

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – FMB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**CAPACIDADE FUNCIONAL COMO FATOR PREDITIVO DE
SOBREVIVÊNCIA EM IDOSOS.**

Juliana Marinho Antoniucci

BOTUCATU

2013

**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JULIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – FMB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**JULIANA MARINHO ANTONIUCCI
Orientadora: Professora Adjunta Tânia Ruiz**

**CAPACIDADE FUNCIONAL COMO FATOR PREDITIVO DE
SOBREVIVÊNCIA EM IDOSOS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde Pública da Faculdade Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

**BOTUCATU
2013**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO DE AQUIS. E TRAT. DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: **ROSANGELA APARECIDA LOBO**

Antoniucci, Juliana Marinho.

Capacidade funcional como fator preditivo de sobrevivência em idosos /
Juliana Marinho Antoniucci. – Botucatu : [s.n.], 2013

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de
Medicina de Botucatu

Orientador: Tânia Ruiz

Capes: 40600009

1. Idosos. 2. Envelhecimento. 3. Aptidão física em idosos. 4.
Capacidade motora. 5. Qualidade de vida. 6. Saúde pública – Botucatu (SP).

Palavras-chave: Atividade de vida diária; Capacidade funcional;
Envelhecimento; Idosos; Sobrevivência.

DEDICATÓRIA

À Deus,

*...pelo seu amor incondicional,
...por me acalantar nos momentos difíceis, proporcionando-me quietude,
...pela graça da sabedoria e discernimento nos momentos de dúvida.*

À meus pais,

*Wagner e Ana,
...pela firmeza dos ensinamentos que me ajudaram à crescer,
...pelo incentivo incansável e por acreditarem em minha capacidade.*

AGRADECIMENTOS

À Professora Dra. Tânia Ruiz, minha orientadora, pela oportunidade; por ter compartilhado seus saberes, acreditando no meu potencial, disponibilizando tempo e principalmente paciência durante todo o convívio no período de curso da pós-graduação e desenvolvimento do estudo.

Ao Professor Dr. Jorge Antônio de Almeida, pela oportunidade e confiança em mim depositadas ainda na Graduação, pelo brilhantismo com que conduz sua profissão compartilhando saberes e por assim ter me apresentado à Gerontologia, tornando-se responsável pelo meu fascínio pela área.

Aos Professores Paulo Villas Boas, Adriana Polachine do Vale e Luciane Cristina Jóia pela disponibilidade em integrarem a comissão examinadora deste trabalho e enriquece-lo com suas sugestões e observações.

Ao Grupo de Apoio à Pesquisa (GAP) em especial ao Professor José Eduardo Corrente pela disponibilidade e auxílio.

Aos meus colegas de mestrado, por compartilharem momentos agradáveis durante o curso.

À minha família pelos orações, pela torcida e pelo estímulo em não desistir deste projeto tão atrelado à dificuldades, sonhos, receios e expectativas.

*“...A velhice nos traz direitos maravilhosos.
Enquanto a juventude é cheia de obrigações. A velhice é o
tempo em que vivemos a doce inutilidade.
Porque mais cedo ou mais tarde iremos
experimentar esse território desconcertante da inutilidade.
Esse é o movimento natural da vida. Perder a juventude é
você perder a sua utilidade, é uma consequência natural
da idade que chega.
A velhice é o tempo em que passasse a utilidade e
aí ficasse somente o significado da pessoa. É o momento
que a gente se purifica. É o momento que a gente vai
tendo a oportunidade de saber quem nos ama de verdade.
Porque só nos ama pra ficar até o fim aquele que,
depois da nossa utilidade, descobriu o nosso
significado...”*

Padre Fábio de Melo

RESUMO

ANTONIUCCI, J.M; RUIZ,T. *Capacidade Funcional como fator preditivo de sobrevivência em idosos* [tese]. Faculdade de Medicina de Botucatu, HC-UNESP, 2012.

Introdução: O processo de envelhecimento acarreta modificações morfofuncionais em todos os sistemas orgânicos, conseqüentemente observa-se uma diminuição da capacidade funcional nas faixas etárias mais avançadas da vida, estando esta relacionada à sobrevivência desta população. Em saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso.

Objetivo: Verificar a associação entre a capacidade funcional, fatores sócio demográficos e doenças crônicas; também estudar a sobrevivência de uma população de idosos residentes no município de Botucatu no interior do Estado de São Paulo (Brasil).

Metodologia: Realizado análise dos dados da linha de base de um estudo de coorte iniciado em 2003 no Município de Botucatu - SP. Trabalhou-se com uma amostra estratificada da população, alocada aleatoriamente à partir do Cadastro de Atualização do Censo de 2000 e constituída por 364 indivíduos de 60 anos e mais para prevalência desconhecida. Tal estudo caracterizou os indivíduos com relação aos aspectos sociodemográficos, qualidade e estilo de vida, atividade física, estado emocional e morbidade referida. Retornou-se ao campo em 2006, quando foi proposto avaliação multifuncional destes mesmos idosos, com reposição das perdas (mortes e recusas). Foram aplicados neste retorno ao campo as escalas de Atividades da Vida Diária (AVD) de Katz; Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton; Depressão Geriátrica Abreviada, Mini Exame do Estado Mental - MEEM e Avaliação de Alcoolismo-CAGE. Em 2010 foi realizado ainda novo retorno ao campo objetivando estudar a sobrevivência desta população em relação à capacidade funcional nestes três anos.

Resultados: Constatamos que a prevalência de dependência funcional desta população estudada no ano de 2006 foi de 5,7% para ABVD's e 14% para AIVD's. Observamos que o déficit cognitivo se associou à dependência dos idosos e que após três anos as curvas de sobrevivência eram diferentes quando comparadas às populações com e sem déficit funcional para ABVD e AIVD.

Conclusão: O comprometimento da capacidade funcional no idoso pode ser considerado um preditor para mortalidade precoce em idosos.

Descritores: Envelhecimento, Sobrevivência, Capacidade Funcional, Atividade de Vida Diária, Idosos.

ABSTRACT

ANTONIUCCI, J.M; RUIZ, T. *Functional capacity as a predictor of survival in elderly* [thesis]. Faculty of Medicine of Botucatu, UNESP-HC, 2012.

Introduction: The aging process brings morphofunctional changes in all organ systems, hence there is a decrease in functional ability in older ages of life, and this relates to the survival of this population. In public health, functional capacity emerges as a new concept of health, better suited to implement and perform the health care of the elderly.

Objective: To investigate the association between functional capacity, socio demographic factors and chronic diseases, also studying the survival of a population of elderly residents in Botucatu in the State of São Paulo (Brazil).

Methodology: Conducted analysis of baseline data from a cohort study initiated in 2003 in Botucatu - SP. Worked with a stratified sample of the population, randomly allocated from the Master Update 2000 Census and consists of 364 individuals 60 years and over for unknown prevalence. This study characterized the individuals with respect to sociodemographic characteristics, quality and lifestyle, physical activity, emotional state and morbidity. He returned to the field in 2006, when it was proposed multifunctional evaluation of these same seniors, with replacement of losses (deaths and refusals). We applied this return to the field scales Activities of Daily Living (ADLs) of Katz; Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Lawton; Geriatric Depression Brief, Mini Mental State Examination - MMSE and Assessment of Alcohol-CAGE. In 2010 was held still new return to the field aiming to study the survival of this population in relation to functional capacity in these three years.

Results: We found that the prevalence of functional dependence of this population in 2006 was 5.7% to 14% for BADL's e IADL's. We found that the cognitive impairment was associated with age dependency and that after three years the survival curves were different when compared to populations with and without functional deficit for BADL and IADL.

Conclusion: The impairment of functional capacity in the elderly can be considered a predictor of early mortality in the elderly.

Keywords: Aging, Survival, Functional Capacity, Activities of Daily Living, Elderly.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da população de 60 anos e mais, residentes no Município de Botucatu segundo Censo Demográfico 2010.....	27
Tabela 2 - Distribuição da população de Idosos do Município de Botucatu segundo a idade e gênero, 2006.....	35
Tabela 3 - Distribuição da população de Idosos do Município de Botucatu segundo a escolaridade, 2006.....	36
Tabela 4 - Distribuição da população de Idosos do Município de Botucatu segundo ao estado conjugal, 2006.....	36
Tabela 5 - Distribuição da população de Idosos do Município de Botucatu segundo a situação trabalhista, 2006.....	37
Tabela 6 - Saúde da população de idosos do Município de Botucatu, 2006.....	37
Tabela 7 - Características sócio demográficas e sua associação com ABVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.....	38
Tabela 8 - Indicadores de saúde e/ou morbidade referida e sua associação com ABVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.....	39
Tabela 9 - Características sócio demográficas e sua associação com AIVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.....	40
Tabela 10 - Indicadores de saúde e/ou morbidade referida e sua associação com AIVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.....	41
Tabela 11 - Modelo Final de Regressão Logística que estudou associação entre ABVD, variáveis sócio demográficas e doenças crônicas. Botucatu, 2006.....	42
Tabela 12 - Modelo Final de Regressão Logística que estudou associação entre AIVD, variáveis sócio demográficas e doenças crônicas. Botucatu, 2006.....	43
Tabela 13 - Resultado do teste de log rank para a comparação das curvas de sobrevivência à mortalidade geral, estimadas pelo Método de Kaplan-Meier segundo a independência funcional em população de sessenta anos e mais. Botucatu (2006-2010).....	44

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Curvas de sobrevivência da população de sessenta anos e mais estratificadas para as atividades instrumentais de vida diária segundo a Escala de Lawton. Botucatu (2006-2010)..... 45
- Figura 2 - Curvas de sobrevivência da população de sessenta anos e mais estratificadas para as atividades básicas de vida diária segundo a Escala de Katz. Botucatu (2006-2010)..... 45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
AIVD	Atividade Instrumental de Vida Diária
CAGE	Questionário utilizado para o Rastreamento do uso nocivo de álcool. As siglas resultam das palavras chaves contidas nas questões; C = Cut - down, A = Annoyed, G = Guilt, E = Eye - opener.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	ENVELHECIMENTO.....	18
3.2	EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	19
3.3	CAPACIDADE FUNCIONAL E ENVELHECIMENTO.....	22
3.4	MORTALIDADE E ENVELHECIMENTO.....	24
4	METODOLOGIA	26
4.1	CAMPO DA PESQUISA.....	27
4.2	AMOSTRA.....	27
4.2.1	Critérios de Inclusão	28
4.2.2	Critérios de Exclusão	29
4.3	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E INTERPRETAÇÃO.....	29
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	33
5	RESULTADOS	34
6	DISCUSSÃO	46
7	CONCLUSÃO	55
8	REFERÊNCIAS	58
	ANEXOS	65

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é fenômeno mundial. O contingente populacional que chega aos 65 anos é equivalente à 900 milhões de pessoas, número este que, segundo as estimativas deve atingir 2,4 bilhões até 2050; um cenário grisalho que impõe desafios à humanidade (Ministério da Previdência Social, 2011; IBGE, 2011; Veras, 2008).

Chegar à velhice é uma realidade populacional não só em países desenvolvidos mas também em desenvolvimento. Embora a melhora nas condições de saúde observada no século XX se distancie de uma atribuição equitativa nas diferentes nações, considerando aspectos socioeconômicos, sanitários e culturais; envelhecer deixou de ser considerado privilégio de poucos (Veras, 2008).

As modificações na demografia brasileira ocorrem de forma radical e acelerada. Até a década de 1940, predominavam altos níveis de fecundidade e mortalidade no país, entretanto com a diminuição desta última nos anos seguintes e a manutenção dos altos níveis de fecundidade, o ritmo do crescimento populacional brasileiro evoluiu para quase 3,0% ao ano, na década de 1950. No início dos anos 60, os níveis de fecundidade começaram lentamente a declinar, queda esta que se acentuou na década seguinte. Tais fatos acrescidos ao maior controle das doenças transmissíveis, atenção e tratamento à afecções crônicas, melhores condições nutricionais, elevação dos níveis de higiene pessoal e condições sanitárias, decorrente melhora da qualidade de vida, favoreceram a longevidade da população, experienciada atualmente (IBGE, 2011).

Segundo a Sinopse do Censo Demográfico de 2010, publicada pelo IBGE; a representatividade dos grupos etários no total da população em 2010 é menor que a observada em 2000 para todas as faixas com idade até 25 anos, ao passo que os demais grupos etários aumentaram suas participações na última década, ressaltando a participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010. As projeções indicam que em 2020, o país será o sexto do mundo em número de idosos, com um contingente aproximadamente correspondente à 30 milhões de pessoas (IBGE, 2011; Veras, 2008).

É sabido que o processo de envelhecimento acarreta modificações morfofuncionais em todos os sistemas orgânicos, conseqüentemente observa-se uma diminuição da capacidade funcional desta população, ou o que diz respeito à habilidade do indivíduo em realizar com autonomia atividades consideradas fundamentais à sua sobrevivência.

A literatura aponta a incapacidade funcional como preditor de morbimortalidade, tanto isoladamente, como associada à comportamentos relacionados ao estilo de vida, doenças crônico-degenerativas, disfunções neuropsíquicas e fatores sociodemográficos. Identificar fatores de risco para óbito precoce e atuar sobre eles com medidas de promoção e prevenção de saúde pode diminuir os índices de mortalidade e/ou postergar a ocorrência de morte na população idosa. Sendo assim o conceito de capacidade funcional se torna adequado para nortear e adequar a assistência ou até mesmo planejamento das ações de saúde à essa população, onde a ausência de doenças é um privilégio de poucos, e o completo bem estar pode ser referido por muitos independente da presença de doenças, mas pelo fato de serem independentes na realização de suas atividades básicas (Ramos, 2011; Maciel e Guerra, 2008; Ruiz, Chalita e Barros, 2003).

Assim a observância da modificação demográfica relativa ao envelhecimento da /população, suscita uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde frente à carência geral de recursos, e repercute na sociedade como um todo, considerando também o predomínio etário da população jovem, que demanda programas de atenção específicos e recursos públicos, caracterizando uma nação jovem de cabelos brancos (Veras, 2008).

Estudos realizados utilizando dados relativos ao seguimento da mesma população de idosos, também descrita por esta pesquisa, objetivaram caracterizar a amostra segundo sua qualidade de vida e capacidade funcional; validar e verificar a coerência de instrumentos utilizados para avaliação clínica em geriatria; estudar o apoio social desta população identificando grupos de risco e estudar o grau de satisfação com a saúde e sua associação com o estilo de vida (Colombine Netto, 2008; Covolan, 2009; Jóia, Ruiz e Donalísio, 2008; Giacomini, 2009). A realização de análises que permitissem aferir a influência da independência funcional na vida destes idosos, no que tange sua associação com condições sociais, econômicas, relativas à morbidade e sobrevivência desta mesma população, considerando o tempo de seguimento da mesma; possibilitam estudar as associações de todos esses fatores com a sobrevivência. Também, atentando à escassez de estudos brasileiros publicados referentes à sobrevivência de idosos e sabendo que o conhecimento dos fatores associados à menor sobrevida desta população pode orientar programas no âmbito da saúde, que difundam condições e estilos de vida mais saudáveis; justificam a realização deste estudo.

Objetivos

2 OBJETIVOS:

-Verificar a associação entre capacidade funcional de uma população de idosos, com fatores sócio-demográficos e morbidade crônica referida.

-Estudar a capacidade funcional em idosos como preditor da sobrevivência desta população.

Revisão de Literatura

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO

A batalhadora geração dos anos sessenta tem criado um novo sentido para o envelhecimento, tornando-o mais produtivo e prazeroso já que nos tempos atuais observa-se acrescida à passagem do tempo cronológico, vida ativa (Minayo, 2012).

Analisando as manifestações culturais daqueles que envelhecem na contemporaneidade, identificamos mudanças significativas de hábitos, imagens, crenças e até mesmo diferentes termos utilizados para caracterizar esse período da vida. Muito além das representações tradicionais que atrelam os momentos mais tardios da vida ao descanso, à quietude e à inatividade, surgem hábitos, imagens e práticas que associam o processo de envelhecimento à atividade, aprendizagem, flexibilidade, satisfação pessoal, vínculos amorosos e afetivos inéditos (Silva, 2008).

Verifica-se que envelhecer é fenômeno complexo e heterogêneo, envolvendo responsabilidades individuais, mas também sociais (Lima, Silva e Galhardone, 2008).

Caracterizado por um conjunto de alterações que ocorrem progressivamente na vida adulta podendo reduzir ou não a capacidade funcional, o envelhecimento, como um processo coletivo, se constrói sob diferentes influências de ordem sociocultural, entre estas: oportunidades educacionais, adoção de cuidados em saúde, realização de ações que acompanham o curso de vida e se estendem à velhice. Já como plano individual agrega múltiplas trajetórias de vida (Ramos, 2011).

Enquanto o envelhecimento se define como um processo sociovital agregado à múltiplas facetas - saúde física e mental, independência de vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, entre outros - ao longo de todo o curso da vida, a velhice traduz uma condição resultante de todo o processo de envelhecer que diferentes gerações vivenciaram e vivenciam em distintos contextos, sociais, políticos e individuais (Lima, Silva e Galhardone, 2008; Ramos, 2011).

É apresentado pela literatura a dificuldade de vários autores em definir o que é característico de um processo natural de envelhecimento, e o que faz parte de um processo de adoecimento. Neste contexto sugere-se a possibilidade de caracterizar diferentes tipos ou curso de envelhecimento, entre estes: aquele bem sucedido ou saudável, onde a susceptibilidade ao desenvolvimento de doenças é discreta e há elevada capacidade funcional; e o patológico ou com fragilidade caracterizado pela

vulnerabilidade dos indivíduos à instalação de doenças e/ou condições geradoras de dependência. De modo à melhor classificar estes distintos processos, surgem termos pouco mais específicos que tornaram-se corriqueiros no meio gerontológico, sendo estes: senescência e senilidade, relacionados respectivamente ao que se concebe como “envelhecimento fisiológico”, onde também considera-se existir a possibilidade de o indivíduo tornar-se dependente apenas como consequência à passagem do tempo; e o “envelhecimento patológico” (Ramos, 2011; Groisman, 2002).

Estimativas bem estabelecidas apontam que, até o ano de 2025, teremos como parte da população nacional, um número de idosos que ultrapassará os trinta milhões, e com diferentes tipos de velhice, isto é, construídas por meio de trajetórias diversas, ora acompanhadas por altos níveis de comorbidades e doenças crônicas, ora por saúde e bem-estar (Lima, Silva e Galhardone, 2008).

Rowe e Kahn citados por Papaléo Netto e Klein (2007), descrevem que independente da classificação ou da maneira que se dá o acréscimo de vida aos anos, faz-se necessário atenção da sociedade e ações efetivas das autoridades responsáveis pela saúde da população idosa. Esclarecem que os portadores do envelhecimento saudável devem ser objetos da adoção de medidas preventivas com a finalidade de evitar o desenvolvimento ou retardar os efeitos deletérios de doenças eventualmente presentes, e as pessoas com envelhecimento patológico, de adoção de uma assistência médico-social adequada a cada caso.

É necessário que o envelhecimento seja um processo positivo, onde bem estar, prazer e qualidade de vida são condições essenciais. A proposta da Organização Mundial de Saúde, sobre uma política de envelhecimento ativo, é exemplo concreto desta necessidade, reafirmando que envelhecer bem não é apenas uma condição individual, mas um construto facilitado pelas políticas públicas, através do, aumento de iniciativas sociais e de saúde ao longo do curso da vida (World Health Organization, 2005; Lima, Silva e Galhardone, 2008).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a pessoa idosa como aquela com 60 anos de idade ou mais, para os países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais, para os países desenvolvidos (World Health Organization, 2005).

É fenômeno mundial o crescimento da população com idade superior à sessenta anos. Entre 1970 e 2025 estima-se que a população idosa cresça 223%, o que corresponde aproximadamente à 694 milhões de pessoas mais velhas. Em 2025 serão aproximadamente 1,2 bilhões de sexagenários no mundo, projetados em uma crescente à 2050, onde haverá 2 bilhões, sendo que 80% destes estarão residindo nos países em desenvolvimento (World Health Organization, 2005; Carvalho e Wong, 2008).

É relevante o número de pessoas que atualmente envelhecem no mundo em desenvolvimento, suscitando a preocupação com a redução na força de trabalho. Sabidamente nas nações desenvolvidas, o envelhecimento populacional foi um processo gradual acompanhado do crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas; assim enquanto os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem, os países em desenvolvimento envelhecem antes de agregarem riqueza (Kalache e Killer, 2000; World Health Organization, 2005).

Em 2002 aproximadamente 400 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, habitavam países em desenvolvimento. Estima-se que até 2025 este número atinja 840 milhões, representando 70% de toda a população idosa em todo o mundo (World Health Organization, 2005).

No Brasil, indivíduos com 65 anos ou mais deverão corresponder à 19% da população total em 40 décadas. Os brasileiros presenciarão um *boom* de idosos na população até 2025, quando a nação terá a 6º maior população de idosos do planeta, mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (World Health Organization, 2005; Ramos, 2011).

A distribuição geográfica da população idosa no país, segundo o Censo Demográfico de 2010, aponta a Região Norte como a mais jovem, apesar do contínuo envelhecimento observado nas duas últimas décadas, passando a proporção de idosos na população de 3,0% em 1991 e 3,6% em 2000, para 4,6% em 2010. Seguida desta, apresenta-se a região Nordeste, que embora detenha uma população um pouco mais envelhecida, tem igualmente, características de uma população jovem, já que seus níveis de fecundidade no passado, também eram muito altos. Nesta região a proporção de idosos passou de 5,1% em 1991 a 5,8% em 2000, e 7,2% em 2010. Por fim as regiões Sudeste e Sul são as que apresentam estrutura etária mais envelhecida; detendo um contingente de idosos, com 65 anos ou mais, de 8,1% (IBGE, 2011).

Destaca-se ainda a feminização da população idosa, que baseia-se nos acontecimentos ligados ao ciclo de vida e nas mudanças sociais ocorridas ao longo do

tempo. Tal fenômeno é explicado pela longevidade das mulheres que pode ser atribuída à fatores biológicos, diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade e também à maior procura pelos serviços de saúde traduzindo maior preocupação deste gênero com o auto cuidado (Camarano, 2002).

É evidente as implicações da feminização da população idosa na sociedade. A maioria das mulheres idosas não teve um trabalho remunerado durante a vida adulta, e tão pouco, acesso a à educação, o que conseqüentemente reflete em uma situação socioeconômica desprivilegiada; também pela sobrevida maior do sexo feminino, idosas são e estão expostas por períodos longos à doenças crônico-degenerativas, à viuvez e à solidão, o que favorece o surgimento e/ou queixas de sintomas depressivos (Camarano, 2002).

Paralela à transição demográfica ocorrem mudanças no perfil de morbidade e mortalidade da população, que ao envelhecer incrementa a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e o peso destas nas causas de morte (Ramos, 2011).

Assim abandona-se um modelo de saúde, em que a população de risco era infantil e as doenças em sua maioria infecciosas, passíveis de prevenção, com diagnóstico simples, barato e tratamentos eficazes e rápidos; e adentra-se à um novo cenário, onde a população de risco é senescente, e as enfermidades complexas e onerosas, caracterizada por doenças crônicas, múltiplas e evolutivas, com diagnósticos sofisticados e caros, exigindo muitas vezes cuidados constantes. A maioria das comorbidades não tem prevenção eficaz, os tratamentos não são curativos e podem gerar dependência na vida diária e perda da autonomia; resultando em elevada demanda aos serviços de saúde agravada muitas vezes por hospitalizações recidivas, maior tempo de ocupação dos leitos hospitalares e até mesmo institucionalização; ainda, maior frequência de consultas ambulatoriais e necessidade de medicamentos (Veras, 2008; Ramos, 2011).

Fica explícito que o envelhecimento está associado ao aumento de incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis; estas segundo dados do Sistema Único de Saúde, são responsáveis 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doença, constituindo um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. Doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças músculo-esqueléticas, entre outras respondem pela maior parcela dos óbitos no país, também com o aumento

de despesas relativas à assistência hospitalar no SUS, totalizando cerca de 75% dos gastos com atenção à saúde (Monteiro et al., 2004; DATASUS, 2012).

Notoriamente o envelhecimento se traduz fator predisponente para agravos nas condições de saúde dos idosos e traz novos desafios, sobretudo na transferência de recursos para atender as especificidades desse segmento da população.

3.3 CAPACIDADE FUNCIONAL E ENVELHECIMENTO

Entre os possíveis comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade está a incapacidade funcional, caracterizada por qualquer limitação, dificuldade e/ou dependência na realização de atividades essenciais para a sobrevivência (Duca, Silva e Hallal, 2009).

A capacidade funcional corresponde à habilidade de executar atividades cotidianas em um padrão considerado normal de acordo com comportamentos socialmente construídos (Perracini, Fló e Guerra, 2011). Envolve múltiplos fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais; traduzidos em comportamento relativos à estilo de vida; ainda conceitos de autonomia, independência, incapacidade, deficiência; sendo sugerido instrumentalizar na prática como um evento dicotomicamente classificado em capacidade/incapacidade (Xavier, Orsi e Ramos, 2011; Rosa et al., 2003).

A longevidade não impede que o indivíduo conduza sua vida de forma autônoma. Idosos que mantêm independência e autodeterminação - possibilidade de exercer sua autonomia - podem ser considerados saudáveis, ainda que apresentem uma ou mais doenças crônicas (Veras, 2008). Qualquer pessoa que chegue aos 80 anos de idade, sendo capaz de gerir sua própria vida, deve ser considerada saudável mesmo que apresente, por exemplo, histórico de hipertensão, diabetes, cardiopatia e/ou depressão, complicações frequentes da idade. Com tratamentos criteriosos e específicos; e efetivo controle de fatores de risco, esta pessoa pode ter qualidade de vida com autonomia, independência e completa interação social, representando um envelhecimento bem sucedido (Ramos, 2011).

Embora o processo de envelhecimento não esteja necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos. A tendência é o crescente número de indivíduos que

embora vivam mais, apresentam elevado índice de condições crônicas, o que está também diretamente relacionado com maior incapacidade funcional (Alves et al., 2007).

A incapacidade funcional comum na população idosa é explicada como a impossibilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade (Alves et al., 2007). Assim o comprometimento da capacidade funcional na população que envelhece tem implicações importantes não só na vida do idoso, mas também para a família, para a comunidade e para o sistema de saúde uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (Perracini, Fló e Guerra, 2011).

Deste modo, a capacidade funcional surge como um novo componente à ser avaliado e gerido pelos programas de saúde para idosos porque envelhecer mantendo todas as funções não significa problema para o indivíduo ou sociedade. O problema se inicia quando as funções começam a deteriorar (Alves et al., 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Saúde como sendo um estado de bem estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades. Entretanto considerando ser, esta uma definição tão mais filosófica do que médica, bem como um conceito de difícil operacionalização dentro de uma perspectiva metodológica, o conceito de capacidade funcional conforme já descrito, se torna adequado para nortear a assistência à população idosa, onde a ausência de doenças é evento raro, e o completo bem estar e a qualidade de vida podem ser evidentes, independente de presença de doenças, mas pelo fato de autonomia no desempenho de suas atividades básicas (Maciel e Guerra 2008, Ramos, 2003).

Destaca-se a relevância da capacidade funcional na velhice, à partir da análise do paradigma da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso, que descreve como uma de suas finalidades; recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos (Sposito et al., 2010)

Medidas das atividades básicas e instrumentais de vida diária e também da mobilidade são frequentemente utilizadas na avaliação da capacidade funcional (Perracini, Fló e Guerra, 2011).

Atividades Básicas de Vida Diária correspondem à tarefas de auto-cuidado; diferentes das Atividades Instrumentais de Vida Diária que se traduzem em tarefas adaptativas ou necessária para vida independente na comunidade (Alves et al., 2007).

A mobilidade constituiu também componente importante para a avaliação da capacidade funcional. Inclui tarefas simples como transferir-se da cama para a cadeira e até mesmo mais complexas como subir e descer escadas e caminhar curtas e longas distâncias. São atividades que exigem amplitude de movimento, resistência e força muscular (Alves et al., 2007).

O comprometimento da capacidade funcional por suas implicações, é um fator de risco importante para a mortalidade, muitas vezes exponenciais à doenças que levaram à tais limitações, uma vez que nem toda pessoa doente se torna dependente ou com incapacidade funcional. Justifica-se então a necessidade de se estabelecer novas prioridades e ações de saúde que deverão nortear as ações de saúde contemporânea (Veras, 2008).

3.4 MORTALIDADE E ENVELHECIMENTO

A velhice é um período da vida onde é alto o risco de óbito pela alta a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, limitações físicas, declínio cognitivo e sensorial, sintomas depressivos, e isolamento social, justificando o crescente interesse em identificar os fatores que isolada ou conjuntamente mais se relacionam com o risco de óbitos em idosos, fornecendo conhecimento útil tanto clínica como epidemiologicamente (Ramos, 2011).

Estudos longitudinais com idosos da população geral concordam que a idade e o sexo são fatores determinantes do risco de morte, que todas as demais variáveis, dependem de uma complexa relação do indivíduo com o meio ambiente, e que esta varia de acordo com a cultura e o tempo (Ramos, 2011).

A dependência funcional é um dos fatores mais importantes para a mortalidade tanto isoladamente, como associada a comportamentos relacionados aos estilos de vida, doenças crônico-degenerativas, disfunções neuropsíquicas e fatores sociodemográficos. O Projeto Epidoso foi o primeiro estudo longitudinal de idosos na América Latina que avaliou uma coorte de idosos em busca de fatores associado ao envelhecimento saudável e fatores de risco para a mortalidade; constatando que a dependência no dia a dia é um efeito independente e significativo no risco de morte, bem como sexo, idade, hospitalização prévia e déficit cognitivo; entretanto coloca que na prática os únicos fatores mutáveis que podem diminuir o risco de morte é o estado cognitivo e a dependência na vida diária. O que remete à necessidade de um enfoque que transcende

o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas, englobando fatores sociais, físicos e cognitivos que afetam a saúde dos idosos (Maciel e Guerra, 2008; Ramos, 2011).

O conhecimento e/ou identificação dos fatores associados à menor sobrevivência na população idosa pode orientar amplos programas educativos sociais e de saúde para a difusão de condições e estilos de vida mais saudáveis que favoreçam manutenção da autonomia (Ruiz, Chalita e Barros, 2003).

Metodologia

4 METODOLOGIA:

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP; Protocolo 3657-2010, (ANEXO 1). Trata-se de uma pesquisa epidemiológica; estudo de coorte, que avalia a capacidade funcional de uma população de indivíduos com 60 anos e mais, residentes no município de Botucatu - São Paulo, os eventos relacionados e como fator preditivo de sobrevivência.

4.1 CAMPO DA PESQUISA

Município de Botucatu, localizado no interior do Estado de São Paulo, com área territorial de 1.482,643 Km², sendo a população residente: 127.328 indivíduos, onde 13,35% correspondem à pessoas com idade igual ou superior à 60 anos; ou seja 17.008 idosos (IBGE, 2010). (Tabela 1)

Tabela 1. Distribuição da População de 60 anos e mais, residentes no Município de Botucatu segundo Censo Demográfico 2010.

Table 1. Description of Population aged 60 and older living in Botucatu second Census Population 2010.

GRUPOS DE IDADE	FEMININO	MASCULINO	POPULAÇÃO ESTIMADA
60 - 69 anos	4.841	4.080	8.921
70 - 79 anos	3.105	2.261	5.366
80 - 89 anos	1.533	820	2.353
≥ 90 anos	264	104	368
TOTAL	9.743	7.265	17.008

Fonte: IBGE, 2010

4.2 AMOSTRA:

Em 2003 foi iniciado estudo com os idosos residentes no município de Botucatu. A seleção da população foi realizada por amostragem aleatória e sistemática entre os domicílios residenciais; consistindo de uma parcela dos domicílios identificados no cadastro de atualização do Censo 2000 realizado no município, contemplando nove mil famílias

(correspondentes a 26% das residências do Município, considerando-se 1% de ajuste) alocadas aleatoriamente.

Por meio da tabela de números aleatórios foram delimitados os primeiros domicílios da amostra e os seguintes foram identificados tomando-se 1 a cada 4. Destas famílias da amostra foram ainda sorteados moradores com idade igual ou superior à 60 anos.

O tamanho da população-alvo considerada para análise baseou-se em um erro amostral de 5%, relativo a um intervalo de confiança de 95% (α bilateral de 0,025), com uma prevalência da característica de interesse de 0,5%, desprezando-se o fator de correção da redução de heterogeneidade associada ao desenho de conglomerado (Jóia, Ruiz e Donalísio, 2008).

Registrou-se perda de 5% da amostra inicialmente estimada (384), justificada por excluir do estudo cinco casas que encontraram-se fechadas em mais de três visitas, onze idosos que haviam morrido no ano da realização da coleta dos dados e três indivíduos não residiam no domicílio. Obtendo finalmente, uma amostra relativa à 365 entrevistados.

Retornou-se ao campo em 2006, quando foi realizado inquérito propondo avaliação multifuncional destes mesmos idosos, dando seguimento à coleta de dados da mesma amostra anteriormente avaliada, com reposição das perdas (mortes e recusas) através de sorteio dos idosos do mesmo cadastro (2003); sendo o questionário de retorno ao campo denominado: “Seguimento dos idosos do município de Botucatu”, que contempla escalas para avaliação multifuncional do idoso (ANEXO 2).

Neste retorno constatou-se que entre os 365 idosos ocorreram 80 perdas por mortes ou mudança de endereço que foram repostas conforme já descrito. Entretanto após a realização das entrevistas dos “80 novos idosos” verificou-se que um dos entrevistados tinha menos de 60 anos, reduzindo a amostra a 364 idosos.

Três anos após (2010) foi realizada a segunda volta ao campo para verificar a sobrevivência da população estudada, ou seja analisar o número de idosos que haviam ido à óbito no período.

Toda a coleta destes dados foi feita por pessoas contratadas e treinadas para tal atividade.

4.2.1 Critérios de Inclusão:

O estudo incluiu na amostra indivíduos com idade igual ou superior à 60 anos, considerando a lei 8.842/94, que dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho

Nacional do Idoso e dá outras providências e a consideração da Organização Mundial de Saúde (OMS) que elege idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento.

Todo o processo da pesquisa, com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados, obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução No 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), garantindo aos participantes, entre outros direitos, sigilo das informações e privacidade.

4.2.2 Critérios de Exclusão:

Foram excluídos do estudo aqueles idosos que apresentaram recusa explícita, incapacidade de expressão e compreensão.

4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS E INTEPRETAÇÃO:

No primeiro inquérito, 2003; foram utilizadas questões referentes à dados sociodemográficos afim de classificar a amostra com relação à idade, sexo, escolaridade, estado civil e ocupação. Já no primeiro retorno ao campo; ou seja 2006, conforme descrito anteriormente, foi aplicado o questionário: “Seguimento dos idosos do município de Botucatu” (ANEXO II), diretamente ao idoso, objetivando caracterizar os indivíduos quando ao aspecto socioeconômico, funcional, situação de saúde e qualidade de vida.

Para a avaliação da funcionalidade destes indivíduos, discriminada em dependência ou não no desempenho de atividades de vida diária; foram utilizados escalas de avaliação específicas, entre estas: A Escala de Atividades da Vida Diária - AVD e/ou Escala de KATZ (Katz et al., 1970) que avalia funções essenciais à sobrevivência, incluindo atividades de locomoção e auto-cuidado, como por exemplo, andar, comer, vestir-se, tomar banho, controlar eliminações fisiológicas e realizar higiene; e A Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária – AIVD e/ou Escala de Lawton (Lawton e Brody, 1969) que inclui análise do desempenho em atividades também relativas à autonomia, porém mais complexas do que as avaliadas com a escala anterior; entre estas: utilizar o telefone, realizar compras, preparar refeições, utilizar meios de transporte e manter o controle financeiro.

Avaliando a situação de saúde da população utilizou-se questões de morbidade referida, registrando respostas afirmativas e negativas à presença de hipertensão, complicações respiratórias, cardiovasculares e diabetes. Ainda foram utilizados instrumentos específicos para

analisar quadro de depressão, déficit cognitivo e dependência de álcool, entre estes: A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (Yesavage et al., 1982) indicada para *screening* e acompanhamento da Depressão em idosos; Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Folstein et al., 1975; Bertolucci et al., 1994) e a Escala CAGE (Ewing, 1984).

A análise da idade da população estudada foi realizada à partir da distribuição de grupos etários; assim dividimos grupos com idade entre 60 e 69 anos, 70 e 79 anos e ainda acima de 80 no momento da descrição da dados; e posteriormente ao analisarmos a sobrevivência de modo à tornar a idade uma variável binária, os grupos foram divididos em idade entre 60 e 69 anos e 70 anos ou mais.

Partimos à análise da escolaridade da população que na apresentação da frequência, foi distribuída em grupos de analfabetos, incluindo neste, indivíduos com primário incompleto e que referiam saber escrever apenas o nome; primário completo, agregando aqueles que referiram nível escolar de ginásio incompleto; ginásio completo, enquadrando também indivíduos com colegial incompleto; colegial completo, em cujo grupo havia acrescido o superior incompleto; e ainda superior completo; Entretanto afim de facilitar a análise dos dados no momento da correlação de tal variável com os níveis de independência funcional, esta foi categorizada em escolaridade menor que quatro anos, englobando analfabetos e primário incompleto, e maior que quatro anos incluindo as demais acima citadas.

Ao analisarmos a situação conjugal, enquadrámos nos grupos, com companheiro, indivíduos casados; e sem companheiro, indivíduos divorciados, viúvos, solteiros.

Em variável binária também classificamos a situação de trabalho, agrupando indivíduos que possuíam atividade remunerada na categoria: ainda trabalha e àqueles que não, na categoria: não trabalha; destes analisamos aqueles que são aposentados e ainda trabalham; resalto que esta categoria, trabalhar ou não, não foi incluída como variável na análise da sobrevivência, estando apenas incluída nesta a análise de o indivíduo ser ou não aposentado.

A análise da morbidade referida foi analisada considerando a resposta dicotômica dos indivíduos avaliados frente ao questionamento de ser ou não: hipertenso, descrita pelo CID10:I15.9 na análise; diabético (CID10:E14); apresentar ou não problema cardíaco (CID10:I51.6) e pulmonar (CID10:Z87.0).

Incluindo ainda na análise de morbidade referida a apresentação dos resultados obtidos na Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, Mini Exame do Estado Mental e na Escala CAGE.

A Escala de Depressão Geriátrica Abreviada consiste na aplicação de questionário com 15 questões dicotômicas (sim e não), relativas à mudanças no humor e referência de

sentimentos específicos. O ponto de corte para analisar o resultado do teste é estabelecido pela somatória da pontuação das respostas; quando superior a seis pontos pode-se inferir presença de sintomas depressivos e necessidade de avaliação clínica mais específica para confirmar, ou negar a hipótese de Depressão (Yesavage et al., 1982). Assim categorizamos os resultados desta avaliação em apresentar ou não sintomas depressivos, incluindo na descrição afirmativa indivíduos que apresentaram pontuação igual ou superior à 6 pontos; e inferiores à esta na descrição negativa.

O Mini Exame do Estado Mental, conforme já descrito foi o teste utilizado para verificar funções cognitivas da população estudada. Tal teste é interpretado considerando que as pontuações entre 23 a 30 pontos como sendo indicativas de funções cognitivas preservadas; sendo escores abaixo de 23 pontos sugestivos de déficit cognitivo. Entretanto foram utilizadas correções nos pontos de corte da escala considerando a escolaridade; Assim para analfabetos o ponto de corte para déficit cognitivo foi 13; àqueles com nível primário e secundário o ponto de corte foi 18; sendo mantido para idosos com nível superior, ou seja, 23 pontos (Folstein et al., 1975; Bertolucci et al., 1994). Contudo considerando os pontos de corte relativos à pontuação na escala acima descritos, os indivíduos foram agrupados em categorias relativas a apresentar ou não déficit cognitivo (Colombine Netto, 2008).

Como instrumento para analisar a ocorrência de problemas com o uso de bebida alcoólica na população estudada, foi utilizada a Escala CAGE. Sabidamente esta escala é recomendada para determinar o uso de nocivo ou de risco de álcool. Este instrumento não possibilita o diagnóstico de dependência, apenas detecta os consumidores de risco quando o avaliado apresenta uma resposta positiva às questões aplicadas sugere-se a possibilidade de o indivíduo ter problemas com álcool, já quando duas ou mais respostas são positivas, há efetivamente o indicativo de intercorrências pelo uso de bebida alcoólica (Ewing, 1984).

Como critério de corte no estudo foi considerado a ocorrência de duas ou mais respostas afirmativas às questões do referido instrumento como indicativas de problemas com álcool, classificando os indivíduos em casos e não casos (Colombine Netto, 2008).

A Escala de Atividades da Vida Diária - Escala de Katz avalia e estratifica o desempenho do indivíduo nas funções básicas à sobrevivência no presente, podendo ser utilizada para documentar a melhora e/ou piora funcional ao longo de um determinado período se reaplicada (Katz et al., 1970). Formada por seis questões, com possíveis respostas: “sim” e “não”, que recebem, respectivamente, pontuação um ou zero, sendo o resultado final na avaliação decorrente da soma de respostas “sim” atribuindo-se um ponto por questão. A soma dos pontos pode variar de zero a seis, tendo como indicativo de independência funcional,

pontuações iguais à seis; dependência moderada pontuações iguais à quatro e muita dependência pontuações iguais ou menores que dois (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007). O presente estudo utilizou a pontuação igual ou menor à dois para definir dependência da amostra analisada.

A escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária - Escala de Lawton relaciona-se com a participação efetiva do idoso na comunidade, onde a presença de dificuldades implica mais em uma redistribuição de tarefas entre os membros familiares (como alguém para ir fazer compras ou auxiliar nas tarefas domésticas) e menos em cuidado direto. Composta por oito alternativas relativas ao desempenho em atividades instrumentais de vida diária, englobando capacidade de utilizar o telefone, fazer comprar, preparar a comida, cuidar da casa, utilizar meios de transporte, gerir as despesas/economias e controlar a ingestão de medicamentos. As primeiras alternativas das respostas representam independência no desempenho da função que está sendo avaliada, cada uma dessas respostas correspondem a um ponto; as segundas alternativas significam necessidade de auxílio na execução da tarefa e correspondem a dois pontos; as terceiras alternativas significam dependência, equivalendo a três pontos. Assim a pontuação máxima na escala que sugere máxima independência no desempenho das atividades instrumentais de vida diária, é de 24 pontos, sendo ao contrário, a pontuação mínima de 8 pontos relativa à máxima dependência (Lawton e Brody, 1969).

Neste estudo foram considerados dependentes no desempenho de AIVDs todos aqueles que tiveram somatória menor que 17 pontos nas alternativas escolhidas como resposta (Colombine Netto, 2008).

Sendo atualmente aspecto relevante para analisar a situação de saúde dos indivíduos; o nível funcional também avaliado na população do estudo com os instrumentos específicos descritos anteriormente (Escala de Katz e Lawton), foi caracterizado em ser dependente ou não no desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Para a análise da sobrevivência, no retorno ao campo em 2010, foi verificado apenas a ocorrência de óbitos na população anteriormente avaliada, ou seja a amostra do estudo de 2006. A impossibilidade de obtenção de informação sobre o idoso que havia sido anteriormente avaliado, por mudança de endereço e residências se encontrarem fechadas totalizou perda de 32 indivíduos resultando em um número de 332 idosos. Estes idosos, cujo dado de óbito não foi possível registrar foram considerados censurados no estudo.

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA:

Foi realizada a descrição da população segundo variáveis relativas aos aspectos avaliados, entre estes, sexo, idade, situação conjugal, situação trabalhista, referência de comorbidades e nível funcional.

Em seguida realizada análises univariadas, tendo como variáveis dependentes o desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária e Instrumentais de Vida Diária, e como variáveis independentes aquelas relativas à questões sociodemográficas e de morbidade referida, estudando assim as associações ente elas. Posteriormente para ajustá-las foi realizada regressão logística incluindo as mesmas variáveis dependentes e independentes acima descritas. Vale ressaltar que as variáveis independentes foram acrescentadas uma a uma na análise sendo apresentado o resultado final. Nesta análise as variáveis foram agrupadas em blocos distintos relativos à condições sociodemográficas e de saúde.

Na sobrevivência foi realizado o teste de log-rank e observada diferença significativa das curvas para cada uma das avaliações relativas à dependência e independência na vida diária.

Os cálculos foram feitos pelo Programa Estatístico SAS/STAT.

Resultados

5 RESULTADOS:

Os dados apresentados na sequência são relativos ao ano do estudo de 2006 e 2010; respectivamente primeiro retorno ao campo quando foi proposta a avaliação multifuncional dos idosos do município, e segundo retorno quando foi realizada análise da sobrevivência.

A idade média da população estudada foi de $71,0 \pm 7,7$ anos.

Observamos ao analisar os dados coletados no ano de 2003 que segundo a distribuição dos idosos por gênero, dos 364 idosos avaliados, 215 (59%) eram do sexo feminino, sendo ainda considerável a proporção de idosas com faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição da população de Idosos do Município de Botucatu segundo a idade e gênero, 2006.

Table 2. Distribution Elderly Population in the city of Botucatu according to age and gender, 2006.

	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
60-69	105	59%	73	41,0%	178	48,9%
70-79	67	52,3%	61	47,6%	128	35,2%
≥80	43	74,1%	15	25,9%	58	15,9%
TOTAL	215	59%	149	41%	364	100,0%

Com relação à análise da escolaridade, ilustrada na Tabela 3; constatamos que a população estudada era de baixa escolaridade, correspondendo à 75,2% do total de idosos da amostra.

Tabela 3. Distribuição da Amostra de Idosos do Município de Botucatu segundo a escolaridade, 2006.

Table 3. Distribution of Elderly Population in the city of Botucatu according to schooling, 2006.

	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Analfabetos	59	62,7%	35	37,2%	94	25,8%
Primário	103	57,2%	77	42,7%	180	49,4%
Ginásio Completo	15	57,6%	11	42,3%	26	7,14%
Colegial Completo	23	69,6%	10	30,3%	33	9,16%
Superior Completo	15	48,3%	16	51,6%	31	8,51%
TOTAL	215	59,1%	149	41%	364	100%

A situação conjugal dos idosos estudados foi discriminada em ter ou não um companheiro, agrupando à classificação: com companheiro, indivíduos casados; e à sem companheiro, indivíduos não casados, viúvos e solteiros. Constatou-se um percentual relativamente maior para o sexo feminino na situação estar sem companheiro, correspondendo à 75,9%. (Tabela 4)

Tabela 4. Distribuição da Amostra de Idosos do Município de Botucatu segundo ao estado conjugal, 2006.

Table 4. Distribution of Elderly Population in the city of Botucatu second to marital status, 2006

	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Com Companheiro	97	46,4%	112	53,5%	209	57,4%
Sem Companheiro	117	75,9%	37	24%	154	42,3%
TOTAL	214	59%	149	41%	363	100%

*01 indivíduo do sexo feminino não respondeu à questão no inquérito

A condição de trabalho e/ou fonte de renda dos idosos no estudo foi analisada pelo exercício de atividade remunerada e recebimento de benefício, assim categorizada em: trabalhar e não trabalhar, considerando ainda aqueles que mesmo trabalhando ou não, são aposentados. Constatamos que 71,6 % dos idosos eram aposentados e não exerciam nenhum tipo de atividade remunerada; observamos ainda que dos indivíduos que ainda trabalhavam, 69% eram do sexo masculino e 43% aposentados. (Tabela 5)

Tabela 5. Distribuição da População de Idosos do Município de Botucatu segundo a situação trabalhista, 2006.

Table 5. Distribution of Elderly Population in the city of Botucatu according to employment status, 2006.

	FEMININO		MASCULINO		APOSENTADOS		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Trabalha	22	(31)	49	(69)	31	(43,6)	71	(19,5)
Não Trabalha	193	(65,8)	100	(34)	210	(71,6)	293	(80,5)
TOTAL	214	59%	149	41%	241	66,2%	364	100%

A situação de saúde da população com relação à afecções mais frequentemente referenciadas, foi caracterizada através de questões relativos à presença de problemas cardíacos, respiratórios, diabetes e hipertensão no questionário aplicado. Incluindo também nesta análise os resultados apresentados nas Escalas de CAGE, Depressão Geriátrica e Mini Exame do Estado Mental. (Tabela 6)

Tabela 6. Saúde da população de idosos do Município de Botucatu, 2006.

Table 6. Health sample of elderly population in Botucatu, 2006.

	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Hipertensão Arterial (CID I15.9)						
Sim	114	(66,2)	58	(33,7)	172	(47,2)
Não	101	(52,6)	91	(47,3)	192	(52,7)
Cardiopatía (CID I51.6)						
Sim	50	(65,7)	26	(34,2)	76	(20,8)
Não	165	(57,9)	123	(42,7)	288	(79,1)
Pneumopatia (CID Z87.0)						
Sim	14	(50)	14	(50)	28	(7,6)
Não	201	(59,8)	135	(40,1)	336	(92,3)
Diabetes (CID E14)						
Sim	42	(68,8)	19	(31,1)	61	(16,7)
Não	173	(59)	130	(42,9)	303	(83,2)
Déficit Cognitivo (MEEM)						
Sim	32	(68,1)	15	(31,9)	47	(12,9)
Não	183	(57,7)	134	(42,3)	317	(87,1)
Alcoolismo (CAGE)						
Sim	0	(0)	4	(100)	4	(1,15)
Não	206	(60,1)	137	(39,9)	343	(98,8)
Suspeição de Depressão						
Sim	111	(58,1)	80	(41,9)	191	(52,4)
Não	104	(60,1)	69	(39,9)	173	(47,5)

A prevalência de independência para Atividades Básicas de Vida Diária, na população estudada foi de 94%, sendo que 55% destes eram do sexo feminino. Já com relação às atividades instrumentais diárias observamos que 86% da mesma população eram independentes, incluindo ao percentual 51% idosas.

Ainda, a análise da relação da independência funcional com demais aspectos sociodemográficos, satisfação com a vida, morbidade referida, declínio cognitivo e dependência etílica, permitiu-nos afirmar que déficit cognitivo pode ser fator condicionante à dependência funcional, já que apresentou relação significativa com as variáveis dependentes analisadas.

Ilustrando os resultados encontrados na análise da funcionalidade dos idosos, constatamos na Tabela 7 a relação da independência funcional nas atividades básicas de vida diária com aspectos sociodemográficos; entre eles idade, sexo, estado civil, aposentadoria e escolaridade. A Tabela 8 que descreve a correlação do nível funcional nas mesmas atividades com as morbidades apresentadas pela população, declínio cognitivo e etilismo; nesta verificamos que o declínio cognitivo apresentou associação significativa com as atividades básicas de vida diária.

Tabela 7. Características sócio demográficas e sua associação com ABVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.

Table 7. Sociodemographic characteristics and their association with ADL in population and more than sixty years. Botucatu, 2006.

ABVD	Independentes		Dependentes		P valor
	N	(%)	N	(%)	
	(343)	(94,2)	(21)	(5,77)	
Sexo					
Feminino	202	(55,4)	13	(3,5)	p = 0,7
Masculino	141	(38,7)	08	(2,2)	
Situação Conjugal					
C/ Companheiro	198	(54,5)	11	(3,0)	p = 0,6
S/ Companheiro	144	(39,6)	10	(2,7)	
Aposentadoria					
Sim	230	(63,1)	11	(3,0)	p = 0,1
Não	113	(2,75)	11	(3,0)	
Escolaridade					
Menor que 04 anos	147	(40,3)	10	(2,75)	p = 0,6
Maior que 04 anos	196	(53,8)	11	(3,0)	

Tabela 8. Indicadores de saúde e/ou morbidade referida e sua associação com ABVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.

Table 8. Health indicators and / or morbidity and its association with ADL in population and more than sixty year. Botucatu, 2006.

ABVD	Independentes		Dependentes		P valor
	N (343)	(%) (94,2)	N (21)	(%) (5,77)	
Hipertensão (CID I15.9)					
Sim	162	(44,5)	10	(2,75)	p = 0,9
Não	181	(49,7)	11	(3,0)	
Cardiopatia (CID I51.6)					
Sim	71	(19,5)	5	(1,37)	p = 0,7
Não	272	(74,7)	16	(4,4)	
Pneumopatia (CID Z87.0)					
Sim	26	(7,14)	2	(0,55)	p = 0,7
Não	317	(87,0)	19	(5,22)	
Diabetes (CID E14)					
Sim	57	(15,6)	4	(1,10)	p = 0,7
Não	286	(78,5)	17	(4,67)	
Déficit Cognitivo (MEEM)					
Sim	34	(9,34)	13	(3,57)	p < 0,001
Não	303	(84,8)	8	(2,20)	
Alcoolismo (CAGE)					
Sim	4	(1,15)	0	(0,0)	p = 0,7
Não	332	(95,6)	11	(3,17)	

Elucidando os mesmos aspectos, sociodemográficos e de morbidade, associados ao desempenho funcional no desempenho das atividades instrumentais de vida diária; seguem as tabelas 09 e 10.

Tabela 9. Características sócio demográficas e sua associação com AIVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.

Table 9. Sociodemographic characteristics and their association with IADL in population and more than sixty years. Botucatu, 2006.

AIVD	Independentes		Dependentes		P valor
	N (313)	(%) (85,9)	N (51)	(%) (14,0)	
Sexo					
Feminino	187	(51,3)	28	(7,69)	p = 0,5
Masculino	126	(34,6)	23	(6,31)	
Situação Conjugal					
C/ Companheiro	178	(49,0)	31	(8,54)	p = 0,6
S/ Companheiro	134	(36,9)	20	(5,51)	
Aposentadoria					
Sim	211	(57,9)	30	(8,24)	p = 0,2
Não	102	(28,0)	21	(5,77)	
Escolaridade					
Menor que 04 anos	131	(35,9)	26	(7,14)	p = 0,2
Maior que 04 anos	182	(50,0)	25	(6,87)	

Tabela 10. Indicadores de saúde e/ou morbidade referida e sua associação com AIVD em população de sessenta anos e mais. Botucatu, 2006.

Table 10. Health indicators and / or morbidity and its association with IADL in population and more than sixty year. Botucatu, 2006.

AIVD	Independentes		Dependentes		P valor
	N (313)	(%) (85,9)	N (51)	(%) (14,0)	
Hipertensão (CID I15.9)					
Sim	153	(42,0)	19	(5,22)	p = 0,1
Não	160	(43,9)	32	(8,79)	
Cardiopatia (CID I51.6)					
Sim	61	(16,7)	15	(4,12)	p = 0,1
Não	252	(69,2)	36	(9,89)	
Pneumopatia (CID Z87.0)					
Sim	25	(6,87)	3	(0,82)	p = 0,6
Não	288	(79,12)	48	(13,19)	
Diabetes E14					
Sim	54	(14,8)	7	(1,92)	p = 0,5
Não	259	(71,1)	44	(12,0)	
Déficit Cognitivo (MEEM)					
Sim	25	(6,87)	22	(3,57)	p < 0,001
Não	288	(79,1)	29	(7,97)	
Alcoolismo (CAGE)					
Sim	4	(1,15)	0	(0,0)	p = 0,4
Não	303	(87,3)	40	(11,5)	

Posteriormente à análise univariada apresentada foi realizada regressão logística agrupando as mesmas variáveis independentes afim de descartar confundimento. Confirmando nos resultados conforme, descrito na Tabela 11 e 12, a relação do declínio cognitivo com a dependência. Estretanto também verificamos a relação entre idade e desempenho nas atividades de vida diária, resultado não encontrado na análise univariada.

Tabela 11. Modelo Final de Regressão Logística que estudou associação entre ABVD, variáveis sócio demográficas e doenças crônicas. Botucatu, 2006.

Tabela 11. Final Logistic Regression Model who studied the association between ADL, sociodemographic variables and chronic diseases. Botucatu, 2006.

	ABVD (Qui quadrado)
Bloco 01:	
Idade	p = 0,04
Sexo	p = 0,95
Situação Conjugal	p = 0,31
Escolaridade	p = 0,29
Situação de Trabalho (ainda Trabalham)	p = 0,73
Aposentadoria	p = 0,40
Bloco 02:	
Hipertensão	p = 0,60
Cardiopatía	p = 0,59
Pneumopatía	p = 0,92
Diabetes	p = 0,79
Déficit Cognitivo (MEEM)	p < 0,0001
Modelo Final:	
Idade	p = 0,2
Declínio Cognitivo (MEEM)	p < 0,0001

Tabela 12. Modelo Final de Regressão Logística que estudou associação entre AIVD, variáveis sócio demográficas e doenças crônicas. Botucatu, 2006.

Tabela 12. Final Logistic Regression Model who studied the association between IADL, sociodemographic variables and chronic diseases. Botucatu, 2006.

	AIVD (Qui quadrado)
Bloco 01:	
Idade	p = 0,42
Sexo	p = 0,77
Situação Conjugal	p = 0,98
Escolaridade	p = 0,12
Situação de Trabalho (ainda Trabalham)	p = 0,29
Aposentadoria	p = 0,47
Bloco 02:	
Hipertensão	p = 0,60
Cardiopatía	p = 0,59
Pneumopatía	p = 0,92
Diabetes	p = 0,79
Déficit Cognitivo (MEEM)	p = 0,0004
Alcoolismo (CAGE)	p = 0,98
Modelo Final:	
Idade	p = 0,98
Hipertensão	p = 0,18
Cardiopatía	p = 0,13
Pneumopatía	p = 0,27
Diabetes	p = 0,60
Déficit Cognitivo	p = 0,0004
Alcoolismo	p = 0,98

No segundo retorno ao campo, constatou-se que 93 idosos haviam ido à óbito. Analisando os dados com a finalidade de verificar a sobrevivência da população, observamos que o resultado do log rank relativo à AVD foi de 0,1753 e da AIVD foi de 0,3359; e que demais variáveis descritas na Tabela 13 também influenciam na sobrevivência da população idosa. Pudemos constatar que os resultados relativos ao nível funcional da população nas Atividades de Vida Diária e nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, geraram curvas de sobrevivência proporcionais, o que confirma a diferença entre as curvas, isto é, o tempo de sobrevivência é diferente entre as duas populações (dependentes e independentes).

Pode-se observar nas figuras 1 e 2 as curvas supracitadas. No eixo das abscissas é apresentado o intervalo de tempo de ocorrência do evento (óbito) e no eixo das ordenadas a destruição da sobrevivência. Verificamos que indivíduos dependentes tanto para ABVD como

AIVD representados pela curva vermelha na ilustração foram à óbito em um intervalo de tempo menor do que os idosos independentes. Pode-se ressaltar ainda que idosos dependentes para ABVD foram à óbito em um intervalo de tempo relativamente menor que os dependentes para AIVD se observarmos ambos os gráficos apresentados.

Tabela 13. Resultado do teste de log rank para a comparação das curvas de sobrevivência à mortalidade geral, estimadas pelo Método de Kaplan-Meier segundo a independência funcional em população de sessenta anos e mais. Botucatu (2006-2010)

Table 12. Outcome of the log rank test to compare the survival curves for overall mortality, estimated by the Kaplan-Meier method according to functional independence in a population of sixty years and more. Botucatu (2006-2010).

Variável	Long Rank Valor de p	Proporcionalidade das Curvas
Idade	0,004	Sim
Estado Conjugal	0,41	Não
Hipertensão (CID I51.6)	0,02	Sim
Cardiopatía(CID I15.9)	0,45	Não
Pneumopatia (CID Z87.0)	0,53	Sim
Diabetes (CID E14)	0,93	Não
AVD	0,17	Sim
AIVD	0,33	Sim

Figura 1. Curvas de sobrevivência da população de sessenta anos e mais estratificadas para as atividades instrumentais de vida diária segundo a Escala de Lawton - Botucatu (2006-2010).

Survival curves of the population over sixty years and stratified for instrumental activities of daily living according to the Lawton Scale - Botucatu (2003-2010).

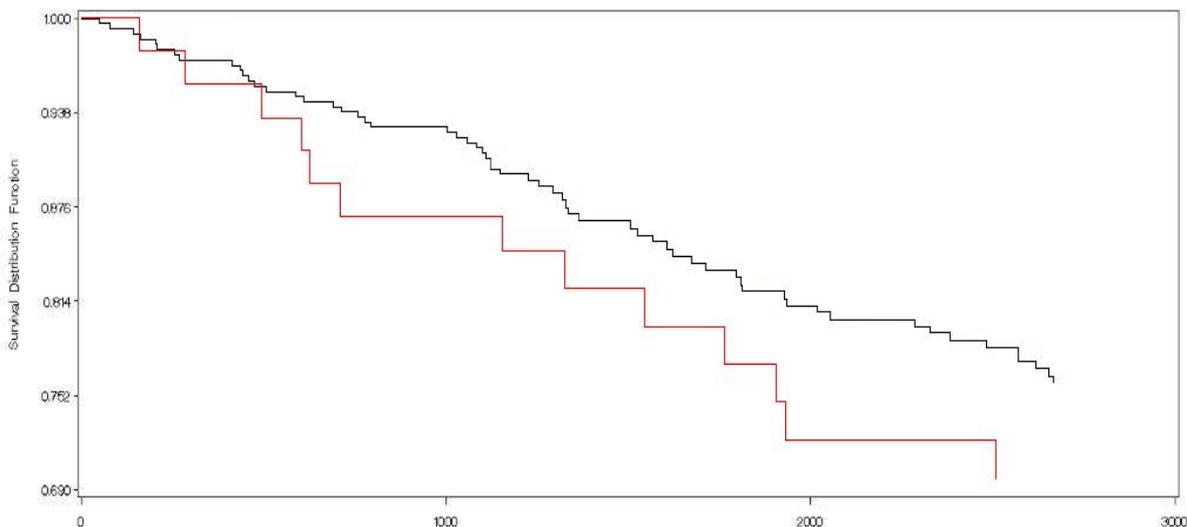
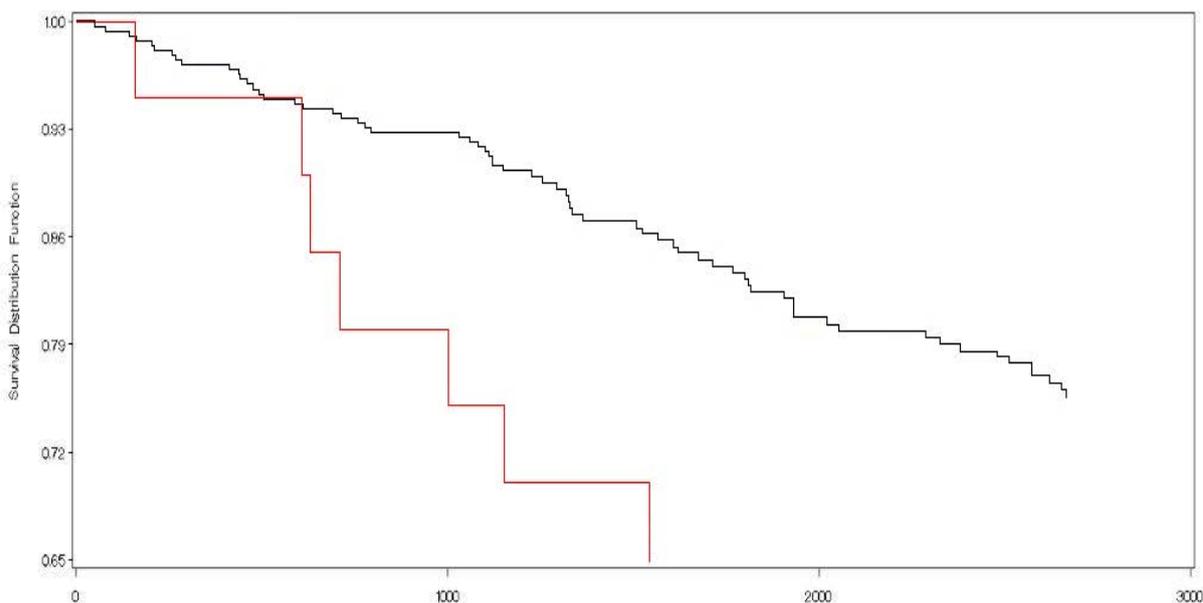


Figura 2. Curvas de sobrevivência da população de sessenta anos e mais estratificadas para as atividades básicas de vida diária segundo a Escala de Katz - Botucatu (2006-2010).

Survival curves of the population over sixty years and stratified for basic activities of daily living according to the Katz Scale - Botucatu (2003-2010).



Discussão

6 DISCUSSÃO

A capacidade de executar e determinar os disgníós individuais na velhice denota referência de saúde à população. Indivíduos que chegam aos oitenta anos de idade capazes de gerenciar sua vida, desempenhando atividades da rotina diária independentemente e determinando quando, como e onde se darão suas atividades de lazer, trabalho e convívio social, são considerados saudáveis mesmo que apresentem histórico de doenças crônicas.

A média de idade encontrada neste estudo (71 anos) foi aproximada à expectativa de vida da população brasileira, bem como aos resultados encontrados em um dos primeiros estudos populacionais realizado no município de São Paulo - Projeto Epidoso (Ramos, 2003). Embora a amostra populacional estudada neste estudo tenha representatividade maior nas faixas etárias “mais jovens”; e ou com idade inferior à 70 anos, não podemos deixar de ressaltar a proporção de idosos com 80 anos e mais, correspondente à 16%; o que corrobora com os dados da PNAD 2011, que mostra uma alteração na composição etária também no grupo populacional de idosos; afirmando que a população idosa também está envelhecendo; passando de um percentual de participação no contingente populacional nacional de 0,9% em 1992 para 1,7% em 2011 (IPEA, 2012).

A heterogeneidade da população idosa é também conseqüente à desigualdade de gênero neste grupo populacional; o que atualmente se traduz em um predomínio do sexo feminino, principalmente com faixas etárias mais avançadas, caracterizando a feminização da velhice (Figueiredo et al.,2004 e Salgado, 2002).

A apresentação da amostra por sexo deste estudo corresponde à tendência nacional em que a proporção de mulheres independente da idade, incluindo as de 60 anos ou mais, supera a dos homens (IBGE, 2011 e IPEA, 2012). O predomínio do sexo feminino foi correspondente ao estudo realizado por Lisboa e Chianca (2012) que descreveu o perfil sóciodemográfico, clínico e funcional de 97 idosos institucionalizados em duas instituições de longa permanência de Itaúna - MG, e apresentou uma porcentagem de 59% idosas.

A maior sobrevida de mulheres em idades avançadas pode ser conseqüente não só à maiores taxas de mortalidade em homens, mas também à disparidades na exposição aos riscos ocupacionais como acidentes domésticos, trabalho e trânsito; ocorrência de homicídios e suicídios que são quatro vezes mais frequentes no sexo masculino; ainda, diferenças no consumo de tabaco e álcool, fator de risco associados à óbitos por neoplasias e doenças cardiovasculares também maior em homens. Pode-se citar ainda que outro fator que contribuiria para o predomínio de mulheres entre a população idosa é a melhora na assistência

materno infantil refletindo na redução das taxas de mortalidade materna por complicações gestacionais; maior procura pelas mulheres pelos serviços de saúde por terem de um modo geral percepção mais adequada da doença, o que também para detecção precoce e melhor tratamento de doenças (Feliciano, Freitas e Moraes, 2003; Camarano, 2003, Veras, 2001).

A escolaridade é um indicador preciso da condição socioeconômica de uma população já que amplia o acesso ao mercado de trabalho e favorece melhores rendas; possibilita maior acesso aos indivíduos à informações divulgadas pelos meios de comunicação, mantendo estes ativos e favorecendo o exercício de cidadania; também favorece a utilização de serviços de saúde, maior receptividade aos programas educacionais e sensibilidade à ações de educação (Telarolli Jr, Machado e Carvalho, 1996).

Observamos neste trabalho que 75% da população é considerada de baixa escolaridade, ou seja possuem até quatro anos de estudo; sendo tal índice maior no sexo feminino; o que corrobora com os resultados apresentados por Feliciano, Freitas e Moraes (2003) que ao traçarem o perfil da condição de vida e saúde da população idosa de uma região de baixa renda do município de São Carlos, observaram que dos 523 indivíduos da amostra, 72% tinham escolaridade inferior à quatro anos. Segundo estes mesmos autores o nível de escolaridade desta população reflete a desigualdade social no país; já que as diferenças de nível de alfabetização entre os sexos refletem a organização social do início do século em que o acesso à escola era limitado às mulheres e aos mais pobres.

Desta forma justifica-se as muitas iniciativas públicas, privadas e ações não governamentais que favorecem alfabetização e educação continuada de adultos e idosos; entre estas poderíamos citar os diferentes programas da Universidade Aberta da Terceira Idade e o Movimento de alfabetização de Adultos – MOVA (Covolán, 2009; Veras e Caldas, 2004).

Costa e Silva e colaboradores (2010) ao avaliarem a população residente na zona urbana de Maceió e constatar que dos 319 idosos estudados 73% possuíam escolaridade inferior à quatro anos, como em nosso estudo; concluíram que os resultados relativos ao nível de escolaridade é reflexo da desigualdade social no país e pode ser considerada um fator limitante à sobrevivência e qualidade de vida.

Com relação ao estado conjugal, idosos que viviam com o companheiro e/ou eram casados predominaram nesta amostra representando 57,4% do total de indivíduos. O mesmo domínio foi encontrado por Nunes et al., (2009) que ao avaliarem o perfil de 397 idosos do município de Ubá, Minas Gerais, verificaram que 59,7% dos idosos eram também casados.

Dados contraditórios ao nossos achados foram apresentados por Coelho Filho e Ramos (1999) que ao avaliarem o perfil multidimensional de 667 idosos residentes no Nordeste do

Brasil observaram que mais da metade destes (51,9%) viviam sem companheiro. Entretanto similarmente à este estudo os mesmos autores verificaram que mais da metade das mulheres idosas viviam sem companheiro e/ou não eram casadas, embora residissem em domicílios multigeracionais, sendo este um arranjo de sobrevivência já que a população vivia em condição desfavorável.

A maioria dos idosos está presente no desenvolvimento socioeconômico, político e cultural do país. Mais de 85% deles continuam independentes e autônomos mesmo com algum tipo de problema de saúde; 87% dos homens idosos são chefes de família e mais que 50% contribui com a renda dos lares. Entretanto existe uma parcela de idosos sem rendimentos e que não são capazes de suprir suas necessidades básicas e ainda experienciar problemas de saúde e dependência física e mental (Minayo, 2012).

No presente estudo observamos que 80,5% dos idosos (293 indivíduos) da população estudada não exerce atividade remunerada, sendo que destes 65% são mulheres e apenas 71% aposentados.

É importante destacar que embora não apresentaram prevalência notória, observou-se que entre os 71 (19%) indivíduos que exerciam atividade remunerada 69% eram homens e 43% aposentados, de certa forma evidenciando que o desenvolvimento de alguma atividade mesmo após a aposentadoria é uma forma de complementar o orçamento doméstico.

Estudo transversal realizado por Nunes et al, em 2010 com idosos atendidos pelas equipes de Saúde da Família do Distrito Sanitário Leste de Goiânia, verificaram que dos 388 idosos da amostra, 82% não desempenhavam atividades profissionais e destes 70% eram aposentados, o que corrobora com os achados na análise desta pesquisa.

O desempenho de qualquer tipo de atividade remunerada para o idoso é importante não só pela renda que aporta mas também por ser um indicador de autonomia e de integração social.

A Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio, realizada no ano de 2011; apontou que 39,8% dos homens e 16,4 das mulheres idosas entrevistadas trabalhavam; confirmando assim a baixa participação feminina no mercado de trabalho, reflexo das fases mais jovens, e traduzindo dependência da renda de seguridade social e/ou de outros membros da família (IPEA, 2012).

A amostra estudada permitiu observar uma considerável prevalência de sinais sugestivos de depressão entre os idosos à partir da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica, sendo 52,4% do total. Também verificou-se que entre as morbidades referidas a mais prevalente foi a Hipertensão Arterial (47,2%), seguida de Cardiopatias (20,8%) e Diabetes

Mellitus (16,7) embora em todas as patologias a referência negativa; ou seja não possuir tal comprometimento tenha sido maior. Com relação a classificação das doenças segundo o sexo verificamos a Diabetes Mellitus a comorbidade referida de maior prevalência entre as mulheres.

Estudo realizado em 2007 por Rego e Duarte, com a finalidade de investigar a associação entre depressão e comorbidades crônicas em 1120 idosos atendidos em um ambulatório de referência em Salvador - BA, apresenta descrição de observação de apenas 262 indivíduos (23,4%) apresentaram diagnóstico de depressão à partir da DSM-IV da American Psychiatric Association, embora o instrumento de avaliação utilizado seja diferente do desta pesquisa; e que a Hipertensão Arterial foi a morbidade mais frequente (62,2%) tendo estas deferido associação significativa no sexo masculino que teve maior prevalência de hipertensão isoladamente.

Considerando a similaridade com resultados deste estudo; é importante referenciar novamente a pesquisa de Feliciano, Freitas e Moraes (2004) que ao traçarem o perfil da população idosa caracterizada por baixa renda em São Carlos - SP, também verificaram maior prevalência da hipertensão arterial na amostra total estudada (61%), embora tenha sido mais frequente no sexo feminino (68,2%) assim como apresentam a Diabetes Mellitus como a de maior prevalência também neste gênero.

Outros estudos evidenciam a hipertensão arterial como a doença referida com maior frequência pelos idosos, elegendo também a cardiopatia como terceira patologia mais frequente na população (Alves et al, 2007; Feliciano, Freitas e Moraes, 2004; Nunes et al, 2009). Estes pouco diferem de nossa pesquisa já que embora tenhamos apresentado prevalência da hipertensão também elegemos à partir das análises a cardiopatia como a segunda comorbidade mais frequente sem avaliar queixas relativas á comprometimento na coluna e/ou osteoartrose, o que considerando as evidências da literatura apresenta importante relevância na análise das comorbidades na população senil (Alves et al, 2007; Feliciano, Freitas e Moraes, 2004).

Inúmeras controvérsias existem sobre a prevalência de hipertensão arterial na população idosa e ainda sobre a necessidade de tratamento pois alguns autores consideram tal acometimento fisiológico ou normal para o processo de envelhecimento; entretanto não se verifica na literatura a publicação de estudos controlados confirmando que a hipertensão no idoso não é condição maligna, já que contrariamente diversas evidências tem demonstrado que esta constitui uma das grandes causas de morbimortalidade tanto no jovem como no idoso (Carvalho Filho, Curiati e Serro Azul, 1983; Azevedo e Carlos Paz, 2006).

O declínio cognitivo, outro aspecto avaliado neste estudo através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com a finalidade de screening de um possível estado de demência na amostra estudada considerando ser este comprometimento comum na senescência e senilidade, permitiu identificar que apenas 12,9% dos idosos apresentaram na avaliação escore relativo à risco de evoluírem com quadro demencial, o que difere do estudo de Feliciano, Freitas e Moraes (2004) que observaram que 56% dos 523 idosos acompanhados apresentavam sinais de declínio cognitivo e possível evolução à demência, embora o ponto de corte utilizado por tais pesquisadores tenha sido referenciado no Projeto Epidoso e Sabe.

Evidentemente a avaliação e diagnóstico das diferentes doenças crônicas que acometem os idosos são necessários; entretanto o enfoque deve transcender uma semiologia simples e um tratamento clínico específico, englobando não só aspectos físicos e cognitivos mas também funcionais considerando que a autonomia está intimamente relacionada com a referência da saúde e qualidade de vida na população, já que embora a grande maioria dos idosos seja portador de pelo menos uma doença crônica nem todos ficam limitados por estas e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as morbidades controladas e expressa satisfação com a vida (Ramos, 2003).

A capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, também conhecidas como atividades de auto cuidado ou de cuidado pessoais e atividades de habilidades ou de manutenção de ambientes. A incapacidade ou dependência são identificadas quando o indivíduo tem dificuldade ou necessita de auxílio no desempenho de cuidados e em gerir sua própria vida (Albert, Bear-Lehman, Burkhardt, 2009).

A dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária é apresentada pela literatura como risco para imobilismo, restrição ao ambiente domiciliar, necessidade de cuidados em saúde no domicílio, maiores admissões hospitalares, hospitalização prolongada e óbito na população idosa (Albert, Bear-Lehman, Burkhardt, 2009).

Neste estudo ao avaliar a capacidade da população idosa residente no interior do estado de São Paulo, constatou-se que apenas 5,7% dos idosos tinham dependência total nas atividades básicas de vida diária e 14% nas atividades instrumentais de vida diária, o que notoriamente traduz o comprometimento das atividades instrumentais de vida diária anteriormente às de auto cuidado, possivelmente pela complexidade destas, por serem mais sensíveis à mudanças. Ainda verificamos que a única variável que apresentou associação significativa com a dependência foi o declínio cognitivo o que parcialmente condiz com a literatura já que esta apresenta associação de dependência com diferentes variáveis demográficas e de morbidade, incluindo o comprometimento cognitivo e/ou risco de demência (Nunes et al, 2010).

Observa-se em diferentes estudos de coorte com idosos que um pequeno aumento nas exigências do ambiente ou discreta diminuição em habilidades individuais em gerir o meio, podem provocar mudanças consideráveis no desempenho das AIVDs sem comprometer significativamente o desempenho das ABVDs. Estes mesmos estudos evidenciam que prejuízo nas AIVDs favorecem o isolamento domiciliar e conseqüentemente social, enquanto que dependência nas ABVDs estão associadas à sobrevivência, já que constitui fator de risco significativo para a mortalidade (Pedrazzi, Rodrigues e Schiaveto, 2007).

Diferentes escalas de avaliação e pontos de corte são utilizados e apresentados pela literatura para classificar dependência ou não em idosos o que torna as comparações de prevalência de incapacidade funcional para ambos os tipos de atividades, básicas e instrumentais complexas. Entretanto estudos brasileiros verificaram que mais que 50% dos idosos eram independentes, estando em concordância com dados do presente trabalho (Duca, Silva e Hallal, 2009; Coelho Filho e Ramos, 1999; Ramos et al, 1993).

Sabidamente o envelhecimento flui para a dependência funcional, e esta está intimamente relacionada não só à comorbidades crônicas características da idade, mas também à fatores sociodemográficos, socioeconômicos, culturais, comprometimentos físicos e mentais.

Em revisão bibliográfica referente à seguimento da população idosa observou-se que o comprometimento funcional tem relação significativa com idade, em todas as pesquisas afirmou-se que idosos com idade superior à 75 anos apresentam maior risco de ter comprometimento funcional e que este tem caráter progressivo com o aumento da idade (Parayba e Simões, 2006; Nunes et al., 2009; Feliciano, Freitas e Moraes, 2004).

Também verifica-se associação entre piores desempenho funcionais e gênero. O sexo feminino apresentam maior comprometimento funcional o que pode ser justificado segundo Murtagh (2004) por estas serem mais longevas e apresentarem maiores prevalências de comorbidades incapacitantes como osteoporose e depressão.

Embora hajam divergências na literatura o baixo nível educacional, extremamente comum nos idosos brasileiros também é apresentado por alguns estudos, contradizendo à outros, como fator condicionante à dependência; o que se justifica considerando que a população hoje idosa é proveniente de um época em que o acesso à educação era precário e a organização social privilegiava a elite social e os homens. Em pesquisa realizada por Costa e Silva et al., (2010) o baixo nível educacional correspondeu à chances duas vezes maiores de desenvolvimento de comprometimento funcional entre idosos assim como em estudo realizado por Rosa et al. (2003) que concluiu que idosos com baixos níveis de escolarização apresentavam chance cinco vezes maior de dependência, o que contradiz aos dados

apresentados nesta pesquisa e também nas conclusões de Duca, Silva e Hallal (2009) e não se justifica pelo nível escolar da população já que 50% dos idosos estudados tinham escolaridade inferior à quatro anos.

Corroborando com pesquisa realizada por Aires, Paskulin e Moraes (2010) com dados secundários de estudos transversais desenvolvidos em três regiões do Rio Grande do Sul; não verificou-se associação significativa entre condições socioeconômicas e situação conjugal com dependência embora verifique-se que melhores condições financeiras favorecem acesso à saúde e conseqüentemente maior controle e acompanhamento das comorbidades e identificação dos riscos à dependência. Com relação à situação conjugal a literatura é muito divergente ao apresentar associação com a dependência; alguns estudos negam relação significativa conforme o referenciado acima, e outros apresentam associação entre ser solteiro com o declínio funcional (Maciel e Guerra, 2007; Costa e Silva et al., 2010) discordando de alguns que concluem que o morar só é fator de proteção contra a diminuição da capacidade funcional (Rosa et al, 2003; Nunes et al, 2009).

No modelo reduzido das razões de prevalência e relevância estatística, o declínio cognitivo apresentou associação com a incapacidade funcional; relação esta não observada com os demais comprometimentos de saúde da população, o que não condiz com estudos de base populacional realizados uma vez que embora o declínio cognitivo se apresente nas análises como risco para a dependência outras morbidades também demonstram-se estatisticamente significativas na relação com o comprometimento funcional, entre estas o problemas cardíacos e respiratórios e hipertensão arterial (Nunes et al, 2009; Alves et al, 2007).

Evidenciando as diferentes relações da dependência ou limitação funcional, com fatores sociais, demográficos, econômicos, psicológico e clínicos pode-se considerar que a dependência é importante fator preditor de morbimortalidade.

Estudo prospectivo realizado por Maciel e Guerra em (2008), com seguimento de 53 meses de uma amostra de 3010 idosos residentes na cidade de Santa Cruz (RN), afim de analisar a incapacidade funcional em atividades básicas de vida diária como fator de risco para óbito e suas relações com aspectos sociodemográficos, neuropsiquiátricos e saúde física, concluiu que o risco de óbito pela limitação funcional foi independente das demais variáveis predictoras também analisadas, constatando que as implicações oriundas de um envelhecimento com restrições funcionais são fundamentais na sobrevivência de idosos da comunidade, principalmente em regiões menos favorecidas como o nordeste brasileiro.

Analisando a sobrevivência da população observa-se que idosos independentes tanto em atividades básicas quanto instrumentais sobreviveram mais do que os dependentes o que nos permite afirmar que a perda de autonomia é preditora de morte precoce na população idosa.

Assim como observamos que a dependência leva à óbito precoce, os dados apresentados por Maciel e Guerra (2008) no estudo citado acima, embora em um período de seguimento maior e analisando apenas o desempenho de atividades básicas de vida diária, também apresentam a relação de mortalidade precoce com a limitação funcional ou dependência.

Em estudo de coorte prospectivo realizado em três hospitais universitários na Holanda entre 2006 e 2008, com 639 idosos afim de estudar a prevalência de condições geriátricas, entre estas dependências para AIVDs, em idosos no momento da internação hospitalar aguda, a notificação destas em resumos de alta e o impacto sobre a mortalidade após um ano de admissão hospitalar apresentou resultados relativos à associação de mortalidade e comprometimento da AIVD após o período de estudo. Sugerindo a necessidade de detecção precoce de condições incapacitantes na população idosa, afim de melhorar os resultados em saúde, reduzir a carga de internação em paciente senis e reduzir a mortalidade na população (Buurman et al, 2011).

Assim é possível afirmar que a incapacidade funcional é fator de risco significativo para a mortalidade mais relevante que as próprias morbidades dependência constitui fator de risco ou doenças que levam à ela.

Conclusão

7 CONCLUSÃO:

Verificamos que os idosos dependentes evoluíram para óbito mais rapidamente quando comparados aos independentes em aproximadamente três anos de seguimento, tempo este significativamente curto para já sugerir maior incidência de óbitos na população dependente funcionalmente. Destaca-se ainda a observação de um maior número de óbitos no pacientes dependentes em atividades básicas de vida diária.

É importante considerarmos que os resultados significativos descritos no estudo, relativos à sobrevivência foram com uma amostra de idosos elegida como dependente, por apresentaram na Avaliação da Funcionalidade pelo Índice de Katz pontuação igual ou menor que dois pontos, o que não isentou os demais indivíduos incluídos na categoria independentes, de necessitarem de auxílio em até três atividades de vida diária. Possivelmente, se considerássemos a necessidade de ajuda para o desempenho de ao menos em uma das atividades avaliadas e/ou elegeassemos independentes apenas aqueles com pontuação na avaliação iguais a seis, os resultados que ilustram o impacto da dependência funcional na sobrevivência seriam ainda mais expressivos, e a prevalência de dependência seria maior.

Com relação a morbidades crônicas, verificamos na amostra que as doenças mais prevalentes em idosos elegidas também para investigação no inquérito não apresentaram associação significativa com a capacidade funcional, o que pode ser justificado pelo pequeno tempo de sobrevivência observado. Entretanto podemos afirmar que o comprometimento cognitivo dos idosos se associou, em nossos dados à funcionalidade.

O estudo não nos permitiu observar associação dos fatores sociodemográficos com o status funcional de dependência ou independência o que poderia ser justificado pelo perfil da amostra acompanhada; que no ano de estudo poderia ser considerada de idosos jovens, com escolaridade superior a quatro anos, em sua maioria aposentados residindo com o companheiro; características que segundo a literatura podem ser condicionantes à independência funcional.

Fica evidente que o desenvolvimento e as transições nas políticas públicas para amparar adequadamente o idoso, suscita a necessidade de reorientar os serviços de saúde atuais, com investimentos na atenção básica discutindo principalmente estratégias atuais de prevenção e promoção à saúde; proporcionando treinamento e capacitação continuada aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica; investindo no fortalecimento das relações familiares, considerando que está é a principal fonte de suporte aos idosos, com o propósito de se minimizarem as dificuldades e angústias vivenciadas por ambos.

Sugere-se que a capacidade funcional da população com idade acima de 60 anos seja avaliada na atenção básica ou primária à saúde. É possível que as escalas específicas de Avaliação da Capacidade Funcional utilizadas no estudo, façam parte da triagem da população que procura pelo serviço, objetivando aos profissionais da saúde a identificação de idosos dependentes funcionalmente e o risco para óbito precoce; permitindo assim estabelecer um plano de intervenções e/ou acompanhamentos no sistema que favoreçam a promoção, prevenção e/ou recuperação da capacidade funcional.

Envelhecer é um processo amplo que agrega ao conjunto de alterações individuais, estruturais, familiares, sociais e públicas; redução da capacidade funcional e tendências específicas em relação a enfermidades, perdas físicas e mentais que traduzem urgência de construções contínuas de políticas públicas de atenção idoso.



Referências



REFERÊNCIAS:

Aires M, Paskulin LMG, De Moraes EP. Functional capacity of elder elderly: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. *Revista latino-americana de enfermagem* [Internet]. 2010;18(1):11-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20428691>

Albert SM, Bear-Lehman J, Burkhardt A. Lifestyle-adjusted function: variation beyond BADL and IADL competencies. *The Gerontologist* [Internet]. Oxford University Press, 2009, Dec; 49(6):767–77. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/>

Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, Lebrão ML, Laurenti R. . A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil . *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(8):1924–30.

Azevedo RM, Paz MAC. A prevalência de hipertensão arterial em idosos atendidos no centro de convivência para idosos em Cuiabá. *Rev. Estud. Interdiscip. Envelhecimento*. 2006; 9:101-15.

Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, Bernal R, Silva NN. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2005 Jan [cited 2013 Feb 13]; 39(1):47-57. Available from:<http://www.scielo.br/>

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* [serial on the Internet]. 1994 Mar [cited 2013 Feb 13]; 52(1):01-07. Available from: <http://www.scielo.br/>

Buurman BM, Hoogerduijn JG, Haan RJ, Abu-Hanna A, Lagaay AM, Verhaar HJ, Schuurmans MJ, Levi M, Rooij SE. Geriatric Conditions in Acutely Hospitalized Older Patients: Prevalence and One-Year Survival and Functional Decline. *Plos One*. 2011; 6(11). Available from:<http://http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22110598>

Camarano AA. Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição demográfica. IPEA - Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Rio de Janeiro; 2002.

Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estud. Av.* 2003; 17(49): 35-63.

Carvalho Filho ET, Serro Azul LG, Curiatti JAE.. Hipertensão arterial no idoso. *Arq. Bras. Card.*1983; 41(03):211-220.

Carvalho JAM, Rodriguez-Wong LL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(3):597-605.

Coelho Filho JM, Ramos, LR. Epidemiologia do Envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultado de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública.* 1999; 33(5): 445-453.

Colombini NM. Validade e Coerência de Instrumentos utilizados em Avaliações Clínicas de Idosos. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp; 2008.

Covolan CR. Descrição da população idosa segundo sua qualidade de vida e capacidade funcional em uma cidade de médio porte no interior paulista. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp; 2009.

Costa e Silva MD, Guimarães HA, Trindade Filho EM, Andreoni S, Ramos LR. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Feb 13] ; 45(6):1137-1144. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

Datasus. Informações em saúde [acesso em Maio 2012]. Available from: <http://www.datasus.gov.br>

Duca GFD, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. Saúde Pública.* 2009; 43(5):796-805.

Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos. *Rev. Esc Enferm. USP.* 2007; 41(2):317-325.

Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Jama*. 1984; 252(14):1905-7.

Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil de idosos de baixa renda do município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(6):1575-1585.

Figueiredo MFF, Tyrrel MAR, de Carvalho CMRG, Luz MHBA, Amorim FCM, Loyola NLA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev. Bras. Enf.* 2007; 60(4):422-427.

FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J. Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.

Giacomini, RA. Avaliação do Apoio Social em Idosos em um município do interior Paulista. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp; 2009.

Groissman, D. A velhice entre o normal e o patológico. *Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos*. 2002; 8(1):61-78.

Maciel ACC, Guerra RO. Limitação Funcional e sobrevivência em idosos da comunidade. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(4):347-352

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro; 2011.

Instituto de Pesquisas Economicas Aplicadas (IPEA). Tendências demográficas mostradas pela PNAD, 2011. Brasília; 2012.

Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2008; 17(3):187-194.

Kalache A, Keller I. The Greying world: A Challenge for the 21st century. *Science Progress*. 2000; 1(83):33-54.

Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970; 10(1):20-30.

Lawton MP, Brody, EM. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3):179-185.

Lima AMM, Silva HS, Galhardoni R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. *Interface (Botucatu)* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2013 Feb 13]; 12(27): 795-807. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil Epidemiológico clínico e de independências funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev. Bras. Enf.* 2012; 35(3):482-487.

Minayo MCS. O Envelhecimento da População Brasileira e os Desafios para o Setor Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28(2):208-209.

Ministério da Previdência Social. Censo 2010: Primeiros resultados e implantações para a previdência social. *Informe da Previdência Social*. 2011; 23(5):3-16.

Murtagh KN, Hubert HB. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. *American Journal of Public Health*. 2004; 94(8):1406-11.

Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. Bras. Fisiot.* 2009; 13(5):476-382.

Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira ES, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2010 Sep [cited 2013 Feb 13];15(6): 2887-2898. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

Parayba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc. e Saúde Coletiva*. 2006; 11(4):967-74.

Papaléo Netto M, Klein EL. Demência I: Epidemiologia, Tipos e Manifestações Clínicas. In: Papaléo Netto, M. *Tratado de Gerontologia*. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

Pedrazzi EC, Rodrigues RAP, Schiaveto FV. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2007; 6(4):407-413.

Perracini MR, Fló CM, Guerra RO. Funcionalidade e Envelhecimento. In: Perracini MR, Fló CM. *Funcionalidade e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

Ramos LR. A mudança do Paradigma na Saúde e o Conceito de Capacidade Funcional. In: Cendorolo MS, Ramos LR. *Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da Unifesp: Geriatria e Gerontologia*. São Paulo: Manole, 2011.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad*. 2003; 19(3):793-797.

Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultado de inquérito domiciliar. *Rev. Saúde Pública*. 1993; 27(2):87-84.

Rosa TEC, Benício MHA, Latorre MRD, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*. 2003; 37 (1):40-48.

Rego MAV, Duarte MB. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(3):691-700.

Ruiz T, Chalita LVA, Barros MBA. Estudo de Sobrevivência de uma coorte de idosos do município de Botucatu (SP) – Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol*. 2003; 6(3):227-233.

Salgado CDS. Mulher idosa: A feminização da velhice. *Estudo Interdiscip. Envelhec*. 2002; 4:07-19.

Silva LRF. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist. Ciênc. Saúde - Manguinhos*. 2008; 15(1):155-168.

Sposito G, Diogo MJD, Cintra FA, Neri AL, Guariento ME, De Sousa MLR. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev. bras*.

fisioter. [serial on the Internet]. 2010 Feb [cited 2013 Feb 13] ; 14(1):81-89. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

Telarolli Jr R, Machado JCMS, Carvalho F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. 1996; 30(3):485-498.

Veras, R. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: O setor saúde e suas necessárias transformações. UNATI: Envelhecimento Humano. 2001; 10-31.

Veras, R. Envelhecimento Populacional Contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública. 2008;43(3):548-554.

Veras R, Caldas CP. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(2):423-432.

World Health Organization (WHO). **Envelhecimento ativo: Uma política de Saúde.** Tradução: Susana Gontijo. Brasília; Organização Pan Americana da Saúde, 2005.

Xavier AJ, Orsi E, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidioso. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(4):685-92.

Yesavage JÁ, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J. Psychiatr Res. 1982; 17(1):37-49.

Anexos

ANEXO I



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997



Botucatu, 13 de setembro de 2.010

OF. 411/2010 - CEP

Ilustríssima Senhora
Profª. Drª. Tânia Ruiz
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Drª. Tânia,

De ordem do Senhor Coordenador deste CEP, informo que Projeto de Pesquisa (Protocolo CEP 3657-2010) "Eventos associados à independência funcional de uma população de idosos de Botucatu (SP)", a ser conduzido por Juliana Marinho Antoniucci, orientada por Vossa Senhoria recebeu do relator parecer favorável aprovado em reunião de 13 de setembro de 2.010.

Situação do Projeto: APROVADO. Ao final da execução deste Projeto, apresentar ao CEP "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

ANEXO II

Avaliação Multifuncional dos Idosos

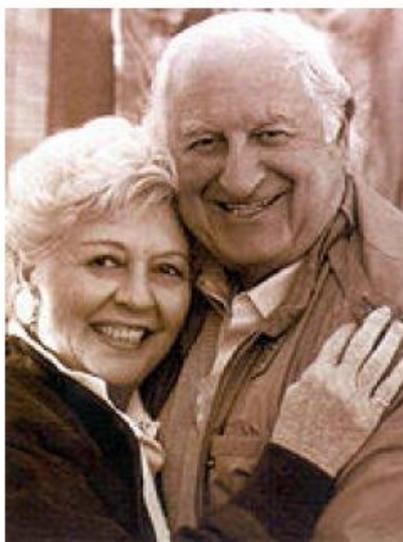


FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA



QUESTIONÁRIO DO ENTREVISTADOR

PROJETO “SEGUIMENTO DOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE BOTUCATU”



2006

UNESP • FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
– DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA –
“SER IDOSO EM BOTUCATU-SP”

Número do questionário: _____ Data da Entrevista: ____/____/____

Identificação do entrevistador: _____

Resultado da pesquisa:

- Realizada: obteve-se todas as informações
- Não pertence mais á população em estudo: caso no domicílio não haja mais o morador sorteado, por morte ou mudança de endereço;
- Domicilio fechado: residência habitada, porém os moradores não puderam ser encontrados;
- Domicílio de uso ocasional: residência usada para lazer
- Recusa
- Domicilio vago
- Óbito Data: _____

Local: _____

IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____

Sexo: _____ Data Nascimento: ____/____/____

Estado Conjugal: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Quanto tempo mora em Botucatu: _____

Ainda trabalha? **Sim** () Ocupação atual: _____ Ramo de trabalho: _____

Local: _____

Não ()

É aposentado? **Sim** () **Não**()

Qual o trabalho que realizava

(ocupação)? _____

Ramo de atividade (local) _____

Escolaridade:

- Analfabeto () Sabe escrever o nome () Aprendeu por outro meio ()
 Primário incompleto () Primário completo () Ginásio incompleto ()
 Ginásio Completo () Colegial incompleto() Colegial Completo ()
 Superior Completo() Superior Incompleto ()

Número total de cômodos da casa, incluindo banheiro:

Número total das pessoas que residem no domicílio:

Relação das pessoas do domicílio:

Nome	Idade	Grau parentesco com o idoso	Vacinação contra gripe		Menor de 7 anos em escola ou creche		Renda
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	
			Sim	Não	Sim	Não	

Outras rendas do idoso

(especificar): _____

DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS

QUAL É A RENDA TOTAL POR MÊS DAS PESSOAS QUE MORAM NO SEU DOMICÍLIO, SOMANDO A SUA E A DE TODOS OS OUTROS, CONSIDERANDO TODAS AS FONTES, COMO SALÁRIOS, HORAS EXTRAS, ALUGUÉIS, BICOS, PENSÕES, APOSENTADORIAS, ETC?

- 1- Até R\$ 300,00 (até 1 SM).
- 2- De R\$ 301,00 a R\$ 1.500,00 (de 1 a 5 SM).
- 3- De R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00 (de 5 a 10 SM)
- 4- De R\$ 3.001,00 a R\$ 6.000,00 (de 10 a 20 SM)
- 5- Mais de R\$ 6.000,00 (mais de 20 SM)
- 6- Não Sabe
- 7- Não Respondeu

QUAL A SUA RAÇA OU COR?

- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Parda/ mulato (a)
- 4- Amarela
- 5- Indígena
- 6- Outros

ESTADO CIVIL

- 1- Casado ou em união consensual
- 2- Solteiro
- 3- Separado (desquitado/ divorciado/ separado judicialmente)
- 4- Viúvo (a)
- 5- Não Respondeu

EM QUAL CIDADE VOCÊ NASCEU? _____

EM QUE ESTADO EM VOCÊ NASCEU? _____

QUAL A SUA PRINCIPAL OCUPAÇÃO ATUALMENTE?

- 01- Funcionário público
- 02- Empregado de empresa privada
- 03- Empresário/ empregador
- 04- Profissional liberal
- 05- Pequeno comerciante
- 06- Autônomo

ESCALA DE ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – AVD

O (a) senhor (a) não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para lavar uma parte do corpo?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos?

1- sim

2- não

O (a) senhor (a) vai ao banheiro, usa o banheiro, se veste e retorna sem qualquer ajuda (andador ou bengala)?

1- sim

2-não

O (a) senhor (a) consegue deitar na cama, sentar-se na cadeira e levantar sem ajuda (andador ou bengala)?

1- sim

2-não

O (a) senhor (a) controla completamente urina e fezes?

1- sim

2-não

O (a) senhor (a) come sem ajuda (exeto para cortar carne e passar manteiga no pão)?

1- sim

2-não

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

O (a) senhor (a) consegue usar o telefone?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue ir a lugares distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamento especial?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue fazer compras?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

O (a) senhor (a) consegue preparar suas próprias refeições?

1- não consegue

2- consegue com ajuda

3- consegue sem ajuda

- O (a) senhor (a) consegue arrumar a casa?
- 1- não consegue
 - 2- consegue com ajuda
 - 3- consegue sem ajuda
- O (a) senhor (a) consegue fazer trabalhos domésticos como pequenos reparos?
- 1- não consegue
 - 2- consegue com ajuda
 - 3- consegue sem ajuda
- O (a) senhor (a) consegue lavar e passar a própria roupa?
- 1- não consegue
 - 2- consegue com ajuda
 - 3- consegue sem ajuda
- O senhor (a) consegue tomar seus remédios na dose e no horário corretos?
- 1- não consegue
 - 2- consegue com ajuda
 - 3- consegue sem ajuda
- O (a) senhor (a) consegue cuidar de suas finanças?
- 1- não consegue
 - 2- consegue com ajuda
 - 3- consegue sem ajuda

ESTILO E QUALIDADE DE VIDA

DOMINIO BEM ESTAR

29- O quanto o (a) o senhor (a) está contente com sua saúde? (fisicamente bem e vigoroso (a))

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

2- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de desempenho nas atividades do dia-dia? (reconhecer seus potenciais e limitações)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

3- Qual a satisfação do (a) senhor (a) com relação a sua capacidade para o trabalho? (emprego ou em casa)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO PREVENÇÃO

4- Sua alimentação diária inclui frutas e verduras?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

5- O (a) Sr (a) evita alimentos gordurosos (carnes, frituras)?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

6- O (a) Sr (a) evita doces?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

7- Quantas refeições o (a) Sr (a) faz por dia?

8- Tem costume de comer entre as refeições?

SIM NÃO

9- O (a) Sr (a) conhece sua PRESSÃO ARTERIAL, seus níveis de COLESTEROL e procura controla-los?

SIM NÃO

10- O (a) Sr (a) ingere alguma bebida ALCÓLICA?

SIM ÀS VEZES NÃO

Quanto e qual ? _____

11- O (a) Sr (a) FUMA?

SIM NÃO

Quantos cigarros por dia?

12- O (a) Sr (a) respeita as normas de transito? (usa o cinto de segurança)

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

DOMÍNIO CONFORTO MATERIAL

13- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao conforto de sua casa?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

14- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao lugar onde mora?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

15- Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua situação financeira?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMÍNIO- RELACIONAMENTO INTIMO E FAMILIAR

16- Qual a satisfação do senhor (a) em relação ao seu relacionamento com filhos, irmãos ou parentes? (visita e ajuda)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

17- Qual a satisfação do senhor (a) em relação a sua constituição familiar? (teve ou se criou seus filhos)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

18- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação ao seu relacionamento intimo com esposa/o, namorado ou companheiro (a)?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMINIO RELAÇÕES SOCIAIS

29- O (a) Sr (a) é ativo na sua comunidade, sente-se útil no seu ambiente social?

() SIM () QUASE SEMPRE () ÀS VEZES () NÃO

20- O (a) Sr (a) faz algum trabalho voluntário fora de casa?

() SIM () ÀS VEZES () NÃO

21—O (a) Sr (a) procura cultivar amigos ?

() SIM () NÃO

22—Seu lazer inclui reuniões com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações? (Qualquer uma serve)

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

23- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua participação em atividades de lazer?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
7 ()

24- O (a) senhor (a) costuma de ouvir musica, assistir TV ou cinema, leitura e outros entretenimentos?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

DOMÍNIO INTELECTUAL E HABILIDADES

25- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de aprender em cursos, palestras, escolas?

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

26- Qual a satisfação do (a) senhor (a) em relação a sua capacidade de adquirir novas habilidades manuais? (através de pintura, tricô, musica, poemas, artesanato)

Usar tabela 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()

DOMINIO CONTROLE DO ESTRESSE

27- O (a) Sr (a) reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

28- O (a) Sr (a) mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO

29- O (a) Sr (a) equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer?

SIM QUASE SEMPRE ÀS VEZES NÃO