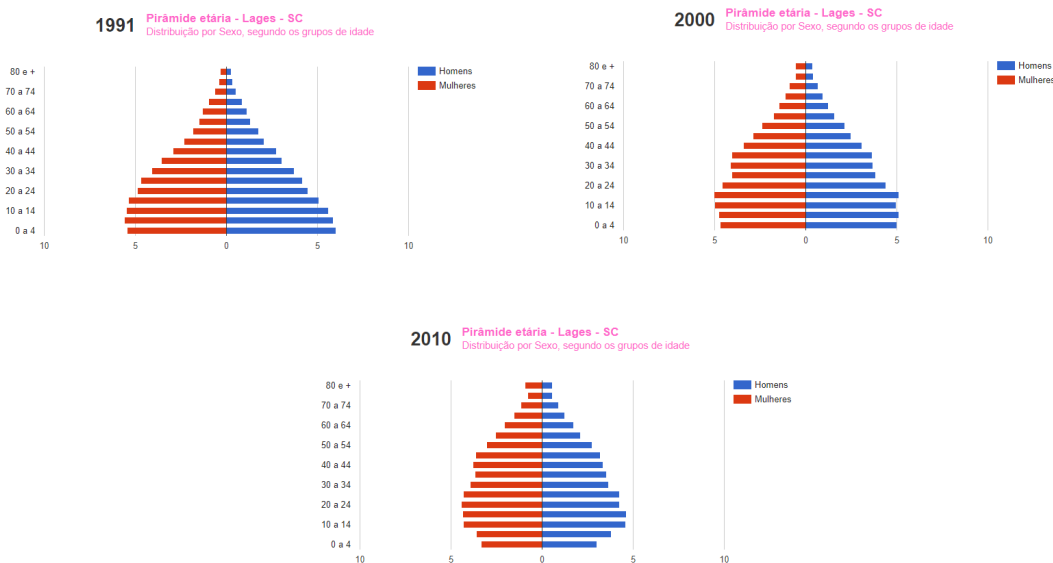


Figura 7 – Pirâmide Etária de Lages/SC

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

Esta transição populacional no município é demonstrada pelos indicadores de mortalidade infantil, pela esperança de vida ao nascer e pela proporção de pessoas de 65 anos ou mais de idade em relação à população total.

A mortalidade infantil passou de 22,5 óbitos por mil nascidos vivos (NV), em 2000, para 10,7 óbitos/1000 NV, em 2010, alcançando índices inferiores aos nacionais que eram de 16,7/1000 NV na mesma época. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lages_sc#demografia>. Acesso em: 18 mar. 2018)

Da mesma forma, a esperança de vida ao nascer cresceu 3,7 anos na última década, passando de 73,4 anos, em 2000, para 77,0 anos, em 2010, superando o referencial do país que foi de 73,9 anos, em 2010. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil Disponível em: <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>>. Acesso em: 18 mar. 2018)

Por fim, a proporção de pessoas de 65 anos ou mais de idade em relação à população total também aumenta progressivamente ao longo dos anos, saindo de 4,4% em 1991 e chegando a 7,7% em 2010. (Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil Disponível em:

<http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lages_sc#demografia>. Acesso em: 18 mar. 2018)

A Unidade Básica de Saúde Coral

A UBS Coral conta com uma estrutura nova, inaugurada em 2016, de cerca de 490m² (Figuras 8 e 9). Localizada à rua Campos Sales, 22, no bairro Coral, foi construída anexa à antiga, que hoje funciona como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).



Figura 8 – Foto comparativa de partes das fachadas da UBS Coral antiga, à esquerda, e da nova estrutura, à direita.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Lages (2016)

A infraestrutura conta com três consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, um grande consultório de odontologia com três cadeiras odontológicas para atendimento simultâneo, além de sala de vacina, sala de procedimento limpo, sala de procedimento sujo, farmácia, sala de acolhimento, sala de autorização de exames/recepção.



Figura 9 – Foto da Fachada Principal da UBS Coral.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Lages (2016)

A parte de cima do prédio está reservada para sala de reuniões de funcionários e grupos de atividade coletiva, administração, arquivos, depósito de material de limpeza, sala da gestão, sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e depósito para arquivamento de documentos.

O acesso ao primeiro andar pode ser feito por escada ou elevador, como garantia de acessibilidade.

Quanto aos recursos humanos, a UBS é composta por três Equipes de Saúde da Família (eSF), todas com Equipe de Saúde Bucal (ESB) apoiadas por uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com educadora física, fisioterapeutas, psicóloga e assistente social.

As equipes dividem-se em eSF 14, 15 e 44 e atendem uma população em torno de 10.500 pessoas, moradoras dos bairros Coral, Santa Maria, Caravágio, Jardim Cepar e Ponte Grande.

A Equipe de Saúde da Família 44

A eSF da área 44 conta com 12 profissionais, sendo uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma odontologista, uma técnica de saúde bucal e seis ACS.

O território de responsabilidade da eSF 44

A eSF 44 atende o território composto por partes dos bairros Coral, Caravágio e Ponte Grande (Figura 10).

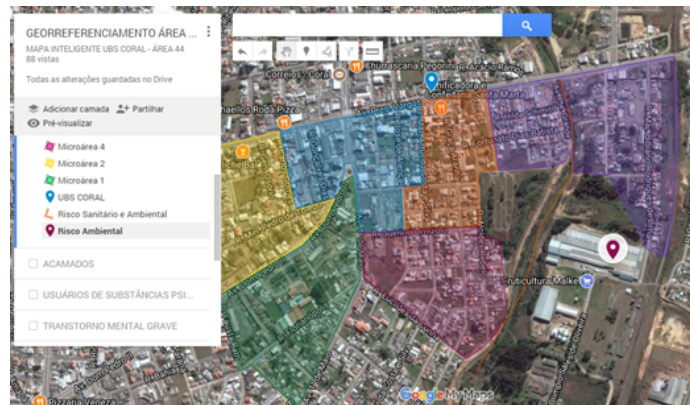


Figura 10 – Imagem do Georreferenciamento do Território da eSF 44 UBS Coral Lages/SC.

Fonte: *Google Maps* (2018)

O bairro Coral é o mais antigo e o terceiro maior bairro de Lages, situando-se entre os cinco mais ricos do município (Figura 11). Surgiu pela existência da Companhia do Rosário Abastecedora Ltda., o primeiro posto de combustíveis desta região da cidade. Seus idealizadores o construíram estrategicamente pois no local passava a antiga BR-2, rodovia importante que cortava a cidade e era caminho tanto para o litoral de Santa Catarina quanto para o Rio Grande do Sul. Além do comércio de combustíveis, a companhia dispunha de pousada e restaurante.



Figura 11 – Foto do canteiro central da avenida Luís de Camões, Bairro Coral, Lages/SC.

Fonte: Prefeitura Municipal de Lages (2017)

Inicialmente essa região da cidade foi colonizada por imigrantes europeus (principalmente alemães, italianos, suíços e portugueses) imprimindo marcas importantes que se mantêm até os dias de hoje.

O comércio é o que movimenta a economia, emprega os moradores da região e arredores. Além disso, existe uma grande diversidade de recursos ofertados para a sua população. Segundo dados da própria UBS, o bairro Coral conta com uma grande escola estadual, estabelecimentos de seis redes bancárias, seis postos de gasolina, doze farmácias, três concessionárias de veículos, várias lojas especializadas em autopeças, diversas borracharias, três supermercados e mais de 100 lojas de comércio em geral.

Outro setor importante é a indústria, principalmente nos ramos de madeira e olaria. Também forte representante do setor industrial é a Fruticultura Malke Ltda, que atua no setor de fruticultura, com produção, processamento, armazenagem, venda e distribuição de maçãs, localizada no bairro Caravágio, mas também parte integrante da área de abrangência da equipe.

No que se refere à infraestrutura do território, há cerca de dois anos havia uma região de posseiros, que viviam em condições precárias, em uma área verde, de preservação permanente. Entretanto, esta área foi desapropriada para a construção do Complexo da Ponte Grande, cujas obras encontram-se paradas e sem previsão para a sua conclusão.

Quanto ao complexo, a promessa é de que seja uma grande avenida com mais de 6 km de extensão, margeando o rio Ponte Grande, ligando 14 bairros entre a zona leste e sul da cidade, com o mesmo molde da Av. Belizário Ramos (a principal avenida do município), porém também terá um parque linear, com faixa exclusiva para ônibus e ciclovia, melhorando ainda mais as condições de vida da comunidade local, incentivando a prática de atividade física, já que hoje não contamos com praças ou parques locais estruturados para este fim. A Figura 12 ilustra o projeto.



Figura 12 – Projeto Urbanístico do Complexo Ponte Grande Lages/SC. Fonte: Jornal Gazeta Serrana (2015)

Atualmente, essa área correspondente ao Complexo da Ponte Grande, ainda inspira cuidados envolvendo risco sanitário e ambiental, contrastando com as demais micro-áreas do território. Algumas imagens da região hoje, mostrando alguns pontos de vulnerabilidade e maior risco sanitário (Figura 13).

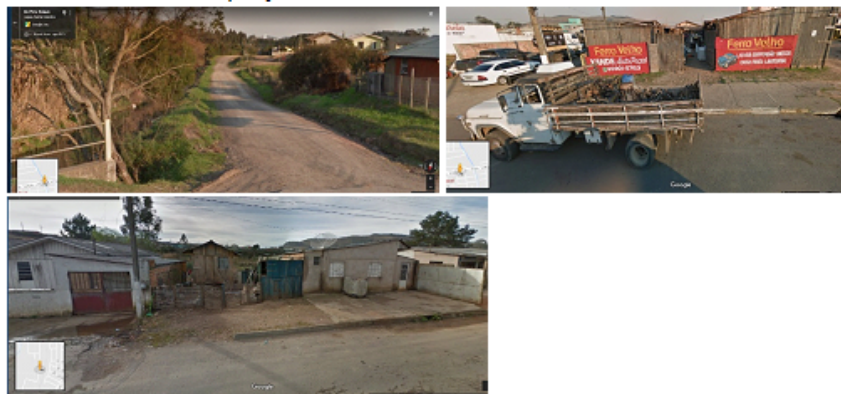


Figura 13 – Fotos da região da Ponte Grande Lages/SC.
Fonte: Google Maps (2018)

Por outro lado, as demais micro-áreas têm suas ruas pavimentadas, recebem água encanada e rede de coleta de esgoto, características da área central da cidade. O Serrano Tênis Clube, a Sauna Clube e muitos prédios que servem tanto para a moradia quanto para o comércio, também fazem parte da paisagem da região (Figura 14).



Figura 14 - Fotos dos Clubes Serrano e Sauna (acima) e dos prédios locais (abaixo).

Fonte: *Google Maps* (2018)

Por fim, contamos com as regiões de grandes casas. Não constituem condomínios, entretanto, são regiões de pequena vulnerabilidade sanitária, onde há maior cuidado com o lixo, com a higiene, com a proliferação de vetores e coleta de entulhos. Esta área corresponde a cerca de 20% do território da eSF 44 (Figura 15).



Figura 15 – Fotos das fachadas das grandes casas. Fonte: *Google Maps* (2018)

A população adscrita da eSF 44

Segundo levantamento populacional realizado pelos ACS da equipe em 2017, o número de indivíduos moradores na área de abrangência da eSF 44 era de 3.179 pessoas.

Buscando-se avaliar os mais vulneráveis identificamos que, destes, 16,1% (512) são crianças e adolescentes de até 15 anos de idade, e 17,4% (552) de pessoas idosas, percentual destacadamente maior que o nacional que é de 10,8% ou mesmo o estadual que é de 11,1%, conforme o censo de 2010 (<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1552#resultado>).

Para além da vulnerabilidade dos idosos e das crianças, pode-se observar os riscos epidemiológicos, através do mapeamento dos doentes crônicos, georreferenciados em destaque na figura 16: onde na cor amarela aparecem os domicílios com indivíduos diabéticos (161), em vermelho aqueles com indivíduos hipertensos (457) e em roxo os domicílios com portadores de transtornos mentais

leves (331). Estas imagens ilustram a pressão assistencial por consultas programadas de cuidado continuado.

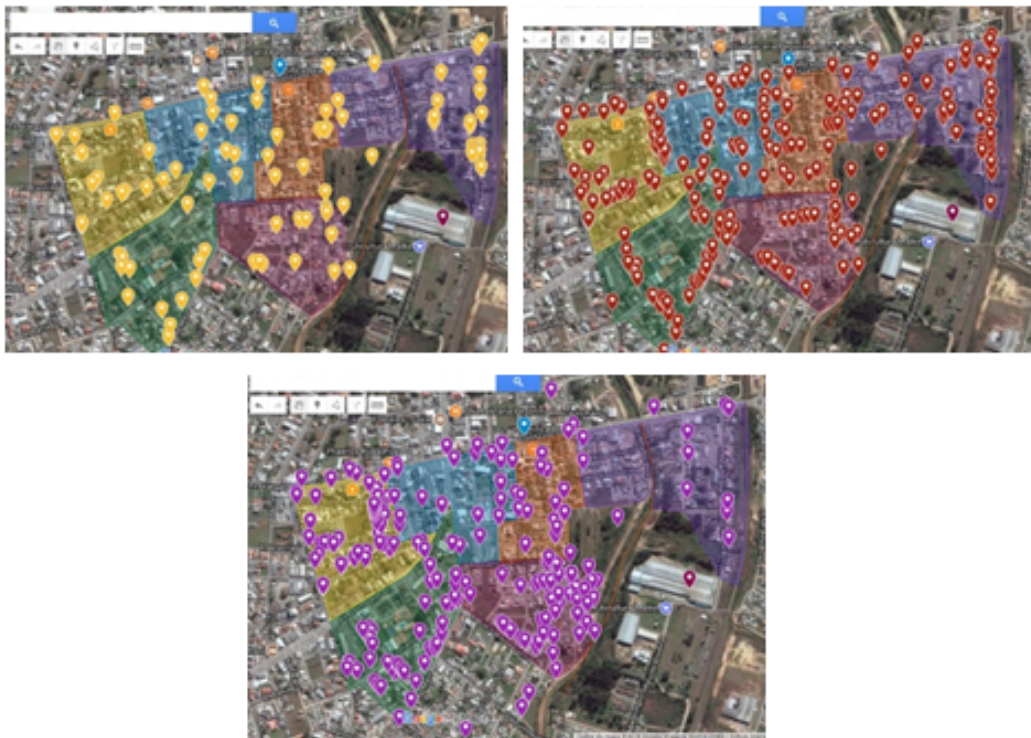


Figura 16 – Georreferenciamento de condições crônicas no território da eSF 44.

Fonte: *Google Maps* (2018)

Tipo de Estudo

O estudo será do tipo transversal, por meio de um inquérito de base populacional.

Sujeitos do Estudo/População alvo

Serão incluídos no estudo cerca de 420 indivíduos com 60 anos ou mais, moradores da área 44 da USF Coral, em Lages, SC. Serão excluídos os indivíduos que estiverem hospitalizados, reclusos em cumprimento de pena, e portadores de alguma deficiência física ou mental que lhes impossibilite responder ao instrumento de pesquisa.

Tamanho da amostra

Em 2017 foi concluído um levantamento populacional para identificar as pessoas moradoras da área da USF Coral 44 e sem cadastro formal no serviço. De acordo com este levantamento, o total de residentes na área era de 3.179 pessoas, sendo que, destes, 593 idosos devem chegar aos 60 anos e mais, no mês de abril/2018. Para compor a amostra todos os domicílios onde residem pessoas idosas serão visitados e previamente um idoso por cada domicílio será sorteado, aleatoriamente, para ser entrevistado, chegando-se ao n=419 idosos, conforme o prévio levantamento.

Principais variáveis a serem coletadas

A variável dependente (desfecho) será o *déficit* de autocuidado. O instrumento internacional mais conhecido para medir capacidades de autocuidado é a “*Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*”. Desenvolvida na década de 80 por um grupo de pesquisadores norte-americanos e holandeses, tem sido utilizada em estudos de adaptação cultural na Holanda, Dinamarca e Noruega, atingindo confiabilidade e validade discriminante entre idosos, na versão norueguesa (LORENSEN, 1993).

A escala é composta de 24 itens, cada um com as seguintes opções de resposta: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos) nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). A pontuação mínima é de 24 e a máxima de 120 pontos e escores altos indicam níveis elevados de capacidades de autocuidado. A variável resultante da soma da pontuação será recodificada, de acordo com os tercis de sua distribuição. Idosos classificados no tercil inferior serão considerados com *déficit* de autocuidado.

O instrumento se refere à disponibilidade, vontade e condições das pessoas em modificar as suas vidas, melhorando-as; também avalia os cuidados com alimentação, higiene e peso. Os itens aferem ainda se os respondentes procuram realizar adaptações para melhorar a própria saúde e se buscam rede de apoio em caso de dificuldades com os procedimentos de autocuidado (Anexo 1).

No Brasil, esta escala passou por processo de tradução, adaptação

cultural e validação, através de um estudo com idosos - hospitalizados ou não - residentes nos municípios de Itajubá e Pouso Alegre, em Minas Gerais. Demonstrou bom desempenho psicométrico, com alta consistência interna e estabilidade ou teste-reteste, assim como validade discriminante e concorrente. O Alfa de Cronbach foi 0,8493 para o total de entrevistados; 0,8614, para os idosos da comunidade e 0,8158 para os idosos hospitalizados. A análise do teste-reteste mostrou alta concordância entre as respostas ($r = 0,873$; $p = 0,035$). A validação discriminante registrou que não existe diferença entre as capacidades de autocuidado das pessoas da comunidade e hospitalizadas ($p = 0,116$) (SILVA, 2017).

As variáveis independentes (exposições) a serem coletadas estão apresentadas no quadro 1, com a respectiva operacionalização.

Quadro 1. Variáveis independentes

	Variável	Operacionalização
Características demográficas	Sexo	Masculino; feminino
	Idade	Anos completos
	Cor da pele	Branca; preta; parda; outra
	Situação conjugal	Com companheiro(a); Sem companheiro(a)
Características sociais	Escolaridade	Sem escolaridade; fundamental incompleto; fundamental completo; médio incompleto; médio completo; superior incompleto; superior completo
	Renda familiar	Salários mínimos
	Ocupação	Aposentado / pensionista / LOAS / trabalho formal / trabalho informal
	Moradores no domicílio	1; 2; 3; 4; 5 ou mais
Características comportamentais	Tabagismo – (BRASIL, 2015)	Nunca fumou; ex-fumante; fuma atualmente
	Uso excessivo de álcool – (BERNAL, R. T. I. et al, 2017)	Sim; não
	Atividade física de lazer – (MATSUDO, S.;	Suficientemente ativo;

	<i>et al, 2012)</i>	insuficientemente ativo; inativo
	Dieta Inadequada - (BERNAL, R. T. I. et al, 2017)	Baixa ingestão de frutas, hortaliças ou feijão; E/OU Consumo excessivo de: doces, refrigerantes, carne ou leite com excesso de gordura; E/OU Substituição de refeições por lanches.
Condição de saúde	Morbidades	Nenhuma; 1; 2; 3; 4 ou mais
	Autopercepção da condição de saúde	Muito boa; boa; regular; ruim; muito ruim
	Capacidade funcional ABVD / AIVD – (DEL DUCA, SILVA & HALLAL, 2009)	Independência / dependência parcial / dependência total
Cuidado do outro	Cuidador	Sim; não
		De familiar ou não Remunerado sim ou não
Apoio da rede familiar	Escala APGAR Familiar – (SILVA, M. J. da <i>et al.</i>)	Altamente funcional; moderadamente funcional; severamente disfuncional.
Busca por cuidados de saúde	Acesso e utilização de serviços de saúde	Precisou de atendimento de saúde nos últimos 3 meses? sim / não Procurou atendimento para esta(s) necessidade sim / não Conseguiu atendimento em serviço de saúde sim / não Qual serviço foi utilizado?
	Cuidados informais e populares de saúde	Não; Sim: automedicação; benzedeira; lideranças religiosas; amigos, vizinhos ou familiares.
	Oferta de Serviços da UBS Coral	Orientação sobre: alimentação saudável (sim/não); saúde bucal (sim/não); prevenção de quedas (sim/não); atividade física (sim/não); uso correto das medicações (sim/não); o

		<p>atendimento do acolhimento (sim/não).</p> <p>Buscou atendimento sem agendamento prévio: acolhimento (sim/não); mostrar exames e renovar receitas contínuas (sim/não); medir sinais vitais ou antropométricos (sim/não); curativos (sim/não); odontológico de urgência (sim/não); vacinação (sim/não);</p> <p>Conseguiu atendimento sem agendamento prévio: acolhimento (sim/não); mostrar exames e renovar receitas contínuas (sim/não); medir sinais vitais ou antropométricos (sim/não); curativos (sim/não); odontológico de urgência (sim/não); vacinação (sim/não).</p> <p>Demandas específicas: atendimento domiciliar (sim/não); saúde da mulher (sim/não); saúde do homem (sim/não).</p> <p>Divulgação Atividades Coletivas: sim/não</p>
--	--	---

Seleção e capacitação para a coleta de dados

O estudo propõe envolver membros da equipe da UBS e estudantes de Medicina na coleta de dados. Para isso, serão realizados três momentos de aproximação, envolvendo: sensibilização, cooperação e discussão dos instrumentos, afinal é importante que a equipe esteja comprometida com o trabalho.

Os momentos se darão através de roda de conversa, de modo próximo e dialógico.

O primeiro momento de sensibilização já vem acontecendo no decorrer da escrita do projeto, através da divulgação da proposta de pesquisa a todos os integrantes da equipe e também os estudantes que atuam neste cenário,

apontando para os objetivos do estudo e a sua importância na prática. Mesmo assim, planeja-se um momento de aproximadamente 1 hora para apresentação do projeto, em reunião de equipe. O objetivo maior desse momento é o envolvimento de todos com co-responsabilização e interesse mútuo no resultado da pesquisa.

A etapa de cooperação será realizada em uma reunião de aproximadamente 40 minutos de duração, buscando identificar entre os escolhidos para a coleta se realmente há motivação para o trabalho. A proposta é realizar uma dinâmica com o vídeo: O menino e a árvore, incentivando a livre expressão de cada um e acolhida dos sentimentos despertados.

A etapa de discussão dos instrumentos deve levar cerca de 2 horas e se dará inicialmente através da leitura do Manual de instruções (Apêndice 3) sempre estimulando que exponham suas dúvidas. A seguir em duplas, segue a simulação da aplicação dos questionários, por fim, roda de conversa para ouvir dificuldades e sugestões com o instrumento em si.

Coleta de dados

A coleta de dados será realizada no domicílio dos idosos, mediante aplicação de questionário estruturado e pré-codificado (Apêndice 1), com duração média prevista em 60 minutos.

Uma vez que o total de idosos a serem entrevistados é de cerca de 420 e serão 17 entrevistadores – membros da equipe e estudantes de Medicina - coletando os dados, cada um deles ficaria responsável por 24 idosos aproximadamente. Estimando que em uma semana de trabalho sejam feitas três entrevistas por entrevistador, o trabalho de campo pode ser previsto para oito semanas.

Estudo piloto

Estudantes de medicina e a mestranda entrevistarão 20 idosos nas demais áreas de abrangência da USF Coral, a fim de quantificar o tempo médio das entrevistas e avaliar a clareza das informações no questionário.

Controle de qualidade

Semanalmente será realizada uma reunião com as entrevistadoras a fim de avaliar as dificuldades encontradas e quantificar as entrevistas realizadas na semana, buscando o alcance da meta. Sempre que necessário, os entrevistadores poderão esclarecer suas dúvidas com a pesquisadora principal.

Buscando fidedignidade da coleta, a pesquisadora principal irá refazer 10% das entrevistas escolhidas de forma aleatória, com parte das perguntas do instrumento.

Processamento de dados e análise dos dados

Os questionários serão codificados, revisados e submetidos à dupla digitação por meio do aplicativo *EpiData*[®] (CHRISTIANSEN T.B. & LAURITSEN J.M. 2010). Após identificação e correção dos erros de digitação, o banco final será convertido ao formato necessário para ser analisado por meio do pacote estatístico *STATA*[®] – versão 12.2. (STATACORP, 2011). Inicialmente serão verificadas as inconsistências e os limites dos valores das variáveis e todas serão rotuladas apropriadamente.

Será realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra, e posteriormente análises bivariadas para o exame das associações. A análise descritiva incluirá cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas. Para variáveis numéricas serão calculadas média, mediana e desvio-padrão. No caso da comparação de variáveis categóricas dicotômicas, será realizado o teste do qui-quadrado. Para comparação de uma variável categórica dicotômica com outra ordinal, será realizado o teste de tendência linear, além do qui-quadrado. Para comparação de variáveis quantitativas entre variáveis categóricas, serão utilizados o teste t – para variáveis dicotômicas – e ANOVA para variáveis nominais e ordinais. Para todos os testes de associações será adotado um nível de significância de 5%. Se oportuno, será realizada análise ajustada por meio de regressão linear ou regressão de Poisson. Para todas as análises estatísticas, será adotado o nível de significância de 5%.

Aspectos éticos da investigação

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel. Os princípios éticos serão assegurados por meio de:

- Informações e esclarecimentos acerca da pesquisa, seus objetivos, seus benefícios e a sua participação;
- Entrega e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), por escrito, aos entrevistados (Apêndice 2) demonstrando a sua anuência em participar da pesquisa;
- Garantia do direito de não-participação na pesquisa;
- Sigilo em relação à sua identificação diante das informações prestadas;
- Informações sobre achados da pesquisa de relevância para os participantes do estudo;
- Garantia de assistência no serviço de saúde adequado, no caso de identificação de vulnerabilidade ou risco imediato à saúde do entrevistado.

Cronograma

O cronograma do projeto encontra-se descrito no quadro 2, destacando-se que o mês 1, corresponde ao mês de abril/2018.

Quadro 2 - Cronograma

Atividades	Meses											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Qualificação do projeto	■											
Preparação do trabalho de campo e aprovação do Comitê de Ética	■	■	■									
Estudo Piloto				■								
Coleta de Dados					■	■	■					
Controle de Qualidade					■	■	■					
Processamento dos Dados					■	■	■	■				

Análise de Dados													
Redação da Dissertação													
Defesa da Dissertação													

Divulgação dos Resultados

Os resultados serão divulgados para a totalidade dos profissionais de saúde da UBS durante a reunião de Educação Permanente e para a comunidade local por meio de comunicado à imprensa local e de um folder com os principais achados do estudo.

Além disso, planeja-se divulgar os resultados obtidos em eventos científicos locais como o Congresso Nacional de Ciência, Arte e Tecnologia (CONCAT) a ser realizado na UNIPLAC, além do Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade ou do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.

Finalmente será produzido um artigo científico a ser submetido a periódico indexado de circulação nacional.

Orçamento

Estima-se o custo dessa pesquisa em R\$ 348,29, conforme o quadro 3. Os gastos com materiais de escritório estão abaixo descritos. Não haverá despesas com combustível ou transporte, uma vez que todas as entrevistas podem ser feitas no trajeto percorrido pelos profissionais em sua rotina de trabalho. A fonte viabilizadora do orçamento será a própria pesquisadora principal.

Quadro 3 - Despesas

Itens a serem financiados		Valor unitário	Valor total
Especificações	Quantidade	R\$	R\$
Papel branco a4 75grs 210 x 297 (resma com 500 folhas)	11	16,27	178,97
Cartucho de tinta HP 662 xl preto - cz105ab	2	95,90	191,80
Caneta esferográfica cristal - fina - azul	20	0,68	13,60
Lápis escrita preta 2b	20	0,72	14,40
Borracha branca escolar	20	0,73	14,60
		Total Geral R\$	413,37

Referências

AMORIM, S. C. de; SALLA, S.; & TRELHA, C. S. Factors associated with work ability in the elderly: systematic review. *Revista Brasileira Epidemiologia*, v.17(4), p. 830-841, dez. 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25388484>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

ATLAS. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lages_sc#demografia>. Acesso em: 18 mar. 2018.

AYRES, J. R. de C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BALDUINO, A. F. A. *et al.* Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 37-44, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BERNAL, R. T. I. et al. Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel): mudança na metodologia de ponderação. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 26, n. 4, p. 701-712, dez. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400701&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. Estatuto do idoso: lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em 18 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica, 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em 18 mar. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 64.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 160.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html >.
Acesso em: 10 abr. 2018.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf> Acesso em: 10 abr. 2018.

CASTRO-SERRALDE, E.; ORTEGA-CEDILLO, P. Estilos de vida y factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquêmica. *Rev Enferm Inst Mexico*, 2017. Disponível em: < <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173f.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

CEBALLOS, A. G. da C. Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde. Recife: [s.n.], 2015. p. 20. Disponível em: < <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/3332>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CHRISTIANSEN, T. B.; LAURITSEN J. M. (Ed.) *EpiData - Comprehensive Data Management and Basic Statistical Analysis System*. Odense Denmark, EpiData Association, 2010. Disponível em: <<http://www.epidata.dk>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

CRUZ, D. C. M. *et al.* As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Rev. Enf. Ref.*, Coimbra, v. III, n. 2, p. 127-136, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2018.

DA SILVA, D. Helping measure person centred care: a review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. *The Health Foundation*, n. March, p. 76, 2014. Disponível em: < <https://www.health.org.uk/sites/health/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf> >. Acesso em: 10 abr. 2018.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. da; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 43, n. 5, p. 796-805, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DEPARTMENT OF HEALTH. Self Care – A Real Choice Self Care Support – A Practical Option. p. 12, 2005. Disponível em: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124065355/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4101702.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

DOS SANTOS, I. et al. O grupo pesquisador construindo ações de autocuidado para o envelhecimento saudável: pesquisa sociopoética. *Esc Anna Nery*, v. 15, n. 4, p. 746–754, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a13v15n4.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2018.

DUNCAN, B. B. *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1976.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse TT - Race, racism and health: the social inequality of the distribution of stress. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 16, n. 3, p. 271–278, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000300009>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FERNÁNDEZ, A.R.; MANRIQUE-ABRIL, F.G. Efecto de la Intervención Educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Sudamérica. *Ciencia y Enfermería*, v. 16, n. 2, p. 83–97, 2010. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FERNÁNDEZ, A.R.; MANRIQUE-ABRIL, F.G. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes em adultos mayores. *Av Enferm*, n. 1, v.29, p. 30-41, jul. 2011. Disponível em: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

FREEMAN, T. R. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

FROTA, N.M.; SANTOS, Z.M.S.A.; SOARES, E.; MOURA, J.M.G.; COSTA, A.C.; CAETANO, J.A. Déficits de autocuidado de idosas institucionalizadas. *Rev RENE*, v.13, n.5, p. 983-94, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1156/pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2018.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2018.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar. 2018.

HELMAN, C. G. *Cultura, Saúde e Doença*. Tradução de Ane Rose Bolner. Porto Alegre. 5ª Edição. Artmed. 2009.

HUANG, E. S.; GORAWARA-BHAT, R.; CHIN, M. H. Self-Reported Goals of Older Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of the American Geriatrics Society*, n.53, v.2, p. 306–311, fev. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2291346/>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 18 mar. 2018.

_____. Produto Interno Bruto dos Municípios, 2014. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2014/default.shtm>. Acesso em: 18 mar. 2018.

_____. Panoramas das Cidades, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/lages/panorama>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

KIM, S.H. Older people's expectations regarding ageing, health-promoting behaviour and health status. *Journal of Advanced Nursing* v. 65(1), p. 84–91, jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19032514>> Acesso em: 10 abr. 2018.

LANGE, I. *et al.* Fortalecimiento del autocuidado como estratégia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud em América Latina. Geneva: OPAS, 2006. Disponível em: <<http://studylib.es/doc/7357561/fortalecimiento-del-autocuidado-como-estrategia-de-la-ate...>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

LAURITSEN, J. M.; BRUUS M.; MYATT M. A. EpiData — Data management and basic statistical analysis system. Odense Denmark: 2002. (V3.0) Disponível em: <<http://www.epidata.dk>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

LORENSEN, M. *et al.* Cross-cultural testing of the "appraisal of self-care agency: ASA scale" in Norway. *International Journal of Nursing Studies*; v. 30(1), p. 15-23, fev. 1993. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/002074899390089D>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MARQUES, M. B. *et al.* Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 415-420, abr. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mar, 2018.

MATSUDO, S.; *et al* QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ): ESTUDO DE VALIDADE E REPRODUTIBILIDADE NO BRASIL. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, v. 6, n. 2, p. 5-18, 15 out. 2001. Disponível em: <http://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/931/1222>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. [s.l: s.n.]. v. 15 Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MERHY, E; FEUERWECKER, L. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Ana Cristina de Souza Mandarin; Estelio Gomberg. (Org.). Leitura de novas tecnologias e saúde. 1 ed. São Cristóvão; Salvador: Edufba; Edufs, v.1, p. 29-56, 2009. Disponível em: <<http://eps.otics.org/material/entrada-outras-ofertas/artigos/novo-olhar-sobre-as-tecnologias-de-saude-uma-necessidade-contemporanea/view>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MIRANDA, D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 19, n. 3, p. 507–19, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

MOYANO *et al.* Care models for polypathological patients. *Revista Clínica Española (English Edition)*, v. 217, n. 6, p. 351-358, ago-set. 2017. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S225488741730067X>> . Acesso em: 10 abr. 2018.

NELSON, E C; MEYER, G; BOHMER, R. Self-care: the new principal care. *Journal of ambulatory care management, MEDLINE*, v. 37, n. 3, p. 219-225, jul-set. 2014. <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mdl-24887523>> Acessado em: 10 abr. 2018.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 25, n. 9, p. 2012-2020, set. 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000900015&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 10 abr. 2018.

NOVAIS, E. M. *et al.* O Saber da Pessoa com Doença Crônica no Auto-Cuidado. *Clinical & Biomedical Research*, [S.l.], v. 29, n. 1, abr. 2009. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/7376>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A. Multimorbidity in older adults: Magnitude and challenges for the Brazilian health system *Chronic Disease epidemiology. BMC Public Health*, v. 15, n. 1, p. 1–11, 2015. Disponível em: < https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4658761/pdf/12889_2015_Article_2505.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ONU. Assembleia mundial sobre el envejecimento. Viena, 1982. Disponível em: <<http://www.un.org/es/globalissues/ageing/docs/vipaa.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

PRADO SOLAR, L. *et al.* La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica*, v. 6, n. 36, p.

835–845, 2014. Disponível em: <
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

QUEIRÓS, P. J. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem*; Coimbra, v.IV, n. 3, p. 157-164, dez. 2014. Disponível em: <
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn3/serlVn3a18.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

ROCHA, L. S. et al. O cuidado de si de idosos que convivem com c??ncer em tratamento ambulatorial. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 29–37, 2014. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00029.pdf> Acesso em: 10 abr. 2018.

SÁ, S. P. C. *et al.* Uma proposta para a mensuração do autocuidado em idosos. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 16, n. 4, dez. 2011. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/25435/17054>>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SALAZAR, V.M.; ESTRADA, V.B.; PILAR, M.M.; ILAGOR, V.M.P. Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades crónicas em Temoya, México. *Ciencia y Enfermería*, v.3, n.16, p.103-09, dez. 2010. Disponível em: <
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300011>. Acesso em: 18 mar. 2018.

SANT'ANNA, C. F. *et al.* Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 1, p. 92-99, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25 mar. 2018.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. de A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em painel com os

estados do Brasil. *Estud. Econ.*, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 229-261, abr-jun 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25 mar. 2018.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Record, 2001. Disponível em: <http://www.dpi.inpe.br/Miguel/AnaPaulaDAIasta/Acta_Geografica_CidadesAmazonicas_EdicaoEspecial_2011/MariaLauraSilveira_HistoriaLivro_Acta_Geografica_2011.pdf>. Acessado em: 25 mar. 2018.

SAPAG, J. C. et al. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health*, v. 27, n. 1, p. 1–9, 2010. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/01.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SILVA, J. V. da; DOMINGUES, E. A. R. Adaptação Cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. *Arquivos de Ciências da Saúde*, [S.l.], v. 24, n. 4, p. 30-36, dez. 2017. ISSN 2318-3691. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/686>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

SILVA, M. J. da *et al.* Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300527&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 25 mar. 2018.

SOARES, A. M. G. et al. Tecnologia Assistencial Na Promoção Da Saúde: Cuidado e Autocuidado do Idoso Insulino-Dependente. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, n. 4, p. 174–181, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027972018>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Primary care: balancing health needs, services, and technology. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Is patient-centered care the same as person-focused care? The Permanente journal, v. 15, n. 2, p. 63–69, 2011. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752/pdf/i1552-5775-15-2-63.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

STATACORP. 2011. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: StataCorp LP.

STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2017.

TANQUEIRO, M. T. O. S. A gestão do autocuidado nos idosos com diabetes: revisão sistemática da literatura. Revista de Enfermagem Referência, p. 151–160, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn9/serIIIIn9a16.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. Caderno de Saúde Pública, v. 19, n. 3, p. 849–853, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15888.pdf>>. Acesso em 10 abr. 2018.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 abr. 2018.

WAGNER, E. H. CHRONIC DISEASE MANAGEMENT SPECIAL EDITOR Chronic Disease Management. Effective Clinical Practice, v. 1, p. 2–4, 1998. Disponível em: < <https://ecp.acponline.org/augsep98/cdm.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. *Challenging inequities in health care: from ethics to action*, p. 309–322, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. Declaração de alma-ata. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios, p. 3, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 60, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2018.

Anexo 1 - Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A)

INSTRUÇÕES: Leia cada afirmação para o(a) entrevistado(a) e circule o número apropriado, que indica quanto ele (a) concorda ou discorda de cada uma delas, ou está indeciso, conforme a sua própria descrição. Não há respostas corretas ou incorretas.

ITENS	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
2. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
3. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
4. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
5. Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
6. Sempre que posso, eu cuido de mim.	1	2	3	4	5
7. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
8. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
9. Procuro alimentar-se de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
10. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
11. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
12. Com o passar dos anos fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5
13. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
14. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
15. De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
16. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5
17. No passado, mudei alguns dos meus costumes para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
18. Normalmente tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
19. Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
20. No meu dia-a-dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5

21. Se eu tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
22. Procuo ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
23. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
24. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	1	2	3	4	5

Apêndice 1 – Questionário

<Bom dia/ Boa tarde>. Meu nome é <NOME>. Estou trabalhando em uma pesquisa sobre saúde, realizada pelo USF CORAL, com a população com 65 anos ou mais. Este é um estudo que vai avaliar a saúde e as condições de vida dos idosos aqui desta área. Gostaria de conversar com o(a) Sr.(a) e é importante esclarecer que todas as informações são confidenciais e serão utilizadas apenas para essa pesquisa. Se o(a) sr(a) concorda em conversar, por favor, preciso que leia e assine o Termo de Consentimento.

	NQ _____
1. Micro Área: _____	Micro _____
2. Entrevistador: _____	Entrev _____
3. Data da entrevista: ____ / ____ / 2018	Data ____ / ____ / ____
VAMOS COMEÇAR COM ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SR(A).	
4. Sexo: OBSERVAR: (1) Masculino (2) Feminino	Sexo _____
5. Qual a sua idade? _____ anos completos	Idade _____
6. Qual a sua cor de pele? (1) Branca (2) Parda/Morena (3) Preta (4) outra: _____	Cor _____
7. O(A) sr(a) é casado(a) ou vive com companheira(o)? (1) com companheira(o)? (2) sem companheira(o)	Compa _____
AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE ESTUDO E A SITUAÇÃO DE VOCÊS AQUI NA CASA	
8. O(A) sr(a) sabe ler e escrever? (1) sim (2) não (PULE PARA PERGUNTA 10) (3) só assina (PULE PARA PERGUNTA 10)	Ler _____
9. Até que série /ano o(a) sr(a) completou na escola? (1) 1º. Grau / fundamental incompleto (2) 1º. Grau / fundamental completo (3) 2º. Grau / médio incompleto (4) 2º. Grau / médio completo (5) Superior incompleto (6) Superior completo (7) Pós-graduação incompleto (8) Pós-graduação completo	Escol _____
10. No total, contando com o sr(a), quantas pessoas moram aqui? _____ pessoas	Morad _____
11. No mês passado, qual foi a renda total da família, contando com salário, aposentadoria e outros benefícios, aluguel e outras fontes de renda (por exemplo, ajuda de familiares)? _____ reais	Rendafam _____
12. O(A) sr(a) é aposentado ou pensionista? (1) Sim (2) Não	Após _____
13. O(A) sr(a) recebe outro benefício como BPC ou Auxílio Doença do INSS? (1) Sim (2) Não	Benef _____
14. O(A) sr(a) ainda trabalha fora de casa? (1) Sim (2) Não	Trab _____ Carteass _____
15. Se sim: Tem carteira assinada? (1) Sim (2) Não	
16. O(A) sr(a) é responsável por cuidar de alguém aqui em casa ou em outra casa?	Cuidacri _____

<p>Criança (0) não (1) sim Familiar idoso (0) não (2) sim Familiar não idoso (0) não (3) sim Outra pessoa idosa (0) não (4) sim Outra pessoa não idosa (0) não (5) sim (-> SE NÃO PARA TODAS: PULE PARA PERGUNTA 19)</p>	<p>Cuifaido __ Cuifanido __ Cuioutido __ Cuidoutnido __</p>
<p>SE RESPONDEU SIM PARA ALGUM ITEM NA PERGUNTA ANTERIOR: 17. Alguma dessas pessoas que o(a) sr(a) cuida é doente? (0) não (1) sim 18. Para algum dessas pessoas que cuida, o(a) sr(a) recebe dinheiro? (0) não (1) sim</p>	<p>Cuiddoen __ Recebe __</p>
VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA SAÚDE.	
<p>19. Na sua opinião, como está a sua saúde? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (9) Ign</p>	<p>Percep __</p>
APLICAR NESTE MOMENTO A ESCALA DE AUTO-CUIDADO	
AGORA EU VOU DIZER UMA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE E EU GOSTARIA QUE ME DISSESSE, PARA CADA UM, SE ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM:	
<p>44. Hipertensão (pressão alta)? (0) não (1) sim (9) ign 45. Diabetes? (0) não (1) sim (9) ign 46. Insuficiência cardíaca ou “coração fraco” ou “coração grande”? (0) não (1) sim (9) ign 47. Asma ou bronquite? (0) não (1) sim (9) ign 48. Enfisema? (0) não (1) sim (9) ign 49. AVC, isquemias, derrames cerebrais? (0) não (1) sim (9) ign 50. Artrite, reumatismo, artrose? (0) não (1) sim (9) ign 51. Doença de Parkinson? (0) não (1) sim (9) ign 52. Insuficiência / perda da função dos rins? (0) não (1) sim (9) ign 53. Colesterol alto ou gordura no sangue? (0) não (1) sim (9) ign 54. Algum tipo de câncer? (0) não (1) sim (9) ign 55. SOMENTE PARA HOMENS Doença da próstata? (0) não (1) sim (9) ign (8) nsa</p>	<p>Has __ Diab __ Insuf __ Asma __ Enfise __ Isquem __ Artrite __ Parkin __ Rins __ Colest __ Canc __ Prost __</p>
ALÉM DESTAS DOENÇAS QUE JÁ PERGUNTEI, O(A) SR.(A) TEM ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS DE SAÚDE?	
<p>56. Se sente triste, deprimido, com frequência? (0) não (1) sim (9) ign 57. Dor nas costas? (0) não (1) sim (9) ign 58. Osteoporose, ossos fracos? (0) não (1) sim (9) ign 59. Dificuldade de segurar urina? (0) não (1) sim (9) ign 60. Prisão de ventre? (0) não (1) sim (9) ign 61. Dificuldade de segurar as fezes? (0) não (1) sim (9) ign</p>	<p>Triste __ Lomb __ Osteo __ Urina __ Prisão __ Fezes __ Visão __ Insônia __</p>

<p>62. Problema de visão? (0) não (1) sim (9) ign 63. Insônia ou dificuldade para dormir? (0) não (1) sim (9) ign 64. Problema de surdez? (0) não (1) sim (9) ign 65. Problema de memória, esquecimento? (0) não (1) sim (9) ign 66. O(A) sr(a) se sente ansioso ou nervoso com frequência? (0) não (1) sim (9) ign</p>	<p>Surdez __ Memor __ Nervos __</p>
<p>AGORA VOU PERGUNTAR SE O(A) SR.(A) RECEBE AJUDA PARA REALIZAR ALGUMAS ATIVIDADES. GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE NA AJUDA QUE RECEBE POR NÃO CONSEGUIR FAZER ESTAS ATIVIDADES SOZINHO(A) DEVIDO A ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE</p>	
<p>O(A) SR.(A) RECEBE ALGUMA AJUDA PARA:</p> <p>67. Tomar seu banho? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 68. Se vestir? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 69. Usar o banheiro para suas necessidades? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 70. Passar da cama para uma cadeira? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 71. Para comer? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 72. Usar o telefone? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 73. Ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 74. Fazer compras? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 75. Arrumar sua casa? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 76. Lavar roupas? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 77. Cuidar do seu dinheiro? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 78. Tomar seus remédios na dose e horários certos? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 79. Lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave ou fazer pequenos reparos, ou trabalhos manuais domésticos? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 80. Caminhar a distância de uma quadra? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN 81. Subir um lance de escada? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN</p> <p>-> (SE SIM PARA ALGUMA DAS ANTERIORES): 82. Quando o(a) sr.(a) precisa de ajuda, o(a) sr.(a) pode contar com a ajuda de alguém para atender as suas necessidades?(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Sempre (9) IGN</p>	<p>Banho __ Vestir __ Banhei __ Passar __ Comer __ Telefo __ Ônibus __ Compras __ Casa __ Roupas __ Dinheiro __ Remédios __ Objetos __ Quadra __ Escada __ Ajuda __</p>
<p>AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE CIGARRO E BEBIDA DE ÁLCOOL</p>	
<p>83. O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou?</p>	<p>Fumo __</p>

<p>(0) Não, nunca fumou (1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês) (2) Já fumou, mas parou de fumar (9) IGN</p>	
<p>84. SÓ PARA HOMENS Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (0) não (1) sim (9) ign</p>	Alchomem __
<p>85. SÓ PARA MULHERES Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada) (0) não (1) sim (9) ign</p>	Alcmulher __
<p style="text-align: center;">AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADE FÍSICA PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS O(A) SR.(A) DEVE SABER QUE: ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL. ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL. EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU “TEMPO LIVRE” POR ESPORTE, LAZER OU EXERCÍCIO FÍSICO.</p>	
<p>86. Desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr(a) caminhou “por, pelo menos, 10 minutos seguidos” no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho. (0) Nenhum → PULE PARA A PERGUNTA 88 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (8) NSA (9) IGN</p>	Camin __
<p>87. Nos os dias em que o(a) sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo elas duram por dia? ___ ___ ___ minutos (888) NSA (999) IGN</p>	Mincamin __ __ __
<p>88. Desde <dia da semana passada>, em quantos dias por semana o(a) sr.(a) faz atividades físicas médias no seu tempo livre? Por ex: nadar, pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão. (0) Nenhum → PULE PARA A PERGUNTA 90 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p>	Media __
<p>89. Nos os dias em que o(a) sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo elas duram por dia? ___ ___ ___ minutos (888) NSA (999) IGN</p>	Minmedia __ __ __
<p>90. Desde <dia da semana passada>, em quantos dias por semana o(a) sr.(a) faz atividades físicas fortes no seu tempo</p>	Forte __

<p>livre? Por ex: correr, fazer ginástica na academia, pedalar em ritmo rápido.</p> <p>(0) Nenhum → PULE PARA A PERGUNTA 92 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p> <p>(8) NSA (9) IGN</p>	
<p>91. Nos dias em que o(a) sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo elas duram por dia? ___ ___ minutos (888) NSA (999) IGN</p>	<p>Minforte ___ ___</p> <p>___</p>
<p>AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE SUA FAMÍLIA. VOU LHE DIZER AS FRASES E O(A) SR(A) ME DIGA QUANTO ISSO ACONTECE NA SUA RELAÇÃO COM SUA FAMÍLIA, SE RARAMENTE, AS VEZES OU QUASE SEMPRE.</p>	
<p>92. Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando</p> <p>(0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre</p>	<p>Apg1 ___</p>
<p>93. Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas</p> <p>(0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre</p>	<p>Apg2 ___</p>
<p>94. Minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida</p> <p>(0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre</p>	<p>Apg3 ___</p>
<p>95. Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor</p> <p>(0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre</p>	<p>Apg4 ___</p>
<p>96. Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos</p> <p>(0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre</p>	<p>Apg5 ___</p>
<p>AGORA VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE O QUE O(A) SR(A) COSTUMA COMER:</p>	
<p>97. Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir frutas?</p> <p>(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p>	<p>Frutas ___</p>
<p>98. Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir hortaliças?</p> <p>(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p>	<p>Hortal ___</p>
<p>99. Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir alimentos doces?</p> <p>(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p>	<p>Doces ___</p>
<p>100. Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir refrigerantes?</p> <p>(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias</p>	<p>Refrig ___</p>

101. Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir feijão? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias	Feijão __
102. O(A) sr(a) costuma consumir carnes com excesso de gordura? (0) não (1) sim (9) lgn	Carne __
103. O(A) sr(a) costuma consumir leite com teor integral de gordura ? (0) não (1) sim (9) lgn	Leite __
104. O(A) sr(a) costuma substituir a comida do almoço ou jantar por lanches? (0) não (1) sim (9) lgn	Lanche __
VAMOS FALAR UM POUCO DE ATENDIMENTOS DE SAÚDE	
105. O(A) sr(a) precisou de algum atendimento de saúde nos últimos 3 meses? (0) não PULE PARA A PERGUNTA 109 (1) sim (9) lgn	Precisou __
106. O(A) sr(a) procurou atendimento para esta(s) necessidade? (0) não PULE PARA A PERGUNTA 109 (1) sim (8) NSA (9) lgn	Procurou __
107. O(A) sr(a) conseguiu atendimento quando procurou? (0) não PULE PARA A PERGUNTA 109 (1) sim (8) NSA (9) lgn	Conseguiu __
108. Qual serviço foi utilizado? (1) USF Coral (2) Outra Unidade Básica (3) consultório particular pago (3) consultório particular plano (4) pronto-atendimento (5) outro: _____	Serviço __
109. Quando você tem uma dor o que você costuma fazer, antes de procurar um serviço de saúde? (1) não faço nada sem a orientação do serviço de saúde (2) tomo um remédio por conta (3) procuro a benzedeira (4) procuro a benção do padre ou do pastor (5) procuro o farmacêutico (6) procuro a massagista ou o quiroprático (7) procuro um familiar ou vizinho que sempre me ajuda (8) outro: _____	Cuidainf _____
APENAS PARA QUEM COSTUMA UTILIZAR A USF CORAL AGORA, PARA TERMINAR, VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE O ATENDIMENTO DA UBS CORAL	
110. No último ano algum dos profissionais conversou com você	Orientali _____

sobre alimentação saudável? (0) não (1) sim (9) lgn	
111. No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre cuidados com a saúde bucal? (0) não (1) sim (9) lgn	Oriensbu_____
112. No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre a prevenção de quedas? (0) não (1) sim (9) lgn	Orientali_____
113. No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre atividade física? (0) não (1) sim (9) lgn	Orienafis_____
114. No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre o uso correto de suas medicações? (0) não (1) sim (9) lgn	Orienmed_____
115. No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre o acolhimento ou classificação de risco? (0) não (1) sim (9) lgn	Orientacr_____
116. No último ano você esteve na UBS das 8-10h para a consulta de acolhimento? (0) não (1) sim (9) lgn	Busccr____ Foiaten____
117. Se sim: Você foi atendido? (0) não (1) sim (9) lgn	
118. No último ano você esteve na UBS sem prévio agendamento e conseguiu mostrar um exame, ou renovar uma receita de medicação contínua? (0) não (1) sim (9) lgn	Busccon____
119. No último ano você esteve na UBS sem prévio agendamento e conseguiu medir sua pressão arterial, seu diabetes, ou o seu peso e a sua altura? (0) não (1) sim (9) lgn	Buscsvpa____
120. No último ano você esteve na UBS sem prévio agendamento e conseguiu fazer um curativo? (0) não (1) sim (9) lgn	Busccur____
121. No último ano você buscou de atendimento odontológico de urgência na UBS? (0) não (1) sim (9) lgn	Buscodur____ Foiaten____
122. Se sim: você foi atendido pela dentista? (0) não (1) sim (9) lgn	
123. No último ano você precisou de algum atendimento domiciliar da equipe de saúde? (0) não (1) sim (9) lgn	Buscadom____ Foiaten____
124. Se sim: Conseguiu ser atendido no seu domicílio? (0) não (1) sim (9) lgn	
125. Se não: qual foi a justificativa para não lhe atender?	
126. No último ano você buscou a UBS para vacinação? (0) não (1) sim (9) lgn	Buscavac____ Foiaten____ Vacdom____
127. Se sim: conseguiu se vacinar?	

<p>(0) não (1) sim (9) lgn</p> <p>128. SÓ PARA ACAMADOS: No último ano a equipe lhe ofereceu trazer a vacina da gripe na sua casa? (0) não (1) sim (9) lgn</p>	
<p>129. SÓ PARA MULHERES: No último ano você precisou de atendimento específico de saúde da mulher? (0) não (1) sim (9) lgn</p> <p>130. Se sim: conseguiu ser atendido na UBS? (0) não (1) sim (9) lgn</p> <p>131. Se sim: por qual profissional? (1) Enfermeira (2) Médica de Família</p>	<p>Buscasm____ Foiaten____ Qualprof____</p>
<p>132. SÓ PARA HOMENS: No último ano você precisou de atendimento específico de saúde do homem? (0) não (1) sim (9) lgn</p> <p>133. Se sim: conseguiu ser atendido na UBS? (0) não (1) sim (9) lgn</p> <p>134. Se sim: por qual profissional? (1) Enfermeira (2) Médica de Família</p>	<p>Buscasho____ Foiaten____ Qualprof____</p>
<p>135. Você sabia que a UBS oferece atendimento em grupos? (0) não (1) sim (9) lgn</p> <p>136. Se não -> Agradeça e encerre o questionário</p>	<p>Conhecgr____</p>
<p>137. Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de atividade física? (0) não (1) sim (9) lgn</p>	<p>Divulgatf____</p>
<p>138. Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de tabagismo? (0) não (1) sim (9) lgn</p>	<p>Divultab____</p>
<p>139. Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de dor crônica? (0) não (1) sim (9) lgn</p>	<p>Divuldor____</p>
<p>140. Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de arteterapia? (0) não (1) sim (9) lgn</p>	<p>Divulart____</p>

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!!

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) sr(a) está convidado(a) a participar do projeto de pesquisa: “*DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS*”. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Trata-se de uma pesquisa vinculada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE.

Pesquisador responsável: Lúcia Soares Buss Coutinho

Instituição: Departamento de Medicina Social - Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Pelotas

Endereço: Av. Duque de Caxias, 250 | 3º andar | Pelotas | RS

Telefone: (53) 3309-2400

Concordo em participar do estudo “*DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS*”. Estou ciente de que estou sendo convidado a participar voluntariamente do mesmo.

PROCEDIMENTOS: Fui informado de que o objetivo geral será investigar o *déficit* de autocuidado e algumas situações relacionadas, e que os resultados das entrevistas serão mantidos em sigilo e somente serão usados para fins de pesquisa. Estou ciente de que a minha participação envolverá apenas responder a um questionário e ter minha cintura e estatura medida.

RISCOS E POSSÍVEIS REAÇÕES: este estudo não apresenta riscos.

BENEFÍCIOS: O estudo pretende avaliar o *déficit* de autocuidado na população idosa e a partir daí direcionar momentos de educação permanente dos profissionais de saúde que atuam na Equipe 44 da Unidade Básica de Saúde Coral, buscando melhorar cada vez mais a assistência prestada aos idosos da área de abrangência desse estudo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: Como já me foi dito, minha participação neste estudo será voluntária e poderei interrompê-la a qualquer momento.

DESPESAS: Eu não terei que pagar por nenhum dos procedimentos, nem receberei compensações financeiras.

CONFIDENCIALIDADE: Estou ciente que a minha identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo.

CONSENTIMENTO: Recebi claras explicações sobre o estudo, todas registradas neste formulário de consentimento. Os investigadores do estudo responderam e responderão, em qualquer etapa do estudo, a todas as minhas perguntas, até a minha completa satisfação. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este Formulário de Consentimento Pré-Informado será assinado por mim e arquivado na instituição responsável pela pesquisa.

Nome do participante/representante legal: _____

ASSINATURA: _____

DATA: ____ / ____ / ____

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR: Expliquei a natureza, objetivos, riscos e benefícios deste estudo. Coloquei-me à disposição para perguntas e as respondi em sua totalidade. O participante compreendeu minha explicação e aceitou, sem imposições, assinar este consentimento. Tenho como compromisso utilizar os dados e o material coletado para a publicação de relatórios e artigos científicos referentes a essa pesquisa. Se o participante tiver alguma dúvida ou preocupação sobre o estudo pode entrar em contato através do meu endereço acima. Para outras considerações ou dúvidas sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com LÚCIA SOARES BUSS COUTINHO pelo telefone (49) 3251-7940

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL:

Apêndice 3 – Manual de Instruções para o Entrevistador

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADOR

Pesquisa: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA 44
DA USF CORAL EM LAGES, SC

Pesquisadora: Lucia Soares Buss Coutinho

Orientadora: Professora Elaine Tomasi

JUNHO, 2018

AGRADECIMENTO

“Eu sou parte de uma equipe. Então, quando venço, não sou apenas eu quem vence. De certa forma, termino o trabalho de um grupo enorme de pessoas.”

(Ayrton Senna)

Gostaria de agradecer à você
que entendeu a proposta dessa pesquisa e que se dispôs
à caminhar junto comigo nesta aventura.

Saiba que com a sua ajuda
conseguiremos transformar um projeto em realidade.
Sei o quanto o trabalho será árduo para a nossa equipe,
mas também acredito que muitos frutos virão,
exatamente por essa nossa coragem que temos
de encarar o desafio e fazer acontecer!

Lúcia Soares Buss Coutinho

ORIENTAÇÕES:

INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- Crachá de identificação;
- Planilha com a identificação dos idosos a serem entrevistados e seus endereços;
- Questionários impressos;
- Termos de consentimento impressos (TCLEs);
- Lápis, borracha, apontador;
- Caderno de anotações;
- Régua específica para o questionário de autocuidado.

ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

1. IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS COM 65 ANOS OU MAIS NO TERRITÓRIO:

Essa etapa já foi realizada no ano de 2017 por todas as Agentes Comunitárias de Saúde da Área 44, através de visitas em todos os domicílios do território.

*CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DO ESTUDO

Todas as pessoas com menos de 65 anos; as pessoas que tenham 65 anos ou mais, mas não residam no domicílio selecionado como, por exemplo, empregada doméstica que não mora no emprego ou pessoas que estejam visitando a família no período da entrevista.

Idosos com deficiências mentais ou os idosos que sejam inaptos para responder questões básicas (como referentes a tempo, dinheiro alimentação, etc.).

Serão excluídos os indivíduos que estiverem hospitalizados, reclusos em cumprimento de pena e portadores de alguma deficiência física ou mental que lhes impossibilite responder questões básicas (como referentes a tempo, dinheiro alimentação, etc.).

No caso de dúvida se o(a) entrevistado(a) deve responder ou não ao questionário, fale imediatamente com o seu supervisor.

OBS.: quando não for possível realizar a entrevista, colete todas as informações possíveis das pessoas (nome, sexo, idade, etc.) na planilha do domicílio e escreva ao lado o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Em relação a pessoas mudas e surdas, leia as questões com as alternativas de frente para a pessoa para que ela possa ler os seus lábios e, depois, peça para que o(a) entrevistado(a) aponte a resposta correta.

Você também pode solicitar a ajuda de algum morador que conheça a língua dos sinais (ou outra usada no domicílio) para fazer a tradução da entrevista e respostas.

2. DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS A SEREM ENTREVISTADOS POR CADA ENTREVISTADOR:

A pesquisadora principal, de acordo com o levantamento territorial, já fez a distribuição das pessoas a serem entrevistadas por cada um entrevistador voluntário. Veja que você está recebendo uma **planilha** com todos os idosos e o endereço que deverá visitar.

Caso tenha algum problema com essa planilha a pesquisadora está aí para esclarecer.

3. ENTREVISTAS:

As entrevistas deverão acontecer no domicílio dos idosos, cuidando para que as pessoas sintam-se à vontade e tenham, na medida do possível privacidade para responder verdadeiramente a cada ítem perguntado.

E quando chegar ao domicílio... o que fazer?

- Quando chegar em frente à casa, bata e aguarde até que alguém apareça para recebê-lo (a);
- Se for preciso, pode bater palmas ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o(a) morador(a) da casa;
- Caso não tenha alguém em casa, pergunte, a pelo menos dois vizinhos, o telefone do morador e o melhor horário para retornar. Você deverá retornar outro dia no horário fornecido pelo vizinho ou a entrevista poderá ser agendada por telefone (mas lembre-se que a chance de receber uma negativa é maior via fone!).
- Se não tiver nenhuma informação do morador, volte em horário diferente da primeira visita.
- Quando o morador do domicílio estiver em casa, apresente-se como profissional ou estagiário da UBS-Coral e diga ao participante que você faz

parte de um projeto de pesquisa e que apenas gostaria de conversar. É importante que o participante saiba que você não quer vender nada.

- Trate todos os participantes por “Sr.” ou “Sra.”, sempre demonstrando respeito. Só mude este tratamento se a própria pessoa pedir para ser tratado de outra forma.
- Sempre chame o(a) entrevistado(a) pelo nome. Por exemplo: “Dona Maria, vou fazer algumas perguntas para a senhora”. Nunca chame de “tio”, “tia”, “vô” ou “vó”, pois as pessoas interpretam como desinteresse de sua parte.
- Em alguns momentos da entrevista, chame o(a) entrevistado(a) pelo nome. É uma forma de ganhar a atenção dele(a) e demonstrar simpatia da sua parte.
- Leia as perguntas para o(a) entrevistado(a) **tal como estão escritas**. Pode parecer bobagem, mas isso é importante para conseguirmos fazer as análises do nosso estudo. Se for preciso leia novamente a pergunta. Se o (a) participante ainda assim não entender, recorra à instrução específica da pergunta no manual de instruções.

OBS.: não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. O motivo desta entrevista é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para as pessoas. A sua postura deverá ser sempre **NEUTRA!**

***** ENTRE EM CONTATO COM A PESQUISADORA SEMPRE QUE NECESSÁRIO! *****

A seguir serão dadas recomendações que se referem ao **Código de Conduta do Entrevistador**.

- Não use roupas inadequadas, como saias curtas, blusas decotadas, roupas muito justas ou transparentes. Se usar óculos escuros, retire-os quando bater no domicílio.
- Não masque chicletes ou coma durante a entrevista.
- Sempre use o seu crachá de identificação e a camiseta do estudo.
- Seja educado e gentil, pois as pessoas não têm obrigação de recebê-lo. É muito importante causar uma boa impressão.
- Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas. Em caso de atraso, avise a família e/ou explique ao chegar no domicílio.
- Não se esqueça de levar o material, e sempre em número maior que o estimado.
- Tenha à mão o seu Manual de Instruções e consulte-o, sempre que necessário, no momento da entrevista. **Não deixe para olhar o manual depois de terminar a entrevista!**

4. PREENCHIMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

- Posicione-se, de preferência, frente a frente com a pessoa entrevistada, evitando que ela procure ler as questões durante a entrevista.
- Nunca passe para a próxima pergunta se tiver alguma dúvida sobre a questão que acabou de ser respondida. Se necessário, peça para que o(a) entrevistado(a) repita a resposta. **SEMPRE CONFIRA A RESPOSTA ANTES DE PASSAR PARA A PRÓXIMA QUESTÃO.** Não registre a resposta se não estiver **absolutamente** seguro (a) de ter entendido o que foi dito pelo(a) entrevistado(a).

- Preste muita atenção para não esquecer nenhuma pergunta.
- Quando você tiver dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tente esclarecer com o(a) respondente e, se necessário, anote o número da questão e a resposta por extenso no seu caderno de anotações (diário de campo) de forma clara e destacada,
- Isso serve para evitar dados errados – a dúvida pode ser resolvida posteriormente e corrigida na passagem dos dados para o nosso banco de dados, mas deve SEMPRE ser mencionada.
- Use o diário de campo para escrever tudo o que você acha que seja importante para resolver qualquer dúvida.
- Nos casos em que o questionário for respondido por algum responsável ou cuidador, as perguntas seguintes devem ser feitas utilizando o nome do idoso. Por exemplo, um cuidador responderá sobre o Sr. João. As perguntas deverão ser adaptadas da seguinte forma: “Atualmente, o Sr. João precisa de ajuda de alguém para fazer as compras de alimentos?” e assim, sucessivamente.
- Em algumas situações específicas do questionário (escala de autocuidado), que serão devidamente frisadas, as perguntas não podem ser respondidas por um cuidador. Se o(a) idoso(a) não tiver condições de respondê-las sozinho (por recusa do cuidador em deixar o idoso sozinho para responder, ou incapacidade do idoso se expressar sem a ajuda de um acompanhante), elas devem ser marcadas como “NSA” e puladas (pois a condição para sua aplicação é o fato de ser respondida pelo idoso).

LEGENDAS – ATENÇÃO:

- Todas as frases **EM NEGRITO E MAIÚSCULO** devem ser lidas ao(a) entrevistado(a), e as perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas.
- Quando houver algo sublinhado em letras maiúsculas em negrito é necessário ênfase durante a leitura.
- As instruções escritas em letras minúsculas ou entre parênteses servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para o entrevistado.
- Quando as opções de resposta devem ser lidas, haverá uma instrução específica ao lado da pergunta: “leia as afirmativas em voz alta”. As alternativas “NSA” e “IGN” nunca devem ser lidas em voz alta!

LEMBRE-SE:

- **NÃO SE APLICA (NSA):** essa alternativa deve ser assinalada quando a pergunta não pode ser aplicada para aquele caso. Perguntas sobre atividade física não devem ser feitas para acamados, ou perguntas sobre tabagismo para não-fumantes, por exemplo. **No questionário, ao receber a ordem de “pular” para determinada questão, as questões do meio do caminho, geralmente, devem ser assinaladas com “NSA”.** Casos específicos que fujam a essa regra estão devidamente frisados ao longo do manual, nas instruções de cada questão-pulo.
- **IGNORADA (IGN):** a alternativa “IGN” deve ser utilizada quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como “ignorada”, deve-se tentar obter uma resposta, mesmo que aproximada. Se for vaga ou duvidosa, anote o número da questão e a resposta por extenso no diário de campo de forma clara e destacada e apresente o problema a pesquisadora nas reuniões semanais (para evitar dados errados – a dúvida pode ser resolvida posteriormente e corrigida na passagem dos dados do computador para o nosso banco de dados, mas deve ser mencionada). Use a resposta “IGN” somente em último caso.

Ex. 1: ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR(A). TOMOU A VACINA DA GRIPE?

- (0) Não
- (1) Sim
- (8) NSA
- (9) IGN

No caso do exemplo 1, a entrevistadora deve ler em voz alta apenas a frase “ALGUMA VEZ NA VIDA O(A) SR(A). TOMOU A VACINA DA GRIPE?”, e aguardado a resposta do(a) entrevistado(a).

Ex. 2: (observar e anotar) (sexo)

- (0) Feminino
- (1) Masculino

No exemplo 2, a entrevistadora não deve ler nada; apenas observar o sexo do(a) entrevistado(a) e registrar.

Ex. 3: O QUE O(A) SR(A). ESTÁ FAZENDO ATUALMENTE? (leia as alternativas em voz alta)

- (1) Trabalhando
- (2) Aposentado
- (3) Encostado
- (4) Do lar
- (5) Desempregado
- (8) NSA
- (9) IGN

No exemplo 3, a entrevistadora deve ler em voz alta a frase “O QUE O(A) SR(A). ESTÁ FAZENDO ATUALMENTE?” e ler as alternativas em voz alta, pausadamente: “TRABALHANDO”, “APOSENTADO”, “ENCOSTADO”, “DO LAR”, “DESEMPREGADO”.

- Caso o respondente não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Se ainda não for suficiente, verifique as instruções abaixo da pergunta em busca de orientações, com o cuidado de não induzir a resposta.
- Quando for aplicar o questionário em papel e houver pulo em alguma questão, não esqueça de ler a instrução antes da questão, se houver.
- Caso a resposta seja “outro(s)” e haja um espaço responda no espaço reservado, segundo as palavras do informante.

5. ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA:

- Enquanto entrevistador (a) você deve estar disponível para esclarecimentos acerca da pesquisa: seus objetivos, seus benefícios e os direitos daquele que está sendo entrevistado.
- Quanto aos direitos deve-se assegurar, após todos os esclarecimentos, a garantia de não-participação na pesquisa, sem quaisquer prejuízos quanto ao seu atendimento enquanto usuário da UBS – Coral.
- Entretanto, para o sucesso da nossa pesquisa o nosso objetivo é alcançar o maior número possível de pessoas entrevistadas.

→ E quando um indivíduo diz que não pode responder à entrevista, mesmo após a sua explicação?

Em caso do indivíduo não aceitar participar da pesquisa, passaremos a chamar isso de **RECUSA**. Nesses casos você deverá anotar na folha de domicílios e informar a pesquisadora. Uma estratégia nesse momento é agendar um horário futuro que seja agradável para o (a) idoso (a).

→ Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder a um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educado (a) e não perca a paciência com o participante.

→ **LEMBRE-SE:** muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento. Possivelmente, em outro dia a pessoa poderá responder ao questionário.

→ **IMPORTANTE:** sempre que uma recusa acontecer, anote na planilha do domicílio o motivo (mesmo que diferentes recusas em diferentes ocasiões pelo(a) mesmo(a) entrevistado(a)). Mantenha seu/sua supervisor(a) informado(a), ele(a) pode lhe ajudar a converter uma recusa em uma entrevista bem-sucedida.

→ Porém, **NÃO desista antes de PELO MENOS TRÊS tentativas em dias e horários diferentes.**

- Em toda pesquisa existe um **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**, que deve ser entregue impresso para o participante.
- Esse termo deverá ser lido em voz alta com ele e uma vez que o mesmo aceite, precisará que seja **assinado e recolhido** pelo entrevistador para ser entregue à pesquisadora.
- Outro ponto bastante importante é a garantia de **SIGILO**. Para isso, importa guardar sigilo de tudo o que for dito durante a entrevista e garantir ao participante que suas informações servirão ao estudo de forma **anônimas**.
- Por fim, sempre que for identificado um caso de vulnerabilidade ou risco imediato à saúde, a pesquisadora precisará ser acionada para orientar as devidas condutas de forma à garantir a assistência no serviço de saúde adequado.

6. QUESTIONÁRIO:

<**Bom dia/ Boa tarde**>. Meu nome é <**NOME**>. Estou trabalhando em uma pesquisa sobre saúde, realizada pelo USF CORAL, com a população com 65 anos ou mais. Este é um estudo que vai avaliar a saúde e as condições de vida dos idosos aqui desta área. Gostaria de conversar com o(a) Sr.(a) e é importante esclarecer que todas as informações são confidenciais e serão utilizadas apenas para essa pesquisa. Se o(a) sr(a) concorda em conversar, por favor, preciso que leia e assine o Termo de Consentimento.

NQ ___ Número do questionário – *deixar em branco*.

Pergunta 1: Micro Área: ___ **Preencher de acordo com a planilha dos domicílios (1-6)**

Pergunta 2: Entrevistador: _____ *Preencha com o seu nome.*

Pergunta 3: Data da Entrevista: DD/MM/2018

VAMOS COMEÇAR COM ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SR(A) (Sempre ler essas informações em caixa alta e em destaque)

Pergunta 4: Sexo: **OBSERVAR:** (1) Masculino (2) Feminino (não precisa perguntar. Apenas observar e preencher).

Pergunta 5: Qual a sua idade? ___ anos completos (*se necessário use a calculadora*).

Pergunta 6: Qual a sua cor de pele? (1) Branca (2) Parda/Morena (3) Preta (4) outra: _____ *Preencher de acordo com a resposta do participante.*

Pergunta 7: O(A) sr(a) é casado(a) ou vive com companheira(o)? (1) com companheira(o)? (2) sem companheira(o) *Independente do estado civil.*

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE ESTUDO E A SITUAÇÃO DE VOCÊS AQUI NA CASA (Sempre ler essas informações em caixa alta e em destaque)

Pergunta 8: O(A) sr(a) sabe ler e escrever? (1) sim (2) não (**PULE PARA PERGUNTA 10**) (3) só assina (**PULE PARA PERGUNTA 10**) *Tanto para aqueles que não sabem ler quanto para aqueles que só sabem escrever o nome NÃO será necessário perguntar a questão 9.*

Pergunta 9: Até que série /ano o(a) sr(a) completou na escola?

- (9) 1º. Grau / fundamental incompleto
- (10) 1º. Grau / fundamental completo
- (11) 2º. Grau / médio incompleto
- (12) 2º. Grau / médio completo
- (13) Superior incompleto
- (14) Superior completo
- (15) Pós-graduação incompleto
- (16) Pós-graduação completo

**O antigo ensino primário correspondia a 4 anos do ensino fundamental e o ginásial a mais 4 anos também do ensino fundamental. Logo, considerar ensino fundamental incompleto para aqueles que não cursaram todo o ginásio e considerar ensino fundamental completo para aqueles que cursaram o primário e todo o ginásio.*

Pergunta 10: No total, contando com o sr(a), quantas pessoas moram aqui? __ __ pessoas.

**Moradores: São as pessoas que têm o domicílio como local de residência habitual na data da entrevista, podendo estar presentes ou ausentes temporariamente, por período não superior a 12 meses. Empregado(a) que mora junto com a família deve ser incluído no estudo (sendo, inclusive, considerado membro da família). Moradores que estiverem ausentes do domicílio durante todo o trabalho de campo devem ser listados, mas não serão entrevistados.*

Pergunta 11: No mês passado, qual foi a renda total da família, contando com salário, aposentadoria e outros benefícios, aluguel e outras fontes de renda (por exemplo, ajuda de familiares)?

*Considere pessoa da família todos os indivíduos que moram juntos na casa, menos algum empregado que more ali, já que a sua renda não contribuirá para o sustento da família.

Para o adequado preenchimento você deverá anotar: Pessoa 1: R\$ _____ por mês + Pessoa 2: R\$ _____ por mês + Pessoa 3: R\$ _____ por mês e assim sucessivamente. Some todos os valores na calculadora e coloque o valor total no questionário: _____ reais.

** Se não conseguir informação sobre a renda de algum morador, deve ser completado com "99999". Para as pessoas que não recebem renda alguma, completar com "00000".*

Pergunta 12: O(A) sr(a) é aposentado ou pensionista? (1) Sim (2) Não

Pergunta 13: O(A) sr(a) recebe outro benefício como BPC ou Auxílio Doença do INSS? (1) Sim (2) Não

Perguntas 14 e 15: O(A) sr(a) ainda trabalha fora de casa? (1) Sim (2) Não

Se sim: Tem carteira assinada? (1) Sim (2) Não

*Para todas essas perguntas sobre renda deve-se considerar:

- Benefícios temporários, como Auxílio-Doença, Auxílio-Acidente e Auxílio-Reclusão;
- Aposentadoria por qualquer motivo;
- Pensão por morte, salário-maternidade
- Assistência social – LOAS;
- Ganhos com aluguel, ajuda de familiares ou outras fontes de renda.
- Salário mínimo: R\$1110,00

*A LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social) garante o BPC a idosos (com mais de 65 anos) e a pessoas com deficiências de qualquer idade que não têm condições de prover a própria manutenção ou de tê-la mantida por sua família. Considerar o valor recebido (1 salário mínimo).

Pergunta 16: O(A) sr(a) é **responsável por cuidar de alguém** aqui em casa ou em outra casa?

Criança (0) não (1) sim

Familiar idoso (0) não (2) sim

Familiar não idoso (0) não (3) sim

Outra pessoa idosa (0) não (4) sim

Outra pessoa não idosa (0) não (5) sim

→ Se NÃO para TODAS: **Pule para a questão 19.**

Pergunta 17: Alguma dessas pessoas que o(a) sr(a) cuida é doente?

Pergunta 18: Para algum dessas pessoas que cuida, o(a) sr(a) recebe dinheiro?

VAMOS CONVERSAR SOBRE A SUA SAÚDE. (Sempre ler essas informações em caixa alta e em destaque)

Pergunta 19: Na sua opinião, como está a sua saúde? (Não existe resposta certa, mas sim, de acordo com o que pensa o entrevistado).

- QUANTO A ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO (ASA-A) **Antes de iniciar as perguntas entregue ao participante a régua de faces que o auxiliará nas respostas.**

***INSTRUÇÕES:** Leia cada afirmação para o(a) entrevistado(a) e circule o número apropriado, que indica quanto ele (a) concorda ou discorda de cada uma delas, ou está indeciso, conforme a sua própria descrição. Não há respostas corretas ou incorretas, no entanto APENAS uma resposta será aceita. Não avance enquanto não esclarecer qual a resposta mais adequada.

ITENS	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
20. Quando acontece qualquer tipo de alteração na minha vida, procuro fazer as mudanças necessárias para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
21. Geralmente vejo se tudo aquilo que faço para manter minha saúde está certo.	1	2	3	4	5
22. Quando tenho dificuldade para movimentar alguma parte do meu corpo, procuro dar um jeito para resolver o problema.	1	2	3	4	5
23. Procuro manter limpo e saudável o lugar onde vivo.	1	2	3	4	5
24. Quando necessário, tomo novas providências para manter-me saudável.	1	2	3	4	5
25. Sempre que posso, eu cuido de mim.	1	2	3	4	5
26. Procuro as melhores maneiras de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
27. Tomo banho, sempre que necessário, para manter a minha higiene.	1	2	3	4	5
28. Procuro alimentar-se de maneira a manter meu peso certo.	1	2	3	4	5
29. Quando necessário, reservo um tempo para estar comigo mesmo.	1	2	3	4	5
30. Sempre que posso, faço ginástica e descanso no meu dia-a-dia.	1	2	3	4	5
31. Com o passar dos anos fiz amigos com quem posso contar.	1	2	3	4	5
32. Geralmente, durmo o suficiente para me sentir descansado.	1	2	3	4	5
33. Quando recebo informações sobre minha saúde, faço perguntas para esclarecer aquilo que não entendo.	1	2	3	4	5
34. De tempos em tempos examino o meu corpo para ver se há alguma diferença.	1	2	3	4	5
35. Se tomo um remédio novo, procuro informar-me se ele causa algum mal-estar.	1	2	3	4	5

36. No passado, mudei alguns dos meus costumes para melhorar a minha saúde.	1	2	3	4	5
37. Normalmente tomo providências para manter a minha segurança e a de minha família.	1	2	3	4	5
38. Costumo avaliar se as coisas que faço para manter-me saudável têm dado bom resultado.	1	2	3	4	5
39. No meu dia-a-dia geralmente, encontro tempo para cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
40. Se eu tenho algum problema de saúde, sei conseguir informações para resolvê-lo.	1	2	3	4	5
41. Procuo ajuda quando não tenho condições de cuidar de mim mesmo.	1	2	3	4	5
42. Eu sempre acho tempo para mim mesmo.	1	2	3	4	5
43. Mesmo tendo dificuldades para movimentar alguma parte do meu corpo, geralmente consigo me cuidar como eu gostaria.	1	2	3	4	5

AGORA EU VOU DIZER UMA LISTA DE PROBLEMAS DE SAÚDE E EU GOSTARIA QUE ME DISSESSE, PARA CADA UM, SE ALGUM MÉDICO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE JÁ DISSE QUE O(A) SR.(A) TEM: (Sempre ler

essas informações em caixa alta e em destaque) Neste bloco de questões não importa uma resposta certa ou errada, mas sim a percepção do entrevistado.

Pergunta 44: Hipertensão (pressão alta)? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 45: Diabetes? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 46: Insuficiência cardíaca ou “coração fraco” ou “coração grande”? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 47: Asma ou bronquite? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 48: Enfisema? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 49: AVC, isquemias, derrames cerebrais? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 50: Artrite, reumatismo, artrose? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 51: Doença de Parkinson? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 52: Insuficiência / perda da função dos rins? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 53: Colesterol alto ou gordura no sangue? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 54: Algum tipo de câncer? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 55: **SOMENTE PARA HOMENS** Doença da próstata? (0) não (1) sim (9) ign (8) nsa

*não importa se doença benigna ou maligna. E quando a entrevistada for **mulher** deverá ser colocado (8) **nsa**

ALÉM DESTAS DOENÇAS QUE JÁ PERGUNTEI, O(A) SR.(A) TEM ALGUM DOS SEGUINTE PROBLEMAS DE SAÚDE? Idem ao bloco de perguntas

anterior: também não importa uma resposta certa ou errada, mas sim a percepção do entrevistado.

Pergunta 56: Se sente triste, deprimido, com frequência? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 57: Dor nas costas? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 58: Osteoporose, ossos fracos? (0) não (1) sim (9) ign Atentar: osteoporose é uma doença dos ossos e **osteoartrose** é das articulações. Logo, se o paciente referir osteoartrose deve-se marcar (0) **não**.

Pergunta 59: Dificuldade de segurar urina? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 60: Prisão de ventre? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 61: Dificuldade de segurar as fezes? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 62: Problema de visão? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 63: Insônia ou dificuldade para dormir? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 64: Problema de surdez? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 65: Problema de memória, esquecimento? (0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 66: O(A) sr(a) se sente ansioso ou nervoso com frequência? (0) não (1) sim (9) ign

AGORA VOU PERGUNTAR SE O(A) SR.(A) RECEBE AJUDA PARA REALIZAR ALGUMAS ATIVIDADES. GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE NA AJUDA QUE RECEBE POR NÃO CONSEGUIR FAZER ESTAS ATIVIDADES

SOZINHO(A) DEVIDO A ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE (Aqui importam as “ajudas costumeiras” e não eventuais ex.: uma vez precisei de ajuda para tomar banho...)

Pergunta 67: Tomar seu banho? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 68: Se vestir? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 69: Usar o banheiro para suas necessidades? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 70: Passar da cama para uma cadeira? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 71: Para comer? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN
*não se considera ajuda para cozinhar, mas sim dificuldades para levar o alimento até a própria boca.

Pergunta 72: Usar o telefone? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 73: Ir a lugares distantes, usando ônibus ou táxi? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 74: Fazer compras? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 75: Arrumar sua casa? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 76: Lavar roupas? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 77: Cuidar do seu dinheiro? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 78: Tomar seus remédios na dose e horários certos? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 79: Lidar com objetos pequenos como, por exemplo, uma chave ou fazer pequenos reparos, ou trabalhos manuais domésticos? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 80: Caminhar a distância de uma quadra? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 81: Subir um lance de escada? (0) Não (1) Sim, sempre (2) Sim, às vezes (9) IGN

Pergunta 82: Quando o(a) sr.(a) precisa de ajuda, o(a) sr.(a) pode contar com a ajuda de alguém para atender as suas necessidades? (1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Sempre (9) IGN

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE CIGARRO E BEBIDA DE ÁLCOOL

Pergunta 83: O(A) Sr.(a) fuma ou já fumou? (0) Não, nunca fumou
(1) Sim, fuma (1 ou + cigarro(s) por dia há mais de 1 mês)
(2) Já fumou, mas parou de fumar (9) IGN

Pergunta 84: **SÓ PARA HOMENS** Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida

alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

(0) não (1) sim (9) ign

Pergunta 85: **SÓ PARA MULHERES** Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

(0) não (1) sim (9) ign

AGORA VAMOS FALAR SOBRE ATIVIDADE FÍSICA: PARA RESPONDER ESSAS PERGUNTAS O(A) SR.(A) DEVE SABER QUE: ATIVIDADES FÍSICAS FORTES SÃO AQUELAS QUE EXIGEM GRANDE ESFORÇO FÍSICO E QUE FAZEM RESPIRAR MUITO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL. ATIVIDADES FÍSICAS MÉDIAS SÃO AS QUE EXIGEM ESFORÇO FÍSICO MÉDIO E QUE FAZEM RESPIRAR UM POUCO MAIS RÁPIDO QUE O NORMAL. EM TODAS AS PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE FÍSICA, RESPONDA SOMENTE SOBRE AQUELAS QUE DURAM PELO MENOS 10 MINUTOS SEGUIDOS. GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) PENSASSE NAS ATIVIDADES QUE FAZ NO SEU “TEMPO LIVRE” POR ESPORTE, LAZER OU EXERCÍCIO FÍSICO.

*nesta questão não importa atividade física durante o trabalho ou mesmo em deslocamento para o trabalho ou voltando dele.

Pergunta 86: Desde <dia da semana passada>, em quantos dias o(a) sr(a) caminhou “por, pelo menos, 10 minutos seguidos” no seu tempo livre? Não considere as caminhadas para ir ou voltar do seu trabalho. (0) Nenhum → **PULE**

PARA A PERGUNTA 88 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

(8) NSA (9) IGN

Pergunta 87: Nos os dias em que o(a) sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo elas duram por dia? ___ ___ minutos (888) NSA (999) IGN

Pergunta 88: Desde <dia da semana passada>, em quantos dias por semana o(a) sr.(a) faz atividades físicas medias no seu tempo livre? Por ex: nadar, pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão. (0) Nenhum → **PULE PARA A**

PERGUNTA 90 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

Pergunta 89: Nos os dias em que o(a) sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo elas duram por dia? ___ ___ minutos (888) NSA (999) IGN

Pergunta 90: Desde <dia da semana passada>, em quantos dias por semana o(a) sr.(a) faz atividades físicas fortes no seu tempo livre? Por ex: correr, fazer ginástica na academia, pedalar em ritmo rápido. (0) Nenhum → **PULE PARA A**

PERGUNTA 92 (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias (8) NSA (9) IGN

Pergunta 91: Nos dias em que o(a) sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo elas duram por dia? ___ ___ minutos (888) NSA (999) IGN

AGORA VOU LHE PERGUNTAR SOBRE SUA FAMÍLIA. VOU LHE DIZER AS FRASES E O(A) SR(A) ME DIGA QUANTO ISSO ACONTECE NA SUA RELAÇÃO COM SUA FAMÍLIA, SE RARAMENTE, AS VEZES OU QUASE SEMPRE.

Pergunta 92: Estou satisfeito com a atenção que recebo da minha família quando algo está me incomodando (0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre

Pergunta 93: Estou satisfeito com a maneira com que minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução dos problemas (0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre

Pergunta 94: Minha família aceita meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças no meu estilo de vida (0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre

Pergunta 95: Estou satisfeito com a maneira com que minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor (0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre

Pergunta 96: Estou satisfeito com a maneira com que eu e minha família passamos o tempo juntos (0) raramente (1) às vezes (2) quase sempre

Pergunta 97: Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir frutas? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

Pergunta 98: Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir hortaliças? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

Pergunta 99: Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir alimentos doces? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

Pergunta 100: Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir refrigerantes? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

Pergunta 101: Em quantos dias da semana o(a) sr(a). costuma consumir feijão? (0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) dias

Pergunta 102: O(A) sr(a) costuma consumir carnes com excesso de gordura? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 103: O(A) sr(a) costuma consumir leite com teor integral de gordura ? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 104: O(A) sr(a) costuma substituir a comida do almoço ou jantar por lanches? (0) não (1) sim (9) lgn

VAMOS FALAR UM POUCO DE ATENDIMENTOS DE SAÚDE

Lembre-se: **não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. O motivo desta entrevista é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para as pessoas. A sua postura deverá ser sempre **NEUTRA!***

Pergunta 105: O(A) sr(a) precisou de algum atendimento de saúde nos últimos 3 meses? (0) não **PULE PARA A PERGUNTA 109** (1) sim (9) lgn

Pergunta 106: O(A) sr(a) procurou atendimento para esta(s) necessidade?

(0) não **PULE PARA A PERGUNTA 109** (1) sim (8) NSA (9) lgn

Pergunta 107: O(A) sr(a) conseguiu atendimento quando procurou?

(0) não **PULE PARA A PERGUNTA 109** (1) sim (8) NSA (9) lgn

Pergunta 108: Qual serviço foi utilizado? (1) USF Coral (2) Outra Unidade Básica (3) consultório particular pago (3) consultório particular plano (4) pronto-atendimento (5) outro: _____

Pergunta 109: Quando você tem uma dor o que você costuma fazer, antes de procurar um serviço de saúde?

(1) não faço nada sem a orientação do serviço de saúde

(2) tomo um remédio por conta

(3) procuro a benzedeira

(4) procuro a benção do padre ou do pastor

(5) procuro o farmacêutico

(6) procuro a massagista ou o quiroprático

(7) procuro um familiar ou vizinho que sempre me ajuda

(8) outro: _____

APENAS PARA QUEM COSTUMA UTILIZAR A USF CORAL AGORA, PARA TERMINAR, VAMOS FALAR UM POUCO SOBRE O ATENDIMENTO DA UBS CORAL

Pergunta 110: No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre alimentação saudável? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 111: No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre cuidados com a saúde bucal? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 112: No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre a prevenção de quedas? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 113: No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre atividade física? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 114: No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre o uso correto de suas medicações? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 115: No último ano algum dos profissionais conversou com você sobre o acolhimento ou classificação de risco? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 116: No último ano você esteve na UBS das 8-10h para a consulta de acolhimento? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 117: Se sim: Você foi atendido? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 118: No último ano você esteve na UBS sem prévio agendamento e conseguiu mostrar um exame, ou renovar uma receita de medicação contínua? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 119: No último ano você esteve na UBS sem prévio agendamento e conseguiu medir sua pressão arterial, seu diabetes, ou o seu peso e a sua altura? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 120: No último ano você esteve na UBS sem prévio agendamento e conseguiu fazer um curativo? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 121: No último ano você buscou de atendimento odontológico de urgência na UBS? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 122: Se sim: você foi atendido pela dentista?

Pergunta 123: No último ano você precisou de algum atendimento domiciliar da equipe de saúde? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 124: Se sim: Conseguiu ser atendido no seu domicílio? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 125: Se não: qual foi a justificativa para não lhe atender?
_____ (descreva com as palavras do entrevistado)

Pergunta 126: No último ano você buscou a UBS para vacinação?
não (1) sim (9) lgn

Pergunta 127: Se sim: conseguiu se vacinar?
(1) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 128: **SÓ PARA ACAMADOS:** No último ano a equipe lhe ofereceu trazer a vacina da gripe na sua casa? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 129: **SÓ PARA MULHERES:** No último ano você precisou de atendimento específico de saúde da mulher? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 130: Se sim: conseguiu ser atendido na UBS?
(0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 131: Se sim: por qual profissional?

(1) Enfermeira

(2) Médica de Família

Pergunta 132: **SÓ PARA HOMENS:** No último ano você precisou de atendimento específico de saúde do homem? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 133: Se sim: conseguiu ser atendido na UBS? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 134: Se sim: por qual profissional? (1) Enfermeira (2) Médica de Família

Pergunta 135: Você sabia que a UBS oferece atendimento em grupos?
(1) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 136: **Se não -> Agradeça e encerre o questionário**

Pergunta 137: Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de atividade física? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 138: Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de tabagismo? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 139: Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de tabagismo? (0) não (1) sim (9) lgn

Pergunta 140: Algum profissional da equipe já lhe falou sobre o grupo de arteterapia? (0) não (1) sim (9) lgn

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!! (Agradeça a disponibilidade e a paciência, reforçando a importância da participação!)

7. IMPORTANTE: REUNIÕES COM A PESQUISADORA

Cada entrevistador (a) deverá participar de reuniões semanais, as quais serão agendadas pela sua supervisora. Essas reuniões servirão para solicitação de materiais, resolução de dúvidas e problemas, além de recebimento de novas orientações para prosseguir com o trabalho de campo.

Uma vez por semana ou a cada dez entrevistas realizadas, você deverá entregar os questionários com as entrevistas concluídas à coordenadora do trabalho de campo.



Encare o desafio...



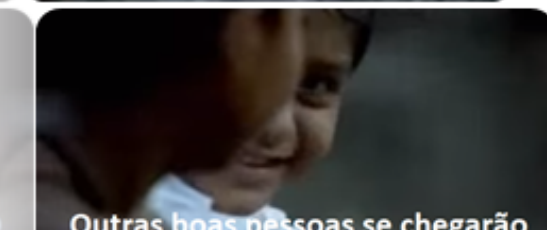
Arregace as mangas...



Faça o que ninguém antes fez...



Não desista...

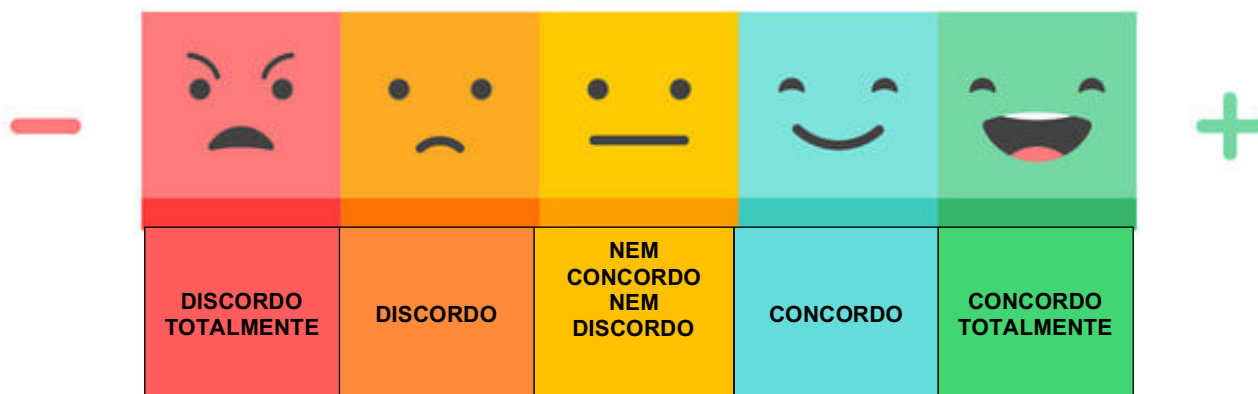


Outras boas pessoas se chegarão
à você!...



E ao final, chegarão
onde ninguém antes chegou!

Apêndice 4 – Régua de Faces para Escala Likert



Apêndice 5 – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Lages



CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

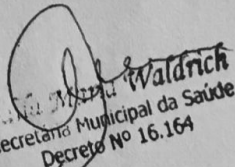
A Secretaria Municipal de Saúde de Lages declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA 44 DA USF CORAL EM LAGES, SC, sob responsabilidade da pesquisadora Lucia Soares Buss Coutinho. A pesquisa faz parte do Mestrado Profissional em Saúde da Família, apresentado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas.

Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS/MS nº: 466/2012 e o projeto somente poderá iniciar na Unidade Básica de Saúde Coral mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e equipe de saúde da unidade onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Lages, 15/06/2018


Secretaria Municipal da Saúde
Decreto Nº 16.164

Assinatura e Carimbo

Apêndice 6 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – FAMED - UFPEL

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA 44 DA USF CORAL EM LAGES, SC.

Pesquisador: Elaine Tomasi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 92272818.2.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.782.544

Apresentação do Projeto:

A transição epidemiológica, o envelhecimento da população brasileira, a necessidade de maior acesso aos serviços de saúde e a exigência de uma Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva ampliam o panorama de discussões acerca da oferta de cuidados à saúde da pessoa idosa, em sua maioria portadores de doenças crônicas e com as mais diversas necessidades de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Descrever a prevalência de déficit de autocuidado na população com 65 anos ou mais, residente na área de abrangência 44, da Unidade Básica de Saúde Coral, em Lages, SC.

Objetivos específicos

- Investigar a associação da prevalência de déficit de autocuidado com as características sociodemográficas, comportamentais, da condição de saúde, do acesso e utilização de serviços de saúde, do apoio familiar e do cuidado do outro.
- Conhecer as prevalências dos relatos de todas as atitudes de autocuidado presentes na escala.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos.

Benefícios:

O estudo vai reunir dados sobre o autocuidado da população local, para servir de subsídio a um programa de educação permanente direcionado aos profissionais da ESF, abrindo-se espaço para melhor compreender o território-vivo do ponto de vista das capacidades de autocuidado dos indivíduos; discutir e aperfeiçoar os processos de trabalho da equipe, fortalecendo o compromisso de todos com a promoção do autocuidado e com um processo de envelhecimento saudável, mesmo em um cenário de grande demanda e de desigualdades sociais, mostra-se alinhado à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (2009).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa adequada e relevante para a área de conhecimento de autocuidado na população com 65 anos ou mais em uma ESF de Santa Catarina. Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFPel que pretende avaliar o déficit de autocuidado em idosos.

Este estudo busca, através de inquérito populacional com idosos residentes na área 44 de abrangência da Estratégia de Saúde da Família da UBS Coral, no município de Lages/SC, identificar a prevalência de déficit de autocuidado obtido por meio da Escala para Avaliar as Capacidades de Autocuidado (ASA-A) e investigar associações com características sociodemográficas, comportamentais, da condição de saúde, do acesso e utilização de serviços de saúde, do apoio familiar e do cuidado do outro. Estima-se entrevistar cerca de 400 idosos nos seus domicílios, contando com o trabalho de membros da equipe e de estudantes de Medicina. Os resultados do estudo poderão subsidiar um programa de educação permanente direcionado aos profissionais da equipe, a ser implementado com vista à melhoria nas orientações relacionadas ao autocuidado dos usuários idosos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Carta de Anuência da SMS adequada e assinada.

Folha de rosto adequada e assinada.

Projeto de pesquisa adequado.

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1164520.pdf	25/06/2018 15:16:03		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/06/2018 15:11:32	Elaine Tomasi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_Autocuidado_versao_final.docx	25/06/2018 15:08:52	Elaine Tomasi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia_Mestrado.pdf	25/06/2018 15:07:04	Elaine Tomasi	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_Tomasi.pdf	25/06/2018 15:05:02	Elaine Tomasi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 24 de Julho de 2018

Assinado por:

**Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)**

RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

Introdução

Este relatório é parte integrante do Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e descreve as etapas de planejamento, execução e conclusão do trabalho de campo desenvolvido no âmbito do projeto de Pesquisa: *DÉFICIT DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS RESIDENTES NA ÁREA 44 DA USF CORAL EM LAGES, SC.*

Planejamento

O planejamento do trabalho de campo teve início no mês de abril de 2018, por ocasião da qualificação do projeto de pesquisa, passou pela apresentação à Secretaria Municipal de Saúde de Lages/SC e, mediante a anuência da Secretária de Saúde, Odila Maria Waldrich, seguiu para submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

Em paralelo outras etapas de preparação foram sendo executadas:

1. Definição da amostra: Inicialmente o projeto pretendia simplesmente utilizar-se do levantamento populacional realizado pela equipe de saúde e concluído em 2017. Tal levantamento pretendia identificar as pessoas moradoras da área da USF Coral 44, incluindo aquelas sem cadastro formal no serviço, com o objetivo de dar sustentação ao diagnóstico situacional que antecedeu o presente projeto de pesquisa.

De acordo com este levantamento, o total de residentes na área era de 3.179 pessoas, sendo que, destes, 593 idosos deveriam contar, em abril de 2018, 60 anos de idade ou mais.

Neste momento, após a explicação do projeto à equipe, foi identificada a necessidade de rever o cadastro em virtude de alguns óbitos e de migrantes. Cada uma das agentes comunitárias de saúde (ACS) ficou responsável por rever a lista correspondente à sua microárea de forma a atualizar o levantamento e reduzir equívocos futuros.

Em paralelo a pesquisadora realizou o cruzamento de dados da planilha do levantamento com os indivíduos com cadastro formal no Sistema da

Secretaria Municipal de Saúde conferindo com cada ACS as diferenças identificadas, buscando minimizar as fragilidades da lista.

2. Construção das Planilhas: foi construída uma planilha para controle do campo com todos os idosos identificados no território. Em seguida foi realizado sorteio aleatório de um único idoso por domicílio, chegando-se aos 419 idosos elegíveis deste estudo.

Da mesma forma, foram construídas outras planilhas para cada entrevistador, onde ele recebia os dados dos idosos a serem buscados: nome completo, numeração para o questionário, endereço, micro área, telefone (quando disponível no sistema) e eventuais observações: “ACS rever cadastro/sem telefone, nunca consultou na UBS, sem vínculo com a ACS de referência, cachorro brabo no terreno...”

Cada entrevistador recebeu uma planilha com 12 pessoas a serem entrevistadas para cada mês do trabalho de campo.

Nesta etapa de construção das planilhas dos entrevistadores, a escolha não se deu ao acaso. Busquei deixar para a enfermeira gestora os indivíduos que imaginava não morar no território, uma vez que não constam nos cadastros formais e posto que nossa proporção de idosos (18,7%) estava muito além da média do estado de Santa Catarina (10,3%).

Os indivíduos que estavam em acompanhamento e que imaginei serem mais acessíveis optei por deixar com os estudantes.

E aqueles que nunca consultaram comigo na UBS escolhi deixar para a equipe técnica, buscando entender o que se passava naquele domicílio.

Enfim, minha estratégia foi a de sensibilizar o idoso ao máximo para evitar recusa, além de olhar com todo o potencial para esse território.

3. Criação dos materiais de divulgação: foi criado um logotipo para o estudo (Figura 1) e slogans para a identidade visual: “Autocuidado – Coral – Melhor Idade” e “Como você se cuida? Essa é a pergunta que não quer calar...”
4. Divulgação do estudo para a comunidade: foram confeccionados folders para as ACS distribuírem em suas visitas no mês anterior ao do início das

entrevistas. A cada encontro com os idosos na UBS buscava-se divulgar a pesquisa e incentivá-los a participar. Foram confeccionados cartazes espalhados pelas salas da unidade de saúde de modo a familiarizá-los com a pesquisa. A pesquisa foi divulgada à todas as equipes da UBS, em momento específico de Educação Permanente. Apostou-se, ainda, na divulgação via Facebook, na própria página da UBS Coral (Figura 1) e no contato com os presidentes de bairro, que são as figuras de referência para a comunidade a ser entrevistada.



Figura 5 – Momento de divulgação da pesquisa na Fanpage da UBS Coral.

Dentre os materiais produzidos ainda constaram a Escala de Faces (Figura 2) produzida especialmente para responder à avaliação das capacidades de autocuidado; um pequeno imã (Figura 3), que serviu de brinde a ser entregue a cada participante e camisetas que serviram tanto para identificação dos entrevistadores como presente em reconhecimento à sua disposição em participar voluntariamente da pesquisa (Figura 3).

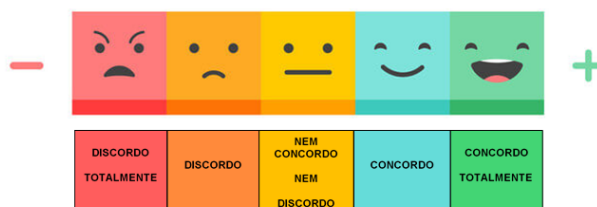


Figura 6 - Escala de Faces



Figura 7 - Brinde de Ímã (à esquerda) e Camisetas para a equipe (à direita).

Também foi produzido um vídeo de sensibilização para ser apresentado ao idoso, como carta de apresentação, antes da leitura do TCLE. O vídeo buscava também deixar os entrevistados mais à vontade para suas respostas, evitando julgamentos de certo e errado quando ao autocuidado. O vídeo foi compartilhado via WhatsApp e os entrevistadores carregavam sempre consigo em seus celulares.



Figura 8 - Vídeo de Carta de Apresentação.

5. Seleção e Capacitação para a coleta de dados: O trabalho de campo envolveu 17 entrevistadores voluntários: profissionais da ESF e estudantes do curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) que, ao longo da pesquisa, realizaram outras atividades de integração ensino-serviço na USF Coral. Para seleção e capacitação dos entrevistadores aconteceram vários encontros: sensibilização, cooperação

e discussão dos instrumentos. Inicialmente aconteceu um encontro com cada um dos grupos (profissionais, estudantes do grupo 1 e estudantes do grupo 2) buscando a sensibilização de todos os envolvidos. Em seguida, todos os integrantes da equipe se ofereceram-se para participar, além de 12 dos 18 estudantes de ambos os grupos. Ao longo das etapas seguintes, três voluntários desistiram. Para além da discussão do instrumento aconteceu a entrega de um exemplar impresso e a leitura do Manual de instruções ao Entrevistador.

6. Realização do Projeto Piloto: foi realizado um projeto piloto, envolvendo idosos das outras áreas de abrangência da UBS-Coral, buscando quantificar o tempo médio das entrevistas - aproximadamente 1 hora e 10 minutos -, treinar os entrevistadores e avaliar a clareza das informações no instrumento.

A partir das sugestões dos entrevistadores algumas correções gramaticais foram feitas e 12 questões foram reformuladas buscando dar maior fluidez à entrevista.

E por fim, a escala ASA-A foi avaliada negativamente pelos entrevistadores, afirmando que havia dificuldade de resposta por parte dos entrevistados. Neste momento, pactuou-se que dedicassem maior tempo a este momento específico da entrevista buscando responder com clareza a cada uma das afirmativas, sempre usando da Escala de Faces. Compiladas as melhorias, o material foi encaminhado à gráfica para impressão.

7. Entrega dos materiais para o início do campo: com a chegada dos materiais impressos foram produzidas e entregue pastas a cada um dos entrevistadores contendo: termos de consentimento, questionários, lápis, borracha, planilhas individuais para controle de campo, camiseta para identificação e ímãs para entregar aos entrevistados.

Execução

Um dos cuidados no início da execução do trabalho de campo foi verificar e tabular os dados o mais precocemente possível buscando corrigir diferenças entre entrevistadores.

Percebeu-se logo no início que algumas perguntas, ainda que adequadamente tratadas no Manual do Entrevistador, estavam sendo respondidas com múltiplas respostas por alguns e por outros não. Nesse sentido, conseguiu-se corrigir precocemente, buscando refazer àquelas entrevistas que foram respondidas de forma inadequada.

Da mesma maneira, a pesquisadora buscava lançar no mínimo uma pergunta para cada entrevistador no sentido de alertá-los de sua atenção, buscando evitar ao máximo possíveis fraudes.

O mesmo acontecia durante as entrevistas do controle de qualidade. Sempre que um dos já entrevistados vinha para consulta agendada, era separado o instrumento de coleta de dados e a primeira página era refeita com o indivíduo em questão, buscando avaliar a fidedignidade da entrevista, até alcançar a marca de 40 entrevistados.

Entretanto, a intenção foi sempre estar próximo. Seja discutindo detalhes e oferecendo suporte através dos grupos de discussão criados dentro do WhatsApp, seja entregando mais material de trabalho. Ousaria dizer que o consultório médico da UBS por momentos configurava-se em um perfeito centro vivo da pesquisa, permeado por chegadas, saídas e partilhas.

No entanto, muitos inconvenientes afloraram neste período. Um dos mais importantes, sem dúvidas, foi a gestão do trabalho de campo envolvendo 18 indivíduos diferentes que realizavam, ao mesmo tempo, papéis diferentes dentro de um mesmo cenário. Havia que se ter compreensão para aceitar as intercorrências, mas também houve momentos em que foi preciso agir com assertividade.

Houve dias em que a equipe técnica encontrava muita dificuldade de tempo para sair a campo; houve dias de chuva, em que as ACS não saíam a campo e houve entrevistados que só estariam em casa, nos dias de chuva, em virtude do trabalho. Também houve muitos feriados e pontos facultativos no período.

Os conflitos em relação às falhas do cadastro e ao processo de trabalho da equipe permearam o trabalho de campo, precisando ser gerenciados, um a um, evitando interferências.

Uma micro área revelou 20 idosos que nunca consultaram com o médico na UBS nos últimos cinco anos; uma ACS declarou que o sorteio ficou ruim, pois separou para a lista delas muitos homens que ela não conhece, pois só era recebida pelas esposas dos mesmos; por fim, foram identificados idosos bastante ativos, que em virtude disso, eram difíceis de encontrar em casa: os que trabalham, em especial caminhoneiros e os que viajam por longos períodos para ficar com outras partes da família.

Observou-se uma natural desmotivação dos entrevistadores quando passaram a perceber o trabalho de campo mais comprometedor do que haviam imaginado inicialmente. E da mesma forma, a preocupação da pesquisadora quando não conseguia que o número de entrevistas pactuado fosse mantido.

Outro ponto difícil, mas também bastante produtivo, foi a centralização da tabulação dos dados nas mãos da pesquisadora. Alguns dos entrevistadores, por iniciativa própria realizaram parte da tabulação dos dados, mas a pactuação foi que a entrevistadora realizaria sozinha toda a tabulação dos dados.

Se difícil pela sobrecarga de tarefas e falta de intervalos longos para esta tarefa, também esta etapa dava voz a cada um dos entrevistados. Como até este momento, estavam juntos o TCLE e o questionário, as respostas conseguiam adquirir outro significado nas mãos de quem conhece a comunidade há cinco anos.

Não só de desgaste se deu o trabalho de campo. A equipe técnica mostrou-se envolvida, fez fotos nas entrevistas e apontavam como importante todos os questionamentos que estavam sendo feitos. E comentavam como era importante tudo aquilo que estávamos tomando conhecimento (Figura 5).



Figura 9 - Fotos Autorizadas da Equipe em Campo.

Os estudantes também conseguiram se inserir produtivamente, conhecendo melhor o território e as pessoas nas entrevistas. Alguns deles

trouxeram experiências até mesmo afetivas, mostrando como estavam sendo bem recebidos, pois ganhavam café, doces e frutas. E ainda trouxeram dados importantes sobre a relação da comunidade com seus ACS de referência.

Segundo o relato dos entrevistadores, os entrevistados gostaram muito do ímã, principalmente por disponibilizar de uma forma fácil, o telefone da própria unidade de saúde. E, afirmavam estar se sentindo valorizados pela pesquisa em si.

Conclusão

A construção do banco de dados mostrou-se desafiadora uma vez que foge da realidade médica ou mesmo docente o contato com linguagem de programação.

A dupla digitação aconteceu sem maiores desafios, conseguindo entregar os objetivos no prazo a contento, no entanto, posteriormente mostrou-se necessária a limpeza dos dados vindos de erro na leitura numérica dos dados categorizados. O único desafio, nesse sentido, foi conciliar o cronograma da pesquisa com as férias no calendário acadêmico.

Quanto ao processamento e análise dos dados à distância mostrou-se improdutiva, sendo necessário um momento presencial entre orientador e mestrando para dar conta do início desta tarefa. Também registro que o orçamento fugiu ao inicial com as camisetas e com as impressões pagas já que não havia tempo hábil para que eu fizesse as impressões.

Outro problema foi em relação ao cronograma, uma vez que a coleta de dados teve uma duração total de 120 dias, ao contrário dos 90 dias estimados no projeto.

Os números finais do estudo foram: 15 indivíduos foram excluídos pois mudaram-se durante a coleta de dados (naqueles domicílios onde identificou-se mudança buscou-se por outros idosos que automaticamente substituíram os primeiros, somando-se outros nove indivíduos elegíveis). Também foram excluídos do estudo outros 15 idosos que não conseguiram responder ao instrumento da pesquisa em virtude de alguma deficiência física ou mental. As recusas totalizaram seis indivíduos e as perdas, considerando-se ausência em

três tentativas diferentes de visitação, somaram 27 pessoas, chegando-se ao total de 338 idosos entrevistados.

ARTIGO

Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia de Saúde da Família.

Self-care deficit in the elderly: characteristics, associated factors and recommendations to the Family Health Strategy.

Título Resumido para Rodapé: Autocuidado em idosos

Lúcia Soares Buss Coutinho, Universidade do Planalto Catarinense, Curso de Medicina, Lages, SC, Brasil luciasoaresbuss@gmail.com

Elaine Tomasi, Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas, RS, Brasil tomasiet@gmail.com

*Artigo elaborado a partir da dissertação de mestrado da autora principal, Lúcia Soares Buss Coutinho, intitulada *Déficit* de autocuidado em idosos residentes na área 44 da USF-Coral em Lages, SC defendida junto ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família em 05/06/2019.

Artigo a ser submetido à Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

Resumo:

Objetivo: Caracterizar os idosos com déficit de autocuidado investigando sua associação com características sociodemográficas, comportamentais, da condição de saúde, de acesso e utilização de serviços de saúde. Métodos: Foi realizado inquérito populacional, de delineamento transversal, com idosos adscritos ao território de uma equipe de Saúde da Família, em Lages/SC. O *déficit* de autocuidado foi aferido por meio do instrumento *Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*, sendo atribuído aos idosos cuja pontuação na escala enquadrou-se no quartil mais baixo da distribuição. Resultados: A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino, brancos, com idade entre 60 e 70 anos. A maior prevalência de *déficit* de autocuidado relacionou-se à: multimorbidade, pior autopercepção de saúde, consumo alimentar inadequado, baixa escolaridade, inatividade e dependência para as atividades básicas da vida diária. Conclusão: importa rastrear os determinantes sociais relacionados ao autocuidado em cada comunidade e recomenda-se às equipes de ESF que promovam ações intersetoriais buscando aproximar o cidadão das políticas públicas e dos recursos da comunidade local.

Palavras-chave: Autocuidado; Envelhecimento; Multimorbidade; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família

Abstract:

Objective: To characterize the elderly with self - care deficits investigating their association with sociodemographic, behavioral characteristics, health condition, access and use of health services. Methods: A cross-sectional population survey was conducted with elderly people assigned to the territory of a Family Health team in Lages / SC. The self - care deficits was measured using the Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A), and was attributed to the elderly whose scores on the scale fit the lowest quartile of the distribution. Results: Most of the interviewees were female, white, aged between 60 and 70 years. The higher prevalence of self-care deficit was related to: multimorbidity, poorer self-perception of health, inadequate food consumption, low schooling, inactivity and dependence for basic activities of daily living. Conclusion: it is important to track the social determinants related to self-care in each community, and it is recommended that ESF teams promote intersectoral actions seeking to bring the citizen closer to the public policies and resources of the local community.

Key-words: Keywords: Self Care; Aging; Multimorbidity; Primary Health Care; Family Health Strategy

Introdução

O aumento constante do número de idosos na população brasileira, com sua maior carga de comorbidades e vulnerabilidades,¹⁻³ em um contexto nacional de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições de saúde brasileiras,⁴⁻⁵ encontra na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o *lócus* privilegiado para o cuidado dos idosos e da sua multimorbidade.⁶⁻⁷

A produção de cuidados de saúde centrados na pessoa e não na doença, a valorização da família,^{8,9} o equilíbrio entre a atenção à demanda espontânea e a atenção programada e a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar convergem para que as equipes de ESF reconheçam os saberes dos usuários para o autocuidado e tentem mobilizá-los como forma de empoderamento dos indivíduos, notadamente idosos.¹⁰⁻¹¹

Os determinantes sociais do processo saúde-doença, sejam eles proximais (idade, sexo ou fatores hereditários), intermediários (estilos de vida e redes de apoio sociais, comunitárias ou de saúde) ou distais (condições de vida, do trabalho, socioeconômicas, culturais e ambientais), impactam também no autocuidado dos indivíduos idosos.¹² Da mesma forma, a atenção primária preconiza o exercício do princípio da equidade, focando na saúde das pessoas, à luz dos determinantes sociais de saúde,¹³ considerando o meio em que vivem e empoderando para o autocuidado.¹⁴

Assim, o objetivo deste trabalho foi caracterizar os idosos com *déficit* de autocuidado investigando sua associação com as características

sociodemográficas, comportamentais, da condição de saúde, de acesso e utilização de serviços de saúde.

Métodos

Foi realizado um inquérito populacional de delineamento transversal, em uma amostra de pessoas com 60 anos ou mais, adscritas ao território de abrangência da equipe 44 da Unidade de Saúde das Família (USF) Coral, na área urbana do município de Lages, SC. Realizou-se um levantamento identificando todas os moradores da área, incluindo aqueles que não possuíam cadastro no serviço de saúde. Todos os domicílios onde residiam pessoas idosas foram visitados e limitou-se a amostra a um idoso por domicílio, identificado aleatoriamente antes da entrevista entre os idosos do domicílio, resultando em uma amostra de 419 idosos elegíveis.

A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2018, por meio de questionário padronizado e pré-codificado, aplicado no próprio domicílio. O trabalho de campo envolveu 17 entrevistadores voluntários: profissionais da ESF e estudantes do curso de Medicina da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) que, ao longo da pesquisa, realizaram outras atividades de integração ensino-serviço na USF Coral.

Realizou-se um estudo piloto com 20 idosos moradores de outras áreas de abrangência da USF, buscando-se quantificar a duração das entrevistas e qualificar o instrumento, bem como capacitar os entrevistadores. Também foram realizados três momentos de roda de conversa dialógica, envolvendo: sensibilização, cooperação e instrução, com discussão detalhada do questionário

e do Manual de Instruções. Ao longo do trabalho de campo manteve-se contato próximo e dialógico com a equipe para recebimento, verificação dos instrumentos e esclarecimentos de possíveis dúvidas.

Foram excluídos do estudo idosos que não conseguiram responder ao questionário em virtude de alguma deficiência física ou mental; aqueles que se mudaram para fora do território entre o levantamento populacional e o trabalho de campo e aqueles não estiveram presentes em nenhuma das três tentativas de visita em dias e horários diferenciados foram considerados perdas; também foram registradas recusas em participar do estudo.

O desfecho do estudo foi o *déficit* de autocuidado, aferido por meio do instrumento *Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA-A)*. No Brasil, a escala passou por processo de tradução, adaptação cultural e validação, em idosos hospitalizados ou não. Demonstrou bom desempenho psicométrico, com alta consistência interna e estabilidade ou teste-reteste, assim como validade discriminante e concorrente. O Alfa de Cronbach foi 0,8493 para o total de entrevistados, sendo 0,8614, para os idosos da comunidade e 0,8158 para os idosos hospitalizados. A análise do teste-reteste mostrou alta concordância entre as respostas ($r = 0,873$; $p = 0,035$) e a validação discriminante registrou que não existe diferença entre as capacidades de autocuidado das pessoas da comunidade e hospitalizadas ($p = 0,116$).¹⁵ A escala é composta de 24 itens, cada um com as seguintes opções de resposta: discordo totalmente (1 ponto); discordo (2 pontos) nem concordo nem discordo (3 pontos); concordo (4 pontos) e concordo totalmente (5 pontos). O escore mínimo é de 24 e o máximo de 120 pontos, sendo que escores

altos indicam níveis elevados de capacidades de autocuidado. A variável resultante da soma da pontuação foi recodificada, de acordo com os quartis de sua distribuição. Para estas análises, idosos classificados no *quartil* inferior foram considerados com *déficit* de autocuidado.

As variáveis independentes sociodemográficas foram: sexo (masculino, feminino), idade em anos completos (60 a 64, 65 a 70, 71 a 79 e 80 a 96), cor da pele auto referida (parda/morena/preta, branca), ter companheiro (sim, não), escolaridade (superior, médio, fundamental completo e fundamental incompleto), quartis de renda per capita em reais (143 a 750, 751 a 1000, 1001 a 1750, 1751 a 7000), ocupação (não aposentado e trabalha, aposentado e não trabalha, aposentado e trabalha, não aposentado e não trabalha) e recebe algum benefício (sim, não).

Os fatores comportamentais investigados foram: fumo ¹⁶ (nunca fumou, ex-fumante, fumante), abuso de álcool, segundo VIGITEL ¹⁷ (sim, não), cuida de algum familiar (sim, não), atividades básicas de vida segundo escala de Katz ¹⁸ (dependente, independente), atividades instrumentais de vida diária, segundo Lawton ¹⁹ (dependente, independente), funcionalidade familiar ²⁰ (boa funcionalidade, moderada disfunção e elevada disfunção), atividade física, segundo IPAQ ²¹ (ativo, inativo), consumo regular de frutas e hortaliças ¹⁷ (sim, não), consumo regular de feijão ¹⁷ (sim, não), de carne com excesso de gordura ¹⁷ (sim, não), de leite integral ¹⁷ (sim, não), de doces ¹⁷ (sim, não), de refrigerantes ¹⁷ (sim, não) e substituição do almoço ou janta por lanches ¹⁷ (sim, não).

As variáveis que abordaram as características de saúde e acesso/utilização de serviços de saúde foram: autopercepção de saúde ²² (muito boa e boa, regular e, ruim e muito ruim), multimorbidade ²³ (sim, não), precisou do serviço de saúde

(sim, não), conseguiu ser atendido (sim, não), utiliza a USF Coral (sim, não), orientação recebidas dos profissionais de saúde sobre alimentação saudável (sim, não), sobre saúde bucal (sim, não), sobre o risco de quedas (sim, não), sobre atividade física (sim, não), sobre uso correto da medicação (sim, não) e sobre acolhimento e classificação de risco (sim, não).

Os questionários foram codificados, revisados e submetidos à dupla digitação por meio do aplicativo *EpiData*® versão 3.1.²⁴ Os erros detectados foram buscados no questionário de origem e retificados na digitação com menor densidade de falhas. O banco de dados final foi exportado através do aplicativo STAT TRANSFER 5.0 para o pacote estatístico STATA 15.0, onde foram realizadas a preparação das variáveis e as análises por meio do teste do qui-quadrado, razões de prevalência e intervalos de confiança de 95%.

O estudo contou com carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Lages e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) conforme parecer nº 2.782.544. A todos os entrevistados foi garantido o direito de não participação e o sigilo em relação à sua identificação diante das informações prestadas. Aos que concordaram em responder o questionário foi solicitada assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados:

Do total de 419 idosos identificados pelo cadastro, 27 foram excluídos pois mudaram de residência ou faleceram entre o levantamento populacional e o início do trabalho de campo. Durante o trabalho de campo outros 48 idosos foram perdidos e registrou-se seis recusas, chegando-se a uma amostra de 338 entrevistados (86% dos elegíveis).

A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (65%) e 54% tinham entre 60 e 70 anos. A cor da pele branca foi referida por 86% e praticamente metade dos indivíduos (52%) viviam com companheiro(a). Dois quintos dos entrevistados não tinham ensino fundamental completo e 67% referiu estar aposentado e não trabalhar. Para metade da amostra a renda familiar *per capita* oscilou entre R\$ 751,00 e R\$ 1.750,00 mensais (Tabela 1).

Apenas 14% dos idosos eram fumantes e o abuso de álcool foi registrado para 16% dos homens e 3% das mulheres. A dependência para atividades básicas da vida diária atingiu 8% da amostra. Já a dependência para atividades instrumentais chegou a 18% dos homens e a 29% das mulheres. Mais de metade dos idosos foram classificados como inativos, 15% referiu ser responsável pelo cuidado de algum familiar e 11% apresentava algum grau de disfunção familiar. Cerca de dois terços dos entrevistados referiram consumir regularmente frutas, hortaliças e leite integral. O consumo regular de feijão foi referido por 52% e o de doces por 28% dos idosos. Consumir regularmente carne com gordura e substituir refeições por lanches foi citado por 22% e 7% referiu consumo regular de refrigerantes (Tabela 1).

Metade dos idosos (51%) percebia sua saúde como boa ou muito boa e cerca de três quartos referiu cinco ou mais problemas de saúde. Precisaram ser atendidos em serviços de saúde 75% dos entrevistados e, destes, apenas três não conseguiram ser atendidos. Entre os 82% que utilizam a UBS da área, cerca de dois terços receberam dos profissionais de saúde orientação sobre uso correto de medicações e sobre acolhimento e classificação de risco. Metade recebeu orientação sobre alimentação saudável, 44% sobre atividade física, e pouco mais de um terço sobre saúde bucal e prevenção de quedas (Tabela 1).

Uma vez que se optou por considerar com *déficit* de autocuidado os idosos que tiveram a pontuação na escala no quartil mais baixo da distribuição, tivemos uma prevalência neste desfecho de 25,4%. A Figura 1 apresenta os dez itens da escala com maior proporção de respostas negativas - discordo totalmente e discordo - com destaque para aspectos relacionados à atividade física (39%), mudanças de hábitos em prol da saúde (20%), busca de informações sobre efeitos de medicamentos e duração suficiente de sono (16%).

Não foram observadas diferenças no *déficit* de autocuidado de acordo com o sexo, a idade, a cor da pele, ter companheiro (a) e situação de aposentadoria e trabalho. Quanto mais baixa a escolaridade ($p=0,026$) e a renda familiar ($p=0,073$), maiores as prevalências do *déficit* de autocuidado (Tabela 1).

Idosos classificados como dependentes para atividades básicas da vida diária e os inativos fisicamente apresentaram significativamente mais *déficit* do que os classificados como independentes ($p=0,006$) e como ativos ($p<0,001$). Encontrou-se uma prevalência 1,62 vezes maior (IC95% 1,04-2,51) de *déficit* de autocuidado entre os indivíduos que não consomem frutas e hortaliças em cinco ou mais dias da semana e 2,08 maior (IC95% 1,45-2,98) entre os idosos que referiram consumir regularmente carnes com excesso de gorduras (Tabela 2).

Idosos com percepção ruim ou muito ruim de sua saúde tiveram 3,21 vezes mais *déficit* de autocuidado do que aqueles com percepção boa ou muito boa (IC95% 2,05-5,02). Quando comparados aos idosos com três doenças ou menos, aqueles que referiram mais de três doenças tiveram 3,30 vezes mais *déficit* (IC95% 1,58-6,89) (Tabela 3).

Embora o tamanho da amostra não permitisse o uso de análise multivariada, investigou-se o comportamento das associações principais por meio

de estratificação para escolaridade. Idosos dos estratos inferiores de escolaridade apresentaram maiores diferenças no déficit de autocuidado para os inativos, para os com mais dependência nas atividades básicas da vida diária, para aqueles sem consumo regular de frutas e hortaliças, para os com muitas doenças e problemas de saúde e com pior percepção de seu estado geral. A única exceção ficou por conta do consumo regular de carnes com excesso de gordura, que foi maior entre idosos com nível de escolaridade médio e superior.

Discussão

O estudo identificou, com base em uma escala de autocuidado, um número expressivo de idosos que precisam ser alvo de atenção especial da equipe de saúde em virtude das suas características. Tomando por base as afirmativas da própria escala, os principais obstáculos encontrados com relação as capacidades de autocuidado foram: realizar atividade física ou descansar, realizar perguntas ao seu médico antes de iniciar um novo remédio; manter um sono reparador; auto avaliar sua própria saúde; examinar o próprio corpo; manter uma alimentação saudável; cuidar da própria saúde em condições de imobilidade e fazer amigos com quem se possa contar no futuro. Com relação à mudança de comportamento duas afirmativas mostraram-se prevalentes mostrando tanto a incapacidade dos indivíduos em mudar hábitos no passado como no presente (Figura 1).

Com relação às características comportamentais e da condição de saúde dos indivíduos, idosos com maior número de doenças e com pior percepção de sua saúde foram os com maior prevalência de *déficit* de autocuidado. Sabe-se que o adoecimento em idosos pode alterar de forma importante sua rotina de vida, fazendo com que se tornem mais dependentes e com menor capacidade de

cuidar de si mesmo em todas as suas necessidades.¹⁸ Como o estudo teve um delineamento transversal, não é possível afirmar o que veio antes na vida destes idosos, se o adoecimento, se a inatividade física, se a dependência. O fato é que todos estes fatores parecem vir juntos e associar-se de forma significativa ao autocuidado.

A multimorbidade e a dependência para ABVD estão intimamente ligadas às disposições e capacidades fundamentais necessárias para as ações de autocuidado.¹⁸ Neste estudo, a presença de mais de cinco ou mais problemas de saúde determinou uma prevalência três vezes maior para o déficit de autocuidado, assim, como a dependência para as atividades de vida diária registrou duas vezes. A autopercepção de saúde dos indivíduos, enquanto importante marcador da multimorbidade e do declínio funcional em idosos,²⁵ confirmou o maior *déficit* de autocuidado (52,5%) entre aqueles indivíduos que relatam sua saúde como ruim ou muito ruim.

Nesta amostra, idosos sem atividade física regular e com maior dependência para o exercício de atividades básicas da vida diária também tiveram pior autocuidado. A prática da atividade física nesta etapa da vida representa maior mobilidade, estabilidade postural, menor risco de quedas, melhoria da função respiratória, controle da gordura corporal, manutenção da massa muscular e densidade mineral óssea, maior circulação do sangue, redução da frequência cardíaca e dos índices séricos de colesterol como medidas objetivas de saúde física.²⁶ Além disso, reduz sintomas depressivos ou ansiosos em idosos²⁷ e para mulheres idosas praticantes de atividade física, do Projeto Sênior para a Vida Ativa, representa também uma sensação de saúde, ligada à independência,²⁸ destacando a contribuição desta variável para o

desenvolvimento de capacidades de autocuidado. A prevalência de idosos ativos na população estudada (47,0%) está de acordo com os dados do VIGITEL, 2017 que apontam uma prevalência de 30,1% dos adultos, com 65 anos ou mais, que praticam atividade física no seu tempo livre. ¹⁷

Aspectos relacionados ao consumo de alimentos também se mostraram associados ao autocuidado. Este estudo encontrou 34,3% de idosos com consumo regular de frutas e hortaliças, similar ao registrado nas capitais brasileiras pelo VIGITEL, 2017, (27,8%) para indivíduos com 65 anos ou mais, ¹⁷ sendo que o *déficit* de autocuidado foi 60% maior entre quem não referiu este consumo. Apontado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um importante fator de proteção e de prevenção para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a recomendação é para um consumo de 400g/dia, equivalente a cinco porções de frutas, legumes e/ou hortaliças.

Por outro lado, o consumo de carnes com excesso de gordura é um indicador de dieta não-saudável, apontada como um fator de risco para doenças cardiovasculares e neoplasias. ¹⁷ Ainda que este consumo esteja inversamente ligado à idade, nosso estudo mostrou que entre os idosos também há uma maior consumo desse nutriente, destacando uma prevalência de 22,3% de idosos que consomem regularmente carnes com excesso de gorduras, à semelhança do estudo VIGITEL, 2009, que aponta 21% de idosos com 65 anos ou mais apresentando este consumo nas capitais brasileiras. ²⁹

Dentre todos estes fatores aqui identificados, a inatividade física, o consumo adequado de frutas e hortaliças e o consumo inadequado de carne com excesso de gordura destacam-se como aqueles com maior potencial de

intervenções para melhorar o autocuidado, tanto pelas equipes de saúde quanto por parte de programas e políticas públicas de promoção da saúde.

Há que se pensar em ações intersetoriais com organizações não governamentais (ONGs) ou com as Secretarias de Meio Ambiente buscando construir hortas comunitárias que aumentem a oferta desses alimentos para populações de menor renda *per capita*, ao mesmo tempo em que propiciam discussões sobre o autocuidado, a alimentação saudável e o desestímulo ao uso excessivo de medicamentos.³⁰

Quanto às possibilidades de enfrentamento para a multimorbidade, a dependência para as ABVD e a autopercepção negativa do estado de saúde pode-se pensar no compromisso da APS com a Política Nacional de Promoção da Saúde,³¹ buscando atuar sobre os fatores de risco evitando as doenças crônicas não transmissíveis e seus os desfechos negativos em saúde.

Além disso, os profissionais podem capacitar-se no uso de ferramentas como o Inventário de Estratégias de Enfrentamento, procurando conhecer e compreender o indivíduo em questão e a sua experiência de doença, como forma de ajudá-los a conviver melhor com seu estresse.³²

Dentre os determinantes sociais mais distais o estudo encontrou associação estatisticamente significativa entre baixa escolaridade e o déficit de autocuidado. As capacidades de envolver-se e de executar ações para o autocuidado são aprendidas e estão sujeitas a fatores condicionantes como a escolaridade.³³ Indivíduos com menos anos de estudo apresentaram piores desfechos, impondo maior preocupação e atenção com a saúde entre os indivíduos idosos de menor escolaridade.

Ao avaliar a influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis, Moura e Masquio (2018) ³⁴ apontam para a necessidade de se continuar a investir em educação em saúde, uma vez que encontra em indivíduos de menor escolaridade interpretações errôneas sobre conceitos de alimentação saudável, podendo contribuir negativamente para ações de autocuidado.

Incentivar o uso da internet, ou mesmo incluir nas atividades coletivas momentos de buscas na rede poderão ser estratégias eficazes para que as equipes estimulem os indivíduos a manter dietas mais saudáveis, de acordo com Souza (2019). ³⁵ Este estudo identificou que indivíduos idosos usuários de internet tem uma chance 1,48 vezes maior de consumir adequadamente frutas e hortaliças (IC 95% 1,09 - 2,01) quando comparados àqueles que não tem esse acesso. ³⁵

Estudos com indivíduos diabéticos de diferentes faixas etárias também apontam que a baixa escolaridade pode dificultar a adesão ao plano terapêutico tanto pela dificuldade do indivíduo para ler e entender a prescrição, como pela sua menor compreensão dos complexos mecanismos da doença e do próprio tratamento. ³⁶ Os autores recomendam que os profissionais de saúde devem utilizar de linguagem adequada e buscar meios que facilitem a compreensão das orientações e ações de educação em saúde nesta população. ³⁷

Destaca-se, aqui, a importância de investir na escolarização entre os idosos, bem como realizar ações de educação em saúde com o objetivo de proporcionar o componente de poder do autocuidado. Viabilizar projetos de integração intersetorial, principalmente entre as secretarias municipais da saúde e

educação, pode ser uma estratégia tão potente como promover ações de educação em saúde, dependendo de cada realidade local.

O importante é que os indivíduos consigam entender, interpretar e aplicar as informações sobre saúde para conseguir obter melhores escolhas no autocuidado.

Não se encontrou associação entre o *déficit* de autocuidado e o sexo, ainda que estudos anteriores, avaliando grupos específicos, tenham observado que as mulheres apresentavam menores escores de autocuidado.³⁸ São necessários outros estudos pois podem existir outras relações entre o feminino e o masculino que envolvem as disposições e capacidades de autocuidado. Neste estudo foi possível observar que as mulheres se mostraram sempre mais dependentes do que os homens para as atividades instrumentais de vida diária, concordando com o estudo de Cozzensa (2009).¹⁸

Avaliando os determinantes ligados ao comportamento dos indivíduos como o consumo de tabaco e álcool, o estudo não encontrou associação com o *déficit* de autocuidado, ainda que sejam descritos pela literatura em outros momentos do ciclo vital, como a adolescência, por exemplo.³⁹

Os resultados deste estudo reforçam a importância de rastrear os determinantes sociais da saúde na atenção primária como forma de aprimorar um diagnóstico de cada comunidade. Além disso, apontam para a responsabilidade das equipes locais de ESF em promover ações intersetoriais direcionadas à sua realidade, aproximando o cidadão de políticas públicas e de recursos da comunidade local, com o objetivo de empoderar os indivíduos para o autocuidado e, principalmente contemplando as dificuldades que mais impactaram negativamente no autocuidado dos idosos entrevistados.

Nesse sentido importa qualificar a assistência na ESF, investir em educação continuada e permanente dos profissionais, a fim de instrumentalizá-los para o acolhimento e cuidado da pessoa idosa, incentivando-os a construir ações de educação em saúde que estimulem comportamentos de prevenção, letramento funcional de saúde e iniciativas de autogestão para indivíduos com doenças crônicas.

Tabela 1. Distribuição da amostra e *déficit* de autocuidado de acordo com características sociodemográficas. USF Coral, Lages, SC, 2018.

Característica	n (%)	<i>Déficit</i> de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Sexo				0,327
Masculino	117 (34,6%)	29,1%	1,00	
Feminino	221 (65,4%)	23,5%	0,81 (0,85-1,79)	
Idade (anos)				0,448
60 a 64	89 (26,3%)	24,7%	1,00	
65 a 70	93 (27,5%)	21,5%	0,87 (0,51-1,48)	
71 a 79	106 (31,4%)	28,3%	1,15 (0,72-1,84)	
80 a 96	50 (14,8%)	28,0%	1,13 (0,64-2,01)	
Cor da pele				0,991
Parda/morena/preta	49 (14,5%)	26,5%	1,00	
Branca	289 (85,5%)	25,3%	0,95 (0,57-1,58)	
Tem companheiro				0,883
Não	161 (47,8%)	24,8%	1,00	
Sim	176 (52,2%)	26,1%	1,05 (0,73-1,52)	
Escolaridade				0,026
Superior	47 (14,7%)	19,1%	1,00	
Médio	67 (21,0%)	19,4%	1,01 (0,47-2,17)	
Fundamental completo	75 (23,5%)	25,3%	1,32 (0,65-2,68)	
Fundamental incompleto	130 (40,8%)	32,3%	1,69 (0,89-3,19)	
Quartis de renda <i>per capita</i> (reais)				0,073
1.751 a 7.000	78 (23,9%)	23,1%	1,00	
1.001 a 1.750	76 (23,2%)	17,1%	0,74 (0,39-1,41)	
751 a 1.000	87 (26,6%)	31,0%	1,35 (0,81-2,24)	
143 a 750	86 (26,3%)	31,4%	1,36 (0,82-2,27)	
Aposentadoria e trabalho				0,762
Não aposentado e trabalha	19 (5,8%)	15,8%	1,00	
Aposentado e não trabalha	218 (66,5%)	24,8%	1,57 (0,54-4,55)	
Aposentado e trabalha	51 (15,5%)	27,5%	1,74 (0,56-5,38)	
Não aposentado e não trabalha	40 (12,2%)	27,5%	1,74 (0,55-5,22)	

Tabela 2. Distribuição da amostra e *déficit* de autocuidado de acordo com características comportamentais. USF Coral, Lages, SC, 2018.

Característica	n (%)	<i>Déficit</i> de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Fumo ^a				0,592
Nunca fumou	173 (51,6%)	25,4%	1,00	
Ex-fumante	116 (34,6%)	22,4%	0,88 (0,58-1,35)	
Fumante	46 (13,7%)	28,3%	1,11 (0,66-1,88)	
Abuso de álcool (homens) ^b				0,933
Não	93 (83,8%)	29,0%	1,00	
Sim	18 (16,2%)	33,3%	1,15 (0,56-2,37)	
Abuso de álcool (mulheres) ^c				0,092
Não	206 (96,7%)	22,3%	1,00	
Sim	7 (3,3%)	57,1%	2,56 (1,28-5,10)	
Cuida de algum familiar				0,264
Não	285 (84,6%)	24,2%	1,00	
Sim	52 (15,4%)	32,7%	1,35 (0,87-2,10)	
Atividades básicas ^d				0,006
Dependente	26 (7,9%)	50,0%	2,13 (1,38-3,29)	
Independente	302 (92,1%)	23,5%	1,00	
Atividades instrumentais (homens) ^e				0,136
Dependente	20 (18,0%)	45,0%	1,79 (0,98-3,24)	
Independente	91 (82,0%)	25,3%	1,00	
Atividades instrumentais (mulheres) ^e				0,104
Dependente	60 (28,6%)	31,7%	1,58 (0,97-2,59)	
Independente	150 (71,4%)	20,0%	1,00	
Funcionalidade familiar ^f				0,131
Boa funcionalidade	294 (89,1%)	23,8%	1,00	
Moderada disfunção	16 (4,8%)	25,0%	1,05 (0,44-2,51)	
Elevada disfunção	20 (6,1%)	40,0%	1,68 (0,95-2,98)	
Atividade Física – IPAQ				<0,001
Ativo ^g	158 (47,0%)	13,3%	1,00	
Inativo	178 (53,0%)	36,0%	2,70 (1,74-4,22)	
Consumo regular de frutas e hortaliças				0,017
Sim	116 (34,3%)	21,0%	1,00	
Não	222 (65,7%)	33,6%	1,60 (1,11-2,30)	
Consumo regular de carne com excesso de gordura				<0,001
Sim	74 (22,3%)	41,9%	2,08 (1,45-2,98)	
Não	258 (77,7%)	20,2%	1,00	

^a Inclui indivíduos que fumaram pelo menos 1 cigarro por dia nos últimos 30 dias (Barbosa AS, 2014).

^b Inclui indivíduos do sexo masculino que consumiram ao menos 5 doses de bebida em uma única ocasião nos últimos 30 dias. (VIGTEL, 2017)

- ^c Inclui indivíduos do sexo feminino que consumiram ao menos 4 doses de bebida em uma única ocasião nos últimos 30 dias. (VIGTEL, 2017)
- ^d Escala de Katz (Cozzensa M. 2009).
- ^e Escala de Lawton (Santos RL. 2008).
- ^f Apgar de Família (Silva MJ. da 2014).
- ^g Inclui idosos suficientemente e insuficientemente ativos (Matsudo S. 2001).

Tabela 3. Distribuição da amostra e *déficit* de autocuidado de acordo com características de saúde, acesso e utilização de serviços de saúde. USF Coral, Lages, SC, 2018.

Característica	n (%)	<i>Déficit</i> de autocuidado	Razão de prevalências (IC95%)	p-valor
Percepção de saúde				<0,001
Muito boa / Boa	171 (51,0%)	16,4%	1,00	
Regular	124 (37,0%)	29,0%	1,78 (1,15-2,74)	
Ruim / Muito ruim	40 (11,9%)	52,5%	3,21 (2,05-5,02)	
Multimorbidade ^a				<0,001
Não	76 (27,1%)	9,2%	1,00	
Sim	204 (72,9%)	30,4%	3,30 (1,58-6,89)	
Precisou do serviço de saúde ^b				0,447
Não	83 (24,6%)	21,7%	1,00	
Sim	255 (75,4%)	26,7%	1,23 (0,78-1,94)	
Utiliza a USF Coral				0,465
Sim	278 (82,2%)	24,5%	1,00	
Não	60 (17,8%)	30,0%	1,23 (0,79-1,90)	
Orientação ^c sobre alimentação saudável				0,676
Sim	139 (50%)	23,0%	1,00	
Não	139 (50%)	25,9%	1,13 (0,74-1,70)	
Orientação sobre saúde bucal				0,105
Sim	94 (33,8%)	18,1%	1,00	
Não	184 (66,2%)	27,7%	1,53 (0,94-2,50)	
Orientação sobre risco de quedas				0,417
Sim	97 (34,9%)	27,8%	1,00	
Não	181 (65,1%)	22,7%	1,23 (0,81-1,87)	
Orientação sobre atividade física				0,510
Sim	122 (43,9%)	22,1%	1,00	
Não	156 (56,1%)	26,3%	1,19 (0,78-1,81)	
Orientação sobre uso correto da medicação				0,821
Sim	187 (67,3%)	25,1%	1,10 (0,70-1,73)	
Não	91 (32,7%)	23,1%	1,00	
Orientação sobre acolhimento ^d				0,325
Sim	172 (61,9%)	26,7%	1,29 (0,82-2,01)	
Não	106 (38,1%)	20,8%	1,00	

^a Cinco ou mais problemas de saúde referidos.

^b Precisou e procurou serviço de saúde.

^c Orientação fornecida por profissional da USF Coral.

^d Inclui acolhimento e classificação de risco.



Figura 1. Proporção de idosos que responderam negativamente às afirmações sobre autocuidado. UBS Coral, Lages, SC, 2018.

Referências

1. Veras R, São R, Xavier F. Rev Saúde Pública 2009;43(3):548-54 Renato Veras Revisão | Review Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. 2009;43(3):548–548. Disponível em: <[https://www.scielo.org/pdf/rsp/2009.v43n3/548-548](https://www.scielo.org/pdf/rsp/2009.v43n3/548-548.pdf)>. Acesso em: 22 abr. 2019.
2. IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 22 abr. 2019.
3. Miranda D, Morais G, Mendes G, Cruz A, Silva A, Lucia A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr e Gerontol. 2016;19(3):507–19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.
4. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: Magnitude and challenges for the Brazilian health system Chronic Disease epidemiology. BMC Public Health [Internet]. 2015;15(1):1–11. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2505-8>>. Acesso em: 22 abr. 2019.
5. Santos JAF. Classe Social, território e desigualdade de saúde no Brasil. Saúde e Soc [Internet]. 2018 Jun [cited 2019 Apr 22];27(2):556–72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000200556&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 abr. 2019.
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Organização Pan-Americana da Saúde Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2012. 515 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Para O Cuidado Das Pessoas Idosas No Sus: Proposta De Modelo De Atenção Integral XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde. 2014; Disponível em: <

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019.
8. Starfield B. Is patient-centered care the same as person-focused care? Perm J. 2011;15(2):63–9. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3140752/>>. Acesso em: 22 abr. 2019.
 9. Stewart, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3. ed. Porto alegre: Artmed, 2017.
 10. Novais, EM. et al. O Saber da Pessoa com Doença Crônica no Auto-Cuidado. Clinical & Biomedical Research, [S.l.], v. 29, n. 1, abr. 2009. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/7376>>. Acesso em: 22 abr. 2019.
 11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. Vol. 15, Ciência & Saúde Coletiva. 2010. 2297–2305 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 abr. 2019.
 12. Geib, LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, jan. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2019.
 13. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Primary care: balancing health needs, services, and technology. UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.
 14. Lange, I. et al. Fortalecimiento del autocuidado como estratégia de la Atención Primaria en Salud: la contribución de las instituciones de salud em América Latina. Geneva: OPAS, 2006. Disponível em: <<http://studylib.es/doc/7357561/fortalecimiento-del-autocuidado-como-estrategia-de-la-ate...>>. Acesso em: 22 abr. 2019
 15. Silva JV da, Domingues EAR. Adaptação cultural e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado. Arq Ciências da Saúde. 2017;24(4):30. Disponível em:

- <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/686>>.
Acesso em: 22 abr. 2019
16. Barsosa A de S, Barbosa L de S, Rodrigues L, Oliveira KL De, Iracema I, Argimon DL. Múltiplas definições de ser fumante e diagnóstico de tabagismo: uma revisão sistemática. *Aleth* 45, p190-201, set/dez 2014. 2014;190–201. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n45/n45a15.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019
17. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016* [Internet]. 2017. 157 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_saude_suplementar.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019
18. Cozzensa M. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos Disability relating to basic and instrumental activities of daily living. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796–805. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n5/653.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019
19. Santos RL, Virtuoso JSJ. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde* 2008;21(4):290-6. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/viewFile/575/2239>>. Acesso em: 22 abr. 2019
20. Silva, MJ da et al. Análise das propriedades psicométricas do APGAR de família com idosos do nordeste brasileiro. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 527-532, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300527&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2019
21. Matsudo, S.; et al Questionário internacional de atividade física (ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 6, n. 2, p. 5-18, 15 out. 2001. Disponível em: <http://rbafs.emnuvens.com.br/RBAFS/article/view/931/1222>. Acesso em: 22 abr. 2019
22. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med*, 2007;86(1):28-38. Disponível em:

- <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/59170/62188>>. Acesso em: 22 abr. 2019
23. Nunes BP, Sandro RRB, De Andrade FB, Souza Junior PRB de, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saude Publica*. 2018;Supl 2:10s:1–12. Disponível em: < <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/multimorbidade-em-individuos-com-50-anos-ou-mais-de-idade-elsi-brasil/>>. Acesso em: 22 abr. 2019
24. Christiansen, T. B.; Lauritsen J. M. (Ed.) *EpiData - Comprehensive Data Management and Basic Statistical Analysis System*. Odense Denmark, EpiData Association, 2010. Disponível em: <<http://www.epidata.dk>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
25. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;17(5–6):333–41. Disponível em: <<https://scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n5-6/333-341/pt>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
26. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz Rev Educ Física UNESP*. 2011;1024–32. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/motriz/v16n4/a23v16n4.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
27. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Epidemiol e Control Infecção*. 2016;6(2):1–7. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6427/5091>> . Acesso em: 10 abr. 2019.
28. Matsuo RF, Velardi M, Marques F, Luiza M. Saúde e Doença: Representações de Mulheres Idosas Praticantes de Atividade Física. *Rev Psicol del Deport*. 2017;27:97–102. Disponível em: < https://www.rpd-online.com/article/view/v27-s1-frazao-matsuo-velardi-et al/Frazao_Matsuo_Velardietal>. Acesso em: 10 abr. 2019.
29. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2009* [Internet]. 152 p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2009.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019

30. Costa CGA, Garcia MT, Ribeiro SM, Salandini MF de S, Bógus CM. Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2015;20(10):3099–110. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3099.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2019
32. Damião EBC, Rossato LM, Fabri LR de O, Dias VC. Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico TT - Inventario de estrategias: uno referencial teórico TT - Ways of coping inventory: a theoretical framework. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009;43(spe2):1199–203. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600009>. Acesso em: 22 abr. 2019
33. Sá SPC, Santos DM dos, Robers LMV, Andrade MS, Coimbra CAQ, Cruz TJP da. Uma proposta para a mensuração do autocuidado em idosos. *Cogitare Enferm*. 2014;16(4):661–6. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648969010>>. Acesso em: 22 abr. 2019
34. Moura A, Masquio D. A Influência da escolaridade na percepção sobre alimentos considerados saudáveis. *Rev Educ Pop*. 2018;13(1):82–94. Disponível em: < <http://www.seer.ufu.br/index.php/reeducpop/article/view/23878>>. Acesso em: 22 abr. 2019
35. Souza BB de, Cembranel F, Hallal ALC, d’Orsi E. Consumo de frutas, legumes e verduras e associação com hábitos de vida e estado nutricional: um estudo prospectivo em uma coorte de idosos. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019;24(4):1463–72. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401463&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 abr. 2019

36. Rodrigues FFL, Santos MA dos, Teixeira CR de S, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento , atitude , escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2012;25(2):284–90. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019
37. Marques MB, Silva MJ da, Coutinho JFV, Lopes MV de O. Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. Rev da Esc Enferm da USP. 2013;47(2):415–20. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/20.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019
38. Sousa MM de, Almeida T da CF, Gouveia B de LA, Carvalho MF de, Brito FM de, Oliveira SH dos S. Relationship between self-care and social and clinical conditions of patients with heart failure. Rev da Rede Enferm do Nord. 2018;19:e33062. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/33062>>. Acesso em: 22 abr. 2019
39. Silva SED da, Padilha MIC de S, Dos Santos LMS. A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representações sociais desses sobre as bebidas alcoólicas. Enferm em Foco. 2018;2(3):160–3. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/125/106>>. Acesso em: 22 abr. 2019