

VALÉRIA MOURA MOREIRA LEITE

CEFALEIA E CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO

Recife

2014



VALÉRIA MOURA MOREIRA LEITE

CEFALEIA E CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO

Tese aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco para obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Linha de Pesquisa: Neurologia - Cefaleia

Recife

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

L533c Leite, Valéria Moura Moreira.
Cefaleia e capacidade funcional no idoso / Valéria Moura Moreira
Leite. – Recife: O autor, 2014.
117 f.: il. ; tab. ; quad. ; 30 cm.

Orientador: Marcelo Moraes Valença.
Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do
Comportamento, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Cefaleia. Idoso. 2. Inquérito epidemiológico. 3. Atividades
cotidianas. I. Valença, Marcelo Moraes (Orientador). II. Título.

616.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-135)

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA VALÉRIA MOURA MOREIRA LEITE**

No dia 14 de fevereiro de 2014, às 14h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Kátia Magdala Lima Barreto, Doutora Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco; Hugo André de Lima Martins, Doutor Professor do Serviço de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco; Valdenilson Ribeiro Ribas, Doutor Professor do Departamento de Fisioterapia e Pedagogia da Faculdade dos Guararapes; Hilton Justino da Silva, Doutor Professor do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco e Marcelo Moraes Valença, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguiram a Doutoranda VALÉRIA MOURA MOREIRA LEITE, sobre a sua Tese intitulada “**CEFALÉIA E CAPACIDADE FUNCIONAL NO IDOSO**”, orientada pelo Professor MARCELO MORAES VALENÇA. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Kátia Magdala Lima Barreto	-----
Prof. Dr. Hugo André de Lima Martins	-----
Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas	-----
Prof. Dr. Hilton Justino da Silva	-----
Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença	-----

Profª. Dra. Kátia Magdala Lima Barreto

Prof. Dr. Hugo André de Lima Martins

Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas

Prof. Dr. Hilton Justino da Silva

Prof. Dr. Marcelo Moraes Valença

Presidente da Banca

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Prof. Silvio Romero Marques

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Francisco Ramos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Nicodemos Teles Pontes Filho

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

DIRETOR

Prof. José Francisco Albuquerque

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO**

COORDENADOR

Prof. Marcelo Moraes Valença

VICE-COORDENADORA

Prof^a. Sandra Lopes de Souza

CORPO DOCENTE

Prof^a. Ângela Amâncio dos Santos
Prof^a. Belmira Lara da S.A.da Costa
Prof. Everton Botelho Sougey
Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Prof. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
Prof. João Ricardo Mendes de Oliveira
Prof. Lúcio Vilar Rabelo Filho
Prof. Luiz Ataíde Junior
Prof. Marcelo Moraes Valença
Prof^a. Maria Lúcia de Bustamente Simas
Prof^a. Maria Lúcia Gurgel da Costa
Prof. Murilo Costa Lima
Prof. Otávio Gomes Lins
Prof. Othon Coelho Bastos Filho
Prof^a. Patrícia Maria Albuquerque de Farias
Prof^a. Pompéia Villachan Lyra
Prof. Raul Manhães de Castro
Prof^a. Sandra Lopes de Souza
Prof^a. Sílvia Regina de Arruda Moraes

À minha família – meu marido Edilson, meus filhos Juliana e Pedro José, minha mãe Evangelina e minha irmã Vanalice.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é uma forma de prestar homenagem a todas as pessoas com as quais construí uma vida ou um estágio da vida.

Agradecer é contar com as boas qualidades de outras pessoas para tornar a nossa vida mais profícua.

A Deus! Por tudo e por nos permitir atingir a velhice!

Ao meu orientador –não por acaso– médico e amigo, Marcelo Valença! Por me aceitar como sua aluna.

À minha companheira de trabalho e vida – Kátia Magdala! Conseguimos!

A todos os pesquisadores de campo – que apostaram na vontade de fazer o trabalho.

Aos idosos do Recife, por disporem seu tempo e abrirem suas casas para realização dessa pesquisa.

A UFPE, que no desempenho do seu papel acadêmico e social, possibilitou a realização desse estudo.

À Pró-Reitoria de Pesquisa da UFPE, na pessoa do Professor Anísio Brasileiro, e seus colaboradores que acreditaram, investiram e tornaram viável este estudo.

À Diretoria do Centro de Ciências da Saúde da UFPE, na pessoa do Professor Tadeu Pinheiro, que sempre estava pronto para nos apoiar.

Ao Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE – pela compreensão, ajuda, torcida e crédito no meu trabalho!

Ao programa de pós-graduação –pela oportunidade de realização do meu doutoramento.

Ainda ao programa de pós-graduação - em especial aos que fazem a secretaria – principalmente a Solange pela disponibilidade e suporte nas horas críticas.

Aos componentes da Banca Examinadora desta Tese –Hugo André Martins, Valdenilson Ribas, Hilton Justino, Sílvia Regina e Ivo de Andrade Lima, pela delicadeza com que receberam a tese e o cuidado com que a avaliaram.

Aos profissionais das equipes de Saúde da Família do Recife – que com boa vontade nos ajudou na coleta dos dados.

A Laís Vieira e Emídio Cavalcanti – estatísticos e colaboradores, e que hoje tenho certeza que tenho mais um amigo e uma amiga! Obrigada pela ajuda, disponibilidade e paciência.

Por fim agradeço a todas as pessoas, próximas e distantes, que as guardo no coração, e que, em presença ou em pensamento, contribuíram para que essa tese fosse concluída.

Não é o mais forte da espécie que sobrevive,
nem o mais inteligente.

É aquele que melhor se adapta às mudanças!

Charles Darwin

RESUMO

O fenômeno mundial do envelhecimento populacional pode ser marcado pela boa qualidade de vida. No entanto o cotidiano do idoso pode sofrer alterações na presença de dor, como ocorre na cefaleia. Mesmo assim, estudos brasileiros específicos sobre a relação entre cefaleia e capacidade funcional de idosos, na comunidade, são escassos. No artigo sob título *Aspectos Socioeconômicos da Cefaleia em Idosos*, objetivou-se delinear o cenário socioeconômico da cefaleia em idosos, por meio de uma revisão integrativa. Nos artigos originais, objetivou-se determinar a prevalência de cefaleia e seu impacto na capacidade funcional na população idosa de Recife, comparada à de idosos sem cefaleia. Procedeu-se à revisão integrativa de artigos publicados entre 2000 e 2013, independente de idioma, disponíveis com texto integral nas bases de dados localizados com os descritores “aging”, “eld*”, “cephalalgia”, “headache”, “socioeconomic*” e “economic status”, isolados ou associados, tendo por tema aspectos socioeconômicos de pacientes com cefaleia, investigados em estudos de base populacional ou multicêntricos. No estudo epidemiológico de base populacional realizado entre novembro de 2010 e agosto de 2011, a população foi composta por idosos, de ambos os sexos, residentes no Município do Recife Pernambuco, com funções cognitivas preservadas. Os instrumentos para coleta de dados foram *Brazil Old Age Schedule* e *Headache Impact Test-6*. O tamanho da amostra, igual a 909 idosos, foi calculado para uma população infinita, com base na prevalência de incapacidade funcional em idosos na comunidade de 20%, erro de amostragem de 4,0% e intervalo de confiança de 95%. O critério de estratificação da amostra foi: proporcionalidade por faixas etárias de 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 anos ou mais, para cada um dos Distritos Sanitários. Empregaram-se testes de Qui Quadrado e exato de Fisher, ANOVA associado ao teste de Levene e teste post-hoc de Bonferroni, bem como teste de Kruskal-Wallis, todos com nível de significância de 0,05. Na revisão integrativa, evidenciou-se que, em diversos países, idosos das camadas sociais mais pobres não têm acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado da cefaleia, por busca espontânea ou por referência. Daí decorre a necessidade de ministrar treinamento a profissionais de saúde facilitando o encaminhamento dos pacientes a especialista em cefaleia. Nos artigos originais, identificou-se prevalência de cefaleia igual a 19,91% (IC95% 17,39-22,69) que interferia negativamente sobre a capacidade funcional de idosos. Havia comprometimento da capacidade funcional maior nas cefaleias de impacto substancial ou grave. Nas cefaleias de nenhum ou pouco impacto, a doença atuou como fator de risco para redução de atividades de vida diária e contribuiu para adoção de comportamentos resilientes pró-ativos nas atividades instrumentais de vida diária. Concluiu-se que as características da dor, associadas aos aspectos psicossociais, repercutem negativamente na funcionalidade do idoso.

Palavras-chave: Cefaleia. Idoso. Inquérito epidemiológico. Atividades cotidianas.

ABSTRACT

The global phenomenon of population aging can be characterized by good quality of life. However the daily life of the elderly can be altered in the presence of pain, as in headache. Even so, specific Brazilian studies on the relationship between headache and functional capacity of older adults in the community are scarce. In the article under title Socioeconomic Aspects of Headache in the Elderly, the objective was to delineate the socioeconomic scenario of headache in elderly, through an integrative review. In the original articles, we aimed determining the prevalence of headache and its impact on functional capacity in the elderly population of Recife, compared to the elderly without headache. We carried out an integrative review of articles published between 2000 and 2013, independently of idiom, localized by descriptors as “aging”, “eld*”, “cephalalgia”, “headache”, “socioeconomic*” e “economic status”, isolated or associated. These articles should have socioeconomic aspects of patients with headache as theme, investigated in population-based or multicenter studies. In the population-based epidemiological study conducted between November 2010 and August 2011, the population consisted of elderly, of both gender, residing in the city of Recife, Pernambuco, with preserved cognitive functions. The instruments for data collection were Brazil Old Age Schedule and Headache Impact Test-6. The sample size, equal to 909 elderly, was calculated for an infinite population, based on the prevalence of disability in community elderly equal to 20%, sampling error of 4.0% and a confidence interval of 95%. The criterion for sample stratification was: proportionality for 65 to 69, 70 to 74, 75 to 79 age groups and 80 years or more, for each Sanitary District. We used Chi Square and Fisher's exact tests, ANOVA associated with the Levene test and post-hoc Bonferroni test and Kruskal-Wallis test, all at significance level of 0.05. In the integrative review, it was identified that, in many countries, the lower economic status impede access of elderly to specialized health services in the diagnosis and treatment of headache, either by spontaneous search or through referral. This entails the necessity of providing training to facilitate the referral of patients to headache specialist, because health professionals lack specific training. In the original articles, we identified a headache prevalence equal to 19.91% (95% CI 17.39 to 22.69) that interfered negatively on the functional capacity of elderly. In the second original article under the title Impact of headache intensity on functional capacity of the elderly from Recife, aimed to determine changes in functional capacity of elderly population of Recife, attributable to headache, reviewed by HIT-6. There was impairment of functional capacity of elderly, higher in headache with substantial or severe impact. In the headache with no or little impact, the disease was a risk factor for reduced activities of daily living and contributed to the adoption of resilient proactive behaviors in instrumental activities of daily living. We concluded that the pain characteristics, associated to psychosocial factors, impact negatively on the functionality of elderly

Key words: Headache. Elderly. Epidemiologic Inquire. Activities of Daily Living.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração do Artigo de Revisão

Figura 1 Fluxograma de definição dos artigos que integraram a revisão integrativa.....22

Ilustração do Método

Figura 1 – Mapa de setor censitário de Distrito Sanitário32

LISTA DE TABELAS

Tabelas do Primeiro Artigo

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011.....	46
Tabela 2 – Distribuição da capacidade de realização de AVDs dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011.....	47
Tabela 3 – Distribuição das AIVDs dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011	48
Tabela 4 – Distribuição das avaliações dos 909 idosos quanto a sua saúde física, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011.....	49
Tabela 5 – Discriminação dos problemas de saúde dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011	50

Tabelas do Segundo Artigo

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011	64
Tabela 2 – Distribuição das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011.....	65
Tabela 3 – Distribuição das atividades no tempo livre, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011	66
Tabela 4 – Distribuição das informações sobre saúde física, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011	67
Tabela 5 – Discriminação das doenças informadas, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011	68

LISTA DE QUADROS

Quadro do Artigo de Revisão

Quadro 1– Caracterização dos estudos que compõe a revisão integrativa	23
---	----

Quadros do Método

Quadro 1 – Distribuição da população idosa residente em Recife, segundo Distrito Sanitário, 2000	31
Quadro 2 – Amostra estratificada da população idosa por Distrito Sanitário segundo faixas etárias.....	31
Quadro 3 – Discriminação dos grupos de variáveis independentes	35

Quadros do Primeiro Artigo

Quadro 1 – Distribuição da população idosa residente em Recife, segundo Distrito Sanitário, 2000.....	42
Quadro 2 – Amostra estratificada da população idosa por faixas etárias por Distrito Sanitário.....	42

Quadros do Segundo Artigo

Quadro 1 – Distribuição da população idosa residente em Recife, segundo Distrito Sanitário, 2000.....	61
Quadro 2 – Amostra estratificada da população idosa por faixas etárias por Distrito Sanitário.....	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs - Atividades instrumentais de vida diária

AVDs - Atividades de vida diária

BOAS - *Brazil Old Age Schedule*

DS - Distrito Sanitário

HIT-6 - *Headache Impact Test*

IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MIDAS - *Migraine Disability Assessment*

OMS - Organização Mundial da Saúde

RPA - Região Político-Administrativa

SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

SC - Setor censitário

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	INTRODUÇÃO	20
2.2	MÉTODO	21
2.3	RESULTADOS	21
2.4	DISCUSSÃO	23
2.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	Referências	26
3	MÉTODOS.....	28
3.1	TIPO DE ESTUDO	29
3.2	ÁREA DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM.....	29
3.2.1	Área do estudo.....	29
3.2.2	População de estudo.....	30
3.2.3	Amostragem.....	30
3.3	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	32
3.4	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	34
3.5	PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS	35
3.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	36
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	37
4	PRIMEIRO ARTIGO – CEFALEIA EM IDOSOS DO RECIFE – ESTUDO DE BASE POPULACIONAL	39
4.1	INTRODUÇÃO	41
4.2	MÉTODO	41
4.3	RESULTADOS	45
4.4	DISCUSSÃO	50
4.5	CONCLUSÃO.....	55
	Referências	55
5	SEGUNDO ARTIGO – IMPACTO DA INTENSIDADE DA CEFALEIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DO RECIFE	58
5.1	INTRODUÇÃO.....	60
5.2	MÉTODO	60
5.3	RESULTADOS	64
5.4	DISCUSSÃO	69
	Referências	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS	78
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	82
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DO ESTUDO	83
	ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	116



1 APRESENTAÇÃO

Todos os prejuízos advindos da vivência de dor crônica por idosos compromete-lhes a capacidade funcional, ou seja, a manutenção plena das habilidades físicas e mentais, desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para a manutenção de uma vida independente e autônoma, conforme preconizado por Vieira et al.(VIEIRA, 1996). Assim também, esses prejuízos aumentam a morbidade entre idosos e oneram o sistema de saúde (KUMAR; ALLCOCK, 2008; VAAJOKI, 2013).

Dentre as dores crônicas que acometem idosos e lhes tolhem a capacidade funcional, está a cefaleia, definida como toda dor que ocorre no segmento cefálico (SOUZA et al., 2004),

Ao contrário do que acontece com a maioria das queixas de dor, a prevalência da cefaleia diminui com o envelhecimento (STRAUBE et al., 2013). Mesmo assim, poucos são os estudos de base populacional para determinação de prevalência de cefaleia em idosos, o que denota uma lacuna do conhecimento, no mundo e no Brasil, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde no atlas de disfunções e recursos direcionados à cefaleia no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Um dos indicativos dessa lacuna de conhecimento pode ser identificada na grande faixa de variação da prevalência de cefaleia em idosos, entre 29,4% e 45,6%, segundo país, localidade, tamanho populacional, procedimento para coleta dos dados e detalhamento do tipo de cefaleia (BENSEÑOR et al., 2008; JIMÉNEZ-SÁNCHEZ et al., 2013; STRAUBE et al., 2013).

No Brasil, a maioria dos estudos de base populacional sobre dor aborda a prevalência de dor crônica na população com 65 anos ou mais de idade, porém uma minoria dedica-se à determinação da prevalência de cefaleia e, mesmo assim, inclui os idosos na população geral, sem detalhamento dessa faixa etária.

Estudo, com 451 idosos, realizado no Paraná, para conhecer a prevalência e caracterizar dor crônica em idosos não institucionalizados, constatou prevalência de 51,44%, detalhando que 7,09% apresentavam dor na cabeça e na face e que a dor de cabeça se apresentava como a terceira dor crônica que mais acometia idosos (DELLAROZA et al., 2007).

Estudo realizado por Queiroz et al., em 2009, estimou a prevalência de cefaleia no último ano, na população brasileira; bem como determinou a associação dessa morbidade com algumas características sociodemográficas, em uma amostra representativa de 3.848

indivíduos aleatoriamente selecionados, com 18 a 79 anos de idade, em 27 unidades da federação, empregando coleta dos dados por telefone, baseada em um questionário estruturado. A prevalência, no último ano, de cefaleia crônica diária foi 6,9% (IC 95%: 6,1-7,7%), igualando-se a 9,5%, em mulheres, e 4,0%, em homens.

Apesar da importância da dor, em geral, e da cefaleia, em particular, no processo de envelhecimento e de seus desdobramentos para a capacidade funcional, identifica-se escassez de conhecimento da cefaleia na população de idosos, possibilitando o enfrentamento desse problema. Esses estudos, ao incluírem todos os aspectos contemplados na própria definição de dor, poderão servir de base para a sensibilização de profissionais de saúde para as consequências da dor dos idosos, assim como sua participação no esclarecimento desses aspectos para cuidadores e familiares, a disponibilização de serviços para atendimento a idosos com dor crônica, bem como para o planejamento de programas com alocação de recursos humanos e materiais específicos ao controle da dor nessa população (DELLAROZA et al., 2007; SANTOS et al., 2009)

A vivência profissional e acadêmica contribuiu para perceber que a capacidade funcional do idoso pode ser seriamente comprometida na presença de cefaleia. No entanto se identificou um número pequeno de estudos de base populacional, quando se considerou a importância do tema, do que derivou a motivação desta pesquisa.

A pergunta condutora foi: Qual a prevalência de cefaleia nos idosos do Recife e como se apresenta o quadro funcional desses idosos com tal queixa? Daí decorreu a hipótese de que independente da prevalência da cefaleia entre idosos residentes e moradores no Recife, ela exerce um efeito deletério sobre a capacidade funcional do idoso.

O objetivo geral desta pesquisa foi estudar a cefaleia e sua relação com a capacidade funcional no idoso. Para atingir tal objetivo, definiram-se como objetivos específicos:

- Conhecer o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos recifenses que têm cefaleia;
- Determinar a prevalência de cefaleia em idosos na população do Recife/PE;
- Caracterizar a capacidade funcional dos idosos com cefaleia, considerando autonomia e independência funcional para o desempenho das atividades de vida diária.

Esta tese está composta por quatro capítulos, além desta Apresentação. No primeiro capítulo, apresenta-se o estado de arte sobre a relação entre cefaleia e capacidade funcional na população com 65 anos ou mais de idade.

O segundo capítulo, sob título Metodologia, esteve dedicado ao detalhamento dos métodos empregados na pesquisa de base populacional, possibilitando a outros pesquisadores a replicação do estudo.

O terceiro capítulo, afeito aos resultados, em obediência às determinações do Centro de Ciências da Saúde, esteve composto por dois artigos originais decorrentes do levantamento de dados de base populacional.

Finalmente no quarto capítulo, foram apresentadas as Conclusões e as Recomendações, do estudo de campo.

É relevante notar que as referências bibliográficas empregadas na Apresentação e no capítulo de Metodologia, obedeceram às Normas Brasileiras de Referendação, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023), e estão apresentadas ao final desta tese, após o quarto capítulo.

Nos artigos que compuseram o Terceiro Capítulo, foram obedecidas as normas de citação e de referendação constantes das Instruções para Autores, dos periódicos aos quais se destinaram, do que decorreu o emprego das Normas de Vancouver.

A distribuição dos capítulos desta tese esteve concorde com as Normas de Apresentação de Dissertações e Teses do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco.



2 REFERENCIAL TEÓRICO

Aspectos socioeconômicos da cefaleia em idosos

RESUMO

Introdução: Dentre os comprometimentos da saúde de idosos, a cefaleia se apresenta como a principal queixa motivadora da busca por socorro médico, cuja qualidade depende das condições sociais. **Objetivo:** Delinear o cenário socioeconômico da cefaleia em idosos, por meio de uma revisão integrativa. **Método:** Procedeu-se à revisão integrativa de artigos publicados entre 2000 e 2013, independente de idioma, disponíveis com texto integral nas bases de dados localizados com os descritores “aging”, “eld*”, “cephalalgia”, “headache”, “socioeconomic*” e “economic status”, isolados ou associados, tendo por tema aspectos socioeconômicos de pacientes com cefaleia, investigados em estudos de base populacional ou multicêntricos. **Resultados:** Foram localizados 59 artigos, dos quais 40 foram excluídos por título e resumo, 12, por não detalharem a análise socioeconômica de pacientes com cefaleia e um por restringir a faixa etária. Seis artigos compuseram a revisão, com os quais se identificou que a menor condição econômica inviabiliza o acesso dos idosos a serviços de saúde especializados no diagnóstico e no tratamento de cefaleia, seja por busca espontânea seja por encaminhamento. **Considerações finais:** Os fatores dificultadores do acesso ao diagnóstico e ao tratamento adequado da cefaleia por idosos são seu baixo nível socioeconômico e a falta de treinamento específico dos profissionais de saúde. A inclusão da cefaleia em idosos nos cursos de formação médica, inicial e continuada, é necessária e particularmente importante tendo em vista o envelhecimento da população.

Palavras-chave: Epidemiologia. Envelhecimento. Cefaleia. Fatores socioeconômicos.

ABSTRACT

Introduction: Among the health impairments of elderly, headache is the main complaint for seeking medical help, and its quality depends on social conditions. **Objective:** To delineate the socioeconomic scenario of headache in elderly, through an integrative review. **Method:** We carried out an integrative review of articles published between 2000 and 2013, independently of idiom, localized by descriptors as “aging”, “eld*”, “cephalalgia”, “headache”, “socioeconomic*” e “economic status”, isolated or associated. These articles should have socioeconomic aspects of patients with headache as theme, investigated in population-based or multicenter studies. **Results:** We localized 59 articles, among which 40 were excluded by title and abstract, 12, because they did not detail socioeconomic analysis of patients with headache, and one due to restricting age range. Six articles were included in the review. With them it is identified that the lower economic status impede access of elderly to specialized health services in the diagnosis and treatment of headache, either by spontaneous search or through referral. **Final considerations:** The hindering factors for the access of elderly to diagnosis and appropriate treatment of headache were their low socioeconomic status and the lack of specific training of health professionals. The inclusion of headache of elderly in initial and continuing medical education is necessary and particularly important due to population aging.

Keywords: Epidemiology. Aging. Headache. Socioeconomic factors.

2.1 INTRODUÇÃO

Em decorrência da redução da taxa de fecundidade e da melhoria das condições de vida, observa-se envelhecimento populacional. Este fenômeno caracteriza-se pela transição demográfica, mas também pela transição epidemiológica, as quais têm exigido modificações sociais e nos serviços de saúde para atenção à população idosa¹.

Ambas as transições requerem a preocupação de criar as melhores condições para um envelhecimento ativo, quebrando o paradigma de idosos enquanto pessoas dependentes. Para tanto, é imprescindível assegurar aos idosos a manutenção da capacidade funcional em todos os aspectos, mental, físico, social e econômico, ou seja, o pleno gozo de sua cidadania^{2,3}.

O envelhecimento ativo, saudável, depende da interação multidimensional de vários fatores, dentre os quais a saúde. Dentre os comprometimentos da saúde de idosos, a cefaleia se apresenta como a principal queixa motivadora da busca por socorro médico, seja primária, seja secundária, já que a idade atua como fator de risco independente para sua instalação^{4,5}.

Estudos nacionais e internacionais têm sido desenvolvidos priorizando diagnóstico, tratamento e prevenção de crises de cefaleia, mas são escassas as pesquisas que abordam os aspectos sociais e econômicos da doença, ou seja, que admitem o paciente como foco de atenção. Também são numerosos os estudos sobre capacidade funcional de idosos, mas poucos têm base populacional e um número ainda menor associa capacidade funcional e cefaleia nessa população.

Duas pesquisas de base populacional foram desenvolvidas na região rural da Itália e se constituem em estudos de referência. Camarda e Monastero⁶, em 2003, em população de 1031 idosos, identificaram prevalência de 22% de cefaleia. Prencipe et al.⁷, em 2001, investigaram a prevalência de cefaleia no último ano em 1147 idosos, por meio de entrevista porta-a-porta e exame neurológico, mas enriqueceram essa informação. Relataram prevalência de 72,6% e detalharam que 44,5% deles apresentavam cefaleia associada à incapacidade para as atividades de vida diária (AVD), embora não as tenham detalhado.

Além dessa escassez de informações, outro aspecto relevante da cefaleia em idosos diz respeito à dificuldade de diagnóstico preciso dessa enfermidade, bem como à associação direta do poder econômico do idoso com seu atendimento por especialista em cefaleia.

Identifica-se a necessidade de investigar o conhecimento sobre o contexto em que se insere o idoso com cefaleia, contemplando o impacto da doença sobre seu envelhecimento e a realidade do suporte a que tem acesso. O objetivo deste artigo foi delinear o cenário socioeconômico da cefaleia em idosos, por meio de uma revisão integrativa.

2.2 MÉTODO

Procedeu-se à revisão integrativa, utilizando o programa JabRef versão 2.10, para buscar nas bases de dados PubMed, Scopus, EBSCO *Information Service*, *Scientific Electronic Library on line* (SciELO), e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LiLacs), os descritores “aging”, “eld*”, “cephalalgia”, “headache”, “socioeconomic*” e “economic status”, isolados ou associados, para localização de artigos publicados entre 2000 e 2013, independente de idioma, disponíveis com texto integral, que tivessem como tema aspectos socioeconômicos de pacientes com cefaleia, incluindo necessariamente idosos, investigados em estudos de base populacional ou multicêntricos, como também desvantagens socioeconômicas que a cefaleia pode causar, considerados estes como critérios de inclusão.

Consideraram-se como critérios de exclusão, duplicidade de publicação em periódicos distintos, ausência de detalhamento de condição socioeconômica da amostra, restrição do estudo a casos de cefaleia pós-traumática, obtenção de informações exclusivamente por responsáveis ou acompanhantes, ou ainda estudo com ponto de corte etário no limite superior.

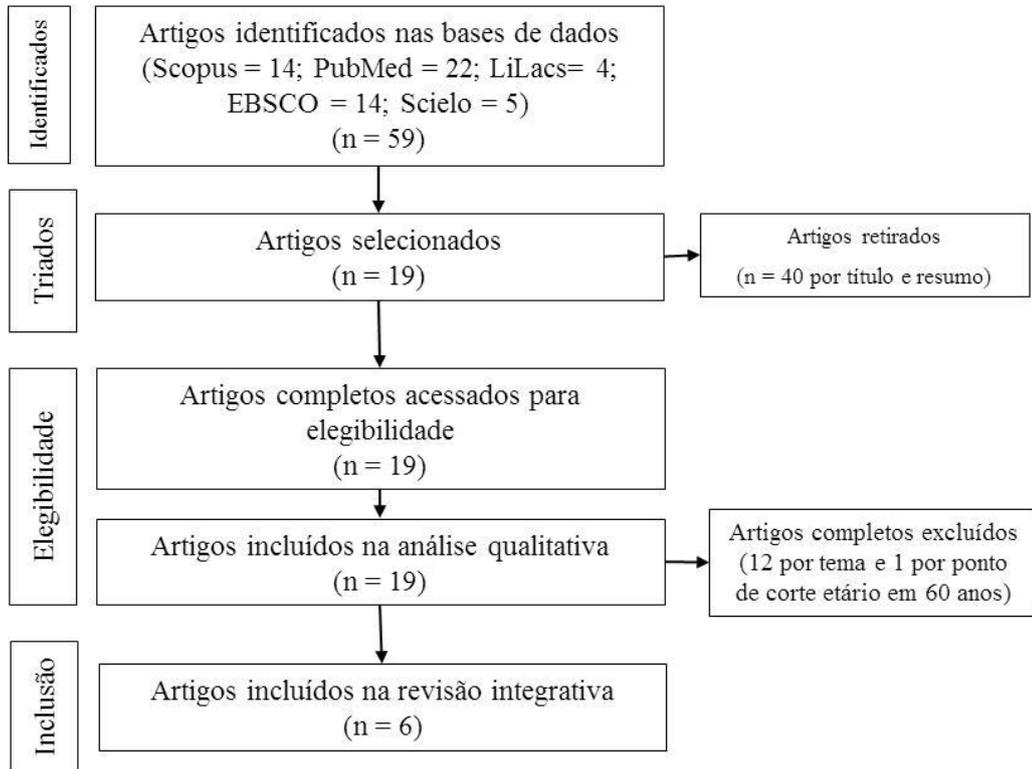
Dois juízes fizeram a seleção dos artigos inicialmente pelo título e pelo resumo, para, em uma segunda etapa, por meio da leitura do texto completo, selecionar os artigos que integraram a revisão.

2.3 RESULTADOS

Foram localizados 59 artigos, submetidos à análise crítica por título e resumo, do que resultou a exclusão de 40 artigos. Dentre os 19 artigos submetidos à crítica pela leitura do texto completo, 12 foram excluídos por não detalharem a análise socioeconômica de pacientes

com cefaleia e um devido à adoção de ponto de corte etário em 60 anos, do que resultou seis artigos comporem esta revisão, conforme se observa no fluxograma (Figura 1) e no Quadro 1.

Figura 1 Fluxograma de definição dos artigos que integraram a revisão integrativa



Dos seis artigos, três apontaram a influência do status socioeconômico sobre a cefaleia⁸⁻¹⁰.

Detalhando essa influência, identificou-se a contextualização de que a menor condição econômica inviabiliza o acesso a serviços de saúde especializados no diagnóstico e no tratamento de cefaleia^{10,11}, aspecto considerado relevante para maior eficácia e menor impacto social e econômico dessa morbidade^{7,11,12}.

Quadro 1– Caracterização dos estudos que compõe a revisão integrativa

Autor(es) (ano)	Periódico	População estudada	Resultados
Prencipe et al. (2001) ⁷	J. Neurol Neurosurg Psychiatry	Pacientes com cefaleia a partir de 65 anos de idade	A consulta com especialista é uma particularidade muito importante para melhor diagnóstico, principalmente nas cefaleias discretas e de início tardio, porque os sintomas podem ser pouco específicos
Hagen et al. (2002) ⁹	Cephalalgia	Pacientes com cefaleia a partir dos 20 anos de idade	O baixo status socioeconômico tem forte associação com cefaleia crônica frequente
Tzourio et al. (2003) ¹²	J. Neurol Neurosurg Psychiatry	Pacientes com cefaleia entre 63 e 75 anos de idade	A melhor conduta diagnóstica e terapêutica é estabelecida por especialista em cefaleia, quando comparada a de não especialistas
Voley-Gómez (2006) ¹⁰	Revista de Neurologia	Pacientes em diversas idades, moradores em países da América Latina	Pacientes com cefaleia com baixo nível socioeconômico têm menor acesso a serviços de saúde especializados no diagnóstico e no tratamento de cefaleia, correspondendo a maior custo social e para o serviço de saúde
Wilper et al. (2010) ¹¹	Neurology	Pacientes com cefaleia a partir dos 18 anos de idade	Pacientes com cefaleia sem plano de saúde mais frequentemente abandonam a terapêutica e não recebem tratamento de prevenção de crises, porque não são atendidos por especialistas, gerando impacto econômico para o sistema de saúde
Le et al. (2011) ⁸	J. Headache Pain	Pacientes com cefaleia entre 20 e 71 anos de idade	Dentre os efeitos negativos da migrânea, está menor nível socioeconômico devido ao menor nível educacional

2.4 DISCUSSÃO

O conteúdo dos artigos permitiu construir um raciocínio lógico quanto à importância da associação entre aspectos socioeconômicos e cefaleia em idosos, tema raramente abordado.

A maioria dos estudos sobre cefaleia tem como foco de atenção a doença, suas características epidemiológicas e a adequação das condutas diagnósticas e terapêuticas, voltando-se pouco para o paciente e para as condições de acesso ao cuidado médico.

Dessa forma, buscou-se, inicialmente, identificar estudos que dessem conta das desvantagens socioeconômicas que a cefaleia pode causar, tema que se identificou controverso. Estudo investigando fatores sociodemográficos que comprometem a qualidade de vida de pacientes com cefaleia a partir dos 20 anos de idade, constatou que houve prejuízo do domínio social⁹. Quando se considera tal prejuízo em idosos com cefaleia, depreende-se

outro aspecto não valorizado pelos autores, uma vez que a restrição social prejudica também a vida funcional, hoje considerada um paradigma de saúde para o idoso.

Não se pode mais considerar saudável exclusivamente o idoso sem doença, posto que o envelhecimento se associa à predisposição do comprometimento de múltiplas funções, favorecendo o isolamento social do idoso, dentre outros aspectos². Daí decorre a pertinência de valorizar a associação de cefaleia com redução da qualidade de vida pelo comprometimento do domínio social. Significa dizer que o idoso com cefaleia estará exposto a outros prejuízos funcionais.

Adicionalmente, se tem demonstrado que a cefaleia tem impacto também em aspectos socioeconômicos. Estudo realizado com 22.718 adultos e idosos com cefaleia, na Noruega, comprovou que o baixo status socioeconômico tem associação significativa com a frequência da cefaleia mais que com o tipo, fato que, na opinião dos autores pode estar relacionado com a acurácia diagnóstica⁹.

A ponderação dos autores da relação entre baixo status socioeconômico e acurácia diagnóstica da cefaleia é de fundamental importância para idosos, já que sua condição econômica dificulta o acesso a serviços especializados, do que decorre frequentes consultas ambulatoriais como também atendimentos em serviços de emergência, aumentando os custos sociais e econômicos derivados da cefaleia^{9,10}.

Admitindo o modelo causal social, o baixo nível socioeconômico pode desencadear outros prejuízos, tais como o aumento do estresse e alimentação inadequada⁹, bem como redução de atividades instrumentais de vida diária, particularmente o lazer, que é de fundamental importância para o bem-estar dos idosos, ou seja, para um envelhecimento ativo. Admitindo o aumento mundial da população idosa, esses achados demandam atenção especial. Não se trata apenas de considerar a cefaleia como doença a ser investigada em idosos, mas valorizar suas consequências em aspectos não diretamente relacionados a suas características clínicas. Para os idosos com cefaleia, especialmente no Brasil, parece pertinente afirmar que a associação da doença com o status socioeconômico está a merecer maior atenção.

Reforçando a relação entre status socioeconômico, qualidade de vida e cefaleia, pesquisa de base populacional incluindo 31.865 pacientes dinamarqueses, entre 20 e 71 anos de idade, demonstrou que o baixo nível educacional contribui para baixo nível socioeconômico, comprometendo também a qualidade de vida. Os autores detalham essa relação ponderando que menor escolarização dificulta melhores oportunidades de emprego,

do que decorre redução do nível socioeconômico, portanto redução de resposta aos estímulos sociais e ambientais e de opções de estilo de vida⁸.

Observa-se que este estudo apoia a afirmação de que a cefaleia compromete a qualidade do envelhecimento, período de vida que se associa à redução da renda pessoal pelo afastamento das atividades profissionais formais, que contribui para a restrição social do ambiente de trabalho, mas também da comunidade e da família. Na medida em que a renda pessoal é reduzida, diminuem também a autonomia e a independência para escolhas sociais¹⁰.

A redução das escolhas não se restringe, entretanto, aos aspectos sociais, como ressaltado, mas reduz também o acesso a serviços de saúde especializados, o qual tem sido enfatizado na literatura sobre cefaleia, como a pesquisa realizada em uma população de 1.188 indivíduos com 63 a 75 anos de idade, que concluiu que a conduta diagnóstica e terapêutica mais eficaz para cefaleia é feita por especialistas, quando comparada àquela realizada por não especialistas¹². Adicionalmente, pesquisa incluindo 833 idosos a partir dos 65 anos de idade demonstrou que as consultas com especialista são ainda mais importantes nos idosos com cefaleias discretas, dadas as dificuldades diagnósticas pela particularidade dos sintomas⁷.

Diante dessas evidências, o baixo status socioeconômico adquire maior importância, porque a impossibilidade de atendimento especializado em cefaleia somada à dificuldade diagnóstica potencializam todos os prejuízos de vida funcional dos idosos, impossibilitando ainda mais o envelhecimento ativo.

O contexto de status socioeconômico e consulta a especialista pode ter, na adesão a planos privados de saúde, uma solução ou um fator facilitador. No Brasil, dada a vigência do Sistema Único de Saúde, essa opção é quase que a única para tais consultas. Esse aspecto foi objeto de estudo de base populacional realizado nos Estados Unidos. Dentre 6.814 consultas de pacientes com cefaleia a serviços ambulatoriais, emergenciais e hospitalares, os atendimentos realizados por especialista em cefaleia resultaram em diagnósticos mais precisos, tratamento adequado às crises e instituição de terapêutica preventiva, do que derivaram menores custos sociais e econômicos para o sistema de saúde¹¹.

Os custos sociais estão representados pela necessidade de constante busca por atendimento, em virtude da ineficácia do tratamento instituído, bem como pelos custos indiretos infringidos pela dor, pelos prejuízos sociais que a doença acarreta e pelo desgaste emocional do insucesso na busca de cuidados médicos. Quanto aos custos econômicos, há que se considerar o número de consultas realizadas de forma inadequada e os gastos com medicação, internamento e atendimento médico. Em sistemas de saúde com escassez de recursos financeiros, de disponibilidade de leitos hospitalares e de vagas para consultas

ambulatoriais, a associação entre cefaleia e baixo status socioeconômico, tendo a adesão a planos privados de saúde, é preocupante e pode não ser a solução para a maioria dos idosos.

Nesse contexto, depreende-se das evidências apresentadas a necessidade de prover treinamento às equipes médicas sobre diagnóstico e tratamento de cefaleia desenvolvido por especialistas; aumento desses profissionais nos serviços de saúde e inclusão da cefaleia em idosos nos cursos de formação médica, como tema de especial importância devido ao envelhecimento da população. Essas providências são indubitavelmente as únicas viáveis quando comparadas à possibilidade de adesão a planos privados de saúde pelos idosos.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que a cefaleia em idosos com baixo nível socioeconômico exerce um impacto maior na medida em que dificulta consulta com especialista e a instituição de diagnóstico e tratamento adequado. A implantação de tais condutas deverá, entretanto, estar associada a pesquisas sobre o impacto da cefaleia na vida funcional de idosos, para melhor adequação das condutas terapêuticas, contribuindo para uma assistência que efetive o envelhecimento ativo.

Referências

1. Chaimowicz F. Saude do idoso. 2nd ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG; 2013.
2. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília; 2005.
3. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo , Brasil 1. Rev Panam Saúde Pública. 2005;19(1):333–41.
4. Souza JA, Moreira Filho PF, Jevoux CC, Albertino S, Sarmiento EM, Brito CM. Idade como um fator de risco independente para cefaléias secundárias. Arq Neuropsiquiatr. 2004;62(4):1038–45.
5. Jonsson P, Hedenrud T, Linde M. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. Cephalalgia. 2011 Jul;31(9):1015–22.
6. Camarda R, Monastero R. Prevalence of primary headaches in Italian elderly: preliminary data from the Zabút Aging Project. Neurol Sci. 2003 May;24 Suppl 2:S122–4.

7. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, Santini M, Pezzella F, Scaldaferrri N, et al. Prevalence of headache in an elderly population : attack frequency , disability , and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2001;70:377–81.
8. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik KO, Olesen J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J Headache Pain*. 2011 Apr;12(2):157–72.
9. Hagen K, Vatten L, Stovner LJ, Zwart J, Krokstad S, Bovim G. Low socio-economic status is associated with increased risk of frequent headache : a prospective study of 22 718 adults in Norway. *Cephalalgia*, 2002;310(26):672–9.
10. Voley-Gómez M. Impacto social , económico y en el sistema de salud de la migraña y otras cefaleas primarias. *Rev Neurol*. 2006;43(4):228–35.
11. Wilper A, Woolhandler S, Himmelstein D, Nardin R. Impact of insurance status on migraine care in the United States: a population-based study. *Neurology*. 2010 Apr 13;74(15):1178–83.
12. Tzourio C, Gagnière B, El Amrani M, Bousser M-G, Alperovitch A. Lay versus expert interviewers for the diagnosis of migraine in a large sample of elderly people. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003 Feb;74(2):238–41.



3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal, de base populacional, quantitativo, básico, caracterizada como levantamento quanto ao tipo de procedimento de coleta dos dados e de campo, quanto às fontes de dados, cujo conjunto de informações foi coletado entre novembro de 2010 e agosto de 2011.

A caracterização do estudo como descritivo fundamenta-se no objetivo de determinar a distribuição da cefaleia e das condições a ela associadas, segundo tempo, lugar e características dos idosos, a partir de dados primários. Adicionalmente, a classificação do estudo como transversal encontra respaldo no fato de a exposição e a condição de saúde serem determinadas simultaneamente, comparando doentes a não doentes (LIMA-COSTA, BARRETO, 2003).

3.2 ÁREA DO ESTUDO, POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

3.2.1 Área do estudo

Recife, capital do estado de Pernambuco é uma importante cidade da região Nordeste do Brasil. Sua área territorial iguala-se a 218,7 km². Geograficamente, mantém limites com os municípios de Olinda ao Norte, Jaboatão dos Guararapes ao Sul, e Camaragibe e São Lourenço da Mata a Oeste. A Leste, estão os arrecifes, por se tratar de cidade costeira.

A capital pernambucana contava com uma população de 1.537.704 habitantes, em 2010, dos quais 8,1% (125.153) tinham idade igual ou maior que 65 anos (IBGE, 2011).

A cidade possui 94 bairros distribuídos em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) (RECIFE, 1997, 1998), as quais também são utilizadas para mapeamento do setor saúde, do que decorre a existência de seis distritos sanitários (DS).

3.2.2 População de estudo

A população alvo foi composta pelos idosos moradores no Recife/PE.

Para os propósitos deste estudo foram considerados critérios de inclusão: ser morador na cidade do Recife à época da coleta de dados, ter idade igual ou maior que 65 anos e ter preservadas as funções cognitivas, avaliadas pelo *Short-CARE* (BRASIL, 1988; VERAS, 1994). O critério etário foi adotado por permitir comparação com estudos internacionais, além de se tratar de seguimento que melhor expressa as variáveis de interesse do estudo proposto. A preservação das funções cognitivas se justificou por ter sido condição para que o idoso pudesse informar sobre a percepção de dor de cabeça.

3.2.3 Amostragem

Para definir a amostra, foram utilizados os dados do censo demográfico de 2000 sobre população e setores censitários do Recife (IBGE, 2000), já que, no início deste estudo, não estavam disponíveis os dados oficiais do censo de 2010 por distrito sanitário, os quais foram publicados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2011 (IBGE, 2011).

O tamanho da amostra foi calculado para uma população infinita, tomando por base uma estimativa de prevalência de incapacidade funcional em idosos na comunidade de 20% (VERAS, 1994), precisão ou erro de amostragem de 4,0% e intervalo de confiança de 95%. A opção por considerar o percentual de incapacidade funcional como parâmetro para a amostra se deveu à escassez e imprecisão dos parâmetros de cefaleia para a população idosa. A partir dessa definição, foi utilizado o Programa Epi-Info 6.04d para determinação de um tamanho amostral igual a 384 indivíduos, admitindo efeito de desenho igual a 1,00. No entanto, ao considerar não se tratar de uma amostra aleatória simples, mas por conglomerados, utilizou-se efeito do desenho igual a 2,5, como fator de correção, e se acrescentou percentual de 25% para compensar possíveis perdas, do que resultou tamanho amostral final igual a 1.200 idosos (LOPES, 2006).

A amostra foi estratificada pelo número de pessoas com idade igual ou maior que 65 anos, residentes em cada um dos seis distritos sanitários do Recife (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da população idosa residente em Recife, segundo Distrito Sanitário, 2000

Recife (DS)	Total	Grupos de idade da população residente (anos)				Total com ≥ 65 anos	
		65-69	70-74	75-79	≥ 80	n	%
Recife (cidade)	1.422.905	31.692	26.054	17.414	17.466	92.626	6,5
DS I	78.098	2.024	1.719	1.231	1.267	6.241	6,7
DS II	205.986	4.710	3.860	2.550	2.721	13.841	14,9
DS III	283.525	6.400	5.264	3.504	3.748	18.916	20,4
DS IV	253.015	4.956	4.153	2.911	2.916	14.936	16,1
DS V	248.483	5.453	4.603	3.018	2.848	15.922	17,2
DS VI	353.798	8.149	6.455	4.200	3.966	22.770	24,6

Fonte: IBGE (2000)

Além da estratificação dicotômica, adotando ponto de corte em 65 anos de idade, a amostra foi estratificada proporcionalmente às faixas etárias de 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 anos ou mais, para cada um dos distritos sanitários do Recife (Quadro 2), para permitir avaliar o efeito da idade na cefaleia.

Quadro 2 – Amostra estratificada da população idosa por Distrito Sanitário segundo faixas etárias

Distritos Sanitários do Recife	Número de idosos por grupos etários				Total
	65-69	70-74	75-79	≥ 80	
DS I	28	23	15	15	81
DS II	61	50	34	34	179
DS III	84	69	46	46	245
DS IV	66	55	36	37	194
DS V	70	58	39	39	206
DS VI	101	83	55	56	295
Total	410	338	225	227	1200

Fonte: IBGE (2000)

Considerando que os DS são distribuídos por setores censitários (SC), procedeu-se ao sorteio dos SC, admitindo o quantitativo de 10 idosos em cada um. Findo o zoneamento dos SC, foi definido o plano de coleta tomando por base os mapas do zoneamento do setor censitário, fornecidos pelo IBGE, nos quais estavam definidas as ruas que seriam percorridas para coleta dos dados, tal como ilustrado na Figura 1.

(capacidade laborativa, nos estudos, na execução de tarefas de casa e em situações sociais) (BAYLISS et al., 2003; KOSINSKI et al., 2003).

O HIT-6 mede o impacto da cefaleia por meio de seis questões que incluem: gravidade da dor, perda de trabalho e atividades sociais, cansaço, alterações cognitivas e do humor. Cada questão é quantificada em escala de Likert de cinco pontos. A soma das respostas reflete o grau do impacto da cefaleia, o qual é dividido em quatro categorias, cujos pontos de corte são: 36 a 49 correspondendo a pequeno ou nenhum impacto, 50 a 55 para algum impacto, 56 a 59 para impacto substancial e ≥ 60 para impacto muito grave (KOSINSKI et al., 2003).

A seção III foi dedicada à avaliação da capacidade funcional dos idosos, as quais incluem: a) realização de atividades de vida diária (AVDs), ou seja, atividades relacionadas ao autocuidado, b) atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e de levar uma vida independente dentro da comunidade (BRASIL, 2006, p.38). Ressalte-se que nesta pesquisa deu-se ênfase às atividades no tempo livre, as quais integram as atividades instrumentais de vida diária. A seção IV esteve composta pela discriminação dos recursos econômicos do idoso e de sua família. Na seção V, investigou-se a saúde mental do idoso, que serviu de critério de triagem para os idosos desta pesquisa.

Para tanto, utilizou-se a escala do *Short-CARE*, instrumento validado e com alta confiabilidade para os propósitos de rastreamento comunitário (VERAS, 1994). Desenvolvida para dar ênfase à deficiência cognitiva e à depressão, consideradas áreas principais de alteração neurológica e psiquiátrica no envelhecimento, a escala permite discriminar casos de depressão pelo ponto de corte igual ou maior que oito, bem como apontar possível caso de demência pelo ponto de corte igual ou maior que três (VERAS, 1994).

A escala do *Short-CARE* foi empregada para rastreamento comunitário de deficiência cognitiva e depressão, por ser instrumento validado e com alta confiabilidade. Para discriminação dos casos de depressão, admitiu-se ponto de corte igual ou maior que oito, bem como, para possível caso de demência, ponto de corte igual ou maior que três (VERAS, 1994).

Na seção VII, dedicada ao uso e acesso a serviços de saúde, foi construída a partir de pequenas alterações na seção F do Questionário Multidimensional do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), fruto de parceria com a colaboração de diversas instituições, entre elas a Universidade de São Paulo e o Ministério da Saúde (LEBRÃO, 2003). Nesta

seção, foi possível obter informações sobre o tipo de cobertura de saúde, se pública ou privada, as características dos serviços utilizados em diferentes circunstâncias e o consumo de medicamentos.

3.4 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Para atender aos objetivos desta tese, foram definidos quatro grupos de variáveis independentes, a saber: dados sociodemográficos e de renda, capacidade funcional (composta pelas AVDs, AIVDs e atividades no tempo livre), saúde física e morbidades informadas, conforme detalhamento expresso no Quadro 3.

Quanto às variáveis dependentes, foram classificadas em dois grupos, segundo o objetivo do artigo original desta tese. No primeiro artigo original, admitiu-se como variável dependente a referência do idoso à sintomatologia de cefaleia, categorizada como sim ou não. No segundo artigo, a variável dependente foi a pontuação do HIT-6, categorizado tal como preconizado por Kosinski et al. (2003), em quatro categorias, as quais foram dicotomizadas por meio do agrupamento em pontuação menor ou igual a 55 e igual ou maior que 56, bem como a ausência de cefaleia.

Quadro 3 – Discriminação dos grupos de variáveis independentes

Grupos	Variáveis	Conceito	Categorização
Dados sociodemográficos	Sexo	Avaliação pelo biótipo do idoso	Masculino e feminino
	Idade	Segundo afirmação do idoso e comprovação em documento de identidade, expressa em anos	Em intervalos fechados com amplitude de 5 anos e abertos
	Escolaridade	Respeitando a informação do idoso em relação ao regime serial da educação formal	Nenhuma, primário, ginásio ou 1º grau, científico ou técnico ou 2º grau, curso superior ou pós-graduação
	Estado civil	Condição marital à época da coleta	Nunca casou/solteiro, casado/morando junto, viúvo, divorciado/separado
	Condição de renda	Informação de ganho pecuniário pessoal ou familiar, expresso em salários-mínimos	Até 2, 2-5, > 5
	Suficiência de renda	Percepção informada pelo idoso	Sim ou não
Capacidade funcional	AVDs, AIVDs e atividades no tempo livre	Informação relativa à capacidade de realização	Sim ou não
Saúde física	Percepção de saúde	Autoavaliação da saúde	Ótima, boa, ruim, péssima OU sim e não
	Uso de medicação	Informação da medicação	Nenhuma, 1 a 4 medicações e 5 ou mais medicações OU sim e não
	Uso de analgésico	Informação do uso de remédio para dor	Sim e não
	Plano de saúde	Informação de disponibilidade de assistência privada de saúde	Sim e não
Morbidades	18 grupos	Informação de morbididades percebidas ou diagnosticadas	Sim e não
	Impacto na vida	Percepção dos prejuízos oriundos do adoecimento	Sim e não

3.5 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar com duração de dez meses, no período de novembro/2010 a agosto/2011.

Cinco entrevistadores, selecionados e previamente treinados para a tarefa pela pesquisadora, participaram da coleta. O treinamento foi realizado em duas fases, sendo a primeira dedicada à explicitação dos objetivos do estudo, discussão de cada item do

questionário, e participação de um pré-teste, incluindo idosos que não residiam em qualquer dos SCs da pesquisa. A segunda etapa do treinamento dos entrevistadores constou da discussão e uniformização dos procedimentos de coleta, contemplando desde o percurso que seria obedecido para localização dos idosos, até sua abordagem e a recolha das informações. Também foi esclarecido aos entrevistadores sobre a responsabilidade e o rigor dos procedimentos durante a coleta, para garantir fidedignidade aos dados.

A coleta de dados, em cada SC, obedeceu à seguinte sistematização: iniciar coleta a partir do ponto mais alto do mapa, percorrendo no sentido da esquerda para a direita as ruas que serviam de limites do SC (linha amarela da Figura 1).

Obedecendo à mesma sistemática empregada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, foram pesquisados idosos em um imóvel, a cada três, até que o total de 10 idosos fosse cumprido. O mesmo método foi obedecido em cada DS, até que a proporção de idosos, contida no Quadro 2, fosse alcançada.

Identificado o imóvel que seria pesquisado, a investigadora ou um dos entrevistadores convidou o idoso a participar da pesquisa, após lhe explicar os objetivos da mesma, assim como os direitos e deveres do pesquisado e da investigadora. Os idosos que concordaram em participar, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A), foram solicitados a responder ao instrumento de coleta (Apêndice B). O tempo médio para aplicação do questionário foi de 40 minutos.

Concluída a recolha dos dados junto aos idosos, os 1.200 questionários foram analisados quando à pontuação de saúde mental, para obedecer aos critérios de inclusão, do que derivou identificar 909 idosos com funções cognitivas preservadas, ou seja, pontuação menor que três no *Short-CARE*. A preservação das funções cognitivas foi considerada condição *sine qua nom* para inclusão do idoso nesta pesquisa.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações colhidas nas seis seções dos 1200 questionários foram organizadas em banco de dados empregando planilha Excel[®], da plataforma Windows[®], na qual se procedeu à crítica para identificação de inconsistências, cujas dúvidas foram dirimidas a partir da verificação dos dados originais nos questionários.

Aplicado o critério de inclusão quanto à preservação das funções cognitivas, pela verificação da pontuação dos idosos no teste *Short-CARE*, foram identificados 909 idosos elegíveis cujos dados integraram a fase de análise.

Todas as variáveis qualitativas foram expressas como distribuição de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas (idade, renda pessoal e renda familiar) foram expressas em intervalos fechados como também por meio de medidas resumo (média, intervalo de variação e desvio-padrão).

Na fase de análise, para identificação de contingência, empregaram-se os testes de Qui Quadrado e exato de Fisher, segundo houvesse obediência às regras de Cochran. Para comparação entre grupos empregando variáveis quantitativas, utilizou-se o teste ANOVA para comparação de médias, associado ao teste de Levene para análise de variância e o teste post-hoc de Bonferroni. Na análise de associação entre variáveis qualitativas de duas amostras independentes, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

O nível de significância teve como limite do valor de p 0,05 e sua interpretação obedeceu ao preconizado por McCluskey e Lalkhen (2007), admitindo o critério de lógica da associação de variáveis. Foram utilizados também o odds ratio e seu respectivo intervalo de confiança, em nível de 95%.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado pelo CAAE nº 0351.0.172.000-10 (Anexo A).

Em cumprimento ao que determinava a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foram obedecidos todos os preceitos éticos que regulam pesquisas envolvendo seres humanos, neles incluídos a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido pelos participantes, antecedendo a coleta de dados; a explicação clara e concisa dos objetivos da pesquisa, das responsabilidades, direitos e deveres da pesquisadora e dos participantes; o compromisso de assegurar a desistência de qualquer participante sem qualquer constrangimento e sanção direta ou indireta.

Ainda em obediência aos preceitos éticos de pesquisa, a todos os participantes foi entregue encarte contendo informações úteis, como telefones de organizações e instituições de saúde e assistência social, junto às quais os idosos poderiam obter auxílio, quando necessário.



4 PRIMEIRO ARTIGO – CEFALÉIA EM IDOSOS DO RECIFE – ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

RESUMO

Objetivo: Determinar a prevalência de cefaleia e seu impacto na capacidade funcional na população idosa de Recife, comparada à de idosos sem cefaleia. **Método:** Foi realizado estudo epidemiológico de base populacional, entre novembro de 2010 e agosto de 2011. Foram incluídos 909 idosos, moradores na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, com 65 anos ou mais, com funções cognitivas preservadas, avaliadas pelo *Short-CARE*. Empregou-se amostragem aleatória, por conglomerados proporcionais à população de idosos por Distrito Sanitário, segundo setores censitários, e por faixas etárias. Os instrumentos de coleta foram o questionário adaptado do *Brazil Old Age Schedule* e o *Headache Impact Test*, cujas variáveis foram analisadas pelos testes Qui Quadrado e exato de Fisher, ANOVA com *post-hoc* de Bonferroni, e de Kruskal-Wallis, em nível de 0,05. **Resultados:** A prevalência de cefaleia foi 19,91% (IC95% 17,39-22,69). Da comparação entre idosos com e sem cefaleia, identificaram-se restrições da capacidade funcional como cortar as unhas dos pés, dentre as atividades de vida diária, e ler jornal, ir a cinema ou teatro, praticar alguma atividade física, sair para visitar amigos, para encontros sociais e frequência a serviço religioso, nas atividades instrumentais de vida diária. A cefaleia associou-se significativamente à percepção de saúde ruim ou péssima, uso de analgésicos, doenças musculoesqueléticas, renais, do aparelho digestivo, problemas neurológicos, de visão e depressão, bem como quedas, interferindo negativamente na execução de atividades. Esses idosos diferenciaram-se também por não possuírem plano de saúde. **Conclusão:** A cefaleia interfere negativamente sobre a capacidade funcional de idosos.

Palavras-chave: Epidemiologia. Envelhecimento. Cefaleia. Capacidade funcional.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of headache and its impact on functional capacity in the elderly population of Recife, compared to the elderly without headache. **Method:** We conducted a population-based epidemiological study, between November 2010 and August 2011. Nine hundred and nine elderly residents in Recife, Pernambuco, Brazil, aging 65 years or older, with preserved cognitive functions assessed by Short-CARE, were included. We have used random sampling, proportional to the population of elderly by Health District conglomerates, according to census sectors and age group. Data collection instruments were a questionnaire adapted from Brazil Old Age Schedule and the Headache Impact Test, whose variables were analyzed by Chi-Square test and Fisher's exact test, ANOVA with post-hoc Bonferroni test, and Kruskal-Wallis test, at a significance level of 0.05. **Results:** The prevalence of headache was 19.91% (95% CI 17.39 to 22.69). Comparing elderly with and without headache, we identified functional capacity constraints as cutting toenails, among the activities of daily living, and read a paper, go to cinema or theater, engaging in physical activity, going out to visit friends for social gatherings, and attendance to religious service, in instrumental activities of daily living. Headache was significantly associated with perception of poor or very poor health, use of analgesics, musculoskeletal, renal and digestive diseases, neurological and vision problems, and depression, as well as falls, affecting negatively the implementation of activities. These elderly differed also for absence of health insurance. **Conclusion:** Headache negatively impacts on functional capacity of older adults.

Key words: Epidemiology. Aging. Headache.

4.1 INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos em todo o mundo vem acompanhado do aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis negligenciadas, que resultam em perda da independência e são agravadas pela dor.

A cefaleia é uma das mais frequentes queixas de dor em pessoas com mais de 65 anos de idade, mas estudos de base populacional ainda são escassos e a variação na prevalência estimada provavelmente reflete diferenças na metodologia e nas características demográficas da população estudada¹.

Muitos estudos têm objetivado a cefaleia, mas poucos têm incluído participantes com 65 anos ou mais de idade e ainda um número menor detalha os impactos da cefaleia sobre a capacidade funcional deles.

As atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária são as medidas frequentemente utilizadas para avaliação da capacidade funcional. A avaliação da capacidade funcional vem se tornando um instrumento muito útil para medir o estado de saúde dos idosos, principalmente porque a concomitância de doenças interfere de forma diferente no dia-a-dia dessa população²⁻⁴.

Quando a cefaleia compromete essas atividades a carga para o Sistema de Saúde e para a família do idoso é substancialmente aumentada. Daí decorre a necessidade de conhecimentos mais detalhados sobre essa influência, para guiar um cuidar mais específico.

O objetivo deste artigo foi determinar a prevalência de cefaleia e seu impacto na capacidade funcional na população idosa de Recife, comparada à de idosos sem cefaleia.

4.2 MÉTODO

Foi realizado estudo epidemiológico descritivo, de corte transversal, de base populacional, cujo conjunto dos dados foi coletado entre novembro de 2010 e agosto de 2011, em Recife, Pernambuco, Brasil.

A população alvo foi composta pelos idosos, incluídos a partir dos critérios: moradores na cidade do Recife à época da coleta de dados, com idade igual ou maior que 65 anos, que apresentavam funções cognitivas preservadas.

Empregou-se amostragem aleatória, por conglomerados proporcionais à população de idosos por Distrito Sanitário, segundo setores censitários do Recife¹. Para definir a amostra, foram utilizados os dados do censo demográfico de 2000, já que no início deste estudo não estavam disponíveis os dados oficiais do censo de 2010 por distrito sanitário. O tamanho da amostra foi calculado para uma população infinita, tomando por base uma estimativa de prevalência de incapacidade funcional em idosos na comunidade de 20%², precisão ou erro de amostragem de 4,0% e intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o Programa Epi-Info 6.04d para determinação do tamanho amostral. Ao considerar se tratar de amostra por conglomerados representados pelos Distritos Sanitários, utilizou-se efeito do desenho igual a 2,5, como fator de correção, e se acrescentou percentual de 25% para compensar possíveis perdas, do que resultou tamanho amostral final igual a 1.200 idosos³.

A amostra foi estratificada pelo número de pessoas com idade igual ou maior que 65 anos, residente em cada um dos seis distritos sanitários do Recife (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da população idosa residente em Recife, segundo Distrito Sanitário, 2000

Recife (DS)	Total	Grupos de idade da população residente (anos)				Total ≥ 65 anos	%	Amostra n=1200
		65-69	70-74	75-79	≥ 80			
Recife (cidade)	1.422.905	31.692	26.054	17.414	17.466	92.626	100,0	-
DS I	78.098	2.024	1.719	1.231	1.267	6.241	6,7	81
DS II	205.986	4.710	3.860	2.550	2.721	13.841	14,9	179
DS III	283.525	6.400	5.264	3.504	3.748	18.916	20,4	245
DS IV	253.015	4.956	4.153	2.911	2.916	14.936	16,1	194
DS V	248.483	5.453	4.603	3.018	2.848	15.922	17,2	206
DS VI	353.798	8.149	6.455	4.200	3.966	22.770	24,6	295

Fonte: IBGE¹

Além da estratificação dicotômica, adotando ponto de corte em 65 anos, a amostra foi estratificada proporcionalmente às faixas etárias de 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 anos ou mais, para cada um dos Distritos Sanitários do Recife (Quadro 2), para avaliar o efeito da idade na cefaleia.

Quadro 2 – Amostra estratificada da população idosa por faixas etárias por Distrito Sanitário

Distritos Sanitários do Recife	Número de idosos por grupos etário				Total na amostra
	65-69	70-74	75-79	80 ou +	
DS I	28	23	15	15	81
DS II	61	50	34	34	179
DS III	84	69	46	46	245
DS IV	66	55	36	37	194
DS V	70	58	39	39	206
DS VI	101	83	55	56	295

Considerando que os DS são distribuídos por setores censitários (SCs), procedeu-se ao sorteio dos SCs, admitindo o quantitativo de 10 idosos em cada um. Findo o zoneamento dos SCs, foi definido o plano de coleta tomando por base os mapas do zoneamento do setor censitário fornecidos pelo IBGE, nos quais estavam definidas as ruas que seriam percorridas para coleta dos dados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado composto por perguntas abertas e fechadas, tipo múltipla escolha ou em escala de Likert, construído a partir do questionário *Brazil Old Age Schedule (BOAS)*² e composto por VII seções, contendo: informações gerais (seção I), investigação da saúde física do idoso incluído o Teste de Impacto da Cefaleia, versão 6 (*Headache Impact Test; HIT-6*) (seção II)^{4,5}, avaliação da capacidade funcional (seção III), recursos econômicos do idoso e de sua família (seção IV), saúde mental do idoso, utilizando a escala do *Short-CARE* (seção V), mobilidade urbana dos idosos (seção VI) e, finalmente, uso e acesso a serviços de saúde (seção VII), investigados a partir de pequenas alterações na seção F do Questionário Multidimensional do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)⁶.

O HIT-6 é um instrumento confiável, usado para quantificar o impacto da cefaleia na rotina do indivíduo (na capacidade laborativa, nos estudos, na execução de tarefas de casa e em situações sociais). É composto por seis questões expostas em escala de Likert de cinco pontos, que incluem: gravidade da dor, perda de trabalho e atividades sociais, cansaço, alterações cognitivas e do humor. O grau do impacto da cefaleia, avaliado pela soma de pontos, é categorizado em quatro classes: pequeno ou nenhum impacto (36 a 49 pontos), algum (50 a 55 pontos), acentuado (56 a 59 pontos) e muito grave (≥ 60 pontos)⁵.

A avaliação da capacidade funcional dos idosos incluiu: a) realização de atividades de vida diária (AVDs), b) atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e de levar uma vida independente dentro da comunidade⁷.

A escala do *Short-CARE* foi empregada para rastreamento comunitário de deficiência cognitiva e depressão, por ser instrumento validado e com alta confiabilidade. Para discriminação dos casos de depressão, admitiu-se ponto de corte igual ou maior que oito, bem como, para possível caso de demência, ponto de corte igual ou maior que três².

As variáveis compuseram cinco grupos, a saber: dados sociodemográficos e de renda, capacidade funcional (composta pelas AVDs, AIVDs e atividades no tempo livre), saúde física, morbidades informadas e referência do idoso à sintomatologia de cefaleia.

Os dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar com duração de dez meses, no período de novembro/2010 a agosto/2011, contando com a participação de cinco entrevistadores, selecionados e previamente treinados para a tarefa pela pesquisadora. A coleta de dados, em cada SC, obedeceu à sistematização censitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Identificado o imóvel que seria pesquisado, a investigadora ou o entrevistador convidou o idoso a participar da pesquisa, após lhe explicar os objetivos da mesma, assim como os direitos e deveres do pesquisado e da investigadora. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foi-lhes solicitado responder ao instrumento de coleta, com duração média de 40 minutos.

Os 1.200 questionários foram analisados quanto à pontuação de saúde mental, do que derivou identificar 909 idosos com funções cognitivas preservadas, considerada condição *sine qua nom* para inclusão nesta pesquisa. As informações foram organizadas e criticadas em banco de dados empregando planilha Excel[®], da plataforma Windows[®]. Todas as variáveis qualitativas foram expressas como distribuição de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas (idade, renda pessoal e renda familiar) foram expressas em intervalos fechados como também por meio de medidas resumo (média, intervalo de variação e desvio-padrão).

Na fase de análise, para identificação de contingência empregaram-se os testes de Qui Quadrado e exato de Fisher, segundo houvesse obediência às regras de Cochran. Para comparação entre grupos empregando variáveis quantitativas, utilizou-se o teste ANOVA para comparação de médias, associado ao teste de Levene para análise de variância e o teste post-hoc de Bonferroni. Na análise de associação entre variáveis qualitativas de duas amostras independentes, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

O nível de significância teve como limite do valor de p de 0,05 e sua interpretação obedeceu ao preconizado por McCluskey e Lalkhen⁸, admitindo o critério de lógica da associação de variáveis.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado pelo CAAE nº 0351.0.172.000-10.

4.3 RESULTADOS

Dentre os 909 idosos residentes no Recife, identificaram-se 181 referindo cefaleia à época da coleta de dados, do que derivou prevalência igual a 19,91% (IC95% 17,39-22,69).

Na Tabela 1, estão expressas as características sociodemográficas dos idosos. Foram aspectos diferenciais do grupo com cefaleia, quando comparado ao grupo sem cefaleia, predomínio do sexo feminino (146; 80,7%), na faixa etária de 60 a 69 anos (87; 48,1%), iletrados (50; 37,9%), com renda mensal pessoal até dois salários mínimos (123; 71,5%), percebida como insuficiente (117; 65,0%). Todas essas características alcançaram significância.

Em relação à idade, também houve significância na comparação das médias, já que no grupo de idosos com cefaleia igualou-se a $71,35 \pm 5,41$, variando de 65 a 85 anos, portanto menor que $72,98 \pm 6,30$, com variação de 65 a 98 anos, verificada no grupo sem cefaleia ($F=10,234$; $p=0,001$).

A média da renda pessoal dos idosos com cefaleia igualou-se a $1.100,00 \pm 120,02$ reais, variando entre 370,00 e 13.000,00 reais, a qual apresentou diferença significativa em relação à do grupo sem cefaleia, igual a $1.584,77 \pm 76,90$ reais, que oscilou entre 100,00 reais e 20.000,00 reais ($p < 0,001$).

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011

Variáveis sociodemográficas		Grupos segundo cefaleia				Total		Valor de P
		Com cefaleia		Sem cefaleia		n	%	
		n	%	n	%			
Sexo	Masculino	35	19,3	206	28,3	241	26,5	0,008
	Feminino	146	80,7	522	71,7	668	73,5	
Idade (anos)	65 - 69	87	48,1	250	34,3	337	37,1	0,006
	70 – 74	44	24,3	23	32,1	278	30,6	
	75 – 79	30	16,6	131	18,1	161	17,7	
	80 ou mais	20	11,0	113	15,5	133	14,6	
Escolaridade*	Nenhuma	50	37,9	163	22,6	213	23,6	0,008
	Primário	64	35,8	224	31,0	288	32,0	
	Ginásio (ou 1º grau)	20	11,2	95	13,2	115	12,8	
	2º grau (científico, técnico)	29	16,1	125	17,3	154	17,1	
	Curso superior/Pós-graduação	16	9,0	115	15,9	131	14,5	
Estado civil†	Nunca casou / solteiro(a)	32	17,9	98	13,5	130	14,4	0,330
	Casado/morando junto	74	41,3	292	40,2	366	40,4	
	Viúvo(a)	61	34,1	268	36,9	329	36,4	
	Divorciado(a) / separado(a)	12	6,7	68	9,4	80	8,8	
Possui Renda	Sim	172	95,0	694	98,3	866	95,3	0,495‡
	Não	9	5,0	34	4,7	43	4,7	
Renda Pessoal (SM)	até 2	123	71,5	403	58,0	526	60,7	0,005
	> 2 até 5	22	12,8	125	18,0	147	17,0	
	> 5	13	7,6	108	15,6	121	14,0	
	Não informada	14	8,1	58	8,4	72	8,3	
Renda Familiar** (SM)	até 2	67	53,2	235	45,1	302	46,7	0,022
	> 2 até 5	40	31,7	146	28,0	186	28,7	
	> 5	19	15,1	140	26,9	159	24,6	
Ganha o suficiente††	Sim	63	35,0	364	50,6	427	47,4	<0,001
	Não	117	65,0	356	49,4	473	52,6	

Nota: * - Oito idosos não informaram escolaridade † - Quatro idosos não informaram estado civil
 ** - 262 idosos não souberam informar renda familiar †† - Nove idosos não informaram suficiência de renda
 ‡ - valor de p calculado com teste exato de Fisher, o qual grafado em negrito indica significância. Demais valores, calculados pelo teste do Qui quadrado

Dentre as atividades de vida diária, expostas na Tabela 2, constatou-se comprometimento dos idosos com cefaleia quanto à capacidade de cortar as unhas dos pés, no que diferiram significativamente daqueles sem cefaleia. No entanto houve maior frequência de idosos sem cefaleia com dificuldade para se vestir e ir ao banheiro em tempo e essas diferenças alcançaram significância.

Dessa feita, foram identificadas três das nove atividades de vida diária que representaram dificuldades para os idosos e diferenciaram significativamente os grupos com e sem cefaleia.

Tabela 2 – Distribuição da capacidade de realização de AVDs dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011

Capacidade de realizar atividade de vida diária com independência		Grupos segundo cefaleia				Total		Valor de p*
		Com cefaleia		Sem cefaleia		n	%	
		n	%	n	%			
Comer sua refeição	consegue	180	99,4	717	98,5	897	98,7	0,276
	não consegue	1	0,6	12	0,6	1,5	1,3	
Vestir-se	consegue	180	99,4	706	97,0	886	97,5	0,039
	não consegue	1	0,6	22	3,0	23	2,5	
Pentear seus cabelos	consegue	179	98,9	711	97,7	890	97,9	0,237
	não consegue	2	1,1	17	2,3	19	2,1	
Caminhar em superfície plana	consegue	176	97,2	706	97,0	882	97,0	0,543
	não consegue	5	2,8	22	3,0	27	3,0	
Subir/descer escadas	consegue	147	81,2	618	84,9	765	84,2	0,137
	não consegue	34	18,8	110	15,1	144	15,8	
Deitar e levantar da cama	consegue	179	98,9	712	97,8	891	98,0	0,272
	não consegue	2	1,1	16	2,2	18	2,0	
Tomar banho	consegue	179	98,9	703	96,6	882	97,0	<u>0,070</u>
	não consegue	2	1,1	25	3,4	27	3,0	
Cortar as unhas dos pés	consegue	120	66,3	532	73,1	652	71,7	0,044
	não consegue	61	33,7	196	26,9	257	28,3	
Ir ao banheiro em tempo	consegue	168	92,8	635	87,2	803	88,3	0,021
	não consegue	13	7,2	93	12,8	106	11,7	

Nota: * - valor de p calculado com teste exato de Fisher, o qual grafado em negrito indica significância e grafado com sublinhado, indica possível significância

Em relação às atividades instrumentais de vida diária, buscou-se identificar as atividades que os idosos podiam realizar com independência, bem como aquelas que eram realizadas no tempo livre atinentes à comunicação e à sociabilização (Tabela 3). Independente da presença da cefaleia, a maior parte dos idosos declarou-se capaz de realizar atividades instrumentais de vida diária, com exceção de preparar a própria refeição, que mais frequentemente foi referida como dificuldade por idosos sem cefaleia ($p=0,060$).

No tempo livre, os idosos com cefaleia mais frequentemente não se dedicavam a ler jornal, ir a cinema ou teatro, praticar alguma atividade física, sair para visitar amigos e para encontros sociais, no que diferiram significativamente daqueles sem cefaleia. Em contrapartida, os idosos sem cefaleia mais raramente frequentavam a igreja ou serviço religioso (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das AIVDs dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011

Informações sobre atividades instrumentais de vida diária		Grupos segundo cefaleia				Total		Valor de p*
		Com cefaleia		Sem cefaleia		n	%	
		n	%	n	%			
Capacidade de realizar com independência								
Sair de casa utilizando transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, etc.)	consegue	135	74,6	550	75,5	685	75,4	0,428
	não consegue	46	25,4	178	24,5	224	24,6	
Sair de casa dirigindo seu carro [†]	consegue	15	28,8	117	36,3	132	35,3	0,187
	não consegue	37	71,2	205	63,7	242	64,7	
Sair de casa para curtas distâncias	consegue	145	80,1	579	79,5	724	79,6	0,477
	não consegue	36	19,9	149	20,5	185	20,4	
Preparar sua refeição	consegue	161	89,0	612	84,1	773	85,0	<u>0,060</u>
	não consegue	20	11,0	116	15,9	136	15,0	
Arrumar a casa, a sua cama	consegue	161	89,0	635	87,2	796	87,6	0,312
	não consegue	20	11,0	93	12,8	113	12,4	
Tomar os seus remédios [‡]	consegue	165	93,8	653	96,0	818	95,6	0,136
	não consegue	11	6,2	27	4,0	38	4,4	
Atividades realizadas no tempo livre								
Ouvir rádio	realiza	120	66,3	515	70,7	635	69,9	0,141
	não realiza	61	33,7	213	29,3	274	30,1	
Assistir à televisão	Realiza	176	97,2	693	95,2	869	95,6	0,311
	não realiza	5	2,8	35	4,8	40	4,4	
Ler jornal	realiza	72	39,8	383	52,6	455	50,1	0,001
	não realiza	109	60,2	345	47,4	454	49,9	
Ler revistas	realiza	93	51,4	406	55,8	499	54,9	0,164
	não realiza	88	48,6	322	44,2	410	45,1	
Fazer trabalhos manuais	realiza	61	33,7	266	36,5	327	36,0	0,267
	não realiza	120	66,3	462	63,5	582	64,0	
Receber visitas	realiza	150	82,9	616	84,8	766	84,3	0,318
	não realiza	31	17,1	112	15,4	143	15,7	
Ir ao cinema ou a teatro	realiza	27	14,9	152	20,9	179	19,7	0,042
	não realiza	154	85,1	576	79,1	730	80,3	
Andar pelo bairro	realiza	134	74,0	542	74,4	676	74,4	0,488
	não realiza	47	26,0	186	25,6	233	25,6	
Ir à igreja ou serviço religioso	realiza	135	74,6	495	68,0	630	69,3	<u>0,050</u>
	não realiza	46	25,4	233	32,0	279	30,7	
Ir a jogos esportivos	realiza	6	3,3	49	6,7	55	6,1	<u>0,054</u>
	não realiza	175	96,7	679	93,3	854	93,9	
Praticar alguma atividade física	realiza	34	18,8	207	28,4	241	26,5	0,005
	não realiza	147	81,2	521	71,6	668	73,5	
Fazer compras	realiza	147	81,2	580	79,7	727	80,0	0,363
	não realiza	34	18,8	148	20,3	182	20,0	
Sair para visitar os amigos	realiza	100	55,2	471	64,7	571	62,8	0,012
	não realiza	81	44,8	257	35,3	338	37,2	
Sair para visitar os parentes	realiza	125	69,1	549	75,4	674	74,1	<u>0,051</u>
	não realiza	56	30,9	179	24,6	235	25,9	
Sair para passeios longos como excursões	realiza	64	35,4	302	41,5	366	40,3	<u>0,077</u>
	não realiza	117	64,6	426	58,5	543	59,7	
Sair para encontro social	realiza	39	21,5	208	28,6	247	27,2	0,034
	não realiza	142	78,5	520	71,4	662	72,8	
Distrair-se com jogo de cartas, xadrez, jardinagem	realiza	46	25,4	199	27,3	245	27,0	0,337
	não realiza	135	74,6	529	72,7	664	73,0	
Outros	realiza	12	6,6	68	9,3	80	8,8	0,157
	não realiza	169	93,4	660	90,7	829	91,2	

Nota: * - valores de p pelo teste de Qui quadrado, os quais grafados em negrito indicam significância e sublinhados, possível significância; [†] 129 idosos com cefaleia e 406 idosos sem cefaleia não responderam sobre sair de casa dirigindo seu carro; [‡] 5 idosos com cefaleia e 48 sem cefaleia não informaram sobre tomar os seus remédios

Solicitados a avaliar sua saúde física, os idosos com cefaleia mais frequentemente consideraram-na ruim ou péssima, diferindo daqueles sem essa afecção. Dentre os idosos com essa queixa predominou ter mais de cinco doenças, fazer uso de cinco ou mais medicamentos incluindo analgésicos e não possuir plano de saúde. Todas essas características alcançaram significância estatística (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das avaliações dos 909 idosos quanto a sua saúde física, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011

Autoavaliação da saúde física		Grupos segundo cefaleia				Total		Valor de p [‡]
		Com cefaleia		Sem cefaleia		n	%	
		n	%	n	%			
Em geral, sua saúde está*	Ótima	5	2,9	114	16,1	119	13,6	<0,001
	Boa	76	44,2	377	53,4	453	51,6	
	Ruim	54	31,4	155	22,0	209	23,8	
	Péssima	37	21,5	60	8,5	97	11,0	
Sofre mais de cinco doenças	Sim	112	61,9	284	40,6	396	45,0	<0,001
	Não	69	38,1	415	59,4	484	55,0	
Número de medicações	Nenhuma	9	5,0	73	10,0	82	9,0	0,008
	1 a 4	126	69,6	531	72,9	657	72,3	
	5 ou mais	46	25,4	124	17,0	170	18,7	
Remédio para dor	Sim	78	45,1	141	21,4	219	26,3	<0,001
	Não	95	54,9	518	78,6	613	73,7	
Tem algum plano de saúde [†]	Sim	55	30,4	356	49,0	411	45,3	<0,001
	Não	126	69,6	370	51,0	496	54,7	

Nota: * - 31 idosos não informaram o estado de saúde † - Dois idosos omitiram plano de saúde
[‡] - valor de p calculado com teste exato de Fisher, o qual grafado em negrito indica significância e grafado com sublinhado, indica possível significância

Identificando ser frequente a referência de doenças entre os idosos pesquisados, buscou-se o detalhamento dos problemas de saúde, cujo resultado está exposto na Tabela 5. Dentre esses problemas, os idosos com cefaleia relataram com maior frequência doenças musculoesqueléticas, renais, do aparelho digestivo, outras doenças, assim como problemas neurológicos, de visão e depressão, quando comparados àqueles sem cefaleia. Todos esses problemas atingiram significância.

As quedas também predominaram significativamente no grupo com cefaleia, quando comparado ao grupo sem cefaleia. Todos esses agravos à saúde interferiam negativamente na execução de atividades pelos idosos com cefaleia (Tabela 5).

Tabela 5 – Discriminação dos problemas de saúde dos 909 idosos, segundo presença de cefaleia – Recife, 2011

Discriminação de problemas de saúde		Grupos segundo cefaleia				Total		Valor de p [‡]
		Com cefaleia		Sem cefaleia		n	%	
		n	%	n	%			
Doenças musculoesqueléticas	Sim	153	84,5	454	62,4	607	66,8	<0,001
	Não	28	15,5	274	37,6	302	33,2	
Doenças pulmonares	Sim	12	6,6	49	6,7	61	6,7	0,558
	Não	139	93,4	679	93,3	848	93,3	
Doenças cardiovasculares	Sim	134	74,0	497	68,3	631	69,4	<u>0,077</u>
	Não	47	26,0	231	31,7	278	30,6	
Doenças renais	Sim	29	16,5	46	6,4	75	8,4	<0,001
	Não	147	83,5	672	93,6	819	91,6	
Doenças do aparelho digestivo	Sim	85	47,8	140	19,3	225	24,9	<0,001
	Não	93	52,2	587	80,7	680	75,1	
Comprometimentos neurológicos	Sim	33	18,2	87	12,0	120	13,2	0,020
	Não	148	81,8	641	88,0	789	86,8	
Incontinência urinária	Sim	37	20,4	165	22,7	202	22,2	0,296
	Não	144	79,6	563	77,3	707	77,8	
Câncer*	Sim	9	5,0	20	2,8	29	3,2	0,101
	Não	170	95,0	703	97,2	873	96,8	
Diabetes	Sim	36	20,2	169	23,3	205	22,7	0,216
	Não	142	79,8	555	76,7	697	77,3	
Depressão	Sim	59	33,0	106	14,6	165	18,3	<0,001
	Não	120	67,0	619	85,4	739	81,7	
Feridas / Úlceras	Sim	9	5,0	31	4,3	40	4,4	0,401
	Não	172	95,0	697	95,7	869	95,6	
Problemas de visão [†]	Sim	89	50,0	304	42,1	393	43,7	0,035
	Não	89	50,0	418	57,9	507	56,3	
Problemas de audição	Sim	27	15,0	110	15,2	137	15,1	0,530
	Não	153	85,0	615	84,8	768	84,9	
Queda (tombo)	Sim	49	27,1	128	17,6	177	19,5	0,003
	Não	132	72,9	600	82,4	732	80,5	
Problemas de saúde bucal	Sim	30	16,6	85	11,7	115	12,7	<u>0,052</u>
	Não	151	83,4	643	88,3	794	87,3	
Alcoolismo	Sim	2	1,1	7	1,0	9	1,0	0,562
	Não	179	98,9	721	99,0	900	99,0	
Cirrose	Sim	-	-	1	0,1	1	0,1	0,801
	Não	181	100,0	727	99,9	908	99,9	
Outra doença	Sim	52	28,7	163	22,4	215	23,7	0,046
	Não	129	71,3	565	77,6	694	76,3	
Estas doenças atrapalham fazer o que precisa ou quer	Sim	94	51,9	241	34,2	335	37,9	<0,001
	Não	87	48,1	463	65,8	550	62,1	

Nota: * - Sete idosos não informaram história de câncer † - Nove idosos não informaram problemas de visão
‡- valor de p calculado com teste exato de Fisher, o qual grafado em negrito indica significância e grafado com sublinhado, indica possível significância

4.4 DISCUSSÃO

A prevalência de cefaleia entre idosos deste estudo concordou com os achados de Camarda e Monstaero⁹, que referiram taxa igual a 21,8% (IC95% 19,3-24,3). No entanto é necessário considerar que nossos resultados podem estar subestimando a prevalência de

cefaleia em idosos, quando se considera a ponderação feita por Tzourio et al.¹⁰. Investigação sobre cefaleia feita com 1.188 idosos entre 64 e 73 anos de idade forneceu prevalência igual a 6,5% quando a entrevista foi feita por leigos previamente treinados, contrapondo-se aos 11,1%, determinados por especialistas na mesma população¹⁰.

Na população adulta, a literatura atribui a maior prevalência de cefaleia no sexo feminino à ação dos hormônios sexuais, entretanto estes resultados demonstram o mesmo comportamento entre idosas, o que pode indicar uma característica da enfermidade. No entanto deve-se considerar esta hipótese com cautela uma vez que as estatísticas apontam maior esperança de vida para o sexo feminino, ou seja, para a feminilização do envelhecimento¹¹.

A associação entre cefaleia e distribuição etária, indicada pelo predomínio desta na faixa etária de 65 a 69 anos, pode decorrer da distribuição etária da população pesquisada, na qual esses indivíduos constituíam 34,17% dos idosos, mas deve-se considerar que a maior prevalência nessa faixa etária, quando comparada às mais avançadas, tende a diminuir com o avançar da idade, conforme comprovação feita em pesquisa de base populacional realizada na Suécia¹².

A baixa escolaridade e a menor renda pessoal podem estar relacionadas à cefaleia na medida em que a instrução pode atuar como fator agravante de uma renda percebida como insuficiente para atender às necessidades do idoso. Dessa forma, haveria a soma de uma percepção pecuniária baixa, até dois salários mínimos, à necessidade de aquisição de medicamentos para cefaleia e à impossibilidade de aumento de renda, quer pela idade, quer pela baixa escolaridade. Estudos populacionais de cefaleia em idosos apresentam resultados semelhantes aos nossos e ponderam que a cefaleia pode ser causa do baixo nível educacional já que compromete a aprendizagem por reduzir o nível de atenção, além de contribuir para maior absenteísmo às aulas^{13,14}.

Adicionalmente, se tem comprovado que a baixa renda contribui para o aumento do stress, aumentando o risco e a frequência de cefaleia como demonstrado por Hagen et al.¹⁵ em estudo de base populacional, desenvolvido em dois estágios, um prospectivo e outro retrospectivo, com o objetivo de analisar a associação entre *status* socioeconômico e risco de cefaleia.

A investigação do comprometimento de atividades de vida diária pela cefaleia apontou que a população estava composta predominantemente por idosos independentes, já que a maioria afirmou realizar todas as atividades. O fato pareceu reforçar a necessidade de admitir

nova conceituação para o envelhecimento, desmistificando sua associação com uma relação de dependência.

A identificação da relação entre cefaleia e dificuldade em cortar as unhas dos pés não encontra paralelo na literatura, já que as referências a atividades de vida diária não as detalham. Mesmo assim parece plausível admitir que essa associação está relacionada à redução da mobilidade do idoso considerando que estes mais frequentemente referiram doenças musculoesqueléticas. Adicionalmente, essa redução da mobilidade pode estar potencializada pela cefaleia, conforme comprovado por Stronks et al.¹⁶, ao mostrarem que pacientes com cefaleia apresentam mobilidade dinâmica significativamente menor, quando comparados a outros sem cefaleia. Todavia a dificuldade de vestir-se e ir ao banheiro em tempo não esteve relacionada à cefaleia, já que foi identificada mais frequentemente em idosos sem cefaleia.

Da análise das atividades instrumentais de vida diária, a independência dos idosos desta pesquisa foi corroborada, uma vez que a maioria as realizava de forma independente. No entanto, ao detalhar as atividades realizadas no tempo livre, mais relacionadas à vida social, foi evidenciado que a presença de cefaleia atuou reduzindo a sociabilização, por comprometer a participação de encontros sociais e de relação familiar. A importância dessa constatação reside no impacto da restrição das atividades que envolvem convívio, por comprometer a vida do idoso do ponto de vista de saúde física, social, mental e da qualidade de vida^{17,18}.

Igualmente relevante foi a comprovação de que idosos com cefaleia mais raramente se dedicavam a atividades instrumentais informacionais. Ao declararem restrição em ler jornais apontaram para o distanciamento de eventos da atualidade, o que contribui também para o isolamento e os distancia do envelhecimento ativo¹⁹.

Em relação à menor frequência de prática de atividade física dentre idosos com cefaleia, diversos fatores podem estar atuando, desde a falta da cultura de preservação da saúde, até mesmo a possibilidade de restrições de mobilidade, secundárias a doenças musculoesqueléticas ou à própria cefaleia. A falta de uma tradição de práticas de atividade física dentre os idosos pesquisados pode ter contribuído para os resultados, contudo Hyde, Maher e Elavsky²⁰ ponderam que outros fatores também estão envolvidos, dentre os quais suporte emocional, falta de motivação e de habilidade para realização de exercícios e modificação das preferências do idoso. Apesar de se admitir a complexidade da relação entre envelhecimento e prática de atividade física, ressalte-se que na literatura consultada não há qualquer referência à contribuição da cefaleia para redução de tais atividades.

Diversos estudos comprovam que os idosos tendem a autoavaliar seu estado de saúde como pior nas faixas etárias mais jovens do envelhecimento, para, a partir dos 80 anos de idade, passarem a considerá-la melhor. Comprovaram também que incapacidades, mais de cinco doenças crônicas e baixa renda atuam para uma percepção de pior estado de saúde²¹⁻²³. No entanto nenhum dos estudos considera o impacto da cefaleia nessa avaliação, o que se constituiu no diferencial de nossos achados e pode representar novo conhecimento, ainda que se considere que no grupo de idosos com cefaleia foram maiores as frequências de idade mais jovem, baixa renda e autorreferência de mais de cinco doenças. Esses fatores que podem ter contribuído para uma autopercepção ainda pior de seu estado de saúde, mas não invalida sua associação com a cefaleia.

No nosso entender, esse não foi o único impacto da cefaleia na vida desses idosos, já que também se associou ao consumo de um número maior de medicamentos e de terapêutica analgésica. Tal como pontuam Jonsson, Hederund e Linde¹² referindo-se ao comércio de analgésicos simples, de uso comum, nas farmácias da Suécia, no Brasil essas medicações não estão sujeitas a controle, são de venda livre, o que pode contribuir até mesmo para uso abusivo por idosos com cefaleia¹⁸. É pertinente também considerar o fator cultural. Prencipe et al.²⁴ ponderam que 41,9% de 833 idosos italianos com cefaleia eram relutantes em fazer uso de medicação para dor, em cada crise, pelo medo do uso crônico de qualquer droga, assim como por admitirem que essas dores são eventos inevitáveis do dia-a-dia. Todavia os estudos brasileiros sobre uso de medicação por idosos não têm demonstrado essa preocupação, na medida em que apontam predomínio do uso de mais de uma medicação para cefaleia^{25,26}.

A abordagem das doenças que mais frequentemente acometeram idosos com cefaleia requer cautela por sua multicausalidade, bem como pelas implicações envolvidas. As doenças renais e do aparelho digestivo podem estar relacionadas com a cefaleia pelo uso de analgésicos¹⁸. A depressão mantém com ela íntima relação. No envelhecimento, a predisposição à depressão aumenta independente da presença de cefaleia, entretanto pode contribuir para o desencadeamento de crises dolorosas como também delas decorrer^{27,28}.

A queda é um agravo cada vez mais preocupante no envelhecimento. É multicausal, incapacitante, compromete significativamente a qualidade de vida, gera dependência e altos custos aos serviços de saúde. Constitui uma das principais causas externas de morte de idosos. Nelas, a queda pode decorrer de problemas musculoesqueléticos, pela limitação da mobilidade e por sua associação com cefaleia, quando a musculatura cervical é o sítio comprometido²⁸, como também do uso de medicações e da depressão, que pode ter efeito adverso na manutenção do equilíbrio e da atenção. A demanda por atendimento devido a

cefaleia secundária pode ainda ter como causa transtornos neurológicos e trauma cranial. o qual em idosos tem como principal causa a queda¹⁸.

Todo o contexto que nossos resultados apresentam tem sua relevância devido ao impacto econômico no Setor Saúde. Ainda que a cefaleia em idosos não tenha recebido a atenção de que necessita, já que são escassas as publicações nacionais e internacionais sobre o tema, deve-se considerar a conjuntura econômica em que se insere. A maioria dos idosos com cefaleia não tinha plano de saúde. Daí decorre terem que buscar atendimento nas instituições do Sistema Único de Saúde, o qual não está aparelhado para condução adequada dos casos de cefaleia. Ao invés de instituir o tratamento mais adequado, esses atendimentos geram a necessidade de novas consultas, até que o paciente seja encaminhado a um especialista, o que agrava o problema^{18,26,29}.

Pesquisa realizada em países latino-americanos, indicou que, no Brasil, a cefaleia desencadeia altos custos diretos e indiretos – 52% para internações, consultas, exames diagnósticos e compra de medicamentos e outros 7,2% destinados a custos indiretos¹⁸. Estudo realizado em pequena cidade brasileira apontou que o custo total para atendimento a pacientes com cefaleia representou 5,4% dos gastos anuais do Sistema de Saúde, devido à precariedade do atendimento, à inexistência de planos de tratamento nos níveis primário, secundário, e à baixa eficácia terapêutica, principalmente para quem não tem plano de saúde. Os custos são ainda mais altos quando se considera a necessidade de maior número de consultas em diferentes especialidades médicas e de atendimentos nas emergências²⁹.

Deve-se considerar também que o tratamento da cefaleia por especialista caracteriza-se pela prescrição de medicamentos mais efetivos e do tratamento preventivo que possibilita redução da frequência e da gravidade das cefaleias, contribuindo para a redução da depressão dada a satisfação do paciente^{18,27,29}. O tratamento adequado e a prevenção das crises pode também reduzir o impacto da cefaleia sobre a liberdade de o idoso fazer o que precisa, comprometimento que ficou comprovado em nosso estudo.

Nossos resultados permitem concluir que idosos com cefaleia constituem uma parcela importante dessa população e se revestem de particularidades que estão a merecer maior atenção. A cefaleia tem sido alvo de diversos estudos, mas a gama de comprometimentos que ela acarreta nos idosos ainda é pouco estudada.

4.5 CONCLUSÃO

A baixa condição socioeconômica e a indisponibilidade de serviços de saúde especializados aumentam sua vulnerabilidade aos problemas de saúde, colocando-os em desvantagem social e aumentando os custos para o Sistema de Saúde. Adicionalmente esse complexo interfere sobre sua capacidade funcional, aspecto que este artigo ressalta, trazendo como conhecimento novo o detalhamento das atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária comprometidas pela cefaleia.

O quadro geral do impacto das cefaleias em idosos convida à realização de novas pesquisas aliando esse detalhamento à classificação das cefaleias, ao mesmo tempo em que aponta para a necessidade de melhores programas de atenção, diagnóstico, tratamento e prevenção da cefaleia em idosos.

Referências

1. IBGE. Censo 2000. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2000.
2. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 1994.
3. Lopes FL. Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um hospital universitário. Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006.
4. Bayliss MS, Dewey JE, Dunlap I, Batenhorst AS, Cady R, Diamond ML, et al. A study of the feasibility of Internet administration of a computerized health survey: the headache impact test (HIT). *Qual. Life Res.* 2003;12(8):953–961.
5. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JEJ, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual. Life Res.* 2003;12(8):963–974.
6. Lebrão ML. Saúde, bem-estar e envelhecimento na América Latina e Caribe: Projeto SABE. São Paulo: Organização Pan-Americana de Saúde/ Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo; 2003.
7. Brasil. Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

8. McCluskey A, Lalkhen AG. Statistics III: Probability and statistical tests. *Contin. Educ. Anaesthesia, Crit. Care Pain.* 2007 Oct 1;7(5):167–170.
9. Camarda R, Monastero R. Prevalence of primary headaches in Italian elderly: preliminary data from the Zabút Aging Project. *Neurol. Sci.* 2003 May;24 Suppl 2:S122–4.
10. Tzourio C, Gagnière B, Amrani M El, Bousser M-G, Alpérovitch A. Lay versus expert interviewers for the diagnosis of migraine in a large sample of elderly people. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2003 Feb;74(2):238–41.
11. IBGE. Censo 2010. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2011.
12. Jonsson P, Hedenrud T, Linde M. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. *Cephalalgia.* 2011 Jul;31(9):1015–22.
13. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik KO, Olesen J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J. Headache Pain.* 2011 Apr;12(2):157–72.
14. Jonsson P, Hedenrud T, Linde M. Epidemiology of medication overuse headache in the general Swedish population. *Cephalalgia.* 2011 Jul;31(9):1015–22.
15. Hagen K, Vatten L, Stovner LJ, Zwart J, Krokstad S, Bovim G. Low socio-economic status is associated with increased risk of frequent headache : a prospective study of 22 718 adults in Norway. *Cephalalgia,* 2002;310(26):672–679.
16. Stronks DL, Tulen JHM, Bussmann JBJ, Mulder LJMM, Passchier J. Interictal daily functioning in migraine. *Cephalalgia.* 2004 Apr;24(4):271–9.
17. Rodrigues RAP, Scudeller PG, Pedrazzi C, Schiavetto FV, Lange C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paul Enferm,* 2008;21(4):643–648.
18. Voley-Gómez M. Impacto social , económico y en el sistema de salud de la migraña y otras cefaleas primarias. *Rev. Neurol.* 2006;43(4):228–235.
19. Voley-Gómez M. Impacto social , económico y en el sistema de salud de la migraña y otras cefaleas primarias. *Rev. Neurol.* 2006;43(4):228–235.
20. Hyde AL, Maher JP, Elavsky S. Enhancing our understanding of physical activity and wellbeing with a lifespan perspective. *Int J Wellbeing,* 2013;3:98–115.
21. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo , Brasil 1. *Rev. Panam. Saúde Pública.* 2005;1991(1):333–341.
22. Wang J, Smith W, Cumming RG, Mitchell P. Variables Determining Perceived Global Health Ranks : Findings from a Population-based Study. *Ann. Acad. Med.* 2006;35:190–197.

23. Maniecka-Bryła I, Gajewska O, Burzyn M, Bryła M. Factors associated with self-rated health (SRH) of a University of the Third Age (U3A) class participants. *Arch. Gerontol. Geriatr.* 2013;57:156–161.
24. Prencipe M, Casini AR, Ferretti C, Santini M, Pezzella F, Scaldaferrri N, et al. Prevalence of headache in an elderly population : attack frequency , disability , and use of medication. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2001;70:377–381.
25. Krymchantowski AV. Overuse of symptomatic medications among chronic (transformed) migraine patients. Profile of drug consumption. *Arq. Neuropsiquiatr.* 2003;61:43–47.
26. Krymchantovski A V. Uso excessivo de medicações analgésicas em cefaleia. *Einstein.* 2004;2(1):8–12.
27. Joish VN, Cady PS, Shaw JW. Health Care Utilization by Migraine Patients : A 1998 Medicaid Population Study. *Clin. Ther.* 2000;22(11).
28. Uthaikhup S, Sterling M, Jull G. Psychological, cognitive and quality of life features in the elderly with chronic headache. *Gerontology.* 2009 Jan;55(6):683–93.
29. Wilper A, Woolhandler S, Himmelstein D, Nardin R. Impact of insurance status on migraine care in the United States: a population-based study. *Neurology.* 2010 Apr;74(15):1178–83.



5 SEGUNDO ARTIGO – IMPACTO DA INTENSIDADE DA CEFALEIA NA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DO RECIFE

RESUMO

Introdução: Para vivenciar um envelhecimento ativo, os idosos precisa, manter sua capacidade funcional. **Objetivo:** Determinar as alterações consequentes da cefaleia, avaliada pelo HIT-6, na capacidade funcional da população idosa de Recife. **Método:** Foi realizado estudo epidemiológico de base populacional, entre novembro de 2010 e agosto de 2011. Foram incluídos 909 idosos, moradores na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil, com 65 anos ou mais, com funções cognitivas preservadas, avaliadas pelo *Short-CARE*. Empregou-se amostragem aleatória, por conglomerados proporcionais à população de idosos por Distrito Sanitário, segundo setores censitários, e por faixas etárias. Os instrumentos de coleta foram o questionário adaptado do *Brazil Old Age Schedule* e o *Headache Impact Test*, cujas variáveis foram analisadas pelos testes Qui Quadrado e exato de Fisher, em nível de 0,05. O risco estimado da cefaleia sobre a capacidade funcional foi avaliada pelo Odds Ratio. **Resultados:** Da comparação entre idosos com cefaleia e sem cefaleia, constatou-se que estiveram comprometidas as atividades de vida diária, instrumentais de vida diária e de lazer, quando a dor exercia impacto substancial ou grave. A simples presença da cefaleia atrapalhava os idosos de fazerem o que precisavam ou queriam. **Conclusão:** Os diversos aspectos da capacidade funcional de idosos estiveram comprometidos pela cefaleia.

Descritores: Envelhecimento. Cefaleia. Atividades cotidianas.

ABSTRACT

Introduction: To experience an active aging the elderly must maintain their functional capacity. **Objective:** To determine the resulting changes of headache, evaluated by HIT-6, in the functional capacity of the elderly population of Recife. **Method:** We conducted a population-based epidemiological study, between November 2010 and August 2011. Nine hundred and nine elderly residents in Recife, Pernambuco, Brazil, aging 65 years or older, with preserved cognitive functions assessed by Short-CARE, were included. We have used random sampling, proportional to the population of elderly by Health District conglomerates, according to census sectors and age group. Data collection instruments were a questionnaire adapted from Brazil Old Age Schedule and the Headache Impact Test, whose variables were analyzed by Chi-Square test and Fisher's exact test, at a significance level of 0.05. The estimated risk of headache on functional capacity was assessed by the odds ratio. **Results:** When comparing elderly with and without headache, it was found that when the pain exerted substantial or severe impact it committed instrumental activities of daily living and leisure daily life. The mere presence of headache hindered elderly to do what they needed or wanted. **Conclusion:** The various aspects of the functional capacity of older adults were committed by headache.

Descriptors: Aging. Headache. Activities of daily living.

5.1 INTRODUÇÃO

A cefaleia é uma das mais frequentes queixas de dor em pessoas com mais de 65 anos de idade, mas estudos de base populacional, além de serem escassos, priorizam o modelo médico em detrimento do modelo social da funcionalidade e da incapacidade. O modelo médico considera a incapacidade como um problema diretamente relacionado com a cefaleia, cuja solução, portanto, depende da assistência médica (diagnóstico, tratamento e condutas preventivas das funções do corpo). O modelo social considera a incapacidade como resultado da perturbação da integração plena do indivíduo na sociedade em decorrência da cefaleia, por prejuízos na funcionalidade¹.

No modelo social, as restrições advindas da cefaleia são analisadas quanto à execução das tarefas e ações que o indivíduo desenvolve em seu ambiente de vida habitual, ou seja, capacidade funcional. Essa capacidade diz respeito à realização de atividades de auto cuidado e aquelas que exigem integração do sujeito no meio social. Essas atividades são denominadas respectivamente de atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária².

As atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária são as medidas frequentemente utilizadas para avaliação da capacidade funcional, principalmente para a população de idosos porque essas atividades são relevantes para um envelhecimento ativo. Quando a cefaleia compromete essas atividades a carga para o Sistema de Saúde e para a família do idoso e para o próprio idoso é substancialmente aumentada.. Daí decorre a necessidade de detalhar a influência da cefaleia na autonomia e na independência dos idosos, para orientá-los e para guiar um cuidar mais específico.

O objetivo deste artigo foi determinar as alterações consequentes da cefaleia, avaliada pelo HIT-6, na capacidade funcional da população idosa de Recife.

5.2 MÉTODO

Foi realizado estudo epidemiológico descritivo de corte transversal, de base populacional, cujo conjunto dos dados foi coletado entre novembro de 2010 e agosto de 2011, em Recife, Pernambuco, Brasil.

A população alvo foi composta pelos idosos, incluídos a partir dos critérios: moradores na cidade do Recife à época da coleta de dados, idade igual ou maior que 65 anos, com funções cognitivas preservadas.

Empregou-se amostragem aleatória, por conglomerados proporcionais à população de idosos por Distrito Sanitário, segundo setores censitários do Recife³. Para definir a amostra, foram utilizados os dados do censo demográfico de 2000, já que no início deste estudo não estavam disponíveis os dados oficiais do censo de 2010 por distrito sanitário. O tamanho da amostra foi calculado para uma população infinita, tomando por base uma estimativa de prevalência de incapacidade funcional em idosos na comunidade de 20%⁴, precisão ou erro de amostragem de 4,0% e intervalo de confiança de 95%. Utilizou-se o Programa Epi-Info 6.04d para determinação de um tamanho amostral. Ao considerar tratar-se de amostra por conglomerados representados pelos Distritos Sanitários, utilizou-se efeito do desenho igual a 2,5, como fator de correção, e se acrescentou percentual de 25% para compensar possíveis perdas, do que resultou tamanho amostral final igual a 1.200 idosos⁵.

A amostra foi estratificada pelo número de pessoas com idade igual ou maior que 65 anos, residente em cada um dos seis distritos sanitários do Recife (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da população idosa residente em Recife, segundo Distrito Sanitário, 2000

Recife (DS)	Total	Grupos de idade da população residente (anos)				Total ≥ 65 anos	%	Amostra n=1200
		65-69	70-74	75-79	≥ 80			
Recife (cidade)	1.422.905	31.692	26.054	17.414	17.466	92.626	100,0	-
DS I	78.098	2.024	1.719	1.231	1.267	6.241	6,7	81
DS II	205.986	4.710	3.860	2.550	2.721	13.841	14,9	179
DS III	283.525	6.400	5.264	3.504	3.748	18.916	20,4	245
DS IV	253.015	4.956	4.153	2.911	2.916	14.936	16,1	194
DS V	248.483	5.453	4.603	3.018	2.848	15.922	17,2	206
DS VI	353.798	8.149	6.455	4.200	3.966	22.770	24,6	295

Fonte: IBGE³

Além da estratificação dicotômica, adotando ponto de corte em 65 anos de idade, a amostra foi estratificada proporcionalmente às faixas etárias de 65 a 69 anos; 70 a 74 anos; 75 a 79 anos; 80 anos ou mais, para cada um dos Distritos Sanitários do Recife (Quadro 2), para avaliar o efeito da idade na cefaleia.

Quadro 2 – Amostra estratificada da população idosa por faixas etárias por Distrito Sanitário

Distritos Sanitários do Recife	Número de idosos por grupos etário				Total na amostra
	65-69	70-74	75-79	80 ou +	
DS I	28	23	15	15	81
DS II	61	50	34	34	179
DS III	84	69	46	46	245
DS IV	66	55	36	37	194
DS V	70	58	39	39	206
DS VI	101	83	55	56	295

Considerando que os DS são distribuídos por setores censitários (SC), procedeu-se ao sorteio dos SC, admitindo o quantitativo de 10 idosos em cada um. Findo o zoneamento dos SC, foi definido o plano de coleta tomando por base os mapas do zoneamento do setor censitário, fornecidos pelo IBGE, nos quais estavam definidas as ruas que seriam percorridas para coleta dos dados.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado composto por perguntas abertas e fechadas, tipo múltipla escolha ou em escala de Likert, construído a partir do questionário *Brazil Old Age Schedule (BOAS)*⁴ e composto por VII seções, das quais seis foram utilizadas. O questionário continha informações gerais (seção I), investigação da saúde física do idoso incluído o Teste de Impacto da Cefaleia, versão 6 (*Headache Impact Test; HIT-6*) (seção II)^{6,7}, avaliação da capacidade funcional (seção III), recursos econômicos do idoso e de sua família (seção IV), saúde mental do idoso, utilizando a escala do *Short-CARE* (seção V). A seção VII, relativa ao uso e acesso a serviços de saúde foi construída a partir de pequenas alterações na seção F do Questionário Multidimensional do estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)⁸.

O HIT-6 é um instrumento confiável, usado para quantificar o impacto da cefaleia na rotina do indivíduo (capacidade laborativa, nos estudos, na execução de tarefas de casa e em situações sociais). É composto por seis questões que incluem: gravidade da dor, perda de trabalho e atividades sociais, cansaço, alterações cognitivas e do humor, expostas em escala de Likert de cinco pontos. O grau do impacto da cefaleia, avaliado pela soma de pontos, foi categorizado em duas classes: ausência ou algum impacto na capacidade funcional (≤ 55 pontos), denominado grupo A, e impacto acentuado ou muito grave na capacidade funcional (≥ 56 pontos), denominado grupo B⁷. Admitiu-se ainda um terceiro grupo sem cefaleia, considerado grupo de comparação.

A avaliação da capacidade funcional dos idosos incluiu: a) realização de atividades de vida diária (AVDs), b) atividades instrumentais de vida diária (AIVDs), relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e de levar uma vida independente dentro da comunidade⁹.

A escala do *Short-CARE* foi empregada para rastreamento comunitário de deficiência cognitiva e depressão, por ser instrumento validado e com alta confiabilidade. Para discriminação dos casos de depressão admitiu-se ponto de corte igual ou maior que oito, bem como ponto de corte igual ou maior que três para possível caso de demência⁴.

As variáveis compuseram cinco grupos, a saber: dados sociodemográficos e de renda, capacidade funcional (composta pelas AVDs, AIVDs e atividades no tempo livre), saúde física, morbidades informadas e referência do idoso à sintomatologia de cefaleia.

Os dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar com duração de dez meses, no período de novembro/2010 a agosto/2011, contando com a participação de cinco entrevistadores, selecionados e previamente treinados para a tarefa pela pesquisadora. A coleta de dados, em cada SC, obedeceu à sistematização censitária do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Identificado o imóvel que seria pesquisado, a investigadora ou o entrevistador convidou o idoso a participar da pesquisa, após lhe explicar os objetivos da mesma, assim como os direitos e deveres do pesquisado e da investigadora. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, foi-lhes solicitado responder ao instrumento de coleta, com duração média de 40 minutos.

Os 1.200 questionários foram analisados quando à pontuação de saúde mental, do que derivou identificar 909 idosos com funções cognitivas preservadas, considerada condição *sine qua nom* para inclusão do idoso nesta pesquisa. As informações foram organizadas e criticadas em banco de dados empregando planilha Excel[®], da plataforma Windows[®]. Todas as variáveis qualitativas foram expressas como distribuição de frequências absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas (idade, renda pessoal e renda familiar) foram expressas em intervalos fechados como também por meio de medidas resumo (média, intervalo de variação e desvio-padrão).

Na fase de análise, para identificação de contingência empregaram-se os testes de Qui Quadrado e exato de Fisher, segundo houvesse obediência às regras de Cochran. O risco estimado da cefaleia sobre a capacidade funcional foi avaliada pelo Odds Ratio (OR), admitindo-se intervalo de confiança de 95%.

O nível de significância teve como limite do valor de p de 0,05 e sua interpretação obedeceu ao preconizado por McCluskey e Lalkhen¹⁰, admitindo o critério de lógica da associação de variáveis.

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado pelo CAAE nº 0351.0.172.000-10.

5.3 RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se a distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas, pelos grupos segundo presença e grau da cefaleia avaliado pelo HIT-6. O grupo A diferenciou-se significativamente do grupo B e do grupo sem cefaleia por apresentar renda familiar mais frequentemente até dois salários mínimos. No entanto, ao serem questionados sobre renda pessoal e suficiência da renda, o grupo A diferiu apenas do grupo sem cefaleia.

O grupo B, cuja cefaleia exercia impacto substancial ou grave, diferenciou-se do grupo sem cefaleia por ser mais frequente no sexo feminino, acometer idosos jovens, cuja renda familiar era mais baixa (até dois salários-mínimos) e considerada insuficiente.

Da análise do OR, conforme se observa na Tabela 1, identificou-se que a presença de cefaleia com impacto substancial ou grave comportou-se como risco aumentado para o sexo feminino. Adicionalmente cefaleia com essa gradação configurou-se como risco para a renda mais baixa assim também para a percepção mais frequente de insuficiência de renda.

Tabela 1 – Distribuição das variáveis sociodemográficas segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011

Variáveis sociodemográficas		Grupos segundo cefaleia						Total		Valores de p		
		A: ≤ 55		B: ≥ 56		C: ausente				AxB	AxC	BxC
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Sexo	Masculino	26	21,0	9	15,8	206	28,3	241	26,5	0,413	0,090	0,041^a
	Feminino	98	79,0	48	84,2	522	71,7	668	73,5			
Idade (anos)	65 - 69	55	44,4	32	56,1	250	34,3	337	37,1	0,372	0,191	0,007
	70 - 74	34	27,4	10	17,5	234	32,1	278	30,6			
	75 - 79	20	16,1	10	17,5	131	18,0	161	17,7			
	80 ou mais	15	12,1	5	8,8	113	15,5	133	14,6			
Escolaridade*	Nenhuma	34	27,9	16	28,1	163	22,6	213	23,6	0,330	0,149	0,493
	Primário	47	38,5	17	29,8	224	31,0	288	32,0			
	1º grau	12	9,8	8	14,0	95	13,2	115	12,8			
	2º grau	17	13,9	12	21,1	125	17,3	154	17,1			
	Curso superior	12	9,8	4	7,1	115	15,9	131	14,5			
Estado civil [†]	Solteiro(a)	22	18,0	10	17,5	98	13,5	130	14,4	0,853	0,558	0,494
	Casado	48	39,3	26	45,6	292	40,2	366	40,4			
	Viúvo(a)	43	35,2	18	31,6	268	36,9	329	36,4			
	Divorciado(a) / separado(a)	9	7,4	3	5,3	68	9,4	80	8,8			
Possui Renda	Sim	119	96,0	53	93,0	694	95,3	866	95,3	0,302	0,753	0,427
	Não	5	4,0	4	7,0	34	4,7	43	4,7			
Renda Pessoal [†] (SM)	até 2	85	71,4	38	71,7	403	58,1	526	60,7	0,962	0,032	0,173
	> 2 até 5	16	13,4	6	11,3	125	18,0	147	17,0			
	> 5	9	7,6	4	7,5	108	15,6	121	14,0			
	Não informada	9	7,6	5	9,4	58	8,4	72	8,3			
Renda Familiar [‡] (SM)	até 2	38	45,2	29	69,0	235	45,1	302	46,7	0,010	0,016	0,011
	> 2 até 5	34	40,5	6	14,3	146	28,0	186	28,7			
	> 5	12	14,3	7	16,7	140	26,9	159	24,6			
Ganha o suficiente [¶]	Sim	48	39,0	15	26,3	364	50,6	427	47,4	0,096	0,018^b	<0,001^c
	Não	75	61,0	42	73,7	356	49,4	473	52,6			

Nota: * - Dois idosos não informaram escolaridade [†] - Nove idosos não informaram renda pessoal

[‡] - 55 idosos não souberam informar renda familiar [¶] - Um idoso não informou a suficiência de renda

^a OR=2,10 IC95% 1,01-4,37 ^b OR=1,60 IC95% 1,08-2,36 ^c OR= 2,86 IC95% 1,56-5,26

A cefaleia com nenhum ou pouco impacto B com impacto substancial ou grave SM – salários mínimos

Da avaliação da interferência da cefaleia nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária, apresentadas na Tabela 2, depreendeu-se que idosos com cefaleia que exercia impacto substancial ou grave diferiram do grupo com nenhum ou algum comprometimento e do grupo sem cefaleia, porque não mantinham capacidade de sair de casa dirigindo seu carro e de cortar as unhas dos pés. Quanto à incapacidade de arrumar a casa, o grupo com maior impacto pela cefaleia diferiu dos dois outros grupos. O grupo A diferiu do grupo sem cefaleia pela maior frequência com que arrumava sua casa e sua cama e preparava sua refeição. A cefaleia com impacto substancial ou grave atuou como fator de risco comprometendo atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, ao passo que a cefaleia com nenhum ou algum impacto se comportou como fator de proteção para o desempenho das atividades de arrumar a casa e preparar a refeição.

Tabela 2 – Distribuição das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011

Atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária		Grupos segundo cefaleia						Total		Valores de p		
		A: ≤ 55		B: ≥ 56		C: ausente				AxB	AxC	BxC
		n	%	n	%	n	%	n	%			
Sair de casa utilizando transporte	Sim	92	74,2	43	75,4	550	75,5	685	75,4	0,858	0,746	0,985
	Não	32	25,8	14	24,6	178	24,5	224	24,6			
Sair de casa dirigindo seu carro	Sim	13	40,6	2	10,0	117	36,3	132	35,3	0,018^a	0,631	0,016^b
	Não	19	59,4	18	90,0	205	63,7	242	64,7			
Sair de casa para curtas distâncias	Sim	104	83,9	41	71,9	579	79,5	724	79,6	0,062	0,263	0,125
	Não	20	16,1	16	28,1	149	20,5	185	20,4			
Preparar sua refeição	Sim	113	91,1	48	84,2	612	84,1	773	85,0	0,131	0,041^c	0,977
	Não	11	8,9	9	15,8	116	15,9	136	15,0			
Comer sua refeição	Sim	124	100,0	56	98,2	717	98,5	897	98,7	0,315	0,175	0,598
	Não	-	-	1	1,8	11	1,5	12	1,3			
Arrumar a casa, a sua cama	Sim	117	94,4	44	77,2	635	87,2	796	87,6	<0,001^d	0,023^e	0,033^f
	Não	7	5,6	13	22,8	93	12,8	113	12,4			
Tomar os seus remédios*	Sim	111	92,5	54	96,4	653	96,0	818	95,6	0,260	0,086	0,883
	Não	9	7,5	2	3,6	27	4,0	38	4,4			
Vestir-se	Sim	124	100,0	56	98,2	706	97,0	886	97,5	0,315	0,050	0,855
	Não	-	-	1	1,8	22	3,0	23	2,5			
Pentear seus cabelos	Sim	124	100,0	55	96,5	711	97,7	890	97,9	0,098	0,067	0,579
	Não	-	-	2	3,5	17	2,3	19	2,1			
Caminhar em superfície plana	Sim	122	98,4	54	94,7	706	97,0	882	97,0	0,180	0,381	0,353
	Não	2	1,6	3	5,3	22	3,0	27	3,0			
Subir/descer escadas	Sim	102	82,3	45	78,9	618	84,9	765	84,2	0,596	0,454	0,233
	Não	22	17,7	12	21,1	110	15,1	144	15,8			
Deitar e levantar da cama	Sim	124	100,0	55	96,5	712	97,8	891	98,0	0,098	0,096	0,524
	Não	-	-	2	3,5	16	2,2	18	2,0			
Tomar banho	Sim	123	99,2	56	98,2	703	96,6	882	97,0	0,532	0,116	0,495
	Não	1	0,08	1	1,8	25	3,4	27	3,0			
Cortar as unhas dos pés	Sim	90	72,6	30	52,6	532	73,1	652	71,7	0,008^g	0,908	<0,001^h
	Não	34	27,4	27	47,4	196	26,9	257	28,3			
Ir ao banheiro em tempo	Sim	115	92,7	53	93,0	635	87,2	803	88,3	0,611	0,080	0,203
	Não	9	7,3	4	7,0	93	12,8	106	11,7			

Nota: ^a OR=6,16 IC95% 1,22-31,19 ^b OR=5,19 IC95% 1,17-22,53 ^c OR=1,95 IC95% 1,02-3,73

^d OR=4,94 IC95% 1,85-13,18 ^e OR=2,45 IC95% 1,11-5,41 ^f OR=2,02 IC95% 1,05-3,89

^g OR=2,38 IC95% 1,24-4,58 ^h OR=2,44 IC95% 1,42-4,21

Legenda: A – cefaleia com nenhum ou pouco impacto B – cefaleia com impacto substancial ou grave

* - 53 idosos omitiram a resposta sobre tomar os seus remédios.

As atividades de ir ao cinema ou ao teatro, praticar alguma atividade física e sair para visitar parentes, desenvolvidas no tempo livre, estiveram comprometidas em idosos com

cefaleia com impacto substancial ou grave, quando comparados ao grupo sem cefaleia (Tabela 3).

A leitura de jornais estava comprometida pela presença da cefaleia, independente de sua gradação pelo impacto nas atividades. Comportamento distinto identificou-se na distração com jogos de cartas, xadrez e jardinagem em que o grupo com cefaleia de maior impacto apresentou mais incapacidade para essas tarefas do que o grupo com cefaleia de menor impacto (Tabela 3).

Ainda em relação às atividades desenvolvidas no tempo livre, constatou-se que a atividade de ir à igreja ou a serviço religioso comportou-se como fator de proteção para o grupo com cefaleia com menor impacto, quando comparado aos outros grupos (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das atividades no tempo livre, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011

Atividades no tempo livre		Grupos segundo cefaleia						Total		Valor de p		
		A: ≤ 55		B: ≥ 56		C: ausente		n	%	Ax B	Ax C	Bx C
		n	%	n	%	n	%					
Ouvir rádio	Sim	82	66,1	38	66,7	515	70,7	635	69,9	0,943	0,300	0,516
	Não	42	33,9	19	33,3	213	29,3	274	30,1			
Assistir à televisão	Sim	120	96,8	56	98,2	693	95,2	869	95,6	0,496	0,305	0,289
	Não	4	3,2	1	1,8	35	4,8	40	4,4			
Ler jornal	Sim	51	41,1	21	36,8	383	52,6	455	50,1	0,584	0,018^a	0,022^b
	Não	73	58,9	36	63,2	345	47,4	454	49,9			
Ler revistas	Sim	67	54,0	26	45,6	406	55,8	499	54,9	0,293	0,719	0,138
	Não	57	46,0	31	54,4	322	44,2	410	45,1			
Receber visitas	Sim	102	82,3	48	84,2	616	84,6	766	84,3	0,746	0,505	0,935
	Não	22	17,7	9	15,8	112	15,4	143	15,7			
Ir ao cinema ou a teatro	Sim	22	17,7	5	8,8	152	20,9	179	19,7	0,116	0,423	0,028^c
	Não	102	82,3	52	91,2	576	79,1	730	80,3			
Andar pelo bairro	Sim	96	77,4	38	66,7	542	74,5	676	74,4	0,125	0,481	0,198
	Não	28	22,6	19	33,3	186	25,5	233	25,6			
Ir à igreja ou serviço religioso	Sim	98	79,0	37	64,9	495	68,0	630	69,3	0,043^d	0,014^e	0,632
	Não	26	21,0	20	35,1	233	32,0	279	30,7			
Ir a jogos esportivos	Sim	4	3,2	2	3,5	49	6,7	55	6,1	0,615	0,135	0,342
	Não	120	96,8	55	96,5	679	93,3	854	93,9			
Praticar alguma atividade física	Sim	27	21,8	7	12,3	207	28,4	241	26,5	0,129	0,125	0,008^f
	Não	97	78,2	50	87,7	521	71,6	668	73,5			
Fazer compras	Sim	101	81,5	46	80,7	580	79,7	727	80,0	0,905	0,647	0,852
	Não	23	18,5	11	19,3	148	20,3	182	20,0			
Sair para visitar os amigos	Sim	70	56,5	30	52,6	471	64,7	571	62,8	0,631	0,078	0,068
	Não	54	43,5	27	47,4	257	35,3	338	37,2			
Sair para visitar os parentes	Sim	91	73,4	34	59,6	549	75,4	674	74,1	0,063	0,630	0,009^g
	Não	33	26,6	23	40,4	179	24,6	235	25,9			
Sair para passeios longos como excursões	Sim	47	37,9	17	29,8	302	41,5	366	40,3	0,291	0,454	0,084
	Não	77	62,1	40	70,2	426	58,5	543	59,7			
Sair para encontro social	Sim	27	21,8	12	21,1	208	28,6	247	27,2	0,913	0,117	0,224
	Não	97	78,2	45	78,9	520	71,4	662	72,8			
Fazer trabalhos manuais	Sim	42	33,9	19	33,3	266	36,5	327	36,0	0,943	0,568	0,628
	Não	82	66,1	38	66,7	462	63,5	582	64,0			
Distrair-se com jogo de cartas, xadrez, jardinagem	Sim	37	29,8	7	15,8	199	27,3	245	27,0	0,044^h	0,565	0,057
	Não	87	70,2	48	84,2	529	72,7	664	73,0			
Outros	Sim	11	8,9	1	1,8	68	9,3	80	8,8	0,063	0,868	0,051
	Não	113	91,1	56	98,2	660	90,7	829	91,2			

Nota: ^a OR=1,59 IC95% 1,08-2,34 ^b OR=1,90 IC95% 1,09-3,32 ^c OR=2,97 IC95% 1,17-7,55

^d OR=2,04 IC95% 1,02-4,08 ^e OR=1,77 IC95% 1,12-2,81 ^f OR=2,84 IC95% 1,27-6,36

^g OR=2,07 IC95% 1,19-3,62 ^h OR= 2,27 IC95% 1,01-5,10

Legenda: A – cefaleia com nenhum ou pouco impacto B – cefaleia com impacto substancial ou grave

Constatou-se que a frequência de percepção de saúde péssima foi significativamente maior no grupo com cefaleia, independentemente da gradação da dor. As informações sobre saúde física permitiram identificar que a presença de cefaleia, independente de sua gradação atuou como fator de risco para maior frequência de não ter plano de saúde, referenciar que sofre de mais de cinco doenças e fazer uso de remédio para dor. No entanto apenas a cefaleia com impacto substancial ou grave mostrou-se como fator de risco para a informação do uso de cinco ou mais medicações (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição das informações sobre saúde física, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011

Informações sobre saúde física		Grupos segundo cefaleia						Total		Valor de p		
		A; ≤ 55		B: ≥ 56		C: ausente		n	%	AxB	AxC	BxC
		n	%	n	%	n	%					
Em geral, sua saúde está*	Ótima	5	4,2	-	-	114	16,1	119	13,6	0,009	<0,001	<0,001
	Boa	60	50,4	16	30,2	377	53,4	453	51,6			
	Ruim	35	29,4	19	35,8	155	22,0	209	23,8			
	Péssima	19	16,0	18	34,0	60	8,5	97	11,0			
Sofre alguma doença	Sim	124	100,0	57	100,0	699	96,0	880	96,8	-	0,024	0,108
	Não	-	-	-	-	29	4,0	29	3,2			
Sofre mais de cinco doenças	Sim	71	57,3	41	71,9	284	40,6	396	45,0	0,059	<0,001^a	<0,001^b
	Não	52	42,7	16	28,1	415	59,4	483	55,0			
Tem algum plano de saúde [†]	Sim	41	33,1	14	24,6	356	49,0	411	45,3	0,248	<0,001^c	<0,001^d
	Não	83	66,9	43	75,4	370	51,0	496	54,7			
Uso de medicação	Sim	117	94,4	56	98,2	659	90,5	832	91,5	0,221	0,166	0,051
	Não	7	5,6	1	1,8	69	9,5	77	8,5			
Número de medicações	Nenhuma	7	5,6	2	3,5	73	10,0	82	9,0	0,121	0,212	0,002
	1 a 4	91	73,4	35	61,4	531	72,9	657	72,3			
	5 ou mais	26	21,0	20	35,1	124	17,0	170	18,7			
Remédio para dor [†]	Sim	49	41,9	29	51,8	141	21,4	219	26,3	0,221	<0,001^e	<0,001^f
	Não	68	58,1	27	48,2	518	78,6	613	73,7			

Nota: ^a OR=1,96 IC95% 1,33-2,88 ^b OR=3,74 IC95% 2,06-6,80 ^c OR=1,95 IC95% 1,30-2,91

^d OR=2,95 IC95% 1,59-5,50 ^e OR=2,65 IC95% 1,75-4,00 ^f OR=3,95 IC95% 2,26-6,88

Legenda: A – cefaleia com nenhum ou pouco impacto B – cefaleia com impacto substancial ou grave

* 31 idosos omitiram a informação sobre avaliação de sua saúde em geral

[†] - 2 idosos não informaram ter plano de saúde [†] - 77 idosos omitiram informação sobre uso de remédio para dor

Com base nas informações fornecidas pelos idosos, diversas foram as constatações. A presença de cefaleia mostrou-se como fator de risco para doenças musculoesqueléticas, renais e do aparelho digestivo, independente da gradação da dor. Em relação ao diabetes e à depressão, houve maior frequência no grupo com cefaleia de maior impacto, quando comparado à de menor impacto. Assim também constatou-se os grupos com cefaleia estiveram expostos a maior risco dessas doenças, quando comparados ao grupo sem cefaleia.

Observou-se que a cefaleia com impacto substancial ou grave se associou à maior frequência de comprometimentos neurológicos quando comparado ao grupo sem cefaleia. Assim também o grupo B foi o único que esteve exposto ao maior risco de queda. Em relação à referência de outras doenças, o grupo com cefaleia de nenhum ou pouco impacto apresentou maior frequência que o grupo sem cefaleia.

Note-se que a todas essas doenças os idosos atribuíram atrapalhar de fazerem o que precisavam ou queriam, independente da gradação do impacto da dor (Tabela 5).

Tabela 5 – Discriminação das doenças informadas, segundo presença e grau de impacto da cefaleia – Recife, 2010-2011

Discriminação das doenças		Grupos segundo cefaleia						Total		Valor de p		
		A: ≤ 55		B: ≥ 56		C: ausente		n	%	AxB	AxC	BxC
		n	%	n	%	n	%					
Doenças musculoesqueléticas	Sim	104	83,9	49	86,0	454	62,4	607	66,8	0,717	<0,001 ^a	<0,001 ^b
	Não	20	16,1	8	14,0	274	37,6	302	33,2			
Doença pulmonar	Sim	9	7,3	3	5,3	49	6,7	61	6,7	0,443	0,829	0,668
	Não	115	92,7	54	94,7	679	93,3	848	93,3			
Doenças cardiovasculares	Sim	91	73,4	43	75,4	497	68,3	631	69,4	0,770	0,255	0,261
	Não	33	26,6	14	24,6	231	31,7	278	30,6			
Doença renal*	Sim	16	13,2	13	23,6	46	6,4	75	8,4	0,084	0,008^c	<0,001 ^d
	Não	105	86,8	42	76,4	672	93,6	819	91,6			
Incontinência urinária	Sim	24	19,4	13	22,8	165	22,7	202	22,2	0,583	0,412	0,980
	Não	100	80,6	44	77,2	563	77,3	707	77,8			
Comprometimentos neurológicos	Sim	18	14,5	15	26,3	87	12,0	120	13,2	0,056	0,422	0,002^e
	Não	106	85,5	42	73,7	641	88,0	789	86,8			
Câncer [†]	Sim	9	7,4	-	-	20	2,8	29	3,2	0,029	0,010^f	0,203
	Não	113	92,6	57	100,0	703	97,2	873	96,8			
Diabetes [‡]	Sim	16	13,1	20	35,7	169	23,3	205	2,7	<0,001 ^g	0,011^h	0,037ⁱ
	Não	106	86,9	36	64,3	555	76,7	697	77,3			
Doença do aparelho digestivo [‡]	Sim	53	43,8	32	56,1	140	19,3	225	24,9	0,124	<0,001 ^j	<0,001 ^k
	Não	68	56,2	25	43,9	587	80,7	680	75,1			
Depressão [¶]	Sim	33	27,0	26	45,6	106	14,6	165	18,3	0,014^l	<0,001 ^m	<0,001 ⁿ
	Não	89	73,0	31	54,4	619	85,4	739	81,7			
Feridas / Escaras / Úlceras	Sim	7	5,6	2	3,5	31	4,3	40	4,4	0,420	0,489	0,786
	Não	117	94,4	55	96,5	697	95,7	869	95,6			
Problemas de visão ^{**}	Sim	59	48,4	30	53,6	304	42,1	393	43,7	0,519	0,197	0,095
	Não	63	51,6	26	46,4	418	57,9	507	56,3			
Problemas de audição ^{††}	Sim	18	14,6	9	15,8	110	15,2	137	15,1	0,840	0,877	0,901
	Não	105	85,4	48	84,2	615	84,8	768	84,9			
Queda (tombo)	Sim	27	21,8	22	38,6	128	17,6	177	19,5	0,018^o	0,263	<0,001 ^p
	Não	97	78,2	35	61,4	600	82,4	732	80,5			
Problemas de saúde bucal	Sim	22	17,7	8	14,0	85	11,7	115	12,7	0,533	0,060	0,596
	Não	102	82,3	49	86,0	643	88,3	794	87,3			
Alcoolismo	Sim	2	1,6	-	-	7	1,0	9	1,0	0,335	0,512	0,457
	Não	122	98,4	57	100,0	721	99,0	900	99,0			
Outra doença	Sim	40	32,3	12	21,1	163	22,4	215	23,7	0,122	0,017^q	0,815
	Não	84	67,7	45	78,9	565	77,6	694	76,3			
Estas doenças atrapalham fazer o que precisa ou quer	Sim	58	46,8	36	63,2	241	34,2	335	37,9	0,040^r	0,007^s	<0,001 ^t
	Não	66	53,2	21	36,8	463	65,8	550	62,1			

Nota: ^a OR=3,14 IC95% 1,90-5,18 ^b OR=3,70 IC95% 1,72-7,92 ^c OR=2,23 IC95% 2,22-4,08
^d OR=4,52 IC95% 2,27-9,02 ^e OR=2,63 IC95% 1,40-4,94 ^f OR=280 IC95% 1,24-6,30
^g OR=3,68 IC95% 1,72-7,86 ^h OR=2,02 IC95% 1,16-3,51 ⁱ OR=1,82 IC95% 1,03-3,24
^j OR=3,27 IC95% 2,18-4,89 ^k OR=5,37 IC95% 3,08-9,35 ^l OR=2,26 IC95% 1,17-4,36
^m OR=2,16 IC95% 1,38-3,39 ⁿ OR=4,90 IC95% 2,80-8,58 ^o OR=2,26 IC95% 1,14-4,47
^p OR=2,95 IC95% 1,67-5,19 ^q OR=1,65 IC95% 1,09-2,50 ^r OR=1,95 IC95% 1,02-3,71
^s OR=1,69 IC95% 1,15-2,48 ^t OR=3,29 IC95% 1,88-5,77

Legenda: A – cefaleia com nenhum ou pouco impacto B – cefaleia com impacto substancial ou grave

Omitiram informações: * - 15 idosos, sobre doença renal; † - 7 idosos sobre câncer ou sobre diabetes

‡ 2 idosos, sobre doença do aparelho digestivo ¶ - 3 idosos, sobre depressão ** 9 idosos, sobre problemas de visão

†† - 4 idosos, sobre problemas de audição

5.4 DISCUSSÃO

Nossos resultados apontaram que idosos com cefaleia de impacto substancial ou grave efetivamente têm incapacidades funcionais no desempenho de atividades de vida diária, instrumentais de vida diária, bem como a dor interfere em sua percepção de saúde.

Esses achados não estão restritos à mera execução de tais atividades, mas exercem efeito negativo para o envelhecimento ativo. As incapacidades identificadas relacionam-se à perda da autonomia, da independência, as quais possibilitam ao idoso uma vida plena. O desempenho de uma pessoa ao longo da vida está na dependência dos componentes orgânicos, corporais, associados a suas atividades de vida, as quais ocorrem em um contexto sociocultural e econômico amplo. Da interação entre esses elementos, resulta a vida plena, ou seja, um indivíduo que mantém saúde física, com relacionamentos profícuos e satisfatórios derivados de sua participação no entorno em que está inserido¹.

Comprovar que a cefaleia compromete atividades de vida diária e instrumentais de vida diária é despertar um questionamento relevante, ainda pouco explorado porque o fenômeno do envelhecimento populacional é recente no Brasil. Daí decorre a necessidade de promover debates para clarear tais comprometimentos, incluindo sua investigação no atendimento de idosos com cefaleia.

Um dos aspectos a ser abordado é a padronização do uso do questionário para investigação do impacto da cefaleia na vida do paciente. Dois questionários são considerados padrão com validade e reprodutibilidade comprovadas para essa finalidade. O *Migraine Disability Assessment* (MIDAS) foi criado com o objetivo de estratificar os pacientes segundo grau de atenção e evolução clínica ao tratamento, bem como para permitir comparações em pesquisas epidemiológicas. Esse questionário estratifica os pacientes segundo impacto da cefaleia nas atividades de vida laboral, admitindo implicitamente que o paciente esteja inserido no mercado de trabalho¹¹. Outro questionário é o *Headache Impact Test*, conhecido pela sigla HIT-6, para identificar pacientes que necessitassem mais atenção no tratamento, pelos prejuízos nas atividades de vida diária e de vida laboral, portanto sendo adequado também a pacientes não incluídos no mercado de trabalho¹¹. Face às características dos dois

questionários validados, a adequação do HIT-6 aos idosos residia em permitir investigação da capacidade funcional, sem a exigência de inserção no mercado de trabalho.

Estratificar os idosos segundo a intensidade do impacto da cefaleia na capacidade funcional, ou seja, pela gradação do HIT-6 em nenhum ou algum impacto e impacto substancial ou grave, contrapondo-a ao grupo sem cefaleia, permitiu detalhamento do problema da cefaleia para esse grupo populacional.

Comprovou-se que a intensidade do impacto na capacidade funcional estratifica os idosos com cefaleia em dois grupos com prejuízos distintos entre si, além de distintos do grupo sem cefaleia. Analisemos as implicações na percepção da renda familiar e suas repercussões. A renda familiar atuou como fator de risco diferenciador dos idosos com cefaleia de maior impacto, em relação àqueles com menor impacto e mesmo sem cefaleia. Idosos sujeitos a maior impacto pela cefaleia diferenciavam-se por pertencer a família com menor renda, pela percepção de insuficiência de renda, por sofrer de mais de cinco doenças, não ter plano de saúde, fazer uso de cinco ou mais medicações, dentre as quais, remédio para dor. Significa dizer que a intensidade do impacto da cefaleia foi identificado como fator de maior fragilização desse grupo, porque, apesar de a doença exigir maiores gastos, a insuficiência de renda lhes tolhe a possibilidade de busca por assistência médica especializada, na medida em que não dispõem de plano de saúde.

Essa cadeia de eventos potencializa a vulnerabilidade para a incapacidade funcional. Não poder fazer face a despesas que poderiam lhe conferir diagnóstico e tratamento mais específico e prevenção de crises, contribui também para depressão, aumento do sofrimento, sensação de abandono, porque nesse caso, a cefaleia o acomete com intensidade grave, contribuindo também para uma percepção de saúde péssima. A autopercepção de saúde, por sua vez, contribui para o adoecimento, sendo mesmo um forte preditor de mortalidade na medida em que reflete o estado real de saúde, por isso considerada representação das avaliações objetivas de saúde².

Diante da exposição a maior risco de morbidade, também em decorrência da insuficiência de renda, os idosos com cefaleia de impacto substancial ou grave necessitam melhor assistência à saúde. Dessa feita, não dispor de plano de saúde pode ser interpretado como um fator de risco adicional. Não se trata apenas do fato de poder pagar por uma assistência de saúde privada, mas de ter acesso a especialista em cefaleia, que se traduz em receber diagnóstico com maior brevidade, ser submetido a conduta terapêutica adequada e receber tratamento preventivo¹²⁻¹⁴. Essa soma de fatores contribui positivamente para a

preservação da autonomia e da liberdade do idoso. Esse contexto mais abrangente precisa ser exaltado para que os idosos com cefaleia possam ser atendidos também em respeito a suas necessidades sociais, ou seja, é mister incluir na conduta clínica os aspectos do entorno do idoso, que permearão seu estado de saúde.

Ainda mantendo o foco no aspecto médico do impacto da cefaleia em idosos, a constatação de comprometimento mais frequente por doenças musculoesqueléticas, renais e digestivas, independente do grau de impacto da dor, ganha importância quando se identifica também que esses idosos fazem uso de diversas medicações, incluindo aquelas para dor. Um dos benefícios do tratamento por especialista em cefaleia é um diagnóstico acurado, do que resulta a redução do uso de medicações, o que determina menor risco de comprometimento digestivo e renal de idosos. Dessa feita, embora não tenha sido o foco da presente pesquisa, é relevante chamar a atenção para o fato.

Quanto às doenças musculoesqueléticas, devem ser associadas ao achado da frequência de quedas muito maior em idosos com cefaleia que exerce impacto substancial ou grave nas atividades de vida diária. Esse grupo de idosos também esteve exposto a maior risco de depressão, diabetes e problemas neurológicos, o que permite caracterizá-lo como aquele a quem se deve dedicar anamnese mais detalhada. Incluir a investigação da capacidade funcional e dirigir questionamentos específicos, para permitir que o idoso preste tais informações, é contribuir para um diagnóstico mais abrangente. Relevante se faz ressaltar essas associações que podem não manter nexo causal, na acepção da palavra, mas, em idosos, compõem um conjunto de fatores cuja concomitância compromete o envelhecimento ativo.

Voltando a atenção ao comprometimento da atividade funcional de idosos pela cefaleia, os achados apontaram para dois aspectos originais. O grupo com cefaleia com nenhum ou algum impacto reagia ao desconforto da dor pelo aumento de atividades de vida diária. Realizavam com maior frequência a arrumação da casa, o preparo de refeições, assim como frequentavam mais assiduamente serviços religiosos. Esse aspecto foi bem caracterizado em pesquisa qualitativa realizada em João Pessoa, em 2008, com idosos entre 60 e 83 anos de idade¹⁵, na qual há o registro da frase de um idoso de que “Eu tenho quase uma obrigação de não cansar, senão eu vou me limitar. (...) Eu já atinei que o corpo acompanha a cabeça”.

A frase ilustra que o comportamento de idosos é guiado pelo enfrentamento da velhice, ou seja, gerando estímulo interno para manter o corpo em atividade. Ainda que se considere que os idosos em assim pensando admitem a visão mecanicista de uma cabeça

pensando e um corpo agindo afastam as limitações da velhice, em verdade é forçoso reconhecer que se trata de um novo pensar o envelhecimento. Adotam comportamentos para manter sua autonomia e independência¹⁵.

Dentre esses comportamentos adaptativos ao envelhecer, a participação de cultos religiosos acresce o fator da fé, de valores espirituais que envolvem a finitude humana¹⁶, fato que foi mais frequente dentre os idosos com cefaleia com nenhum ou pouco impacto, o que pareceu um contrassenso. Idosos com maior comprometimento pela cefaleia mais raramente frequentavam cultos religiosos, o que pode ter advindo da própria dor, atuando como fator limitante.

Esse achado também é relevante sob a ótica médica, indicando que a manutenção das atividades de vida diária pode não ser sinônimo de cefaleia de pequena intensidade, mas pode encobrir uma cefaleia importante, cuja ação prejudicial encontra no fator comportamento o contraponto.

Esta pesquisa trouxe um achado inusitado: idosos com cefaleia de impacto significativo ou grave mais frequentemente afirmaram não conseguir cortar as unhas dos pés. Não se identificou qualquer paralelo para essa constatação na literatura consultada. Pode-se, entretanto, aventar a hipótese de que o comprometimento musculoesquelético, ao restringir a movimentação ativa e a flexibilidade de movimentos, pode contribuir para tal dificuldade¹⁷. Paralelamente, o ato de cortar as unhas dos pés requer flexão do tronco, a qual pode contribuir para aumento da cefaleia. Tais hipóteses estão a requerer pesquisa.

Além dos prejuízos que o grupo com cefaleia substancial ou grave experimenta, atinentes aos aspectos médicos, a doença lhes infringe restrições de atividades instrumentais de vida diária. Mais frequentemente afirmaram não participar de atividades que envolvem convívio social, como visitar parentes, participar de atividades lúdicas. A essa redução da comunicação social se soma a menor frequência de leitura de jornais. Ainda que se admita que a leitura de jornais pode ser parcialmente substituída pela comunicação televisiva, novamente se deve ressaltar o contexto social. Essas atividades instrumentais de vida diária traduzem a inserção ativa do idoso no entorno social, componente essencial para um envelhecimento ativo no contexto mais abrangente de vida¹.

A metodologia do presente estudo foi marcada pelo rigor na obediência das premissas estabelecidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o que confere força aos resultados. Mesmo assim, deve-se ressaltar como limitação a identificação de grande

amplitude de intervalo de confiança do Odds Ratio de algumas associações significantes, o que enfraquece a força da evidência, contudo não a invalida. A amplitude do intervalo de confiança aponta, sim, para a necessidade de outros estudos que somem evidências a um tema ainda pouco conhecido. Nesse contexto, nossos resultados foram analisados com cautela, admitindo que a originalidade do detalhamento das restrições que a cefaleia infringe a idosos deve gerar questionamentos, condizentes com as controvérsias que envolvem a própria cefaleia.

Concluiu-se que a cefaleia comprometeu a capacidade funcional dos idosos e se associou significativamente com o grau de impacto avaliado pelo HIT-6. Nos idosos com cefaleia de impacto substancial ou grave, observou-se com maior evidência o aumento da incapacidade funcional. Nos idosos com cefaleia de nenhum ou pouco impacto, a doença atuou como fator de risco para redução de atividades de vida diária, potencializando a fragilidade do idoso. Nas atividades instrumentais de vida diária, a cefaleia contribuiu para a adoção de comportamentos resilientes pró-ativos.

Esses resultados embasam a recomendação de profissionais de saúde considerarem a investigação anamnésica da capacidade funcional do idoso quando do diagnóstico de cefaleia, para melhor adequação do tratamento e da prevenção, não apenas da dor, mas de sua autonomia e independência para satisfação de suas necessidades.

Referências

1. World Health Organization. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa: WHO; 2004.
2. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panam. Saúde Pública.* 2005;19(1):333–341.
3. IBGE. Censo 2000. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000.
4. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ; 1994.
5. Lopes FL. Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um hospital universitário. Dissertação (Mestrado) – Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2006:123.
6. Bayliss MS, Dewey JE, Dunlap I, Batenhorst AS, Cady R, Diamond ML, et al. A study of the feasibility of Internet administration of a computerized health survey: the headache impact test (HIT). *Qual. Life Res.* 2003;12(8):953–961.

7. Kosinski M, Bayliss MS, Bjorner JB, Ware JEJ, Garber WH, Batenhorst A, et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. *Qual. Life Res.* 2003;12(8):963–974.
8. Lebrão ML. Saúde, bem-estar e envelhecimento na América Latina e Caribe: Projeto SABE. São Paulo: Organização Pan-Americana de Saúde/ Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo; 2003.
9. Brasil. Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. McCluskey A, Lalkhen AG. Statistics III: Probability and statistical tests. *Contin. Educ. Anaesthesia, Crit. Care Pain.* 2007 Oct 1;7(5):167–170.
11. Magnoux E, Freeman M a, Zlotnik G. MIDAS and HIT-6 French translation: reliability and correlation between tests. *Cephalalgia.* 2008 Jan;28(1):26–34.
12. Vinding GR, Zeeberg P, Lyngberg A, Nielsen RT, Jensen R. The burden of headache in a patient population from a specialized headache centre. *Cephalalgia.* 2007 Mar;27(3):263–70.
13. Voley-Gómez M. Impacto social , económico y en el sistema de salud de la migraña y otras cefaleas primarias. *Rev. Neurol.* 2006;43(4):228–235.
14. Wilper A, Woolhandler S, Himmelstein D, Nardin R. Impact of insurance status on migraine care in the United States: a population-based study. *Neurology.* 2010 Apr 13;74(15):1178–83.
15. Melo G. O Sentido da Velhice para Homens e Mulheres Idosos The Meaning of Old Age for Elderly Men and Women. *Saude e Soc.* 2010;19(4):771–783.
16. Giacomini KC. O luto antecipado diante da consciência da finitude: a vida entre os medos de não dar conta, de dar trabalho e de morrer. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2013;18(9):2487–2496.
17. Stronks DL, Tulen JHM, Bussmann JBJ, Mulder LJMM, Passchier J. Interictal daily functioning in migraine. *Cephalalgia.* 2004 Apr;24(4):271–9.



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Da comparação entre os grupos de estudo, ficou evidente que a intensidade da cefaleia atua como fator de risco para o desempenho das atividades de vida diária e das atividades instrumentais de vida diária dos idosos, comprometendo seu bem-estar.

Esses resultados são convites, ou mesmo desafios, à reflexão quanto a seu significado médico e social. Sob a ótica orgânica, essas constatações originais podem auxiliar na prevenção de doenças e na orientação do idoso para a aprendizagem de viver com limitações, mantendo sua qualidade de vida, em decorrência do exercício da autonomia e da liberdade de escolhas. Ainda do ponto de vista médico, a investigação das atividades de vida diária e instrumentais de vida diária de idosos com cefaleia permite melhor adequação da terapêutica, que se traduz para a sociedade por substancial redução de custos. O direcionamento da terapêutica evita consultas repetidas ineficazes; o consumo de medicamentos e, sobretudo, internações evitáveis, aspectos que têm sido tema de diversas publicações com foco na doença – na cefaleia – em seus aspectos epidemiológicos, diagnósticos e de manejo terapêutico.

Inobstante o aspecto social da cefaleia é relevante, especialmente quando a população idosa é o foco de atenção. Poucas publicações estão dirigidas exclusivamente à população idosa com cefaleia. Um número ainda menor de publicações considera os cidadãos idosos com cefaleia que convivem com o processo do envelhecimento, ou seja, investiga ou discorre sobre o impacto da doença sobre o bem-estar dessa população ainda socialmente invisível.

O envelhecimento populacional é um fato inexorável sobre o qual todos nós precisamos aprender e ensinar, sobre o qual precisamos buscar conhecimentos mais amplos, mais profundos para que possamos atendê-la com qualidade e respeito a suas particularidades. Parece pertinente afirmar que os tempos atuais estão marcados pelo mesmo processo que foi vivenciado até que se compreendesse que “crianças não são adultos pequenos” (DORIGO; NASCIMENTO, 2007). Estamos aprendendo que idosos não são adultos velhos, são idosos. Constituem uma outra população de pacientes, do ponto de vista médico; outra população de indivíduos sociais, cujas particularidades precisam ser consideradas quando se lhes presta assistência à saúde.

Essa reflexão é o motivo pelo qual as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária devem ser valorizadas em idosos com cefaleia, como também na assistência a outras morbidades. Limitações da atividade funcional nessa população têm impacto para os pacientes, mas também para os familiares, para o Sistema de Saúde e para a sociedade como um todo (CAMARANO, 2004).

Gradativamente a comunidade de profissionais de saúde admite a necessidade de contemplar os ensinamentos da Sociologia da saúde, que podem auxiliar na comunicação, na

motivação, na adesão ao tratamento, na identificação de fatores estressores, psíquicos, culturais e ambientais, contribuindo para melhores diagnósticos e tratamentos (BARROS, 2009).

Consideramos que esta é a maior contribuição desta tese – trazer luz para o comprometimento da capacidade funcional de idosos com cefaleia, numa abordagem objetiva e detalhada, pontuando as atividades a serem investigadas quando do atendimento a essa população, mas também numa abordagem social do idoso com cefaleia.



REFERÊNCIAS

BARROS, N. F. Sociologia, Medicina e a construção da Sociologia da Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 169-175, 2009.

BAYLISS, M. S. et al. A study of the feasibility of Internet administration of a computerized health survey: the headache impact test (HIT). **Quality of Life Research**, v. 12, n. 8, p. 953–961, 2003.

BENSEÑOR, I. M. et al. The prevalence of headache among elderly in a low-income area of São Paulo, Brazil. **Cephalalgia**, v. 28, n. 4, p. 329–33, abr. 2008.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, 2004.

DELLAROZA, M.; PIMENTA, C.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados Prevalence and characterization of chronic pain among the elderly living in the community. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1151–1160, 2007.

DORIGO, H. M. G.; NASCIMENTO, M. I. A concepção histórica sobre as crianças pequenas: subsídios. **Educare et Educare**, v. 2, n. 3, p. 15*32, 2007.

GAGLIESE, L. Pain and aging: the emergence of a new subfield of pain research. **The Journal of Pain**, v. 10, n. 4, p. 343–53, abr. 2009.

IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. **Pain**, v. 6, p. 249–252, 1979.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Brasil, 2000.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2011.

JIMÉNEZ-SÁNCHEZ, S. et al. Prevalence of migraine headaches in the romany population in Spain: sociodemographic factors, lifestyle and co-morbidity. **Journal of Transcultural Nursing**, v. 24, n. 1, p. 6–13, jan. 2013.

- KOSINSKI, M. et al. A six-item short-form survey for measuring headache impact: the HIT-6. **Quality of Life Research**, v. 12, n. 8, p. 963–974, 2003.
- KUMAR, A.; ALLCOCK, N. **Pain in Older People**. London: Pentonville Road, 2008.
- LEBRÃO, M. L. **Saúde, bem-estar e envelhecimento na América Latina e Caribe: Projeto SABE**. São Paulo: Organização Pan-Americana de Saúde/ Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo, 2003.
- LIMA-COSTA, M;F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicação na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.
- LOPES, F. L. **Construção e testagem clínica de instrumento de coleta de dados para o idoso internado em um hospital universitário**. Originalmente apresentada como dissertação para Fundação Universidade do Rio Grande, 2006.
- MCCLUSKEY, A.; LALKHEN, A. G. Statistics III: Probability and statistical tests. **Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain**, v. 7, n. 5, p. 167–170, 1 out. 2007.
- MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7–18, 2000.
- QUEIROZ, L. P. et al. A nationwide population-based study of migraine in Brazil. **Cephalalgia**, v. 29, n. 6, p. 642–9, jun. 2009.
- RECIFE. **Prefeitura do Recife**. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/cidade/aspectos-gerais/>>. Acesso em: 16 nov. 2013.
- SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 3–10, mar. 2009.
- SOUZA, J. A.; MOREIRA FILHO, P. F.; JAVOUX, C. C. Cefaleia em idosos. **Einstein**, v. 2, n. 1, p. 80–86, 2004.

STRAUBE, A. et al. Period prevalence of self-reported headache in the general population in Germany from 1995-2005 and 2009: results from annual nationwide population-based cross-sectional surveys. **The Journal of Headache and Pain**, v. 14, n. 1, p. 11, dez. 2013.

VAAJOKI, A. We have to take Pain Definition, Pain Management, and the Results of Non-pharmacological Studies Seriously. **Alternative & Integrative Medicine**, v. 02, n. 07, 2013.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 1994.

VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Atlas of of headache disorders and resources in the world 2011**. Genève: WHO, 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Cefaleia e Capacidade Funcional no Idoso**, da Universidade Federal de Pernambuco, cujo objetivo principal é estudar a cefaleia e sua relação com a capacidade funcional no idoso e será realizado através de seus objetivos específicos, que são: (1) Estimar a prevalência de cefaleia em idosos na população de Recife/PE. (2) Conhecer o perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos idosos recifense que tem cefaleia. (3) Conhecer a capacidade funcional dos casos considerando autonomia e independência funcional para o desempenho das Atividades de Vida Diária. Desta forma, o(a) senhor(a) está sendo informado(a) e esclarecido(a): quanto (1) aos termos técnicos (palavras não conhecidas de todos) utilizados neste TCLE como: *cefaleia* (dor de cabeça); *capacidade funcional* (quer dizer que a pessoa é capaz de fazer sozinho(a) e sem ajuda suas atividades do dia-a-dia como se alimentar, tomar seu banho, se vestir, cuidar de sua higiene pessoal, como também cozinhar, lavar, passar, fazer compras, usar transportes, cuidar do seu dinheiro, tomar seus remédios, entre outras atividades parecidas); *perfil social, demográfico e epidemiológico* (são informações sobre a pessoa como o sexo; a idade; se frequentou a escola; onde mora; se é casado(a), solteiro(a), viúvo(a), separado(a), ou seja, o estado civil; qual a religião; se trabalha ou está aposentado; se tem alguma doença e quais são elas; qual é o tipo da dor que sente); *desempenho nas atividades de vida diária, instrumentais de vida diária* (quer dizer que a pessoa é capaz de fazer sozinho(a) e sem ajuda suas atividades do dia-a-dia como se alimentar, tomar seu banho, se vestir, cuidar de sua higiene pessoal, como também cozinhar, lavar, passar, fazer compras, usar transportes, cuidar do seu dinheiro, tomar seus remédios, entre outras atividades parecidas) e de *qualidade de vida* (se possui uma situação de vida com a qual está satisfeito em relação à moradia, saúde, transporte, dinheiro, amigos, família e trabalho por exemplo). (2) que os entrevistadores usarão um questionário para fazer a entrevista; (3) que é voluntário(a), ou seja, está participando porque quer e não receberá nenhum benefício financeiro (dinheiro) por sua participação, como também não pagará nenhum valor financeiro (dinheiro) para participar; (4) que pode sair do estudo na hora em que quiser sem nenhum problema; (5) que este estudo não acarreta riscos, porém pode ocorrer algum constrangimento (chateação, sentir vergonha em responder alguma pergunta) e por isso, o(a) senhor(a) só responderá às perguntas que quiser e sua entrevista será individual, o que diminui possíveis constrangimentos; (6) que será garantido na divulgação dos resultados desse estudo o anonimato dos participantes, ou seja, o(a) senhor(a) não será identificado(a) individualmente. Os resultados divulgados estarão de acordo com os objetivos descritos neste estudo. Outros resultados que não estão previstos e que sejam significativos para o objeto desse estudo também serão apresentados à comunidade científica; (7) que este estudo pretende contribuir com conhecimentos originais que possam ser utilizados por outros estudiosos do tema, como também proporcionar algum benefício direto para o(a) Sr(a), uma vez que o questionário convida à reflexão, podendo contribuir com mudança de comportamento, bem como o contato direto com o(a) Sr(a) e seus familiares permite-nos, através de um folheto que lhe será entregue, informá-lo(a) sobre a rede de proteção social e de saúde disponível para o segmento idoso em Recife e sobre a promoção do autocuidado. Por fim, pretende-se subsidiar os formuladores de políticas governamentais, e os profissionais de saúde do município com conhecimentos sobre a situação da cefaleia nos idosos possibilitando ações que previnam e/ou minimizem os efeitos desse evento neste segmento populacional.

Eu, _____, li o texto acima, compreendi a sua finalidade e dou voluntariamente a permissão para a sua execução.

_____/_____/2010

Entrevistado

Valéria Moura Moreira Leite

Testemunhas

1. _____ CPF: _____

2. _____ CPF: _____

Recife, ____ de _____ de 20 ____

Contato com a pesquisadora:

- Departamento de Terapia Ocupacional/UFPE. Fone: (81) 2126-8931
- Comitê de Ética em Pesquisa – CCS/UFPE. Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Campus da UFPE – Cidade Universitária - Recife/PE. CEP: 50.670-901. Fone: (81) 2126-8588

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DO ESTUDO

Número do Questionário				
-------------------------------	--	--	--	--

Setor Censitário		Distrito Sanitário	
-------------------------	--	---------------------------	--

Entrevistador(a)		Data	
-------------------------	--	-------------	--

Quem responderá às perguntas?	
1.	O(a) próprio(a) idoso(a)
2.	O(a) próprio(a) idoso(a), com ajuda de respondente substituto (exceto para a Seção de Saúde Mental)
3.	Respondente substituto (exceto para a Seção de Saúde Mental)

Nome do Entrevistado		
Data de Nascimento	_____ / _____ / 19 _____	
Idade		
Endereço		
Bairro		
CEP		
Telefone(s)		

Início da Entrevista

Hora:

I - INFORMAÇÕES GERAIS

1. Sexo do Entrevistado	
1. Masculino	2. Feminino

2. Quantos anos o(a) Sr(a) tem?	Número de anos informado:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. NS / NR				

3. Há quanto tempo (anos) o(a) Sr(a) mora neste bairro?	Tempo informado:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0. Menos de 01 (um) ano				

4. Qual é sua escolaridade máxima COMPLETA?		
1. Nenhuma	2. Primário	3. Ginásio (ou 1º grau)
4. 2º grau (científico, técnico)	5. Curso superior	6. Pós-graduação
7. NA	8. NS / NR	

5. Atualmente qual é o seu estado conjugal?		
1. Casado/morando junto	2. Viúvo(a)	3. Divorciado(a) / separado(a)
4. Nunca casou / solteiro(a)	8. NS / NR	

6. O(a) Sr(a) teve filhos e/ou filhas? Entrevistador: em caso positivo, pergunte quantos e registre o número informado.					
1. Filhos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2. Filhas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0. Entrevistado(a) não teve filhos			8. NS / NR		

7. Quantas pessoas vivem nesta casa, contando com o(a) Sr(a)?					
Número total de pessoas, incluindo o(a) entrevistado(a):			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0. Entrevistado(a) mora só (vá para Q. 9 e marque NA na Q. 8)					
8. NS / NR (vá para Q. 9 e marque NA na Q. 8)					

8. Quem são essas pessoas que vivem com o(a) Sr(a) nesta casa? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.				
---	--	--	--	--

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Esposo(a) / companheiro(a)	1	2	7	8
b. Pais	1	2	7	8
c. Filhos	1	2	7	8
d. Filhas	1	2	7	8
e. Irmãos/irmãs	1	2	7	8

f. Netos(as)	1	2	7	8
g. Outros parentes	1	2	7	8
h. Amigos	1	2	7	8
i. Empregado(a)	1	2	7	8

Agora eu quero lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde

II. SAÚDE FÍSICA

9. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.

1. Ótima	2. Boa	3. Ruim
4. Péssima	8. NS / NR	

10. Eu vou ler algumas doenças e problemas de saúde e gostaria que o(a) Sr(a) respondesse se sofre ou não de algum deles. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Doença de coluna ou dor nas costas	1	2	8
b. Osteoporose	1	2	8
c. Artrite ou reumatismo	1	2	8
d. Câncer	1	2	8
e. Diabetes	1	2	8
f. Enfisema (doença no pulmão)	1	2	8
g. Bronquite ou asma	1	2	8
h. Tuberculose	1	2	8
i. Hipertensão ou pressão alta	1	2	8
j. Doença do coração (cardiopatias)	1	2	8
k. Doença nos rins (insuficiência renal crônica)	1	2	8
l. Doença de estômago/aparelho digestivo (úlcera, gastrite, hérnia)	1	2	8
m. Depressão	1	2	8
n. Sequela de AVC / Derrame (Trombose)	1	2	8
o. Doença de Parkinson	1	2	8
p. Demência / perda de memória / esclerose / Doença de Alzheimer	1	2	8
q. Feridas / Escaras / Úlceras	1	2	8
r. Problemas de visão (catarata, glaucoma, retinopatia diabética)	1	2	8

s. Problemas de audição	1	2	8
t. Queda (tombo)	1	2	8
u. Problemas de saúde bucal (com os dentes)	1	2	8
v. Incontinência urinária (perde urina sem querer)	1	2	8
w. Alcoolismo	1	2	8
x. Cirrose	1	2	8
y. Outra doença	1	2	8

11. Estas doenças e problemas de saúde atrapalham o(a) Sr(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer? Entrevistador: caso o(a) entrevistado não tenha referido sofrer de nenhuma doença, marque NA.

1. Sim	2. Não
7. NA	8. NS / NR

12. O(a) Sr(a) sofre de dor de cabeça ou enxaqueca?

1. Sim
2. Não (vá para a Q. 19 e marque NA nas Qs. 13; 14; 15; 16; 17 e 18)
8. NS / NR (vá para a Q. 19 e marque NA nas Qs. 13; 14; 15; 16; 17 e 18)

Atenção Entrevistador: as Qs. de 13 a 18, devem ser respondidas APENAS pelo(a) entrevistado(a). Caso este(a) não tenha condição de responder, marque NA em todas essas Qs. e vá para Q. 19.

13. Quando o(a) Sr(a) tem dor de cabeça, com que frequência a dor é forte? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.

1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

14. Com que frequência as dores de cabeça limitam sua capacidade de realizar suas atividades diárias habituais, incluindo cuidar da casa, trabalho, estudos, ou atividades sociais? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.

1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

15. Quando o(a) Sr(a) tem dor de cabeça, com que frequência o(a) Sr(a) gostaria de poder se deitar para descansar? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

Agora eu gostaria de saber sobre sua dor de cabeça ou enxaqueca **APENAS** nas últimas 4 semanas.

16. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu cansado(a) demais para trabalhar ou para realizar suas atividades diárias, por causa de suas dores de cabeça? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

17. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência o(a) Sr(a) sentiu que não estava mais agüentando ou se sentiu irritado(a) por causa de suas dores de cabeça? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

18. Durante as últimas 4 semanas, com que frequência suas dores de cabeça limitaram sua capacidade de se concentrar em seu trabalho ou em suas atividades diárias? Entrevistador: leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas de 1 a 5. Marque apenas uma opção.		
1. Nunca	2. Raramente	3. Às vezes
4. Com muita frequência	5. Sempre	7. NA
8. NS / NR		

III. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

19. O(a) Sr(a) é capaz de fazer sozinho(a) e sem ajuda as seguintes atividades. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. No caso de o entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque NÃO na letra "o".
--

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, etc.)	1	2	-----	8
b. Sair de casa dirigindo seu próprio carro*	1	2	7	8
c. Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança)	1	2	-----	8
d. Preparar sua própria refeição	1	2	-----	8
e. Comer a sua refeição	1	2	-----	8

f. Arrumar a casa, a sua cama	1	2	-----	8
g. Tomar os seus remédios**	1	2	7	8
h. Vestir-se	1	2	-----	8
i. Pentear seus cabelos	1	2	-----	8
j. Caminhar em superfície plana	1	2	-----	8
k. Subir/descer escadas	1	2	-----	8
l. Deitar e levantar da cama	1	2	-----	8
m. Tomar banho	1	2	-----	8
n. Cortar as unhas dos pés	1	2	-----	8
o. Ir ao banheiro em tempo	1	2	-----	8

* marque NA quando o(a) entrevistado(a) referir que não é habilitado / não dirige ou não possui carro.

** marque NA quando o(a) entrevistado(a) referir que não faz uso de NENHUM remédio.

20. No seu tempo livre o(a) Sr(a) faz (participa de) alguma dessas atividades. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Ouve rádio	1	2	8
b. Assiste a televisão	1	2	8
c. Lê jornal	1	2	8
d. Lê revistas e livros	1	2	8
e. Recebe visitas	1	2	8
f. Vai ao cinema, teatro, etc	1	2	8
g. Anda pelo seu bairro	1	2	8
h. Vai à igreja ou serviço religioso	1	2	8
i. Vai a jogos esportivos	1	2	8
j. Pratica algum atividade física	1	2	8
k. Faz compras	1	2	8
l. Sai para visitar os amigos	1	2	8
m. Sai para visitar os parentes	1	2	8
n. Sai para passeios longos como excursões	1	2	8
o. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	8
p. Costura, borda, tricota ou faz outros trabalhos manuais	1	2	8
q. Faz alguma atividade para se distrair como jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.	1	2	8
r. Outros	1	2	8

IV. RECURSOS ECONÔMICOS

21. Atualmente qual a sua situação de trabalho? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 4 e marque apenas uma opção.		
1. Aposentado	2. Desempregado	3. Empregado
4. Autônomo / trabalho informal	5. Outro	8. NS / NR

22. De onde o(a) Sr(a) tira o sustento de sua vida? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.
--

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Do seu trabalho	1	2	8
b. Da sua aposentadoria	1	2	8
c. Da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a)	1	2	8
d. Da ajuda de parentes ou amigos	1	2	8
e. De aluguéis, investimentos	1	2	8
f. De outras fontes	1	2	8

23. Em média, qual é a sua renda mensal? Entrevistador: caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores. <u>Atenção:</u> anote o valor líquido.

Rendimento mensal	<input type="text"/>				
0. Entrevistado(a) não tem renda	8. NS / NR				

24. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer-me o valor aproximado. Entrevistador: se o entrevistado vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na Q. 23. Se o entrevistado vive sozinho e não tem rendimento, marque NA nesta questão.

Rendimento mensal	<input type="text"/>				
7. NA	8. NS / NR				

25. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr(a), vivem com esse rendimento familiar ou do seu rendimento? Entrevistador: registre o número de pessoas informado.

Número de pessoas:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
0. Entrevistado(a) mora só	8. NS / NR	

26. Por favor, informe se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Água encanada	1	2	8
b. Eletricidade	1	2	8
c. Ligação com a rede de esgoto	1	2	8
d. Geladeira	1	2	8
e. Rádio	1	2	8
f. Televisão	1	2	8
g. Vídeocassete	1	2	8
h. DVD	1	2	8
i. Computador	1	2	8
j. Telefone fixo e/ou celular	1	2	8
k. Automóvel	1	2	8

27. O(a) Sr(a) é proprietário(a), aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?

1. Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal	2. Propriedade do cônjuge do entrevistado
3. Alugado pelo entrevistado	4. Morando em residência cedida sem custo para o(a) entrevistado
5. Mora na casa de filhos/as	6. Outra categoria
8. NA	8. NS / NR

28. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr(a) ganha. Entrevistador: leia as alternativas listadas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.

1. Dá e sobra	2. Dá na conta certa	3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito	8. NS / NR	

Atenção Entrevistador: TODA a Seção V. Saúde Mental, deve ser respondida APENAS pelo(a) entrevistado(a). Caso este(a) não tenha condição de responder, deixe toda a Seção em branco e vá para a Seção VI. Mobilidade Urbana, a partir da Q. 65.

V. SAÚDE MENTAL

É bastante comum as pessoas terem problemas de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr(a), outras bastantes inadequadas. No entanto, eu gostaria que o(a) Sr(a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

29. Esta pesquisa está sendo realizada pela UFPE – Universidade Federal de Pernambuco. Eu gostaria que o(a) Sr(a) repetisse para mim este nome e guardasse na memória.

1. Repete UFPE ou algo próximo	2. Não consegue/não repete/não responde
--------------------------------	---

30. Em que ano o(a) Sr(a) nasceu?

Ano do nascimento:
1. Ano do nascimento aparentemente correto
2. Informa ano do nascimento que: não corresponde à impressão do observador; ou é inconsistente com a data anteriormente obtida; ou é obviamente errada; ou não sabe ou fornece resposta incompleta.

31. Qual é o endereço de sua casa?

1. Informa endereço correto
2. Informa endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta

32. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora neste endereço?

Tempo informado:
1. Informação sobre tempo de residência aproximadamente correto/plausível
2. Informa tempo de residência obviamente errado, ou não sabe.

33. O(a) Sr(a) sabe o nome do atual presidente do Brasil?

Registre:
1. Nome do presidente correto/quase correto
2. Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente

34. Em que mês do ano nós estamos?

Mês do ano:	
1. Mês correto	2. Informa incorretamente o mês ou não sabe

35. Em que ano nós estamos?

Registre:	
1. Ano correto	2. Informa incorretamente o ano ou não sabe

36. Eu gostaria que o(a) Sr(a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios. O(a) Sr(a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos? Entrevistador: marque **SIM** para correto e **NÃO** para incorreto.

	SIM	NÃO	NA*
a. Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito	1	2	7
b. Agora com a mão esquerda o seu ouvido direito	1	2	7
c. Agora com a mão direita o seu ouvido esquerdo	1	2	7

* marque NA quando houver ausência e/ou incapacidade motora de membro superior

37. O(a) Sr(a) se lembra do nome da Universidade que está realizando esta pesquisa?

Registre:

1. UFPE - Universidade Federal de Pernambuco (ou algo próximo)

2. Não se lembra ou fornece outros nomes

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de como o(a) Sr(a) vem se sentindo ultimamente em relação a certas coisas. Eu gostaria de começar perguntando sobre suas últimas quatro semanas.

38. O(a) Sr(a) sentiu-se solitário(a) durante o último mês?

1. Sim

2. Não (vá para Q. 40 e marque NA na Q. 39)

8. NS / NR

39. Com que frequência o(a) Sr(a) se sentiu solitário(a)? Entrevistador: leia as alternativas 1 e 2. Marque apenas uma resposta.

1. Sempre

2. Algumas vezes

7. NA

8. NS / NR

40. O Sr(a) esteve preocupado durante o último mês?

1. Sim

2. Não (vá para Q. 42 e marque NA na Q. 41)

8. NS / NR

41. O(a) Sr(a) esteve preocupado(a) no último mês em relação a que tipo de coisa? Entrevistador: após esta introdução, segue-se o complemento desta pergunta: **O(a) Sr(a) diria que se preocupa em relação a quase tudo?**

1. Sim

2. Não

7. NA

8. NS / NR

42. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para dormir? Entrevistador: se o entrevistado não tem dificuldade para dormir, marque NÃO na opção “a” e NA na opção “b”. Se ele tiver dificuldade em dormir, continue a questão, **sondando**, como se segue abaixo e registre as respostas e não marque nada nas opções “a” e b”.

- O que impede o(a) Sr(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite?

- O que é que o(a) Sr(a) fica pensando quando está acordado na cama?

- O(a) Sr(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)?

- Ou porque o(a) Sr(a) se sente deprimido(a)?

- Ou devido a outras razões?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade para dormir	1	2	7	8
b. Dificuldade para dormir devido a preocupação ou ansiedade, depressão ou pensamento depressivo	1	2	7	8

43. O(a) Sr(a) teve dor de cabeça no mês passado?

1. Sim

2. Não

8. NS / NR

44. O(a) Sr(a) tem se alimentado bem no último mês?

1. Sim (vá para Q. 46 e marque NA na Q. 45)

2. Não

8. NS / NR

45. Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem?

Registre:

1. Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a) preocupado(a)/nervoso(a)

2. Outras razões

7. NA

8. NS / NR

46. O(a) Sr(a) sente que está ficando mais lento(a) ou com menos energia?

1. Sim

2. Não (vá para Q. 50 e marque NA nas Qs. 47; 48 e 49)

8. NS / NR

47. Em alguma hora do dia o(a) Sr(a) se sente mais lento(a) ou com menos energia?

0. Mais lento(a), com menos energia no período da manhã

1. Mais lento(a), com menos energia em outros períodos do dia ou não especifica período determinado.

7. NA

8. NS / NR

48. No último mês o(a) Sr(a) tem estado com menos energia ou como de costume?	
1. Com menos energia	2. Como de costume ou com mais energia
7. NA	8. NS / NR

49. Atualmente o(a) Sr(a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?	
1. Sim, sinto falta de energia	2. Não, não sinto falta de energia
7. NA	8. NS / NR

50. Durante o último mês o(a) Sr(a) se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?		
1. Sim	2. Não	8. NS / NR

51. O(a) Sr(a) sai de casa sempre que precisa ou quer sair?	
1. Sim (vá para Q. 53 e marque NA na Q. 52)	2. Não
8. NS / NR	

52. Como o(a) Sr(a) se sente a respeito?	
Registre:	
1. Fica chateado(a)/aborrecido(a)	2. Não fica chateado(a)/aborrecido(a)
7. NA	8. NS / NR

Agora mais algumas perguntas rápidas sobre como o(a) Sr(a) se sente:

53. O(a) Sr(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?	
1. Sim	2. Não (vá para Q. 57 e marque NA nas Qs. 54; 55 e 56)
8. NS / NR	

54. O(a) Sr(a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este estado se mantém por mais tempo?	
1. Triste ou deprimido(a) por um período maior que poucas horas	
2. Triste ou deprimido(a) por um período de poucas horas ou menos	
7. NA	8. NS / NR

55. Quando o(a) Sr(a) está se sentindo triste ou deprimido(a) a que horas do dia o(a) Sr(a) se sente pior?	
1. Pior no início do dia	2. Pior em outros períodos ou em nenhum período particular
7. NA	8. NS / NR

56. O(a) Sr(a) tem sentido vontade de chorar? Entrevistador: Em caso afirmativo pergunte: **o(a) Sr(a) chorou no último mês?** em caso negativo, anote a resposta Não.

Registre:

1. Sim

2. Não

7. NA

8. NS / NR

57. Alguma vez durante o mês o(a) Sr(a) sentiu que viver não valia a pena?

1. Sim

2. Não (vá para Q. 60 e marque NA nas Qs. 58 e 59)

7. NA

8. NS / NR

58. No último mês o(a) Sr(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?

1. Sim

2. Não (vá para Q. 60 e marque NA na Q. 59)

7. NA

8. NS / NR

59. O(a) Sr(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida? Entrevistador: em caso negativo marque resposta 1, caso afirmativo, pergunte as questões abaixo e não marque nada nas respostas 2; 3; 4; 7 e 8.:

a. Com que frequência o(a) Sr(a) teve este pensamento?

b. O que o(a) Sr(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?

c. O(a) Sr(a) chegou a tentar acabar com sua vida?

1. Rejeita suicídio

2. Apenas pensamentos suicidas

3. Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática

4. Tentou suicídio

7. NA

8. NS / NR

60. O(a) Sr(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida? Entrevistador: caso negativo marque resposta 0, caso afirmativo pergunte: **Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que? O(a) Sr(a) pensa bastante no assunto?**

Registre:

0. Sem arrependimento

1. Arrepende-se, mas não se culpa

2. Arrepende-se, culpa-se, mas atualmente não pensa no assunto

3. Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto

8. NS / NR

61. Quando o(a) Sr(a) olha para o futuro, como o(a) Sr(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?	
1. Menciona expectativas e pensa no futuro	
2. Não menciona expectativas, mas também não refere a nenhuma afirmação negativa	
3. O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável	
8. NS / NR	

62. Atualmente o(a) Sr(a) sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas?		
1. Sim	2. Não (vá para Q. 64 e marque NA na Q. 63)	8. NS / NR

63. O que o(a) Sr(a) acredita ser a causa disto? AVERIGUAR: isso é por que o(a) Sr(a) tem se sentido doente, deprimido(a) ou nervoso(a)?	
1. Perda de interesse causada por depressão/nervosismo	
2. Perda de interesse causada por outros motivos	
7. NA	8. NS / NR

64. De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?		
1. Sim	2. Não	8. NS / NR

VI. MOBILIDADE URBANA

Agora eu gostaria de conhecer um pouco como é sua vida aqui em Recife.

65. O(a) Sr(a) sai de casa: Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5 e marque apenas uma resposta.	
1. Todo dia (diariamente)	2. Toda semana (semanalmente)
3. De 15 em 15 dias (quinzenalmente)	4. Todo mês (mensalmente)
5. Raramente	8. NS/NR

66. O(a) Sr(a) prefere sair de casa. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 3 e marque apenas uma resposta.		
1. Pela Manhã	2. A Tarde	3. A Noite
4. Outro	8. NS/NR	

67. O(a) Sr(a) precisa de ajuda para se sair de casa e ir aos lugares que quer ou precisa? Entrevistador: registre quando a resposta for o item 3.	
1. Sim	2. Não (vá para a Q. 70 e marque NA nas Q. 68; 69)
3. Às vezes. Especifique:	8. NS/NR (vá para a Q. 70 e marque NA nas Q. 68; 69)

68. Qual o tipo de ajuda que o(a) Sr(a) precisa para se sair de casa e ir aos lugares que quer ou precisa?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Ajuda para se locomover	1	2	7	8
2. Ajuda financeira	1	2	7	8
3. Companhia (não tem autonomia para sair só)	1	2	7	8

69. Quem lhe ajuda a sair de casa quando o(a) Sr(a) precisa? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Esposo(a) / companheiro(a)	1	2	7	8
b. Filhos	1	2	7	8
c. Filhas	1	2	7	8
d. Irmãos/irmãs	1	2	7	8
e. Netos(as)	1	2	7	8
f. Outros parentes	1	2	7	8
g. Empregado(a) / Cuidador(a)	1	2	7	8
h. Amigos/as	1	2	7	8
i. Vizinhos(as)	1	2	7	8
j. Outros	1	2	7	8

70. O(a) Sr(a) sai de casa para. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Serviços de saúde (consultórios, hospitais, serviços de reabilitação, laboratório, dentista, médicos, entre outros)	1	2	8
b. Banco	1	2	8
c. Feira livre	1	2	8
d. Supermercado/ Mercadinho	1	2	8
e. Lojas / centros de compras	1	2	8
f. Trabalho / Local de trabalho	1	2	8
g. Instituição de ensino (escola/faculdade/universidade)	1	2	8
h. Levar filhos/netos à escola ou outro local	1	2	8

i. Parques / Praças	1	2	8
j. Casa de amigos	1	2	8
k. Casa de parentes	1	2	8
l. Casa de filhos / netos	1	2	8
m. Associações / Clubes	1	2	8
n. Restaurante / Bares	1	2	8
o. Cinema / Teatro / Casa de show	1	2	8
p. Salão de Beleza / Manicure / Barbeiro	1	2	8
q. Igrejas / Templos / Espaços religiosos	1	2	8
r. Centros de convivência / grupos de idosos	1	2	8
s. Outros	1	2	8

71. Quando o(a) Sr(a) sai de casa para os lugares que já falou antes, qual o principal meio de deslocamento e/ou transporte costuma utilizar para chegar até eles? Entrevistador: leia APENAS os lugares referidos na questão 70 e marque as respostas correspondentes.

Local referido(acessado)	a pé	carro próprio		lotação	táxi	ônibus	moto	bicicleta	outro	NF
		dirige	carona							
a. Serviços de saúde	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
b. Banco	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
c. Feira livre	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
d. Supermercado	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
e. Centros de compras	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
f. Trabalho	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
g. Instituição de ensino	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
h. Levar filhos/netos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
i. Parques / Praças	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
j. Casa de amigos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
k. Casa de parentes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
l. Casa de filhos / netos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
m. Associações / Clubes	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
n. Restaurante / Bares	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00

o. Cinema/ Teatro /Show	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
p. Salão de beleza	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
q. Espaços religiosos	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
r. Centros de convivência	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00
s. Outros	01	02	03	04	05	06	07	08	09	00

72. Em sua opinião, com relação aos ônibus e ao metrô (transporte público) em Recife. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. Marque **NA** caso o(a) entrevistado(a) refira que não utiliza ônibus e metrô (transporte público).

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Existe ônibus ou metrô para todos os lugares do Recife	1	2	7	8
b. O preço das passagens dos ônibus e do metrô é barato e os idosos podem pagar.	1	2	7	8
c. Existe ônibus e metrô em quantidade suficiente e em horários certos (frequência e horário respeitados)	1	2	7	8
d. Existe ônibus e metrô para cidades vizinhas	1	2	7	8
e. Existe um bom sistema de integração entre ônibus e metrô (Sistema Integrado de Passageiros – SEI)	1	2	7	8
f. Os ônibus são fáceis de usar/acessíveis (com piso que rebaixa, com degraus baixos, com assentos largos e elevados)	1	2	7	8
g. A prioridade para os idosos sentarem é respeitada pelos outros passageiros	1	2	7	8
h. Existem pontos de ônibus e/ou estações de metrô próximas à sua residência	1	2	7	8
i. Nos pontos de ônibus e estações de metrô tem bancos para descanso	1	2	7	8

Recife é uma cidade muito grande. Nas cidades grandes existem dificuldades para seus moradores se deslocarem. Eu vou ler para o(a) Sr(a) algumas dessas dificuldades de cidades grandes e gostaria de saber sua opinião.

73. Em Recife, em sua opinião. Entrevistador: leia as alternativas abaixo, marque as respostas correspondentes

	SIM	NÃO	NS/NR
a. É difícil andar nas calçadas e ruas, pois existem obstáculos como camelôs, carros estacionados, árvores.	1	2	8
b. É difícil usar cadeira de rodas e andador nas ruas e calçadas	1	2	8
c. As ruas são escuras. A iluminação é deficiente	1	2	8
d. A cidade é violenta e insegura	1	2	8
e. Os bueiros são abertos e podem causar acidentes	1	2	8
f. Faltam áreas e bancos de descanso nos caminhos e ruas	1	2	8
g. Faltam banheiros públicos em todos os lugares	1	2	8
h. O tempo dos sinais de trânsito é muito rápido e se torna perigoso atravessar as ruas.	1	2	8
i. Falta respeito à faixa de pedestres	1	2	8
j. Existe dificuldade no funcionamento dos transportes públicos	1	2	8

74. Na sua opinião os problemas acima atrapalham o(a) Sr(a) sair de casa para os lugares que quer ou precisa?

1. Sim	2. Não	8. NS/NR
--------	--------	----------

75. O(a) Sr(a) anda de taxi?

1. Sim	2. Não (vá para a Q. 77 e marque NA na Q. 76)
3. Às vezes	8. NS/NR (vá para a Q. 77 e marque NA na Q. 76)

76. Em sua opinião. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS / NR
a. O preço das corridas de táxis é justo e os idosos podem pagar	1	2	7	8
b. Os táxis dão descontos para os idosos	1	2	7	8
c. Os táxis são confortáveis e acessíveis, com espaço para levar cadeira de rodas ou andador	1	2	7	8

77. O(a) Sr(a) dirige?

1. Sim	2. Não (vá para a Q. 79 e marque NA na Q. 78)
8. NS/NR (vá para a Q. 80 e marque NA na Q. 79)	

78. Em relação ao(à) idoso(a) que dirige, ao(à) idoso(a) condutor(a). Entrevistador: leia para o(a) entrevistado(a) as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Há cursos de reciclagem para o(a) motorista idoso(a) e a participação é estimulada	1	2	7	8
b. Existe vaga de estacionamento com prioridade para idosos	1	2	7	8
c. Existe estacionamento com preços acessíveis para idosos	1	2	7	8
d. O trânsito é seguro para o motorista (condutor) idoso	1	2	7	8
e. Há respeito e tolerância (paciência) com o(a) motorista idoso(a)	1	2	7	8

79. O(a) Sr(a) pode me dizer seu lugar preferido em Recife? O lugar que mais gosta.

Registro:
Justifique

80. O(a) Sr(a) pode me dizer o lugar que menos gosta em Recife?

Registro:
Justifique

VII. USO E ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE

Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços de saúde que o(a) Sr(a) usa

81. O(a) Sr(a) tem algum plano de saúde?	
1. Sim	2. Não (vá para a Q. 86 e marque NA nas Qs. 82; 83; 84; 85)
8. NS / NR (vá para a Q. 86 e marque NA nas Qs. 82; 83; 84; 85)	

82. Qual o tipo de plano de saúde o(a) Sr(a) tem? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Plano de Assistência ao Servidor Público	1	2	7	8
b. Plano de Saúde particular	1	2	7	8
c. Convênio empresa	1	2	7	8
d. Outro	1	2	7	8

83. Quem paga pelo seu plano de saúde?		
1. O(a) próprio(a) idoso(a)	2. Filhos(as)	3. Esposo(a)
4. Outro familiar	5. Outro não familiar	6. Empresa
7. NA	8. NS / NR	

84. Qual o valor do seu plano de saúde?					
Valor informado:					
7. NA			8. NS / NR		

85. Seu plano de saúde dá direito a. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Consulta médica	1	2	7	8
b. Medicamentos	1	2	7	8
c. Exames	1	2	7	8
d. Hospitalização ou internação	1	2	7	8
e. Óculos	1	2	7	8
f. Bengala, Muleta, Andador, Cadeira de Rodas, Aparelho Auditivo ⁴	1	2	7	8
g. Serviços de Reabilitação: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia	1	2	7	8

h. Serviço de Odontologia (dentista)	1	2	7	8
i. Consulta homeopática/Acupuntura	1	2	7	8
j. Vacinação	1	2	7	8
k. Outros	1	2	7	8

86. O(a) Sr(a) tem dificuldade para o acessar ou usar os serviços de saúde quando quer ou precisa?
Entrevistador: em caso negativo, marque **NA** nesta questão e vá para a **Q. 87**. Em caso afirmativo, pergunte quais são essas dificuldades, esclareça que vai ler algumas e pede que ele responda se já enfrentou alguma delas, leia então as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade financeira	1	2	7	8
b. Dificuldade de transporte	1	2	7	8
c. Dificuldade de companhia, pois não consegue sair s, precisa de companhia.	1	2	7	8
d. Dificuldade para se locomover nos prédios dos serviços de saúde, por exemplo: não tem corrimão, nem elevador, tem muito degrau	1	2	7	8
e. Os serviços de saúde ficam longe de sua casa	1	2	7	8
f. Os horários de marcação e atendimento não ajudam, não são convenientes	1	2	7	8
g. Demora para marcar um atendimento	1	2	7	8
h. Demora para ser atendido	1	2	7	8
i. Os serviços não resolvem o que o(a) Sr(a) precisa. Não atendem suas necessidades	1	2	7	8
j. Greve nos serviços de saúde	1	2	7	8
k. Ausência (falta) de profissionais	1	2	7	8
l. Falta de vagas	1	2	7	8
m. Equipamentos quebrados	1	2	7	8
n. Serviços fechados	1	2	7	8
o. Filas grandes	1	2	7	8
p. Outros	1	2	7	8

87. Durante os últimos 12 meses (último ano), o(a) Sr(a) foi internado(a) PELO MENOS POR UMA NOITE em um hospital? Entrevistador: em caso positivo, registre o número de noites em que o(a) entrevistado(a) esteve internado em um hospital.

1. Sim	Quantas noites ficou internado(a):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Não (vá para a Q. 95 e marque NA nas Q. 88; 89; 90; 91; 92; 93 e 94)				
8. NS / NR (vá para a Q. 95 e marque NA nas Q. 88; 89; 90; 91; 92; 93 e 94)				

88. Qual o nome do hospital que o(a) Sr(a) procurou para essa ÚLTIMA INTERNACÃO, a cidade e o bairro onde se localiza? Entrevistador: registre todas as informações dadas.

Nome:	
Cidade:	Bairro:
7. NA	8. NS / NR

89. Qual o motivo dessa ÚLTIMA INTERNACÃO? Entrevistador: registre todas as informações dadas.

Motivo declarado:	
7. NA	8. NS / NR

90. Quanto tempo o(a) Sr(a) demorou para chegar ao hospital nessa ÚLTIMA INTERNACÃO? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

91. Qual a forma de transporte o(a) Sr(a) utilizou para se deslocar até o hospital nessa ÚLTIMA INTERNACÃO? Entrevistador: registre o tipo de transporte informado.

Tipo de transporte informado:	
7. NA	8. NS / NR

92. Depois que o(a) Sr(a) chegou ao hospital, nessa ÚLTIMA INTERNACÃO quanto tempo esperou para ser atendido(a)? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

93. Essa ÚLTIMA INTERNACÃO o(a) Sr(a) fez de que forma? Entrevistador: caso a resposta seja 1, registre o valor informado.

1. Particular (paga). Especifique o valor pago:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Plano de Assistência ao Servidor Público	3. Foi atendido em serviço público de saúde (SUS)				
4. Plano de saúde particular	5. Convênio empresa				
6. Outro	7. NA				
8. NS / NR					

94. O(a) Sr(a) considera que o atendimento recebido nesta ÚLTIMA INTERNACÃO foi? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5 e marque apenas uma resposta.

1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim
5. Muito ruim	7. NA	8. NS / NR	

95. Nos últimos 12 meses (último ano) o(a) Sr(a) procurou ALGUM atendimento de saúde ou consulta de qualquer tipo? (EXCLUINDO A ÚLTIMA INTERNACÃO)

1. Sim
2. Não (vá para a Q. 110 e marque NA nas Qs. 96; 97; 98; 99; 100; 101; 102; 103; 104; 105; 106; 107; 108; 109)
8. NS / NR (vá para a Q. 110 e marque NA nas Qs. 96; 97; 98; 99; 100; 101; 102; 103; 104; 105; 106; 107; 108; 109)

96. Onde ocorreu esse atendimento de saúde ou consulta nos últimos 12 meses (último ano)? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Hospital	1	2	7	8
b. Clínica de especialidades / ambulatório	1	2	7	8
c. Consultório particular	1	2	7	8
d. Consultório Dentário	1	2	7	8
e. Centro de Saúde / Posto de Saúde / Policlínica	1	2	7	8
f. Programa de Saúde da Família	1	2	7	8
g. Centros de Referência do Idoso	1	2	7	8

h. Serviços de Saúde Mental	1	2	7	8
i. Programa de Atendimento Domiciliar	1	2	7	8
j. Clínica / Serviço de Reabilitação (Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Fonoaudiologia)	1	2	7	8
k. Pronto Socorro/ Emergência/ Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1	2	7	8
l. Laboratório	1	2	7	8
m. Outro	1	2	7	8

97. Com relação ao seu ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, com qual profissional de saúde o(a) Sr(a) o realizou? Entrevistador: marque a resposta dada e siga lendo as demais alternativas e marcando as respostas correspondentes. Explique que é necessário fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Médico(a)	1	2	7	8
b. Enfermeiro(a)	1	2	7	8
c. Farmacêutico(a)	1	2	7	8
d. Dentista	1	2	7	8
e. Curandeiro(a)/benzedeiro(a)	1	2	7	8
f. Agente Comunitário de Saúde	1	2	7	8
g. Profissional de Acupuntura	1	2	7	8
h. Médico Homeopata	1	2	7	8
i. Profissional de Reabilitação: Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo	1	2	7	8
j. Outro	1	2	7	8

98. Qual o motivo desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta? Entrevistador: registre o motivo declarado.

Motivo declarado:	
7. NA	8. NS / NR

99. Poderia me dizer o nome do lugar desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, a cidade e o bairro onde se localiza? Entrevistador: registre todas as informações dadas.

Nome:	
Cidade:	Bairro:
7. NA	8. NS / NR

100. Quanto tempo demorou para chegar ao local onde fez esse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

101. Qual a forma de transporte o(a) Sr(a) utilizou para se deslocar até o local desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta? Entrevistador: anote o tipo de transporte informado.

Tipo de transporte informado:	
7. NA	8. NS / NR

102. No local desse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, quanto tempo esperou para ser atendido por um profissional de saúde? Entrevistador: NÃO LEIA as alternativas. Ouça a resposta dada e marque a resposta correspondente.

1. Até 30 minutos	2. De 31 minutos a 60 minutos
3. De 1 hora a 1 hora e 59 minutos	4. De 2 horas a 3 horas
5. Mais de 3 horas	7. NA
8. NS / NR	

103. Esse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta o(a) Sr(a) fez de que forma?

1. Particular (paga). Especifique o valor pago:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Plano de Assistência ao Servidor Público	3. Foi atendido em serviço público de saúde (SUS)					
4. Plano de saúde/convênio privado	5. Outro.					
7. NA	8. NS / NR					

104. Durante esse ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta, pediram ao(a) Sr(a) RADIOGRAFIAS, EXAMES DE LABORATÓRIO, EXAMES DE SANGUE OU OUTROS EXAMES?

1. Sim	2. Não (vá para a Q. 109 e marque NA na Q. 105; 106; 107; 108)
7. NA	8. NS / NR (vá para a Q. 109 e marque NA na Q. 105; 106; 107; 108)

105. O(a) Sr(a) fez todos os exames solicitados?
1. Sim (vá para a Q. 107 e marque NA na Q. 106)
2. Não (responda a Q. 106 e marque NA nas Qs. 107; 108)
3. Ainda não fez (não deu tempo), mas vai marcar/fazer (costuma fazer os exames solicitados) (vá para a Q. 109 e marque NA nas Qs. 106; 107; 108)
7. NA
8. NS / NR (vá para a Q. 109 e marque NA nas Qs. 106; 107; 108)
106. Porque não fez (todos) os <u>EXAMES</u> que lhe indicaram?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade financeira (os exames são caros / não podia pagar)	1	2	7	8
b. Gasto/custo do transporte (da viagem)	1	2	7	8
c. Os locais dos exames ficam longe de sua casa (distância geográfica)	1	2	7	8
d. O problema não era grave / Não achou necessário	1	2	7	8
e. Falta de tempo para ir fazer os exames	1	2	7	8
f. Dificuldade de companhia, pois não tem autonomia para sair só, precisa de companhia	1	2	7	8
g. Os serviços de saúde não realizam os exames solicitados	1	2	7	8
h. Não conseguiu vaga	1	2	7	8
i. Marcação do exames para uma data muito distante/longe	1	2	7	8
j. Filas grandes	1	2	7	8
k. Esperou muito para ser atendido e desistiu	1	2	7	8
l. Serviço de saúde procurado estava fechado	1	2	7	8
m. Greve no serviço de saúde procurado para realizar os exames	1	2	7	8
n. O profissional não estava atendendo	1	2	7	8
o. Os equipamentos estavam quebrados	1	2	7	8
p. Outros	1	2	7	8

107. Esses EXAMES o(a) Sr(a) fez de que forma?					
1. Particular (paga). Especifique o valor pago:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Plano de Assistência ao Servidor Público		3. Foi atendido em serviço público de saúde (SUS)			
4. Plano de saúde/convênio privado		5. Outro			
7. NA		8. NS / NR			

108. Onde o(a) Sr(a) fez os exames diagnósticos ou exames de laboratório, exames de sangue?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Hospital	1	2	7	8
b. Emergência	1	2	7	8
c. Clínica/Ambulatório	1	2	7	8
d. Farmácia	1	2	7	8
e. Consultório Particular	1	2	7	8
f. Unidade pública de saúde (PSF. Policlínica...)	1	2	7	8
g. Na própria casa	1	2	7	8
h. Laboratório	1	2	7	8
i. Outro	1	2	7	8

109. O(a) Sr(a) considerou este ÚLTIMO atendimento de saúde ou consulta. Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5, marque apenas uma alternativa, vá para a Q. 112 e marque NA nas Qs. 110 e 111.			
---	--	--	--

1. Muito bom	2. Bom	3. Regular	4. Ruim
5. Muito ruim	7. NA	8. NS / NR	

Entrevistador: se o(a) entrevistado(a) realizou atendimento de saúde ou consulta nos últimos 12 meses (último ano), vá para a Q. 112 e marque NA nas Qs. 110; 111.

110. Porque não fez nenhum atendimento de saúde ou consulta nos últimos 12 meses (último ano)?
1. Precisou mas não procurou (responda a Q. 111)
2. Não precisou (vá para a Q. 112 e marque NA na Q. 111)
3. Procurou mas não conseguiu vaga (vá para a Q. 112 e marque NA na Q. 111)
7. NA
8. NS / NR (vá para a Q. 112 e marque NA na Q. 111)

111. Porque não procurou? Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Não tinha recursos para pagar/custo	1	2	7	8
b. O local para fazer os exames fica longe, distante	1	2	7	8
c. Marcam os exames para muito longe, demora para conseguir realizar	1	2	7	8
d. O problema não era grave	1	2	7	8
e. Muito tempo de espera para ser atendido	1	2	7	8
f. Não tinha recursos para pagar o transporte	1	2	7	8
g. Não sabe onde ficam os locais para fazer os exames	1	2	7	8
h. Falta de companhia, não consegue sair só, precisa de companhia	1	2	7	8
i. Não gosta de procurar serviço de saúde	1	2	7	8
j. Não teve tempo para realizar os exames	1	2	7	8
k. Há muita demora para entregar os resultados	1	2	7	8
l. Tem medo de procurar serviços de saúde	1	2	7	8
m. Tem dificuldade de locomoção	1	2	7	8
n. Outro	1	2	7	8

112. O(a) Sr.(a) normalmente usa: Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez	1	2	8
d. Bengala	1	2	8
e. Muleta	1	2	8
f. Andador	1	2	8
g. Cadeira de Rodas	1	2	8
h. Outros	1	2	8

Entrevistador: anote no verso desta folha os nomes e as drogas correspondentes dos remédios/medicações que o(a) entrevistado(a) está fazendo uso ATUALMENTE.

113. O(a) Sr(a) faz uso de remédios/medicação? Entrevistador: em caso afirmativo, pergunte quais os remédios/medicações ele(a) está usando ATUALMENTE, leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. Em caso negativo, marque NA nesta questão e nas Qs. 114; 115 e vá para a Q. 116.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Remédio para hipertensão (pressão alta)	1	2	7	8
b. Remédio para Diabetes	1	2	7	8
c. Remédio para depressão	1	2	7	8
d. Remédio para dormir	1	2	7	8
e. Remédio para transtorno mental / para “os nervos” (medicação psiquiátrica)	1	2	7	8
f. Remédio para dor	1	2	7	8
g. Remédio para osteoporose	1	2	7	8
h. Remédio para artrite ou reumatismo	1	2	7	8
i. Quimioterapia (tratamento contra o câncer)	1	2	7	8
j. Remédio para doenças respiratórias (enfisema, bronquite ou asma)	1	2	7	8
k. Tratamento para Tuberculose	1	2	7	8
l. Remédio para doenças do coração/cardiopatias	1	2	7	8
m. Remédio para doença nos rins (insuficiência renal crônica)	1	2	7	8
n Remédio para doença de estômago/aparelho digestivo (úlceras, gastrite, hérnia)	1	2	7	8
o. Remédio para doença de Parkinson	1	2	7	8
p. Remédio para Demência / perda de memória / esclerose / Doença de Alzheimer	1	2	7	8
q. Curativos para Feridas / Escaras / Úlceras	1	2	7	8
r. Remédio para glaucoma (problemas na visão)	1	2	7	8
s. Usa alguma pomada	1	2	7	8
t. Usa algum colírio	1	2	7	8
u. Usa algum adesivo	1	2	7	8
v. Outros	1	2	7	8

114. Como o(a) Sr(a) consegue os remédios/medicações que usa atualmente?					
1. Comprando. Tem que pagar. Especifique o valor pago:	<input type="text"/>				
2. Parte recebe pelo SUS e parte é pago. Especifique o valor pago:	<input type="text"/>				
3. Recebe pelo SUS	7. NA				
8. NS / NR					
115. O(a) Sr(a) tem alguma dificuldade para conseguir os remédios/medicações que está usando ATUALMENTE? Entrevistador: em caso afirmativo, pergunte quais, leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes. Em caso negativo, marque <u>NA</u> nesta questão.					

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade financeira (os remédios custam caro)	1	2	7	8
b. Dificuldade de encontrar o remédio para vender na farmácia	1	2	7	8
c. Depende de alguém para ir buscar e/ou comprar (o idoso não pode ir sozinho)	1	2	7	8
d. Não tem dinheiro para o transporte	1	2	7	8
e. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia do SUS	1	2	7	8
f. O lugar para ir buscar ou comprar o remédio é longe (distância geográfica)	1	2	7	8
g. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados e medicação especial	1	2	7	8
h. O atendimento para entrega do remédio é muito demorado	1	2	7	8
i. Falta de tempo para buscar ou comprar o remédio	1	2	7	8
j. Medicamento não é fornecido pelo SUS	1	2	7	8
k. Outra	1	2	7	8

116. No caso de o(a) Sr(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr(a)?		
0. Nenhuma	1. Esposo(a) / companheiro(a)	2. Filho
3. Filha	4. Outra pessoa da família	5. Outra pessoa de fora da família
8. NS / NR		

117. O(a) Sr(a) tem Cartão de Vacina? Eu gostaria de vê-lo, por favor.		
1. Sim	2. Não	8. NS / NR

Entrevistador: caso o(a) entrevistado(a) tenha o Cartão de Vacina, responda essa questão consultando-o. Caso não possua ou não o encontre, marque na Q. 118 a partir do que ele(a) referir. Quando afirmar ter tomado qualquer vacina, marque a resposta correspondente e NA na Q. 119.

118. Nos últimos 12 meses (último ano) o(a) Sr(a) recebeu as vacinas. Caso o(a) Sr(a) tenha uma carteirinha de vacinação, poderia mostrá-la? Leia para o(a) entrevistado(a) as opções abaixo e marque as respostas correspondentes.

TT = Toxóide Tetânico ou anti-Tétano

dT = Dupla Adulto (tétano e difteria)

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Contra gripe comum	1	2	8
b. Contra H1N1 (Gripe A)	1	2	8
c. Contra tétano	1	2	8
d. Contra pneumonia	1	2	8
e. Contra tétano (ou dupla adulto)	1	2	8
f. Nenhuma (quando esta resposta for SIM, responda a Q. 119)	1	2	8
g. Nunca se vacinou (quando esta resposta for SIM, responda a Q. 119)	1	2	8

119. Caso o(a) entrevistado(a) refira que não tomou nenhuma vacina, pergunte por quê? Entrevistador: leia as alternativas de 1 a 5 e marque a penas uma opção.

1. Porque tem alergia a ovo (contra indicação)	2. Porque pegou gripe após tomar a vacina
3. Porque tem dificuldade para ir ao Centro/Posto de Saúde	4. Porque acredita que vacina faz mal à saúde
5. Porque tem medo de tomar vacina	6. Outro
7. NA	8. NS / NR

120. Perto de sua casa existem. Entrevistador: leia as alternativas abaixo e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Hospital	1	2	8
b. PSF (Programa de Saúde da Família)	1	2	8
c. Policlínica	1	2	8
d. Consultórios	1	2	8
e. Laboratórios	1	2	8
f. Farmácia	1	2	8
g. Centro / Posto de saúde	1	2	8
h. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	1	2	8
i. Outro	1	2	8

121. Quantos aos serviços de saúde existentes em Recife. Entrevistador: leia todas as alternativas e marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Os idosos são sempre bem informados sobre os serviços de saúde existentes para atendê-los	1	2	8
b. O funcionários administrativos dos serviços de saúde tratam os idosos com respeito	1	2	8
c. Os serviços de saúde oferecidos estão de acordo com as necessidades e as preocupações dos idosos	1	2	8
d. Os profissionais de saúde têm formação e treinamento adequado para se comunicar e atender bem (adequadamente) os idosos	1	2	8

122. Onde o(a) Sr(a) faz suas reclamações sobre os serviços e atendimentos de saúde?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Nunca reclama	1	2	8
b. Ouvidoria de Saúde (pelo telefone no 0 800)	1	2	8
c. Não sabe onde reclamar	1	2	8
d. Rádio	1	2	8
e. Secretaria de Saúde	1	2	8
f. Líder comunitário	1	2	8
g. Prefeitura	1	2	8
h. Na própria unidade de saúde	1	2	8
i. Outro			

Final da Entrevista	Hora:
----------------------------	--------------

Final da Entrevista

Hora:

ANEXO A – APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa**

Of. N.º 317/2010 - CEP/CCS

Recife, 19 de novembro de 2010

Registro do SISNEP FR – 374390
CAAE – 0351.0.172.000-10
Registro CEP/CCS/UFPE N.º 351/10
Título: **Cefaléia e capacidade funcional do idoso.**
Pesquisador Responsável: Valéria Moura Moreira Leite

Senhor(a) Pesquisador(a):

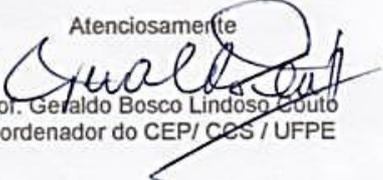
Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 18 de novembro 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente



Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS/UFPE

A
Prof.ª Valéria Moura Moreira Leite
Departamento de Terapia Ocupacional- CCS/UFPE