

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



***“Condições de saúde, perfil sociodemográfico e qualidade de vida dos idosos institucionalizados: a experiência de uma ex-colônia de hanseníase”***

*por*

***Ana Claudia Meirim Krivochein***

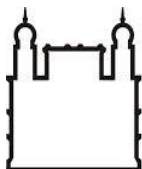
*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre  
Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientadora principal: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Cristina de Aguiar Pereira*

*Segunda orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Jorge Machado*

*Rio de Janeiro, maio de 2015.*

*Esta dissertação, intitulada*



Ministério da Saúde  
FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz



***“Condições de saúde, perfil sociodemográfico e qualidade de vida dos idosos institucionalizados: a experiência de uma ex-colônia de hanseníase”***

*apresentada por*

***Ana Claudia Meirim Krivochein***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Teresa Vieira de Souza

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Lourenço Tavares de Andrade**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Cristina de Aguiar Pereira – Orientadora principal

*Dissertação defendida e aprovada em 29 de maio de 2015.*

Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

K92c Krivochein, Ana Claudia Meirim  
Condições de saúde, perfil sócio-demográfico e qualidade de vida de idosos institucionalizados: a experiência de uma ex- colônia de hanseníase. / Ana Claudia Meirim Krivochein. -- 2015.  
105 f. : tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Claudia Cristina de Aguiar Pereira  
Carla Jorge Machado

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública  
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.

1. Hanseníase. 2. Saúde do Idoso Institucionalizado. 3. Nível de Saúde.  
4. Saúde do Idoso. 5. Avaliação Geriátrica. 6. Qualidade de Vida.  
I. Título.

CDD – 22.ed. – 616.998

## DEDICATÓRIA

Aos profissionais, colaboradores, amigos e aos pacientes do Hospital Estadual Tavares de Macedo, principal razão dessa dissertação.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela minha existência, e aos meus pais Tito Lívio e Tânia, que sempre me conduziram pelo caminho do bem. A paciência e o amor de Artur Custódio, além da compreensão e apoio de toda a família e amigos .

Minha homenagem ao povo brasileiro, pelo custeio de grande parte dos meus estudos, e a quem procuro retribuir durante toda a minha trajetória como profissional de saúde do SUS. A Secretaria Estadual de Saúde por acreditar na capacitação do servidor público.

Fundamental agradecer à equipe de profissionais do HETM, principalmente ao Projeto de Geriatria e Gerontologia (PGG), coordenado por Ana Cristina Barbosa, da Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) e Dra Vilma Duarte Câmara, Professora Doutora da Universidade Federal Fluminense (UFF), pela colaboração no fornecimento de informações e na revisão dos dados aqui apresentados.

Fundamental também agradecer ao acadêmico João Amorim pelos valiosos ensinamentos sobre análise estatística,

E especialmente à Michele Machado Meirelles de Barros, que assumiu comigo o papel de salva-vidas voluntária em um momento em que tudo se encaminhava para o pior, revendo comigo toda a dissertação.

À Biblioteca do ICICT em prover acesso gratuito local e remoto à informação técnico-científica em saúde custeada com recursos públicos federais, integrante do rol de referências desta dissertação.

À Escola Nacional de Saúde Pública, pela maravilhosa equipe de professores e colaboradores; Em especial à Marluce Oliveira Ribeiro e Welington de Carvalho do Programa de Pós- graduação em Ciências da Saúde e Tecnologia, que me acolheram.

À minha co-orientadora Carla Jorge Machado pelo apoio e contribuições.

Finalmente, a minha ocupadíssima orientadora, Claudia Cristina de Aguiar Pereira, pela sua capacidade em realizar com impecável qualidade, rapidez e capacidade ações simultâneas de enorme importância, por quem tenho grande admiração, e amizade.

## EPÍGRAFE

“Fechei os olhos e pedi um favor ao vento:  
Leve tudo o que for desnecessário.  
Ando cansada de bagagens pesadas...  
-Daqui para frente apenas o que couber na  
bolsa e no coração.”

**(Cora Coralina)**

## RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de analisar quantitativa e descritivamente as características sócio demográficas, clínico-funcionais, de auto-percepção de saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos institucionalizados em uma ex-colônia de hanseníase, no município de Itaboraí, Rio de Janeiro. O fim do isolamento compulsório, a descoberta da cura para a hanseníase, o envelhecimento da população egressa das colônias, o início de prática educativa e de promoção de saúde das pessoas idosas para a melhoria da qualidade de vida, norteiam este trabalho. Foram utilizados dados de dois inquéritos de saúde realizados no ano de 2007 e em 2014 que contêm informações sócio demográficas e uma avaliação multidimensional desses idosos. Apresentamos análises estatísticas descritivas de variáveis de saúde, sócio demográficas e de qualidade de vida nos períodos de 2007 e 2014. As características da população estudada com idade média de 69,9 e 72,8 anos, respectivamente em 2007 e 2014, o grau de escolaridade predominantemente fundamental incompleto, e a maioria do grupo convivendo maritalmente, não são comparáveis às descritas para idosos institucionalizados no país. Como observado, de maneira geral, os entrevistados consideraram sua saúde boa ou muito boa, onde podemos supor que a percepção do indivíduo sobre a saúde não sobrevém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade. Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de subsídio para a implantação de políticas públicas e programas que preconizem o envelhecimento saudável de idosos egressos do isolamento pela hanseníase, que, além das sequelas relacionadas à doença, também estão envelhecendo e necessitam de maiores intervenções e cuidados.

Palavras-chave: Hanseníase; Idoso Institucionalizado; Avaliação Multidimensional; Qualidade de vida.

## ABSTRACT

This work presents a descriptive research about clinical and functional status, quality of life, subjective health perception and wellbeing of institutionalized elderly residents at Tavares de Macedo Hospital Colony (HETM) in Itaboraí, Rio de Janeiro State, who were affected by leprosy. The end of health policies that isolated those affected by the disease, alongside the discovery of a cure, aging of those who lived at the colony hospital and the use of health promotion activities in this population direct this work. Data from two health surveys conducted in 2007 and 2014 that contained variables on socio demographics, health conditions and quality of life. The variables collected at the two time points were different from each other, so we conducted separate descriptive statistics analyses for the two years. The mean age of residents was 69.9 and 72.8 years, in 2007 and 2014, respectively; educational level was predominantly incomplete primary education and marital status, married or in a civil union. These results are different from the mean in the general population of elderly in Brazil. In general, respondents considered their health good or very good, thus showing that individuals perception of their own health, on average, were not harshly affected by the physical sensations of pain, discomfort associated with the disease as well as by the social and psychological consequences of having survived an era of stigma and isolation in Brazil. We hope the results from this research will guide in the continuation of health promotion policies and subsidize new programs in hospitals where survivors of leprosy reside.

Key word: Hansen disease; institutionalized elderly; Multidimensional Avaliation; Life Quality.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição percentual das variáveis selecionadas do módulo socioeconômico, HETM, 2007 .....	54
Tabela 2 - Distribuição percentual das variáveis selecionadas do módulo socioeconômico, HETM, 2014.....	55
Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis categóricas do módulo de saúde e qualidade de vida 2007 .....	57
Tabela 4 - Distribuição de frequência das variáveis categóricas do módulo de saúde e qualidade de vida 2014 .....	60

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da Distribuição da Hanseníase no Brasil .....	19
Figura 2 - Mapa Demonstrativo da Distribuição dos Hospitais-Colônia de Hanseníase e Casas de Apoio em todo o Território Brasileiro .....	21
Figura 3 – Percentual de casos novos de Hanseníase com grau de incapacidade 2 no diagnóstico entre os avaliados Estados e Brasil .....	24
Figura 4 – Situação da Hanseníase no mundo .....	25
Figura 5 – Coeficientes de prevalência e detecção em hanseníase no Brasil .....	26

## LISTA DE ABREVIATURAS

AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária  
ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária  
AGA - Avaliação Geriátrica Ampla  
AIH - Autorização de Internação Hospitalar  
AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária  
AMB - Associação Médica Brasileira  
AVC - Acidente Vascular Cerebral  
AVD - Atividades da Vida Diária  
AVE - Acidente Vascular Encefálico  
CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade  
CF - Capacidade Funcional  
CBHPM - Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos  
DAC - Doença Coronariana  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
HAS - Hipertensão Arterial  
HETM - Hospital Estadual Tavares Macedo  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IC - Insuficiência Cardíaca  
ILPIs - Instituição de Longa Permanência para Idosos  
IMC - Índice de Massa Corporal  
MAN - Mini Avaliação Nutricioanl de Guigóz  
MEEM - Miniexame do Estado Mental  
MORHAN - Movimento Social de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONG - Organização Não Governamental  
PC – Paralisia Cerebral  
PQT - Poliquimioterapia  
SAQ - *Seattle Angina Questionnaire*  
SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia  
SD - Síndrome de Down

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SF-36 - *Short-Form Health Survey*

SNC - Sistema Nervoso Central

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Traumatismo Craniencefálico

UNIFAL - Universidade Federal de Alfenas

WHOQOL - *World Health Organization Quality of Life*

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO .....	11
2. OBJETIVOS .....	17
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	18
3.1.Aspectos Históricos da Hanseníase .....	18
3.2.Aspectos Sociais - Inserção do Hanseniano na Sociedade .....	26
3.3.Qualidade de vida .....	28
3.4. Instrumentos de avaliação multidimensional do Idoso .....	31
4. MATERIAL E MÉTODOS .....	46
4.1. Fonte de Dados .....	46
4.2. Análise dos dados .....	47
4.2.1- Variáveis selecionadas .....	47
4.3- Considerações Éticas .....	52
5. RESULTADOS .....	53
6. DISCUSSÃO .....	62
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	70
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I .....	81
Anexo II .....	87
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A .....	103
Apêndice B .....	104



## 1. INTRODUÇÃO

A hanseníase, conhecida desde os tempos bíblicos como lepra, é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, causada pela bactéria *Microbacterium leprae*, patógeno de forma bacilar intracelular, transmitido pelas vias respiratórias. Durante as reações (surto reacionais), vários órgãos podem ser acometidos, tais como, olhos, rins, supra-renais, testículos, fígado e baço (TALHARI & NEVES, 1997). Uma vez no organismo humano, ela migra para os nervos periféricos, onde permanece latente ou causa reação inflamatória local ou sistêmica. Essa reação se manifesta através de manchas hipocrômicas na pele, com perda de sensibilidade, e tardiamente com a atrofia das extremidades das mãos e dos pés, e deformidades em consequência de traumas. Não havendo diagnóstico precoce, pode até acometer as vísceras, nervo óptico, laríngeo, etc. (EIDT, 2004).

Os primeiros registros oficiais e comprovados de hanseníase no mundo vêm da Índia e são datadas de aproximadamente 600 anos antes de Cristo (BROWNE, 2003). Desde então, a doença carrega consigo um misto de preconceito e estigma devido essencialmente às deformidades que ela provocava, quando ainda não tinha cura, e à falta de informação e esclarecimentos sobre as formas de contágio e tratamento da doença. Os leprosos permaneciam segregados das cidades, durante a Idade Média, longe dos “sadios”. Essa segregação resultava na formação de duas “massas estranhas uma à outra” (FOUCAULT, 2001) – os doentes e os não-doentes. Portanto, o indivíduo doente, passava a ser desclassificado, tanto no sentido moral, como no jurídico e político (OLINTO, 2007).

No Brasil, é provável que a hanseníase tenha sido introduzida com a chegada dos primeiros europeus, ainda no período colonial. Segundo fontes históricas, os primeiros casos de hanseníase ocorreram no Rio de Janeiro por volta do ano de 1600. No entanto, essa informação apresenta controvérsias, já que há indícios, não comprovados, de que alguns indígenas já manifestavam a doença (YAMANOUCHI et al., 1993). Tal fato, levou as autoridades da época a solicitarem providências a Portugal, sem, entretanto, serem atendidas (BRASIL, 1989).

Dois séculos depois do início da colonização portuguesa é possível datar as primeiras iniciativas de cuidados em relação à doença tomadas por D. João V, que mandou construir leprosários para afastar os doentes da população dita (NUNES, 2004).

Em 1935, o Governo Federal ocupou uma área de 950.850 mil metros quadrados, no município de Itaboraí, estado do Rio de Janeiro, onde foi instalado o Hospital-Colônia

Tavares de Macedo. A inauguração aconteceu no ano seguinte, com a presença do então presidente da República, Getúlio Vargas. Os pacientes eram isolados da sociedade porque a doença era contagiosa. À época da construção do hospital, houve muita resistência por parte dos moradores da cidade, que não toleravam a proximidade daquilo que representava tamanha ameaça para suas famílias e vergonha para o município. A convivência da cidade com a lepra era inaceitável (BROWNE, 2003).

A hanseníase, assim como a epilepsia, a loucura e a tuberculose sempre povoaram negativamente o imaginário social de diferentes sociedades e regiões. Essas enfermidades ficaram conhecidas pelo temor e pelo preconceito que despertaram por todo o mundo e, que em alguns casos, como no da hanseníase, ainda despertam.

O termo hanseníase foi oficialmente adotado no Brasil em 1976 e tornou-se lei federal (BRASIL, 1995) em substituição ao termo lepra. Nos dias atuais já está comprovado que a hanseníase tem cura se o tratamento for seguido da maneira correta e com responsabilidade. Os doentes são tratados em ambulatórios municipais e fazem uso diariamente de comprimidos que são distribuídos gratuitamente pelo governo.

Hoje, o Hospital Estadual Tavares Macedo (HETM), ex-colônia de hanseníase, tornou-se uma unidade de saúde com atendimento ambulatorial multidisciplinar nas especialidades clínicas e de reabilitação, mantendo o seu ambulatório de dermatologia que atende à Metropolitana II<sup>1</sup>, o qual tem a responsabilidade pactuada pelo SUS, em relação ao tratamento da hanseníase.

A prática de isolamento não existe mais em nenhuma região do país, pelo menos oficialmente. No entanto, ainda há ex-pacientes que moram em hospitais-colônias desativados, em companhia das novas famílias que constituíram no período em que foram internos. Estes ex-pacientes optaram por permanecer nos hospitais porque já haviam estruturado suas vidas pessoais e profissionais nessas localidades. Além desse fato, muitos ex-internos não retornaram ao convívio social porque a família de origem os abandonou na época em que foram segregados, ainda jovens, porém, hoje encontram-se na faixa acima de 60 anos.

Apesar da hanseníase nos dias de hoje ter cura e não causar tanto preconceito quanto causava anos atrás, a doença ainda representa um grave problema de saúde pública

---

<sup>1</sup> A Região Metropolitana II, do Estado Rio de Janeiro, contém os seguintes municípios: Niterói, Magé, Silva Jardim, Casimiro de Abreu, Guapimirim, Cachoeiras de Macacu, Tanguá, Maricá e São Gonçalo, os seis últimos, limítrofes a Itaboraí, onde está localizado o território do HETM, a cerca de 45km da capital do estado.



para o Brasil. Em 2012 esse indicador foi de 1,51 casos por 10 mil habitantes, correspondendo a 29.311 casos em tratamento. Entretanto, a prevalência de hanseníase ainda apresenta importantes variações regionais e estaduais (BRASIL, 2012).

Segundo Ducatti (2007), um dos possíveis motivos da perpetuação da doença até o século XXI se deve ao fato de não ter havido adoção de um processo profilático adequado, através de um sistema educativo associado a técnicas e avanços medicinais.

A hanseníase está no grupo das doenças negligenciadas, porque acomete as áreas de “vazio sanitário”, população de baixa renda, ou em situação de miséria, sem acesso a água, e apesar de ter sido prevista a eliminação da doença para 2005, ela não aconteceu, não só pelas condições de pobreza que contribuem para manutenção do quadro de desigualdade, mas também porque o financiamento para pesquisa da hanseníase não reverte em intervenções terapêuticas, sendo baixo o interesse da indústria farmacêutica nesse tema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

Devido o envelhecimento dessa população institucionalizada, pelas práticas que já vinham sendo aplicadas a essa população, e com a chegada da nova Diretoria Geral do HETM, em 2007, surgiu à ideia de avaliar os idosos egressos do HETM, realizando reuniões interdisciplinares, a partir de uma gestão participativa, indicação do Movimento Social de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (MORHAN). Com a perda da missão do HETM, antes especializado em internação e tratamento de hanseníase, e que permaneceu sucateado após a década de 80, e com a descoberta da cura e o fim do isolamento, surge agora uma nova proposta de inserção na rede de assistência do SUS, sem que esse fato viesse descartar a egressa população institucionalizada e residente nesse território, agora idosos em sua maioria.

O interesse pela qualidade de vida e saúde dos idosos no HETM é consequência de uma série de iniciativas isoladas nos anos de 2007 e 2010 por parte das equipes de profissionais, que entendem que é de importância fundamental que se criem mecanismos que garantam uma melhor qualidade de vida para estes indivíduos. Atentos ao fato de que o envelhecimento das populações guarda características inerentes a cada região territorial e que com isso o envelhecimento torna-se um processo dinâmico que difere de um lugar para outro, de uma geração para outra, com implicações na dimensão e na formatação de diversas políticas públicas, a direção e sua equipe tiveram o cuidado de não reproduzir modelos já existentes sem considerar o espaço e o perfil dos usuários onde se insere a presente proposta. Estas iniciativas vieram responder a uma demanda por atendimento da

população que, além das sequelas relacionadas à doença, também está envelhecendo e necessita de maiores intervenções e cuidados.

O envelhecimento populacional é um fenômeno universal, tanto para os países desenvolvidos como para os em desenvolvimento, e é uma das principais conquistas sociais da segunda metade do século XX, mas que traz grandes desafios. Um deles é o de assegurar que o processo de desenvolvimento ocorra com base em princípios capazes de garantir a dignidade humana e a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais. Isso implica buscar entendê-lo no contexto das grandes mudanças sociais, econômicas, nos sistemas de valores em geral que regem a sociedade, as famílias e, em especial, nas transformações do mercado de trabalho (ALVES, 1995).

Essa questão adquire importância especial, na América Latina, pois a ela se soma uma ampla lista de outras questões sociais, tais como pobreza, exclusão social e elevados níveis de desigualdade. Reconhece-se que a idade traz vulnerabilidades físicas e mentais e que estas são diferenciadas pelos vários extratos sociais, étnicos, regionais etc. Uma das vulnerabilidades que mais atingem a população idosa é a perda de autonomia, que pode levar à perda de sua capacidade laborativa e de geração de renda. Os ex portadores de Hanseníase sofreram com essa situação, e agora somada as consequências naturais do envelhecimento, podem ser minimizada por políticas de seguridade social. Tais providências já foram tomadas junto a esse grupo que está sendo analisado nesse trabalho, através do benefício da Lei nº 11.520 de maio de 2007<sup>2</sup>.

Envelhecimento se caracteriza como um processo do ciclo evolutivo que pode oferecer riscos ao bem-estar psicológico e a boa qualidade de vida, geralmente acompanhado de ausências significativas para o indivíduo. Todas as mudanças por quais passam os idosos podem resultar na vivência de sentimentos negativos, tais como abandono, inutilidade, falta de autonomia, falta de controle sobre o meio e sobre si mesmo.

Nas décadas recentes, o crescimento da população idosa tem se mantido em níveis superiores a dos outros grupos etários, o que vem modificando o perfil etário do brasileiro. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2010 havia 190.755.799

---

<sup>2</sup> Lei nº 11.520 de maio de 2007 dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela Hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios.

habitantes, destes 20.590.599 com idade maior ou igual a 60 anos (idosos), correspondendo a 10,8% da população, acompanhando uma baixa taxa de fecundidade, e redução da mortalidade infantil, associado a um aumento na expectativa de vida, como principais determinantes, levando ao estreitamento da base da pirâmide etária (IBGE 2012).

Portanto, o Brasil caminha para um perfil demográfico mais envelhecido, e nessa transição epidemiológica, os índices das doenças crônica-degenerativas se elevam, assim como as demandas nas áreas de saúde, previdência, e assistência social, indicando a necessidade de Políticas voltadas para esse novo contexto (MENDES, 2011).

A população idosa no Estado do Rio de Janeiro responde a um percentual maior de internação (23,26%), em relação à sua magnitude (13,51%) maior que o da população; com um custo para estas AIHs - autorização de internação hospitalar (31,51%) maior que a população geral, e com um gasto per capita na atenção hospitalar (R\$237 contra R\$89) atingindo o triplo do que é gasto com o restante das faixas etárias (GOIS & VERAS, 2010).

Do ponto de vista da Saúde Pública no Brasil, os estudos têm indicado a importância de que os serviços foquem a prevenção e o tratamento das doenças crônicas que afetam as pessoas idosas. O envelhecimento populacional associado à tendência ao aumento das doenças crônicas tem se tornado um grande desafio. Isso exige a transformação do paradigma hegemônico na medicina hoje, dominado pela biologia, para um modelo sócio-ambiental, que considere as doenças a partir de uma perspectiva mais abrangente, analisando também os aspectos emocionais, psicológicos e sociais envolvidos no perfil de saúde das pessoas idosas (BINSTOCK & GEORGE, 2011). Uma maior longevidade expõe os indivíduos por mais tempo a fatores de risco como doenças crônico-degenerativas, que podem afetar a qualidade de vida.

No momento atual, há necessidade de que a lei da Política Nacional do Idoso, seja efetivamente cumprida, no âmbito dos Estados e Municípios, respeitando os indicadores sócio-econômicos, ambientais, as demandas e as peculiaridades sócio-culturais de cada realidade. A adequação da atenção integral à saúde do idoso é fundamental nas três esferas de governo (BRASIL, 1994).

Os dados demográficos colocam o Brasil no ano de 2025, segundo o IBGE, a partir de dados do último censo de 2010, como o país o sexto maior contingente, em valores absolutos, de população com 60 anos e mais (IBGE, 2010).

Essa mudança na distribuição etária, aumento da população idosa, altera o perfil das demandas por políticas sociais em curto espaço de tempo, ocorrendo pressões no sistema de assistência, previdência social, saúde, educação e trabalho. Sem contar com o aumento das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis, que implica em maior custo de internamento e tratamento, pois requerem equipamento e medicamento mais dispendiosos (IBGE, 2010).

Essa dissertação justifica-se por esses dois temas centrais, apresentados anteriormente: a hanseníase e o idoso, mais especificamente, os ex-pacientes de hanseníase que envelheceram e ainda residem em hospitais-colônias desativados. Assim, o trabalho tem a seguinte pergunta como questão norteadora: “Como estão as condições de saúde, a percepção subjetiva de bem-estar e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados no HETM?” As informações geradas a partir desta pergunta poderão sinalizar, informar e subsidiar orientações de promoção de saúde, manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Geral**

Descrever as características sociodemográficas, clínico-funcionais, de auto-percepção de saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos institucionalizados em uma ex-colônia de hanseníase, no município de Itaboraí, Rio de Janeiro.

### **2.2. Específicos**

- Realizar uma análise descritiva dos dados disponíveis referentes aos anos de 2007 e 2014, quanto às características sociodemográficas, clínico-funcionais, de auto-percepção de saúde, bem-estar e qualidade de vida desses idosos institucionalizados.
- Comparar e explorar as possíveis associações entre variáveis sociodemográficas, clínicas, de qualidade de vida entre os idosos.

### 3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica está alicerçada nos conceitos dos aspectos clínicos, epidemiológicos e terapêuticos da hanseníase. São discutidas e traçadas considerações acerca dos aspectos socioeconômicos, a inserção do hanseniano idoso na sociedade, e a perspectiva da qualidade de vida.

#### 3.1. Aspectos Históricos da Hanseníase

Segundo a tradição judaico-cristã, a lepra é reconhecida como uma doença ligada com a impureza espiritual, um castigo divino, e as chagas são os sinais de manifestação desse mal<sup>3</sup>. A lepra sempre foi considerada uma doença bíblica, mas como observou Cunha (1997), doenças de pele que apresentassem chagas eram chamadas de lepra naquele período.

Lepra – uma moléstia que está alastrando-se pela cidade, fazendo um número crescente de vítimas [...].O leproso pode, durante anos, dedicar-se ao trabalho [...] sua sequestração da sociedade deve ser feita não num hospital, mas em estabelecimentos adequados, colônias de leprosos (ORNELLAS, 1997).

Até a primeira metade do século XIX, a lepra era confundida com várias dermatoses e doenças venéreas. O indivíduo que apresentava sintomas da lepra era expulso do local que vivera até então, passando a vagar pelos arredores das urbes. Algumas vezes iam até vilarejos ou povoações, na busca de suprimentos. A aproximação destes era anunciada com o som de matracas e a população depositava esmolas na frente das casas e se fechava até os doentes irem embora. Isso foi mudando ao longo do tempo devido aos avanços científicos em relação à enfermidade e a constante especialização de profissionais que estudavam a lepra.

Considerando que a doença não é um acontecimento somente biológico, mas perpassa o social e o cultural, todo indivíduo apontado como detentor de uma determinada doença, só o é, devido ao momento histórico em que está inserido. Como apontam

---

<sup>3</sup> Em Levítico 13, são proferidas as “Leis acerca da Lepra”. No versículo 45-46 diz, “As vestes do leproso, em quem está a praga, serão rasgadas, e os seus cabelos serão desgrenhados; cobrirá o bigode e clamará: Imundo, imundo! Será imundo durante os dias em que a praga estiver nele; é imundo, habitará só: a sua habitação será fora do arraial”.

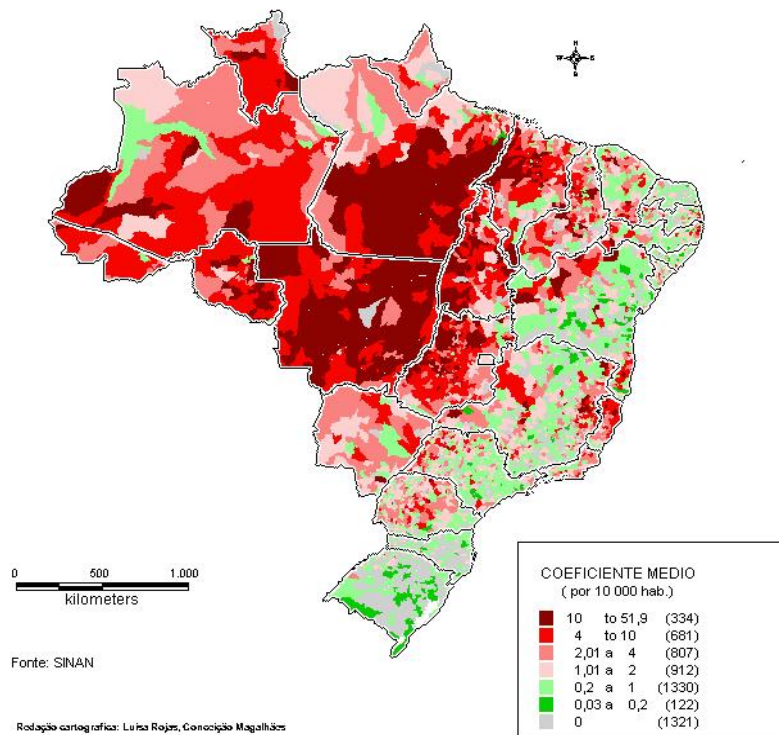
Nascimento e Carvalho (2004), remetendo a Le Goff, (...) “a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia, um certo abstrato numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais”. Neste sentido, a enfermidade nada mais é do que um fenômeno social construído, e “(...) uma entidade imprecisa e inacabada”. Esta deixava de ser o fato biológico em si para transformar em uma entidade produtora de discursos, que acabava por conceber e legitimar políticas públicas.

A lepra e tantas outras doenças, como a malária, a febre amarela, tuberculose, varíola, dentre outras, deveriam ser combatidas através da educação sanitária. Questões como a falta de conhecimentos em relação à lepra pela classe médica, por exemplo, não são apontadas de forma clara pelos médicos (PEIXOTO, 1938).

A lepra constituía um grande problema de saúde pública que necessitava ser tratada. Porém, esse tratamento da doença era feito, muitas vezes, por pessoas inexperientes, ou seja, a especialização de profissionais na área da leprologia era tida como uma peça importante em relação à profilaxia da doença.

Os primeiros estudos sobre a doença demonstravam que a lepra era um problema sanitário, a enfermidade foi embalada pelos paradigmas do higienismo e da climatologia (CABRAL, 2006). A seguir, a figura mostra o mapa atualizado da distribuição da Hanseníase no Brasil.

Figura 1 - Distribuição da Hanseníase no Brasil



Fonte: Ministério da Saúde/Programa de Hanseníase/SINAN/2013.

Encontramos maior incidência da doença no Brasil, nos estados de Mato Grosso, Tocantins e Maranhão, conforme podemos examinar no mapa acima. De acordo com dados do Ministério da Saúde, em 2012 Mato Grosso registrou 7,69 casos por grupo de 10 mil habitantes; Tocantins, 5,54; e o Maranhão, 5,22. A meta do ministério é chegar a um caso para cada 10 mil habitantes – atualmente, a média nacional é de 1,5 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Um dos maiores contribuidores para o estudo da doença foi o cientista brasileiro Heráclides César de Souza Araújo (1886-1962), reconhecido e premiado pela suas pesquisas no controle e tratamento da Lepra, tendo trabalhado para a Organização Mundial de Saúde e no Conselho da Associação Internacional de Lepra (FLEIUSS, 1958).

A obra "Clima & Saúde: introdução bio-geográfica à civilização brasileira", do professor de Higiene da Universidade do Rio de Janeiro, Afrânio Peixoto, editado em 1938, defende a construção de leprosários, a medicalização da população e a resolução da questão sanitária do país. A vinculação com o momento político em que o Brasil se encontrava no período é visível no decorrer do texto de Peixoto, que colocava a lepra como um mal importado dos colonizadores brancos, ou seja, era uma doença vinda de fora, algo que não pertencia ao Brasil e aos brasileiros (SCHNEIDER & WADI, 2009).



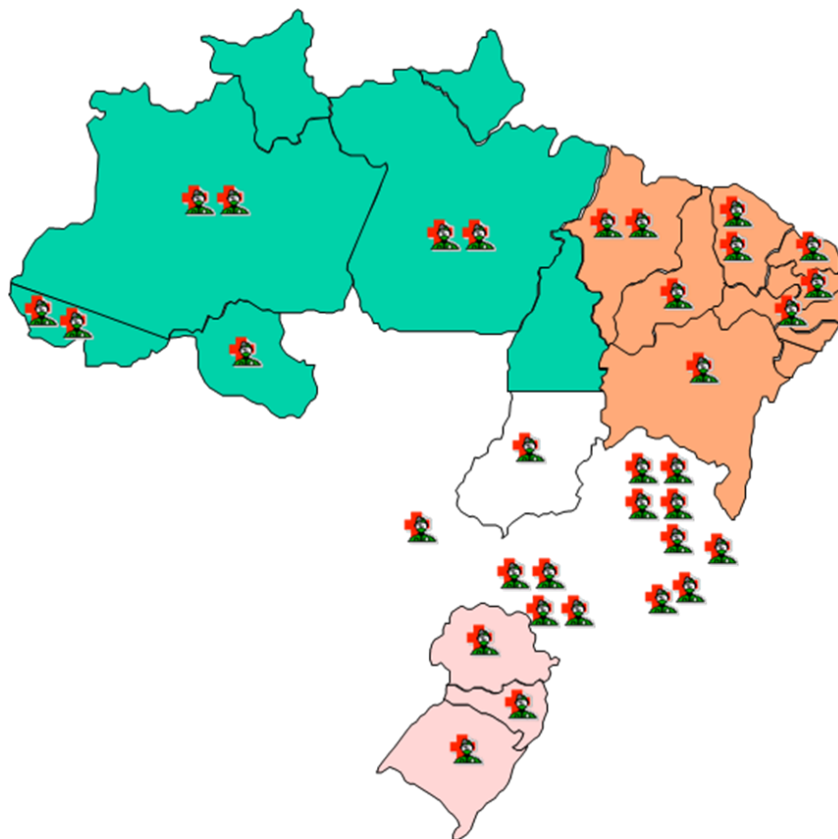
O Estado Novo exaltava o discurso nacionalista, elevando a figura de Getúlio Vargas – o chefe da nação - como paternal e afável, preocupado com todas as classes sociais, inclusive trabalhadores, que nunca haviam se sentido valorizados até aquele momento, e às mulheres tiveram a oportunidade de expor seus pensamentos, por exemplo, através do direito ao voto.

Na década de 30, com o Getúlio Vargas na presidência, começou o grande projeto de construção das colônias pelo Brasil, distribuída em pavilhões, toda a estrutura tinha característica prisional, para o isolamento compulsório de leprosos, devido ao fato da doença ser infecto-contagiosa e porque não havia a cura. Leprosários, dispensários e preventórios. Esse foi o tripé sobre o qual se sustentou a atuação do Serviço Nacional da Lepra na profilaxia do mal de Hansen em todo o país.

Nesse momento, em 1943, havia em todo o país 36 leprosários, compreendendo colônias agrícolas ou hospitais-colônias, hospitais e asilos, além de 50 dispensários distribuídos por alguns estados. Em 1946, o Serviço Nacional da Lepra construiu, concluiu ou ampliou estabelecimentos naqueles estados em que mais intensa se apresentava a epidemia. Todas as unidades da Federação passaram a contar com um ou mais leprosários, funcionando regularmente e destinados a isolar os doentes contagiantes (SANTOS et al., 2008).

Segue abaixo, o Mapa Demonstrativo da Distribuição dos Hospitais-Colônia de Hanseníase e Casas de Apoio em todo o Território Brasileiro.

Figura 2: Mapa das Colônias de Hanseníase no Brasil



Fonte: Grupo Tarefa/PNEH/DEVEP/SVS/MS/2004/Brasília, DF.

No Brasil, diversos hospitais destinados aos leprosos foram construídos, apoiados na idéia de que a separação dos doentes dos demais sanaria a questão da lepra. Esses hospitais foram construídos como se fossem pequenas cidades, contando com mercado, prefeitura, casas, cinema, quadra de esportes, entre outros. Ou seja, o hospital possuía uma estrutura que garantia que os doentes, uma vez ali internados, não precisariam mais deixar o local.

Os hospitais-colônia construídos no Estado de São Paulo, assim como a maioria dos que foram construídos no Brasil, tinham como base o Hospital de Carville<sup>4</sup>, nos Estados Unidos, que foi implantado durante o século XIX (WHITE, 2003). Entre as décadas de 1920 a 1940 foram criados vários hospitais-colônia no Brasil (LAW & HOLMES, 2003).

No Rio de Janeiro, foi inaugurada em 1924, a Colônia Juliano Moreira, Instalada na área de um dos mais antigos engenhos de cana de açúcar da região, na área rural de

---

<sup>4</sup> Em referência ao Gillis W. Long Hansen's Disease Center, popularmente conhecido como Carville. Localizado entre as cidades de Nova Orleans e Baton Rouge na Louisiana, EUA. Este local, em diferentes momentos, teve várias funções. Em grande parte de sua história foi um centro de confinamento para leprosos.

Jacarepaguá. A colônia fundamentava-se em dois alicerces: a praxiterapia e a assistência hétero-familiar. Mas foi na década de 1940 que a Colônia Juliano Moreira recebeu o maior número de pacientes. A quantificação das fichas de observações indica o internamento de 2.805 homens durante essa década, comparados aos 122 pacientes masculinos internados na década de 1920 e aos 1.602 pacientes homens na década de 1930 (ALMEIDA, 1967).

Um ponto importante a ser enfatizado é a forma, majoritariamente, com que os hospitais-colônia eram organizados. A divisão espacial do hospital era feita em três áreas: a Zona Sadia, a Zona Intermediária e a Zona Doente. A primeira, abrigava o médico diretor, os administradores, as casas geminadas para funcionários. A segunda área compreendia os prédios da administração. E por último, a zona doente, abrigava pavilhões, normalmente em estilo Carville, casas geminadas, cozinha, refeitório, hospital com ambulatórios, enfermarias (para homens e mulheres), lavanderia, capela, forno de incineração, necrotério, oficinas e cemitério. Na entrada para esta área ficavam o parlatório e o expurgo<sup>5</sup>.

Os hospitais-colônia foram pensados para gerir ao máximo as próprias necessidades. Grande parte do trabalho deveria ser realizado pelos internos, como a construção de novos prédios, o cultivo de alimentos, o cuidado com animais, enfim, o que vinha de fora deveria compor uma pequena parte para o sustento do hospital, o que diminuía ainda mais o contato com os não-doentes, criando um espaço, supostamente fechado, próximo as cidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1960).

A partir da década de 1950, o regime de internamento nos hospitais-colônia passou a ser cada vez mais questionado. O isolamento não estava resolvendo a questão da doença e os números de infectados não haviam diminuído. Nesse momento, novas formas de tratamento estavam sendo adotadas. O ano de 1953 foi o marco do posicionamento oficial da comunidade científica, que se colocava contra o isolamento compulsório, relatado nas atas do VI Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Madri (SANTOS et al., 2008).

No decorrer da década de 1960, o isolamento compulsório deixou de existir, através do decreto federal nº 68 de 05/07/1962. Porém, observa-se que o fim do isolamento

---

<sup>5</sup> Parlatório: local onde era feita a comunicação entre, doentes e não doentes, era uma área intermediária, onde eram feitas as visitas aos doentes, não havendo a total comunicação, devido a cerca que separava os internos e os não internos. Expurgo: zona de purificação, onde as pessoas que tinham contato com os doentes passavam para limpar-se.

compulsório não ocorreu de forma homogênea nos estados brasileiros (MONTEIRO, 2003).

Durante o governo Vargas, o número de hospitais-colônia aumentou no Brasil, principalmente porque a adoção de políticas, tanto trabalhistas como de saúde, elevam a popularidade e aceitação de um governo. Assim, Vargas, criou formas de assistência aos trabalhadores, garantindo a eles leis trabalhistas, e também direitos ligados à saúde.

No ano de 1962 – não de forma igualitária em todos os Estados do Brasil – o isolamento compulsório acabou (MENDONÇA & NICOLINI, 2007).

O Estado de São Paulo, por exemplo, manteve a política isolacionista até o ano de 1967 (MONTEIRO, 2003). Porém, em outros estados do país, ainda existiam pessoas vivendo em isolamento na década de 1980.

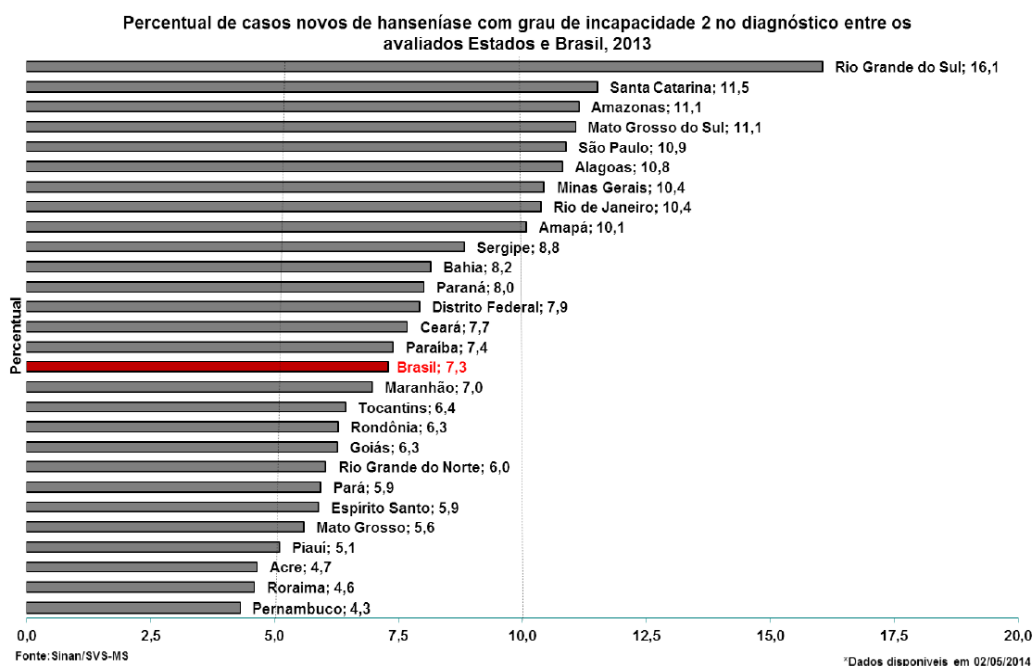
Conforme marco legal, a lei 11.520 de 2007, o fim do isolamento compulsório no Brasil ocorreu em 31 de Dezembro de 1.986 (BRASIL, 2007).

No entanto, uma das questões que não foi resolvida, após os portões dos hospitais-colônia serem abertos foi o destino das pessoas que moravam nos leprosários, muitas delas, desde a infância e/ou adolescência. Esses indivíduos construíram uma vida no isolamento e, na maioria das vezes, não possuíam vínculos com o exterior, pois muitas famílias se afastaram do(s) parente(s) leproso(s).

Na última década, vem ocorrendo redução da carga de hanseníase no Brasil, expressa pela redução dos números de doentes em tratamento e de casos diagnosticados com lesões incapacitantes de grau II (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), conforme figura 3 abaixo.

O grau de incapacidade é determinado a partir da avaliação neurológica dos olhos, mãos/pés e tem seu resultado expresso em valores que variam de 0 (zero) a II (dois). A avaliação e o registro das incapacidades são atividades primordiais para a educação e promoção do autocuidado, visando evitar a instalação de incapacidades pós-alta. O acometimento neural ocorre em todas as formas de hanseníase.

Figura 3: Percentual de casos novos de hanseníase com grau de incapacidade 2 nos Estados do Brasil



Fonte: Boletim epidemiológico (2013).

Conforme boletim epidemiológico acima, figura 3, podemos observar a redução da carga de hanseníase igualmente ao que foi relatado pelo Ministério da Saúde em 2010, porém, paradoxalmente, observamos um maior número de casos diagnosticados com lesões incapacitantes grau II em Estados onde a doença já foi controlada.

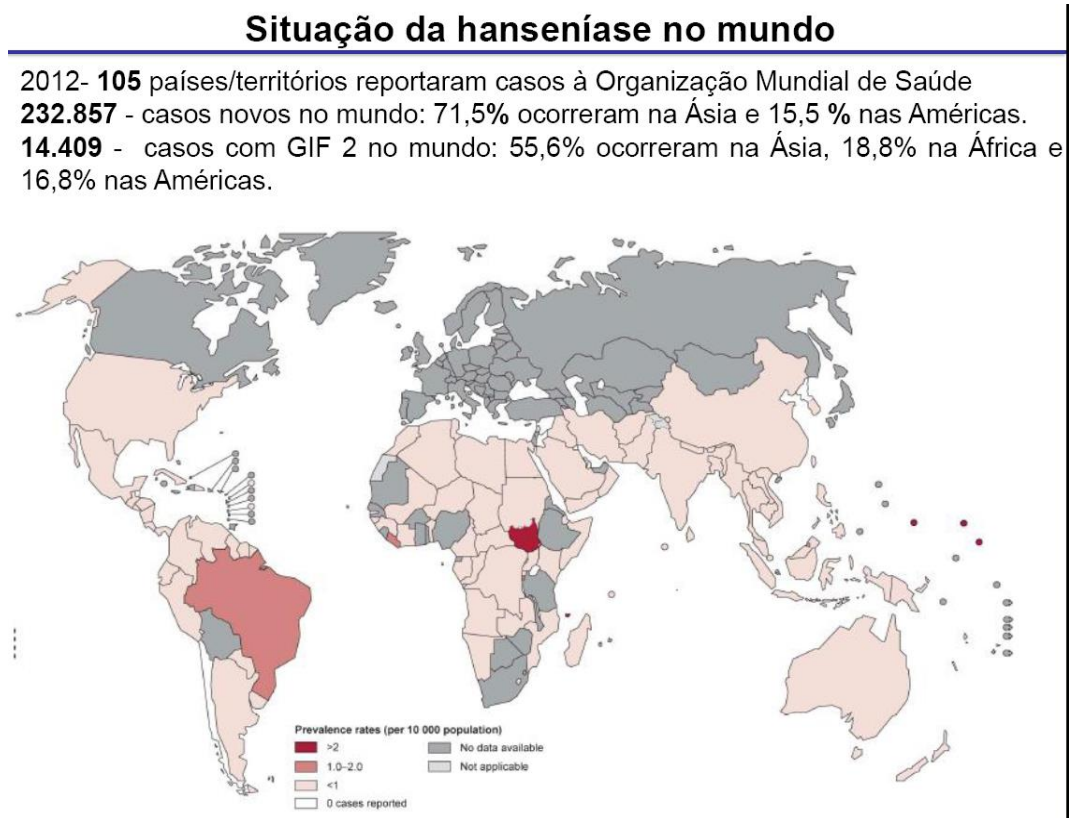
Atualmente, o tratamento da doença é feito através de uma associação de medicamentos, chamado poliquimioterapia (PQT). Esses remédios matam o bacilo, impedem que ocorra a transmissão e levam o paciente à cura (BRASIL, 2005).

A PQT é uma combinação de substâncias, como a rifampicina, dapsona e clofazimina. De acordo com o “Guia de Vigilância Epidemiológica”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2005, a doença é dividida em duas categorias: paucibacilar e multibacilar. A primeira é considerada de pouca transmissibilidade, já a segunda, possui uma maior carga bacilar, constituindo o grupo contagiante.

A hanseníase é considerada ainda um problema de saúde pública no mundo. Foram registrados 249.007 novos casos da doença em 121 países, no ano de 2008, dos quais 134.184 (54%) foram detectados na Índia. Em seguida estão o Brasil, com 39.047 casos em números absolutos (15%), e a Indonésia, com 17.441 (7%) (WHO, 2010).

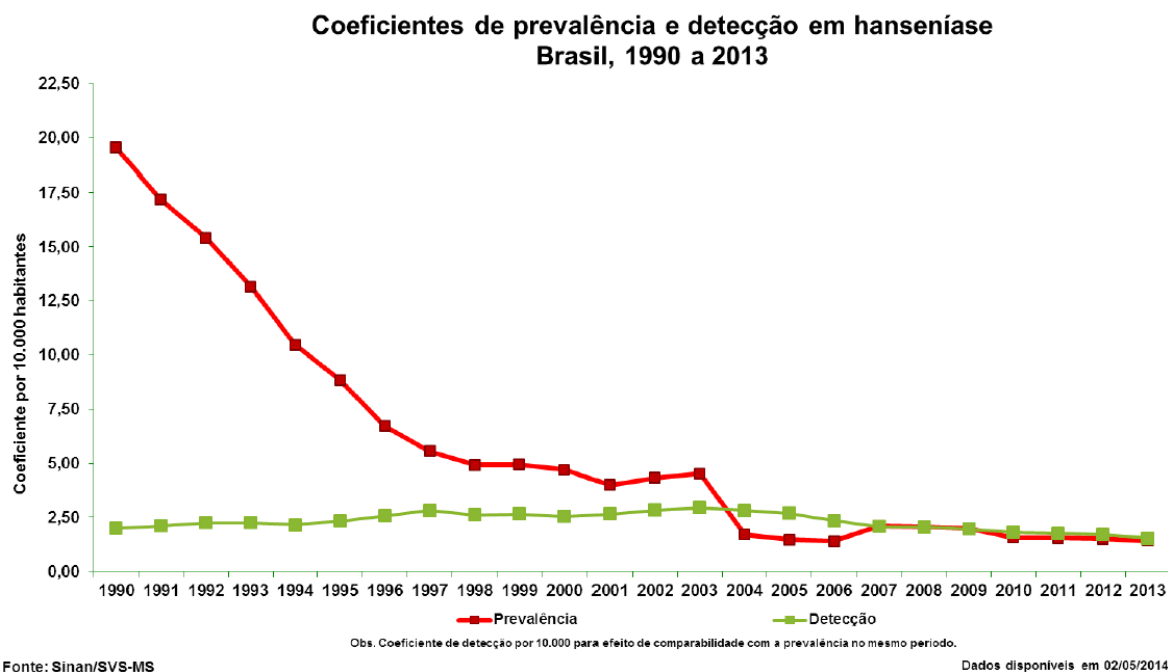
A Organização Mundial da Saúde (OMS) havia estabelecido ao Brasil eliminar os casos da doença até o ano de 2005, porém isso não ocorreu. Neste mesmo ano, a OMS lançou um novo plano, que visava acabar com a enfermidade até 2010, o que também não aconteceu. O levantamento da situação da hanseníase no mundo, realizado em 2013, está ilustrado na figura a seguir.

Figura 4: Situação da Hanseníase no mundo



Fonte: Boletim epidemiológico da OMS (OMS, 2013).

Figura 5: Coeficientes de prevalência e detecção em hanseníase no Brasil



Fonte: Boletim epidemiológico da OMS (OMS, 2013).

Conforme a figura 5 a cima, nos últimos 20 anos, pode-se observar a diminuição da prevalência da doença no Brasil, porém, o coeficiente de detecção tem se mantido estável, sugerindo que os casos antigos podem estar evoluindo para cura e/ou que o Programa Nacional de Controle da Hanseníase está sendo efetivo nas diversas esferas de Governo.

### 3.2. Aspectos Sociais - Inserção do Hanseniano na Sociedade

Os doentes atingidos pelo mal de Hansen, nas décadas de 1930 a 1970, eram atingidos fisicamente e psicologicamente pela enfermidade, porque tinham que lidar com o fato de que eram um estorvo e uma ameaça a sociedade em geral. Dessa maneira, tinham suas vidas cortadas pela metade e eram obrigados a abandonar tudo aquilo a que estavam acostumados: escola, emprego, família, namorada, amigos e tudo o mais (QUEIROZ, 2000).

Quando chegavam ao que seria seu novo lar, os leprosários, os doentes se deparavam com um quadro totalmente novo, permeado pelo abandono do governo e pela saudade da família. Com o isolamento, famílias inteiras foram destruídas, já que alguns

enfermos nunca mais viram seus familiares e amigos. Por outro lado, muitos daqueles que possuíam algum ente querido isolado escondiam esse fato, pois o preconceito e a discriminação não se limitavam somente ao hanseniano, mas também aos pais, irmãos e cônjuges desse paciente (CLARO, 1995).

A separação de pais e filhos hansenianos também era fato recorrente dentro dos próprios leprosários. O isolamento era amparado no modelo do tripé, constituído de leprosário, preventório e dispensário. Os doentes residiam nos leprosários, no entanto, quando algum casal tinha um filho, este era colocado no preventório. Como na década de 1940 ainda não se sabia se a hanseníase era hereditária ou não, os filhos dos hansenianos eram separados dos pais logo ao nascer a fim de não serem contaminados pela moléstia. Dessa forma, pais e filhos mal se viam e muitas crianças só conheciam seus pais anos depois do nascimento. Alguns até se assustavam ao ver a aparência que seus pais tinham devido às seqüelas provocadas pela doença que deixava marcas terríveis no corpo e no rosto do portador (ARAÚJO, 1956).

O encontro dos pais doentes com seus herdeiros era algo extremamente sofrido para ambos os lados, pois não podiam se tocar e mal conseguiam se falar. No dia de visitas, os pacientes eram separados por uma barreira de vidro com o objetivo de conter uma possível contaminação propagada pelo ar. Assim, os filhos eram apresentados a seus progenitores de longe, sem a menor possibilidade de um contato maior, como um abraço ou um mero aperto de mão.

As acomodações dos leprosários eram precárias, sujas e os objetos do quarto estavam repletos de poeira e de insetos. A maioria de seus companheiros já padecia da doença há algum tempo, e já manifestava um grau elevado de lesões e deformidades o que fazia piorar ainda mais todo aquele cenário de sofrimento e horror. A fim de sobreviver a toda aquela tempestade, os internos estabeleciam laços de amizade e de solidariedade entre eles, e chegavam ao ponto de formarem uma grande família que muitas vezes substituíam aquela deixada do lado de fora (NASCIMENTO, 1913).

A partir dos anos 1970, inicia-se uma política de descentralização no programa de controle da hanseníase, através das Secretarias Estaduais de Saúde e, mais recentemente, também das Secretarias Municipais, que passam a ocupar um papel de grande relevância nesse processo. É preciso destacar que as políticas de controle para a hanseníase são definidas no âmbito federal pela Secretaria Nacional de Dermatologia Sanitária. Nessa mesma década, a Organização Mundial da Saúde recomendou o emprego da



poliquimioterapia no Brasil e nos demais países que ainda não a utilizavam. Esta terapêutica é constituída por três medicamentos: a clofazimina, arifampicina e a dapsona.

Paralelamente a isso, iniciou-se um movimento com o objetivo de minimizar o preconceito e o estigma que envolve o termo lepra. Dessa forma, em 1977, o Brasil, com o empenho do Dr. Abraão Rotberg<sup>6</sup>, teve a iniciativa pioneira de substituir o termo lepra por hanseníase – em homenagem ao médico norueguês Armauer Hansen (1841-1912) - descobridor em 1873 do micróbio que causa a infecção. Assim, oficialmente no país foi abolido o uso da palavra lepra e seus derivados, passando a doença a ser designada como hanseníase (ROTBURG, 1972).

Na década de 1980, acompanhando o contexto brasileiro do fim de 20 anos de ditadura política e a busca da democracia, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que afirmava a necessidade do resgate dos direitos sociais do cidadão. Foi também o momento que a comunidade médica perguntou-se sobre o que fazer com os pacientes que ficaram décadas internados e isolados socialmente.

Desde a descoberta da poliquimioterapia, na década de 80 para o tratamento e cura da hanseníase, os pacientes acometidos pela doença têm sido atendidos e acompanhados em nível ambulatorial nos Centros de Referências, nas Unidades Básicas de Saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), não havendo necessidade de internação clínica, exceto em casos de comorbidades, e fatores que levem ao agravamento da patologia (BARROS, 1994). A PQT marca uma mudança. Pacientes não são mais hansenianos, mas têm hanseníase. O objetivo dos programas de controle de manter a atenção e o controle do paciente muda para o de curá-los, e através do diagnóstico precoce, evitar sequelas (PENNA, 2006).

Assim, os leprosários tiveram seu papel redefinido e muitos se transformaram em hospitais gerais, como é o caso do hospital de Curupaiti, no Rio de Janeiro, e outros em centros de pesquisa, como é o caso do Sanatório Aymorés que hoje é o Instituto Lauro de Souza Lima, em Bauru, São Paulo. Em 1981 houve a criação da ONG MORHAN, com o objetivo de assegurar os direitos dos pacientes e atentar para seu papel de cidadãos dentro da sociedade. Sua missão é possibilitar que a hanseníase seja compreendida na sociedade como uma doença com tratamento e cura, eliminando assim o preconceito e estigma em torno da doença (VIEIRA, 2009).

---

<sup>6</sup> Abraão Rotberg (1912-2006) - Médico e pesquisador brasileiro dedicado à hansenologia. Foi Professor Titular de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina/Unifesp (1958-1973) e da Faculdade de Medicina de Taubaté (1970-1973).

### 3.3. Qualidade de vida e saúde em idosos

O acelerado processo de envelhecimento populacional e o aumento na expectativa de vida nos chamam a atenção sobre as condições de saúde, morbidade e limitações funcionais entre os idosos. Estudos têm apontado que a mudança no perfil demográfico brasileiro vem acompanhada de uma alteração no perfil epidemiológico, surgindo um novo paradigma de saúde, no qual as doenças infectocontagiosas passam a ser substituídas pelas doenças crônicas, muitas vezes irreversíveis. Esses fatores têm se refletido na diminuição da capacidade funcional, na autonomia e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessa população que envelhece (ALVES et al., 2008).

A qualidade de vida é um termo de definição controversa e subjetiva. Na ausência de uma definição que seja universalmente aceita, alguns autores argumentam que a maioria das pessoas, pelo menos no mundo ocidental, seriam familiarizados com o termo “qualidade de vida” e teriam uma compreensão intuitiva do que este significa. Porém, fica claro que, a qualidade de vida, pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes, e recebe significados diversos dependendo da área de aplicação (FAYERS & MACHIN, 2007).

A definição de qualidade de vida envolve não somente o âmbito da saúde, mas pode ser mais ampla e envolver fatores socioeconômicos e ambientais. Assim, é um termo que vem sendo utilizado em uma gama de áreas e campos de estudo, tais como: enfermagem, nutrição, fisioterapia, sociologia, psicologia, geografia, economia, história, medicina, farmácia, educação, criminologia, arquitetura, transporte, artes, assuntos ambientais e comunitários e até mesmo pelos departamentos de marketing de grandes empresas.

A expressão “qualidade de vida” compreende diversos conceitos e concepções, que vão desde um conhecimento popular, em relação a sentimentos e emoções, relações pessoais, eventos profissionais, propagandas da mídia, política, sistemas de saúde, atividades de apoio social, dentre outros, até a perspectiva científica, as diversas formas de ciência, com vários significados na literatura médica (GILL & FEISNTEIN., 1994).

Em relação a seu emprego na literatura médica, o termo qualidade de vida vem sendo associado a diversos significados, que vão desde a satisfação com a vida ou bem-estar social a modelos baseados em conceitos de independência, controle, competências sociais e cognitivas. Qualidade de vida relacionada à saúde (*health-related quality of life*) e

estado subjetivo de saúde (*subjective health status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do paciente e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (FLECK et al., 1999).

O termo saúde é definido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”, e tem servido de base para o desenvolvimento de múltiplas definições de qualidade de vida, bem como de instrumentos para avaliá-la, o *World Health Organization Quality of Life* (THE WHOQOL GROUP, 1995). Esse termo agrega uma gama de condições e circunstâncias da vida, tais como condições ambientais, inserção social, condições físicas, saúde mental e perspectivas de vida.

A avaliação de qualidade de vida, tem ganho importância e aumentado de modo expressivo durante os últimos 50 anos. Esse destaque deve-se principalmente porque valoriza a perspectiva do paciente e permite avaliar o real impacto de uma enfermidade e objetivos de seu tratamento sob um aspecto multidimensional, independente de levar em conta dados como a redução da morbidade e mortalidade (FLECK et al., 2000), possibilitando a abordagem da saúde dos indivíduos em diferentes domínios como, por exemplo, aspectos físicos, funcionalidade na rotina diária, sociabilidade e aspectos emocionais.

As medidas para avaliação de qualidade de vida vêm sendo cada vez mais utilizadas como um desfecho em ensaios clínicos e como medida de efetividade e de qualidade dos cuidados em saúde. Recentemente, são recomendadas por diretrizes internacionais e por órgãos internacionais de avaliação de tecnologias em saúde como um desfecho a ser utilizado em estudos de custo-efetividade. No cenário brasileiro, instrumentos traduzidos e validados na população estão sendo aplicados em vários grupos de pacientes para avaliar o impacto de diversas doenças e intervenções na vida dos indivíduos afetados. Contudo, a falta de escores normativos de qualidade de vida, baseados na população geral brasileira, que representem um referencial contra o qual dados de outros subgrupos possam ser comparados, dificulta a interpretação dos resultados dos estudos.

O aumento da população idosa no Brasil justifica a necessidade de avaliar os aspectos que podem interferir na qualidade de vida, pois o impacto que se deseja é melhorar sua qualidade de vida para prolongar os anos produtivos e garantir sua participação no processo de desenvolvimento integral da população.

Os instrumentos para avaliação de qualidade de vida podem ser categorizados de acordo com a perspectiva que se propõem a avaliar: os que avaliam qualidade de vida geral, qualidade de vida ligada à saúde e qualidade de vida ligada a uma doença específica (FLECK et al., 2000).

- Qualidade de vida geral: Derivada de um referencial social. Abrange de forma ampla os diferentes componentes do constructo qualidade de vida, fornecendo elementos para compreensão das motivações, desejos, oportunidades e recursos disponíveis para a satisfação e bem-estar de um indivíduo, em diferentes domínios de sua vida. Um exemplo de instrumento desta categoria é o instrumento desenvolvido pela OMS, o WHOQOL.
- Qualidade de vida relacionada à saúde: Ênfase no estado funcional e senso de bem-estar, porém considera apenas os aspectos diretamente relacionados com a saúde, ou seja, as limitações no funcionamento devidas à doença emocional ou física. Dentro desta categoria, estão todos os instrumentos que enfocam os aspectos da existência afetados pelo fato de estar doente. Um representante deste grupo, e um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo, é o *Short-Form Health Survey* (SF-36). O SF-36 é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Consiste em um questionário multidimensional formado por 36 itens, englobados em 8 escalas ou domínios, que são: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 (zero) á 100 (obtido por meio de cálculo do *Raw Scale*), onde o zero corresponde ao pior estado geral de saúde e o 100 corresponde ao melhor estado de saúde (CICONELLI et al., 1999).
- Qualidade de vida relacionada a uma doença específica: Destaca aspectos específicos de uma determinada doença em relação à qualidade de vida. Um exemplo é o *Seattle Angina Questionnaire* (SAQ), criado para avaliação de pacientes que sofrem de angina.

Tendências atuais enfatizam a subjetividade e o caráter multidimensional da qualidade de vida, resultado de políticas públicas e do desenvolvimento da sociedade em que os determinantes socioambientais se manifestam (ROCHA et al., 2000). Dessa forma, a qualidade de vida passou a ser um indicador da eficácia e do impacto de determinados

tratamentos, da comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde, do impacto físico e psicossocial das enfermidades e da produção de conhecimentos decorrentes dos esforços de integração e intercâmbio entre profissionais e pesquisadores do tema (SEIDL & ZANNON, 2004).

No caso da saúde do idoso, a multidimensionalidade deve estar presente em toda avaliação, importante ferramenta que atua no cuidado ao idoso, que é o objeto e a justificativa desta dissertação. As limitações ou doenças trazem fatores emocionais de regressão, aumentando a impotência, dependência e insegurança e causando nos idosos sintomas de preocupações, angústias, medos, alterações na autoimagem e algum nível de dependência.

### **3.4. Instrumentos de avaliação multidimensional do Idoso**

Na avaliação dos idosos, podem ser utilizados instrumentos validados para a detecção de determinados problemas de saúde (CATALUNYA, 2003). Vários termos e conceitos são utilizados rotineiramente em geriatria e gerontologia de forma não padronizada e, por vezes, com significados diferentes (ASKARI et al., 2012).

Dentre os termos utilizados, temos as atividades de vida diária básica (AVD básica), que se referem às tarefas necessárias para o cuidado com seu corpo ou autopreservação (autocuidado); as atividades instrumentais de vida diária (AVD instrumental), que se referem às tarefas necessárias para o cuidado com seu domicílio ou atividades domésticas; as atividades avançadas de vida diária (AVD avançada), que dizem respeito às atividades produtivas, recreativas e sociais; autonomia, que é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações (autogoverno), estabelece e seguindo as próprias convicções; comorbidades, que compreende a presença simultânea, no mesmo indivíduo, de três ou mais doenças, com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos (FREITAS, 2013).

O termo multimorbidade é utilizado para expressar a condição de saúde presente em mais de 50% dos idosos americanos, com efeitos cumulativos distintos para cada indivíduo (CLARK & MANINI, 2008). Uma condição crônica de saúde diz respeito às circunstâncias ou condições na saúde das pessoas que exigem resposta dos sistemas de atenção à saúde, mas que nem sempre são patológicas ou definidas como doenças e podem incluir os sintomas e sinais sem definição diagnóstica (insônia, tontura, constipação etc.),

as doenças propriamente, achados laboratoriais (hiponatremia, deficiências vitamínicas etc.); senecultura (cuidados com idoso robusto); senicultura (cuidados com idoso frágil); síndrome de fragilidade; declínio funcional iminente, que é a síndrome caracterizada pela presença de condições crônicas de saúde preditoras de desfechos clínicos negativos ou adversos (dependência funcional, institucionalização, hospitalização e morte). Essas condições incluem a presença de polipatologia, polifarmácia, sarcopenia, internação recente e risco sociofamiliar elevado; Declínio funcional estabelecido, que é a presença de incapacidade funcional ou dependência, com consequente restrição da participação social; Dependência ou incapacidade funcional, que é a dificuldade para realizar tarefas essenciais a uma vida independente, incluindo atividades de autocuidado e domiciliares, com necessidade da ajuda de outra pessoa; Dinapenia: perda da força e potência muscular, independente da massa muscular (CLARK & MANINI, 2008).

O termo envelhecimento bem-sucedido (*successful aging*) é utilizado para identificar idosos que envelheceram livres de comorbidades e sem apresentar nenhum tipo de declínio funcional na cognição, humor, mobilidade e comunicação. Fatores genéticos e ambientais são determinantes do tipo de envelhecimento. Nesse grupo, podemos também acrescentar o envelhecimento ativo, que se refere aos idosos portadores de doenças crônicas, plenamente controladas e capazes de viver com total independência e autonomia, autorrealização e desempenho de importantes papéis sociais (idoso robusto). A tendência é incorporar o envelhecimento ativo dentro do bem-sucedido, ou seja, há os que envelhecem sem doenças e são bem-sucedidos, mas há também os que envelhecem com doenças crônicas e são igualmente bem-sucedidos (TEIXEIRA & NÉRI, 2008).

As principais causas de incapacidade nos idosos são: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfinteriana, imobilidade e incapacidade comunicativa, também conhecidas como grandes síndromes geriátricas.

O envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, todavia, nesta faixa etária, as doenças são mais frequentes, mas nem sempre estão associadas à dependência funcional. A avaliação multidimensional do idoso ocorre quando se investiga: condições individuais, funcional, cognitiva, afetiva, familiares, sociais, utilização de redes de suporte (MORAES & MORAES, 2014).

No Brasil, a especialidade da Geriatria conta com um procedimento conhecido como Avaliação Geriátrica Ampla – AGA, que já foi inserido na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). Este procedimento é fundamental

para avaliação e seguimento clínico dos pacientes idosos, que por características intrínsecas ao processo do envelhecimento humano e sua susceptibilidade e vulnerabilidade para múltiplas condições médicas, de caráter biológico, psicológico e/ou social, necessitam de uma avaliação médica mais abrangente. A AGA é uma avaliação multidimensional, composta de vários instrumentos, muitos já validados no Brasil, com farta literatura científica que comprova, não somente sensibilidade e especificidade nestes rastreios, mas principalmente redução do risco de desfechos indesejados na saúde global de uma pessoa idosa (COSTA & MONEGO, 2003).

O objetivo da avaliação multidimensional é determinar as fragilidades do idoso, principalmente com relação à sua capacidade funcional, objetivando o planejamento do cuidado e o acompanhamento a longo-prazo. Ela difere do exame clínico padrão por enfatizar a avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida e por basear-se em escalas e testes quantitativos (RUBESTEIN & RUBESTEIN, 1998).

A AGA começou a ser utilizada no Reino Unido no final da década de trinta e posteriormente difundiu-se de forma que seu conceito, parâmetros e indicações foram motivos para inúmeras publicações em revistas especializadas. Os primeiros artigos sobre a necessidade e a importância de uma avaliação geriátrica especializada foram publicados pela médica britânica Marjory Warren, que, por isso, é considerada a mãe da Geriatria. Em 1936, ela assumiu a chefia de um grande hospital londrino com pacientes crônicos, imobilizados e negligenciados que não tinham recebido um diagnóstico médico apropriado e muito menos encaminhados para reabilitação. Acreditava-se que eles deveriam permanecer na instituição pelo resto de suas vidas. Bons cuidados de enfermagem mantinham os pacientes vivos, mas, a falta de diagnóstico e reabilitação os mantinham incapacitados. A Dra. Warren avaliou sistematicamente cada um dos pacientes e iniciou a reabilitação de todos eles, com isso conseguiu que a maioria deles deixasse de ser imobilizados e muitos receberam alta do hospital. Como resultado de seu trabalho, ela passou a ser reconhecida como geriatra e passou a advogar que todo idoso deveria receber uma Avaliação Geriátrica Ampla, com o objetivo de se planejar a reabilitação antes de ser encaminhado para uma instituição de longa permanência (MATHEUS, 1984).

A estrutura e os componentes da AGA variam muito dependendo da equipe e do local onde ela é realizada, se em hospital, instituição de longa permanência, pronto-socorro ou ambulatório. No entanto, apesar da diversidade, ela tem características próprias e constantes como o fato de ser sempre multidimensional e utilizar instrumentos (escalas e

testes) para quantificar a capacidade funcional e avaliar parâmetros psicológicos e sociais. E mais, a avaliação sempre resulta em uma intervenção, seja ela de reabilitação, de aconselhamento ou internação (RUBESTEIN & RUBESTEIN, 1998).

Os esforços para a manutenção da máxima capacidade multidimensional do ser humano que envelhece, ou seja, a valorização da autonomia e da autodeterminação, a preservação da independência física e mental do idoso, a prevenção e acompanhamento das doenças crônicas não transmissíveis, direcionam a uma velhice saudável. O declínio de funções físicas, cognitivas, afetivas e outras podem causar diversas doenças, as quais provocam mais despesas para a família e também para o Estado, pois a maioria dos idosos recorre à rede pública de saúde. Se o envelhecimento for acompanhado de doenças prolongadas, os problemas para os idosos, sua família e a sociedade serão enormes (SANTOS et al., 2010).

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), no seu último congresso bianual em maio de 2012, lançou oficialmente a AGA para ser utilizada em documentos oficiais e nas negociações junto às operadoras de saúde, e será aplicada, anualmente, a todos os idosos a partir de sessenta anos (AGA de Referência) e, a qualquer momento, a partir dessa idade inicial, em ocorrências de qualquer uma das grandes síndromes geriátricas.

A AGA é um conjunto de técnicas, procedimentos e ambientes operacionais, onde a avaliação abrangente e estruturada se associa aos métodos clássicos não padronizados de avaliação de saúde das diversas especialidades. As dimensões mais estudadas e utilizadas na AGA se referem ao estado funcional, saúde mental e funcionamento social. O estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica. Esta se resume na avaliação dos fatores físicos, psicológicos e sociais que afetam a saúde dos pacientes mais idosos e frágeis. Outras dimensões, como a avaliação social e cognitiva, são também necessárias na avaliação geriátrica, mas interagem de tal forma com o estado funcional, que uma alteração nesta dimensão pode indicar problemas nestas outras. A saúde mental possui duas subdimensões importantes – cognição e humor – que também interagem com a avaliação do estado funcional (JUNIOR & REICHENHEIM, 2005).

Na AGA são avaliados os seguintes parâmetros: equilíbrio e mobilidade; função cognitiva; deficiências sensoriais; condições emocionais/presença de sintomas depressivos; disponibilidade e adequação de suporte familiar e social; condições ambientais; capacidade



funcional - Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD); estado e risco nutricionais (FREITAS & MIRANDA, 2006).

A AGA como já mencionado é sempre multidimensional, freqüentemente interdisciplinar e tem por objetivo determinar as fragilidades do idoso, principalmente com relação à sua capacidade funcional.

A avaliação funcional é baseada na capacidade do idoso em realizar as atividades da vida diária (AVDs), e Atividades Instrumentais da vida Diária (AIVDs) determinando assim o seu grau de independência e autonomia. Enquanto a impossibilidade de realizar determinado ato caracteriza uma condição incapacitante, a capacidade significaria a realização de um ato (FREITAS, 2006).

As AVDs englobam todas as tarefas que uma pessoa precisa realizar para cuidar de si próprio. Segundo Paschoal (2007), são apresentadas como: atividades básicas (ABVDs), que compõem as funções elementares ou básicas para a sobrevivência, como alimentar-se, manter a continência urinária e fecal, transferir-se, usar o banheiro, vestir-se e banhar-se; atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), que compreendem a habilidade do idoso para administrar o ambiente onde vive, e incluem atividades variadas, como usar o telefone, fazer compras, preparar as refeições, arrumar a casa, lavar roupa, usar transporte, tomar remédio, tomar conta do orçamento e caminhar, atividades essenciais para a manutenção da independência; atividades avançadas (AAVDs), que são aquelas cuja ausência não atrapalha a vida do idoso, pois são desempenhos bem além do necessário para manter uma vida independente. Podem ser: dirigir carro, praticar esporte, fazer ioga, andar de bicicleta, correr, pintar, cantar, dançar, tocar algum instrumento, viajar, participar de serviço voluntário ou de clubes de serviço, participar de atividades políticas e outras.

Existem inúmeras escalas que servem para quantificação da capacidade para executar as Atividades da Vida Diária (AVD) e as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), elas devem ser breves, simples e de fácil aplicação para que atinjam o seu principal objetivo, que é servir como instrumento rápido de avaliação, triagem e estratificação de risco, para que possam ser aplicadas por pessoal de múltiplas formações profissionais e em qualquer unidade básica de saúde (COSTA et al., 2001).

A seguir descreveremos algumas dessas escalas e suas aplicabilidades; as atividades básicas da vida cotidiana, que são avaliadas por meio do Índice de Katz (KATZ et al., 1963) investigam se há dependência ou independência, para a realização das atividades da vida diária, frente seis atividades de auto-cuidado: 1-tomar banho sozinho ou

se precisa de ajuda, 2-veste-se sozinho ou precisa de ajuda, 3-usa o vaso sanitário sozinho sendo capaz de realizar a própria higiene ainda que com dificuldade ou depende de outro para fazê-lo, 4-consegue sair da cama ou cadeira ou necessita da ajuda de outro, 5-Tem continência total da micção e da evacuação ou parcial dependendo até de outros recursos, 6-Alimenta se (levar o alimento à boca) ou depende de outro para esse fim, e ao final contabiliza se há maior índice de dependência ou independência, ou, semi dependência nesse caso a escala deverá ser reaplicada.

O Índice de Barthel é um instrumento amplamente usado no mundo para a avaliação da independência funcional e mobilidade, no Brasil, não há relatos de pesquisas de base populacional que tenham utilizado esse índice. O Índice de Barthel pertence ao campo de avaliação das atividades da vida diária (AVDs) e mede a independência funcional no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Na versão original, cada item é pontuado de acordo com o desempenho do paciente em realizar tarefas de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. Uma pontuação geral é formada atribuindo-se pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência necessária a cada paciente. A pontuação varia de 0 a 100, em intervalos de cinco pontos, e as pontuações mais elevadas indicam maior independência (MINOSSO et al., 2010).

A escala de Barthel deverá ser utilizada quando a escala de Katz não for conclusiva quanto verificação de dependência do avaliado.

E as atividades instrumentais que são mensuradas pela Escala de Lawton (LAWTON & BRODY, 1969) investigam oito atividades instrumentais (usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, lavar roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro). Revelando as categorias de independência a incapacidade funcional para as atividades básicas e atividades instrumentais definidas da mesma forma: dependente ou independente.

Escala de Pfeffer: O Índice de Pfeffer é uma escala de avaliação das atividades de vida diária instrumentais mais direcionada para a detecção de comprometimento da cognição. Ela deve ser respondida pelo cuidador ou acompanhante familiar. A presença de pontuação superior a 5 sugere a presença de declínio funcional e, portanto, indica a necessidade de uma avaliação mais completa deste idoso (CASSIS et al., 2007).

A capacidade funcional (CF) do idoso é definida pela ausência de dificuldades no desempenho de certos gestos e atividades da vida cotidiana. Os conceitos fazem parte de

um sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens, da OMS.

Risco de queda: a queda pode ser um evento sinalizador do início do declínio da capacidade funcional ou sintoma de uma nova doença, e essa tese faz parte da diretriz de quedas da SBGG, na página da Associação Médica Brasileira (AMB). Todas as definições se propõem a mostrar a não intenção de cair e a incapacidade de corrigir a postura para evitar a queda, o que sinaliza para nós uma perda da capacidade funcional: quanto mais quedas uma pessoa sofrer, maior sua incapacidade. A queda é um evento súbito e, por isso, como indicador epidemiológico, é estimada em taxa de incidência (número de casos novos por ano). Vários estudos apontam para aumento do risco de quedas com o avanço da idade e relacionado também a mulheres. A maioria dos fatores é interdependente, e sua combinação é mais importante que cada um analisado de forma separada. Por exemplo: idade e função cognitiva, confusão mental e dependência, doença neurológica e distúrbio de marcha. Há relação também com algum grau de comprometimento nas atividades de vida diária (AVD), presença de várias doenças clínicas e viver só ou passar a maior parte do tempo sozinho. Sintomas psicológicos, como depressão e ansiedade, também são fatores de risco. Portanto, há uma confluência de fatores que aumentam o risco de quedas. Mesmo que a pessoa ainda não tenha caído, você pode identificar se ela está correndo maior risco de cair. Essa informação é a missão principal do estudo deste tema: identificar e prevenir. A maioria das quedas ocorre durante o dia, e somente 20% à noite. É mais comum dentro de casa, nos cômodos mais utilizados (quarto e banheiro). Assim, podemos inferir que não só há um perfil de idoso mais propenso a quedas, como também um cenário mais comum no qual ocorre o evento. Podemos classificar os fatores contribuintes para as quedas como: intrínsecos – aqueles relacionados ao indivíduo, levando à instabilidade postural. São responsáveis por cerca de 70% dos incidentes de queda; e extrínsecos – aqueles relacionados ao ambiente que cerca o indivíduo. São responsáveis por 30% dos incidentes de queda. Uma das mais importantes mudanças da idade é a diminuição da velocidade de integração central dos mecanismos envolvidos no reflexo postural. Ou seja, a resposta neurológica e, conseqüentemente, motora aos estímulos torna-se lenta.

As alterações descritas a seguir compõem o quadro das alterações ligadas à idade que predis põem o indivíduo idoso a quedas: diminuição da visão e audição, distúrbios vestibulares, distúrbios da propriocepção (cinestesia), aumento do tempo de reação, hipotensão postural, degeneração articular, diminuição da massa muscular, sedentarismo,

deformidades dos pés, perda da massa muscular (diminuição do tamanho e da quantidade de fibras musculares), aumento de colágeno muscular (fibrose muscular) e perda das fibras nervosas de condução rápida.

Há uma forte relação entre distúrbio de equilíbrio, marcha e quedas. Por isso, doenças neurológicas – hematoma subdural, demência, doença de Parkinson, acidente vascular encefálico (AVE), delirium, neuropatia periférica, epilepsia, traumatismo craniocéfálico (TCE), tumores do sistema nervoso central (SNC) e labirintopatia – podem afetar o equilíbrio e a marcha, além de serem fatores de predisposição a quedas.

Algumas doenças clínicas também podem ocasionar quedas, dentre elas: doença coronariana (DAC), insuficiência cardíaca (IC), síncope de origem cardiogênica, hipertensão arterial (HAS), arritmia, insuficiência vertebrobasilar, hipotensão ortostática, desidratação, insuficiência renal (por deficiência de vitamina D), síndrome vasovagal, sangramento oculto, hipo e hiperglicemia, hipo e hipertireoidismo, distúrbios hidroeletrólíticos, infecções, depressão, anemia, hipotermia, alcoolismo, incontinência urinária, doença pulmonar e embolia pulmonar.

Não podemos esquecer que maus-tratos, principalmente em pacientes demenciados, podem estar arrolados nesse processo. Qualquer doença aguda pode diminuir transitoriamente a perfusão cerebral e aumentar a possibilidade de perda de consciência e quedas. Devemos então investigar as doenças clínicas na abordagem do paciente que apresenta quedas.

As medicações possuem importante papel na origem das quedas, não só por seus efeitos intrínsecos, mas também por alteração da farmacocinética e farmacodinâmica causada pela idade. Ela ocorre por alteração da gordura corporal (aumento de 35%), diminuição do metabolismo renal e hepático. Vários estudos associam o uso de medicamentos com quedas (LANDI et al., 2005).

Sistema fisiológico: Nutrição e antropometria: As alterações fisiológicas do envelhecimento que comprometem as necessidades nutricionais ou ingestão alimentar são: redução de olfato e do paladar – redução nos botões e papilas gustativas sobre a língua, diminuição nas terminações nervosas gustativas e olfatórias, ambos comprometem a palatabilidade dos alimentos. Alterações nas papilas gustativas e na condução neurosensorial ocorrem progressivamente com a idade, apresentam tendência para elevar o limiar de percepção dos sabores doce e salgado, trazendo a sensação de que os alimentos estão amargos e azedos; aumento da necessidade proteica – diminuição da síntese e

ingestão; redução da biodisponibilidade da vitamina D, levando à redução da absorção intestinal de cálcio; deficiência na utilização da vitamina B6; redução da acidez gástrica, levando à menor absorção de vitamina B12, ferro, cálcio, ácido fólico e zinco; insuficiência dos mecanismos reguladores de sede, fome e saciedade; aumento da toxicidade de vitaminas lipossolúveis (vitaminas A, D, E, K); 117 Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso maior dificuldade na obtenção, preparo e ingestão de alimentos; xerostomia (boca seca). Outros fatores que contribuem para a desnutrição nos idosos são: menor acesso ao alimento secundário por causas físicas (sequela de Acidente Vascular Cerebral (AVC), parkinsonismo, demência avançada) ou sociais (isolamento, institucionalização, baixo poder aquisitivo); uso de drogas que produzem inapetência (digoxina) ou alteram o sabor dos alimentos – Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (Ieca); depressão; medo exagerado de alimentos considerados “inadequados” (colesterol, carne vermelha, sal, açúcar); distúrbios da mastigação (dentaduras mal-adaptadas, ausência de dentes, gengivite, candidíase oral) e/ou disfagia; diarreia e má absorção; doenças consumptivas; hipertireoidismo; alcoolismo; dentre outros. Ocorre, ainda, uma redução da estatura do idoso, cerca de 1 cm (homens) a 1,5 cm (mulheres) por década, a partir dos 40-50 anos. A redução da massa óssea (osteopenia e/ou osteoporose) associada à hipercurvatura torácica, cifoescoliose e redução dos discos intervertebrais (achatamento) caracteriza os principais determinantes, particularmente nas mulheres. No cálculo do IMC, pode-se utilizar a altura do joelho para corrigir essa redução da estatura. O IMC (Índice de Quetelet = peso em quilogramas dividido pela estatura em metros elevada ao quadrado) tende a se elevar com o envelhecimento, provavelmente pelo aumento progressivo da massa de gordura corporal, redução da atividade física, mudanças dos hábitos alimentares e alterações endócrinas. Segundo a OMS, para a população adulta, os limites da eutrofia situam-se entre 18,5 kg/m<sup>2</sup> a 25 kg/m<sup>2</sup>.

Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: A prevalência de obesidade e/ou sobrepeso em idosos brasileiros, medidos pelo IMC, varia de 30% a 50%. A obesidade representa importante fator de risco para hipertensão arterial, vasculopatia periférica, AVC, câncer de mama e de endométrio, insuficiência venosa, intolerância ao exercício, redução da mobilidade, osteoartrite, lombalgia, apneia do sono, diabetes mellitus, entre outros. Os únicos benefícios são a redução do risco de fratura de fragilidade e de hipotermia.

Nesse estudo encontramos avaliação do estado nutricional do idoso com duas alternativa sobre a ausência ou presença de risco nutricional, baseado na escala de Mini Avaliação Nutricioanl de Guigóz (MAN). A avaliação detalhada do estado nutricional tem um custo elevado e requer muito tempo para sua realização adequada. Por isso, nos últimos anos têm sido desenvolvidos instrumentos econômicos e fáceis de manusear, que permitem avaliar nutricionalmente a população de idosos. A Miniavaliação Nutricional foi desenvolvida com a finalidade de avaliar o risco de desnutrição e identificar a população susceptível a intervenções (RAMON & SUBIRA, 2001).

Suporte Social: Nossa sociedade enxerga a velhice como uma fase de perdas e incapacidades, mas na verdade, o processo de envelhecimento deveria ser entendido como fase de desenvolvimento, como um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, o tempo e o espaço. O envelhecimento, portanto, tem suas especificidades marcadas pela posição de classe social, pela cultura e pelas condições socioeconômicas e sanitárias individuais e/ou coletivas da região. As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos, onde os mesmos se sentirão amados, seguros e com alta altoestima para lidar com seus problemas de saúde. Porém, não se pode afirmar que a mera presença de suporte social garantirá efeitos positivos no processo de envelhecimento (RAMOS, 2002).

No atendimento às necessidades específicas dos idosos, os sistemas de suporte social são essenciais, e seus efeitos positivos estão associados ao suporte funcional ou emocional fornecidos pela família, sendo classificados em formais e informais. Sendo entendidos como sistema formal, os serviços de atendimento ao idoso que incluem hospitais, instituição de longa permanência (ILP), atendimento domiciliar, programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento dessa população. Já as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais são considerados o sistema informal ou rede de suporte social (LEMOS & MEDEIROS, 2006).

A rede social é basicamente pequena, onde a família é o contexto social mais próximo no qual os indivíduos estão envolvidos em todas as áreas de assistência, e os relacionamentos mantidos por co-residentes em seus arranjos domiciliares têm implicações positivas para a saúde, fornecendo-lhes suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa (ROSA, 2005).

Observa-se que a família satisfaz muitas das necessidades dos idosos, seja pela parte física, como alimentação, habitação, cuidados sociais, pela parte psíquica, como autoestima, amor e afeto ou pela parte social, como identificação, relação, comunicação. Dentro desse contexto, podemos dizer que a avaliação objetiva da composição familiar e das funções que seus membros exercem é imprescindível para ajudar os idosos no processo de enfrentamento e recuperação de enfermidades, estresse e outras experiências difíceis da vida (MORAGAS, 2004 ).

Compreende-se, então, a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance de qualquer evolução terapêutica no processo de envelhecimento, de modo a subsidiar a proposição de intervenções que auxiliem o restabelecimento do equilíbrio dessa unidade de relações, sempre que uma disfunção é detectada. Dessa maneira, entende-se que as entrevistas com as famílias são fontes muito ricas em informações e propiciam maior interação entre os envolvidos. Entretanto, a revisão da literatura sobre escalas para avaliação do apoio social sugere que nenhuma é inteiramente adequada e que a confiabilidade, a validade e os fatores estruturantes dos instrumentos existentes são poucos conhecidos (CLEMENTE, 2003).

A dimensão sociofamiliar é fundamental na avaliação multidimensional do idoso. A família constitui-se na principal instituição cuidadora dos idosos frágeis, devendo ser privilegiada nessa sua função. A transição demográfica, entretanto, atinge diretamente essa “entidade”, reduzindo de forma drástica sua capacidade de prestar apoio a seus membros idosos. A redução da taxa de fecundidade trouxe profundas modificações na estrutura familiar. O número de filhos está cada vez menor, e as demandas familiares são crescentes, o que limita a disponibilidade dos pais de cuidar de seus filhos quanto dos filhos de cuidar de seus pais. Por sua vez, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a valorização do individualismo e os conflitos intergeracionais contribuem para as modificações nos arranjos domiciliares. Essas mudanças sociodemográficas e culturais têm repercussões importantes na capacidade de acolhimento às pessoas com incapacidades, que historicamente dependiam de apoio e cuidado familiar. A própria modificação nas dimensões das habitações limita as possibilidades de cuidado adequado às pessoas portadoras das grandes síndromes geriátricas, como a incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incontinência esfincteriana. Essa fragilização do suporte familiar originou outra grande síndrome geriátrica, a insuficiência familiar, cuja abordagem é extremamente complexa.

No Brasil, a tradução e adaptação do instrumento foram realizadas com o objetivo de verificar as propriedades de medida do Family Apgar quando aplicados a idosos independentes, dependentes e seus cuidadores (DUARTE, 2001).

Cognição é a capacidade mental de compreender e resolver adequadamente os problemas do cotidiano. Existem diversos testes para a avaliação cognitiva, mas recomenda-se que a triagem cognitiva deva ser feita utilizando testes mais simples, rápidos e de fácil aplicação, que possam ser utilizados, rotineiramente, no consultório. As escalas utilizadas nesse estudo são amplamente utilizadas em pesquisas (FOLSTEIN et al., 1975).

Os testes mais utilizados são o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (BRUCKI et al., 2003), que é o teste de rastreio e triagem mais utilizado no mundo, pois é simples, de aplicação rápida e auto-explicativa. Determina a extensão da avaliação cognitiva subsequente à sua aplicação em sujeitos com demência moderada e severa, porém com interpretação intimamente relacionada ao grau de escolaridade do entrevistado; a lista de palavras do Cerad (NITRINI et al., 2004), o teste de reconhecimento de figuras (NITRINI et al., 2004), o teste de fluência verbal (BRUCKI et al., 1997) que também é extremamente simples e avalia a memória semântica (conhecimento geral sobre o mundo, dos fatos, das palavras, sem relação com o momento do seu aprendizado). Consiste na avaliação de categorias semânticas pre-definidas, como, por exemplo, animais e frutas. Solicita-se ao paciente que enumere o máximo de animais e frutas em 1 min cronometrado (GIL et al., 1986); e o teste do relógio (MORAES & LANNA, 2010) que é um recurso rápido para ser aplicado no consultório (em média 3 a 5 minutos) e traduz o padrão de funcionamento frontal e temporoparietal. As disfunções executivas podem preceder os distúrbios de memória nas demências. Pacientes com escores normais no MEEM podem ter severas limitações funcionais demonstradas no teste do relógio. Pede-se ao paciente que desenhe o mostrador de um relógio com os ponteiros indicando uma determinada hora. A sensibilidade é maior que 86% e a especificidade superior a 96% quando esse teste é comparado a outros instrumentos. Trata-se de um instrumento particularmente útil para ser utilizado no consultório por sua simplicidade, rapidez e perfil amigável.

Tais testes são úteis para o diagnóstico de declínio cognitivo, porém não são específicos para o diagnóstico de demência.

Cabe ressaltar que independência e autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos diferentes. Existem pessoas com dependência física, porém capazes de escolher com autonomia as atividades de seu interesse. No entanto, há pessoas que



apresentam condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas sem condições de decidir com segurança sobre como, quando e onde se envolver nessas atividades.

O desafio atual é a operacionalização do conceito de fragilidade a fim de permitir seu reconhecimento e estabelecer intervenções capazes de maximizar a independência e autonomia do indivíduo, bem como impedir ou retardar o surgimento de desfechos adversos (CLEGG et al., 2013).

Segundo Fried et al. (2001), fragilidade (*frailty*) é uma síndrome geriátrica, de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Fundamentado nesse conceito, desenvolveu o “fenótipo da fragilidade”, caracterizado pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. A presença de três ou mais parâmetros definiu o “idoso frágil”, e a presença de dois parâmetros definiu o idoso “pré-frágil”. É crescente a ideia de que a fragilidade é multidimensional, e sua operacionalização deve considerar componentes sociodemográficos, médicos, funcionais, afetivos, cognitivos e físicos (LACAS & ROCKWOOD, 2012).

Os idosos podem ser classificados em: idoso robusto que é aquele capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, não apresenta incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada à maior vulnerabilidade. As intervenções devem priorizar o manejo adequado das condições crônicas de saúde, abordagem precoce de doenças ou eventos agudos ou intermitentes, realização dos rastreamentos indicados para cada faixa etária e implementação de intervenções preventivas e promocionais; idoso em risco de fragilização: idoso capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia encontra-se em estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como: Evidências de sarcopenia: presença de alterações da massa e função muscular (força e desempenho muscular). Os critérios de operacionalização do diagnóstico de sarcopenia são variáveis e incluem o fenótipo de fragilidade descrito por Fried (emagrecimento significativo não intencional, fadigabilidade, fraqueza, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha) e os critérios baseados na medida quantitativa

da massa muscular, associadas medidas de função muscular, como a força de preensão palmar e a velocidade da marcha. A lentificação da marcha é o principal determinante de sarcopenia/dinapenia e pode ser definida quando for igual ou menor que 0,8 m/s (distância padronizada de quatro metros, com velocidade pouco acima da usual, sem distância para aceleração ou desaceleração) (SAYER et al., 2013).

Por sua vez, os idosos frágeis podem ser subdivididos em: idoso frágil: apresenta declínio funcional estabelecido e, conseqüentemente, dependência funcional nas atividades de vida diária. Encontra-se estável clinicamente, sem apresentar dúvidas diagnósticas e/ou terapêuticas. Idoso frágil de alta complexidade: apresenta dependência funcional nas atividades de vida diária associada a condições de saúde de difícil manejo clínico (diagnóstico, tratamento ou reabilitação). Idoso frágil em fase final de vida: apresenta alto grau de dependência funcional e sobrevida estimada menor que seis meses (cuidados paliativos).

A tendência ao envelhecimento populacional está acarretando mudanças profundas em todos os setores da sociedade. De acordo com Cotta e colaboradores (COTTA et al., 2002) a transição demográfica tem um crescente e profundo impacto em todos os âmbitos da sociedade, mas é na saúde que tem maior transcendência, tanto por sua repercussão nos diversos níveis assistenciais como pela demanda por novos recursos e estruturas. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar na senescência e os fatores associados à qualidade de vida de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população que envelhece (FLECK et al., 2003).

A avaliação do estado de saúde está diretamente relacionada à qualidade de vida, influenciada pelo sexo, escolaridade, idade, condição econômica e presença de incapacidades (LEBRÃO & LAURENTI, 2003). A qualidade de vida relacionada à saúde em sua multidimensionalidade, identificam-se os principais aspectos a serem considerados em relação às potencialidades e peculiaridades de saúde e vida do idoso, interferindo no seu processo saúde-doença. Dessa forma, avaliar as condições de vida e saúde do idoso permite a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem (SANTOS et al., 1994).

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

Neste capítulo é apresentada a proposta metodológica definida para o estudo, destacando os percursos desenvolvidos. Inicia-se com as fontes de dados para o estudo, e em seguida apresentam-se os procedimentos que, para a análise dos dados, são tratados e analisados através de métodos quantitativos descritivos e inferência estatística, através de testes de hipótese.

### **4.1 Fontes de dados**

Foram utilizados dados de dois inquéritos realizados em 2007 e 2014 no HETM. O primeiro inquérito, denominado “Censo das ex-colônias” (ANEXO I) foi baseado nos critérios de avaliação dos aspectos sócio demográficos e epidemiológicos, e algumas questões sobre qualidade de vida, que se assemelham a algumas contidas no WHOQOL-breve, porém com perguntas e palavras modificadas, através de nove tópicos de avaliação e 52 variáveis, dos quais foram utilizadas para este trabalho, um total de 26. No total, o inquérito contém informações sobre 159 pacientes, ex-portadores de hanseníase e, que foram tratados da doença, mas permaneceram no território do HETM. Dentre estes, 112 eram idosos (60 anos e mais) e foram selecionados para as análises.

O segundo inquérito foi realizado em 2014, e teve suas perguntas baseadas na avaliação geriátrica ampla (AGA) (ANEXO II), acrescida de escalas de avaliação cognitiva e funcional. Este inquérito contém informações de 51 pacientes idosos de hanseníase - que também fizeram parte do inquérito de 2007 - através de quatro tópicos e 33 variáveis.

Importante salientar, que o grupo selecionado para o inquérito de 2014 (51 pacientes idosos), consiste de 35 pessoas que já eram idosos em 2007 e 16 que se tornaram idosos ao longo desse período. Em relação aos outros idosos que participaram do inquérito 2007 e não responderam ao inquérito em 2014, foi observado que 34 vieram a óbito durante esse período e o restante mudou-se do HETM ou não foi capaz de responder ao inquérito 2014.

Os dados de ambos os inquéritos foram coletados por equipe multidisciplinar lotada no HETM, O inquérito de 2007 encontra-se disponível no FORMSUS/DATASUS, que é serviço para a criação de formulários na internet. Trata-se de ferramenta de uso público,

com normas de utilização definidas, compatíveis com a legislação e com a Política de Informação e Informática do SUS.

Os dados do segundo questionário, sem variáveis identificadoras foram solicitados à Secretaria Estadual de Saúde (SES-RJ).

## **4.2. Análise dos dados**

Foram realizadas análises descritivas das variáveis disponíveis nos questionários e utilizou-se testes de hipótese para testar associações e diferenças entre variáveis de interesse identificadas na revisão de literatura. Assim, realizou-se análises estatísticas descritivas das variáveis sócio demográficas e de saúde, contidas nos questionários de 2007 e 2014.

O software utilizado na análise dos dados foi o SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows, versão 10.021. Para os testes de hipótese foi utilizado o teste Qui-quadrado, considerando-se a natureza das variáveis e também significância quando  $p < 0,05$ , ou seja, nível de significância de 5%.

### **4.2.1 Variáveis selecionadas**

As variáveis sociodemográficas observadas nos inquéritos de 2007 e 2014, foram as seguintes: escolaridade, renda, estado civil, residência. A renda foi mensurada em valores financeiros, no caso, a moeda corrente, o real, para referenciar à época o salário mínimo era de R\$380,00 (trezentos e oitenta reais) (BRASIL, 2007), a escolaridade foi mensurada em categorias de menor grau até o maior grau encontrado na população analisada: analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo e ensino médio. O estado civil foi mensurado através das categorias: solteiro, casado, viúvo, solteiro, companheiro e divorciado. Em relação ao tipo de residência, moradia, o fato de todos serem institucionalizados não os impediu, depois de determinado período de tratamento nas enfermarias, que eles formassem família e se mudassem para casas, ou pavilhões dentro da própria colônia. A profissão ou ocupação foi mensurada em três categorias: aposentado, sendo que a maioria deles por invalidez<sup>7</sup>; albergado, que é um tipo de pensão dada pelo Estado do Rio de Janeiro para ex-pacientes que laboraram no HETM durante a

---

<sup>7</sup> Até dezembro de 1986, os portadores de hanseníase, quando diagnosticados, se aposentavam por invalidez.

época do isolamento compulsório; pensionista, pecúlio recebido por falecimento de cônjuge ou familiar e a partir de maio de 2007, pela Lei 11.520 (BRASIL, 2007).

Os dados referentes a capacidade funcional observados no inquérito de 2007, foram elaborados com perguntas objetivas direcionados ao entrevistado, tendo como resposta duas alternativas: sim (com capacidade funcional) ou não (para incapacidade). Caso a resposta fosse negativa, havia um desdobramento para alternativas de auto-cuidado e instrumentais (tomar banho, lavar roupas/louça, andar/caminhar, outras atividades), a fim de identificar as suas incapacidades.

O estado nutricional dos idosos foi classificado de acordo com Lipschitz (1994), e para sua avaliação, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado dividindo o peso atual do indivíduo pela sua altura ao quadrado, expressando a medida em  $\text{kg/m}^2$ .

Nos idosos, os pontos de corte do IMC são diferentes do adulto. Utilizam-se os seguintes pontos de corte: eutrofia: valores entre 22 e 27; subnutrição: abaixo de 22 e sobrepeso: acima de 27.

Já no inquérito de 2014, no que diz respeito à dimensão clínica, as variáveis selecionadas foram: visão (normal ou deficitária), audição (normal ou deficitária), continência esfinteriana ou incontinência, tempo de sono (adequado ou não), presença de comorbidades cardiovascular e osteoarticular (sim ou não), uso de órtese e /ou prótese (sim ou não), situação vacinal (avaliada quando presente, como fator de proteção imunológica).

A continência esfinteriana é também considerada um subsistema da mobilidade, pois sua ausência (incontinência esfinteriana) é capaz de interferir na mobilidade, restringindo a participação social do indivíduo, portanto mensurada em continente ou incontinente, tanto a fecal como a urinária.

A atividade física aqui entra como uma variável facilitadora da mobilidade, quando presente. No inquérito de 2014, essa variável foi mensurada como sim (realiza atividade física) ou não (não realiza atividade física).

Tabagismo: mensurado nas duas categorias de fumante e não fumante.

Etilismo: mensurado em duas categorias: etilista e não bebe.

Atividade física: mensurada através de cinco seguintes categorias: não faz atividade física, pratica caminhadas, musculação, hidroginástica, e outras atividades físicas.

As escalas encontradas no inquérito de 2014 e utilizadas nas análises desta dissertação, referentes a avaliação da dimensão funcional dos entrevistados foram:

- a) Risco de queda: variável avaliada através de exame simples neurológico, como fechar os olhos e manter-se de pé, histórico de queda anterior, declínio da capacidade funcional ou sintoma de uma nova doença presente, polifarmácia e risco ambiental. A presença de um desses fatores indica risco aumentado de queda, já que o risco diminuído está relacionado ao envelhecimento fisiológico.
- b) Mobilidade: mensurada no inquérito pelo risco de queda, e através da avaliação da capacidade aeróbica e muscular (massa e função), relacionando IMC, classificação nutricional e atividade física, o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a postura, transferência e marcha, capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio.
- c) Teste “*Timed Up and Go*” (TUG) e suas variações cognitivas: são amplamente utilizados para identificar idosos propensos ou não a quedas. O TUG mede, em segundos, o tempo necessário para um indivíduo levantar de uma cadeira de braços padrão (altura de aproximadamente 46cm), caminhar uma distância de 3m, virar, caminhar de volta para a cadeira e sentar-se novamente. Esse teste tem sido amplamente utilizado na prática clínica como medida de desfecho para avaliar a mobilidade funcional, o risco de quedas ou o equilíbrio dinâmico em adultos e seus valores normativos já estão estabelecidos nessa população. Vários estudos utilizaram o teste para avaliar o risco de quedas em idosos; outros avaliaram o equilíbrio e a mobilidade funcional em adultos com limitações motoras, como paralisia cerebral (PC), doença de Parkinson, acidente vascular encefálico, síndrome de Down (SD), entre outras (PODSIADLO & RICHARDSON, 1991).

O TUG foi mensurado no inquérito de 1 a 5, sendo 1 considerado normal e acima desse valor anormal progressivamente até 5. Neste trabalho foi categorizado até 1 para normal e >1 anormal.

As atividades básicas da vida cotidiana foram avaliadas por meio do Índice de Katz (KATZ et al., 1963), e nele foram investigadas seis atividades de auto-cuidado (alimentar-se, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama e/ou cadeira e controlar as funções de urinar e/ou evacuar) investigando-se há dependência ou independência, para a realização das atividades da vida diária, ao final foi verificado se há maior índice de dependência ou independência, ou, semi dependência. Para este trabalho consideramos as categorias independentes e dependentes.

As atividades instrumentais, no inquérito de 2014, foram mensuradas pela Escala de Lawton (LAWTON & BRODY, 1969). Foram investigadas nove atividades instrumentais (usar o telefone, ir a locais distantes utilizando algum meio de transporte, fazer compras, arrumar a casa, fazer pequenos reparos, lavar roupa, preparar a própria refeição, tomar medicamentos e cuidar do dinheiro). Para cada atividade da vida diária avaliada, foram propostas duas alternativas de resposta referentes às categorias de independência a incapacidade funcional para as atividades básicas e atividades instrumentais foram definidas da mesma forma: independente, semi dependente ou dependente, categorizadas em 3, 2 e 1, respectivamente.

Escala de Pfeffer: o inquérito de 2014 continha 10 quesitos de avaliação das atividades de vida diária instrumentais: preparo de alimentos, manejo de dinheiro, manejo de remédios, compra de roupas - alimentos-utensílios, esquentar água para o café e apagar o fogo, capacidade de manter-se atualizada com os acontecimentos no seu ambiente, capacidade de lembrar de compromissos - acontecimentos familiares e familiares, capacidade de andar pela vizinhança e retornar para a casa, capacidade de permanecer sozinha em seu domicílio, valorados em 0= normal/nunca ficou mas poderia ficar agora, 1=sim, com precauções/nunca ficou e agora teria dificuldade, 2=sim, por curtos períodos, 3=Não poderia. A presença de pontuação superior a 6 sugere a presença de declínio funcional e, portanto, indica a necessidade de uma avaliação mais completa deste idoso.

Seguem abaixo as escalas de avaliação cognitiva funcional contidas no inquérito de 2014.

Miniexame do estado mental (MEEM) é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar componentes da função cognitiva, como orientação temporoespacial (5 pontos cada), retenção ou registro de dados (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do Meem varia de um mínimo de zero até um total máximo de 30 pontos. A escala é administrada em 5-10 minutos. Possui pontuação de corte de 24 pontos, na qual escores abaixo deste valor são indicadores do diagnóstico de demência (ALMEIDA, 2000). No MEEM, os idosos com valores acima de 24 são considerados normais.

Teste do relógio: O teste do relógio é um recurso rápido, aplicado (em média 3 a 5 minutos), em que o examinado deve desenhar o mostrador de um relógio com os ponteiros indicando uma determinada hora. A sensibilidade é maior que 86% e a especificidade

superior a 96% quando esse teste é comparado a outros instrumentos (TUOKKO et al., 1992). A pontuação leva em conta a capacidade de apresentar os seguintes 5 caracteres: a forma circular=1, os números internos=1, números corretos=1, simetria=1, e a hora certa=1. Considerada pontuação normal a presença de pelo menos três dos cinco caracteres.

Humor/Comportamento: nesse estudo a variável tem duas alternativas pontuadas, normal ou alterada, a partir da escala de avaliação Yesavage, que é a escala geriátrica de depressão. A presença de seis ou mais respostas positivas para a depressão, dentre as 15 perguntas, sugere fortemente o diagnóstico de depressão. Essa variável tem em comum uma das perguntas do inquérito de 2007 sobre a qualidade de vida, “o quão satisfeito você está com sua vida” (Yesavage, 1983).

O questionário Mini Avaliação Nutricional (MAN) é composto por duas etapas, sendo a primeira composta por triagem contendo seis questões envolvendo diminuição da ingestão alimentar, redução de peso e estresse psicológico nos últimos três meses, assim como avaliação da mobilidade, problemas neuropsicológicos e índice de massa corporal (IMC). Esta etapa possui pontuação máxima de 14 pontos, e em caso de pontuação inferior a 12 pontos há possibilidade de desnutrição, sendo necessário continuar a avaliação na segunda etapa de Avaliação Global. A Avaliação Global é composta por doze questões relacionadas à utilização de mais de três medicamentos por dia, presença de lesões de pele ou escaras, número de refeições diárias, frequência de consumo dos grupos de alimentos consumidos, frequência de ingestão de líquidos, modo de se alimentar (sozinho ou com auxílio) e uma autopercepção do estado nutricional do idoso e de sua saúde em relação a outras pessoas de mesma idade. Possui pontuação máxima de 30 pontos, sendo que de 17 a 23,5 pontos, o idoso é classificado com risco de desnutrição e pontuação menor que 17 pontos é classificado como desnutrido.

O suporte social compreende as redes de relacionamento que as pessoas tem ao longo da vida, onde podem ser incluídos os membros da família, os amigos, o cônjuge, os colegas de trabalho, ou seja, a presença de um sistema informal é interpretado como adequado, sendo categorizado em sim ou não nesta variável.

O instrumento disponível Apgar de Família, nesse estudo, serve de avaliação do suporte e apoio familiar. Foi desenvolvido por Smilkstein em 1978 e permite a mensuração da satisfação dos membros familiares em relação a cinco componentes considerados básicos na unidade e funcionalidade de qualquer família: adaptação, companheirismo,



desenvolvimento, afetividade e capacidade resolutive (DUARTE, 2001), categorizadas em 2=sempre, 1=algumas vezes, 0=nunca, e como interpretação dos resultados relacionados a disfunção familiar: <3=acentuada, 4-6=moderada, >6=leve.

### **4.3. Considerações Éticas**

Ao utilizar dados secundários de questionários já aplicados, no HETM, uma Instituição de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, onde a técnica de pesquisa utilizada foi a entrevista com seres humanos, foi enviado um documento para Subsecretária de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, solicitando autorização para utilização dos dados coletados pelo HETM em 2007 e 2014 (Apêndice A).

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (CEP/ENSP)/Fiocruz, tendo sido aprovado em 04/11/2014, sob o parecer consubstanciado de número 861.886.

## 5. RESULTADOS

As Tabelas 1 e 2 apresentam características sociodemográficas da situação pessoal e doméstica do grupo examinado nos anos de 2007 e 2014, respectivamente.

Verificamos que, entre os 112 idosos que constituíram a amostra do ano de 2007, a idade variou entre 60 a 90 anos, tendo como média 69,94 anos (DP=7,3).

Conforme a Tabela 1, 86,6% residiam em casas. Quanto às frequências relacionadas à amostra, a maioria dos idosos institucionalizados são do sexo masculino (58,9%). Em relação ao estado civil, a categoria que predomina, são os que convivem maritalmente (33%=casados e 10,2%=companheiros), e atingiram o nível fundamental incompleto (52,6%) em grau de escolaridade. Quanto à profissão (ocupação), 67% declararam ser aposentados, porém na época todos os portadores de hanseníase, quando diagnosticados, automaticamente eram aposentados por invalidez pelo código A.30<sup>8</sup>, e as categorias albergado (2%) e pensionista (6%), devem ser consideradas como subcategorias de , pois compreendem a mesma natureza pecuniária. A renda era homogênea, e nos inquéritos, as pessoas não relatavam ou misturavam as categorias, portanto, optou-se por retirar esta variável das análises.

---

<sup>8</sup> Classificação Internacional das Doenças (CID) 10 – A.30 = Hanseníase (doença de Hansen) = lepra.

Tabela 1

Distribuição percentual das variáveis selecionadas do módulo socioeconômico, HETM, 2007

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência Absoluta (n=112)</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	66	58,9
Feminino	46	41,1
<b>Residência</b>		
Casa	97	86,6
Pavilhão	15	13,4
<b>Estado Civil</b>		
Companheiro	11	10,2
Divorciado	2	1,8
Solteiro	36	33,0
Viúvo	24	22,0
<b>Grau de Escolaridade</b>		
Fundamental Incompleto	59	52,6
Fundamental Completo	21	18,8
Médio Incompleto	1	0,9
Médio Completo	3	2,7
<b>Profissão (Ocupação)</b>		
Albergado	2	1,8
Pensionista	6	5,3
Aposentado	75	67,0
Trabalha	29	25,9

Em 2014, verificamos que a idade do grupo sob estudo variou de 62 a 87 anos, tendo como média 72,8 anos (DP=7,4).

Participaram do inquérito, 51 pacientes idosos, que também participaram do inquérito em 2007. Nessa amostra foi verificada quase a mesma frequência para o sexo masculino, os casados correspondiam a 39,1%, e 43,1% atingiram o ensino fundamental incompleto. Além disso, a residência predominante foi casa (76,5%), e em relação a profissão (ocupação), mantiveram-se todos aposentados, como demonstrado em 2007 (Tabela 2).

Tabela 2

Distribuição percentual das variáveis selecionadas do módulo socioeconômico, HETM, 2014

<b>Variáveis</b>	<b>Frequencia Absoluta (n=51)</b>	<b>Frequencia Relativa (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	30	58,8
Masculino	21	41,2
<b>Residência</b>		
Casa	39	76,5
Pavilhão	12	23,5
<b>Estado Civil</b>		
Casado	20	39,1
Companheiro	1	2,0
Divorciado	3	5,9
Solteiro	14	37,5
Viúvo	13	25,5
<b>Grau de Escolaridade</b>		
Analfabeto	11	21,4
Fundamental Incompleto	22	43,1
Fundamental Completo	15	29,5
Médio completo	2	3,9
Superior incompleto	1	2,0
<b>Profissão (ocupação)</b>		
Aposentado	14	27,5
Aposentado e pensionista	36	70,5
Aposentado e trabalha	1	2,0

No que se refere à percepção da própria saúde no ano de 2007, observa-se na Tabela 3, que 39,3% responderam estar satisfeitos com a própria saúde, embora 86,6% fossem portadores de pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT); 71,4% faziam uso contínuo de medicamentos, e 67% conviviam com dor, o que pode estar relacionado às sequelas da hanseníase, embora todos já tivessem sido curados. Menos da metade dos idosos (41,1%) apresentavam dificuldade para realizar alguma das Atividades de Vida Diária (AVDs), ou mais de uma. Foram encontrados 24,3% de portadores de necessidades especiais, 23,2% dos respondentes tinham alguma deficiência física, 24,1% possuíam deficiência auditiva, 75,7% tinham deficiência visual e 11,6% faziam uso de alguma tipo órtese e/ou prótese, e 46,4% apresentavam algum tipo de deformidade no corpo e quase metade reportou fraqueza muscular (49,1%). Esses fatores provavelmente também podem estar relacionados à hanseníase. Mas, 59,5% estavam satisfeitos com sua vida, enquanto 27% encontravam-se neutros em relação a essa variável e uma parcela menor (13,5%) demonstrou insatisfação.

Em relação ao suporte social, 83% reportaram manter contato com a família; 43,8% se sentiam razoavelmente seguros na comunidade, 30,3% se sentiam muito seguros, 62,5% participavam de atividades associativas, e 58,6% estavam satisfeitos com a sua qualidade de vida. Enquanto 14,4% estavam insatisfeitos em relação a esta variável, 21% mostraram-se neutros. Quanto à variável estado nutricional, 45,1% estavam acima do peso, porém, 50% eram eutróficos.

Tabela 3

Distribuição de Frequência das variáveis categóricas do módulo de saúde e qualidade de vida 2007

Variáveis	Frequência Absoluta (n = 112)	Frequência Relativa (%)
<b>Necessidade especial</b>		
Não	84	75,7
Sim	27	24,3
<b>Possui outras doenças</b>		
Não	15	13,4
Sim	97	86,6
<b>Déficit auditivo</b>		
Não	85	75,9
Sim	27	24,1
<b>Déficit visual</b>		
Não	27	24,3
Sim	84	75,7
<b>Fez tratamento psiquiátrico</b>		
Não	88	78,6
Sim	24	21,4
<b>Deficiência física</b>		
Não	86	76,8
Sim	26	23,2
<b>Fraqueza muscular</b>		
Não	57	50,9
Sim	55	49,1
<b>Quadro algico</b>		
Não	37	33,0
Sim	75	67,0
<b>Dificuldades para realizar atividades de vida diária</b>		
Não	66	58,9
Sim	46	41,1
<b>Costuma esta em contato com a família</b>		
Não	19	17,0
Sim	93	83,0
<b>Como você e sua família se sentem na comunidade</b>		
Inseguro	16	14,3
Pouco seguro	12	10,7
Razoavelmente seguro	49	43,8
Muito seguro	34	30,3
Reside fora	1	0,9
<b>Participa de atividade associativa</b>		
Não	42	37,5
Sim	72	62,5

(continua)

**Tabela 3 (continuação)**

---

<b>Quão satisfeito está com a vida</b>		
	6	5,4
Muito insatisfeito	9	8,1
Insatisfeito	30	27
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	46	41,5
Satisfeito	20	18
Muito satisfeito		
<b>Usa algum medicamento de forma contínua</b>		
Não	32	28,6
Sim	80	71,4
<b>Faz uso de órtese ou prótese</b>		
Não	99	88,4
Sim	13	11,6
<b>Possui deformidade no corpo</b>		
Não	60	53,6
Sim	52	46,4
<b>Quão satisfeito está com a qualidade de vida</b>		
Muito insatisfeito	5	4,5
Insatisfeito	11	9,9
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	30	27,0
Satisfeito	46	41,5
Muito satisfeito	19	17,1
<b>Quão satisfeito está com sua saúde</b>		
Muito insatisfeito	5	4,5
Insatisfeito	26	23,2
Nem satisfeito/Nem insatisfeito	37	33,0
Satisfeito	30	26,8
Muito satisfeito	14	12,5
<b>Classificação nutricional</b>		
Desnutrido	5	4,9
Eutrófico	51	50,0
Sobrepeso	23	22,5
Obeso	22	21,6
Obeso mórbido	1	10,
<b>Que nota você daria para o HETM hoje.</b>		
Mínimo	0	Média
máximo	10	6,82

---

No que diz respeito às variáveis categóricas do módulo de saúde em 2014 (tabela 4), observou-se que, daquelas relacionadas a funcionalidade dos indivíduos, 86,3% dos idosos eram independentes, 33,3% apresentavam pelo menos uma das dificuldades para realização das AVDs, 80,4% demonstraram ser independentes para realização das AVDIs, e 25,5% realizavam atividades físicas. A maioria encontrava-se acima do peso (58,8%), embora 62,7% dos entrevistados tivessem ausência de risco nutricional. Pela Escala de TUG, 48% eram normais, não apresentavam alteração para realização do teste. Com relação às disfuncionalidades, 84,3% eram portadores de DCNTs, e ainda 92,2% faziam uso de algum medicamento. Dos analisados, 37,3% eram portadores de necessidades especiais, 72,5% apresentavam déficit auditivo, 80,4% reportaram déficit visual e 23,5% disseram ter algum tipo de incontinência. Do total, 31,4% já sofreram queda, portanto, 41,2% apresentavam risco aumentado para queda, tendo em vista que o fato do idoso já ter sofrido queda, aumenta sua chance de cair novamente pois sinaliza declínio da capacidade funcional. Quanto à prática de atividades físicas, a maior parte dos idosos foi considerado sedentária, 74,5% não as praticavam.

Com relação ao aspecto cognitivo desses idosos, 80,4% eram independentes para as AVDIs, apresentaram cognição normal (92,2%). Segundo a escala minimal, 94% apresentaram valores normais para a escolaridade, sugerindo alto grau de autonomia para esse grupo. 19,6% foram dependentes para as AVDIs, e no grupo, 16,2% apresentam comprometimento pela escala de Pfeffer.

Em relação ao suporte social, este foi considerado adequado para a maioria dos idosos entrevistados (88,2%), sendo 90,2% mantinham contato com a família, o que foi de acordo com o bom Apgar familiar (93,4%), e 60,8% participam de atividades sociais.

Na escala de avaliação Yesavage, observa-se que 76% do grupo entrevistado não apresentava depressão ou sintomas dela.



Tabela 4

Distribuição de Frequência das variáveis categóricas do módulo de saúde e qualidade de vida 2014

Variáveis	Frequência Absoluta (n=51)	Frequência Relativa (%)
<b>Necessidades especiais</b>		
Não	32	62,7
Sim	19	37,3
<b>Atividades sociais</b>		
Não	20	39,2
Sim	31	60,8
<b>Portador de DCNT</b>		
Não	8	15,7
Sim	43	84,3
<b>Usa algum medicamento</b>		
Não	4	7,8
Sim	47	92,2
<b>Déficit auditivo</b>		
Não	14	27,5
Sim	37	72,5
<b>Déficit visual</b>		
Não	10	19,6
Sim	41	80,4
<b>Incontinência</b>		
Não	39	76,5
Sim	12	23,5
<b>Quedas</b>		
Não	35	68,6
Sim	16	31,4
<b>Fuma</b>		
Não	37	72,5
Sim	14	27,5
<b>Álcool</b>		
Não	40	78,4
Sim	11	21,6
<b>Atividades físicas</b>		
Não	38	74,5
Sim	13	25,5
<b>Risco de queda</b>		
Baixo	21	58,8
Aumentado	30	41,2
<b>Contato com a família</b>		
Não	5	9,8
Sim	46	90,2

(Continua)

**Tabela 4 (continuação)**

---

<b>Classificação nutricional</b>		
Baixo peso	6	11,8
Eutrófico	15	29,4
Sobrepeso	30	58,8
<b>Risco nutricional</b>		
Ausência de risco	32	62,7
Presença de risco	19	37,3
<b>AVD dificuldades</b>		
Não	34	66,7
Sim	17	33,3
<b>Katz</b>		
Independente	44	86,3
Dependente	7	13,7
<b>Barthel</b>		
Dependência leve	4	44,4
Dependência moderada	4	44,4
Independente	1	11,2
<b>AVDI instrumental</b>		
Independente	41	80,4
Dependente	10	19,6
<b>Escala Pfeffer</b>		
<6	31	83,8
>6	6	16,2
<b>Cognição</b>		
Déficit	4	7,8
Normal	47	92,2
<b>Minimental</b>		
Alterada para escolaridade	3	6,0
Normal para s escolaridade	47	94,0
<b>Suporte social</b>		
Não adequado	6	11,8
Adequado	45	88,2
<b>Apgar familiar</b>		
< 3	0	0,0
4 -6	2	4,6
>7	42	93,4
<b>TUG</b>		
Normal < ou =1	24	48,0
Alterado > 1	26	52,0
<b>Yasavage</b>		
<5	38	76,0
>7	12	24,0
<b>Satisfação com a saúde</b>		
	9	
1 – 2 satisfeito	1	17,6
3 - NDA	41	2,0
4 – 5 Insatisfeito		80,4

---

## 6. DISCUSSÃO

De maneira geral, as características da população estudada, não são comparáveis às descritas para idosos institucionalizados no país, conforme observado em Suzuki et al. (2009), onde 56,20% dos idosos pesquisados tinham mais de 70 anos e em relação ao estado civil prevaleciam solteiros ou viúvos, e em Danilow et al. (2007) onde a amostragem constou que a idade média dos idosos foi 76,6 anos, sendo que 42,3% era do sexo masculino. Observou-se neste trabalho, idade média de 69,9 e 72,8 anos, respectivamente em 2007 e 2014, o grau de escolaridade predominantemente fundamental incompleto sendo que, a maioria do grupo estudado convive maritalmente. Além disso, observou-se maior percentual de entrevistados residentes do sexo masculino, o que é compatível com a questão de gênero na hanseníase, doença há predominância de homens. Esse perfil difere do perfil da população geral idosa brasileira na qual observa-se que a mulher está envelhecendo mais que os homens (CAMARANO, 2002), o que reforça o fato de que esse fenômeno acompanha o envelhecimento da população, a feminização da velhice (LEBRÃO, 2007).

No que diz respeito à institucionalização dos idosos estudados, pode-se considerar que ela em muito se difere da razão do internamento em outros tipos de instituições para idosos, ou asilares, onde predominam o sexo feminino, viúvas, com menor nível de instrução, e renda. Pesquisas realizadas em instituições de longa permanência para idoso (ILPIs) no Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Minas Gerais concluíram que as características socioeconômicas e de saúde encontradas na população internada são marcadas pelo predomínio de mulheres, condições de saúde precária, baixo poder aquisitivo, solteiras ou viúvas (ARAÚJO et al., 2010).

Quanto à percepção da própria saúde, em 2007, os dados corroboram com os 39,7% que consideraram sua saúde boa ou muito boa na pesquisa do IBGE realizada na população idosa brasileira com 75 anos ou mais de idade (IBGE, 2013), onde podemos supor que a percepção do indivíduo sobre a saúde não sobrevém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade.

Em 2014, as respostas obtidas por meio da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, evidenciaram que 76% dos entrevistados não tinham depressão e 24% tinham. Esses resultados podem ter alguma relação com os esforços da instituição para manter um padrão de qualidade, com esforços direcionados à prevenção da depressão. Ademais,

apontam para a necessidade de cuidados específicos para tratamento daqueles que reportaram ter depressão. Existem fatores protetores contra a depressão que são obtidos por um bom apoio social. A depressão reduz a felicidade e o bem-estar, contribuindo para limitar física e socialmente o idoso, tornando mais complexo o tratamento de manifestações clínicas concomitantes e até aumentando o risco de suicídio. Como sugestões de estratégias assistenciais na instituição, com o intuito de prevenir a depressão, estão a comunicação terapêutica, o toque, a orientação para realidade, a terapia de validação, a reminiscência que consiste em rememorar o passado para quem sente prazer em lembrar experiências pregressas e as prescrições de enfermagem para melhorar a imagem corporal (PERRY, 2013).

Os achados do estudo devem ser considerados à luz do tempo em que os entrevistados convivem de maneira institucionalizada e com limitações crônicas de saúde, ao ponto de desconsiderá-las como obstáculo ou empecilho à sua qualidade de vida, o que sugere adaptação e características de resiliência e superação (RUIPÉREZ & LLORENTE, 2000). Por outro lado, aqueles idosos mais fragilizados e com menor satisfação com vida podem já ter falecido, o que poderia estar relacionado ao fato de 60% dos respondentes reportarem que estavam satisfeitos com sua vida no inquérito de 2007, percentual que pode ser considerado elevado.

A presença de dependência para ao menos uma atividade básica da vida diária em 33,3% dos pacientes entrevistados, ilustra que o inquérito de 2014 foi respondido por idosos, na maioria, independentes para as AVDs (86,3%) e AVDIs (80,4%), a despeito de que foram encontrados 24,3% de portadores de necessidades especiais, 23,2% com alguma deficiência física, 24,1% com deficiência auditiva, 75,7% tendo deficiência visual e 11,6% dos idosos que faziam uso de algum tipo de órtese e/ou prótese, e 46,4% que apresentavam algum tipo de deformidade no corpo, além de 49,1% fraqueza muscular. Esses importantes fatores relacionados à funcionalidade, provavelmente, também podem estar relacionados ao fato de que toda a amostra teve hanseníase, mas que, pelo tempo de convivência com a cronicidade das doenças, estavam adaptados, e portanto, funcionais. Assim, entender o papel da hanseníase neste contexto, é fundamental para avaliar e compreender as demandas sociais, psíquicas, físicas e ambientais que eles demandam aos serviços de saúde.

Os resultados dos inquéritos encontrados na literatura brasileira, relacionados à hanseníase que mais se assemelham aos dados dos dois inquéritos dos pacientes do HETM, foi bastante parcial, mostrando-se desfavoráveis para a qualidade de vida (SAVASSI,

2009). Outras pesquisas têm sido realizadas em pacientes externos, frequentemente mais jovens, ambulatoriais, e em tratamento, evidenciando que a doença causa grande prejuízo para a vida diária e as relações interpessoais, provocando sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar estritamente vinculados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico, o que pode ser demonstrado pela aplicação do questionário de qualidade de vida proposto nos ambulatório de dermatologia (PROTO et al., 2010).

Com o envelhecimento, podemos sugerir que as modificações que ocorrem na alimentação e no organismo devem estar associadas ao desenvolvimento de doenças crônicas (IBGE, 2010). Estudos recentes têm investigado quais são as doenças crônicas mais frequentes nas pessoas idosas e qual a sua relação com o estado nutricional, que interfere na qualidade de vida dessa população, que muitas vezes depende de algum cuidador, mora sozinho ou ainda, encontra-se institucionalizado.

Levando-se em conta que os idosos entrevistados se alimentavam no refeitório do HETM, ou as principais refeições do dia eram levadas em seu domicílio, não foi evidenciada contudo, nesse estudo, associação significativa entre, classificação nutricional e risco nutricional com as DCNTs, em nenhum dos dois inquéritos, ou dificuldade para as AVDs relacionadas, embora a maioria dos idosos analisados estivesse acima do peso ideal, e a minoria abaixo do peso ideal. Corroborando com outros estudos semelhantes, como exemplo, o estado nutricional, segundo Bassler e Lei (2008), em um estudo transversal descritivo, onde foi analisado o perfil nutricional de idosos pertencentes a grupos paroquiais, encontrou-se uma prevalência de 57,4% de sobrepeso nos idosos estudados, segundo o IMC, e as mulheres apresentaram maior frequência. A taxa de desnutrição foi baixa, sendo de 9,6%. Foram encontrados resultados semelhantes em Bueno et al. (2008), onde participaram idosos de um programa assistencial da Universidade Federal de Alfenas, (UNIFAL), MG. Nesse estudo, encontrou-se 52,4% de sobrepeso, sendo que o baixo peso atingia 19,5% da população dos idosos estudados. Nesse estudo, no quesito funcionalidade, houve a associação do risco de queda com o risco nutricional, e quando analisado mais profundamente supõe-se que quanto mais ausente o risco nutricional, mais baixo era o risco de queda, e portanto, mais independentes para as AVDs e AVDI os idosos se apresentaram.

Como observado, pode-se sugerir que o envelhecimento saudável e o bem-estar são resultados de um equilíbrio entre as dimensões da capacidade funcional dos idosos, a interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária,

integração social, suporte familiar e independência econômica resulta em um envelhecimento saudável, e o bem-estar (ALVES et al., 2008).

Algumas pesquisas, como a de Nogueira et al. (2010), procuraram determinar os fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos, não institucionalizados do município de São Geraldo (MG), que obtiveram como resultado que idosos do gênero feminino com faixa etária de 80 anos ou mais e ausência de cônjuge são condições que se associaram à pior capacidade funcional.

A despeito de não se realizar uma comparação estatística entre os diferentes estudos, podemos verificar em estudo realizado numa ex colônia de hanseníase em Minas Gerais, cujos instrumentos de avaliação dos pacientes foram: questionário de dados sociodemográficos, Mini Exame do Estado Mental, Avaliação das Atividades de Vida Diária Básicas (KATZ), Avaliação das Atividades de Vida Diária Instrumentais (LAWTON), e WHOQoL-breve; onde obtiveram no domínio social escores superiores a todos os outros comparados naquele trabalho, fortalecendo a hipótese de que a rede social resultante do isolamento e da convivência com colegas de internação foi um determinante da qualidade de vida naqueles pacientes, escores semelhantes foram encontrados, em comparação com outros domínios, em estudo conduzido com hansenianos em Bangladesh (SAVASSI, 2010).

Segundo Marteleto (2001), “o conceito de redes é tributário de um conflito permanente entre diferentes correntes nas ciências sociais”, que na sua antropologia estrutural se adjetiva descritiva identificando o caráter perene das organizações e dos comportamentos sociais, privilegiando o indivíduo que dá sentido nas relações e no agir da organização, face ao determinismo institucional. Chor et al. (2001) definem as redes como "teias" de relações sociais, e suas características comuns aos indivíduos, ou os motivos que os reúne, e em torno desse contato se realiza alguma forma de participação social.

O trabalho realizado por Joia et al (2007), buscou observar a existência de concordância entre como os idosos definiam qualidade de vida e os hábitos e estilos de vida que eles têm de fato, através de um inquérito populacional com indivíduos de 60 anos e mais. A maior parte dos idosos do estudo definiu como qualidade de vida as relações interpessoais, boa saúde e equilíbrio emocional, relatando ainda a qualidade de vida ser boa quando há satisfação com a família e com o lar, e praticar trabalhos voluntários. Segundo Andrade e Vaitsman (2002) “As associações voluntárias, com diferentes objetivos e graus de formalização, representam um contraponto à atomização dos

indivíduos e à desintegração social...”. Dessa forma , a rede social do HETM, conta com o apoio social do MORHAN, entidade não-governamental de luta pelos direitos dos pacientes internados compulsoriamente, e que está fortemente vinculada às ex colônias de hanseníase em todo o território nacional.

Os pacientes do HETM, moram em um local com características de uma cidade do interior e estão na mesma localidade há várias décadas, a despeito da vulnerabilidade social desse grupo: a região de Itaboraí apresenta um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da região, fruto da ocupação desordenada inicial de familiares dos internos ao redor da Colônia à época do isolamento, que se refletiu nas últimas décadas pela formação de aglomerados, naquele local e na região devido ao abandono das atividades econômicas desenvolvidas no passado, e agora no presente ao avaliar comparativamente áreas urbana e rural, não observaram diferenciações significativas entre os sujeitos quanto a qualidade de vida. Entretanto, estes mesmos autores ressaltam que as alterações psicossociais do envelhecimento podem se dar de forma mais branda nos pacientes que atuam em trabalhos doméstico e rural (PEREIRA et al., 2006).

A nota que foi dada para o HETM foi considerada boa, pela maioria do grupo analisado e reflete o escore de suporte social encontrado na pesquisa, em que características importantes no comportamento individual, mas que interessam ao grupo, são compartilhadas e dominantes, tecendo uma rede de apoio social, tendo em vista que a maioria dos entrevistados reportaram manter contato com as famílias; e que se sentiam seguros na comunidade, onde participavam das atividades associativas, satisfeitos com a sua qualidade de vida.

Na literatura, alguns estudos prospectivos (PERRACINI & RAMOS, 2002), (REYES-ORTIZ & AL SNITH, 2005) e (SATTIN ET AL., 1990) indicam que 30% a 60% da população da comunidade com mais de 65 anos cai anualmente e metade apresenta quedas múltiplas. Os que já sofreram uma queda apresentam risco mais elevado para cair, entre 60% e 70% no ano subsequente. Os idosos mais saudáveis caem menos, cerca de 15% em um ano, comparativamente aos asilados, cujo percentual sobe até 50%. Entre 20% e 30% dos caidores (idosos com mais de duas quedas por ano) que sofreram alguma lesão apresentarão redução da mobilidade, da independência, e aumento do risco de morte prematura. São considerados fatores de risco: história prévia de quedas e idade. A prevalência das quedas aumenta com o envelhecimento, porém, na revisão demonstrada

por Buksma et al. (2008), de 11 estudos apenas quatro encontraram associação positiva entre aumento de idade e futuras quedas, sexo feminino, medicamentos, condição clínica, distúrbio da marcha e equilíbrio, sedentarismo, risco nutricional aumentado, declínio cognitivo, deficiência visual, doença ortopédica, estado funcional comprometido, iluminação inadequada, superfícies escorregadias, tapetes soltos ou com dobras, degraus altos ou estreitos, obstáculos no caminho (móveis baixos, pequenos objetos, fios), ausência de corrimãos em corredores e banheiros, prateleiras excessivamente baixas ou elevadas, roupas e sapatos inadequados, via pública mal conservada com buracos ou irregularidades e órteses inapropriadas.

Neste estudo, com relação à capacidade funcional, a maioria dos idosos eram independentes para realização das AVDs e AVDIs, mas o valor encontrado na variável queda de 31,4% corrobora com o percentual de queda apresentado pelo estudo prospectivo anteriormente mencionado (BUKSMA et al., 2008), ainda que o percentual para a variável risco de queda encontrado, 41,2% foi menor do que quando comparado ao do estudo; e dentre os fatores de risco para queda no grupo analisado, verificamos que, menos da metade realizava atividades físicas, a maioria encontrava-se acima do peso, embora esses idosos tivessem ausência de risco nutricional. E pela Escala de TUG quase a metade eram normais, o que quer dizer que não apresentavam nenhuma alteração para o teste, a maioria eram portadores de DCNTs, e ainda fazia uso de algum medicamento, poucos eram portadores de necessidades especiais, menos da metade tinha déficit visual e algum tipo de incontinência. O que pode sugerir que o ambiente tenha influência no quantitativo de queda, pois a variável foi construída a partir de fatores intrínsecos e relacionados à queda. A iniciativa das ações com incentivos à prática de atividades físicas para a manutenção da capacidade funcional e de ações educativas que promovam o conhecimento sobre a farmacoterapia são imprescindíveis como forma de estimular o autocuidado, a adesão ao esquema terapêutico e, por conseguinte, melhoria da qualidade de vida dos idosos (OLIVEIRA & NOVAES, 2013).

Com relação ao aspecto cognitivo desses idosos, a maioria deles são independentes para as AVDIs, e apresentaram cognição normal, segundo a escala minimal, com valores normais para a escolaridade, sugerindo alto grau de autonomia para esse grupo. Porém, 19,6% são dependentes para as AVDIs, e no grupo 16,2% apresentam comprometimento pela escala de Pfeffer, o que embora pareça a princípio controverso, poderia supor que o paciente “incapaz” teria menor exposição ao ambiente externo, o que



no caso dos pacientes sequelados devido à hanseníase significa tanto uma menor exposição desses perante à população exterior, quanto uma menor percepção da insuficiência do ambiente, logrando associação com satisfação com a sua qualidade de vida.

A escolaridade encontra-se associada a melhores resposta sobre a qualidade de vida, mas não foi importante para a qualidade de vida dos pacientes analisados no HETM, que apesar do baixo nível de escolaridade são em sua maioria independentes, com avaliação cognitiva boa, normal para a escolaridade, e satisfeitos de um modo geral (HUGUET et al., 2009).

Segundo Wong (2004) existe a necessidade do estabelecimento de instrumentos e programas específicos para a abordagem do estigma em hanseníase, e que esta atuação deve se basear em temas e desafios já conhecidos. O tempo de evolução do paciente com doenças crônicas estaria relacionado a uma maior adaptação à enfermidade, e consequentemente a uma melhor qualidade de vida, mas que isto é variável de acordo com a doença estudada, e não se relaciona diretamente ao “passar do tempo”, mas a outras variáveis relacionadas, conforme sinaliza Urzua (2008).

Dentro dessa perspectiva, procura-se entender as reais condições de acesso, reconhecer as vulnerabilidades individuais e sociais e avaliar a qualidade da assistência ofertada pelo serviço de saúde, que deve moldar e fortalecer a capacidade de gestão do cuidado prestado, na integralidade das ações como forma de prevenir uma inversão de valores e responsabilidades no contexto do SUS. Não obstante, vale ressaltar que a vulnerabilidade social espelha as condições de bem-estar social que envolve moradia, educação e acesso a bens de consumo e que, apesar da maioria dos participantes possuírem moradia fixa e ocupação, o baixo nível de escolaridade pode potencializar o processo de adoecimento e agravamento das condições de saúde, posto que a capacidade de processar informações possa reverter em benefícios que garantem uma efetiva participação e emancipação no autocuidado e na busca por melhoria nas condições de saúde (ANDRADE, 2014).

Como observado, poucos autores fazem avaliações multidimensionais em idosos e em ex-portadores de hanseníase, e não foram recuperados artigos que abordem especificamente este tópico em relação à qualidade de vida, estado clínico funcional e autopercepção de saúde. Entretanto, trataram-se de dados sócio demográficos e instrumentos validados de avaliação para os idosos, no qual fizeram parte algumas das variáveis de autonomia e independência.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fim do isolamento compulsório, a descoberta da cura para a hanseníase, o envelhecimento da população egressa das colônias, o início de práticas educativas e de promoção de saúde das pessoas idosas para a melhoria da sua qualidade de vida, nortearam o trabalho em foram utilizados dados de dois inquéritos de saúde realizados em 2007 e em 2014, contendo informações sócio demográficas, descritas em variáveis categóricas, variáveis categóricas clínico funcionais e variáveis de suporte social e qualidade de vida, desses idosos egressos da ex colônia de hanseníase, hoje HETM.

Essa dissertação aponta para questões importantes, pois os objetivos da pesquisa foram alcançados, e ainda mereceriam um estudo mais aprofundado sob a ótica da pesquisa qualitativa, e maior capacitação e aprendizado por parte da equipe de profissionais do HETM, face aos resultados apresentados que apontam para aspectos socioculturais inerentes a história de vida da amostra estudada, devendo englobar futuramente as outras ex-colônias do Brasil.

Espera-se que os resultados deste estudo sirvam de subsídio para a implantação de políticas públicas e programas que preconizem o envelhecimento saudável de idosos egressos do isolamento pela hanseníase, que, além das sequelas relacionadas à doença, também estão envelhecendo e necessitam de maiores intervenções e cuidados.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida AG. Colônia Juliano Moreira – sua origem e um pouco de sua trajetória histórica. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, XI: p. 161-171, 1967.

Almeida OP. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia: instrumentos para avaliação de pacientes com demência. São Paulo: Lemos, 2000.

Alves JA. A conferência do Cairo sobre população e desenvolvimento e o paradigma de Huntington. *Revista da Abep*, v. 12, p. 1-2, 1995.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. *CienSaudeColet*, v.13,n. 4, p.1199-207, 2008.

Andrade GRB, Vaitsman J., Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde, *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4):925-934, 2002.

Andrade ACG. Pessoas que vivem com HIV/aids: uma análise a partir do perfil sociodemográfico e das condições de clínicas, Ribeirão Preto-SP. 2014. 99 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

Araújo CLO, Souza LA, Faro ACM. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Hist. enferm., Rev. eletrônica*;1(2):[250-262], Jul-Dez. 2010. Disponível em: <[http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1\\_artigo3.pdf](http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf)>. Acesso em 01 abril. 2015.

Araújo H. História da Lepre no Brasil – Período Republicano (1890-1952). Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

Askari M, et al. Assessing quality of care of elderly patients using the ACOVE Quality Indicator Set: a systematic review. *PLoS One*, San Francisco, v. 6, p. e28631, 2012.

Barros, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde. In: *Incentivo à participação popular e o controle social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

Bassler TC, Lei DLM. Diagnóstico e monitoramento da situação nutricional da população idosa em município da região metropolitana de Curitiba (PR), *Rev. Nutr.*, Campinas, 21(3):311-321, maio/jun., 2008.

Binstock RH, George LK. *Aging and the Social Sciences*. Seventh Edition. Academic Press. 2011, Pages 367–383.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm)>. Acesso em: 03 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 9.010, de 29 de Março de 1995. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/127430/lei-9010-95>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. 6. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 371p.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.498, de 28 de Junho de 2007. Dispõe sobre o salário mínimo a partir de 1º de abril de 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Atos2007-2010/2007/Lei/L11498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2007-2010/2007/Lei/L11498.htm)>. Acesso em: 24 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.520, de 18 de Setembro de 2007. Dispõe sobre a concessão de pensão especial às pessoas atingidas pela hanseníase que foram submetidas a isolamento e internação compulsórios. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/lei/11520.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11520.htm)>. Acesso em: 03 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose, e oncorcerose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíase: plano de ação: 2011-2015. Brasília, 2012.

Browne SG. A Lepra na Bíblia – estigma e realidade. São Paulo: Ed. Ultimato, p.6, 2003.

Brucki SMD et al. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais no nosso meio. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 55, p. 56-61, 1997

\_\_\_\_\_. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, São Paulo, v. 61, p. 777-781, 2003.

Buksman S, Vilela ALS, Pereira SRM, Lino VS, Santos VH. Quedas em Idosos: Prevenção. Projeto Diretrizes. Rev Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2008.

Bueno JM. et al., Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial, Ciência & Saúde Coletiva, 13(4):1237-1246, 2008.

Cabral D. A lepra e os novos referenciais da medicina brasileira no final do século XIX. O Laboratório Bacteriológico do Hospital dos Lázaros. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. MARQUES, Rita Cássia (Orgs.) Uma História Brasileira das Doenças. Rio de Janeiro: Mauad X, 2006. 147p.

Camarano AA. O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: IPEA, 2002. (Texto de discussão, 858).

Cassis SVA, Karnakis T, Moraes TA, Curiati JAE, Quadrante, A. C. R., Magaldi RM. Correlação entre o estresse do cuidado e as características clínicas do paciente portador de demência. *Revista da Associação Medicina Brasileira* [On line], 53 (6), 497-501. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v53n6/a15v53n6.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

Catalunya. Ministerio de Trabajo y Assusntos Sociales. Secretaria General de Assuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMERSO). Plan de Acción para lãs personas mayores: 2003-2007. Catalunya; 2003.

Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pùb.* 2001, 17, 887-896.

Ciconelli RM, Ferra, MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.*1999;39(3):143-50.

Clark BC, Manini TM. SarcopeniaDynapenia. *J GerontolABiolSci Med Sci*, v. 63, n.8, p. 829-834, Ago. 2008.

Claro L. Hanseníase – Representações sobre a doença. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

Clegg A et al. Frailty in elderly people. *The Lancet*, v. 381, n. 9868, p. 752-762, Mar. 2013. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9.

Clemente MA. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano: revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria – RevPsicolCienc Afines* 2003; 20(1):31-60.

Costa EFA, Porto CC, Almeida JC et al. Semiologia do Idoso. In: Porto, CC. (ed). *Semiologia médica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. cap. 9, p.165-197.

Cotta RMM, Suarez-Varela MM, CottaFilho JS, LlopisGonzalez A, DiasRicòs JA, Real ER. La hospitalización domiciliaria ante los cambios demográficos y nuevos retos de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2002;11(4):253-61.

Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). *Revista da UFG*, Vol. 5, No. 2, dez 2003 on line ([www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br)).

Cunha AZS. *Hanseníase: a história de um problema de saúde pública*. Santa Cruz do Sul, 1997. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade de Santa Cruz do Sul.

Danilow MZ, Moreira ACS, Viela CG, Barra BS, Novaes MRCG, Oliveira MPF. Perfil epidemiológico, sociodemográfico e psicossocial de idosos institucionalizados do Distrito Federal. *Rev. Comun. ciênc. saúde*;18(1):9-16, jan.-mar. 2007.

Duarte YA. O. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ducatti I. Discurso Científico e legitimação política: hanseníase e isolamento compulsório (Brasil, século XX). Projeto História. São Paulo, n. 34, jun. 2007, 303p.

Eidt LM. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saude soc.* [online]. 2004, vol.13, n.2, pp. 76-88.

Fayers P, Machin D. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes. 2nd edition. April 2007. 566p.

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

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

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2003; 37(6):793-9.

Fleiss MCM. Bio-Bibliografia do professor Heraclides César de Souza-Araujo. Rio de Janeiro: Grafica Milone, 1958.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.*, v. 12, p. 189-198, 1975.

Foucault M. Nietzsche, la généalogie, l'histoire. Em M. Foucault, Dits ET écrits I. Paris: Gal Imard. (Original publicado em 1971). 2001. pp. 1004-1024.

Freitas EV. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML. Tratado de geriatria e gerontologia. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 609-17.

Freitas EV. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

Freitas EV; Miranda RD. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla. In: FREITASEV et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006. p.900-9.

Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *Journals of Gerontology: series A: biological sciences and medical sciences*, Washington, v. 56, p. M146-156, 2001.

Gil R et al. Une méthode d'évaluation rapide des fonctions cognitives (ERFC). Son application à la démence senile de tupe Alzheimer. Sem. Hôp. de Paris, v. 62, n. 27, p. 2127-2133, 1986.

Gill TM, Feisntein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. JAMA. 1994; 272(8):619-26.

Gois ALBV, Veras RP. Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.6, pp. 2859-2869.

Huguet PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(2):61-7).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/25072002pidoso.shtm>>.

\_\_\_\_\_. Perfil dos Municípios Brasileiros. 2012.

\_\_\_\_\_. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. 2013. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>.

Joia LC et al, Condições associadas à satisfação com a vida. Rev Saúde Pública 2007;41(1):131-8.

Junior CMP, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(1):7-19, jan-fev, 2005.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. the Index of Adl: a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA. 1963;185:914-9.

Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. BMC Medicine, London, v. 10, n. 4, 11 Jan. 2012.

Landi F et al. Psychotropic medications and risk for falls among community-dwelling frail older people: an observational study. Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, n. 60, p. 622-626, 2005.

Law AI, Holmes NH. Global project on the history of leprosy: The oral history project. Disponível em: <<http://www.idealeprosydignity.org/OralHistoryWeb/OralHistory-Main.htm>>. Acesso em: 09 jan. 2015.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.

Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: saúde, bem-estar e envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 73-91.

Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. São Paulo: Saúde Coletiva, bimestral, ano/vol. 4; 2007. pp. 135-140.

Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan; 2006. p. 892-897.

Lipschitz DA. Screening for nutritional status in 24. the elderly. Primary Care, v. 21, n. 1, p.55-67, 1994.

Marteletto RM. Análise de redes sociais- aplicação nos estudos de transferência da informação, Ci. Inf., Brasília,v.30 n.1, p.71-81,jan./abril.2001

Matheus, DA. Dr. Marjory Warren and the Origin of British Geriatrics. *J Am GeriatrSoc*, v.32, p.253-258, 1984.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

Mendonça A, Nicolini GB. Revista Brasileira de História da Medicina, pioneira da historiografia médica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v.14, n.1, jan.-mar. 2007. p. 269-284.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Leprologia. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Leprosia, 1960. Coloca-se a questão do trabalho exercido pelos leprosos; “Os doentes de lepra apresentam, comumente, um estado geral satisfatório e boas condições físicas que lhes permitem exercer várias atividades, mesmo as mais árduas.” 14p.

\_\_\_\_\_. Os casos de Hanseníase por Unidade de Federação. 2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2014/01/maior-incidencia-de-hanseniose-esta-em-mt-e-ma-aponta-ministerio.html>. Acesso em: 14 Jan. 2014.

\_\_\_\_\_. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. 2008. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia\\_saude\\_situacao\\_hanseniose.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_situacao_hanseniose.pdf). Acesso em: 04 Mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Doenças Negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Rev Saúde Pública, 2010; 44 (1): 200-2.

Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta paul. enferm.* [online]. 2010, vol.23, n.2, pp. 218-223.



Monteiro YN. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. *Hist. cienc. saude-Manguinhos* [online]. 2003, vol.10, suppl.1, pp. 95-121.

Moraes EN, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 4ª Ed. Belo Horizonte: Folium, 2014. 200p.

Moraes EN. Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.

Moraes EN, Lanna FM. Incapacidade cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso. Belo Horizonte: Folium, 2010.

Moragas RM. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. 2ª ed. São Paulo: Paulinas; 2004.

Nascimento EG. A lepra: etiologia, prophylaxia e tratamento. Rio de Janeiro, 1913. Tese (Doutorado em Medicina) – Setor de Clínica Dermatológica e Syphiligraphica, Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Nascimento DR, Carvalho DM. Uma história brasileira das doenças. 1ª Ed. Brasília. 2004. 338p.

Nitrini R, Caramelli P, Herrera Junior E, Porto CS, Charchat-Fichman H, Carthery MT, Takada LT, Lima EP. Performance of illiterate and literate nondemented elderly subjects in two tests of long-term memory. *Journal of the International Neuropsychological Society*, v.10, p.634-638, 2004.

Nogueira et al., Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos, *Rev Bras Fisioter*, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-9, jul./ago. 2010.

Nunes FAV. Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível? *Radis – Comunicação em Saúde*, Rio de Janeiro, n. 27, nov. 2004. 11 p.

Olinto BA. Pontes e Muralhas: diferença, lepra e tragédia no Paraná do início do século XX. Guarapuava: Unicentro, 2007. 234p.

Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília. *Brasil, Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4): 1069-1078, 2013.

Ornellas CP. O Paciente Excluído: História crítica das práticas médicas de confinamento. Rio de Janeiro: Revan, 1997. 76p.

Paschoal SMP. Autonomia e Independência. In: Papaléo Netto M. *Tratado de gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 313-23.

Peixoto A. *Clima & Saúde: introdução bio-geográfica à civilização brasileira*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1938.

Penna MLF. *A eliminação da hanseníase no Brasil*. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2006.

Perracini MR, Ramos LR. Fall-related factors: in a cohort of elderly community residents. *Rev. Saúde Pública*, 2002; 36: 709-16.

Perry P. *Fundamentos de Enfermagem - 8ª Ed.*, 2013.

Pinheiro R., S. et al. *Ciência & Saúde Coletiva* 7(4):687-707, 2002.

Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.

Proto RS, Machado CDS, Rehder JR, Paixão MP, Angelucci RI. Qualidade de vida em hanseníase: análise comparativa entre pacientes da região Amazônica com pacientes da região do ABC, São Paulo, Brasil, *An Bras Dermatol*. 2010;85(6):939-41.

Pereira RJ et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global dos idosos. *Rev. Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, v. 5, n. 1, p. 1-16, jan./abr. 2006.

Queiroz MS. "Hanseníase no Brasil: Uma perspectiva histórica dos paradigmas e modelos institucionais de enfrentamento da doença" In *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. São Paulo: Ed. Hucitec/Fapesp, 2000. p. 143.

Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias* 2002; 4(7):156-175.

Ramon JM, Subira C. Grupo Español de Investigación en Gerodontología. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. *MedClín (Barc)*. 2001; 117:766-70.

Reyes-Ortiz CA, Snith S, Markides KS. Fall among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexicans-Americans. *Rev Panam Salud Publica*, 2005; 17: 362-9.

Rocha AD, Okabe I, Martins MEA, Machado PHB, Mello TC. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? *Ciênc. saúdecoletiva* 2000; 5:63-81.

Rosa TEC. *Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida [tese]*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

Rotberg A. A "hanseníasis" , the new official name of leprosy in São Paulo, Brazil. *Dermatol Int*. 1969;8:40-3. - Rotberg A. A 'education on "leprosy" is a dangerous myth'. *Int J Lepr*. 1972; 40:79-80.

Rubestein, LZ; Rubestein, LV. Multidimensional Geriatric Assessment in Tallis, R C; Fillit, HM; Brocklehurst, JC (ed). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5ª ed. Estados Unidos da América: Churchill Livingstone, 1998. p. 207-216.

Ruipérez I, Llorente P. Geriatria: Guias Práticos de Enfermagem. In: HERZTERG, C. A. Envelhecimento e assistência geriátrica. Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 2000, p. 1-9.

Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002;10(6):757-64 e Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ EDUERJ; 1994.

Santos FSD, Souza LPA, Siani AC. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan.-mar. 2008. p.29-47.

Santos LAC, Faria L, Menezes RF. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. *Rev. bras. estud. popul.*[online]. 2008, vol.25, n.1, pp. 167-190.

Santos SSC, Carvalheiro BC, Silva BT, Barlem ELD, Feliciani AM, Valcarenghi RV. Avaliação multidimensional do idoso por enfermeiros brasileiros: uma revisão integrativa. *CiencCuidSaude* 2010 Jan/Mar; 9(1): 129-136.

Sattin RW, Lambert Huber DA, DeVito CA, Rodriguez JG, Ros A, Bacchelli S, et al. The Incidence of fall injury events among the elderly in a defined population. *Am J Epidemiol* 1990; 131: 1028-37.

Savassi LCM, Bogutchi TR, Oliveira APS, Modena CM. A influência da internação compulsória em hospitais-colônia na qualidade de vida de cuidadores e pacientes com sequelas de hanseníase. *Hansenol. int. (Online)* vol.34 no.2 Bauru, 2009.

Savassi LCM. Hanseníase: políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores – Dissertação (Mestrado) – Dissertação para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva. Belo horizonte, 2010.

Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad de Saude Publica* 2004; 20:580.

Sayer AA et al. New horizons in the pathogenesis, diagnosis and management of sarcopenia. *Age and Ageing*, London, v. 42, p. 145-150, 2013.

Schneider SD, Wadi YM. Lepra: representações da doença e dos doentes através de discursos médico-científicos e governamentais. IV Congresso Internacional de História. Maringá, Paraná, 2009. Disponível em: <<http://pph.uem.br/cih/>>. Acesso em: 08 jun. 2014.

Suzuki MM, Demartini SM, Soares E. Perfil do Idoso Institucionalizado na Cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação*

Científica da FFC, v.9, n.3, p. 256-268, 2009. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/ric/article/view/259/216>>. Acesso em: 15 jun. 201.

Talhari S, Neves RG. Hanseníase. 3ª.ed. Manaus: Gráfica Tropical, 1997.

Teixeira INDAO, Néri AL. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol. USP.* 2008; 19(1): 81-94.

The WHOQOL Group (1995a). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 41, 1403.

Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller JA et al. (1992), The clock test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from those with Alzheimer's disease. *J Am Geriatr Soc* 40(6):579-584.

Urzua MA. Calidad de Vida y Factores Biopsicosociales en Patologías Médicas Crónicas. *Ter Psicol.* 2008, vol.26, n.2, pp. 207-214.

Vieira ML. Os rumos da cidadania das pessoas atingidas pela hanseníase uma análise do papel do morhan no contexto da constituição de 1988. Rio de Janeiro, 2009.

White C. Carville and Curupaiti: experiences of confinement and community. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos.* V. 10, supl. 1, 2003. p. 123-41.

WHO. Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities (Plan period: 2006-2010). Disponível em: <http://www.who.int/lep/resources/GlobalStrategy.pdf>. 2010.

Wong, ML. Designing programmes to address stigma in leprosy: issues and challenges. *Asia Pac Disab Rehab J.* 2004, Vol.15(2):3-12.

Yamanouchi A A et al. Hanseníase e sociedade: um problema sempre atual. In: *Anais Bras. Dermatol.* Rio de Janeiro, (6), p.396-404, 1993

Yesavage JA et al. Development and validation of a depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

**ANEXO I**  
QUESTIONÁRIO APLICADO EM 2007

## Censo das Ex Colônias

QUESTIONÁRIO Nº

Data: \_\_\_\_\_ Entrevistado: \_\_\_\_\_

### 1 – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR:

PROTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Localização: ( ) Casa ( ) Enfermaria ( ) Pavilhão

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) 1 Fem. 2 Mas. Estado Civil: ( ) 1 Casado 2 Solteiro 3 Viúvo 4 Companheiro

Grau de Escolaridade: ( ) 1 Analfabeto 2 Fundamental 3 Médio 4 Superior

( ) 1 Completo 2 Incompleto

Trabalha? ( ) 1 Sim 2 Não Profissão / Ocupação: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

Possui Documentação? ( ) 1 Sim 2 Não

R.G: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

### 2 – SAÚDE:

Hanseníase: ( ) 1 Sim 2 Não Avaliação Dermatológica: ( ) 1 Sim 2 Não

Situação: 1 Tratamento 2 Alta 3 Abandono Sequela: ( ) 1 Sim 2 Não Tipo: \_\_\_\_\_

Portador de necessidade especial? ( ) 1 Sim 2 Não Qual? \_\_\_\_\_

Outras Doenças ou Condições: ( ) Hipertensão ( ) Diabetes ( ) Respiratórios ( ) Cardiopatia

( ) Visão ( ) Audição ( ) CA ( ) Renal ( ) Obesidade ( ) Outros: Especificar \_\_\_\_\_

Data da última consulta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_

Esta com alguma consulta marcada? ( ) 1 Sim 2 Não Onde? \_\_\_\_\_

Você fez ou faz tratamento Psiquiátrico? ( ) 1 Sim 2 Não

### 3 – MORADIA:

Você sempre foi o titular desta casa? ( ) 1 Sim 2 Não      Tempo de residência: \_\_\_\_\_

A casa é? ( ) 1 Cedida pelo Estado 2 Contrato na Caixa Beneficente 3 Própria 4 Alugada 5 Inválida  
6 Outros: \_\_\_\_\_

Você tem algum documento da casa/terreno? ( ) 1 Sim 2 Não Caso sim, Qual? \_\_\_\_\_

Número de cômodos: ( ) sala ( ) quarto ( ) cozinha ( ) banheiro ( ) banheiro externo ( ) varanda  
( ) garagem ( ) outros \_\_\_\_\_

---

Sua casa já foi reformada? ( ) 1 Sim 2 Não      Modificações:  
\_\_\_\_\_

Você possui animais? ( ) 1 Sim 2 Não      Tipo e nº: ( ) 1 cachorro ( ) 2 gato ( ) 3 galinha  
( ) 4 vaca/boi/bezerro ( ) 5 passarinho ( ) 6 cavalo ( ) porco ( ) 8 outros:  
\_\_\_\_\_

### 4 – SOBRE ÁREAS DE RISCO

Sua casa apresenta algum tipo de risco? ( ) 1 Sim 2 Não

Qual? \_\_\_\_\_

Nesta Comunidade, você e sua família se sentem:

( ) 1 muito seguros ( ) 2 razoavelmente seguros ( ) 3 pouco seguros ( ) 4 inseguros

Por Quê? \_\_\_\_\_

### 5 – SERVIÇOS

#### 5.1 Luz:

Possui Luz Elétrica? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Caso sim: ( ) 1. Relógio Próprio ( ) 2. Relógio Compartilhado ( ) 3. Cedido: Por quem?  
\_\_\_\_\_

**5.2 Lixo:**

Onde põe o lixo da sua casa: ( ) 1. saco de lixo + coletor individual ( ) 2. Saco de lixo + caçamba de lixo coletiva ( ) 3. Saco de lixo + Caminhão ( ) 4. Queima o lixo ( ) 5. Vala de lixo

( ) 6. Outros \_\_\_\_\_

Tem coleta de lixo? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Qual a frequência da coleta de lixo? ( ) 1 mensal 2 quinzenal 3 semanal - Quantas vezes: \_\_\_\_\_

Você separa seu lixo? ( ) 1 Sim ( ) 2 Não

Qual? ( ) 1 2 latas ( ) 2 garrafas PET ( ) 3 restos de alimentos ( ) 4 outros?

Você reaproveita seu lixo? ( ) 1 Sim ( ) 2 Não

Como? \_\_\_\_\_

**5.3 Esgoto:**

Seu esgoto é lançado? ( ) 1 Rede de esgoto 2 Fossa 3 Sumidouro 4 Céu aberto

**5.4 Água:**

Sua casa possui: ( ) 1 Rede de abastecimento 2 Aquisição de pipa 3 Poço 4 Não possui água

Para beber ( ) água filtrada ( ) poço ( ) mineral

Para preparação de alimentos ( ) água encanada ( ) poço ( ) outro \_\_\_\_\_

**6 – REDES DE SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL - PARA pessoas que vivem sozinhas**

Situação familiar: ( ) 1. Pai/mãe ( ) 2. Avô/avó ( ) 3. Filhos(as) ( ) 4.netos(as) ( ) 5.irmãos

( ) 6.tios ( ) 7.primos ( ) 8.outros \_\_\_\_\_

Costuma estar em contato com sua família? ( ) 1 Sim ( ) 2 Não

Caso sim, frequência de visitas: ( ) Mensal ( ) Quinzenal ( ) Datas especiais

Relação Familiar: ( ) 1 Boa 2 Razoável ( ) Ruim

Recebe ajuda de seus familiares? ( ) 1 Sim 2 Não

Especifique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Participa de Alguma Atividade Associativa? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

Qual: ( ) 1 Religiosa 2 Esportiva 3 Assoc. Moradores 4 ONG/OSC 5 Outros \_\_\_\_\_

Onde? \_\_\_\_\_

#### 7 – DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL

7.1 Recebia Cesta Básica: ( ) Sim ( ) Não

7.2 Como é feita hoje a sua refeição: ( ) refeitório do HETM ( ) própria residência

7.3 Caso faça sua refeição no refeitório do HETM, você adquire outros alimentos fora dos que são oferecidos? ( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

7.4 Você divide a refeição que recebe com outros membros da família? Quais?

( ) Sim ( ) Não Quais? \_\_\_\_\_

7.5 Caso suas refeições sejam preparadas em sua residência, quantas você faz por dia?

( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ou mais Quais? \_\_\_\_\_

7.6 Quantas vezes na semana é feito o consumo de:

Proteína: \_\_\_\_\_ Massas em geral: \_\_\_\_\_ Doces: \_\_\_\_\_

Verduras: \_\_\_\_\_ Leguminosas: \_\_\_\_\_ Cereais: \_\_\_\_\_ Frutas: \_\_\_\_\_

7.7 Situação Nutricional Classificações

Peso- \_\_\_\_\_. ( ) Eutrófico ( ) Obeso ( ) Desnutrido

Altura- \_\_\_\_\_. ( ) Sobre Peso ( ) Obeso Mórbito

#### 8 – AVALIAÇÃO FISIOTERÁPICA

Já realizou algum tratamento fisioterápico anteriormente? ( ) Sim ( ) Não

Qual o tratamento? \_\_\_\_\_ Foi realizado em qual local? \_\_\_\_\_

Está utilizando algum tipo de medicamento? ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

História patológica progressiva? ( ) Sim ( ) Não Especificar: \_\_\_\_\_

Realizou alguma cirurgia recente? ( ) Sim ( ) Não

Qual tipo de cirurgia? \_\_\_\_\_ Realizou quando? \_\_\_\_\_

**8.1 Exame Físico:**

Análise do quadro algico – Paciente sente dor em alguma região do corpo? ( ) Sim ( ) Não

Qual (is) a(s) parte(s) do corpo? ( ) Cabeça ( ) Coluna ( ) Braços ( ) Mãos ( ) Pernas ( ) Pés

Análise de força muscular – Paciente sente fraqueza muscular em alguma região do corpo?

( ) Sim ( ) Não

Qual (is) a(s) parte(s) do corpo? ( ) Cabeça ( ) Coluna ( ) Braços ( ) Mãos ( ) Pernas ( ) Pés

Apresenta dificuldades para realizar atividades da vida diária? ( ) Sim ( ) Não

Qual (is)? ( ) Tomar banho ( ) Lavar roupas/louça ( ) Andar caminhar ( ) Outras atividades

Especificar: \_\_\_\_\_.

Análise de deformidade – Possui alguma deformidade presente no corpo? ( ) Sim ( ) Não

Qual (is) a(s) parte(s) do corpo? ( ) Cabeça ( ) Coluna ( ) Braços ( ) Mãos ( ) Pernas ( ) Pés

Usa algum dispositivo auxiliar para deambular? ( ) Sim ( ) Não

Especificar: ( ) Muletas ( ) Bengalas ( ) Cadeiras de rodas

Faz uso de alguma órtese ou prótese? ( ) Sim ( ) Não Qual(is): \_\_\_\_\_

Análise de sensibilidade superficial: \_\_\_\_\_

**8.2 Terapia Ocupacional:**

Você necessita de alguma ajuda técnica ou tecnologia de apoio? ( ) Sim ( ) Não

Possui alguma deficiência física? ( ) Sim ( ) Não

Possui alguma deficiência auditiva? ( ) Sim ( ) Não

Possui alguma deficiência visual? ( ) Sim ( ) Não

Necessita de: ( ) Bolsa de ostomia ( ) Prótese mamária malha para queimados

9 - ENFERMAGEM

Quão satisfeito (a) você esta com a qualidade de sua vida? ( ) 1 Muito satisfeito 2 Insatisfeito

3 Nem satisfeito/nem insatisfeito 5 Satisfeito

Em geral, quão satisfeito (a) você esta com a vida? ( ) 1 Muito satisfeito 2 Insatisfeito

3 Nem satisfeito/nem insatisfeito 5 Satisfeito

Quão satisfeito (a) você esta com a saúde? ( ) 1 Muito satisfeito 2 Insatisfeito

3 Nem satisfeito/nem insatisfeito 5 Satisfeito

Quanto você aproveita da vida? ( ) 1 Muito satisfeito 2 Insatisfeito 3 Nem satisfeito/nem insatisfeito

5 Satisfeito

Quão confortável é o lugar onde mora? ( ) 1 Muito satisfeito 2 Insatisfeito

3 Nem satisfeito/nem insatisfeito 5 Satisfeito

Qual nota que você daria para a qualidade de vida que você tem hoje no HETM? ( ) De 01 à 10

Cite 03 coisas, ou fatos que o governo do Rio de Janeiro poderia fazer para a melhoria da vida dos pacientes do HETM:

---

---

---

Cite 03 coisas, ou fatos que fatos que o Governo Federal poderia fazer para melhoria da vida dos Pacientes do HETM:

---

---

---

Cite 03 coisas, ou fatos que faria você feliz aqui no HETM?

---

---

---

## **ANEXO II**

### **QUESTIONÁRIO APLICADO EM 2014**



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Hospital Estadual Tavares de Macedo

## Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO:  FEM  MASC.  
TELEFONE: ( ) \_\_\_\_\_ D. NASC: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ PRONT: \_\_\_\_\_

<b>ESCOLARIDADE :</b> ANALFABETO <input type="checkbox"/> 1-4 ANOS <input type="checkbox"/> 5-8 ANOS <input type="checkbox"/> >8ANOS <input type="checkbox"/>	<b>SITUAÇÃO CONJUGAL :</b> CASADO OU UNIÃO <input type="checkbox"/> CONSENSUAL <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> SEPARADO <input type="checkbox"/>	<b>OCUPAÇÃO:</b> APOSENTADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO COM OUTRA OCUPAÇÃO <input type="checkbox"/> APOSENTADO SEM OCUPAÇÃO <input type="checkbox"/> TRABALHO DOMÉSTICO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<b>RENDA:</b> APOSENTADORIA <input type="checkbox"/> PENSÃO <input type="checkbox"/> MESADA DOS FILHOS <input type="checkbox"/> ALUGUEL <input type="checkbox"/> TRABALHO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____
<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA:</b> ENF./PAVILHÃO <input type="checkbox"/> CASA TÉRREA <input type="checkbox"/> CASA DUPLEX <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> ILPI <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	<b>RESIDÊNCIA :</b> COMPARTILHADA <input type="checkbox"/> SOZINHO <input type="checkbox"/> FILHOS <input type="checkbox"/> OUTROS FAMILIARES <input type="checkbox"/> EMPREGADA DOMÉSTICA <input type="checkbox"/> CUIDADORES <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>	<b>RELIGIÃO:</b> CATÓLICA <input type="checkbox"/> EVANGÉLICA <input type="checkbox"/> ESPÍRITA <input type="checkbox"/> BUDISTA <input type="checkbox"/> OUTRAS: _____	<b>ATIVIDADES SOCIAIS:</b> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAIS? _____ _____ _____

### INVENTÁRIO DE DOENÇAS PRÉVIAS E MEDICAMENTOS REFERENCIAIS

DOENÇA	MEDICAMENTOS	COMO USA?	TEMPO DE USO

DADOS RETIRADOS DA SBUGG

### DIMENSÃO CLÍNICA

VISÃO NORMAL <input type="checkbox"/> DÉFICIT VISUAL <input type="checkbox"/> USA CORRETORES <input type="checkbox"/>	AUDIÇÃO NORMAL <input type="checkbox"/> DÉFICIT AUDITIVO <input type="checkbox"/> USA CORRETORES <input type="checkbox"/>	CONTINÊNCIA FECAL <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA FECAL <input type="checkbox"/> TEMPO: _____  CONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> INCONTINÊNCIA URINÁRIA <input type="checkbox"/> TEMPO: _____	SONO NORMAL <input type="checkbox"/> DISTÚRBO DO SONO <input type="checkbox"/>
DOENÇAS CARDIOVASCULARES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		USO DE ÓRTESES: _____	
DOENÇAS OSTEOARTICULARES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		USO DE PRÓTESES: _____	
SITUAÇÃO VACINAL:  INFLUENZA <input type="checkbox"/> PNEUMOCOCO <input type="checkbox"/> TÉTANO <input type="checkbox"/> HEPATITE B <input type="checkbox"/> FEBRE AMARELA <input type="checkbox"/>	DATA DA ÚLTIMA VACINA PARA:  INFLUENZA _____ PNEUMOCOCO _____ TÉTANO _____	QUEDA NOS ÚLTIMOS 12 MESES  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  QUANTAS? _____	
POLIFARMÁCIA:  <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	FUMANTE <input type="checkbox"/>  NÃO FUMANTE <input type="checkbox"/>  SE PAROU, HÁ QUANTO TEMPO? _____ _____	ETILISTA SOCIAL <input type="checkbox"/> ETILISTA <input type="checkbox"/> NÃO FAZ USO DE BEBIDA ALCÓOLICAS <input type="checkbox"/>  SE PAROU, HÁ QUANTO TEMPO? _____ _____	NÃO FAZ ATIVIDADE FÍSICA <input type="checkbox"/> CAMINHADA <input type="checkbox"/> MUSCULAÇÃO <input type="checkbox"/> HIDROGINÁSTICA <input type="checkbox"/> OUTRAS _____ QUANTAS VEZES / SEMANA _____

### DIMENSÃO FUNCIONAL

DIMENSÃO AVALIADA	ESCORES DO PACIENTE	INTERPRETAÇÃO
<b>ESTADO FUNCIONAL</b>		
EQUILÍBRIO E MOBILIDADE		RISCO BAIXO DE QUEDAS <input type="checkbox"/> RISCO AUMENTADO DE QUEDAS <input type="checkbox"/>
"TESTE DO LEVANTAR E ANDAR" -TUG		1. NORMAL <input type="checkbox"/> 2. ANORMALIDADE LEVE <input type="checkbox"/> 3. ANORMALIDADE MÉDIA <input type="checkbox"/> 4. ANORMALIDADE MODERADA <input type="checkbox"/> 5. ANORMALIDADE GRAVE <input type="checkbox"/>
ATIVIDADE BÁSICA DE VIDA DIÁRIA (KATZ)		INDEPENDENTE <input type="checkbox"/> DEPENDENTE <input type="checkbox"/> SEMI-DEPENDENTE <input type="checkbox"/>

DADOS RETIRADOS DA SBBG

DIMENSÃO AVALIADA	ESCORES DO PACIENTE	INTERPRETAÇÃO
ESCALA DE BARTHEL PARA AVALIAÇÃO FUNCIONAL ( Caso a escala de KATZ seja imprecisa)		<20 – DEPENDENTE TOTAL [] 20 A 35 – DEPENDÊNCIA GRAVE [] 40 A 55 – DEPENDÊNCIA MODERADA [] 60 A 95 – DEPENDÊNCIA LEVE [] 100 – INDEPENDENTE []
ATIVIDADE INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA -LAWTON		INDEPENDENTE [] DEPENDENTE [] SEMI-DEPENDENTE []
QUESTIONÁRIO DE PFEFFER PARA ATIVIDADES FUNCIONAIS - CUIDADOR		< 6 PONTOS – NORMAL [] ≥ 6 PONTOS - COMPROMETIDOS []
<b>COGNIÇÃO</b>		NORMAL [] DÉFICIT []
MINIEXAME DO ESTADO MENTAL		PONTUAÇÃO NORMAL PARA ESCOLARIDADE [] PONTUAÇÃO ALTERADA PARA ESCOLARIDADE []
FLUÊNCIA VERBAL (CATEGORIA SEMÂNTICA)		PONTUAÇÃO NORMAL PARA ESCOLARIDADE [] PONTUAÇÃO DIMINUÍDA PARA ESCOLARIDADE []
TESTE DO DESENHO RELÓGIO		PONTUAÇÃO NORMAL [] COMPROMETIDO []
<b>HUMOR</b>		NORMAL [] ALTERADO []
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE (VERSÃO 15 ITENS)		≤ 5 PONTOS NORMAL [] ≥ 6 A 10 DEPRESSÃO LEVE [] ≥ 11 DEPRESSÃO SEVERA []
<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>		AUSÊNCIA DE RISCO NUTRICIONAL [] PRESENÇA DE RISCO NUTRICIONAL []
MINIAVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE GUIGOZ		< 17 PONTOS = DESNUTRIDO [] 17 A 23,5 PONTOS = RISCO DE DESNUTRIÇÃO [] 24 PONTOS = NUTRIDO []

DADOS RETIRADOS DA SBGG



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL TAVARES DE MACEDO  
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

NOME: \_\_\_\_\_

DATA DA AVALIAÇÃO: \_\_\_\_\_ AVALIADOR \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO**

- DIA DA SEMANA ( 1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]
- DIA DO MÊS ( 1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]
- MÊS (1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]
- ANO (1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]
- HORA APROXIMADA (1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]
- LOCAL ESPECÍFICO. ( APOSENTO OU SETOR ) ( 1 PONTO ) \_\_\_\_\_ [ ]
- INSTITUIÇÃO ( RESIDÊNCIA, HOSPITAL, CLÍNICA ) ( 1 PONTO ) \_\_\_\_\_ [ ]
- BAIRRO OU RUA APROXIMADA ( 1 PONTO ) \_\_\_\_\_ [ ]
- CIDADE ( 1 PONTO ) \_\_\_\_\_ [ ]
- ESTADO ( 1 PONTO ) \_\_\_\_\_ [ ]

**MEMÓRIA IMEDIATA**

- FALE 3 PALAVRAS NÃO RELACIONADAS. POSTERIORMENTE PERGUNTE AO PACIENTE PELAS 3 PALAVRAS. DÊ 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA CORRETA - TAPETE, CANETA, TIJOLO [ ]
- DEPOIS REPITA AS PALAVRAS E CERTIFIQUE-SE DE QUE O PACIENTE APRENDEU, POIS MAIS ADIANTE VOCÊ IRÁ PERGUNTA-LÁS NOVAMENTE.

**ATENÇÃO E CÁLCULO**

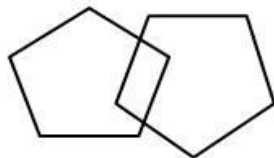
- ( 100-7) SUCESSIVOS, 5 VEZES EM SEGUIDA (1 PONTO PARA CÁLCULO CORRETO) \_\_\_\_\_ [ ]  
93/86/79/72/65
- ALTERNATIVAMENTE, SOLETRAR **MUNDO** DE TRÁS PRA FRENTE ( 1 PONTO PARA CADA LETRA CORRETA) [ ]

**EVOCAÇÃO**

- PERGUNTE PELAS 3 PALAVRAS DITAS ANTERIORMENTE (1 PONTO POR PALAVRA) \_\_\_\_\_ [ ]

**LINGUAGEM**

- NOMEAR UM RELOGIO E UMA CANETA (2 PONTOS) \_\_\_\_\_ [ ]
- REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ" (1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]
- COMANDO: "PEGUE ESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA DOBRE AO MEIO E COLOQUE NO CHÃO" (3 PONTOS) [ ]
- LER E OBEDECER: "FECHE OS OLHOS" (1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]
- ESCREVER UMA FRASE ( 1 PONTO ) \_\_\_\_\_ [ ]
- COPIAR UM DESENHO (1 PONTO) \_\_\_\_\_ [ ]



ESCORE ( \_\_\_ / 30 )



<b>FLUÊNCIA VERBAL</b>	
NOMES DE ANIMAIS EM 1 MINUTO:	
<b>TESTE DO RELÓGIO</b>	
<b>ESCREVA UMA FRASE</b>	
<b>ESCORES</b>	
<b>PONTO DE CORTE PARA FLUÊNCIA VERBAL</b>	
ESCOLARIDADE ABAIXO DE 8 ANOS = 9 [   ]	
ESCOLARIDADE ACIMA DE 8 ANOS = 13 [   ]	
<b>TESTE DO RELÓGIO</b>	
FORMA CIRCULAR = 1 [   ]	NÚMEROS INTERNOS = 1 [   ]
NÚMEROS CORRETOS = 1 [   ]	SIMETRIA PRESENTE = 1 [   ]
HORA CERTA (10H E 10 MIN. OU 8H E 20 MIN.) = 1 [   ]	
<b>PONTO DE CORTE PARA MEEM</b>	
ANALFABETOS = 19 [   ]	
1 A 3 ANOS DE ESCOLARIDADE = 23 [   ]	
4 A 7 ANOS DE ESCOLARIDADE = 24 [   ]	
> 7 ANOS DE ESCOLARIDADE = 28 [   ]	

### ÍNDICE DE KATZ

ÍNDICE DE KATZ	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA
<b>TOMAR BANHO (LEITO, CHUVEIRO, OU BANHEIRA)</b>	REQUER AJUDA SOMENTE PARA LAVAR UMA ÚNICA PARTE DO CORPO ( COMO AS COSTAS OU Membro DEFICIENTE) OU TOMA BANHO SOZINHO ( )	REQUER AJUDA PARA LAVAR MAIS DE UMA PARTE DO CORPO OU PARA ENTRAR OU SAIR DA BANHEIRA , OU NÃO TOMA BANHO SOZINHO. ( )
<b>VESTIR-SE</b>	PEGA AS ROUPAS NOS ARMÁRIOS E GAVETAS, VESTE-AS, COLOCA ÓRTESES OU PRÓTESES, MANUSEIA FECHOS. EXCLUI-SE O ATO DE AMARRAR OS SAPATOS. ( )	VESTE-SE APENAS PARCIALMENTE OU NÃO SE VESTE SOZINHO  ( )
<b>USAR O VASO SANITÁRIO</b>	VAI AO VASO SANITÁRIO, SENTA-SE OU LEVANTA-SE DO VASO, AJEITA AS ROUPAS, FAZ A HIGIENE ÍNTIMA ( PODE USAR CUMADRE OU SIMILAR SOMENTE À NOITE E PODE OU NÃO ESTAR EM USO DE SUPORTE MECÂNICOS ). ( )	USA CUMADRE OU SIMILAR, CONTROLADO POR TERCEIROS, OU RECEBE AJUDA PARA IR ATÉ O VASO SANITÁRIO  ( )
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	DEITA-SE E SAI DA CAMA SOZINHO, SENTA E SE LEVANTA DA CADIERA SOZINHO ( PODE ESTAR USANDO OBJETO DE APOIO ). ( )	REQUER AJUDA PARA DEITAR-SE NA CAMA OU SENTAR-SE NA CADEIRA, OU PARA LEVANTAR-SE; NÃO FAZ UMA OU MAIS TRANSFERÊNCIAS. ( )
<b>CONTINÊNCIA</b>	MICÇÃO E EVACUAÇÃO INTEIRAMENTE CONTROLADAS  ( )	INCONTINÊNCIA PARCIAL OU TOTAL PARA MICÇÃO OU EVACUAÇÃO; CONTROLE PARCIAL OU TOTAL POR ENEMAS E/ OU CATETERES; USO DE URINÓIS OU COMADRE CONTROLADOS POR TERCEIROS. ACIDENTES "OCASIONAIS" ( )
<b>ALIMENTAR-SE</b>	LEVAR A COMIDA DO PRATO ( OU DE SEU EQUIVALENTE) À BOCA. O CORTE PRÉVIO DA CARNE E O PREPARO DO ALIMENTO, COMO PASSAR A MANTEIGA NO PÃO, SÃO EXCLUÍDOS DA AVALIAÇÃO. ( )	REQUER AJUDA PARA LEVAR A COMIDA DO PRATO ( OU DE SEU EQUIVALENTE) À BOCA; NÃO COME OU RECEBE ALIMENTAÇÃO PARENTERAL.  ( )

**ESCALA DE LAWTON**

<b>Atividade</b>		<b>Avaliação</b>	
<b>1</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE USAR O TELEFONE?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>2</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE IR A LOCAIS DISTANTES, USANDO ALGUM TRANSPORTE, SEM NECESSIDADE DE PLANEJAMENTOS ESPECIAIS?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>3</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE FAZER COMPRAS?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>4</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE PREPARAR SUAS PRÓPRIAS REFEIÇÕES?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>5</b>	O (A) SR (A) ARRUMAR A CASA?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>6</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE FAZER TRABALHOS MANUAIS DOMÉSTICOS, COMO PEQUENOS REPAROS?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>7</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE LAVAR E PASSAR SUA ROUPA?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>8</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE TOMAR SEUS REMÉDIOS NA DOSE E HORÁRIOS CORRETOS?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>9</b>	O (A) SR (A) CONSEGUE CUIDAR DE SUAS FINANÇAS?	SEM AJUDA COM AJUDA PARCIAL NÃO CONSEGUE	3 2 1
<b>TOTAL ( SOMA TÓRIO DE CADA ITEM):</b>		<b>PONTOS:</b>	<b> / 27</b>

## ESCALA DE PFEFFER

\*PARA SER APLICADA AO ACOMPANHANTE/CUIDADOR

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ CONTATO: ( ) \_\_\_\_\_

	0	1	2	3	0	1
ELE (ELA) É CAPAZ DE PREPARAR UMA COMIDA?						
ELE (ELA) MANUSEIA SEU PRÓPRIO DINHEIRO?						
ELE (ELA) É CAPAZ DE MANUSEAR SEUS PRÓPRIOS REMÉDIOS?						
ELE (ELA) É CAPAZ DE COMPRAR ROUPAS, COMIDA, COISAS PARA CASA SOZINHO (A)?						
ELE (ELA) É CAPAZ DE ESQUENTAR A ÁGUA PARA O CAFÉ E APAGAR O FOGO?						
ELE (ELA) É CAPAZ DE MANTER-SEEM DIA COM AS ATUALIDADES, COM OS ACONTECIMENTOS DA COMUNIDADE E DA VIZINHANÇA?						
ELE (ELA) É CAPAZ DE PRESTAR ATENÇÃO, ENTENDER E DISCUTIR UM PROGRAMA DE RÁDIO OU TELEVISÃO, UM JORNAL OU UMA REVISTA?						
ELE (ELA) É CAPAZ DE LEMBRAR-SE DE COMPROMISSOS, ACONTECIMENTOS, FAMILIARES, FERIADOS?						
ELE (ELA) É CAPAZ DE PASSEAR PELA VIZINHANÇA E ENCONTRAR O CAMINHO DE VOLTA PRA CASA?						
ELE (ELA) PODE SER DEIXADO (A) EM CASA SOZINHO (A) DE FORMA SEGURA?						
<b>PONTUAÇÃO:</b>						
0 – SIM É CAPAZ 1 – SIM, COM PRECAUÇÕES 2 – NECESSITA DE AJUDA 3 – NÃO É CAPAZ	0 – NUNCA O FEZ, MAS PODERIA FAZER AGORA 1 – NUNCA FEZ E TERIA DIFICULDADE AGORA					

**ESCALA DE BARTHEL**

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
<b>ALIMENTO</b> 0 = Incapacitado 5 = Precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc..., ou dieta modificada 10 = Independente	
<b>BANHO</b> 0 = Dependente 5 = Independente ( ou no chuveiro )	
<b>ATIVIDADES ROTINEIRAS</b> 0 = Precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = Independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
<b>VESTIR-SE</b> 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = Independente ( incluindo botões, zipers, laços, etc...)	
<b>INTESTINO</b> 0 = Incontinente ( necessita de enemas ) 5 = Acidente ocasional 10 = Contigente	
<b>SISTEMA URINÁRIO</b> 0 = Incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = Acidente ocasional 10 = Contigente	
<b>USO DO TOILET</b> 0 = Dependente 5 = Precisa de alguma ajuda parcial 10 = Independente ( pentear-se, limpar-se)	
<b>TRANSFERÊNCIA ( DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE-VERSA)</b> 0 = Incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = Muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = Pouca ajuda ( verbal ou física) 15 = Independente	
<b>MOBILIDADE ( EM SUPERFÍCIES PLANAS)</b> 0 = Imóvel ou < 50 metros 5 = Cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = Caminha com ajuda de uma pessoa ( verbal ou física) > 50 metros 15 = Independente ( mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo bengala) > 50 metros	
<b>ESCADAS</b> 0 = Incapacitado 5 = Precisa de ajuda ( verbal, física ou ser carregado) 10 = Independente	
<b>TOTAL:</b>	

## ESCALA DE BARTHEL – ORIENTAÇÕES

PONTUAÇÃO

TOTAL: 0 - 100

### ORIENTAÇÕES:

1. A pontuação na Escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia.
2. Seu principal objetivo é saber o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal).
3. Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém pode ler o mesmo pra ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito ( caso este esteja impossibilitado de responder).
4. Preferencialmente procure obter respostas relativas às 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

Observação: esta tradução encontra-se em processo de validação para a língua portuguesa  
Data: 28 de agosto de 2006

Traduzido por:  
Dr. Guanis de Barros Vilela Junior  
Grupo de pesquisas em Qualidade de Vida e Atividade Física  
UEFG/METRO CAMP

**ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO (GDS – 15 E GDS – 5)**  
 (PARA CADA QUESTÃO, ESCOLHA A OPÇÃO QUE MAIS SE ASSEMELHA AO QUE VOCÊ ESTÁ SENTINDO NAS ÚLTIMAS SEMANAS)

		SIM	NÃO	
<b>GDS-5</b>	VOCÊ ESTÁ BASICAMENTE SATISFEITO COM SUA VIDA?	0	1	<b>GDS-15</b>
	VOCÊ SE ABORRECE COM FREQUÊNCIA?	1	0	
	VOCÊ SE SENTE INÚTIL NAS ATUAIS CIRCUNSTÂNCIAS?	1	0	
	VOCÊ PREFERE FICAR EM CASA A SAIR E FAZER COISAS NOVAS?	1	0	
	VOCÊ SENTE QUE SUA SITUAÇÃO NÃO TEM SAÍDA?	1	0	
	VOCÊ TEM MEDO QUE ALGUM MAL VAI LHE ACONTECER?	1	0	
	VOCÊ ACHA QUE SUA SITUAÇÃO É SEM ESPERANÇAS?	1	0	
	VOCÊ ACHA MARAVILHOSO ESTAR VIVO?	0	1	
	VOCÊ SENTE QUE SUA VIDA ESTÁ VAZIA?	1	0	
	VOCÊ SENTE QUE A MAIORIA DAS PESSOAS ESTÁ MELHOR QUE VOCÊ?	1	0	
	VOCÊ SE SENTE COM MAIS PROBLEMAS DE MEMÓRIA DO QUE A MAIORIA?	1	0	
	VOCÊ DEIXOU MUITOS DE SEUS INTERESSES E ATIVIDADES ?	1	0	
	VOCÊ SE SENTE DE BOM-HUMOR A MAIOR PARTE DO TEMPO?	0	1	
	VOCÊ SE SENTE CHEIO DE ENERGIA?	0	1	
	VOCÊ SE SENTE FELIZ A MAIOR PARTE DO TEMPO?	0	1	
	<b>PONTUAÇÃO NORMAL:</b>			

## APGAR DE FAMÍLIA

DIMENSÕES AVALIADAS	PERGUNTAS A SEREM REALIZADAS	<u>SEMPRE</u> 2	<u>ALGUMAS VEZES</u> 1	<u>NUNCA</u> 0
<b>A = Adaptação:</b> Representa a satisfação do membro familiar com assistência recebida quanto recursos familiares são necessários. É definida como a capacidade de utilização de recursos intra e extra-familiares, frente a uma situação de estresse familiar, para resolução dos problemas que provocaram a alteração do equilíbrio da referida família.	Estou satisfeito (a) pois posso recorrer a minha família em busca de ajuda quando alguma coisa está me incomodando ou preocupando.			
<b>P = Companheirismo:</b> Compreendido como a satisfação do membro familiar com a reciprocidade nas comunicações familiares e na solução de problemas. Por definição é a capacidade da família em repartir decisões, responsabilidades e ações de maneira a manter seus membros protegidos e "alimentados"	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu conversamos os problemas			
<b>G = Desenvolvimento:</b> Representa a satisfação do membro familiar com a liberdade disponibilizada pela família para mudanças de papéis e para alcance da maturidade ou desenvolvimento emocional. É definido como maturidade estrutural e emocional da unidade familiar bem como seu desenvolvimento obtido através do apoio, auxílio e orientação mútuas.	Estou satisfeito (a) com a maneira como minha família aceita e apóia meus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções.			
<b>A = Afetividade:</b> Indica a satisfação do membro familiar com a intimidade e as interações emocionais em seu contexto familiar. Por definição representa o cuidado ou relação afetiva que existe entre os membros da família.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família demonstra afeição e reage às minhas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor.			
<b>R = Capacidade resolutiva:</b> Representa satisfação do membro familiar com o tempo compartilhado entre eles. Em sua definição, associa-se à decisão, determinação ou resolutividade existente em uma unidade familiar. É o compromisso existente entre os membros de dedicarem-se uns aos outros, com o objetivo de fortalecimento mútuo ( envolve geralmente a questão de tempo compartilhado, divisão de bens materiais, prosperidade e espaço ). Embora possa compreender todos estes aspectos, é mais relevante inclui apenas o tempo compartilhado entre os membros familiares neste domínio.	Estou satisfeito (a) com a maneira pela qual minha família e eu compartilhamos o tempo juntos.			

Parte I  
Dados retirados do Caderno de Atenção básica  
Ministério da saúde – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.



APGAR DE FAMÍLIA - AVALIAÇÃO

0 A 4	ELEVADA DINSFUNÇÃO FAMILIAR	
5 A 6	MODERADA DISFUNÇÃO FAMILIAR	
7 A 10	BOA FUNCIONALIDADE FAMILIAR	

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Essa segunda parte é utilizada para auxiliar no diagnóstico de pontos mais vulneráveis no interior das famílias. É composta por dois itens, um relacionado às pessoas que co-habitam e outro para as pessoas que vivem sós.

<b>QUEM VIVE EM SUA CASA?</b> Faça uma lista por relacionamento/parentesco (exemplo: cônjuge, pessoa significativa, filho(a) ou amigo (a))				Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve <b>COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA</b> constante na lista.		
Relacionamento / Parentesco	Idade	SEXO		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Masc.	Fem.			

<b>SE MORA SOZINHO (A) POR FAVOR RELACIONE ABAIXO AS PESSOAS A QUEM PROCURA, MAIS FREQUENTEMENTE, QUANDO PRECISA DE AJUDA.</b> faça uma lista por relacionamento (por exemplo: membro da família, amigo (a), colega de trabalho, vizinho (a), etc).				Por favor, assinale a coluna (abaixo) que melhor descreve <b>COMO ATUALMENTE VOCÊ SE DÁ COM CADA MEMBRO DE SUA FAMÍLIA</b> constante na lista.		
Relacionamento / Parentesco	Idade	SEXO		Bem	Mais ou Menos	Mal
		Masc.	Fem.			

Parte 2  
 Dados retirados do Caderno de Atenção básica  
 Ministério da saúde – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa.



GOVERNO DO ESTDO DO RIO DE JANEIRO  
SECRETARIA DE STADO DE SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL TAVARES DE MACEDO

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

NOME: SEXO: Nº DE PRONT.  
DATA DE NASC: IDADE: PROFISSÃO:  
ESCOLARIDADE: ESTADO CÍVIL: NATURALIDADE:  
ENDEREÇO:  
DATA DA INTERNAÇÃO: DIAGNÓSTICO:  
ENFERMARIA:

RESULTADO DAS AVALIAÇÕES

AVALIAÇÃO DA COGNIÇÃO MEEM:  
TESTE DO RELOGIO :  
LISTA DE ANIMAIS :  
LISTA DE FRUTAS :  
AVALIAÇÃO DE HUMOR ESCALA DE DEPRESSÃO :  
AVALIAÇÃO FUNCIONAL ESCALA DE LAWTON/PFEFFER:  
AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA [AVDs] ESCALA DE KATZ/BARTHEL:  
AVALIAÇÃO SOCIAL - SUPORTE SOCIAL:  
APAGAR DA FAMÍLIA E DOS CUIDADORES :  
CUIDADOR:

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE GUIGOZ:

## APÊNDICE A

À

SES/ RJ

Sr<sup>a</sup>. Hellen Harumi Miyamoto

Assunto: Termo do Gestor que está ciente e de acordo com a continuidade da pesquisa.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2014.

Exmo Senhora,

Através do presente instrumento, solicitamos a Sr<sup>a</sup> Subsecretária de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, autorização para dar continuidade ao trabalho que foi realizado no Hospital Estadual Tavares de Macedo (HETM) no Município de Itaboraí, onde em 2007 foi aplicado o questionário “Censo das Ex-colônias” com 270 pacientes de hanseníase, e em 2014 o questionário “Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)” com 80 pacientes idosos de hanseníase. A proposta atual é analisar os dados disponíveis através dos inquéritos de saúde realizados em 2007 e 2014, quanto às características sócio-demográficas, clínicas e epidemiológicas dos idosos institucionalizados no HETM. O presente trabalho é requisito para a conclusão do curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), orientada pelo Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Cristina de Aguiar Pereira, tendo como título preliminar “Condições de saúde, perfil sócio-demográfico e qualidade de vida de idosos institucionalizados: a experiência de uma ex-colônia de hanseníase”.

As informações aqui prestadas não serão divulgadas sem a autorização final da Instituição campo de pesquisa.

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2014.

---

Ana Claudia Meirim Krivochein  
Acadêmico

---

Claudia Cristina de Aguiar Pereira  
Profa. Dra. Orientadora

Deferido ( )

Indeferido ( )

---

Sr<sup>a</sup>. Hellen Harumi Miyamoto  
Subsecretária de Vigilância em Saúde da SES/RJ

## APÊNDICE B

### TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD)

Eu, **Ana Claudia Meirim Krivochein**, pesquisador principal, participante da pesquisa intitulada **“Condições de saúde, perfil sócio-demográfico e qualidade de vida de idosos institucionalizados: a experiência de uma ex- colônia de hanseníase”** me comprometo a manter a confiabilidade sobre os dados coletados nos arquivos do **Hospital Estadual Tavares de Macedo (HETM)**, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a 2 questionários: **“Censo das Ex-colônias”** com 270 pacientes de hanseníase e **“Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)”** com 80 pacientes idosos de hanseníase, ocorridos em 2007 e 2014, respectivamente.

Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2014.

Nome Completo: **Ana Claudia Meirim Krivochein**

CPF: **968.460.467-04**

Assinatura: \_\_\_\_\_