UNESP – UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

ROSANGELA BADINE PIZZIGHINI

CARACTERÍSTICAS DO APOIO SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICIPIO DE LINS: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO.

BOTUCATU
2010

ROSANGELA BADINE PIZZIGHINI

CARACTERÍSTICAS DO APOIO SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICIPIO DE LINS: ESTUDO EPIDEMIOLOGICO PARA IMPLANTAÇÃO DE SERVIÇO.

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Maria Antonieta B.L.Carvalhaes
Co-Orientador: Jose Eduardo Corrente

Botucatu
2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉCNICA DE AQUISIÇÃO E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: Selma Maria de Jesus

Pizzighini, Rosangela Badine.
Características do apoio social, capacidade funcional e saúde mental de idosos assistidos em Unidades de atenção básica à saúde / Rosangela Badine Pizzighini. – Botucatu, 2010.

Dissertação (mestrado) – Enfermagem - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010
Orientadora: Maria Antonieta B. L. Carvalhaes
Assunto CAPES: 40406008

1. Atenção primária à saúde 2. Saúde mental 3. Saúde do idoso

Palavras-chave: Apoio social; Capacidade Cognitiva; Capacidade funcional; Depressão; Idoso; Saúde mental

ROSANGELA BADINE PIZZIGHINI

CARACTERÍSTICAS DO APOIO SOCIAL, CAPACIDADE FUNCIONAL E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS ASSISTIDOS EM UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade estadual Paulista para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

_____
Profa. Dra. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes

_____
Profa. Dra. Ana Tereza de Abreu Cerqueira

_____
Profa. Dra. Rosalina Aparecida Partezani Rodrigues

Botucatu, 18 de fevereiro de 2010

DEDICATÓRIA

Ao ***Claudinho****,* ***Giovanni****,* ***Felipe*** *e* ***Michel*** *os grandes amores de minha vida.*

A minha ***mãezinha*** *sempre tão amada e participativa e hoje tão frágil....*

AGRADECIMENTOS

*Primeiramente a **Deus**, por me dar forças e coragem para desenvolver este projeto de vida.*

*À Profª Drª **MARIA ANTONIETA CARVALHAES**, minha orientadora pelo apoio e dedicação prestados durante essa jornada de conhecimento. Por ter- me ajudado a transpor todas as dificuldades encontradas pelo caminho, conduzindo-me a essa nova conquista. A ela, minha eterna gratidão.*

*Ao meu co-orientador, PROF. DR **JOSE EDUARDO CORRENTE** por toda ajuda prestada, e pela colaboração neste trabalho.*

*À PROFª DRª **SILVIA BOCHI**, meu amuleto da sorte, meu reconhecimento incondicional.*

*À PROFª **ANA TEREZA DE CERQUEIRA**, pelo apoio oferecido, e pela enorme contribuição para este trabalho.*

Aos demais professores da Pós-Graduação em Enfermagem, pelo exemplo e aprendizado acadêmico.

À SECRETARIA DA SAÚDE DE LINS, pela oportunidade oferecida no decorrer deste trabalho.

*À equipe das Agentes Comunitárias de Saúde do município, juntamente com as enfermeiras **DEISEREÈ, ELAINE, MARIANA**, e **VANESSA**, sem as quais provavelmente não conseguiria realizar este trabalho com tanto êxito. A elas, meu eterno carinho.*

*À **MARILISA**, eterna amiga, pelo apoio recebido durante todas as etapas no desenvolvimento deste trabalho.*

*Aos meus colegas de mestrado, principalmente **Thais**, **Esther**, **Luis**, **Luciana** e **Kelly**, pelas angústias compartilhadas e pelas superações.*

*À querida **ELOISA**, estagiária de estatística, pela colaboração e ajuda.*

*À Secretária da Pós-Graduação **ALINE**, por sua eficiência e prontidão às solicitações realizadas.*

*Às instituições de ensino: Missão Salesiana de Lins, na pessoa do **Padre Paulo** Diretor da instituição; Etec de Lins, na direção de **Rodrigo de Barros Pagano**. A eles meus agradecimentos pelo apoio recebido no percurso deste trabalho.*

*Às amigas inesquecíveis e adoráveis, **ANA PAULA**, **ROSELI** E **ANGÉLICA**, que me encorajaram com amizade, carinho e estímulos.*

Aos idosos que participaram, pela boa vontade durante o desenvolvimento deste trabalho.

EPÍGRAFE

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.

Charles Chaplin

A velhice

(Olavo Bilac)

Olha estas velhas árvores, mais belas
Do que as árvores moças, mais amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas...
O homem, a fera e o inseto, à sombra delas
Vivem, livres da fome e de fadigas:
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E os amores das aves tagarelas.
Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,
Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!
Idosa é uma pessoa que tem muita idade.
Velha é a pessoa que perdeu a jovialidade.
Você é idoso quando sonha.
É velho quando apenas dorme.
Você é idoso quando ainda aprende.
É velho quando já nem ensina.
Você é idoso quando pratica esportes,
ou de alguma outra forma se exercita.
É velho quando apenas descansa.
Você é idoso quando seu
calendário tem amanhãs.
É velho quando seu calendário
só tem ontens

RESUMO

O objetivo é avaliar grau de independência, aspectos psicossociais e de saúde de idosos assistidos pela rede de atenção básica à saúde de Lins e identificar fatores associados à presença de agravos nestes domínios. Métodos. Trata-se de estudo epidemiológico do tipo transversal, envolvendo amostra aleatória selecionada dentre os 6766 indivíduos idosos matriculados nas unidades básicas do município em 2008. Foram coletados dados socioeconômicos (escolaridade, renda familiar e classe econômica) e demográficos (sexo, idade, situação conjugal e arranjo domiciliar), utilizados para caracterização da amostra e pesquisa de associações entre estes e parâmetros de saúde dos idosos. A situação de dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária foi avaliada mediante as escalas AVD (Katz, et al.,1983) e AIVD (Lawton et al.,1969), respectivamente. Avaliaram-se ainda capacidade cognitiva pelo Mini-exame do Estado Mental, categorizado segundo Bertollucci (1998), capacidade funcional pelo questionário Pheffer (PFEFFER; KUROSAKI; HARRAH; CHANCE; FILOS, 1982), presença de depressão pela GDS-15 (Yesavage, et al.,1983), auto percepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim) e indicadores de disponibilidade de apoio social, aplicando-se questionário validado para o Brasil por Chor, Griep, Lopes e Faerstein (2001). A coleta de dados, de setembro a dezembro de 2008, foi realizada por entrevistadores treinados (cinco enfermeiras e 109 agentes comunitários de saúde), nos domicílios, em horário pré-agendado em local que salvaguardasse a privacidade dos idosos. Resultados. Destacam-se como principais características dos idosos: quase metade tinha entre 60 e 69 anos (47,0%); 63,4% eram mulheres; 53,3% casados ou em união consensual; 18,6% viviam sós; 21,9% eram analfabetos e 68,5% tinham até três anos de estudo; 90% foram classificados como pertencentes às classes socioeconômicas D e E. Os escores médios de apoio social foram favoráveis, variando de 81 a 86% para as dimensões apoio material, emocional e afetivo e de 72 a 78% para apoio de informação e interação social positiva, sendo o escore médio de apoio social igual a 79,3 ± 18,6. Quanto aos parâmetros de saúde, a taxa de idosos que avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim foi de 20%. As taxas de dependência variaram: 7,1% apresentaram limitações para as atividades básicas de vida diária, sendo 1,9% totalmente dependentes neste domínio; 34,7% foram classificados como dependentes para as atividades instrumentais da vida diária, sendo que 6,1% eram totalmente dependentes. Cerca de um quarto dos idosos apresentaram prejuízo cognitivo pela escala MEEM ou funcional pela QPAF, 15% apresentaram resultados adversos em ambas as escalas. Em relação à saúde mental, quase um terço (32,5%) pontuaram seis ou mais, ou seja, tinham indícios de depressão. Observou-se associação de dependência para AIVD com sexo, sendo a situação dos homens mais desfavorável, e com estado conjugal, sendo viúvos o grupo mais

afetado. A situação conjugal também influiu sobre o estado cognitivo e sobre a adequação do apoio social, sendo neste caso pior a situação de solteiros e divorciados, em comparação com casados/união consensual e viúvos. A idade foi o fator mais associado aos parâmetros em estudo, sendo maior a proporção de idosos dependentes para as AIVD, com defict cognitivo e com declínio funcional nas idades mais avançadas (80 anos e mais). Não houve associação entre classe econômica e situação dos idosos, mas a baixa escolaridade, também um indicador de nível socioeconômico, associou-se com vários desfechos adversos (dependência para AIVD, déficit cognitivo e declínio funcional. A presença de depressão não variou em relação às caracteristicas demográficas e socioeconômicas dos idosos. Já apoio social associou-se inversamente com avaliação cognitiva/mental e com autoavaliação de saúde. Conclusões.Em idosos assistidos na atenção básica do município de Lins, as frequências de situações adversas (dependência para AIVD, deficit cognitivo, declínio funcional, depressão e auto-avaliação de saúde ruim/muito ruim) variam entre 20 e 35%, conforme o parâmetro, perfil que justifica a adoção de medidas programáticas de rastreamento, diagnóstico e cuidado destes importantes aspectos da saúde dos idosos, sendo os mais velhos, sem companheiro, com baixa escolaridade e pior escore de apoio social os prioriários para tais intervenções.

Palavras-Chave: Idoso. Capacidade Funcional. Capacidade cognitiva. Saúde mental. Depressão e Apoio social.

SUMMARY

Objective: To evaluate the independence level as well as psychosocial and health-related aspects of elders attended to by the primary health care network in Lins and to indentify factors associated with the presence of aggravations in these domains. **Methods:** This is a cross-sectional epidemiological study involving a random sample selected among 6,766 older individuals registered in the city's primary health care units in 2008. Socioeconomic (schooling, family income, social class) and demographic (gender, age, marital status, and household arrangement) data were collected. They were used to characterize the sample and their association with the elders' health parameters. The situation of dependence to perform basic and instrumental activities of daily living was evaluated by the ADL (Katz, et al., 1983) and IADL (Lawton et al., 1969) scales, respectively. The following were also evaluated: cognitive capacity by the Mini-Mental State Examination (MMSE), categorized according to Bertollucci (1998), functional capacity by the Pheffer Questionnaire for Functional Evaluation (PQFE) (1982), presence of depression by GDS-15 (Yesavage, et al., 1983), self-perception of health (excellent, very good, fair, bad and very bad) and indicators of social support availability by applying a questionnaire validated for Brazil by Chor et al. (2001). Data collection, from September to December, was conducted by trained interviewers (five nurses and 109 community health agents) in the respondents' homes, at a previously schedules time and in a place that would ensure the elders' privacy. **Results:** The following are noteworthy as the elders' main characteristics: almost half of them were 60 to 69 years old (47.0%); 63.4% were females; 53.3% were married or had common-law partners; 18.6% lived alone; 21.9% were illiterate and 68.5% had attended school for up to three years; 90% were classified as belonging to socioeconomic classes D and E. The mean scores for social support were favorable, ranging from 81 to 86% for dimensions regarding material, mental and affective support, and from 72 to 78% for dimensions concerning information support and positive social interaction; hence, the mean score for social support was 79.3±18.6. As regards health parameters, 20% of the elders evaluated their health as bad/very bad. Dependence rates varied: 7.1% showed limitations for basic activities of daily living, and 1.9% were totally dependent in such domain; 34.7% were classified as dependent for instrumental activities of daily living, and 6.1% were totally dependent. Approximately one-fourth of the elders showed cognitive impairment by the MMSE scale, or functional impairment according to PQFE; 15% showed adverse results on both scales. As regards mental health, almost one-third (32.5%) scored six or higher, that is, they showed signs of depression. An association of dependence for IADL was observed with gender, and males' situation was more unfavorable. Such association was also found for marital status, and the group of widowed individuals was the

most affected. Marital status also influenced cognitive state and adequacy of social support, and, in this case, the situation of single and divorced persons was worse as compared to that of married elders, widowed individuals and to that of participants with a common-law partner. Age was the factor most frequently associated with the parameters under study, and the proportion of dependent elders for IADL, with cognitive impairment and functional decline, was greater at older ages (80 years and older). No association was found between social class and the elder's situation, but poor schooling, which is also a socioeconomic indicator, was associated with various adverse outcomes (dependence for IADL, cognitive impairment and functional decline. The presence of depression did not vary in relation to the elders' demographic and socioeconomic characteristics. Social support, however, was inversely associated with the cognitive/mental evaluation and with self-evaluation of health. **Conclusions:** In Elder individuals attended to by the primary health care network in Lins, the frequencies of adverse situations (dependence for IADL, cognitive impairment, functional decline, depression and bad/very bad self-evaluation of health) varied from 20 to 35%, depending on the parameter. Such profile justifies the adoption of programmatic measures for tracking down, diagnosing and caring for these important aspects related to elders' health. Older individuals without a partner, with poor schooling and worse social support scores must be given priority for such interventions.

Key words: Elder, Functional Capacity, Cognitive Capacity, Mental Health. Depression and Social Support.

LISTA DE SIGLAS

AAS: Autoavaliação de Saúde;

AIVDs: Atividades instrumentais de vida diária

AVD: Atividade de Vida diária

CCL: Declínio cognitivo leve

EDG: Escala de Depressão Geriátrica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIDH: Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens

MEEM: Mini-Exame do Estado Mental

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU Organização das Nações Unidades

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde;

PACS: Programa de Agentes Comunitárias de Saúde

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra dos Domicílios

QPAF: Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional

SEADE: Fundação Nacional de Analise de Dados.

SUS: Sistema Único de Saúde

TFT: Taxa de fecundidade total

IFAP: Índice de Freqüência de Ajudas Recebidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 24
2 ENVELHECIMENTO MUNDIAL 26
2.1 Envelhecimento populacional no Brasil 28
3 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA 32
4 ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL, CONCEITO E DETERMINANTES 35
4.1 Idosos - conceitos 36
4.2 Envelhecimento e desempenho funcional 39
4.3 Capacidade cognitiva 41
4.4 Depressão 44
4.5 Idosos dependentes: famílias e cuidadores 45
4.6 Determinantes da saúde dos idosos 47
4.7 Apoio social como determinante de saúde 48
4.8 Direitos do idoso, Estatuto do idoso, Política de saúde do idoso 51
4.9 Pacto pela vida 51
5. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 55
6. OBJETIVOS 57
6.1 Objetivo geral 58
6.2 Objetivos específicos 58
7 MÉTODO 59
7.1 Tipo de estudo 60
7.2 Local de estudo 60
7.3 População de estudo 62
7.4 Dados coletados 63
7.5 Coleta de dados 68
7.6 Análise dos dados 68
8 RESULTADOS 69
9 DISCUSSÃO 83
9.1 Independência dos idosos 84
9.2 Estado cognitivo e funcional dos idosos 87
9.3 Depressão nos Idosos 91

9.4 Apoio social 92
9.5 Auto percepção de saúde 93
9.6 Implicações para a rede de saúde 96
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 99
REFERÊNCIAS 102
APÊNDICE 121
ANEXOS 123

1. INTRODUÇÃO

Do ponto de vista demográfico, segundo Carvalho e Andrade (2000, p. 82), no plano individual envelhecer significa aumentar o número de anos vividos. Mas paralelamente a esta evolução cronológica, e incidindo sobre ela, coexistem fenômenos de natureza biopsíquica e social, importantes para a percepção da idade e do envelhecimento. Diferentemente do que acontece em outras civilizações, nas sociedades ocidentais é comum associar o envelhecimento com a saída da vida produtiva pela via da aposentadoria.

Analisando esse processo do ponto de vista biopsíquico, a Organização Pan-americana de Saúde apresenta a seguinte definição:

> Envelhecimento é um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (BRASIL, 2006).

Já no que se refere à faixa etária e de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é aquele indivíduo de 60 anos ou mais. Dado importante a considerar é o fato de que o numero de pessoas nessas condições tem aumentado em muitos países.

Com o aumento de idosos na população, têm surgido inúmeros problemas sociais, políticos e econômicos, significando maiores custos e gastos médico-sociais, como também maior necessidade de suporte familiar e comunitário.

Desse modo, este segmento da população tem necessidade de cuidados de longa duração devido à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, com consequentes incapacidades, notando-se que idosos não apenas requerem a assistência médica, mas abarcam também medidas de amparo social e econômico.

Verifica-se, também, como fator agravante, o fato de que pessoas envelhecidas, mesmo as que têm boa saúde, debilitam-se paulatinamente devido às alterações fisiológicas que acontecem com o avanço da idade e limitam as funções do organismo, tornando-as cada vez mais predispostas à dependência para realização do autocuidado, à perda da autonomia e de qualidade de vida.

2. ENVELHECIMENTO MUNDIAL

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo ao qual mesmo os países mais ricos e poderosos ainda estão tentando se adaptar.

Assim, o que era, no passado, privilégio de poucos, passou a ser uma experiência de um número crescente de pessoas em todo o mundo, de modo que envelhecer, no final deste século, já não é proeza reservada a uma pequena parcela da população.

No entanto, no que se refere ao envelhecimento populacional, os países desenvolvidos diferem substancialmente dos subdesenvolvidos, já que os mecanismos que levam a tal envelhecimento são distintos (Ramos; veras; kalache, 1987).

Pesquisas como a de Ramos, Veras e kalache (1987) descrevem que desde a década de 50, a maioria dos idosos vive em países do Terceiro Mundo, fato ainda não apreciado por muitos, que continuam associando velhice com os países mais desenvolvidos da Europa ou da América do Norte. Na verdade, já em 1960, mais da metade das pessoas com mais de 65 anos viviam nos países do Terceiro Mundo (PERIODICAL..., 1985).

Projeções demográficas indicavam e esta previsão foi confirmada que, de 1980 até o final do século XX, cerca de três quartos do aumento da população idosa ocorreriam em tais países (Hoover; Siegel, 1986), fazendo com que este fosse o grupo etário que mais cresceria na maioria dos países menos desenvolvidos. Na América Latina, entre 1980 e o ano 2000, deveria ocorrer um aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto que o aumento da população acima de 60 anos seria de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões), ou seja, duas vezes maior que o percentual de aumento da população como um todo.

A longo prazo, as perspectivas são ainda mais impressionantes. Dados mostram o aumento da população idosa em vários países que terão 16 milhões ou mais de pessoas acima de 60 anos no ano 2025. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, [2002]. Entre os 11 países com as maiores populações de idosos daqui a quarenta anos, oito situam-se na categoria de países em desenvolvimento de acordo com os critérios atuais. Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cederam lugar a países hoje caracteristicamente jovens, como Nigéria, Brasil ou Paquistão. Em termos práticos, o aumento é sem precedentes.

Na Europa, por exemplo, o aumento na expectativa de vida ao nascimento já havia sido substancial à época em que ocorreram importantes conquistas do conhecimento médico, em meados do século XX (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Este fato pode ser ilustrado pelo clássico exemplo da redução da mortalidade por tuberculose. Na Inglaterra, em 1855, 13 de cada 100 mortes eram atribuídas a tuberculose. Nos Estados Unidos, no início deste século, a taxa de mortalidade por essa doença era de 194

mortes para cada 100.000 indivíduos em um ano.

A principal razão associada a esse drástico declínio é a elevação do nível de vida da população, traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias em geral e, particularmente, condições ambientais no trabalho e nas residências, muito melhores que anteriormente.

Em países do Terceiro Mundo, por outro lado, o aumento substancial na expectativa de vida ao nascimento pode ser observado a partir de 1960. Desde então, até o ano de 2020, as estimativas são de um crescimento bastante acentuado; a expectativa média de vida ao nascimento nesses sessenta anos terá aumentado mais de 23 anos, atingindo 68,9 anos em 2020 (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

A curto prazo, os decréscimos projetados nas taxas reprodutivas na maioria dos países irão reduzir a proporção de jovens e aumentar a de idosos. Se, além disso, ocorrer um decréscimo nas taxas de mortalidade de pessoas adultas e idosas, sua proporção relativamente à população como um todo irá naturalmente aumentar ainda mais. Esse processo dinâmico no comportamento populacional tem sido chamado de transição epidemiológica por alguns, ou demográfica por outros. Seus estágios são graduais e podem naturalmente demorar mais ou menos tempo, em resposta a um grande número de fatores inter-relacionados, conforme se observa a seguir (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

2.1 Envelhecimento populacional no Brasil

O Brasil, desde as décadas passadas, depara-se com um declínio rápido e acentuado da fecundidade, fenômeno sem precedentes na sua história e de grande relevância. Por outro lado, a queda da mortalidade acarretou um processo de envelhecimento populacional e de aumento da longevidade da população.

A proporção de pessoas de 60 anos ou mais de acordo com o Censo Demográfico de 2000 mostra que no Brasil esse grupo populacional corresponde a 8,6% do total, em comparação com 7,3% no ano de 1991, o que caracteriza o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira. Caso não haja mais declínio da fecundidade no Brasil, a partir do ano 2000 o envelhecimento da população continuará até que desapareça totalmente de sua configuração etária, o efeito direto e indireto da alta fecundidade do passado (CARVALHO; GARCIA, 2003).

As projeções mostram que a população brasileira de idosos chegará em 2020 com mais de 26,2 milhões, representando quase 12,4% da população total (ALVES; et al.,2008).

O grande definidor do processo de envelhecimento de uma população refere-se ao declínio sustentado da fecundidade. Só para reafirmar no final da década de 60, iniciou-se uma rápida e generalizada redução da fecundidade no Brasil. A taxa de fecundidade total (TFT) mudou de 5,8 em 1970 para cerca de 2,3 filhos por mulher em 2000. A mortalidade declinou de maneira significante a partir de 1940 até a década de 70. A diminuição da mortalidade nesse período não provocou mudanças na distribuição etária da população pois, a redução da mortalidade estava atribuída à queda da mortalidade infantil.

A evolução da queda nos níveis de mortalidade ao longo do tempo é a responsável pelo aumento da longevidade entre a população idosa. A maior longevidade é considerada uma grande conquista em todo o mundo e tem consequências importantes para a sociedade. No Brasil, a redução nos níveis de mortalidade propiciou ganhos significativos na esperança de vida, como resultados das diminuições de mortes provocadas pelas doenças infecto-contagiosas, especialmente na infância (BARBOSA; ANDRADE, 2001).

A esperança de vida ao nascer cresceu cerca de 30 anos entre 1940 e 2000, passando de 37,6 para 64,8 anos entre os homens e de 39,4 para 72,6 por anos entre as mulheres. Os ganhos foram mais expressivos entre as mulheres, que apresentaram, em 2000, uma esperança de vida ao nascer, superior em oito anos à masculina (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000a).

A dinâmica resultante dessa conjuntura de fatores como expectativa de vida e queda da fecundidade é aqui analisada por Wong (2001), que oferece respostas para a explosão generalizada do número de idosos no mundo. Segundo ele, com a diminuição da fecundidade e paralelamente à queda do número de crianças, os adultos e principalmente os idosos começaram a ter maior significância. Por sua vez, com a queda da mortalidade, os indivíduos sobrevivem em média, mais tempo, vivendo um maior número de anos nas idades mais avançadas (WONG, 2001).

Essa nova realidade social levou estudiosos como Kalache, Ramos e Veras a ponderar sobre essa nova situação, e um balanço desse status quo apontam para o fato segundo o qual o que era antes um privilégio de poucos − chegar à velhice − passou a ser a norma, mesmo nos países mais pobres. Essa nova situação transforma-se em um grande desafio para a sociedade porque envelhecer não é o suficiente: é também fundamental alcançar a melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão envelhecendo. Portanto a preocupação passou a ser com o bem-estar, mas a boa qualidade de vida na velhice é ainda um privilégio de poucos. Essa busca do bem estar é também uma preocupação dos países em desenvolvimento que ora investem no bem-estar e na qualidade de vida na velhice

(KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; RAMOS, 1993; VERAS, 2002).

Esse fenômeno do envelhecimento tem definido um novo perfil populacional em nível mundial, provocando grande impacto e reflexões sobre os diversos segmentos da sociedade.

Ressaltam-se os impactos sociais e econômicos que, acompanhados da modernização das sociedades, conduzem ao enfraquecimento dos sistemas de apoio para pessoas idosas, dando espaço ao surgimento de situação de risco, o que significa, em última instância, maior probabilidade matemática para o desenvolvimento de doenças, agravos e condições de vida inadequadas (PEREIRA, 1995).

> O prolongamento da vida, como fenômeno coletivo, altera o perfil de morbidade e mortalidade. De um lado, as taxas de mortalidade decrescem, de outro, aumenta a incidência e prevalência de doenças crônicas e degenerativas, sendo estas as principais causas do crescimento das taxas de idosos com incapacidades em nosso meio, com ônus para o idoso, família e sistema de saúde. (CALDAS, 2003, p. 733-81).

Por sua vez, Carvalho e Garcia (2003) se referem ao crescimento da população idosa como um fenômeno mundial, mas com particularidades de ritmo e características próprias de cada país. No Brasil, as modificações estão ocorrendo de forma radical e bastante acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, ele será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões. O processo em nosso meio tem sido mais rápido e com mudanças estruturais, demograficamente falando, muito maiores do que nos países de Primeiro Mundo, por razões como o declínio de fecundidade, que foi desencadeado num ritmo maior e originou-se de uma população mais jovem do que aquela dos países desenvolvidos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

Além disso, enquanto nos países desenvolvidos o processo ocorreu paralelamente às melhorias das condições gerais de vida, naqueles em desenvolvimento aconteceu de forma rápida, sem que tais países já tivessem resolvido seus problemas de pobreza, infraestrutura, atenção à saúde, entre outros.

Na Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios em 2000 (PNAD), a população brasileira total era de 146.825.475 habitantes, com 10.722.705 idosos, sendo 8.002.245 mulheres e 2.720.460 homens. Atualmente, há, no Brasil, uma população de 193.733.795 de habitantes, sendo 95.406.000 de homens, dos quais 9,6% ,idosos, e 98.327.795 de mulheres, 11,7%, idosas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008a).

A proporção de idosos no estado de São Paulo segue essa mesma tendência, 10,67% dos quase 40 milhões de habitantes 11,04% correspondem à população maior de 60 anos. No

município de Lins, onde este projeto foi desenvolvido, a população total foi de 71.108 habitantes, sendo que 13,53% correspondiam à população de 60 anos ou mais, portanto um percentual acima da média brasileira e estadual. Estes dados justificam a crescente preocupação com a assistência à saúde e com o bem-estar desta faixa da população nessa localidade (SÃO PAULO; SEADE, 2009).

O processo de envelhecimento brasileiro, pelo volume de população envolvida, pela intensidade com que ocorre e por desenvolver-se em contexto onde há elevado nível de pobreza, tem despertado, cada vez mais, interesse entre os pesquisadores brasileiros de diversas áreas, dentro e fora do campo da saúde (TIRADO, 2000).

Nesse processo de envelhecimento, as doenças que atingem a memória e cognição revestem-se de maior gravidade. Por este motivo, mais recentemente ganhou destaque a preocupação com as doenças que afetam a capacidade cognitiva e a independência dos idosos, envolvendo perdas das habilidades intelectuais e alterações do comportamento. (ALMEIDA, 1998). As doenças crônicas comuns nos idosos também podem levar ao comprometimento significativo de sua capacidade funcional, problema que é agravado pela exposição a outras situações adversas, como abandono e maus tratos.

3. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

Segundo dados da ONU, a expectativa de vida ao nascer aumentou de 46,5 anos, em 1950-1955, para 65, em 1995-2000 (gráfico 1). O Brasil acompanhou essa evolução, estando sempre um pouco acima da média mundial: 50,9 anos em 1950-55 para 67,2 em 1995-2000, mas um pouco abaixo da média da América Latina (de 51,4 a 59,3 anos). A diferença entre os países mais e menos desenvolvidos vem diminuindo: de uma distância de 25,2 anos entre as expectativas de vida dos dois grupos em 1950-55 (41 contra 66,2 anos), a diferença caiu para 12 anos, menos da metade (62,9 contra 74,9). Na verdade, essa queda é inevitável, dada a tendência de envelhecimento global, pois as expectativas de vida dos países muito velhos crescem menos naturalmente. O recordista de expectativa de vida é o Japão, com 80, 8 anos.

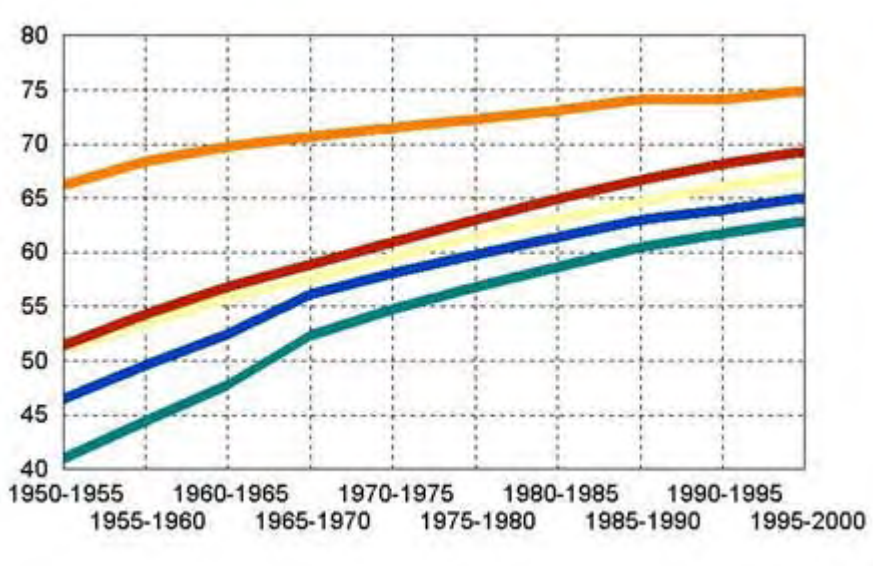


Gráfico 1 - Expectativa de Vida, em anos
Fonte: ONU (Com ciência)
azul=Mundo; marrom = América Latina; vermelho = Países mais desenvolvidos; verde = Países menos desenvolvidos; amarelo = Brasil.

De acordo com Kalache et al.,1987 a transição epidemiológica pode ser dividida em estágios como segue:

1. Mortalidade concentrada nos primeiros anos de vida (grande percentagem da população é jovem)

2. Mortalidade decresce; taxas de crescimento aumentam ou se mantêm elevadas (percentagem de jovens na população aumenta)

3. Taxas de fertilidade decrescem; mortalidade continua a cair (aumento da percentagem de adultos jovens, e progressivamente de pessoas idosas)

4. Mortalidade em todos os grupos etários continua a cair (aumento contínuo na percentagem de idosos na população)

Se o processo de transição epidemiológica é comprimido, isto é, se seus vários estágios se passam em um número menor de anos, as repercussões sociais serão muito mais acentuadas, particularmente se os recursos materiais da sociedade são limitados. Em grande parte, o maior problema é como absorver e lidar com as necessidades dos idosos quando as prioridades estão claramente relacionadas a outros grupos etários da população. Quanto maior o número de pessoas que envelhece, maior a necessidade de recursos para atender a suas necessidades específicas(Kalache et al.,1987)

Segundo Camarano (2004, p. 26):

> [...] o crescimento da população idosa é consequência de dois processos: a alta fecundidade no passado, observada nos anos 1950 e 1960, comparada à fecundidade de hoje e a redução da mortalidade da população idosa. Por um lado, a queda da fecundidade modificou a distribuição etária da população brasileira, fazendo com que a população idosa passasse a ser um componente cada vez mais expressivo dentro da população total, resultando no envelhecimento pela base. Por outro, a redução da mortalidade trouxe como conseqüência o aumento no tempo vivido pelos idosos, isto é, alargou o topo da pirâmide, provocando o seu envelhecimento.

4. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL, CONCEITO E DETERMINANTES

Definir envelhecimento saudável é tão complexo como também definir quem é o idoso, pois, como já foi citado, o grupo formado por pessoas com 60 anos ou mais difere-se entre si em diversos aspectos. Tal complexidade decorre do entendimento do que é ser saudável entre os indivíduos idosos. É possível encontrar diversas abordagens a respeito do entendimento do que é envelhecimento saudável.

Assim, a reflexão sobre o envelhecimento saudável requer considerações em alguns aspectos relacionados ao entendimento sobre quem é o idoso e em que consiste o envelhecimento enquanto um processo que engloba uma multiplicidade de situações. Enfoca uma abordagem positiva do envelhecimento, mediante a promoção da saúde, numa visão abrangente do seu conceito. Por outro lado, cabe refletir sobre o que é e como é envelhecer bem, ou seja, com qualidade de vida num país de tantas desigualdades como o Brasil.

De acordo com Lima-Costa e Veras (2003, p. 700), o envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, mas isto não basta por si só. Viver mais é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

Para o foco em questão, destacam-se os trabalhos relativos a conceito de idoso, como também estudos sobre o aspecto social da velhice, saúde e doença na população idosa e principalmente sobre o envelhecimento saudável (PAZ, 2000; PY, 2004; DEBERT, 1999; RAMOS, 2003; CAMARANO, 2004; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

4.1 Idosos - Conceito

Conceituar o idoso apenas pelo corte etário traz limitações, dada a heterogeneidade entre os indivíduos no espaço e no tempo, na aceitação da existência de características biológicas que possam ser independentes das culturais e a finalidade social do conceito de idoso (CAMARANO, 2004). Contudo o limite etário é útil para a formulação de políticas públicas, pois possibilita delimitar e enfocar o grupo de indivíduos para os quais elas são direcionadas.

Órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde, propõem duas definições de idosos. Aqueles pertencentes aos países desenvolvidos ou centrais são as pessoas com 65 anos e mais, enquanto que os dos países emergentes ou periféricos, como o Brasil, são aqueles com 60 ou mais anos. (Onu,1982)

Ainda discutindo o conceito de idoso, Camarano (2004) considera que o envelhecimento está associado a um processo biológico de declínio das capacidades físicas, relacionado a novas fragilidades psicológicas e comportamentais.

A saúde é um componente importante na vida das pessoas idosas. Ela é a determinante chave da possibilidade de se manterem independentes e autônomas (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Uma boa saúde é fundamental para o aumento ou manutenção de sua qualidade de vida, para a garantia de sua contribuição à sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). Por sua vez, uma condição de saúde ruim implica maior vulnerabilidade e dependência na velhice (BARRETO; et al., 2002). E a dependência é considerada por muitos como uma ameaça aos valores, como o respeito próprio e a dignidade humana, além de criar barreiras para obter satisfações na vida (ALVES, 2004).

Vale ressaltar também que a autonomia se refere à capacidade de decidir, enquanto que a independência é à possibilidade do indivíduo de realizar algo com seus próprios meios. Assim, a condição de saúde ruim pode ser influenciada pela perda de autonomia e/ou dependência.

Então, o estar saudável deixa de ser relacionado à idade cronológica e passa a ser entendido como a maneira do organismo de responder às necessidades da vida cotidiana, a capacidade e motivação física e psicológica para continuar na busca de novos objetivos e outras conquistas pessoais e familiares (CAETANO, 2006).

Neste estudo, consideraram-se como idosas as pessoas com 60 anos ou mais, conforme definido pela Política Nacional do Idoso, Lei 8842 de 1994, endossado pelo Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 2003.

Segundo órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas, o envelhecimento populacional pode ser uma experiência positiva, desde que seja acompanhado de autonomia, participação e seguridade econômica, ou seja, com qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde adotou o termo "*Envelhecimento Ativo*" para expressar este processo, que pode ser aplicado tanto no nível individual como coletivo. Este preconiza que os idosos devem ser estimulados a utilizar plenamente sua capacidade física, social e mental como ator social de acordo com suas necessidades, desejos e possibilidades ou recebendo proteção e cuidados quando necessário. Neste sentido, o *envelhecimento ativo* pode ser definido como sua participação na vida social, cultural, econômica, familiar, espiritual e civil, mesmo após aposentado. O *envelhecimento ativo* visa a aumentar a expectativa de vida saudável e qualidade de vida para todas as pessoas com idade avançada, mesmo aquelas mais frágeis que necessitam de cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION[1] apud

[1] World Health Organization (WHO). Active ageing: a policy framework. 2002. [texto na Internet]. Geneva: World Health Organization. [citado 2004 Jul 15]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/aging.

CAETANO, 2006, p. 36).

Portanto ele está relacionado, entre outros aspectos, às condições de saúde, guardando estreita relação com o envelhecimento saudável (CAETANO, 2006).

Então surge para os idosos um novo paradigma, particularmente relevante (FILLENBAUM, 1984; KANE; KANE, 1981), de saúde como um constructo multidimensional que envolve aspectos físicos, mentais, e vivenciais como, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

O monitoramento e/ou a vigilância das condições de saúde da população idosa e seus determinantes tem o objetivo de detectar mudanças ao longo do tempo para subsidiar políticas sociais (Lima-Costa MF, et al., 2007). Entretanto, no Brasil, não existem sistemas de informações que atendam as particularidades da população idosa e dêem conta da abrangência do conceito de saúde nesta fase da vida. Os dados disponíveis rotineiramente são baseados em estatísticas de mortalidade, hospitalizações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e doenças de notificação obrigatória, a partir dos programas e serviços de saúde.

Tem-se verificado, no entanto, que o coeficiente de internação, os índices de hospitalização e o custo com a hospitalização do Sistema Único de Saúde (SUS) são maiores para as pessoas de 60 anos ou mais, havendo, entre elas, o maior número de reincidência de internações. Por esse motivo Guerra e Ramos-Cerqueira (2007) caracteriza como idosos frágeis aqueles que não sofrem intervenções médicas e que, por isso, apresentam doenças frequentes, consumindo, desproporcionalmente, altos recursos hospitalares.

A identificação precoce dos idosos frágeis permite intervenções que podem prevenir a ocorrência de algumas doenças, reduzindo o uso intensivo dos serviços hospitalares. Para Veras (2002), os idosos fragilizados estão mais propensos a internações repetidas, apresentam redução progressiva da capacidade funcional, exigindo, por isso, maior demanda dos serviços de saúde nos diversos níveis.

Já nos Estados Unidos e Canadá, principalmente neste último, a situação é diversa. Nos Estados Unidos, os sistemas de informações sobre a saúde de idosos incluem dados sócio-demográficos, indicadores de morbidade e de incapacidade, mortalidade e uso e gastos com serviços de saúde (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, 2007). No Canadá, indicadores de saúde específicos para a população idosa são utilizados, compreendendo as respostas a cinco perguntas: (1) Quão saudáveis são os idosos? (2) Como o sistema de saúde está servindo aos idosos? (3) Qual a situação econômica do idoso? (4) Quais as condições de vida dos idosos? (5) Como os idosos estão participando da sociedade?

4.2 Envelhecimento e desempenho funcional

No estudo Sabe (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento) brasileiro, Lebrão e Duarte (2003) discorrem sobre as mudanças demográficas decorrentes do processo de envelhecimento populacional relacionadas às alterações epidemiológicas.

Essas mudanças tornam-se as responsáveis pela urgente necessidade de reorganização do cuidado à saúde dos idosos no país como um todo. Tal afirmação se deve a dois pontos importantes: o primeiro, relacionado ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, acompanhadas muitas vezes por seqüelas limitantes de um desempenho funcional ótimo e, portanto, geradoras de diferenciadas demandas assistenciais. E, por outro lado, às sucessivas modificações estruturais relacionadas às famílias que, estando cada vez mais nucleares e com expressivas modificações nos papéis desempenhados por seus membros, encontram - se cada vez mais impossibilitados de assistir adequadamente a tais demandas, o que pode vir a contribuir para maior vulnerabilidade dos idosos mais incapacitados.

A presença de múltiplas complicações associadas na mesma pessoa aumenta a probabilidade de incapacitação para uma ou mais atividades. Para Ramos (2003), a capacidade funcional é um componente no modelo de saúde dos idosos e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo todas as funções não acarreta problemas para o indivíduo ou sociedade. Vários autores têm procurado definir esse conceito e desenvolver ferramentas para sua aferição.

A qualidade de vida da população idosa está associada à manutenção da capacidade funcional ou da autonomia. Segundo Ramos, 2003 autonomia é a medida pela qual os indivíduos são capazes de tomar decisões em relação à escolha de atividades, métodos, maneiras de participação social, tempo de duração de atividades, dentre outras.

Os limites colocados para os idosos pela família e sociedade configuram uma perda de autonomia e lhes apontam não ter os mesmos direitos que lhes cabiam na vida adulta. Isto implica cobranças e exigências do adulto para com os idosos limitando-os, principalmente em relação às possibilidades de satisfação (FRANÇA, 1988).

Matsudo (2001) define capacidade funcional como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, enquanto Yang e Jorge (2005) definem o conceito pela sua ausência: incapacidade funcional seria a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que normalmente são indispensáveis para uma vida independente na comunidade.

Assim como as doenças têm um código internacional (CID), existe um Sistema de Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) adotado pela World Health Organization (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981). A dependência funcional é um componente do modelo teórico da autopercepção de saúde (Alves, 2004). A literatura destaca a capacidade funcional como um forte indicador do modo como as pessoas avaliam o seu estado geral de saúde. Diversos estudos exibem uma significativa associação entre essas duas variáveis. Segundo Damian,et al., (1999), a capacidade funcional é um robusto determinante da autopercepção de saúde entre os idosos.

Ferraro, et al.,(1997) revelaram que esta capacidade funcional afeta a autoavaliação da saúde. Hoeymans,et al., (1997), numa pesquisa longitudinal realizada com 939 idosos do sexo masculino, na Holanda, concluíram que a porcentagem de indivíduos incapacitados e limitados funcionalmente aumentava ao longo do tempo, e a relação entre nível de incapacidade e percepção de saúde era significativa.

Ainda em relação à capacidade funcional, à medida que o grau de dependência aumenta maior é a chance de os idosos terem uma percepção de que a sua saúde é ruim. Deste modo, a capacidade funcional passa a ser um dos principais determinantes de percepção sua de saúde.

Ramos (2003) argumenta que a capacidade funcional é o paradigma de saúde particularmente relevante para os idosos. Segundo o autor, a saúde, num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, pois envolve uma interação da saúde física e saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica, que resulta em um envelhecimento mais ou menos saudável. Assim, o bem-estar na velhice, ou a saúde do idoso, seria resultado da interação das várias dimensões da capacidade funcional, sem necessariamente significar ausência de problemas em todas as dimensões.

Segundo Guaralmik (1997) as estruturas conceituais para o entendimento da trajetória que leva da doença à incapacidade funcional foram propostas pela World Health Organization (2002) por Nagi (1976) e pelo Institute of Medicine-IOM (POPE, 1991). Por muito tempo essas estruturas de Guaralmik (1997) permaneceram teóricas, mas aos poucos outras pesquisas surgiram para avaliar as construções propostas por estes modelos.

Estudos transversais já haviam demonstrado que os idosos em um centro urbano apresentam uma alta prevalência de incapacidades físicas e mentais geradoras de dependência no dia a dia. O seguimento longitudinal mostrou que essas limitações aumentavam significativamente o risco de morte nessa população (RAMOS, 2003).

Medidas de intervenção visando a identificar causas tratáveis de déficit cognitivo e de perda de independência na vida diária deveriam tornar-se prioridade do sistema de saúde, dentro de uma perspectiva de reestruturação programática realmente sintonizada com a saúde e o bem-estar da crescente população de idosos. O objetivo principal do sistema deve ser a manutenção da capacidade funcional do idoso, na comunidade, pelo maior tempo possível, gozando ao máximo sua independência (RAMOS, 2003).

4.3 Capacidade cognitiva

Cerqueira (2003) refere que estudar as condições de saúde e bem- estar da população idosa implica, necessariamente, dar atenção especial à saúde mental, investigando, particularmente, a demência e a depressão, doenças que têm suas incidências e prevalências aumentadas com o avanço da idade e que podem levar à perda de sua autonomia, aumentando os anos vividos com incapacidade.

Ainda segundo a mesma autora, com o envelhecimento populacional dos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, é crescente a preocupação com demência, síndrome clínica, cuja principal característica é o comprometimento cognitivo, trazendo como consequência a perda da capacidade funcional, que sobrecarrega a família e exige cuidadores por longos períodos, podendo levar à institucionalização os idosos portadores dessa deficiência.

A demência pode ser considerada como uma “síndrome caracterizada pela presença de declínio cognitivo persistente interferindo nas atividades sociais ou profissionais do individuo e que independe de alterações do nível de consciência.” (BRUCKI; NITRINI; CARAMELLI; BERTOLUCCI; OKAMOTO, 2003, p. 777-781). Segundo Veras (1994, p. 22) as síndromes demenciais são a principal causa de incapacidade e dependência na velhice e “há fortes indícios de que a demência atualmente se situe entre as doenças que mais matam.”

É comum que um distúrbio funcional com repercussões importantes nas atividades cotidianas seja o primeiro sinal visível, e muitas vezes ignorado, da presença de declínio cognitivo em indivíduos idosos.

Este declínio cognitivo leve (CCL) tem sido amplamente estudado, sendo considerado um estágio de transição entre o envelhecimento normal e a doença de Alzheimer. Na presença de declínio do tipo amnésico, a taxa de conversão para doença de Alzheimer é estimada entre 10 a 15% ao ano (CHARCHAT-FICHMAN; et al., 2005).

A demência é uma das causas de maior significância a comprometer a capacidade

funcional e instrumental dos idosos, sendo, hoje, o problema de saúde mental que mais cresce em importância e número, com estimativas apontando incidência de 0,6% na faixa de 65-60 anos e 8,4% naqueles com mais de 85 anos, ou seja, a prevalência aumenta exponencialmente com a idade, passando de 5 % entre aqueles com mais de 60 anos, para 20% naqueles com idade superior a 80 anos (ALMEIDA, 1998; NITRINI, 1999).

A presença de declínio cognitivo progressivo caracteriza as síndromes demenciais, que se apresentam com perda de memória, declínio intelectual ou de outras funções cognitivas, mudanças no comportamento ou na personalidade, além de prejuízo psicossocial. No início o indivíduo apresenta declínio de memória, podendo parecer confuso, desorientado ou com deficit de atenção, apresentando dificuldades para lidar com tarefas complexas, como fazer um compra ou manejar o dinheiro. Pode também haver desorientação quanto ao tempo e espaço.

Este grau de incapacidade aumenta com o declínio cognitivo, tornado o auto-cuidado e as tarefas domésticas um desafio. O diagnóstico de demência baseia-se principalmente na presença de declínio de memória e de outras funções corticais superiores, tais como: linguagem, apraxia (incapacidade de realizar ato motor com capacidade motora preservada), capacidade de reconhecer e de identificar objetos e pessoas, abstração, organização, capacidade de planejamento e sequenciamento (ALMEIDA, 1998; MONTAÑO; RAMOS, 2005; GALLUCCI NETO; TAMELINI; FORLENZA, 2005). A capacidade de juízo também é afetada, gerando atitudes inadequadas, ao lado de alterações de humor e da afetividade.

Diversos instrumentos foram desenvolvidos durante os últimos anos com o objetivo de auxiliar na investigação de possíveis deficits cognitivos em indivíduos de risco, como é o caso dos idosos (BRUCKI; et al., 2003). O Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein, Folstein e McHugh (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais (ALMEIDA, 1998; FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a detecção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e no monitoramento de resposta ao tratamento. Em pesquisas, tem sido utilizado em estudos populacionais e na avaliação das respostas a drogas de experimentação. Faz parte de várias baterias de testes neuropsicológicos, tais como o *The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer´sDisease* (CERAD),16 o *Cambridge Examination forMental Disorders of the Elderly* (CAMDEX-R)18 e o *A Structured Interview for the Diagnosis(*Lourenço A,Roberto et al.,2006).

No Brasil, Bertolucci, et al., (1994) validaram este instrumento e propuseram pontos de corte específicos para o perfil dos idosos brasileiros. A escala contém questões distribuídas em sete (7) constructos, como: orientação para o tempo, orientação para o local, registro de palavras, atenção e calculo lembrança de três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. Um segundo instrumento, denominado Questionário Pfeffer de Avaliação Funcional (QPAF), tem sido recomendado para emprego junto ao MEEM, aumentando a especificidade para a medida de declínio cognitivo mais grave. O MEEM em associação ao QPAF visa à confirmação do declínio cognitivo associado a limitações funcionais, sugerindo a presença de demência ou de outros transtornos (PFEFFER; et al.,1982).

Estima-se que 5% dos idosos acima de 65 anos apresentam algum grau de demência, subindo para 20% no grupo de 80 anos ou mais (REYS; et al., 2006).Vários estudos realizados no Brasil encontraram taxas em torno de 30% de declínio cognitivo, aferido pelo MEEM, na população acima de 60 anos. (CORREIA, et al.,2008), HERRERA JUNIOR; CARAMELLI; NITRINI, 1998; MACHADO; RIBEIRO; LEAL, COTTA, 2007). Segundo Lopes e Bottino (2002), as taxas de demência dobram a cada 5 anos a partir dos 65 anos, de acordo com dados de estudos internacionais.

Scazufca, Cerqueira, Menezes, Prince, Vallada, Miyazaki et al. (2002) analisando as investigações epidemiológicas sobre demência realizadas nos países em desenvolvimento, apontam que, tanto no Brasil como em outros países em desenvolvimento, elas são raras, não havendo estimativas precisas da sua incidência e prevalência.

Esses autores, considerando uma prevalência uniforme de 3%, extraída das prevalências por faixas etárias, observadas em países desenvolvidos e o número de pessoas com 60 anos ou mais, estimaram para o Brasil no ano 2000, a existência de 390 mil pessoas com demência e, consequentemente, salientaram a relevância de se desenvolverem estudos populacionais para se investigar a epidemiologia da demência.

Prince (1997) salienta que são ainda escassos os estudos de prevalência de demência nos países em desenvolvimento, apesar de se estimar que, em 2025, 71% das pessoas com mais de 60 anos estarão vivendo nesses países, apesar de o avanço da idade ser o principal fator de risco para a demência.

Atualmente, na América Latina, há poucos estudos epidemiológicos que avaliem a magnitude ou os fatores de risco para a demência. Segundo Mangone e Arizaga (1999) há dados publicados sobre a prevalência de demência no Chile, Uruguai e Brasil, variando as incidências estimadas por essas investigações nesses países entre 6,0%, 0,4% e 7,1%, respectivamente.

4.4 Depressão

A depressão em idosos é um sério e crescente problema de saúde pública, trazendo prejuízos ao próprio individuo idoso, a sua família e à comunidade onde vive. Salienta-se, porém, que ela não é parte normal do envelhecimento e muito menos uma característica de fraqueza: é uma doença, devendo ser reconhecida e tratada efetivamente. Entretanto ainda é comum por familiares, e até por profissionais de saúde, a atribuição dos sintomas depressivos observados em idosos ao processo de envelhecimento normal (FRANK; RODRIGUES, 2006).

Transtornos do humor são uma das desordens psiquiátricas mais comuns em idosos, sendo responsáveis por perda de autonomia e pelo agravamento de quadros patológicos preexistentes. Dentre eles, a depressão é o mais frequente e está associado ao maior risco de morbidade e de mortalidade, ao aumento na utilização dos serviços de saúde, à negligência no auto-cuidado, à adesão reduzida aos regimes terapêuticos e maior risco de suicídio, constituindo um grave problema de saúde pública (SIQUEIRA, et al.,2009)

É importante lembrar que nos idosos a apresentação do quadro depressivo nem sempre é típica, podendo manifestar-se unicamente como um sintoma somático ou deficit cognitivo (FERRARI, 2007). Por este motivo, a avaliação da função cognitiva também deve ser incluída como parte da investigação de presença de depressão (GIRON; FASTBOM; WINBLAD, 2005; ADLER, 2004).

A Escala de Depressão Geriátrica (EDG ou GDS, em inglês) é um dos instrumentos mais frequentemente utilizados para o rastreamento de depressão em idosos. Ela pode ser utilizada para o rastreamento de sintomas depressivos na população geriátrica ambulatorial brasileira. Diversos estudos mostraram que ela oferece medidas válidas e confiáveis.A GDS possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respectivamente. Ambas são validadas internacionalmente e amplamente utilizadas na avaliação geriátrica global, auxiliando a determinar a necessidade de tratamento nessa fração da população (PARADELA; et al., 2005).

No Brasil, Almeida (1998) desenvolveu um estudo de confiabilidade da versão brasileira da GDS, verificando que, embora entre os itens individuais da escala a estabilidade tenha sido baixa, há uma relativa estabilidade para o escore total da GSD-15, sendo este um indicador relativamente estável do humor do entrevistado.

Estudos já clássicos, como os de Blazer e Williams (1980) e Blazer, Hughes, George (1987) têm evidenciado uma prevalência alta de sintomas depressivos na população idosa,

variando de 10 a 15%. Um inquérito populacional, realizado por Paradela, Lourenço e Veras (2005) no Brasil, também apresentou resultados que indicam uma prevalência alta e variável segundo sexo, escolaridade e nível socioeconômico.

Beekman,et al., (1997) demonstraram, a partir de um estudo de revisão sobre a prevalência da depressão entre idosos, que esta doença afeta uma em cada oito pessoas com mais de 65 anos. Além de frequente, a depressão pode resultar em incapacidade para seu portador, o que se evidencia na afirmação de Copeland (1999, p. 304) "[...] a depressão é amplamente aceita como uma doença comum em todos os períodos da vida adulta e uma poderosa destruidora da qualidade de vida." Assim sendo, refere esse autor, impõe uma enorme sobrecarga econômica e social à sociedade.

Sendo a depressão prevalente entre os idosos, e com alto impacto sobre seus portadores e cuidadores, revela-se sua importância para a saúde pública, tanto no sentido de produzir dados sobre seus fatores de risco, como de estimular a identificação de casos, garantindo o seu tratamento adequado. Como apontam Wagner, Gallo e Delva (1999), desenvolver programas para prevenir, identificar e tratar a depressão entre idosos pode contribuir significativamente para reduzir custos, diminuir incapacidade e morbidade.

4.5 Idosos dependentes: famílias e cuidadores

De acordo com Karsh (2003), a frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. A prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde.

No Brasil, a velhice sem independência e autonomia ainda fazem parte de uma face oculta da opinião pública, porque vem sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições asilares, impedindo qualquer visibilidade e, consequentemente, qualquer preocupação política de proteção social.

Delegar à família a função de cuidar requer estudo que informe sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional. Em países onde o envelhecimento populacional se deu mais lentamente do que no Brasil, os cuidados e os cuidadores familiares são objeto de políticas e programas de Saúde Pública.

No Brasil, as mulheres são as "grandes cuidadoras" dos idosos incapacitados: todos os autores e os dados coletados pelo mundo indicam que, salvo por razões culturais muito específicas, a mulher é a cuidadora tradicional (KARSCH,1998).

Por causas predominantemente culturais, o papel da mulher cuidadora, no Brasil, ainda é uma atribuição esperada pela sociedade (NERI, 1993). O reconhecimento social desta personagem, porém, ainda é muito restrita, sobretudo nos países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas.

A literatura sobre cuidadores, em muitos países desenvolvidos, é extensa, e as tentativas de conceituar cuidadores formais e informais, ou cuidadores principais e secundários, e fatores que designam o tipo de cuidador requerido para cada idoso dependente são questões bastante discutidas com base em dados empíricos. Nestes termos, a literatura internacional aponta para quatro fatores, geralmente presentes, na designação da pessoa que, preferencialmente, assume os cuidados pessoais ao idoso incapacitado: parentesco (cônjuges); gênero (principalmente, mulher); proximidade física (vive junto) e proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos). A este respeito ver Karsh (2003).

Com objetivo de redução de custos da assistência hospitalar e institucional aos idosos incapacitados, a atual tendência, em muitos países, inclusive no Brasil, é indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de sua família. Assim, o envelhecimento com dependência toma significados particulares que, dentro de um contexto histórico, social, político, econômico e cultural, precisa ser analisado e esclarecido.

Na metrópole brasileira, cenário em que se concentra o envelhecimento saudável, também se acumula o envelhecimento em dependência.

Tanto na Europa, como nos Estados Unidos, os investimentos das políticas públicas a fim de construir e manter redes de suporte a idosos são grandes. Os investimentos são realizados diretamente, além de apoio prestado a cuidadores: familiares, voluntários e profissionais. Isto é conhecido porque pesquisas recentes, como as de Lechner e Neal (1999), mostram que os cuidados oriundos de redes informais de apoio constituem a mais importante fonte de suporte a idosos e, por isso mesmo, precisam ser estudados e amparados.

Pode-se inferir, portanto, que o envelhecimento em dependência e a figura do cuidador estão a exigir novas formas de assistência e novos enfoques por parte das políticas públicas de saúde. Além do que, o próprio envelhecimento da população brasileira está ocorrendo num momento de profunda desordem econômica, o que deixa, com certeza, a população de baixa renda mais desamparada e carente, demandando posturas de apoios compensatórios a essa realidade. Está se configurando um severo e crítico quadro de exclusão social dos idosos,

tornando-se mais grave quando estes perdem a sua capacidade funcional (KARSH, 2003).

4.6 Determinantes da saúde dos idosos

Segundo estudiosos da questão, o crescimento da população idosa brasileira pode representar um grave problema para a sociedade se os anos de vida adicionais não forem vividos em condições de saúde adequadas (CHAIMOWICZ, 1997). A saúde é fundamental para que os idosos se mantenham independentes e autônomos e continuem contribuindo para a sociedade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1981). Na ausência de políticas públicas adequadas, a tendência é que se tenha, no Brasil, um número crescente de indivíduos idosos que, mesmo vivendo mais, apresentem uma saúde precária e sejam funcionalmente incapacitados, ou seja, sejam incapazes de executar tarefas cotidianas (RAMOS, 1993).

A caracterização das condições de saúde dos idosos requer informações detalhadas sobre diferentes aspectos da vida desses indivíduos (CORREIA; NASCIMENTO, 2005). Assim é que nos países desenvolvidos, é crescente o número de investigações que abordam as associações entre a saúde dos idosos e os determinantes demográficos e socioeconômicos, as doenças crônicas e a capacidade funcional. Uma forma de conduzir esse tipo de estudo é o levantamento de informações sobre a percepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde. Mensurar o estado de saúde é bastante difícil, já que envolvem vários aspectos da vida do indivíduo, a autopercepção de saúde tem-se mostrado um método de alta confiabilidade e, nos dias de hoje, este método contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional (CAMARGOS et al., 2009**).**

Além disso, é um poderoso indicador de mortalidade, ou seja: as pessoas que relatam a sua saúde como sendo frágil, apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas de morte em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente. A autopercepção associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde.

Um grande estudo internacional, multicêntrico, denominado Projeto Sabe (LEBRÃO; DUARTE, 2003), pesquisou as condições de saúde no Brasil de modo amplo, avaliando capacidade funcional e vários outros domínios de saúde, como capacidade mental, estado cognitivo, depressão e apoio social e também a auto-percepção de saúde, que pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde.

Os resultados do estudo referido acima indicam que a presença de doenças crônicas, associados ao sexo e idade do entrevistado, é um forte determinante da autopercepção de

saúde entre os idosos, assim como a capacidade funcional. Em todos os países do projeto Sabe, a proporção de homens que reportam boa saúde é mais alta que a proporção de mulheres que o fazem. A escolaridade também é um fator de percepção de saúde, sendo que a baixa ou a falta de escolaridade caracteriza uma avaliação regular com relação à saúde.

As associações encontradas foram coincidentes com as obtidas em estudos realizados em outros países (Alves LC, 2005). Conforme destacado na literatura, um maior número de doenças crônicas (quatro ou mais) implica o aumento da probabilidade de os idosos relatarem uma percepção ruim de saúde. No entanto, observou-se, neste estudo, que aqueles pertencentes à categoria "duas a três doenças crônicas" tinham menos probabilidade de avaliar o seu estado de saúde como ruim. Tal resultado não era esperado, mas corrobora estudos anteriores (VERAS, 2002) que encontraram uma boa autopercepção de saúde entre os indivíduos portadores de doenças crônicas. Uma possível explicação para esse efeito é que os idosos com duas ou três doenças crônicas podem se considerar saudáveis quando as doenças estão controladas (VERAS, 2002).

A constatação de relações inversas entre capacidade funcional, depressão, déficit cognitivo (desfechos relativos à saúde do idoso) e relacionamentos sociais abriram uma nova vertente de determinantes de saúde. A pobreza de relacionamentos sociais tem sido considerada um fator de risco para a saúde tão adverso quanto o fumo, a hipertensão, obesidade e inatividade física (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

4.7 Apoio social como determinante de saúde

O apoio social esta relacionado aos recursos de enfrentamento dos indivíduos idosos. O apoio ou suporte social, expresso por equipamentos, redes sociais e relações íntimas, permite satisfazer necessidades instrumentais e expressivas em situações cotidianas e de crise.

Existe uma literatura substancial que aponta a relação entre saúde dos idosos e os relacionamentos sociais. A maioria dos autores ressalta que relações sociais satisfatórias parecem promover melhores condições de saúde (PINTO et al., 2006), mas os mecanismos pelos quais este efeito é exercido ainda não são totalmente conhecidos. Sugere-se que a ajuda recebida e a oferecida contribuem para um senso de controle pessoal, e isso tem uma influência positiva no bem-estar psicológico (RAMOS, 2002).

Segundo Rosa (2005), em meados de 1970, alguns pesquisadores passam a dar atenção especial ao convívio social, a partir da suposição de que há outra categoria de fatores ligados a certos aspectos do ambiente social capazes de produzir efeitos sobre um hospedeiro

susceptível a agentes de doenças.Os estudos passam a sugerir que deve existir uma relação entre redes formadas por laços sociais,além de relações com parentes e amigos, e a promoção de saúde,proteção contra doenças, e mesmo o aumento da sobrevivência em indivíduos.As investigações neste âmbito confirmam que a presença ou ausência de relações sociais afeta diferencialmente a saúde dos indivíduos (CASSEL, 1976).

O apoio social poderia tanto proteger os indivíduos dos efeitos patogênicos de eventos estressantes – efeito amortecedor (PRINCE, 1997) – quanto afetar direta e positivamente a saúde das pessoas ao fornecer recursos (ajuda econômica, material, informações), melhor acesso ao cuidado de saúde e regulação de hábitos como consumo de álcool e tabaco. Estudos relacionaram altos escores de satisfação com a vida e melhor estado de saúde (segundo autoavaliação) em idosos com maior frequência de contatos com irmãos e com familiares e amigos (PINTO et al 2006) .O apoio social ainda é um conceito em construção que envolve ao mesmo tempo a estrutura da rede de relacionamentos sociais e a adequação de sua função, especialmente o grau de satisfação da pessoa com o apoio social de que usufrui. A diferença entre rede social e suporte social, é que a primeira pode ser definida como o conjunto de relacionamentos de um indivíduo ou de elos entre um conjunto de pessoas, enquanto a segunda enfoca a qualidade das interações e como estas são avaliadas pelo indivíduo receptor (ROTH, 1989).

"Medir" a estrutura de rede social permite avaliar o grau em que um indivíduo está socialmente conectado com os outros, seu nível de isolamento ou de integração social.

Com vistas a operacionalizar o conceito de apoio social e encontrar instrumentos para sua medida, foram propostas cinco categorias funcionais de apoio social (PINTO et al.,2006)

1) **Apoio material:** refere-se ao apoio direcionado ao auxílio das pessoas em caso de necessidade.Reflete o acesso dos indivíduos aos serviços práticos e recursos materiais, e que estão incluídos, por exemplo, a ajuda em dinheiro ou empréstimo de utensílios, em caso de necessidade emergencial.

2) **Apoio afetivo:** envolve expressões de amor e afeição.

3) **Apoio emocional:** refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse.

4) **Apoio de informação:** refere-se a informações que podem ser usadas para lidar com problemas. É avaliado por meio do acesso dos indivíduos a aconselhamentos, sugestões, orientações e informações.

5) **Interação social positiva:** é a disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar.

O estudo brasileiro já descrito acima tinha como objetivo descrever as características do apoio social e identificar associações entre as variáveis sócio-demográficas e categorias de suporte social, em população rural do Bairro dos Aleixos, no município de Taquarituba– SP. Este trabalho apontou que a população estudada, atendida pelo PSF, em termos médios, apresenta apoio social adequado, em suas diferentes dimensões. De certa forma, para os autores, estes foram resultados diferentes dos esperados, considerando-se as precárias condições de vida vigentes na população estudada. Chamou a atenção o fato de que os resultados foram semelhantes para as diversas dimensões de apoio avaliadas, reforçando a constatação de adequação do apoio disponível. Apenas para o escore de interação social positiva, a média do escore obtido foi menor. Assim, os autores afirmam que a população de idosos do Bairro dos Aleixos percebe, entre as dimensões de apoio social, que a sua dificuldade maior é participar de atividades sociais capazes de proporcionar momentos de diversão e descontração. Demonstrou-se haver diferenças significantes entre os tercis dessa dimensão de apoio e as variáveis, sexo e escolaridade. Assim, os homens e os indivíduos com maior escolaridade desfrutavam de melhor interação social. Ainda para os autores, os resultados apontam, por um lado, a maior vulnerabilidade das mulheres no que se refere a esta importante dimensão do apoio social. Por outro lado, idosos com menor escolaridade e, possivelmente, nível socioeconômico baixo, têm menos acesso a interações destinadas à diversão e ao lazer.

Estudo realizado em João Pessoa, com 1231 idosos, verificou aumento do índice de satisfação com a vida e de afetos positivos com a satisfação com o apoio recebido e com o apoio fornecido, além de observar a redução de relatos afetivos negativos (GUEDEA et al., 2006).

O efeito protetor das relações sociais sobre a mortalidade tem sido amplamente reconhecido por meio de estudos epidemiológicos longitudinais realizados com idosos em vários continentes e países, tais como: Estados Unidos (ROSA, T. E. C, 2000). Redes sociais diversificadas associaram-se, significantemente, a algumas medidas de saúde (capacidade funcional, incontinência urinária, autoavaliação de saúde e problemas visuais) para idosos (PINTO et al.,2006).

4.8 Direitos do idoso, Estatuto do idoso, Política de saúde do idoso

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. O envelhecimento da população influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família. É um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Portanto não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais (VOGT, 2002).

A política pública de atenção aos idosos relaciona-se com o desenvolvimento sócio-econômico e cultural, bem como com a ação reivindicatória dos movimentos sociais. Um marco importante dessa trajetória foi a Constituição Federal de 1988, que introduziu em suas disposições o conceito de Seguridade Social, fazendo com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, em favor de uma conotação ampliada de cidadania.

A partir daí, instituiu-se a Política Nacional do Idoso, estabelecida em 1994 (BRASIL, 1994) que criou normas para os direitos sociais dos idosos, garantindo autonomia, integração e participação efetiva, como instrumentos de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade, sendo resultado de inúmeras discussões e consultas ocorridas nos estados, nas quais participaram idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais da área de gerontologia e geriatria e várias entidades representativas desse segmento, elaborando um documento que se transformou no texto base da lei (BRASIL, 1994).

4.9 Pacto pela Vida

Além da Política Nacional do Idoso surge uma nova perspectiva de garantia de melhor qualidade de vida da 3ª idade, o Pacto pela vida. Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, enfatizando as necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Estas prioridades são expressas em objetivos e metas no Termo de Compromisso de Gestão e acham-se detalhadas no documento Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde

2006.

Entre todos estes que foram pactuados destacamos o Pacto pela Vida, constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos (BRASIL, 2006) e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.

Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. Tem, com uma de suas prioridades, a Saúde dos idosos e a Implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

Seguem alguns trechos das principais diretrizes da normatização legal do envelhecimento em nosso país:

Política Nacional de Saúde do Idoso

> A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade
> De acordo com o Art. 3º - A Política Nacional do Idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:
> I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito a vida;
> II - o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
> III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
> IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;
> V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação dessa Lei (BRASIL, 1994, p.1).

Esta Política do idoso fundamenta a ação do setor saúde na atenção integral à população idosa, em conformidade com a Lei Orgânica e com a Política Nacional do Idoso. Tem como propósito "a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, [...] da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde [...] e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida" (BRASIL, 1996, p. 2). A PNSI aponta diretrizes essenciais para o alcance destes propósitos, incluindo a capacitação de recursos humanos especializados. Para viabilizar a capacitação de recursos humanos, os Ministérios poderão firmar convênios com instituições governamentais e não governamentais, nacionais, estrangeiras ou internacionais.

A Política Nacional da Saúde do Idoso tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde –SUS (BRASIL, 1996). Tal situação implica em um reordenamento das políticas públicas brasileiras que favoreça a implementação de medidas holísticas capazes de proporcionar melhoria na qualidade de vida desse grupo populacional (FERNANDES; ALMEIDA, 2001). Essa política vem concretizar um passo importante para a saúde de mais de 18 milhões de idosos no país, que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e representando cerca de 10% da população brasileira Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008a).

Estatuto do Idoso

Enfatiza a interface entre intersetorialidade e *direito à saúde*: "É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde" (BRASIL, 2003, p. 2). Incorpora o conceito de integralidade da atenção, ao afirmar que "o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe [...] todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade" (BRASIL, 2003, p. 1).

Coerentemente, o Estatuto do Idoso aborda a problemática de recursos humanos: "As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades dos idosos, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda" (BRASIL, 2003, p. 3). O artigo 22 refere-se à inserção, nos currículos dos diversos níveis de ensino formal, de conteúdos relativos ao processo de envelhecimento, à eliminação de preconceitos e à valorização social dos idosos. O estatuto destina-se a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e instituí penas severas para quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos.

Vale ainda destacar a disposição do artigo 3º do Estatuto do Idoso que trata o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e reconhece a necessidade de se criar Políticas Publicas capazes de implementar medidas

holísticas com a finalidade de proporcionar melhoria na qualidade de vida do idoso considerando suas diferenças econômicas,sociais e regionais existentes no País (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA , 2000a).

5. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Considerando a situação epidemiológica e demográfica descrita nesta introdução e as políticas brasileiras de saúde dos idosos também já apresentadas, é possível afirmar que aos municípios cabe um papel importante na atenção à sua saúde e bem- estar . No contexto do município de Lins, o reconhecimento deste papel levou a Secretaria Municipal de Saúde local a solicitar aos profissionais de enfermagem, por meio de sua equipe um projeto para instituir um serviço de atenção multidisciplinar ao idoso, modalidade Centro-Dia. Para elaborar esse projeto, a referida equipe identificou a necessidade de conhecer essa população - alvo existente no município e dimensionar a parcela em situação de vulnerabilidade, ou seja, potencialmente exposta a limitações e situações adversas que poderiam ser minimizadas por serviços como o que se pretende criar. Estes dados também serão úteis ao planejamento e avaliação de ações de saúde no âmbito da atenção básica. Assim, surgiu o presente projeto de pesquisa, cujos objetivos são apresentados a seguir.

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo Geral

Avaliar grau de independência, aspectos psicossociais e de saúde de idosos assistidos pela rede de atenção básica à saúde de Lins.

6.2 Objetivos Específicos

1- Caracterizar os idosos quanto a fatores demográficos e socioeconômicos: sexo, idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal e arranjo domiciliar.
2- Avaliar os idosos quanto a parâmetros de independência, saúde e apoio social: grau de independência para atividades básicas e instrumentais da vida diária; estado cognitivo/mental; capacidade funcional; presença de depressão; autoavaliação de saúde; disponibilidade de apoio social, (material, emocional, afetivo, de informação e de interação social positiva) e escore global de apoio social.
3- Identificar a presença de associação dos parâmetros de independência e saúde com fatores demográficos (sexo, idade, situação conjugal e arranjo familiar), socioeconômico (escolaridade) e apoio social.

7. MÉTODO

7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, descritivo realizado no município de Lins, estado de São Paulo, com a população idosa atendida pelas Unidades Básicas de Saúde.

7.2 Local de estudo

O município de Lins possui área territorial de 571 Km^2, com uma população de 71.382 habitantes, no ano de 2007. Localiza-se na região Noroeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 466 km da capital, pela Rodovia Marechal Rondon. Tem acesso a importante afluente do rio Tietê em sua parte despoluída, que é o rio Dourado, próprio para atividades de lazer. Está a 35 km da hidrovia Tietê-Paraná. A cidade de Lins pode ser considerada importante pólo na área de educação, contando com instituições de ensino superior: UNILINS, UNIMEP e UNISALESIANO.

Com relação à rede de atenção à saúde, o município possui quatro hospitais: dois pertencentes à rede privada, um hospital psiquiátrico e uma Santa Casa, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conta ainda com seis unidades básicas de saúde, das quais apenas uma está estruturada para atuar pela Estratégia Saúde da Família (Figura 1). No âmbito da atenção básica, são desenvolvidas ações nas áreas de saúde da mulher, criança, adulto e idoso. Neste último grupo, a ênfase recai no controle de doenças e agravos crônicos não transmissíveis, como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias. Há, também, um Núcleo de Gestão Ambulatorial, pertencente ao Estado, que presta assistência médica em especialidades como ortopedia, cardiologia, entre outras, e desenvolve atenção programática a portadores de determinadas doenças, como hepatopatias, HIV, hanseníase e outros.

Há um programa estadual, no Núcleo de Gestão Ambulatorial (NGA-27), que atende aos idosos demenciados e ao seu cuidador. É prestado por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e educadores de saúde visando a esclarecer dúvidas e dar apoio aos cuidadores. Em 2008, o programa tinha 200 idosos cadastrados, 50 mulheres e 150 homens. O município também possui um asilo, denominado “São Vicente de Paula”, que atende àqueles idosos sem família ou que as têm, mas preferem morar no local. Esta instituição presta assistência a uma média de 50 idosos na atualidade.

Quanto às condições de saúde, Lins apresenta dados indicando situação típica da transição epidemiológica observada no Sudeste brasileiro, com taxas de natalidade e

mortalidade infantil por doenças infecciosas decrescentes, e taxas mais baixas do que as observadas nas regiões Norte e Nordeste com mortes por doenças crônicas e por acidentes de trânsito, entre outros agravos, crescentes. Apresentam-se a seguir alguns indicadores de saúde do município, de acordo com São Paulo; Seade (2008):

- Taxa de Natalidade: 13,20 por mil habitantes;
- Taxa de Mortalidade Infantil: 10,74 por mil nascidos vivos;
- Taxa de Mortalidade Neonatal: 6,44 por mil nascidos vivos;
- Taxa de Mortalidade da População entre 15 a 34 anos: 96,34 por 100 mil habitantes;
- Taxa de Mortalidade da população de 60 anos e mais: 3.624,78 por 100 mil habitantes;
- Mães adolescentes (com menos de 18 anos, em %): 5,59;
- Mães que tiveram sete e mais consultas de Pré-natal (em %): 81,08;
- Partos Cesáreos (em %): 75,57;
- Nascimentos de baixo peso (em %): 9,42;
- Taxa de Mortalidade em mulheres de idade fértil: 132,97 por 100 mil mulheres entre 15 e 49 anos;
- Taxa de Mortalidade geral: 7,54 por mil habitantes;
- Taxa de Mortalidade por Causas Externas: 58,11 por cem mil habitantes;
- Taxa de Mortalidade por Acidentes de Transporte: 17,01 por cem mil habitantes;

De acordo com as estatísticas apresentadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008b), apresentam-se óbitos segundo causas no município de Lins em 2008.

- Óbito geral: 241 óbitos;
- Óbitos - doenças- infecciosos e parasitários – total: 46 óbitos;
- Óbitos- neoplasias - tumores - total: 20 óbitos;
- Óbitos-doenças – endócrinas nutricionais e metabólicas: total: 7 óbitos;
- Òbitos-doenças - aparelho circulatório-total: 33 óbitos;
- Óbitos-doenças do aparelho respiratório-total: 48 óbitos;
- Óbitos- Lesões, envenenamentos e causas externas – total: 11 óbitos;
- Óbitos- Lesões, envenenamentos e causas externas- Homens: 8 óbitos;
- Óbitos- Lesões, envenenamentos e causas externas- Mulheres: 3 óbitos;

Figura 1 - Mapa do município de Lins com a localização das Unidades Básicas de Saúde e PSF, Lins 2009
Fonte: Prefeitura Municipal de Lins, Mapas

7.3 População de estudo

Estudou-se uma amostra representativa do conjunto de idosos cadastrados na rede de atenção básica à saúde do município. O tamanho ideal da amostra foi calculado com base nos seguintes parâmetros: prevalência do fator de interesse desconhecida (P=0,50), coeficiente de confiança 95% e margem de erro de 5%, conforme a fórmula abaixo, chegando-se a um n mínimo de 362 idosos, considerando-se uma população finita estimada em 6.200 indivíduos.

$$n = \frac{Z^2pqn}{e^2(N-1)+ Z^2pq} = \frac{1.96(0,5)(0,5)(6200)}{(0,05)^2(6199)+1,96 \text{ x } 0,5\text{x } 0,5}$$

A amostra foi selecionada por sorteio a partir de um banco de dados com 6766 idosos, todo o contingente matriculado nas Unidades Básicas de Saúde de Lins em agosto de 2008, de acordo com o Sistema de Informação de Atenção Básica (SESA, Lins). Foram sorteados 366 idosos, destes 16,4% (60 idosos) representaram perdas, subdivididas em 6,5% (24) por mudança, 5% (18) por óbitos e 5% (18) por recusas. Tais perdas foram repostas, sendo efetivamente estudados 366 indivíduos. O número de idosos cadastrados, sorteados e efetivamente entrevistados em cada unidade básica de saúde é apresentado no Quadro1

Unidade de saúde	Cadastrados	Sorteados	Entrevistados
Adalberto Ariano Crespo	1580	96	88
Mohana Adas	788	62	56
Nilton Nicolau Naufal	1238	88	74
Caic	660	50	40
Ribeiro	1479	74	74
Dr Thiers Garcez Novaes	455	36	34
Total	6200	406	366

Quadro 1 - Número de idosos cadastrados, sorteados e entrevistados por unidade básica de saúde. Lins, 2009.

7.4 Dados coletados

Para caracterizar a população e identificar fatores associados a parâmetros de saúde e independência dos idosos, focos do presente estudo foram coletados dados socioeconômicos e demográficos incluindo sexo, idade, renda familiar, classe social, escolaridade, situação conjugal e arranjo domiciliar mediante formulário construído para o presente estudo. Para classificação da classe social, adotou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil, ANEP (INSTITUTO BRASILEIRO DE OPINIÃO PÚBLICA E ESTATÍSTICA, 2000). ANEXO A).

A avaliação do grau de independência dos idosos envolveu a aplicação de duas

escalas, a denominada “Index of Independence in Activities of Daily Living” ou Atividades de Vida Diária-AVD (Katz et al., 1963), que investiga a capacidade de autocuidado com alimentação, banho, capacidade de vestir-se, arrumar-se e cuidar de suas eliminações (Chor et al., 2001) e a “Physical Self-Maintenance Scale” (LAWTON; BRODY, 1969) ou, no Brasil, Atividades Instrumentais de Vida Diária- AIVD (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002), que avalia a capacidade de um indivíduo levar uma vida independente dentro da comunidade: realizar compras, manipular medicamentos, administrar as próprias finanças, utilizar meios de transporte, limpar a casa e usar telefone, atividades funcionais mais complexas do que as AVD e, em geral, necessárias para a autonomia (FILLENBAUM, 1984; LEVY, 2001).

A AVD é formada por seis questões, com respostas do tipo “sim” e “não”, que recebem, respectivamente, pontuação um ou zero. É avaliado e estratificado o desempenho do indivíduo nas funções básicas, no presente, podendo ser também a AVD utilizada no acompanhamento longitudinal, para a identificação de melhora ou piora funcional ao longo de um determinado período. O resultado da avaliação será decorrente da soma de respostas “sim”, atribuindo-se um ponto por questão. A soma dos pontos pode variar de zero a seis, sendo este último indicativo de independência total; dois pontos ou menos indicam dependência, de três a quatro, dependência moderada; de cinco a seis, independência total para as funções que estão sendo avaliadas (KATZ et al., 1963).A escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária contém oito questões, com três alternativas: 0 = independência; 1 = dependência parcial; 2 = dependência total. A soma dos valores de cada item resulta em um escore que classifica o indivíduo em independente quando obtém de oito a seis pontos; parcialmente dependente, de seis a quatro pontos e com dependência total, de zero a quatro pontos (LAWTON; BRODY, 1969). (ANEXO B)

Também foi avaliado o estado mental/cognitivo, incluindo-se aspectos como orientação temporal e espacial, registro de palavras, atenção, cálculo, linguagem e capacidade construtiva visual, mediante aplicação do instrumento Mini-Exame do Estado Mental (Mini Mental State Examination), que foi traduzido por Bertolucci, Brucki, Campacci e Juliano (1994). De acordo com a escala original, resultados entre 30 e 23 indicam funções cognitivas preservadas, enquanto que valores abaixo de 23 sugerem deficit cognitivo. Porém, dado o reconhecimento da influência da escolaridade sobre o desempenho no Mini-Mental, foram propostas correções nos pontos de corte, conforme recomendação de Bertolucci, et al., (1994): para analfabetos < 13 pontos indicam déficit cognitivo; para idosos com nível primário até secundário incompleto, < 18 pontos; para idosos com nível secundário ou maior, < 23 pontos. Estes foram os pontos de corte adotados no presente estudo. (ANEXO C)

Outro instrumento utilizado para avaliar a autonomia funcional do idoso, no que se refere às atividades de vida cotidiana, foi o QPAF (Pheffer Functional Activies Questionnaire) ou, em português, Questionário Pheffer para as Atividades Funcionais (LAWTON; BRODY, 1969). Esta escala tem sido recomendada para complementar a avaliação cognitiva pelo MEEM, indicando se existem limitações funcionais associadas às limitações cognitivas, situação que indicaria algum grau de demência. O ponto de corte utilizado foi o proposto pelos autores na seguinte escala: pontuação igual ou superior a seis indica que o indivíduo necessita de ajuda para desenvolver atividades cotidianas. Pessoas que obtiveram pontuação < 13 no MEEM e seis ou mais no QPAP podem necessitar de um informante substituto para realização de algumas entrevistas, como, por exemplo, para responder a um questionário sobre depressão. (ANEXO D)

Como parâmetro de saúde global dos idosos, foi adotado a autoavaliação de Saúde (AAS), que vem sendo utilizada em vários estudos (LEBRÃO; DUARTE, 2003) sendo considerado um método confiável capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. A autopercepção de saúde mostrou ser um importante indicador de mortalidade: pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde excelente. (ANEXO E)

A presença de indícios de depressão nos idosos foi aferida mediante aplicação da Escala de Depressão Geriátrica-GDS-15, de Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey et al. (1982-1983), que envolve avaliação da satisfação com a vida. Indicada para rastreamento de depressão em idosos, esta escala contém 15 questões dicotômicas (sim e não) referentes a mudanças no humor e à ocorrência de sentimentos negativos específicos. O ponto de corte adotado foi o recomendado por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey et al. (1982-1983): ausência de depressão, quando a pontuação é menor que cinco; seis a 10 indicam a presença de sintomas depressivos leves; escore igual ou maior que 11 caracteriza depressão grave. (ANEXO F). Os indivíduos que apresentaram déficit cognitivo e funcional pelas escalas MEEM e QPAF foram excluídos da avaliação da GDS-15 por não serem capazes de responder sozinhos às questões.

A disponibilidade de apoio social foi aferida por meio da escala de Avaliação de Suporte Social desenvolvida para o Medical Outcomes Study (SHERBOURNE; STEWART, 1991). No Brasil este instrumento foi submetido a procedimentos padronizados de tradução e versão pelo Estudo Pró-Saúde (CHOR; et al., 2001), tendo sido recomendada a sua utilização após análise de confiabilidade e validade (GRIEP; et al., 2003). O instrumento contém 19 questões, divididas em cinco dimensões de apoio: apoio material (quatro questões), afetivo

(três questões), emocional (quatro questões), de informação (quatro questões), e interação social positiva (quatro questões). As somatórias dos pontos referentes a cada dimensão de apoio social resultam em cinco escores independentes e a somatória total, em um escore global.

Para facilitar a interpretação dos resultados, já que não existem pontos de corte estabelecidos para indicar adequação ou situação adversa de apoio social, os escores foram padronizados para que variassem entre 20 e 100, independentemente do número de perguntas que compõem cada uma das referidas dimensões, conforme descrito por Andrade (2001). Esta padronização é feita pela razão entre as somas dos pontos obtidos no conjunto das perguntas de cada dimensão e o valor máximo de pontos possíveis de serem obtidos, de acordo com o número de perguntas de cada dimensão. O resultado dessa razão é multiplicado por 100. Quanto maior o total alcançado, maior o nível de apoio social. (ANEXO G)

Para as análises que visam a identificar associações entre apoio social e os demais parâmetros de avaliação dos idosos, o escore global de apoio foi categorizado em quartis.

No Quadro 2 são apresentadas as variáveis do estudo, com as categorias utilizadas e unidades de medida, quando pertinente.

Faixa Etária: 60-69; 70-79; 80 e +
Cor da pele: branca; negra; parda; amarela
Sexo: masculino; feminino
Situação conjugal: casado/união consensual; solteiro; divorciado; viúvo
N Número de pessoas na família: vive só; 2; 3; 4; 5; 6 ou +
Alfabetização: sim; não
Escolaridade (anos): 0-3; 4-7; 8 e +
Renda Familiar (em reais) < 466; 466 – 931; ≥ 932
Classe econômica: B1+B2 +C; D; E
Auto-avaliação de saúde: excelente; muito boa; boa; ruim; muito ruim
Independência para atividades básicas da vida diária: independente; parcialmente dependente; totalmente dependente
Independência para atividades instrumentais da vida diária: independente; parcialmente dependente; totalmente dependente
Estado mental (MEEM): com déficit cognitivo; sem déficit cognitivo
Estado funcional(QPAF): com declínio funcional; sem declínio funcional
MEEM e QPAF juntos: possível demência /com déficit e com declínio; qualquer outra combinação
Indícios de depressão (GDS-15): depressão ausente; depressão leve; depressão grave
Escore de Apoio Material (variável continua): 20-100%
Escore de Apoio Afetivo(variável continua): 20-100%
Escore de Apoio Emocional(variável continua): 20-100%
Escore de Apoio de Informação(variável continua): 20-100%
Escore de Interação Social (variável continua): 20-100%
Escore Global de Apoio Social(variável continua):20-100%
Quartil de apoio social: primeiro quartil; segundo quartil; terceiro quartil; quarto quartil.

Quadro 2: Descrição das variáveis do estudo e respectivas categorias ou limites de variação.

7.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas, em domicílio, de setembro a dezembro de 2008. Os entrevistadores foram 109 agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde com escolaridade mínima igual ao segundo grau completo, e que residiam nas áreas adstritas às unidades básicas de saúde. Estes profissionais tinham experiência em visitas domiciliares e familiaridade com os idosos estudados. Previamente ao início do estudo, foram treinados (com 8 horas de treinamento envolvendo leitura dos instrumentos e simulação das entrevistas) pela autora desta dissertação. A supervisão diária da coleta de dados foi realizada pelos enfermeiros do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e a supervisão geral pela autora do estudo.

7.6 Análise dos dados

As entrevistas foram revisadas, eventuais dúvidas foram prontamente esclarecidas e, quando necessário, o entrevistador retornou ao domicílio para esclarecimentos ou correções. Após a revisão, os dados foram digitados (no programa Excell) por profissional com experiência em construção e digitação de bancos de dados. Cerca de 5% dos questionários tiveram sua digitação conferida, observando-se boa qualidade da digitação.

Após análise de consistência, mediante comparação de questões relacionadas, os dados foram processados com o programa SPSS-12.0, sendo apresentadas as distribuições de frequências de idosos segundo os estratos das variáveis categóricas e, quando pertinentes, foram apresentadas estatísticas descritivas (média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo).

Os dados foram analisados de maneira a permitir identificar a magnitude de subgrupos de idosos expostos a condições desfavoráveis em cada domínio avaliado.

As associações de interesse foram pesquisadas mediante análises univariadas e a significância estatística, avaliada pelos testes qui-quadrado e qui-quadrado de tendência linear, adotando-se $p<0,05$ como nível crítico.

8. RESULTADOS

As características dos idosos estudados estão apresentadas na Tabela 1. Predominaram idosos com idade entre 60 e 69 anos (47,0%), apenas 14,0% da amostra tinha 80 ou mais anos de idade. Nota-se também maior presença de mulheres (63,4%), de indivíduos que viviam com o companheiro (53,3% eram casados ou viviam em união consensual). Parcela significativa dos idosos estudados eram viúvos (33,9%), solteiros (6,8%) e divorciados (6,0%). Os arranjos familiares variaram quanto ao número: 18,6% dos idosos viviam sós, 42,0% em famílias com duas pessoas, 21,4% com quatro ou mais indivíduos. Do ponto de vista socioeconômico, a amostra foi constituída por idosos de baixa escolaridade (21,9% analfabetos, 68,5% com até três anos de estudo), baixa renda, sendo que cerca de 90% foram classificados como pertencentes às classes D e E. Finalizando a caracterização da amostra, quanto à avaliação de sua própria saúde, os idosos estudados, majoritariamente, consideraram-na boa, muito boa ou excelente (79,7%), apenas cerca de 20% a classificaram como ruim ou muito ruim.

Tabela 1 - Frequências e percentuais de idosos segundo características demográficas, socioeconômicas e auto-avaliação de saúde. Lins, 2009.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
60 – 69	172	47,0
70 – 79	143	39,0
80 – 89	46	12,6
≥ 90	5	1,4
Cor da Pele		
Branca	231	63,1
Negra	66	18,0
Parda	61	16,7
Amarela	8	2,2
Sexo		
Feminino	232	63,4
Masculino	134	36,6
Situação conjugal		
Casado/União consensual	195	53,3
Solteiro	25	6,8
Divorciado	22	6,0
Viúvo	124	33,9
Nº de Pessoas na Família		
Vive Só	68	18,6
2	154	42,0
3	66	18,0
4	26	7,1
5	28	7,7
≥ 6	24	6,6
Alfabetizado		
Sim	286	78,1
Não	80	21,9
Escolaridade (em anos)		
0-3	251	68,5
4-7	82	22,4
≥8	33	9,1
Renda Familiar (em reais)		
< 466	218	59,5
466 - 931	116	31,7
≥ 932	32	8,8
Classe econômica		
B1+B2 +C	36	9,8
D	192	52,5
E	138	37,7
Auto-avaliação de saúde		
Excelente	32	8,7
Muito Boa	29	7,9
Boa	231	63,1
Ruim	68	18,6
Muito Ruim	6	1,7

Na Tabela 2, apresentam-se os resultados da avaliação dos idosos quanto a, grau de independência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, capacidade cognitiva/estado mental, capacidade funcional e presença de depressão. Mais de 90% apresentaram independência para a realização das atividades básicas da vida diária, frequência que caiu para 65,3% quando consideradas as atividades instrumentais de vida diária. A proporção de idosos totalmente dependentes para as AVDs foi de 1,9% (7 indivíduos) e para as AIVDs de 6,3% (23 idosos). Taxas mais negativas foram observadas na avaliação cognitiva/mental e funcional: a proporção de idosos com deficit cognitivo ou com declínio funcional foi de cerca de 25%, sendo que 15,0% apresentaram ambos os deficits, ou seja, eram idosos com algum grau de demência.Excluídos estes últimos, foram apontados como potencialmente deprimidos (GDS-15 maior ou igual a 6), 32,5% dos idosos.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo situação em relação aos instrumentos de avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Capacidade Cognitiva/Mental segundo o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Estado Funcional-Questionário Pheffer de Avaliação Funcional (QPAF) e Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15). Lins, 2009.

Variável/Instrumento	N	%
AVD		
Independente	340	92,9
Parcialmente dependente	19	5,2
Totalmente dependente	7	1,9
AIVD		
Independente	239	65,3
Parcialmente dependente	104	28,4
Totalmente dependente	23	6,3
MEEM		
Sem deficit cognitivo	273	74,6
Com deficit cognitivo	93	25,4
QPAF		
Sem declínio funcional	274	74,9
Com declínio funcional	92	25,1
MEEM e QPAF		
Com deficit cognitivo e declínio funcional	55	15,0
Outras combinações	311	85,0
GDS-15 (indícios de depressão, n=311)		
Ausente	210	67,5
Leve	88	28,3
Grave	13	4,2

As estatísticas descritivas dos resultados da avaliação dos idosos pelos diversos parâmetros, quando consideradas as variáveis de forma contínua, são apresentadas na Tabela 3. Notam-se médias e medianas próximas entre si e valores mínimos e máximos iguais às variações de pontuação possíveis para os instrumentos AVD, AIVD, MEEM e QPAF. Já para os resultados da aplicação do GDS-15, a variação foi de 0 a 13, ou seja, nenhum idoso pontuou nos extremos superiores da escala, 14 ou 15.

Em termos de grupo, a avaliação da disponibilidade e acesso à rede de apoio social mostrou situação positiva, com escores médios em torno de 80% para as dimensões apoio material e emocional e escore médio igual a 86% para apoio afetivo. Valores médios menores foram obtidos para as dimensões apoio de informação e interação social positiva (o mais baixo, 72,4%), sendo que o escore global de apoio social médio foi de 79,3%, com mediana de 83,2%. No caso da avaliação da disponibilidade de apoio social, não há um ponto de corte que separe os indivíduos em situação de mais risco de prejuízos à saúde. Com vistas a avaliar uma possível relação entre os parâmetros estudados e apoio social, foram criadas categorias de apoio, de acordo com os quartis do escore de apoio total.

Tabela 3 - Estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, mediana e valores mínimo e máximo) dos resultados da avaliação dos idosos pelas escalas AVD, AIVD, MEEM, QPAF, GDS-15 e Questionário de Apoio Social-MOS. Lins, 2009.

Variável/variação	Média (± DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
AVD (0-6)	5,66 ± 0,88	6,00	0,0	6,0
AIVD (0-8)	6,00 ± 1,96	6,00	0,0	8,0
MEEM (0-30)	21,17 ± 6,24	22,00	0,0	30,0
QPAF (0-33)	4,46 ± 7,74	0,00	0,0	33,0
GDS-15 (0-15)	4,65 ± 2,93	4,00	0,0	13,0
Escore de Apoio Material	81,65 ± 23,66	95,00	15,0	100,0
Escore de Apoio Afetivo	86,03 ± 20,05	100,00	20,0	100,0
Escore de Apoio Emocional	80,66 ± 23,49	90,00	23,5	100,0
Escore de Apoio de Informação	77,7 ± 25,72	90,00	25,7	100,0
Escore de Interação Social	72,4 ± 25,99	90,00	20,0	100,0
Escore Global de Apoio Social	79,3 ± 18,6	83,20	19,0	100,0

Os resultados das análises realizadas para identificar fatores -características demográficas e socioeconômicas- associados a resultados adversos (dependência, deficit

cognitivo, declínio funcional e presença de depressão) são apresentados nas tabelas de quatro a dez, a seguir.

Observou-se apenas associação entre sexo e grau de independência para as atividades instrumentais da vida diária (AIVD), sendo a situação dos homens mais desfavorável. Com relação aos demais parâmetros avaliados, não houve diferenças entre homens e mulheres (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos idosos em relação às categorias dos instrumentos que avaliaram grau de independência (AVD e AIVD), capacidade cognitiva/mental (MEEM) e funcional (QPAF) e indícios de depressão (GDS-15) segundo sexo. Lins, 2009.

	Sexo				
	Masculino		Feminino		
Instrumentos	**N**	**%**	**N**	**%**	**p-valor**
AVD					
Independente	123	91,8	217	93,5	0,822*
Parcialmente dependente	8	6,0	11	4,7	0, 359**
Totalmente dependente	3	2,2	4	1,7	
AIVD					
Independente	71	53,0	168	72,4	0,000*
Parcialmente dependente	55	41,0	49	21,1	0,004**
Totalmente dependente	8	6,0	15	6,5	
MEEM					
Sem deficit cognitivo	102	76,1	172	74,1	0,674*
Com deficit cognitivo	32	23,9	60	25,9	
QPAF					
Sem declínio funcional	107	79,9	166	71,6	0,079*
Com declínio funcional	27	20,1	66	28,4	
GDS-15 (n=311)					
Ausente	72	62,6	118	60,2	*0,157
Leve	41	35,7	69	35,2	**0,057
Grave	2	1,7	9	4,6	
Auto-avaliação de saúde					
Ruim/muito ruim	25	18,7	36	15,5	0,346*
Boa	87	64,9	144	62,1	0,166**
Muito boa/excelente	22	16,4	52	22,4	
Quartil de apoio social					0,535*
Primeiro	29	21,6	64	27,6	
Segundo	34	25,4	49	21,1	
Terceiro	33	24,6	60	25,9	
Quarto	38	28,4	59	25,4	

***-teste qui-quadrado**

****-teste qui-quadrado de tendência linear**

A escolaridade associou-se inversamente com resultados adversos relativos à saúde e à capacidade cognitiva e funcional dos idosos, conforme Tabela 5. A proporção de idosos com algum grau de dependência para desempenho das atividades instrumentais da vida diária foi maior entre indivíduos com baixa escolaridade. Resultados semelhantes foram observados para a presença de deficit cognitivo e de declínio funcional: entre indivíduos com até 3 anos de escolaridade a freqüência de déficits foi cinco e dez vezes maior do que naqueles com 8 ou mais anos de escolaridade para os dois tipos de déficits, respectivamente. Não houve associação entre escolaridade e indícios de depressão, bem como com grau de independência para as atividades básicas da vida diária (AVD), com autoavaliação de saúde e com quartil de apoio social.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos em relação às variáveis, grau de independência (AVD e AIVD), capacidade cognitiva/mental (MEEM), capacidade funcional (QPAF), presença de indícios de depressão (GDS-15) e auto-avaliação de saúde (AAS) segundo escolaridade. Lins, 2009.

	Escolaridade (anos de estudo)						
	(0 - 3)		(4 -7)		(≥ 8)		
Variáveis	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**p-valor**
AVD							0, 775* 0,785
Independente	241	92,7	67	95,7	32	88,9	
Parcialmente dependente	14	5,4	2	2,9	3	8,3	
Totalmente dependente	5	1,9	1	1,4	1	0,3	
AIVD							
Independente	155	45,9	56	68,3	28	84,8	
Parcialmente dependente	77	44,9	22	26,8	5	15,2	
Totalmente dependente	19	9,2	4	4,9	0	0,0	
MEEN							<0,0001*
Sem deficit cognitivo	176	66,9	65	92,9	32	88,9	
Com deficit cognitivo	84	32,3	5	7,1	4	11,1	
QPAF							0, 002*
Sem declínio funcional	182	70,0	58	82,9	34	94,4	
Com declínio funcional	78	30,0	12	17,1	2	5,6	
GDS-15							0,178* 0,056**
Ausente	127	60,5	42	62,7	21	61,8	
Leve	76	36,2	24	35,8	10	29,4	
Grave	7	3,3	1	1,5	3	8,8	
AAS							0,402* 0,149**
Muito boa/excelente	37	14,2	16	22,9	8	22,2	
Boa	169	65,0	40	57,1	22	61,1	
Ruim/muito ruim	54	20,8	14	20,0	6	16,7	
Quartil de apoio social							0,867* 0,689**
Primeiro	64	24,6	19	27,1	10	27,8	
Segundo	63	24,2	15	21,4	5	13,9	
Terceiro	67	25,8	16	22,9	10	27,8	
Quarto	66	25,4	20	28,6	11	30,6	

Na Tabela 6 encontram-se os resultados das análises destinadas a investigar a associação entre a situação conjugal do idoso e grau de independência para as AVD e AIVD, estado cognitivo/mental e funcional, presença de depressão e autoavaliação de saúde. Destaca-se que entre viúvos foi maior a proporção de indivíduos dependentes para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e com deficit cognitivo. Também se observou mais idosos com declínio funcional no grupo de viúvos, mas estes resultados não foram

estatisticamente significantes. Não houve associação entre situação conjugal e independência para as atividades básicas de vida diária (AVD), presença de indícios de depressão e auto-avaliação de saúde. A situação conjugal influiu sobre a adequação do apoio social, sendo maior a proporção de indivíduos no primeiro quartil do escore de apoio entre solteiros e divorciados, em comparação com casados/união consensual e com viúvos.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos em relação às variáveis, grau de independência (AVD e AIVD), capacidade cognitiva/mental (MEEM), capacidade funcional (QPAF), presença de indícios de depressão (GDS-15) e auto-avaliação de saúde (AAS) segundo situação conjugal. Lins, 2009.

	Situação Conjugal						
	Casado/união consensual		Solteiro/divorciado		viúvo		
Variáveis	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**p-valor**
AVD							0, 956* 0,0468**
Independente	183	93,8	43	91,5	114	91,9	
Parcialmente dependente	9	4,6	3	6,4	7	5,6	
Totalmente dependente	3	1,5	1	2,1	3	2,4	
AIVD							0,010 0,018
Independente	131	67,2	36	76,6	72	58,1	
Parcialmente dependente	57	29,2	10	21,3	37	29,8	
Totalmente dependente	7	3,6	1	2,1	15	12,1	
MEEN							0,005* 0,005**
Sem deficit cognitivo	159	81,5	32	68,1	82	66,1	
Com deficit cognitivo	36	18,5	15	31,9	42	33,9	
QPAF							0,142* 0,05**
Sem declínio funcional	154	79,0	34	72,3	86	69,4	
Com declínio funcional	41	21,0	13	27,7	38	30,6	
GDS-15							0,634* 0,341**
Ausente	114	64,4	30	76,9	66	69,5	
Leve	55	31,1	8	20,5	25	26,3	
Grave	8	4,5	1	2,6	4	4,2	
AAS							0,149* 0,478**
Muito boa/excelente	39	20,0	7	14,9	15	24,6	
Boa	116	59,5	27	57,4	88	38,1	
Ruim/muito ruim	40	20,5	13	27,7	21	28,4	
Quartil de apoio social							0,008* 0,103**
Primeiro	43	22,1	20	42,6	30	24,2	
Segundo	36	18,5	14	29,8	33	26,6	
Terceiro	57	29,1	6	12,8	30	24,2	
Quarto	59	30,3	7	14,9	31	25,0	

* teste qui-quadrado, ** teste qui-quadrado para tendência linear

Houve clara associação entre idade e capacidade cognitiva/mental dos idosos, sendo maior a proporção de indivíduos com deficit cognitivo e com declínio funcional no grupo com 80 ou mais anos de idade. Mais de 40% dos idosos desta faixa etária apresentaram defictis. Houve associação linear inversa entre idade e grau de independência para as AIVD: 2,3%; 6,3%; 19,6% de indivíduos totalmente dependentes nas faixas etárias de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, respectivamente (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos idosos em relação às variáveis, grau de independência (AVD e AIVD), capacidade cognitiva/mental (MEEM), capacidade funcional (QPAF), presença de indícios de depressão (GDS-15) e auto-avaliação de saúde (AAS) segundo faixa etária. Lins, 2009.

	Faixa etária (anos)						
	(60-69)		(70-79)		(80 e +)		
Variáveis	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**p-valor**
AVD							0, 883* 0,846
Independente	161	93,6	132	92,3	47	92,2	
Parcialmente dependente	7	4,1	9	6,3	3	5,9	
Totalmente dependente	4	2,3	2	1,4	1	2,0	
AIVD							<0,001* <0,001**
Independente	146	84,9	86	60,1	7	13,7	
Parcialmente dependente	22	12,8	48	33,6	34	66,7	
Totalmente dependente	4	2,3	9	6,3	10	19,6	
MEEN							0,014 0,008
Sem deficit cognitivo	136	79,1	107	74,8	30	58,8	
Com deficit cognitivo	36	20,9	36	25,2	21	41,2	
QPAF							<0,001* <0,001**
Sem declínio funcional	147	85,5	99	69,2	28	54,9	
Com declínio funcional	25	14,5	44	30,8	23	45,1	
GDS-15							0,503* 0,072**
Ausente	111	71,6	79	65,3	20	57,1	
Leve	39	25,2	36	29,8	13	37,1	
Grave	5	3,2	6	5,0	2	5,7	
AAS							0,372* 0,210**
Muito boa/excelente	32	18,6	19	13,3	10	19,6	
Boa	111	64,5	92	64,3	28	54,9	
Ruim/muito ruim	29	16,9	32	22,4	13	25,5	
Quartil de apoio social							0,506* 0,802**
Primeiro	47	27,3	35	24,5	11	21,8	
Segundo	32	18,6	35	24,5	16	31,4	
Terceiro	44	25,6	39	27,3	10	19,6	
Quarto	49	28,5	34	23,8	14	27,5	

***qui-quadrado, ** qui-quadrado para tendência linear**

Na tabela 8 estão os resultados das análises para detectar associação entre classe econômica e situação dos idosos. Pode-se observar que não houve associação entre classe econômica e situação dos idosos em relação a todos os parâmetros avaliados. Note-se que nenhum indivíduo apresentou indícios de depressão grave no estrato econômico mais alto (B1+B2+C), contra em torno de 5% nos indivíduos das classes D e E, porém estas diferenças ficaram no limiar de significância estatística adotado. A pequena proporção de idosos estudados na categoria mais alta (C ou mais) dificultou a análise da influência deste fator sobre os parâmetros de saúde do presente estudo.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos em relação às variáveis grau de independência (AVD e AIVD), capacidade cognitiva/mental (MEEM), capacidade funcional (QPAF), presença de indícios de depressão (GDS-15) e auto-avaliação de saúde (AAS) segundo classe econômica. Lins, 2009.

	Classe Econômica						
	B1+B2+C		D		E		
Variáveis	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**p-valor**
TAVD							0,361* 0,095**
Independente	32	86,5	178	92,7	130	94,9	
Parcialmente dependente	4	10,8	9	4,7	6	4,4	
Totalmente dependente	1	2,7	5	2,6	1	0,7	
TAIVD							0,381* 0,413**
Independente	26	70,3	130	67,7	83	60,6	
Parcialmente dependente	8	21,6	49	25,5	47	34,3	
Totalmente dependente	3	8,1	13	6,8	7	5,1	
MEEM							0,188* 0,069**
Sem deficit cognitivo	31	83,8	146	76,0	96	70,1	
Com deficit cognitivo	6	16,2	46	24,0	41	29,9	
QPAF							0,647* 0,463**
Sem declínio funcional	30	81,1	143	74,5	101	73,7	
Com declínio funcional	7	18,9	49	25,5	36	26,3	
Depressão (GDS-15)							0,196* 0,046**
Ausente	25	75,8	114	70,8	71	60,7	
Leve	8	24,2	39	24,2	41	35,0	
Grave	0	0,0	8	5,0	5	4,3	
AAS							0,075* 0,251**
Muito boa/excelente	10	27,0	27	14,1	24	17,5	
Boa	19	51,4	133	69,3	79	57,7	
Ruim/muito ruim	8	21,6	32	16,7	34	16,7	
Quartil de apoio social							0,445* 0,127**
Primeiro	10	27,0	43	22,4	40	29,2	
Segundo	6	16,2	41	21,4	36	26,3	
Terceiro	10	27,0	55	28,6	28	20,4	
Quarto	11	29,7	53	27,6	33	24,1	

*** qui-quadrado, ** qui-quadrado para tendência linear**

Não houve associação entre arranjo familiar (viver só, sim ou não) e os parâmetros de avaliação de saúde e capacidade cognitiva/funcional dos idosos estudados. Entretanto, destaca-se a alta (em torno de 19%) proporção de indivíduos que viviam sós e apresentavam situações adversas, como declínio cognitivo/mental e declínio funcional. Nenhum idoso

dependente para as atividades básicas da vida diária (AVD) vivia só, mas quatro (5,9% dos que viviam sós) eram totalmente dependentes para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Também nota-se que cinco idosos com indícios de depressão grave viviam sós, bem como 15 que consideraram sua saúde ruim ou muito ruim (Tabela 9). Houve maior proporção de indivíduos no mais baixo quartil de apoio social entre os idosos que viviam sós, mas as diferenças no escore de apoio segundo arranjo domiciliar não alcançaram significância estatística.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos em relação às variáveis, grau de independência (AVD e AIVD), capacidade cognitiva/mental (MEEM), capacidade funcional (QPAF), presença de indícios de depressão (GDS-15) e autoavaliação de saúde (AAS) segundo arranjo familiar. Lins, 2009.

	Arranjo familiar				
	Vive só		**Não vive só**		
Variável	**N**	**%**	**N**	**%**	**p-valor**
AVD					0,309
Independente	63	92,6	277	93,0	
Parcialmente dependente	5	7,4	14	4,7	
Totalmente dependente	0	0,0	7	2,3	
AIVD					0,583
Independente	48	70,6	191	64,1	
Parcialmente dependente	16	23,5	88	29,5	
Totalmente dependente	4	5,9	19	6,4	
MEEM					0,187
Sem deficit cognitivo	55	80,9	218	73,2	
Com deficit cognitivo	13	19,1	80	26,8	
QPAF					0,115
Sem declínio funcional	56	82,4	218	73,2	
Com declínio funcional	12	19,6	80	26,8	
Depressão (GDS-15)					0,115
Ausente	42	68,9	168	67,2	
Leve	14	23,0	74	29,6	
Grave	5	8,2	8	3,2	
AAS					0,683
Muito boa/excelente	9	13,2	52	17,4	
Boa	44	64,7	187	62,8	
Ruim/muito ruim	15	22,1	59	19,8	
Quartil de apoio social					0,113* 0,058**
Primeiro	25	36,8	68	22,8	
Segundo	14	20,6	69	23,2	
Terceiro	13	19,1	80	26,8	
Quarto	16	23,5	81	27,2	

Finalmente, apresentam-se, na Tabela 10, os resultados das análises dirigidas a identificar associação entre apoio social e os parâmetros de saúde dos idosos estudados. Houve associação entre apoio social e avaliação cognitiva/mental e também entre apoio social e auto-avaliação de saúde. A proporção de indivíduos com deficits cognitivos foi maior (quase o dobro) entre aqueles nos dois primeiros quartis do escore de apoio em relação aos terceiro e quarto quartis. A relação entre escore de apoio e autoavaliação de saúde foi linear: quanto pior o escore de apoio maior a proporção de idosos que consideraram sua saúde ruim/muito ruim. Não houve associação entre apoio e grau de independência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária, tampouco com declínio funcional e com presença de indícios de depressão.

Tabela 10: Distribuição dos idosos em relação às variáveis, grau de independência (AVD e AIVD), capacidade cognitiva/mental (MEEM), capacidade funcional (QPAF), presença de indícios de depressão (GDS-15) e autoavaliação de saúde (AAS) segundo quartil de apoio social. Lins, 2009.

	Quartil de Apoio Social							
	Primeiro		Segundo		Terceiro		Quarto	
Variáveis	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
AVD							0,760* 0,841**	
Independente	87	93,5	77	92,8	85	91,4	91	3,8
Parcialmente dependente	4	4,3	5	6,0	7	7,5	3	3,1
Totalmente dependente	2	2,2	1	1,2	1	1,1	3	3,1
AIVD							0,645* 0,970**	
Independente	62	66,7	54	65,1	62	66,7	61	62,9
Parcialmente dependente	25	26,9	23	27,7	23	25,7	33	34,0
Totalmente dependente	6	6,5	6	7,2	8	8,6	3	3,1
MEEN							0,004* 0,001**	
Sem deficit cognitivo	61	65,6	55	66,3	76	81,7	81	83,5
Com deficit cognitivo	32	34,4	28	33,7	17	18,3	16	16,5
QPAF							0,205* 0,075**	
Sem declínio funcional	66	71,0	57	68,7	74	79,6	77	79,4
Com declínio funcional	27	29,0	26	31,3	19	20,4	20	20,6
GDS-15							0,155* 0,612**	
Ausente	50	67,6	41	61,2	58	68,2	61	71,8
Leve	22	29,7	23	34,3	26	30,6	17	20,0
Grave	2	2,7	3	4,5	1	1,2	7	8,2
AAS							0,001* 0,0001**	
Muito boa/excelente	11	11,8	5	6,0	23	24,7	22	22,7
Boa	56	60,2	57	68,7	53	57,0	65	67,0
Ruim/muito ruim	26	28,0	21	24,7	17	18,3	10	10,3

9. DISCUSSÃO

Sintetizando os resultados do presente estudo, foram identificados nos idosos assistidos pela rede de unidades básicas à saúde do município de Lins vários agravos: 7,1% apresentavam limitações para as atividades básicas de vida diária, sendo que 1,9% eram totalmente dependentes neste domínio; 34,7% apresentavam algum grau de dependência para as atividades instrumentais da vida diária, 6,3% dependência total; cerca de um quarto dos idosos apresentavam sinais de prejuízo cognitivo quando avaliados pela escala MEEM ou QPAF, sendo que 15% apresentaram resultados adversos em ambas as escalas, constituindo, provavelmente, grupo com algum grau de demência. Também, foram identificados como possivelmente portadores de depressão 32,5% dos idosos, sendo que 4,2% apresentaram sinais de depressão grave. Finalmente, 20,3% avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim.

Estes resultados confirmam a necessidade de intervenções no âmbito da atenção básica para prevenção primária, rastreamento e diagnóstico destes importantes aspectos da saúde de idosos, visando reduzir sua ocorrência e efeitos negativos nos idosos, em suas famílias e seus cuidadores, como preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Parcela significativa dos idosos de Lins pode estar sem as medidas terapêuticas precoces capazes de evitar demência e dependência total inclusive para as atividades básicas da vida diária.

A seguir, são discutidos os principais achados do presente estudo, comparando-os com a literatura, quando possível, ao mesmo tempo em que suas repercussões para a atenção à saúde no município de Lins são consideradas.

9.1 Independência dos idosos

A comparação das taxas de problemas relativos à independência, identificadas pelo presente estudo com as reportadas por outros estudos tem limitações, decorrentes, principalmente, de diferenças nas características das populações estudadas. Deve-se lembrar que o presente estudo incluiu uma amostra representativa dos idosos assistidos pela rede pública de atenção básica, enquanto outros estudos envolveram amostras da população em geral ou idosos assistidos em ambulatórios específicos, hospitalizados ou institucionalizados e que existem também limitações decorrentes do uso de escalas ou de idosos em faixa etária distintas nos diferentes estudos. Ainda assim, buscou-se o cotejamento com a literatura, visando avaliar se os dados obtidos estão dentro de margens aceitáveis e, em caso afirmativo, se são válidos para orientar políticas locais dirigidas à população em questão.

Um estudo de base populacional brasileiro, realizado por Giacomini,et al.,2008), no município de Belo Horizonte (MG), identificou que 16% dos idosos apresentavam algum tipo

de incapacidade para as atividades básicas de vida diária, seja leve ou moderada, taxa superior (mais do que o dobro) à observada no presente estudo. Em outro contexto, Escobar Bravo, et al.,2008) em estudo de base populacional realizado na cidade de Madri e Barcelona, com uma amostra de 1250 indivíduos, sendo 1244 na faixa etária de 70 a 74 anos, não institucionalizado, identificaram em 11,7% dos homens e 13,7% das mulheres algum tipo de dependência, resultados um pouco mais favoráveis do que os de Belo Horizonte, mas ainda superiores aos do presente estudo.

As taxas de dependência para as AVD têm variado segundo idade (GIACOMINI, et al., 2008). Segundo Guralnik,et al.,1993 , estudos têm mostrado que o risco da incapacidade funcional dobra a cada década de vida .

Alguns outros fatores têm sido apontados pela literatura como associados com maiores prevalências de dependência para as atividades básicas de vida diária (sexo, doenças crônicas (GIACOMIN, et al 2008), renda familiar per capita e auto-avaliação da saúde (GIACOMIN; PEIXOTO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2008; FIRMO; BARRETO; LIMA-COSTA, 2003), mas tais associações não foram identificados pelo presente estudo, fato que pode ser decorrente da baixa proporção de idosos dependentes neste domínio na amostra estudada. De fato, o presente estudo não foi delineado nem teve sua amostra dimensionada para identificar determinantes ou fatores de risco de dependência e agravos à saúde de idosos, mas sim para verificar na população de estudo grupos prioritários para intervenções, sendo esta uma limitação importante.

Com relação à taxa de idosos com dependência para as AIVD, os resultados obtidos foram mais próximos dos observados por outros estudos. Navarro e Marcon (2006) identificaram que grande parte dos idosos apresentava algum grau de dependência para as atividades instrumentais de vida diária; maioria eram homens com mais de 80 anos de idade e as mulheres de 60 a 74 anos ,com índice de dependência nos dois gêneros entre 71 1 80 anos.

Maciel (2007), em estudo com 310 idosos de pequeno município do Nordeste do Brasil, encontraram 52,6% de dependência para as AIVD, dados superiores aos resultados obtidos pelo presente estudo, mas em população mais carente.

Índices de dependência nas AIVD menores do que os obtidos pelo presente estudo foram encontrados por Farinasso, Marques, Rodrigues, Haas (2006) avaliando idosos de 75 anos ou mais de idade em uma área de abrangência do PSF no norte do Paraná, o que é surpreendente se forem consideradas as características da amostra por eles estudada: idosos mais velhos e com menor escolaridade do que os da presente pesquisa. Resultados de estudos com populações mais escolarizadas, como, por exemplo, na Espanha, encontraram taxas de

dependência para as AIVD semelhantes às obtidas pelo presente estudo (ESCOBAR BRAVO; et al ., 2008) .

Em outro contexto, Mendes-Chiloff, et al.,2009, encontraram taxa de dependência para as AIVD de 41,3% em idosos hospitalizados, muito superior à obtida pela presente pesquisa, fato compatível com a situação de mais fragilidade dos idosos estudados.

A maior prevalência de idosos dependentes para as atividades instrumentais em comparação às taxas de dependência para as atividades básicas pode ser explicada pela natureza das tarefas avaliadas: as AVD correspondem às funções mais elementares no que diz respeito à sobrevivência do indivíduo, enquanto as AIVD envolvem tarefas mais complexas (controlar finanças, utilizar meios de transporte, usar o telefone, limpar a casa e passar roupa), afetadas mais precocemente pela presença de doenças ou declínio cognitivo.

Vários estudos encontraram diferenças relativas ao sexo nas taxas de idosos com dependência para as AIVD. Em geral, mulheres têm sido identificadas como grupo mais acometido (FARINASSO, et al., 2006), mas há estudos que não mostraram esta relação (MARCELINI et al., 2002; RAMOS et al., 1998; KAWAMOTO et al., 2004) e outros que encontraram mais dependência para as atividades instrumentais em homens (ESCOBAR BRAVO et al., 2008), como no presente estudo. Diferenças metodológicas e nos contextos de vida dos indivíduos estudados podem explicar o fato de ora serem os homens e ora as mulheres os mais afetados.

Um dos fatores mais consistentemente apontado pela literatura como associado com mais dependência é a baixa escolaridade. Maciel e Guerra (2007) relataram a associação entre analfabetismo e desempenho nas AIVD em estudo transversal realizado na zona urbana no município de Santa Cruz/RN, com 310 idosos. Para tais autores, é possível que tal relação se deva ao fato de que indivíduos com menor escolaridade têm menos acesso a serviços sociais durante toda a vida, como habitação, cultura e saúde, e piores condições de vida, o que repercutiria em menos cuidado com a saúde e mais doença.

A probabilidade de um idoso ter dependência moderada ou grave foi cerca de cinco vezes maior no baixo nível de escolarização (analfabetos ou analfabetos funcionais) em relação aos mais escolarizados, segundo estudo populacional no município de São Paulo (ROSA et al., 2003)

Os resultados do presente estudo não mostraram associação entre viver só e mais dependência funcional, associação relatada por Maciel e Guerra (2007). É possível que a associação entre viver só e dependência seja modulada por fatores e pelo contexto social, pois viver só pode também significar uma motivação à manutenção da habilidade para realizar

atividades da vida diária devido à inexistência de um companheiro para ajudar, como aponta Rosa et al., (2007). No presente estudo, os idosos casados ou que mantinham relação conjugal estável apresentaram menor taxa de dependência para as AIVD em comparação aos viúvos, resultado corroborado por Maciel e Guerra (2007). Segundo Ramos, et al., 1998, a viuvez é mais freqüente em mulheres, sendo condição também associada com depressão e outras doenças, e este conjunto de condições adversas é que seria responsável pelas taxas maiores de dependência em viúvos, observada em vários estudos.

Com relação ao aumento da taxa de dependência nas AIVD com a idade, o presente estudo é amplamente corroborado pela literatura (DAVIM et al., 2004). Em estudo brasileiro, Fiedler e Peres (2008) identificaram a idade como um fator fortemente associado à perda da capacidade funcional em idosos residentes na zona urbana do Município de Joaçaba, no sul do Brasil.

Um grande estudo longitudinal americano, desenvolvido por Lee (2000), com 7527 idosos de 70 ou mais anos de idade, identificou que o declínio funcional estava positivamente associado com o aumento da idade e que a diminuição da qualidade auditiva e visual, com ocorrências de tonturas e outras instabilidades, era um dos fatores que contribuíam para a maior dependência (PACHECO E SANTOS, 2004).

Outra variável apontada na literatura, frequentemente, como associada com dependência é o nível socioeconômico. Um estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) mostrou que a capacidade funcional dos idosos é fortemente influenciada pela renda familiar per capita. Essa associação persistiu mesmo após ajustamentos por vários indicadores das condições de saúde (LIMA COSTA et al., 2006).

Quando considerada a variável classe econômica, não houve diferenças nas taxas de idosos dependentes para as AIVD no presente estudo. Porém, o presente estudo incluiu apenas idosos assistidos pela rede pública de atenção básica à saúde, o que reduziu os diferenciais socioeconômicos na amostra: a grande maioria dos idosos pertencia às classes D e E, raros à B, nenhum à classe A. Entretanto, deve-se lembrar que a escolaridade é considerada um indicador válido de nível socioeconômico (GIACOMIN et al.,2008) e foi identificada como fator associado ao nível de dependência para as AIVD.

9.2 Estado cognitivo e funcional dos idosos

Além das incapacidades funcionais, as doenças de caráter crônico, como depressão e demência são uma das mais importantes causas de morbimortalidade em idosos, constituindo

os problemas de saúde mental que mais crescem com o envelhecimento populacional. Estima-se que a taxa de declínio cognitivo aumente 0,6% ao ano na faixa de 65 a 69 anos e 8,4% ao ano após 85 anos, gerando um aumento exponencial da prevalência com a idade, passando de 5% entre aqueles com mais de 60 anos para 20% naqueles com idade superior a 80 anos (ALMEIDA, 1998; NITRINI, 1999).

No presente estudo, cerca de 25% dos idosos foram classificados como potencialmente portadores de algum grau de deficiência cognitiva (resultado positivo no MEEM), taxa superior a relatada para o pequeno município de Santo Antonio de Pádua/RJ (16,5%) e inferior à obtida em Catanduva/SP (34,3%), uma cidade paulista de porte semelhante ao de Lins, revelando a influência de fatores contextuais próprios de cada micro-ambiente sobre a prevalência deste agravo em idosos.

Surpreendentemente, um estudo epidemiológico com japoneses (ISHIZAKI et al., 1998) de uma comunidade do norte do país encontrou 21,8% de idosos com possível comprometimento cognitivo, sendo 6,0% com transtorno grave (<18 MEEM), dados estes que se assemelham aos do presente estudo. Esses dados apresentados pelos autores não tiveram adaptação do ponto de corte para aplicação do MEEM.

O declínio cognitivo dificulta a realização das atividades da vida diária e as relações sociais e familiares, prejudicando gradativamente a autonomia do idoso. Na velhice, a manutenção da qualidade de vida está intimamente ligada à capacidade do idoso de desempenhar as funções necessárias à manutenção da sua vida diária e prática, de modo a torná-lo independente dentro do seu contexto socioeconômico e cultural (ABREU et al., 2005). Assim, o diagnóstico precoce de declínio cognitivo possibilita intervenção terapêutica, diminui os níveis de estresse para os familiares, reduz o risco de acidentes, prolonga a autonomia e, em alguns casos, retarda o início do processo demencial (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005). Nesse sentido, destaca-se a importância de inclusão de exames periódicos da população idosa e da adoção de protocolo de rastreamento nos atendimentos rotineiros de idosos na atenção básica à saúde no Brasil. Há também necessidade de capacitação dos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares para o desenvolvimento de ações terapêuticas e de prevenção da progressão da doença para formas mais graves (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006)

O MEEM é um instrumento de rastreio do declínio cognitivo, sugerindo-se que sujeitos com escores inferiores ao das medianas descritas sejam submetidos periodicamente à avaliação quanto a eventuais perdas funcionais em relação ao nível prévio, bem como sejam

encaminhados para avaliação neuropsicológica mais detalhada (CHARCHAT-FICHMAN et al., 2005). A adoção deste instrumento na rede básica tem sido recomendada (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006) e parece viável, visto que no presente estudo foram profissionais de nível médio, sem formação específica prévia em saúde (agentes comunitários de saúde) que o aplicaram.

A combinação do MEEM com o QPAF aumenta a especificidade do diagnóstico de declínio cognitivo, sendo recomendada para confirmação de casos suspeitos, considerando-se que, os casos positivos nos dois testes têm grande probabilidade de apresentarem declínio cognitivo grave (CERQUEIRA, 2003). Adotando o critério MEEM e QPAF juntos, foram identificados 15% dos idosos avaliados no presente estudo. Considerando-se a existência de cerca de 6000 idosos cadastrados na atenção básica à saúde, a demanda potencial para um Centro-Dia voltado ao cuidado do idoso com grave declínio funcional e/ou cognitivo em Lins seria algo em torno de 90 indivíduos. Uma explicação possível para os níveis altos de demência encontrados em Lins pode ser que a amostra estudada abrangia idosos de baixa escolaridade.

Outro estudo brasileiro, citado por Cerqueira (2003) realizado no Rio de Janeiro por Veras (1994) entre idosos de três distritos, utilizando o Short- Care, para avaliar o estado cognitivo, encontrou prevalências que variaram de 5,9% em Copacabana a 9,8% no Méier e até 29,8% em Santa Cruz. Este último dado está próximo ao obtido no presente estudo.

Adotando critérios semelhantes aos adotados nesta pesquisa, o Projeto SABE (LEBRÃO, DUARTE, 2003), realizado no município de São Paulo, em 2003, identificou 3,4% de idosos com declínio cognitivo grave. Devem-se lembrar, novamente, as diferenças nas características das amostras, pois o projeto SABE incluiu amostra populacional e o presente estudo, idosos assistidos pela rede pública de atenção básica à saúde, portanto de nível socioeconômico mais baixo e menor escolaridade. Estas características influem significativamente sobre a ocorrência de agravos da natureza dos pesquisados.

No Brasil, em virtude do grande número de indivíduos analfabetos e com baixa escolaridade, a estratificação dos pontos de corte do MEEM de acordo com a escolaridade assume grande importância, já que diminui a possibilidade de classificar erroneamente idosos que apresentam *performance* cognitiva compatível com a sua escolaridade como portadores de déficit cognitivo (DINIZ; FORLENZA, 2007). Porém, mesmo com a adoção de pontos de corte distintos segundo escolaridade, este estudo apresentou forte associação com declínio cognitivo , concordando com os resultados de estudo de base populacional realizado em

Bambuí/MG, pequena cidade próxima a Belo Horizonte, em 2007, onde a escolaridade teve forte influência na pontuação do MEEM mesmo controlando-se inúmeros fatores de confusão.

Além da escolaridade, estudos de base populacional têm mostrado que existe uma piora no desempenho do MEEM com o aumento da idade, de acordo com Espino et al., (2001), Huppert et al., (2005), Herrera Junior et al., (2002), Han et al., (2008), Morris, et al. (1989), Anderson et al., (2007), Crum et al., (1993), Butler,et al., (1996), fato também observado pelo presente estudo. Sem dúvida, idosos com 80 ou mais anos devem ser avaliados frequentemente pela atenção básica quanto a seu estado funcional e cognitivo.

A ausência de companheiro e o baixo nível de apoio social também aumentam as chances de declínio cognitivo, segundo a literatura. Ainda em Bambuí (VALLE et al., 2009) dados longitudinais identificaram a ausência de cônjuge como outra característica fortemente associada ao pior desempenho do MEEM entre idosos. Bassuk, et al., (1999) citam vários estudos que identificaram em indivíduos solteiros, sobretudo naqueles que moram sozinhos, maior risco de deterioração cognitiva e, possivelmente, de demência.

Várias das características citadas na literatura se associaram com maior freqüência de deficit cognitivo no presente estudo, sendo possível apontar grupos com prioridade para ações de rastreamento: idade acima de 80 anos, baixa escolaridade (<4 anos), ausência de companheiro e quartil inferior do escore de apoio social.

Embora haja autores que relatam maiores taxas de declínio cognitivo em mulheres (HERRERA et al., 2002), não houve associação entre sexo e declínio cognitivo no presente estudo. Como também há um estudo apontando os homens como mais acometidos (LIMA-COSTA et al., 2006), é possível que a relação entre sexo e estado cognitivo em idosos seja dependente de vários fatores intervenientes.

A equipe de Atenção Básica deve estar particularmente, bem preparada para reconhecer os indícios precoces de deterioração cognitiva em pessoas idosas e identificar os casos. Diagnosticada a demência, devem ser definidas várias medidas para assegurar o bem-estar da pessoa, da família e especialmente do cuidador. Este último deve ser levado a: estimular as capacidades remanescentes da pessoa idosa; monitorar e tratar os sintomas neuropsiquiátricos; buscar opções de apoio (centros-dia, grupos de apoio). Avaliar a saúde e o bem estar do cuidador deve, ainda, ser preocupação da equipe de saúde, bem como orientá-lo sobre as características de progressão da doença e os cuidados em fases de dependência extrema. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

9.3 Depressão nos Idosos

No presente estudo, 4,2% dos idosos avaliados apresentaram indícios de depressão grave e 28,3% de depressão leve, taxas semelhantes às obtidas por Veras (1994) em uma área urbana do Rio de Janeiro: 7,6% de depressão grave e 25,8% de depressão leve, porém com outro instrumento (escala de depressão do Short Care) (GURLAND et al., 1984). Outro estudo, realizado em 2006 com idosos que frequentavam um Programa da Universidade Aberta da Terceira Idade, em Pernambuco (LEITE et al., 2006), utilizando o mesmo método de Veras (1994), mostrou que um quarto da população tinha depressão.

Cerqueira (2003), com dados do Projeto SABE do município de São Paulo, obtiveram prevalência de 18,1% de indivíduos com sintomas depressivos, sendo esta de 12,7% entre homens e 22% entre as mulheres, taxas menores do que as obtidas em Lins.

Em revisão bibliográfica de 34 estudos europeus sobre prevalência de depressão em idosos que viviam na comunidade, constatou-se que a depressão maior é relativamente rara (com uma prevalência média de 1,8%), sendo mais alta a prevalência média dos sintomas depressivos (13,5%), taxas menores do que as obtidas em estudos em países em desenvolvimento (BEEKMAN et al., 1999).

Não houve diferenças da prevalência de depressão segundo sexo, idade, escolaridade, arranjo familiar e classe econômica, sendo impossível apontar subgrupos mais expostos a esta doença no contexto do presente estudo.

Em estudos populacionais, a depressão tem sido apontada como mais frequente em mulheres e em viúvos, solteiros ou separados (FRANK; RODRIGUES, 2006; ADAIR; ADAMS; ADLER, 2004; BOWKER et al., 2006). Discutindo a validade destas evidências, os autores afirmam que estes resultados podem decorrer de vieses metodológicos, como de relato,pois mulheres costumam relatar mais sintomas e outros fatores psicopatológicos, pois são muito mais vulneráveis e estão mais expostas a fatores depressivos e pressões sociais. Acrescenta-se ainda que, como sugerem Beekman e Copeland (1999), as mulheres podem estar mais propensas a condições socioeconômicas desfavoráveis e associações têm sido descritas entre depressão e baixos níveis de escolaridade e precária situação profissional.

Há estudos segundo os quais sintomas depressivos estão inversamente associados ao tamanho das redes sociais (PALINKAS et al., 1990) e que altos escores de satisfação com a vida ocorrem em idosos com mais contato com amigos e familiares (Thompson et al., 1990). A literatura destaca a associação entre contato social, apoio e longevidade, ou seja, a maioria dos idosos que visitam seus amigos e familiares regularmente ou por eles são visitados vivem

mais tempo do que aqueles com menor interação social (WASH, 1995). No presente estudo, entretanto, não houve associação entre o escore global de apoio social e depressão.

Como aponta o Ministério da Saúde, na caderneta de atenção básica ao idoso, desenvolver programas para prevenir, identificar e tratar a depressão entre idosos pode contribuir significativamente para a promoção da saúde e sua reabilitação psicossocial. Este programa também contribui para prevenção de recorrências, redução de outras doenças presentes e do suicídio, melhoria do estado cognitivo e funcional. (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE; DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006).

9.4 Apoio social

Observou-se que as médias e medianas dos escores de apoio social obtidas pelo presente estudo foram favoráveis e, até certo ponto, superiores às esperadas, considerando as várias situações adversas presentes nos idosos estudados, como baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico e alta prevalência de incapacidade instrumental, declínio cognitivo e depressão. Estes resultados foram relativamente homogêneos para todas as dimensões de apoio, exceto apoio de informação e interação social, cujos escores médios foram um pouco mais baixos. É possível que os idosos do município de Lins contem mais facilmente com apoio material e afetivo, sendo mais carentes de pessoas e/ou instituições que possam fornecer apoio para a obtenção de informações ou para momentos de lazer e diversão.

Um outro estudo sobre apoio social disponível a idosos, no caso em meio rural, (PINTO et al., 2006) também obteve escore médio menor no domínio interação social. Ainda neste citado estudo, as mulheres e idosos com menor escolaridade apresentaram piores escores de apoio.

Segundo Chachamovich (2005), as redes sociais na velhice são fatores que influenciam positivamente em todos os construtos da qualidade de vida, particularmente, o domínio psicológico. As redes sociais insatisfatórias correlacionam-se com piores escores na qualidade de vida relacionada a saúde de uma maneira geral.

Segundo Rosa et al., 2003, diversos estudos confirmam a existência de diferenças na estrutura das relações sociais conforme a idade. Em termos gerais, pessoas mais jovens tendem a ter mais contatos e mais apoio instrumental do que as mais idosas. Nos grupos etários mais avançados, o nível dos contatos piora, provavelmente, pela diminuição do número de irmãos e amigos vivos, que constituíam a rede social potencial. O aumento da

idade também piora os outros aspectos da rede social de apoio. Ou seja, as chances dos idosos de “morarem sós”, de serem “não casados” e de apresentarem baixa freqüência no IFAP (Indice de Frequencia de Ajudas Recebidas) aumentam significativamente com a idade, sobretudo na faixa acima de 70 anos.

De acordo com Ramos (2002), as relações sociais têm um efeito na saúde, no sentido de que as pessoas, nas sociedades modernas, esperam a reciprocidade, e, quando isto não é possível, principalmente na fase do envelhecimento, as pessoas sentem-se dependentes, e isso pode afetar a saúde de diferentes maneiras. Por outro lado, quando as pessoas têm problemas de saúde, elas experienciam uma falta de relações sociais balanceadas devido à incapacidade para trocar em bases iguais.

As considerações acima deixam claro que idosos constituem grupo de risco para precária rede de apoio, mas, em termos médios, os idosos estudados em Lins apresentaram indicadores favoráveis de apoio disponível. Este resultado, pode ter impacto positivo nos indicadores de saúde, dado que pessoas idosas que estão bem integradas em suas famílias e/ou no seu meio social, têm maiores chances de sobrevivência, além de concentrarem maior capacidade de se recuperar das doenças, sendo o isolamento social importante fator de risco para a morbidade e mortalidade (TORRES et al., 2009).

9.5 Auto percepção de saúde

A saúde percebida ou a auto-avaliação da saúde é muito utilizada em estudos epidemiológicos, não apenas devido a sua importância em si, mas também em decorrência da sua associação de condições clínicas e maior risco de morbidade e mortalidade subsequentes. Segundo Lebrão e Laurenti, (2005), muitos estudos recentes tem mostrado que, os indivíduos que relatam condição de saúde escassa ou pobreza têm riscos de mortalidade consistentemente mais altos que aqueles que reportam melhor estado de saúde.

Ela representa a percepção geral de saúde, incluindo suas dimensões biológica, psicossocial e social. Considera-se a percepção de saúde dependente do status de saúde, da rede de apoio social e do acesso e uso dos serviços de saúde (MACIEl, 2007).

A mensuração objetiva do estado de saúde é difícil, mas a auto percepção tem se mostrado um indicador confiável e sua utilização tem sido crescente, pelas vantagens operacionais em relação às medidas diretas do estado de saúde e a capacidade funcional (ALVES; RODRIGUES, 2005). Adotando este indicador, um quinto dos idosos estudados no presente estudo considerou sua saúde ruim ou muito ruim. Também utilizando a auto-

avaliação de saúde, mas denominando regular e ruim as duas categorias mais baixas de saúde, pesquisadores do Instituto Nacional do Câncer encontraram altas proporções de saúde regular/ruim em adultos, com 50 anos ou mais pesquisados em 18 capitais brasileiras, variando de 52,1% em São Luís a 23,8% em Porto Alegre. Na cidade de São Paulo, 35,8% afirmaram ter saúde ruim/muito ruim (SOUZA et al., 2008). Em Bambuí/MG, a taxa de saúde ruim/muito ruim em idosos foi de 26,1% (LIMA-COSTA et al., 2005), valores mais próximos dos obtidos em Lins pela presente pesquisa.

A saúde percebida é considerada um importante preditor de incapacidade funcional. A medida de percepção de saúde relaciona-se com a visão subjetiva do nível de saúde, desempenhando importante papel na avaliação da condição física. A ocorrência de problemas físicos, psíquicos e sociais pode gerar sentimentos de fragilidade e insegurança que repercutem de forma negativa no desempenho funcional.

Ainda os transtornos depressivos levam a uma importante repercussão sobre a qualidade de vida dos idosos, com risco de maior mortalidade e suicídios. Considerando essas questões e as relações que as diversas dimensões de saúde do idoso por eles estudadas mantêm entre si, a carga de estresse orgânico oriundo destas conduz a um quadro de comorbidades que, em um outro momento, podem potencializar seus deficits e com isso piorar sua autopercepção à saúde (MACIELet al., 2007).

Giacomin et al., (2008) observaram que quanto maior a incapacidade, pior a auto-avaliação da saúde de idosos, tendo esta associação persistida mesmo após ajustamentos para outras características relevantes, incluindo doenças crônicas. Em outro estudo de base populacional no Município de Guatambu/SC, os idosos que possuíam uma percepção ruim de sua saúde apresentaram maiores níveis de dependência funcional (SANTOS et al., 2007). Outros estudos têm demonstrado a associação entre incapacidade funcional e autopercepção de saúde desfavorável (ROSA et al., 2003).

Por outro lado, a saúde auto- referida é também, um marcador importante das condições gerais de vida do idoso. Lima-Costa et al., (2004) encontraram associações entre auto-avaliação da saúde e suporte social, condições efetivas de saúde e acesso aos serviços. (THEME FILHA et al., 2008) verificaram que a auto-avaliação de saúde apresenta o efeito mais importante para a percepção de doença de longa duração.

Com relação à mortalidade, Maia et al., (2006) encontraram que a avaliação da própria saúde como “má” multiplica o risco de óbitos entre idosos por 2,69 ($p = 0,025$) quando comparada com a avaliação “boa, muito boa ou excelente”. Os resultados do presente estudo, apoiado nos estudos acima,alertam para riscos aumentados de agravos,morbidade,mortalidade

e incapacidade em um quinto dos idosos usuários da rede básica de Lins.Uma simples pergunta sobre auto percepção de saúde,feita rotineiramente,pode ser um instrumento de rastreamento de idosos que necessitam cuidado extra por parte da equipe de saúde.

A autoavaliação de saúde também tem sido analisada como desfecho e fatores de risco para percepção de saúde ruim/muito ruim têm sido estudados. Com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2003, Dachs e Santos (2006), apontaram a importância de fatores socioeconômicos na determinação da autoavaliação de saúde de indivíduos, com 14 ou mais anos de idade, seja com a variável renda per capita (situação atual), seja com um indicador de condições pregressas (posse de bens). Também evidenciaram que a escolaridade é mediadora da relação entre condição econômica e a avaliação de saúde.

Assim, em idosos com baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico, características de grande parte dos usuários de serviços públicos de atenção primária à saúde, são esperadas taxas de auto-avaliação de saúde ruim/muito ruim maiores do que na população em geral.

Além do nível sócio-econômico, outros fatores foram apontados como associados com auto-avaliação de saúde. Em indivíduos acima de 15 anos, foram identificadas piores condições de saúde percebida em mulheres, em maiores de 50 anos e naqueles com menor grau de escolaridade no estudo nas 18 capitais, já citado (LIMA COSTA et al., 2007). Em Bambuí, avaliando apenas idosos, baixa escolaridade e insatisfação com a rede de apoio mostraram-se associadas à saúde ruim/muito ruim (LIMA–COSTA et al., 2004), resultado também verificado no presente estudo: 28,3% dos indivíduos no menor quartil do escore de apoio consideraram sua saúde ruim ou muito ruim contra 10,3% dos idosos no quartil superior, havendo tendência linear significativa.

Compreender a relação entre percepção de saúde e apoio social é ainda um desafio, sendo sugerido tratar-se de uma relação bidirecional: tanto a falta de apoio conduziria à progressiva perda de saúde, como existem outras hipóteses sobre os mecanismos pelos quais este efeito seria exercido. O fato de o indivíduo estar doente poderia levá-lo a avaliar sua rede de apoio de modo mais negativo, uma vez que ele, possivelmente, estará mais dependente dela (CERHAN; WALLACE, 1993). Sendo verdade este último mecanismo, haveria, então, uma lacuna no sistema de apoio aos idosos com pior estado de saúde assistidos pela rede pública de saúde de Lins.

9.6 Implicações para a rede de saúde

Segundo conhecimento pessoal da autora desta Dissertação, a rede de atenção básica de saúde de Lins não desenvolve ações rotineiras para detecção de incapacidades, declínio cognitivo e funcional e depressão em idosos, fato que a coloca em desacordo com a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994).

Segundo a PNI, cabe ao País e, portanto, a cada município: instituir metas que viabilizem prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde dos idosos, mediante programas e medidas profiláticas; realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças dos idosos, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação; criar serviços alternativos de saúde para os idosos, contribuindo para a preservação da capacidade física e mental do idoso e evitando agravos como as doenças crônico-degenerativas e depressão.

Rodrigues et al (2007) ressalta que nesta política pública estão definidas as diretrizes norteadoras de todas as ações no setor saúde e indicadas as responsabilidades institucionais para o alcance da proposta. Foram estabelecidas algumas diretrizes, como:

a) promoção do envelhecimento saudável voltado ao desenvolvimento de ações que orientem os idosos e as pessoas que estão envelhecendo em relação à importância da melhoria de suas habilidades funcionais, mediante a adoção precoce de hábitos saudáveis de vida e a eliminação de comportamentos nocivos à saúde;

b) orientação aos idosos e seus familiares quanto aos riscos ambientais favoráveis a quedas;

c) manutenção da capacidade funcional referente às ações com vistas à prevenção de perdas funcionais em dois níveis específicos;

d) reforço de ações dirigidas para a detecção precoce de enfermidades não transmissíveis, com a introdução de novas medidas, como a antecipação de danos sensoriais, utilização de protocolos para situações de risco de quedas, alteração de humor e perdas cognitivas, prevenção de perdas dentárias e outras afecções da cavidade bucal e prevenção de deficiências nutricionais;

e) avaliação das capacidades e perdas funcionais no ambiente domiciliar e prevenção do isolamento social.

No contexto do presente estudo um dos requisitos primordiais da equipe de saúde, sobretudo do enfermeiro, para atuar na atenção básica de saúde é sua capacitação para a realização multidimensional do idoso, atendendo a essa nova demanda que aumenta sistematicamente.

A promoção da saúde deve ter o objetivo de esclarecer e orientar os próprios idosos

ainda não incapacitados,assim como as famílias dos que já estão acometidos de incapacidades,declínios e doenças crônico- degenerativas, sobre os cuidados a serem desenvolvidos para preservação da sua autonomia e funcionalidade.A seguir,o enfermeiro deve realizar o acompanhamento do plano desenvolvido para as famílias e para os idosos,esclarecendo-os sobre possíveis intercorrências que os agravos já presentes podem gerar no contexto familiar e orientando-os a acionar os vários tipos de serviços sociais e de saúde disponíveis,nos vários níveis de atenção(primária,secundária e terciária),de maneira integrada (BRASIL,2006).

Alem disso a formação de grupos para as famílias, com finalidade de orientação deve ser continua e com todo suporte da equipe profissional, para esclarecimentos e soluções que possam viabilizar a manutenção e a preservação da qualidade de vida destes idosos que possam viabilizar a manutenção e a preservação da qualidade de vida destes idosos.

Compreender o envelhecimento é considerar que ele faz parte de um processo natural de diminuição de reserva funcional dos indivíduos (senescência). Em condições normais, a senescência não costuma causar qualquer problema. Em contrapartida a senilidade em condições de sobrecarga, como estresse emocional, doenças crônico-degenerativas e acidentes, podem ocorrer condições patológicas que requeiram assistência.

Ao organizar a atenção primária à saúde, dois grandes erros devem ser continuamente evitados, como os apontados em publicação normativa sobre o tema. O primeiro é considerar que todas as alterações ocorridas com a pessoa idosa sejam decorrentes de seu envelhecimento natural, o que pode impedir a detecção precoce e o tratamento de certas doenças; o segundo é tratar o envelhecimento natural como doença a partir da realização de exames e tratamentos desnecessários originários de sinais e sintomas que podem ser facilmente explicados pela senescência (BRASIL, 2006).

É função da política de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Considerando saúde de forma ampliada, tornam-se necessárias mudanças que ultrapassem a esfera dos serviços de saúde voltadas à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa. Isto implica também uma política de redução das desigualdades e da discriminação contra os idosos (RODRIGUES et al., 2007).

A enfermagem, como equipe, possui responsabilidade direta na concretização do direito dos idosos à saúde. É sua responsabilidade assegurar a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo-lhe acesso universal e

igualitário. Conforme previsto no Estatuto do idoso; as ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) devem ser pautadas na prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo atenção especial às doenças que afetam a vida longeva (BRASIL, 2003; COSTA; MENDONÇA; ABIGALIL, 2002). Sua atuação deverá ser exercida em todos os níveis da atenção à saúde, incluindo as unidades básicas de saúde, ambulatórios, hospitais, centros-dia, equipamentos de assistência social e a rede de apoio social, de modo coordenado.

Especificamente, cabe aos profissionais de saúde das Unidades de Atenção Básica à Saúde comunicarem-se efetivamente com os idosos e sua família, realizarem uma avaliação multidisciplinar, conforme proposta do MS, além de atendê-los na integralidade, procurando minimizar ao máximo os problemas que poderão surgir em decorrência da velhice (BRASIL, 2006).

Os idosos assistidos pela rede básica do município de Lins apresentam taxas de problemas relativos à dependência, estado cognitivo e funcional, saúde mental e estado geral de saúde elevadas que justificam, primeiro, o investimento na rede básica, na capacitação de suas equipes e organização das ações voltadas aos idosos em geral. Somente após o alcance destas transformações, valerá investir na estruturação de uma unidade como um centro-dia, voltada aos idosos com grande comprometimento funcional e de saúde. Não respeitar esta hierarquia pode conduzir em futuro próximo à hipertrofia do número de idosos demandando atenção secundária e especializada, pela falta de medidas de promoção da saúde, prevenção e detecção precoce de agravos no presente.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os idosos assistidos pela rede pública de atenção primária à saúde do município de Lins têm como características predominantes serem do sexo feminino, e da faixa etária de 60 a 69 anos, estarem casados ou em união consensual e viverem em arranjos formados por duas ou mais pessoas, apresentarem baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico e considerarem sua saúde boa, muito boa ou excelente. A situação de apoio social disponível aos idosos pareceu favorável, com escores médios de apoio social variando de 81 a 86%, para as dimensões apoio material, emocional e afetivo e de 72 a 78% ,para apoio de informação e interação social positiva.

Porém, as parcelas com características que, de acordo com a literatura, aumentam as chances de agravos à saúde de idosos também foram expressivas: 18,6% viviam sós, 33,9% eram viúvos, 14,8% solteiros e divorciados, 14% tinham mais de 80 anos, 21,9% eram analfabetos e 68,5% tinham apenas até 3 anos de escolaridade, 20% tinham percepção de que sua saúde era ruim ou muito ruim.

Condizente com o perfil dos idosos acima expostos, as proporções de indivíduos com prejuízos nos domínios de saúde pesquisados foram significativas.

Quanto à independência, 7,1% apresentaram limitações para as atividades básicas de vida diária, sendo 1,9% totalmente dependentes neste domínio e 34,7% dependência para as atividades instrumentais da vida diária, sendo 6,3% dependência total. Cerca de um quarto dos idosos apresentaram prejuízo cognitivo pela escala MEEM ou QPAF, sendo que 15% apresentaram resultados adversos em ambas as escalas. Finalmente, em relação à saúde mental, quase um terço (32,5%) dos idosos pontuaram seis ou mais, ou seja tinham indícios de depressão.

Foram identificadas associações entre determinadas características socioeconômicas e demográficas e entre apoio social e a frequência de alguns dos agravos estudados, resultados úteis para indicar grupos prioritários para intervenções.

Houve associação entre dependência para AIVD e sexo, sendo a situação dos homens mais desfavorável, e estado conjugal, sendo viúvos o grupo mais afetado. A situação conjugal também influiu sobre o estado cognitivo e sobre a adequação do apoio social, sendo, nestes casos, pior a situação de solteiros/divorciados em comparação com casados/união consensual e viúvos.

A idade foi fator associado com vários parâmetros, sendo maior a proporção de idosos dependentes para AIVD, com deficit cognitivo e com declínio funcional nas idades mais avançadas (80 anos e mais).

Ao contrário do apontado pela literatura, não houve associação entre classe econômica

e situação dos idosos, mas a baixa escolaridade, também um indicador de nível socioeconômico, associou-se com vários desfechos adversos: dependência para AIVD, déficit cognitivo e declínio funcional.

A presença de depressão não variou segundo as características demográficas e socioeconômicas pesquisadas, e também não foram influenciadas pelo escore de apoio social, resultados divergentes dos esperados. Entretanto, apoio social associou-se inversamente com prejuízos cognitivo e funcional e com percepção de saúde ruim/muito ruim, resultados que encontram apoio na literatura e vem se somar aos obtidos por outros estudos, apontando a importância deste constructo como determinante da saúde, em especial dos idosos.

Em síntese, as frequências de situações adversas (dependência para AIVD, deficit cognitivo, declínio funcional, depressão e autoavaliação de saúde ruim/muito ruim), variam entre 20 e 35%, perfil que justifica a adoção de medidas programáticas de rastreamento, diagnóstico e cuidado destes importantes aspectos da saúde dos idosos, sendo os mais velhos, sem companheiro, com baixa escolaridade e com piores escores de apoio social os prioritários para tais intervenções. Além disso, um grupo com possível demência, estimado em algo em torno de 90 idosos, tem necessidade de intervenções específicas, por parte das equipes de saúde, dirigidas a estes e a seus cuidadores.

REFERÊNCIAS

Abreu ID, Forlenza OV, Barros LH. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. Rev. psiquiatr clín. (São Paulo) 2005;32(3):131-6.

Adair N, Adams HP, Adler J. Current geriatric diagnosis and treatment. New York: McGraw-Hill; 2004.

Adler J. Parkinson's Disease and essential tremor. In: Landefeld CS, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons LW: Current geriatric diagnosis and treatment. United Stastes: McGraw Hill; 2004. p. 88-99.

Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. Arq. neuropsiquiatr. 1998;56(3b):605-612.

Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2004.

Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Cad. saúde pública [periódico na Internet]. 2008 [citado 2010 Feb 19];24(3):535-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300007&lng=en.

Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev panam. salud pública. 2005;17(5-6):333–41.

Anderson TM, Sachedev PS, Brodaty H, Trollor JN, Andrews G. Effects of sociodemographic and health variables on Mini-Mental State Exam scores in older Australians. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15(6):467-76.

Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2002;7(4):925-34.

Andrade CR. Associação entre apoio social e freqüência relatada de auto-exame das mamas no estudo pró-saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

Bassuk SS, Glass TA, Berkman LF. Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. Ann Intern. Med. [periódico na Internet] 1999 [citado 2003 Nov 18];131(3):200-1. Disponível em: http://www.annals.org/cgi/content/full/131/3/165

Barbosa LM, Andrade FC. Rompendo a barreira dos 60: uma aplicação da técnica dos riscos competitivos à mortalidade dos idosos no Brasil e regiões, 1991. In: Wong LR, organizador. O envelhecimento da população brasileira e o aumento da longevidade: subsídios para políticas orientadas ao bem-estar do idoso. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2001. p. 97-123.

Barreto SM, Giatti L, Uchoa E, Lima-Costa MF. Gênero e desigualdades em saúde entre idosos brasileiros. In: 1º Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil; 2002; Ouro Preto. Anais. Ouro Preto: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento; 2002. p. 59-69.

Beekman AT, Penninx BW, Deeg DJ, Ormel J, Braam AW, van Tilburg W. Depression and physical health in later life: results from the Longitudinal aging study Amsterdam (LASA). J Affect Disord. 1997;46(3):219-31.

Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ. Review of community prevalence of depression in latter life. Br J Psychiatry. 1999;174: 307-11.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq. Neuropsiquiatr. 1994;52(1):1-7.

Blazer D, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. Gerontologist. 1987;27(3):281-287.

Blazer D, Williams CD. The epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. Am J Psychiatry. 1980;137(4):439-44.

Butler SM, Ashford JW, Snowdon DA. Age, education, and changes in the Mini-Mental State Exam scores of older women: findings from the Nun Study. J Am Geriatr Soc. 1996;44(6):675-81.

Brasil. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. [texto na Internet]. Diário Oficial da União; 1994 Jan. 5 [citado 2008 Out 10]. Disponível em: http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/idosolei8842.htm

Brasil. Lei 10741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [texto na Internet]. Brasília (DF) [citado 2009 Set 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm

Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social. Plano de Ação Governamental Integrado para o desenvolvimento da Política Nacional do Idoso. Brasília, DF: Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Assistência Social; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília (DF); 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto de Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto [texto na Internet]. Brasília (DF); 2006 Fev 22 [citado 2006 Set 1]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006. [Cadernos de Atenção Básica, 19].

Brasil. Senado Federal. Parecer nº 1301 de 2003. Redação final do Projeto de Lei da Câmara nº 57, de 2003 (nº 3.561, de 1997, na casa de origem). Dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. [texto na Internet]. Brasília, DF: Senado Federal, Comissão Diretora; 2003. [citado 2009 Set 10]. Disponível em: http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057RF.pdf

Bowker LK, Price JD, Smith SC. Oxford handbook of geriatric medicine. New York: Oxford University Press; 2006.

Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. Arq. neuropsiquiatr. 2003;61(3B):777-81.

Caetano MJV. Grupo de convivência e promoção da saúde: estudo sobre um programa de envelhecimento saudável no Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Sociais; 2006 [citado 2008 Out 11]. Disponível em: http://www.ence.ibge.gov.br/pos_graduacao/mestrado/dissertacoes/pdf/2006/maria_martha_jogaib_v_c_TC.pdf

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidade e demandas das famílias. Cad. saúde pública. 2003;19(3):773-81.

Camarano AA, organizadora. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

Camargos Mirela Castro Santos, Rodrigues Roberto do Nascimento, Machado Carla Jorge. Expectativa de vida saudável para idosos brasileiros, 2003. Ciênc. saúde coletiva [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2010 Feb 20] ; 14(5): 1903-1909. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500032 &lng=en. doi: 10.1590/S1413-81232009000500032.

Carvalho JAM, Andrade FCD. Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos. In: Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad; 1999; Santiago. Anais. Santiago: CELADE; 2000. p. 81-102.

Carvalho, JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. saúde pública. 2003;19(3):725-33.

Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance: the fouth wade Hampton frost lecture. Am J Epidemiol.1976;104(2):107-23.

Cerhan JR, Wallace RB. Predictors of decline in social relationships in the rural elderly. Am J Epidemiol. 1993;137(8):870-80.

Cerqueira ATAR. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML; Duarte YAO, organizadores. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: OPAS/MS; 2003. p. 143-65.

Chachamovich E. Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. saúde pública. 1997;31(2):184-200.

Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K ,Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. Rev. bras psiquitr. 2005;27(1):79-82.

Mendes-Chiloff CL, Torres AR, Lima MCP, Ramos-Cerqueira ATA. Prevalence and correlates of cognitive impairment among the elderly in a General Hospital. Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;28(5):442-8.

Chor D, Griep RH, Lopes CS, Faerstein E. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. Cad saúde pública 2001;17(4):887-96.

Copeland JR. Depression of older age: origins of the study. Br J Psychiatry. 1999;174:304-6.

Correia AL, Nascimento RR. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev panam. salud publica [periódico na Internet]. 2005 [citado 2010 Jan 18];17(5-6):333-341. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500005&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892005000500005.

Correia MVG, Teixeira CCG, Araújo JF, Brito LMO, Figueiredo Neto JA, Chein MBC, et al. Perfil cognitivo em idosas de dois serviços públicos em São Luís – MA. Rev psiquiatr clin. 2008;35(4):131-37.

Costa NE, Mendonça JM, Abigalil A. Políticas de assistência ao idoso: a construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2002. p.1077-82.

Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and education level. JAMA. 1993; 269(18):2386-91.

Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. Cienc saude coletiva. 2006;11(4):887-94.

Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. J Epidemiol Community Health. 1999;53(7):412-6.

Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima VM. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev latinoam enferm. 2004;12(3):518-24.

Debert GG. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP; 1999.

Diniz BSO, Forlenza OV. O uso de biomarcadores no líquido cefalorraquidiano no diagnóstico precoce da doença de Alzheimer. Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo) [periódico na Internet]. 2007 [citado 2010 Feb 05];34(3):144-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000300007&lng=en. doi: 10.1590/S0101-60832007000300007.

Escobar Bravo MÁ, Puga D, Martín M. Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. Rev. Esp. salud publica [periodico na Internet]. 2008 [citado 2010 Jan 29];82(6):637-651. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000600005&lng=en. doi: 10.1590/S1135-57272008000600005.

Espino DV, Lichtenstein MJ, Palmer RF, Hazuda HP. Ethnic differences in mini-mental state examination (MMSE) scores: where you live makes a difference. J Am Geriatr Soc. 2001; 49(5):538-48.

Farinasso ALC,Marques S, Rodrigues RAP, Haas VJ. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. Rev. gaúch Enferm. 2006;27(1):45-52.

Fernandes MGM, Almeida CB. Processo de pensamento alterado em idosos na vivência asilar. Nursing (São Paulo). 2001;4(34):22-5.

Ferrari J, Dalacorte RR. Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. Porto Alegre: Scientia Medica 2007;17:3-8.

Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad. saúde pública [periódico na Internet]. 2008 [citado 2010 Feb 4];24(2):409-415. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/19.pdf

Fillenbaum G. The well-being of the elderly: approaches to multidimensional assessment. Geneva: World Health Organization; 1984. [Technical Report, 84].

Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. Cad saúde pública. 2003;19(3):817-27.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res. 1975;12(3):189-98.

França LHFP. Perspectivas existenciais em um grupo de idosos. Intercâmbio. 1988; 2(1):49-56.

Frank MH, Rodrigues NL. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 376-87.

Freitas EV, Miranda RD, Nery MR. Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global. In: Freitas EV, Py L, Neri AL, Cançado FAX, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 610-617.

Gallucci Neto J, Tamelini MG, Forlenza OV. Diagnóstico diferencial das demências. Rev psiquiatr clín (São Paulo). 2005; 32(3): 119-30.

Giacomin KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde pública. 2008;24(6):1260-70.

Giron MS, Fastbom J, Winblad B. Clinical trials of potential antidepressants: to what extent are the elderly represented: a review. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20(3):201-17.

Guaralnik JM. Assessment of physical performance and disablity in older persons. Muscle Nerve Suppl. 1997;5:S14-16.

Guralnik JM, LaCroix AZ, Abbott RD, Berkman LF, Satterfield S, Evans DA, et al. Maintaining mobility in late life. I. Demographic characteristics and chronic conditions. Am J Epidemiol. 1993;137(8):845-57.

Guedea MTD, Albuquerque FJB, Tróccoli BT, Noriega JAV, Seabra MAB, Guedea RLD. Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. Psicol. Reflex. Crit. [periódico na Internet]. 2006 [citado 2009 Dez 09];19(2):301-308. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a17v19n2.pdf

Guerra IC, Ramos-Cerqueira ATA. Risco de hospitalização Repetidas em idosos usuários de um centro de saúde escola. Cad saúde pública. 2007;23(3):585-92.

Griep RH, Chor D, Faerstein E, Lopes C. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Cad saúde pública. 2003;19(2):625-34.

Gurland B, Golden RR, Teresi JA, Challop J. The short-care: an efficient instrument for the assessment of depression dementia and disability. J Geroltol.1984;39(2):166-9.

Han C, Jo SA, Jo I, Kim E, Park MH, Kang Y. An adaptation of the Korean mini-mental state examination (K-MMSE) in elderly Koreans: demographic influence and population-based norms (the AGE study). Arch Gerontol Geriatr. 2008;47(3):302-10.

Herrera Junior E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. Rev. psiquiatri clín. 1998;25(2):70-3.

Herrera Junior E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2002;16(2):103-8.

Hoeymans N, Feskens EJ, Kromhout D, van den Bos GA. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. Soc Sci Med. 1997;45(10):1527-36.

Hoover SL, Siegel JA. International demographic trends and perspectives on aging. J.Cross-Cult. Geront. 1986;1(1):5-30.

Huppert FA, Cabelli ST, Matthews FE. Brief cognitive assessment in a UK population sample - distributional properties and the relationship between the MMSE and an extended mental state examination. BMC Geriatr. 2005;4:5-7.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil. [texto na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2000 [citado 2008 Maio 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default .shtm>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Países@. [texto na Internet]. Rio de Janeiro IBGE; 2008a. [citado 2008 out. 6]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/paisesat/

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Lins: morbidades hospitalares 2008. [texto na Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2008b. [citado 2008 Out 6]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1

Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística. Levantamento sócio econômico-2000-IBOPE. [texto na Internet]. Rio de Janeiro: IBOPE; 2000. [citado 2003 Fev 2]. Disponível em: http://www.anep.org.br

Ishizaki J, Meguro K, Ambo H, Shimada M, Yamaguchi S, Hayasaka C et al. A normative, community-based study of mini-mental state in elderly adults: the effect of age and educational level. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1998;53(6):359-63.

Kalache A, Veras RP, Ramos LR. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. Rev. Saúde públ. 1987;21(3):200-10.

Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly: a practical guide to measurement. Toronto: Lexington Books; 1981.

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad. Saúde pública. 2003; 19(3):861-6.

Karch U. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illnessin in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914-9.

Kawamoto R, Yoshida O, Oka Y. Factors related to functional capacity in community dwelling elderly. Geriatrics & Gerontology International. 2004;4(2):105-10.

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

Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicia. [texto na Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. [citado 2006 Out 11]. Disponível em: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev. bras. epidemiol. [periodico na Internet]. 2005 [citado 2010 Feb 16];8(2):127-141. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_ arttext& pid=S1415-790X2005000200005&lng=en. doi: 10.1590/S1415-790X2005000200005.

Lechner V, Neal M. The mix of public and private programs in the United States: implications for employed caregivers. In: Lechner V, Neal M, organizadores. Work and Caring for the Elderly: international perspectives. Philadelphia: Taylor & Francis; 1999. p. 120-137.

Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. J Epidemiol Community Health. 2000;54(2):123-9.

Leite VMM, Carvalho EMF, Barreto KML, Falcão IV. Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev bras saúde matern infant. 2006;6(1):31-8.

Levy SM. Avaliação multidimensional do paciente idoso. In: Reichel W, Gallo JJ, Busby-Whitehead J, Rabins PV, Silliman RA, Murphy JB. Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.15-29.

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Estrutura da auto-avalição da saúde em idosos: projeto Bambuí. Rev. saúde pública [periódico na Internet]. 2004 [citado 2010 Feb 4];38(6):827-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n6/11.pdf

Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. Cad. saúde pública [serial on the Internet]. 2005 [cited 2010 Feb 11]; 21(3): 830-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300017&lng= en. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300017.

Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD 1998, 2003). Ciênc. saúde coletiva. 2006;11(4): 941-50.

Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. Cad. saúde pública [periódico na Internet]. 2007 [citado 2010 Fev 16];23(8):1893-1902. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800016&lng=pt. doi: 10.1590/S0102-311X2007000800016.

Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento [editorial]. Cad. saúde pública. 2003;19(3):700-1.

Lima PMR. A arte de envelhecer : um estudo sobre história de vida e envelhecimento [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008. [citado 2009 Dez 10]. Disponível em: http://hdl.handle.net/10482/1907

Lopes MA, Botino CMC. Prevalência de Demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. Arq neuropsiquiatr. 2002;60(1): 61-9.

Lourenço Roberto A, Veras Renato P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2006 Aug [cited 2010 Feb 19] ; 40(4): 712-719. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en . doi: 10.1590/S0034-89102006000500023.

Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa-MG. Rev. bras. epidemiol. [periodico na Internet]. 2007 [citado 2010 Jan 25];10(4):592-605. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2007000400017&lng=en. doi: 10.1590/S1415-790X2007000400017.

Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcionalde idosos residentes no nordeste do Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2007;10(2):178-89.

MAIA, FOM, DUARTE, YAO; LEBRÃO, ML; SANTOS, JLF. Fatores de risco para mortalidade em idosos. Rev. saúde pública. 2006;40(6):1049-56.

Mangone CA, Arizaga RL. Dementia in Argentina and other Latin-American Countries: an overview. Neuroepidemioly.1999;18(5):231-5.

Marcelini F, Leonardi F, Marcucci A, Freddi A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. Arch Gerontol Geriatrics, Amsterdam 2002;8 Suppl:181-9.

Matsudo S. Envelhecimento e atividade física. Londrina: Midiograf; 2001.

Montaño MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. Rev saúde pública. 2005;39(6):912-7.

Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, et al. The consortium to establish a registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I: clinical and neuropsychological assessment for Alzheimer's disease. Neurology 1989;39(9):1159-65.

Moum T. Self-assessed health among norwegian adults. Soc Sci Med. 1992;35(7):935-47

Nagi SZ. An epidemiology of diasability among adults in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1976;54(4):439-67.

National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in health and aging. [text on the Internet]. Atlanta: NCHS [citado 2005 Out 13]. Available from: http://www.cdc.gov/nchs/agingact.

Navarro FM, Marcon SS. Convivência familiar e independência para atividades de vida diária entre idosos de um centro dia. Cogitare enferm. 2006;11(3):211-7.

NERI, AL. Qualidade de vida e idade madura. Campinas: Papirus; 1993.

Nitrini R. Epidemiologia da doença de Alzheimer no Brasil. Rev psiquiatr clín (São Paulo) [periódico na Internet]. 1999 [citado 2009 Nov 12];26(5):262-7. Disponível em: http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n5/artigo(261).htm

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. *Assembléia Mundial sobre envelhecimento:* resolução 39/125. Viena: 1982.

Palinkas AL,Wingard DL, Barret-Cannor E. The biocultural context of social networks and depressionamong the elderly. Soc Sci Med. 1990;30(4):441-7.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Rev. saúde pública [periódico na Internet]. 2005 [citado 2009 Out 14];39(6): 918-923. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php? script=sci_arttext &pid=S0034-89102005000600008&lng=en. doi: 10.1590/S0034-89102005000600008.

Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. Textos sobre Envelhecimento. 2004;7(2).

Paz SF. Espelho, espelho meu! ou as imagens que povoam o imaginário social da velhice o idoso. In: Paz SF. Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?. Rio de Janeiro: CBSSIS/ANG-RIO; 2000. p. 43-84.

Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. J Gerontol. 1982; 37(3):323-9.

Periodical on ageing 84. (United Nations). New York, 1(1); 1985.

Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Mangini SC, Carvalhaes MABL. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. Ciênc. saúde coletiva. 2006;11(3):753-64.

Pinquart M, Sörensen S. Older adults' preferences for informal, formal, and mixed support for future care needs: a comparison of Germany and the United States. Int J Aging Hum Dev. 2002;54(4):291-314.

Pope AM, Tarlov Ar, editors. Disability in America: toward a nacional agenda for prevention. Washington, DC: Institute of Medicine/National Academy Press;1991.

Prince M. The need for research on dementia in developing countries. Trop Med Int Health. 1997;2(10):993-1000.

Py L. Velhice nos arredores da morte: a interdependência na relação entre idosos e seus familiares. Porto Alegre: Edipucrs; 2004.

Rahman MO. Age and gender variation in the impact of household structure on elderly mortality. Int J Epidemiol. 1999;28(3):485-91.

Ramos LR. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. Gerontologia.1993;1(1):3-8.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto Epidoso, São Paulo. Cad. saúde pública. 2003;19(3):793-8.

Ramos LR, Veras RP, Kalache A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. saúde pública.1987; 21(3):211-24.

Ramos LR, Toniolo J, Cendoroglo MS, Garcia JT, Najas MS, Perracini M, et al. Two-year follow-up of elderly residents in S. Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. Rev. saúde pública. 1998;5(32):397-407.

Ramos MP. Apoio social e saúde entre os idosos. Sociologias. 2002;4(7):156-75.

Reys BN, Bezerra AB, Vilela ALS, Keusen AL, Marinho V, Paula E, et al. Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve Rev. Assoc. Med. Bras. 2006;52(6):401-4.

Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Rosset-Cruz I, Lange C. Politica nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto Contexto em Enfermagem. 2007;16(3):536-545.

ROSA, T. E. C. Determinantes da capacidade funcional de idosos residentes no distrito de São Paulo. In: vi congresso brasileiro de saúde coletiva, 2000, salvador. LIvro de Resumos do VI congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2000. p. 1-1.

Rosa TEC. Determinantes do estado nutricional de idosos do Município de São Paulo: Fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.

Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. Rev. saúde pública [periódico na Internet]. 2003 [citado 2009 Jun 23];37(1):40-8 Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-89102003000100008&lng=pt&nrm=iso

Rosa TEC, Benício MHDA, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007;23(12):2982-92.

Roth P. Family social support. In: Bomar PJ, organizador. Nurses and family health promotion: concepts, assessment, and interventions. Baltimore: Willians &Wilkins; 1989. p. 90-102.

Rowe JW, Kahn RL. Human Aging: usual and successful. Science. 1987; 237(4811):143-149.

Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. Cad saúde pública. 2007;23(11):2781-8.

Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. Rev. saúde pública [periódico na Internet]. 2002 [citado 2010 Fev 4];36(6):773-8. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700018&lng =en. doi: 10.1590/S0034-89102002000700018.

São Paulo (Estado). Seade. Território e população. [texto na Internet]. São Paulo: Seade; 2000. [citado 2003 Fev 2]. Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php

Siqueira GR, Vasconcelos DT, Duarte GC, Arruda IC, Costa JAS, Cardoso RO. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 Feb 19];14(1):253-9. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100031&lng=en.

Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo VC, Lozana JA. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. Rev. saúde pública [periódico na Internet]. 2008 [citado 2010 Fev 11];42(4): 741-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400022&lng=pt. Epub 30-Abr-2008. doi: 10.1590/S0034-89102008005000029.

Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. Rev. saúde pública [periódico na Internet]. 2008 [citado 2010 Feb 16];42(1):73-81. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6088.pdf

Tirado MGA. A percepção dos idosos sobre envelhecimento e dependência: um estudo qualitativo no município de Belo Horizonte [tese]. Belo Horizonte: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

Torres GV, Reis LA, Fernandes MH, Mascarenhas CHM. Avaliação da qualidade de vida de idosos dependentes residentes em domicílio. Cienc Cuid Saúde [periódico na Internet]. 2009 [citado 2010 Fev 6];8(3):352-8. Disponível em: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9016/5001.

Valle EA, Castro-Costa E, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. Cad. saúde pública. 2009;25(4):918-26.

Veras RP. A era dos idosos: os novos desafios. In: Anais da 1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil; 2002; Ouro Preto. Anais. Ouro Preto: NESPE; 2002. p.89-96.

Veras RP. Um país jovem com cabelos broncos. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

VOGT, C. Álbum de retalhos. [texto da internet]. Campinas [Citado 2009Ago 20]. Disponível em: http://www.comciencia.br/reportagens/framereport.htm

Wagner FA, Gallo JJ, Delva J. Depression in late life: a hidden public health problem for Mexico? Salud publica Mex. 1999;41(3):189-202.

Wash F. A família em estágio tardio da vida. In: Carter B, McGoldrick M, organizadores. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 269-87.

World Health Organization. Internacional classification of imparmeints, diseases and handicaps. Geneva: WHO; 1981.

World Health Organization. Men, ageing and health. Geneva: WHO; 2001.

Yang Y, George LK. Functional disability: disability transitions and depressive symptoms in late life. J Aging Health. 2005;17(3):263-92.

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37-49.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa

Eu, _____, portador (a) do RG _____,
domiciliado(a) na Rua _____ nº _____,
na cidade de Lins, estou de acordo em participar da pesquisa intitulada: Características de apoio social e capacidade funcional de idosos assistidos em unidades de atenção básica à saúde no município de Lins: estudo epidemiológico para implantação de serviço, **de autoria de Rosangela Badine, Enfermeira da Unidade Básica de Saúde Dr Adalberto Ariano Crespo e sob orientação da Profa Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes, da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.**

Declaro que fui esclarecido (a) quanto:

1 – ao objetivo do estudo, que é estudar o apoio social, capacidade mental e saúde mental de idosos visando estimar a demanda para um serviço de atenção aos mesmos, nos moldes de um centro -dia;

2- ao fato de que, com esse estudo, a pesquisadora irá apresentar sua dissertação de mestrado junto à Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP;

3 – ao fato das informações obtidas serem tratadas exclusivamente pelos pesquisadores, sendo garantido meu anonimato em todas as etapas, até a divulgação dos resultados;

4 – à possibilidade de não participar desta pesquisa, bem como desistir da mesma em qualquer momento, sem nenhum prejuízo a minha pessoa ou familiares e ao meu atendimento em serviços de saúde do município, sejam os atuais ou futuros;

4 – ao fato de a pesquisadora estar disponível para esclarecimentos que forem necessários, e em caso de não me sentir atendido(a), que poderei entrar em contato com o Secretário Municipal de Saúde e com a orientadora do estudo, na Faculdade de Medicina de Botucatu-UNESP.

Assim subscrevem as partes envolvidas nesta declaração.

Entrevistado**: .....**

Nome: Pesquisadora: **.....**

Rosangela Badine Pizzighini.e-mail:robadine@hotmail.com

Endereço: Prof. Nelson Toledo Martins 12

Cidade: Lins/São Paulo-Fone: (14)35232679

Orientadora**: Prof.Drª Maria Antonieta Barros Leite Carvalhaes . e-mail:**

carvalha@fmb.unesp.br

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP-Botucatu/S.P- Fone: 14-3813-5264 ou 14-3811-602

ANEXOS

ANEXO A: Pesquisa: "Características de Apoio Social e Capacidade funcional de Idosos assistidos em Unidade de Atenção à saúde no município de Lins : estudo epidemiológico para implantação de serviço".

Nome do Entrevistador:_____UBS_____ Data: ___/___/____ Entrevista No:____

1. Nome :	
2. Endereço :	
3. Idade:	Idade ☐☐
4. Sexo : Feminino [1] Masculino [2]	Sexo ☐ (1, 2)
5. Cor: Branca [1] Negra [2] Parda [3] Amarela [4] Indígena [5]	Cor ☐ (1 a 5)
6. Est.Civil : Casado [1] Solteiro [2] Divorciado [3] Concubinato [4] Viúvo [5]	Estcivil ☐ (1 a 5)
7. Escolaridade : **8. Alfabetizado :** Sabe ler e escrever: Sim [1] Não [2]	Afabetiz ☐ (1,2) Nescolar ☐ (1,2,3,4,5,6,9) Anosescol ☐☐ -

Nunca estudou [1]	
Estudou até 3ª série do 1º grau [2]	
Elementar completo ou até a 4ª série do 1º grau e fez 5ª a 7ª série do 1º grau de elementar completo a 1o grau incompleto [3]	
De 1o grau completo a 2o grau incompleto [4]	
De 2º grau completo a superior incompleto [5]	
Superior completo ou mais [6]	
Última série e grau concluída com aprovação : ☐☐	

9 . Composição e renda familiar (IBGE)

Nome pessoa	**Grau de parentesco**	**Ocupação/onde trabalha**	**Salário Último mês**
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
Total			

Rfamtotal ☐

Npesfam ☐☐

Rpercapta ☐

ANEXO B: Critéio de Classificação Econômica Brasil

	Clasecon ☐

	Tem				
	Não tem	**01**	**02**	**03**	**04 ou +**
Televisão a cores					
Rádio					
Automóvel					
Banheiro					
Empregada Mensalista					
Aspirador de pó					
Máquina de lavar					
Videocassete e/ou DVD					
Geladeira					
Freezer (aparelhos independentes ou parte da geladeira duplex)					

Classificação escolar: Analfabeto / Primário Incompleto [1] Primário completo / Ginasial incompleto [2] Ginasial completo / Colegial incompleto [3] Colegial completo / Superior incompleto [4] Superior completo [5]	☐
Classe Econômica	**Classeco** ☐ **(1 a 7)**

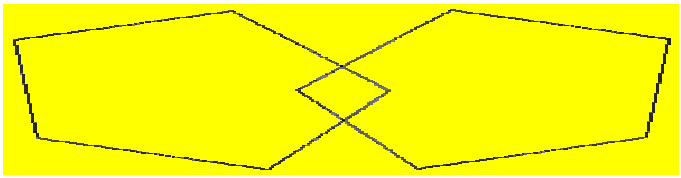
ANEXO C: Avaliação do Grau de Dependência (Atividades de Vida Diária)

11. O SR.(A) TOMA AS REFEIÇÕES: 1. Sem Ajuda(capaz de tomar refeições por si só) (1) 2. Com alguma ajuda necessita de ajuda para, por exemplo:cortar carne,ou passar manteiga no pão.. (0) 3.É incapaz de alimentar-se por si só,é alimentado parcial ou total por sonda enteral ou parenteral. (0)	**Refeicao** ☐
12. O SR.(A) CONSEGUE VESTIR E TIRAR SUAS ROUPAS?: 1. Sem Ajuda(apanhar roupas e usá-las por si só). (1) 2. Com alguma ajuda,exceto para amarrar os sapatos. (0) 3. Não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só. (0)	**Roupa** ☐
13.O SR (A) LOCOMOVE-SE: 1. Sem ajuda(pode utilizar apoio como bengala ou andador). (1) 2. Com alguma ajuda(de uma pessoa ou com uso de andador ou muletas). (0) 3.É completamente incapaz de se locomover.(não sai da cama). (0)	**Locomoc** ☐
14. O SR (A) DEITA-SE E LEVANTA-SE DA CAMA: 1. Sem Ajuda ou apoio. (1) 2. Com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer). (0) 3.É dependente de alguém para deitar-se ou levantar-se da cama. (0)	**Dleite** ☐
15. O SR (A) TOMA BANHO EM BANHEIRA OU CHUVEIRO: 1. Sem ajuda. (1) 2. Com alguma ajuda(necessita de ajuda para entrar e sair da banheira ou suporte especial para o banho). (0) 3. É incapaz de banhar-se por si só. (0)	**Banho** ☐
16.O SR (A) TEM PROBLEMAS SOBRE AS FUNÇÕES DE URINAR E EVACUAR: 1. Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. (1) 2. tem perdas ocasionais ,acidentes= perdas urinarias e fecais. (0) 3. Utiliza sonda vesical ou colostomia (0)	**Banheiro** ☐
17.Pontos 1 ou 0	**Tavd** ☐ **(0 a 6)**

ANEXO D: Escala de Lawton. Avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diária

18. Capacidade para usar o Telefone: 1. Usa o telefone por iniciativa própria (1). 2. É capaz de anotar bem alguns números familiares (1). 3. É capaz de atender uma chamada, mas não anotar (1) 4.Não utiliza o telefone. (0)	Capfone ☐ (0 ou 1)
19. Com Relação a compras: 1. Realiza compras, independentemente. (1) 2. Faz pequenas compras, independentemente. (0) 3. Necessita ir acompanhado para realizar qualquer compra. (0) 4. Totalmente incapaz de fazer compras. (0)	**Recomp** ☐ **(0 ou 1)**
20.Uso de meios de Transporte: 1. Viaja sozinho em transporte publico ou em seu próprio carro.(1) 2. É capaz de pegar um taxi, mas não usa outro meio de transporte.(1) 3. Viaja em transporte publico, quando acompanhado. (1) 4. Utiliza taxi ou automóvel somente com ajuda dos outros(0) 5.Não viaja de jeito nenhum(0).	**MeTransp** ☐ **(0 ou 1)**
21.Preparo das refeições: 1.Organiza prepara e serve,por si só,adequadamente.(1) 2.Prepara as refeições adequadamente se lhe são oferecidos os ingredientes.(0) 3.Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.(0).	**PrepRef** ☐ **(0a 1)**
22. Lavagem de roupa: 1.Lava toda a sua roupa (1). 2. Lava apenas peças pequenas (1). 3. A lavagem de toda a roupa esta a cargo de outra pessoa(0).	lav.roupa ☐ (0 ou 1)
23. Cuidados da Casa: 1. Mantém a casa sozinha ou com ajuda ocasional(para trabalhos pesados(1) 2. Realiza trabalhos leves, como lavar louça ou fazer camas(1) 3.Realiza trabalhos leves,mas não consegue manter um nível adequado de limpeza(1) 4.Necessita de ajuda nas tarefas domesticas(1). 5.Não participa em nenhuma tarefa domestica(0).	**Cuidcasa** ☐ **(0 a 1)**
24. Responsabilidade em relação a sua Medicação 1. É capaz de tomar a medicação na hora e doses correta. (1). 2. Toma a medicação se lhe prepararem as doses previamente.(0) . 3. Não é capaz de tomar medicação.(0).	Medic ☐ (0 ou 1)
25. Gestão dos seus assuntos econômicos 1. Toma a seu cargo os seus assuntos econômicos. (1). 2. Necessita as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas compras grandes.(1). 3. Incapaz de lidar com dinheiro. (0).	Aeconom ☐ (0 ou 1)
26. Pontos 1 ou 0- Pontos indicado na alternativa	**TAIVD** (0 a 8) ☐

ANEXO E: Avaliação Cognitiva (MEEM)- Não aplicar se for demente. De 1 ponto para cada resposta correta e o para demente.

27.Orientação temporal:(de um ponto para cada resposta correta). Que dia é hoje?____ Em que mês estamos?____ Em que ano estamos?____ Em que dia da semana estamos?____ Qual a hora aproximada?(considerar variação de mais ou menos uma hora).____	**Temporal** ☐ **(0 a 5)**
28. Orientação espacial: (de um ponto para cada resposta correta). Em que local nos estamos?(consultório, sala, dormitório-apontando para o chão)?____ Que local é este aqui?(apontando ao redor num sentido mais amplo hospital, casa de repouso, própria casa).____ Em que bairro nos estamos ou qual o nome de uma rua próxima?____ Em que cidade nós estamos? ____ Em que Estado nós estamos____	**Espacial** ☐ **(0 a 5)**
29.. Memória imediata: Nomeie três objetos (carro, vaso, janela). Depois, peça ao paciente que os repita para você e se ele errar repita as palavras até o indivíduo aprender as 3 palavras (5 tentativas). Se ele acertar, de 1 ponto para acerto.	**Imediata (0 a 3)** ☐
30.Calculo: subtração de setes seriadamente relacionadas. (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto.Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se auto-corrigir.	**Calculo** ☐ **(0 a 5)**
31.Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir no item memória imediata 1 ponto para cada. (Só uma tentativa)	**Evocacao(0 a3)** ☐
32. Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta) . 1 ponto para cada.	**Nomeac** ☐ **(0 a 2)**
33. Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: .Nem aqui, nem ali, nem lá.. Considere somente se a repetição for perfeita (1 ponto). Uma só tentativa.	**Repeticao** ☐ **(0 a 1)**
34. Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão/mesa (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas. Só uma tentativa.	**Comando** ☐ **(0 a 3)**
35.Leitura: mostre a frase escrita. FECHE OS OLHOS. Peça ao indivíduo para fazer o que está sendo mandado. Não o auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.(1ponto) .Uma tentativa	**Leitura** ☐ **(0 a 1)**
36. Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (1 ponto).	**Frase** ☐ **(0 a 1)**
37. Peça ao paciente que copie o seguinte desenho (1 ponto) 	**Desenho** ☐ **(0 a 1)**
	EscMEEN ☐ **(0 a 30)**

ANEXO F: Questionário de PFEFFER

38.MOSTRE AO INFORMANTE UM CARTÃO COM AS OPÇÕES ABAIXO E LEIA AS PERGUNTAS. Sim é capaz [0] Nunca o fez, mas poderia fazer agora [0] Com alguma dificuldade, mas faz [1] Nunca fez e teria dificuldade agora [1] Necessita de ajuda [2] Não é capaz [3)	
39.(PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro?	Cdinheiro ☐ (0,1,2,3)
40. PESSOA IDOSA) é capaz de fazer as compras sozinho (por exemplo de comida e roupa.	Comida ☐ (0,1,2,3)
41. PESSOA IDOSA) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo?	Esquenta ☐ (0,1,2,3)
42. PESSOA IDOSA) é capaz de preparar comida?	Preparar ☐ (0,1,2,3)
43. (PESSOA IDOSA) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança?	Vizinhos ☐ (0,1,2,3)
44.(PESSOA IDOSA) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de radio, televisão ou um artigo do jornal?	Atencao ☐ (0,1,2,3)
45.(PESSOA IDOSA) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares?	Lcompr ☐ (0,1,2,3)
46.PESSOA IDOSA) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos?	Medicam ☐ (0,1,2,3)
47.(PESSOA IDOSA) é capaz de andar pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa?	Andarviz ☐ (0,1,2,3)
48.(PESSOA IDOSA) é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente?	Cumprim ☐ (0,1,2,3)
49.(PESSOA IDOSA) é capaz de ficar sozinho(a) em casa sem problemas?	Csozinho ☐ (0,1,2,3)
50. Pontuação: Some as respostas de acordo com o indicado no cartão. A pontuação máxima é 33 pontos.	EscPEE ☐ (0 a 33)

ANEXO G: Perguntar : Auto – Avaliação de saúde

51. Em geral o senhor considera que sua saúde é: 1. Excelente 2. Muito boa 3. Boa 4. Ruim 5. Muito ruim	**Autoaval** ☐ **(1 a 5)**

ANEXO H: Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage-versão reduzida (GDS-15)

	Sim(1) ou Não (0)
a)Você esta satisfeito com sua vida?	☐ **(0 , 1)**
b)Você deixou de lado muitos de suas atividades e interesses?	☐ **(0 , 1)**
c)Você sente que sua vida está vazia?	☐ **(0 , 1)**
d)Você sente-se aborrecido com freqüência?	☐ **(0 , 1)**
e)Você esta de bom humor na maioria das vezes?	☐ **(0 , 1)**
f)Você teme que algo de ruim lhe aconteça?	☐ **(0 , 1)**
g)Você se sente feliz na maioria das vezes?	☐ **(0 , 1)**
h)Você se sente freqüentemente desamparado?	☐ **(0 , 1)**
i) Você prefere permanecer em casa do que sair e fazer coisas novas?	☐ **(0 , 1)**
j) Você sente que tem mais problemas de memória que antes?	☐ **(0 , 1)**
k)Você pensa que é maravilhoso estar vivo?	☐ **(0 , 1)**
l)Você se sente inútil?	☐ **(0 , 1)**
m)Você se sente cheio de energia?	☐ **(0 , 1)**
n) Você sente que sua situação é sem esperança?	☐ **(0 , 1)**
o) Você pensa que a maioria das pessoas estão melhores do que você?	☐ **(0 , 1)**
0-10 normal **. 11-20 depressão média** **. 21-30 depressão moderada/severa**	**TotalGDS (0 a 15)** ☐☐
52-Formulário sobre apoio social:	

ANEXO I: Apoio Material

Se você precisar...	
A) Com que freqüência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
B) Com que freqüência conta com alguém para levá-lo (a) ao médico? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
C) Com que freqüência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepará-las? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
D) Com que freqüência conta com alguém para ajudá-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
53.O escore será obtido a partir da soma dos pontos obtidos, de acordo com a resposta dada. **Escore de apoio material:**	**Escmat** **(4 a 20)** ☐☐
Apoio Afetivo: **Se você precisar...**	
A) Com que freqüência conta com alguém que demonstre amor e afeto por você? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	**(1 a 5)**
B) Com que freqüência conta com alguém que lhe dê um abraço? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	**(1 a 5)**
C) Com que freqüência conta com alguém que você ame e que faça você se sentir querido? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
54. O escore de apoio afetivo será obtido pela soma de pontos conforme resposta dada. **Escore de apoio afetivo**	**Escafet** **(3 a 15)** ☐☐
Apoio Emocional **Se você precisar:**	
A) Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
B) Com que freqüência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou de seus problemas? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
C) Com que freqüência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
D)Com que freqüência conta com alguém que compreenda seus problemas? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
55.Escore emocional:	**Escmoc** **(4 a 20)** ☐☐
Apoio de Informação **Se você precisar:**	
A)Com que freqüência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma crise? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1a 5)**
B)Com que freqüência conta com alguém para lhe dar informações que o(a) ajude a compreende uma determinada situação? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
C)Com que freqüência conta com alguém de quem você realmente quem conselhos? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
D)Com que freqüência conta com alguém para lhe dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal ? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
56. Escore de Informação	**Escinform** **(4 a 20)** ☐☐

Interação Social Positiva **Se você precisar...**	
A). Com que freqüência conta com alguém para se diverti junto? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
B)Com que freqüência conta com alguém com quem relaxar? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
C)Com que freqüência conta com alguém com quem distrair a cabeça? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
D)Com que freqüência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis? 1. Nunca 2. Raramente 3. Ás vezes 4. Quase sempre 5. Sempre	☐ **(1 a 5)**
O escore de interação positiva será o resultado da soma dos pontos de acordo com a resposta dada.	**Escsocial** ☐☐ **(4 a 20)**

ANEXO J – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa.

Famema

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos – CEP/FAMEMA

Marília, 16 de Dezembro de 2008

Ilmo(ª) Sr.(ª)
Rosângela Badine Pizzighini
Marília/SP

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, recebeu o protocolo de estudo nº 616/08, intitulado: "Características de Apoio Social e Capacidade Funcional de Idosos Assistidos em Unidades de Atenção Básica à Saúde no Município de Lins: estudo epidemiológico para implantação de serviço", foi considerado **APROVADO** em Reunião Ordinária – 15/12/2008, aceito de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, pode ser iniciado.

Sendo só para o momento, reiteramos protestos de consideração e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Valdeir Fagundes de Queiroz
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa
Envolvendo Seres Humanos

Av. Monte Carmelo, 800 - Marilia - S.P. - CEP: 17.519-030
Fone: (014) 3402 1827 - E-.mail: dirpos@famema.br