



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

EDLIVIA DIAS DE MATTOS

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS
DEPENDENTES CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
LONDRINA/PR**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

**Botucatu
2015**

EDLIVIA DIAS DE MATTOS

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DEPENDENTES
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE LONDRINA/PR**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para
obtenção do título de Doutora em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof(a) PhD. Ilda de Godoy

Botucatu
2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Norte do Paraná
Biblioteca Central
Setor de Tratamento da Informação

Mattos, Edlivia Dias de

M389c

Capacidade funcional de idosos dependentes cadastrados na estratégia saúde da família do município de Londrina/PR – Botucatu: UNESP, 2015.

150p.

Tese (Doutorado) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientadora: Profª. PhD. Ilda de Godoy

1. Saúde pública - Tese - Doutorado – UNESP. 2. Saúde do idoso. 3. Incapacidade funcional. 4. Dependência. 5. Envelhecimento. I. Godoy, Ilda de, orientadora. II. Universidade Estadual Paulista.

Palavras-chaves: Idoso. Capacidade funcional. Dependência. Estratégia Saúde da Família.

EDLIVIA DIAS DE MATTOS

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS DEPENDENTES
CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE LONDRINA/PR**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof(a) PhD. Ilda de Godoy

COMISSÃO EXAMINADORA

Professora PhD. Ilda de Godoy
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”

Professora PhD. Ana Tereza de
Abreu Ramos Cerqueira
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”

Prof. PhD. Marli Terezinha
Cassamassimo Duarte
Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”

Prof. Dra. Viviane de Souza Pinho
Costa
Universidade Norte do Paraná

Prof. Dra. Érica Chistiane Marocco
Duran
Universidade Estadual de Campinas

Botucatu, ____ de ____ de 2015.

AGRADECIMENTOS

Não estive só, uma força maior me impulsionou, para levar avante o grande desafio. Saúde, paz, entusiasmo e perseverança, foram os maiores dons que ELE me deu.

Obrigado Senhor

Esses quatro anos de pesquisa resumem uma árdua jornada de desafios, construções e amadurecimento. Nenhum empreendimento é realizado de forma fácil e sem esforço. E pessoas que foram peças fundamentais nesse processo merecem meu respeito e agradecimento.

A minha filha Mariana pelo amor, dedicação e interesse por me amparar ao longo da confecção desta tese. Meu amor por você é infinito.

Aos meus avôs in memoriam: Pedro, Edionil e Cherubim. Em especial à vó Olivia, a qual pela estreita convivência, e ser a última a partir, foi a que, pude ver envelhecer e compreender melhor a dimensão profunda e sensível deste fato.

Ao meu pai Edson e minha mãe Marilena, pelo amor, zelo, conselhos, dedicação e pela torcida vigorosa em todas as etapas da minha vida.

Ao André, meu amor, cúmplice, companheiro, meu ombro amigo, que dividiu comigo minhas dúvidas, minhas descobertas e minhas conquistas profissionais.

A minha irmã Edlena, meu cunhado Aziz e meu sobrinho Aziz Filho, pelo carinho, respeito e amizade incondicional.

À professora PhD. Ilda de Godoy, minha orientadora, que me acolheu com carinho, respeito, entusiasmo, com competência e enfrentou comigo o desafio de realizar esta pesquisa. Obrigada Prof^a Ilda de Godoy.

Aos amigos do Doutorado, com quem aprendi grandes lições de companheirismo e solidariedade; com quem enfrentei desafios, meu tributo especial, pois as amizades aqui solidificadas permanecem, apesar dos diferentes caminhos que cada um deverá seguir.

Ao meu amigo Reginaldo Fidelis, pela amizade inestimável, paciência e importante colaboração nas análises estatísticas.

Aos amigos do Departamento de Enfermagem da Universidade Norte do Paraná: que me apoiaram e compreenderam minhas ausências ao trabalho para que pudesse me dedicar ao Doutorado.

As alunas da iniciação científica, Ana Cristina Alba, Andréa Cristina de Souza, Angela Tirolla, Elza Zanatto e Luciléia Albuquerque de Oliveira, pela dedicação, determinação, respeito e ética na condução das tarefas que lhes eram atribuídas. Sem vocês não seria possível à condução deste estudo, meu eterno obrigada.

RESUMO

MATTOS, E.D. **Capacidade funcional de idosos dependentes cadastrados na estratégia de saúde da família do município de Londrina/PR**. 2015. 150f. Tese (Doutorado) – Campus de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2015.

O envelhecimento populacional torna a saúde dos idosos um importante foco de atenção. À medida que a pessoa envelhece, maiores são as chances da ocorrência de incapacidades funcionais. A avaliação da condição de saúde torna-se fundamental na assistência integral ao idoso. Neste contexto, o presente estudo objetivou investigar os fatores associados à incapacidade funcional de idosos. Trata-se de um estudo observacional descritivo e analítico, de corte transversal, realizada no período de março de 2010 a novembro de 2014. A população de estudo foi constituída por 266 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Londrina/PR. A amostra foi determinada estatisticamente, atendendo a um intervalo de confiança de 95% e a um erro amostral de 5%. Para a coleta de dados, utilizaram-se instrumentos que investigaram aspectos demográficos e socioeconômicos, indicadores de saúde, presença de doenças crônicas e incapacidade funcional. Dos pesquisados 173 (65%) pertenciam ao sexo feminino, à média de idade encontrada foi de 77,5 anos ($DP \pm 8.2$). De acordo com os resultados da pesquisa, a incapacidade apresentou associação estatística com faixa etária ($p < 0.0001$), situação conjugal ($p = 0.0475$), comprometimento das atividades instrumentais de vida diária ($p < 0.0001$), estado nutricional ($p < 0.0001$), e a presença de comorbidades como o Alzheimer ($p < 0.0001$), AVE ($p < 0.0001$), Problema Vascular ($p = 0.0023$), Dislipidemia ($p = 0.0348$), Hipertensão Arterial ($p = 0.0362$), Parkinson ($p = 0.0439$) e Doença Gastrointestinal ($p = 0.0485$). Em relação à aplicação da Medida de Independência Funcional, observou associação estatística para as dimensões autocuidado, controle de esfíncter, locomoção e cognição ($p < 0.0001$) as quais influenciaram o nível de incapacidade do idoso. Os resultados finais deste estudo indicam que fatores demográficos, condições de saúde e doenças crônicas associam-se para a ocorrência da incapacidade funcional no idoso, contribuindo desta forma para sua dependência.

Descritores: Saúde pública. Saúde do idoso. Incapacidade funcional. Dependência. Envelhecimento.

ABSTRACT

MATTOS, E.D. **Functional capacity of dependents elderly registered in the Family Health Strategy of the city of Londrina, PR.** 2015. 150f. Tese (Doutorado) – Campus de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2015.

With the aging of population, the health of the elderly has become an important issue worthy of attention. As a person grows older, the chances of diminished functional capacity increase significantly. A health evaluation becomes essential for a proper and wholesome assistance to the elder's health and wellbeing. In this context, the following study intends to investigate the leading factors associated with functional incapacity in elders. This research utilized an observational, descriptive, analytical, cross-sectional, study held in the period of March 2010 to November, 2014. The study was based on 266 elders who were registered in the Family Health Strategy (ESF) of the city of Londrina, PR. The case studies were statistically selected respecting the confidence interval of 95% and sampling error of 5%. For the data collection, the mechanism used investigated demographical and socio-economical aspects that served as indicators to health, chronic illness and functional incapacity. From those selected for the case study, 173 (65%) were female, the average age was 77.5 years ($DP \pm 8.2$). According to the results of the research, the functional incapacity presented statistic correlation to the age group ($p < 0.0001$), marital status ($p = 0.0475$), compromised daily activities ($p < 0.0001$), nutritional state ($p < 0.0001$), the presence of illnesses like Alzheimer ($p < 0.0001$), Encephalic Vascular Accident (EVA) ($p < 0.0001$), Vascular Problems ($p = 0.0023$), Dyslipidemia ($p = 0.0348$), Arterial Hypertension ($p = 0.0362$), Parkinson ($p = 0.0439$), Gastrointestinal Illnesses ($p = 0.0485$). With the application of the Functional Independence Measurement, it was possible to observe statistic association with self-care, sphincter control, locomotion and cognition ($p < 0.0001$) which influenced the levels of incapacity in elders. The final results of the research show that demographical factor, health conditions and chronic illnesses correlate for the incidence of functional incapacity in elders, thus contributing to their dependence.

Keywords: Public Health. Elder's health. Functional Incapacity. Dependence. Aging.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelos de incapacidade funcional.....	44
Figura 2 – Modelo de incapacidade funcional pelos critérios da ICF	45
Figura 3 – Árvore de decisões geral da MIF.....	62
Figura 4 – Distribuição da independência funcional dos idosos e pontuação da MIF para todas as categorias no contexto dos idosos com dependência de 25%. Município de Londrina/PR, 2010-2014	88
Figura 5 – Distribuição da independência funcional dos idosos e pontuação da MIF para todas as categorias no contexto dos idosos com dependência de 50%. Município de Londrina/PR, 2010-2014	90
Figura 6 – Distribuição da independência funcional e pontuação da MIF para os idosos com dependência de 50%. Município de Londrina/PR, 2010/2014.....	92

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Amostra EELO-Dependentes, estratificada conforme níveis de dependência do idoso para as AIVDs, nas cinco macrorregiões do município de Londrina/PR, 2010-2014	59
Tabela 2 – Características demográficas e condições socioeconômicas dos idosos e suas respectivas níveis de dependência pela MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).....	72
Tabela 3 – Características dos indicadores de saúde, doenças crônicas não transmissíveis, e dependência pela MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).....	82
Tabela 4 – Análise da Razão de Prevalência e Razão da Prevalência ajustada, com análise bivariada e multivariada respectivamente da associação entre características demográficas, socioeconômica, indicadores de saúde e MIF (independentes e com algum grau de dependência) entre idosos. Município de Londrina/PR, 2010/2014 (n=266).....	81
Tabela 5 – Distribuição da incapacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, nas dimensões e categorias da MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).....	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – USF relacionadas por macrorregiões do município de Londrina/PR	55
Quadro 2 – Número de idosos cadastrados em cada USF selecionada do município de Londrina/PR	56
Quadro 3 – Nível de dependência do idoso segundo a Escala de Lawton.....	58
Quadro 4 – Nível de dependência do idoso segundo a MIF.....	63
Quadro 5 – Sub-escores de dependência do idoso segundo a MIF, considerando a soma das seis dimensões avaliadas	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACOVE	Assessing Care of Vulnerable Elders
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AGG	Avaliação Geriátrica Global
AGM	Avaliação Geriátrica Multidimensional
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AVE	Acidente Vascular Encefálico
AVD	Atividades de Vida Diária
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNPI	Conselho Nacional de Direitos do Idoso
CREASI	Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAN	Mini Avaliação Nutricional
MIF	Medida de Independência Funcional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
SABE	Projeto Saúde Bem Estar e Envelhecimento Brasil
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

USF	Unidade Saúde da Família
VES-13	Vulnerable Elders Survey

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA REALIDADE BRASILEIRA.	16
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO DEPENDENTE .	21
1.3 CONCEITOS FUNDAMENTAIS NO CONTEXTO DO IDOSO	29
1.4 CAPACIDADE FUNCIONAL:UM NOVO PARADIGMA DE SAÚDE.....	33
1.5 INCAPACIDADE FUNCIONAL: CONCEITO, MODELOS E AVALIAÇÃO.....	41
1.6 INAPACIDADE: ESTUDOS POPULACIONAIS.....	47
 2 OBJETIVOS.....	 53
2.1 OBJETIVO GERAL	53
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	53
 3 METODOLOGIA	 54
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	54
3.2 LOCAL DO ESTUDO.	54
3.2.1 Unidades Urbanas Relacionadas pelas Macrorregiões.....	55
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO	55
3.4 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA.....	56
3.4.1 Escala de Lawton.	58
3.5 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA.....	60
3.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados.	61
3.5.1.1 Variável de desfecho.....	61
3.5.1.1.1 Dimensão auto-cuidado.....	63
3.5.1.1.2 Dimensão controle de esfínteres.	63
3.5.1.1.3 Dimensão tranferências.....	64
3.5.1.1.4 Dimensão locomoção	64
3.5.1.1.5 Dimensão comunicação.	64
3.5.1.1.6 Dimensão cognição social.....	64
3.5.1.2 Variáveis de exposição.....	66
3.5.1.2.1 Aspectos sócio-demográficos e de condições gerais de saúde	66
3.5.1.2.2 Mini avaliação nutricional (MAN).	67

3.5 ANÁLISE DE DADOS.....	68
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	70
4 RESULTADOS.....	71
4.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.	71
4.2 DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE E PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	75
4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS	80
4.4 INCAPACIDADE FUNCIONAL RELACIONADA ÀS DIMENSÕES E CATEGORIAS DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL	85
5 DISCUSSÃO	94
5.1 INCAPACIDADE FUNCIONAL.....	94
5.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS, INDICADORES DE SAÚDE E DOENÇAS NÃO TRANSMISSÍVEIS RELACIONADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL.....	96
5.3 A ASSOCIAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICOS, INDICADORES DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	103
6 CONCLUSÃO	106
REFERÊNCIAS.....	108
APÊNDICES	127
APÊNDICE A – INSTRUMENTO GERAL DE AVALIAÇÃO	128
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CONSUMO DE TABACO E OUTRAS COMORBIDADES	132
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS	138
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140
ANEXOS	142

ANEXO A – AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA PELA ESCALA DE LAWTON.....	143
ANEXO B – MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF).....	145
ANEXO C – MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)	147
ANEXO D – PARECER DA UNIVERSIDADE NORTE DO PARANÁ (UNOPAR) REFERENTE AO PROJETO	150

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA REALIDADE BRASILEIRA

O envelhecimento populacional é crescente e representa um dos maiores desafios da saúde pública em âmbito mundial.

Em muitos países esse processo está associado à longevidade da população e à fertilidade reduzida. Apesar das diferenças, esse mecanismo, quando relacionado a países desenvolvidos e aos em desenvolvimento, as idades medianas estão projetadas para aumentarem acentuadamente em ambos os contextos. Esse fato é historicamente importante no processo de transição demográfica e está previsto para tornar-se mais acentuado em todo o mundo ao longo do século 21 (LEE, 2003; ROBINE; MICHEL, 2004; USA, 2007).

No Brasil, os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica e epidemiológica estão relacionados à expressiva redução da taxa de fecundidade, associada à taxa de mortalidade infantil e ao aumento da expectativa de vida, intrinsecamente associada aos avanços da ciência e à melhoria das condições sanitárias, tendo como consequência o envelhecimento populacional. Esse processo pauta-se na modificação da estrutura etária da população, apresentando maior proporção de idosos em termos absolutos e relativos, em relação às outras faixas etárias (CARVALHO, GARCIA, 2003; MONTANHOLI et al., 2006; NASRI, 2008; BLOOM et al., 2011; BRASIL, 2012a).

Além da queda da fecundidade e mortalidade, os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população em muito contribuíram no sentido de elevar a expectativa de vida do brasileiro. Em 1940, a expectativa de vida era de 45,5 anos. Na contemporaneidade, esse indicador elevou-se para 69 anos para os homens e 76,6 para as mulheres, numa média de 74 anos. A barreira dos 70 anos de vida média foi rompida por volta do ano 2000 e, segundo a projeção, o Brasil continuará a galgar anos na vida média de sua população, alcançando em 2050, o limiar de 81,2 anos, semelhante a de países como o Japão, com patamar de 82,6 anos (OLIVEIRA; ALBUQUERQUE; LINS, 2004; IBGE, 2010;).

A transição demográfica no país pode ser resumida em três fases. A primeira, em meados da década de 40, foi caracterizada por elevadíssimas taxas de fecundidade e mortalidade. Entre as décadas 60 e 70, a segunda fase apresentou elevadas taxas de fecundidade e declínio das taxas de mortalidade, contribuindo para um expressivo crescimento populacional denominado de explosão demográfica. Por fim, na década de 80, a terceira fase foi representada por baixas taxas de fecundidade e de mortalidade, contribuindo, sobremaneira, para o envelhecimento populacional brasileiro.

Um exemplo interessante que traduz o processo de envelhecimento da população brasileira está no índice de envelhecimento. Ao longo das últimas décadas, o segmento etário representado por idosos vem crescendo significativamente. No início do século XX, apenas 3,3% da população brasileira era de indivíduos com 60 ou mais anos de idade. Em 2008, a população de 0 a 14 anos correspondia a 26,47% da população geral, entretanto o grupo com 65 anos ou mais de idade representava 6,53%. Ou seja, para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos, havia 24,7 idosos de 65 anos ou mais de idade. Em 2010 passou para 2,9 milhões, representando 14,3% da população idosa e 1,5% da população total (PASKULIN; VIANNA, 2007; MORAES, 2012).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), atualmente os idosos somam aproximadamente 21 milhões, representando 11% da população total brasileira. Estima-se que em 2025 o país ocupará o sexto lugar em número de idosos, somando 32 milhões de pessoas com 60 ou mais anos (BRASIL, 2010, 2012a).

As estatísticas mostram que na maioria dos países em desenvolvimento, a faixa etária com maior crescimento é aquela acima de 60 anos. No Brasil, com base nos dados do último censo, a expectativa de vida aos 60 anos é de mais duas décadas. Em 2020, pela primeira vez na história da humanidade, o número de pessoas com 65 anos ou mais superará o de crianças com idade igual ou inferior a cinco anos (PAVARINI, 2005; IBGE, 2011).

As projeções da Organização das Nações Unidas, pautadas no declínio da mortalidade, especialmente nas idades avançadas, indicam que em 2045, o número de pessoas idosas ultrapassará o de crianças e, em 2050, a expectativa é de que a população de 65 anos ou mais atingirá 38 milhões de pessoas, superando o número de jovens. A população idosa brasileira ampliará a

sua importância relativa, aumentando o seu percentual de 7,8% para 23,6%, com taxas médias de crescimento de 3,2% entre idosos e de 4% ao ano para os idosos longevos. Proporcionalmente, nesse mesmo período a população jovem reduzirá de 28,6% para 17,2%. O Brasil, portanto, será um dos cinco países com maior contingente de idosos do mundo (ZAZA; CHAGAS, 2011; BRASIL, 2012a, 2012b).

O deslocamento na proporção dos diferentes grupos etários estabelece novos fluxos de apoio e dependência. A significativa diferença encontrada entre os recursos consumidos pelos idosos e pelo restante da população reflete a realidade enfrentada pelos serviços de saúde, tanto dos países desenvolvidos quanto dos em desenvolvimento (BRASIL, 2008b).

Segundo Nogales (1998) e Camarano (2006), ao discutir o envelhecimento, entende-se que este fator não é exclusivamente feminino. Embora a longevidade esteja presente de maneira mais efetiva entre as mulheres, elas apresentam um período maior de debilitação biológica antes da morte do que os idosos do sexo masculino.

O Projeto Saúde Bem Estar e Envelhecimento Brasil (SABE), realizado na cidade de São Paulo no ano de 2003, com 2.143 idosos de ambos os sexos, mostra que a estrutura etária das mulheres é mais longa, sendo que uma em cada quatro idosas pesquisadas tem mais de 75 anos. Quanto mais envelhecida for a população idosa estudada, proporcionalmente maior também será o contingente de mulheres, reforçando o fenômeno de feminilização no processo de envelhecimento (LEBRÃO; DUARTE, 2003; CAMARANO, 2006).

Segundo dados do IBGE (2010), a taxa de crescimento da população diminuiu de 3,04% ao ano, entre os anos de 1950-1960, para 1,05% ao ano, em 2008, e poderá alcançar valores negativos, -0,291%, em 2050, com uma população estimada de 215,3 milhões brasileiros. Portanto, as expectativas são de que a população brasileira atinja o chamado “crescimento zero” por volta de 2039, o que acarretará decréscimo absoluto no contingente populacional.

Acompanhando a transição demográfica está a transição epidemiológica, relacionada a mudanças na forma de adoecer e morrer das populações. O Sistema de Informação em Mortalidade evidencia profundas mudanças no perfil da mortalidade da população brasileira. Em 1950, 40% das mortes eram representadas pelas doenças infectocontagiosas. Atualmente, elas representam 10%. O inverso ocorreu com as doenças cardiovasculares, que eram

responsáveis por 12% das mortes em meados do século passado e, atualmente, representam mais de 40% das mortes. Em poucas décadas, o país passou de um perfil de mortalidade típico de uma população jovem para um cenário caracterizado por enfermidades complexas e mais onerosas, representativo de uma população envelhecida (GORDILHO et al., 2000; IBGE, 2009).

Schmidt et al. (2011) e Mendes (2012) apontam que a mudança do padrão de consumo não saudáveis da sociedade contemporânea repercute no comportamento e no estilo de vida, associando-se ao aumento das doenças crônicas. Tomam-se como exemplos o consumo do tabaco, a ingestão demasiada de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social. As doenças crônicas e os transtornos mentais representam 59% do total de óbitos no mundo. Presume-se que esse percentual atingirá 60% até o ano 2020 e as maiores incidências serão de doenças cardíacas, acidente vascular encefálico e câncer. Até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento.

Para Mendes (2011), uma população em processo rápido de envelhecimento, como é o caso da população brasileira, significa um crescente incremento relativo às condições crônicas. Portanto, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um importante problema de saúde pública devido à elevada prevalência na população brasileira.

Todo ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e uma parcela com limitações funcionais, caracterizada por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos, impactando na dinâmica familiar, social e econômica (VERAS, 2007; BRASIL, 2012a).

Em 2003, segundo as informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 29,9% da população brasileira referiu ser acometida de, pelo menos, uma doença crônica. Entre os idosos, as cifras atingiram 75,5%, sendo 69,3% entre os homens e 80,2% entre as mulheres. Entre os idosos que declararam apresentar comorbidade, 64,4% tinham mais de uma doença associada (VERAS; PARAHYBA, 2007; IBGE, 2009).

As DCNT representam 45,9% da carga global de doenças, sendo que o diabetes do tipo II, a obesidade, as doenças cardiovasculares e respiratórias e o câncer figuram como as principais causas de incapacidade e mortalidade no mundo. Cerca de 60% do total de 56,5 milhões de óbitos anuais estão relacionados a essas doenças e 17 milhões de óbitos são atribuídos às cardiopatias e Acidente Vascular Encefálico (AVE) (OMS, 2009).

No Brasil, dados epidemiológicos apontam que embora a carga das DCNT tenha aumentado entre 1996 e 2007, tem-se observado um declínio das taxas de mortalidade por doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas. Tal desfecho tem sido relacionado à redução do tabagismo e à oferta da atenção primária. Por outro lado, houve um aumento da prevalência de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes mellitus, atribuído aos fatores de riscos predisponentes, entre eles, a obesidade e a inatividade física (BRASIL, 2009).

Na população acima de 65 anos, a prevalência foi de 58,4% para HA e de 22,7% para Diabetes mellitus. No projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE), em 2003, a HA teve prevalência de 53,3% e 49%, respectivamente, nos sexos feminino e masculino. Em 2007, a HA foi responsável por 72% dos óbitos no país, acometendo em maior percentual indivíduos de baixa renda (LEBRÃO; DUARTE, 2003; SCHMIDT, 2011).

As DCNT podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das Atividades de Vida Diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre aqueles com 90 ou mais anos (BRASIL, 2006d).

O envelhecimento populacional traz a necessidade de um olhar atento às peculiaridades do segmento etário idoso por parte do poder público, família e da sociedade, pois o processo de envelhecimento demanda a proposição de diversas estratégias, ações e serviços que respondam às necessidades de atenção, proteção e defesa dos direitos das pessoas idosas. Há de se compreender que esse processo desafia governo, família e sociedade a encontrar soluções para as diversas situações e problemas relacionados a esse grupo etário. O envelhecimento populacional, notoriamente, modifica a participação dos grupos na economia do país, e a população idosa necessita de uma maior assistência à saúde. Ao mesmo tempo, demanda por políticas multissetoriais pertinentes à saúde, seguridade social, políticas urbanas, políticas sociais, políticas de trabalho e

emprego, de sustentabilidade do meio ambiente, de mobilidade urbana e de acessibilidade, de ações intergeracionais e pluriculturais, para homens e mulheres, além de desafiar as famílias e a sociedade a se organizarem no enfrentamento deste processo (BRASIL, 2012a).

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS E A ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO DEPENDENTE

É notório que o envelhecimento populacional no Brasil ocorre a passos muito rápidos. Em poucas décadas o contingente idoso cresceu vertiginosamente, constituindo, um importante problema de saúde pública. Esse processo ocorreu diferentemente daquele observado nos países desenvolvidos, já que estes, em um primeiro momento, resolveram questões relacionadas à infraestrutura higiênica sanitária, desnutrição, entre outros extremamente relevantes. Em nosso país, ainda enfrentamos altos índices de mortalidade materna e infantil, inadequações relacionadas ao saneamento básico, dificuldade no acesso por parte da população aos serviços públicos de saúde, além de termos de agregar a toda essa realidade, uma sem precedente população idosa, composta por idosos independentes e dependentes para a realização das AVDs.

Reconhece-se que o envelhecimento é heterogêneo e, portanto, individual. Ele está associado às perdas em vários contextos, entre elas, as relacionadas aos papéis sociais, às disfunções cognitivas e à capacidade física, além daquelas relacionadas às questões sociodemográficas. O acelerado processo de envelhecimento pelo qual vem passando a população brasileira reserva uma complexa reflexão sobre os aspectos socioeconômico, cultural e de saúde desse segmento etário por parte do poder público, família e da sociedade, pois demanda estratégias, ações e serviços que devem ser adotados diante desse novo fenômeno (BRASIL, 2008b). Nesse contexto, políticas de amparo ao idoso são imprescindíveis, como por exemplo, as relacionadas à saúde, com vertentes para promoção, prevenção e reabilitação do idoso.

Na construção das políticas públicas para o setor saúde foi pensado que viver mais é uma aspiração de qualquer sociedade. Contudo, é necessário poder agregar a essa longevidade qualidade de vida, ou seja, não somente viver

mais, mas viver melhor. Para tanto, faz-se necessário que o idoso possa ter independência e autonomia, itens extremamente importantes no processo da manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa. As políticas de atenção à pessoa idosa, apesar de todos os aspectos mencionados, devem focar a capacitação de recursos humanos, incentivar a formação de cuidadores e o cuidado integral a saúde do idoso (VERAS, 2009; IPEA, 2012).

No Brasil, de forma muito resumida, foi a partir dos anos 70, que as discussões acerca da reorganização do sistema de saúde se consolidaram. Em consonância, a década de 80 também se caracterizou por um período marcado por reivindicações, mobilizações, lutas e participações de caráter popular e político. Tendo como pano de fundo todo o cenário anteriormente desenhado, temos duas décadas depois, a Constituição Federal de 1988, que foi um marco sem precedentes na história da democracia, em particular, no que diz respeito aos direitos sociais. O artigo 196 da carta magna estabeleceu: “Saúde é direito de todos e dever do Estado”, ou seja, determinou o direito universal e integral à saúde, viabilizado e implementado, mais tarde, pela criação do Serviço Único de Saúde (SUS), que consolidou-se após uma importante e significativa trajetória histórica (BRASIL, 1988).

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, que dispõe sobre a regulamentação em todo território nacional das questões inerentes à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, como também sua organização e funcionamento nos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

O SUS vem assegurar ao seu usuário acesso universal e equânime aos serviços e ações de saúde, visando atender às demandas das diferentes realidades e necessidades da população. Essas determinações constitucionais são reafirmadas pela Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além das Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas no ano de 1991, reeditadas em 1993 e 1996, com o objetivo de regulamentar e definir as estratégias que norteiam a operacionalidade do SUS (BRASIL, 1990, 1991, 1993, 1996b).

No país, vivenciava-se um modelo assistencial curativo e hospitalocêntrico, que não respondia às necessidades de saúde do brasileiro. Essa

realidade modifica-se quando em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) é instituído pelo Ministério da Saúde. Esse programa apresenta-se como uma nova maneira de trabalhar a saúde, valorizando e tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente. É considerada uma expansão da atenção primária, tendo como foco as práticas preventivas e educativas, com estreita relação com o cotidiano da população e, inquestionavelmente, dos grupos mais vulneráveis (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 1994, 2006c, 2010).

O PSF prima pelos princípios da descentralização, territorialização, intersetorialidade, longitudinalidade no cuidado, equidade e co-responsabilização. A instituição desse programa teve como pano de fundo a experiência acumulada com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que surgiu em 1991 com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (BRASIL, 1994, ROSA; LABATE, 2005; 2006c, 2010).

Para o Ministério da Saúde, o PSF deve ser entendido como o eixo condutor da reorganização do sistema vigente. O relevante impacto frente à saúde das populações com a expansão do PSF, fez o governo instituir a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006, que estabelece o programa como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS, mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. O PSF deixou de ter as limitações de um programa focal e setorial, uma vez que expandiu seus limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a atenção básica a saúde e consolidou os princípios do SUS. Portanto, o PSF não poderia mais ser visto como um programa e ganha a autoridade de estratégia de reorganização do modelo de atenção, a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006c).

O Ministério da Saúde conceitua a ESF como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no nível de atenção básica do sistema de saúde, voltadas: à ampliação da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento; à organização do acesso ao sistema; à integralidade do atendimento; à conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes; ao incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde. A ESF é o modelo assistencial da Atenção Básica, que se fundamenta no

trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (BRASIL, 2006c).

O modelo da ESF favorece a aproximação da Unidade de Saúde da Família (USF) com a população, promovendo o acesso aos serviços pelo usuário, o estabelecimento de vínculos entre a equipe e os usuários, a continuidade do cuidado e, aumenta, por meio da corresponsabilização da atenção, a capacidade de resolutividade dos problemas de saúde mais comuns, produzindo maior impacto na situação de saúde local. Portanto, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006c).

Considerando a atuação da ESF frente ao núcleo familiar e em todas as etapas do ciclo da vida, está a abordagem à saúde da pessoa idosa, extremamente relevante frente ao contexto do rápido processo de envelhecimento no país, além de ser considerada a porta de entrada do idoso no contexto do SUS. Nos últimos anos, o governo brasileiro tem promovido grandes avanços institucionais e nas políticas públicas voltadas à promoção dos direitos humanos das pessoas idosas. Devido ao engajamento do governo federal e à mobilização dos próprios idosos e da sociedade civil, foi possível estruturar políticas mais abrangentes para a promoção e efetivação dos direitos dos idosos, e criar instituições adequadas para tal finalidade (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar que no mesmo ano da implantação do PSF, várias políticas pertinentes à população idosa foram promulgadas. Dentre elas, destaca-se

a Política Nacional do Idoso (PNI) por meio da Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994, com a finalidade de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, além de criar o Conselho Nacional de Direito do Idoso (CNDI). É pertinente observar que somente em 1996 essa lei foi promulgada pelo Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996 (BRASIL, 1994, 1996a).

Um marco sem precedentes foi incorporado em benefício à população idosa, a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria n.º 1.395 de 10 de Dezembro de 1999. Assume-se nessa política a importância da manutenção da capacidade funcional, considerando que as habilidades físicas e mentais são fundamentais e necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da sua vida diária. Várias outras diretrizes essenciais são apresentadas nessa política como fundamentais à saúde do idoso, como: promoção do envelhecimento saudável, assistência às necessidades de saúde do idoso em vários níveis, capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e estudos e pesquisas envolvendo a pessoa idosa (BRASIL, 1999).

Em colaboração a PNSPI, foi proposta em 2002, a organização e a implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). No intuito de integrar parte de operacionalização das redes, foram criadas as normas para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CREASI) (BRASIL, 2002a, 2002b).

Outro fato significativo que favoreceu a população idosa, ocorreu no mesmo período, mais especificamente no ano de 2003: a aprovação do Estatuto do Idoso pelo Congresso Nacional, sob a Lei 10.741 de 1 de outubro de 2003, tendo o propósito de tutelar de forma específica os direitos do idoso, estabelecendo direitos e medidas de proteção dessa categoria de pessoas (BRASIL, 2003).

Em relação as disposições preliminares, Estatuto do Idoso no Título I (BRASIL, 2003), dispõe:

Art. 2 - 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, por lei ou por outros meios, 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.

Art. 3 - É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Após três anos do Estatuto do Idoso, a Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, documento este responsável pelas Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida, aponta seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, dentre elas a Saúde do Idoso, além de conter uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da PNSPI (BRASIL, 2006c).

Em outubro do mesmo ano, considerando a necessidade de uma PNSPI atualizada, foi estabelecida a Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, revogando a Portaria Ministerial nº 1.395 de 1999. Essa nova política objetiva uma atenção adequada e digna de saúde para os idosos, principalmente aqueles em condições vulneráveis, atribuindo importante responsabilidade a ESF (BRASIL, 1999, 2006b).

Tanto o Pacto pela Saúde como a PNSPI, foram elaborados no intuito de responder às novas exigências dessa parcela da população que tem sua proporção em processo de contínuo crescimento. Entretanto, percebe-se muitos entraves para implantação concreta de um novo olhar, nas intervenções cotidianas dos serviços de saúde e, principalmente, na atenção básica (BRASIL, 2006b, 2006d).

Algumas das diretrizes da PNSPI estão pautadas na promoção do envelhecimento ativo e saudável; na atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; sobremaneira no estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; em prover recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; dar estímulo à participação e fortalecimento do controle social, contribuir na formação e educação permanente dos profissionais de saúde, efetivar a divulgação e informação sobre a PNSPI para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS. Além disso, a PNSPI promove a cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa e apoia o

desenvolvimento de estudos e pesquisas, inerentes a população idosa e, por fim, na atenção integrada e integral a pessoa idosa (BRASIL, 2006c).

De acordo com Ramos (2002), frente a todas essas legislações, a prática cotidiana está longe de responder às demandas da população idosa no país. Ainda percebe-se a saúde do idoso com atenção direcionada somente às DCNT. Isso somado à carência de profissionais qualificados em todos os níveis para o cuidado ao idoso. Considerando esses aspectos, evidencia a necessidade de entender e considerar que saúde para a população idosa é mais do que estabelecer diagnóstico, pois ela deve contemplar a interação entre a saúde física, saúde mental, independência financeira, capacidade funcional e o suporte social.

Cunha (2010) ressalta a necessidade de entendimento dos problemas de saúde da comunidade a partir de um olhar integral na questão da centralidade do atendimento na pessoa e não na enfermidade, ou seja, as necessidades de saúde das pessoas idosas, como de qualquer outra faixa etária, não devem ser deduzidas somente a partir da doença.

Para Oville (2006), o idoso não pode ser vetado da possibilidade de viver seu processo de envelhecimento com expectativas de conquistas e ganhos, restando apenas perdas e limitações, uma vez que tais concepções incidem direta e indiretamente não só na vida e identidade do idoso, mas também nas práticas, nas idéias e nos aspectos culturais.

Em 2008, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a intenção de fortalecer a ESF, e estabeleceu que dentre as nove áreas estratégicas fosse contemplado a reabilitação/saúde integral da pessoa idosa. Entre as competências da equipe, salienta-se a de conhecer a realidade do idoso por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificando os problemas de saúde prevalentes e situações de risco, as quais a população está exposta (BRASIL, 2008b).

Nesse sentido, a ESF constitui uma importante ferramenta para o enfrentamento do desafio de um envelhecimento com qualidade. Para tanto, se faz necessário que os profissionais integrantes dessas equipes estejam preparados para atender o idoso e família em seu contexto domiciliar, procurando alcançar os objetivos propostos pela PNSPI, que traz avanços ao que se refere à necessidade de incluir a condição funcional na formulação de políticas para esse segmento

populacional, considerando prioridade responder às pessoas idosas com alta dependência (NARDI, 2007).

É extremamente recomendável que a prática de cuidados à pessoa idosa deva ter uma abordagem interdisciplinar e multidimensional, dos fatores que influenciam a saúde dos idosos, além de identificar e avaliar a rede de suporte social com vistas à necessidade do idoso. A assistência às famílias no contexto domiciliar vinculada à ESF vem transpor as práticas institucionalizadas de saúde, visando à consolidação de ações de promoção, prevenção e de reabilitação. As orientações aos cuidadores devem contemplar os cuidados específicos aos idosos, de acordo com os diferentes graus de dependência instalados, tanto física como cognitiva, primando por uma abordagem individualizada (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006)

Com o objetivo de coordenar as ações dos profissionais da atenção básica frente aos aspectos inerentes ao idoso foi elaborado o Caderno de Atenção Básica: “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa”. Esse instrumento de apoio foi elaborado com a finalidade de oferecer subsídios técnicos, específicos em relação à saúde da pessoa idosa, de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na atenção primária, pois o manual traz informações dos principais problemas que afetam a saúde do idoso. Outra grande colaboração está na disponibilização de instrumentos que mensuram a capacidade funcional, cognitiva e sociofamiliar da pessoa idosa, além de protocolos clínicos no sentido de auxiliar a adoção de condutas mais apropriadas às demandas dessa população, o que contribui para uma abordagem integral à pessoa no processo de envelhecimento (BRASIL, 2006a).

Outras contribuições do instrumento estão pautadas na relação do profissional da atenção primária com o idoso e seu cuidador, estas, fundamentais para o sucesso de qualquer intervenção estabelecida. Além de focar de forma estratégica a atenção ao idoso com problemas complexos como, Alzheimer, depressão, incontinência urinária, fragilidade e com destaque na avaliação da funcionalidade do idoso, e sua operacionalização na atenção primária, denominada, Avaliação Global da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

Para que a ESF cumpra a Política de Saúde do Idoso, faz-se prioridade que ela estabeleça o perfil do idoso circunscrito à sua área de abrangência. Portanto, um instrumento que venha a contribuir com essa finalidade é a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que oportuniza a identificação de idosos vulneráveis no que tange os aspectos relacionados a saúde, o que contribui com os

profissionais de saúde a planejarem e organizarem ações de prevenção, promoção e recuperação, objetivando a manutenção da capacidade funcional das pessoas assistidas pelas equipes saúde da família (AIRES; PAZ, 2008).

Por fim, é notório compreender o quanto é complexa a condução da população idosa no contexto da saúde no Brasil. Várias legislações corroborando para o intuito de responder às demandas demográficas e epidemiológicas impostas à longevidade de uma enorme população idosa extremamente heterogênea, fatores socioeconômicos e culturais que interferem no processo em questão. A resposta da ESF frente ao idoso só ocorrerá se houver vontade política para o cumprimento das legislações vigentes, e por outro lado, o real entendimento por parte dos profissionais da atenção primária de como fazer saúde do idoso independente do idoso frágil e daqueles com graus variados de dependência. Portanto, profissionais munidos de conhecimento técnico para abordagens promocionais, preventivas e de reabilitação, incorporados necessariamente de novos conceitos e estratégias.

1.3 CONCEITOS FUNDAMENTAIS NO CONTEXTO DO IDOSO

Muitos conceitos, que são indispensáveis ao entendimento dos aspectos inerentes à Capacidade Funcional e à Pessoa Idosa, serão abordados neste capítulo.

Iniciaremos abordando o conceito acerca do envelhecimento que pode ser percebido e entendido de várias maneiras. Nesse processo é fundamental considerar que a população idosa é heterogênea, e as diferenças estão associadas a trajetórias distintas de vida, e no país são fortemente marcadas pelas desigualdades regionais, raciais e sociais. Notório dizer que as políticas sociais podem atenuar ou amplificar de forma categórica essas desigualdades (BRASIL, 2003, 2012a).

Dentro de uma visão puramente biogerontológica, o envelhecimento por Papaléo Netto (1996) é definido como:

“[...] um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade adaptativa do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando

maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo a morte”.

Outra definição bastante utilizada é a de Babb (1991), que diz ser o envelhecimento:

“[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne incapaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte”.

Nesse contexto, a velhice é entendida pela redução da capacidade funcional, considerada pela literatura como uma fase do ciclo da vida, associada a perdas dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas, motoras e afetivas. O olhar da ciência para a velhice teve sua emergência nos anos 60, com o incremento da longevidade e do contingente de idosos em países desenvolvidos (PAVARINI; NERI, 2000; PAPALÉO NETTO, 2002).

Dentro dessa lógica, considera-se idoso o indivíduo com idade de 65 anos para os países desenvolvidos e 60 anos para os em desenvolvimento. Nos países em desenvolvimento, o envelhecimento funcional muitas vezes precede o cronológico. No Brasil, duas das principais políticas inerentes à pessoa idosa, o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso, define como população idosa aquela com 60 anos ou mais (NERI, 2009; BRASIL, 2006a, 2012b).

Nas décadas de 80 e 90 novos, conceitos foram incorporados no contexto do envelhecimento, pois o modelo biomédico começou a se tornar insuficiente para responder às demandas inerentes a esse processo, sobrepondo-se a necessidade de um novo olhar frente ao contexto social e da saúde relacionados a esse período da vida. Alguns conceitos foram norteadores de protocolos inerentes à assistência a pessoa idosa. Em pesquisas populacionais, destacam-se a qualidade de vida, dependência, independência e autonomia. No domínio da psicologia, foram utilizados a perspectiva de curso de vida e o contexto das políticas inerentes ao idoso, contribuindo na mensuração da necessidade de terceiros, no planejamento assistencial, na institucionalização do idoso, repasses financeiros, entre outros (BALTES, 1994, 1996; BRASIL, 2006d; MORAES, 2012).

Alguns conceitos são definidos por Hooyman e Kiyak (1996), Gordilho et al. (2000) e BRASIL (2006d):

Qualidade de Vida: “Percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o contexto cultural e o sistema de valores com os quais se convive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Capacidade funcional: “Capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente e autônoma”.

Independência: Capacidade de realizar atividades de vida diária sem ajuda.

Autonomia: “Autogoverno, que se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões. O conceito de autonomia está ligado a uma família de significados que incluem, por exemplo: liberdade individual, privacidade, livre escolha, autogoverno, auto-regulação, independência moral, liberdade para experimentar o self e harmonia com os próprios sentimentos e necessidades”.

Dependência: “Na literatura gerontológica, a dependência é definida como a incapacidade de uma pessoa funcionar satisfatoriamente sem a ajuda de semelhante ou de equipamentos que lhe permitam adaptação. Também parece relacionada com o estado de desamparo ou de impotência”.

Segundo Tamai e Abreu (2002) e Moraes (2012), é importante compreender que bem-estar e capacidade funcional têm estreita relação, ou seja, traduzem-se em autonomia e independência concomitante. Ambas são traduzidas pela presença de entorno físico e cognitivo, favorecendo a realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária no cotidiano do idoso, de maneira satisfatória. A independência e a autonomia estão intimamente associadas ao funcionamento de quatro sistemas funcionais principais, como o Cognitivo, Humor, Mobilidade e Comunicação, podendo ser entendidos como:

Cognitivo: “Capacidade do indivíduo em de adquirir e usar informações, a fim de adaptar-se às demandas do meio ambiente”.

Humor: Tonalidade de sentimento predominante, e mais constante, que pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo ao seu redor.

Mobilidade: “É a capacidade de movimento e deslocamento no espaço

Comunicação: “A possibilidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos estão intimamente relacionados à habilidade de se comunicar, é através dela que o indivíduo compreende e expressa seu mundo”.

Relevante compreender que a relação de dependência e autonomia é facilmente mutável no decorrer do desenvolvimento humano. A dependência na velhice está relacionada a uma série de questões que perpassa a esfera biológica, sociocultural e psicológica, ora envolvendo somente uma possibilidade, ora envolvendo duas ou mais.

Pensar sobre independência e autonomia no processo de envelhecer ultrapassa as questões maiores na vida do idoso, como resolver doar

seus bens em vida, casar-se com alguém mais jovem ou se submeter a uma cirurgia de grande porte, mas também a questões cotidianas, como pegar um transporte para ir à casa de um amigo, gerir suas finanças, ou seja, ter capacidade para as atividades instrumentais.

Uma situação hipotética do envolvimento da esfera biológica em conjunto com a sociocultural estaria relacionada ao fato de um idoso que residia só vem a sofrer um acidente vascular encefálico (AVC) e não conta com suporte familiar e financeiro, vendo-se na necessidade de ser encaminhado para uma Instituição de Longa Permanência. Ou seja, aqui houve a dependência relacionada à doença, somada a outras questões. Outro exemplo seria de um idoso independente física e cognitivamente, que dependente financeiramente da família e esse domínio poda sua autonomia.

Pavarini e Neri (2000) consideram a velhice uma experiência heterogênea, a dependência relacionada a condições físicas, cognitivas e sociais poderá não ocorrer ou instalar-se deixando o idoso na vulnerabilidade de terceiros, o que contribuirá para a perda total de sua autonomia.

Na velhice as intervenções que criam ambientes de apoio e promovem opções saudáveis entre idosos jovens e idosos longevos serão sempre bem recebidos. A velocidade do declínio, no entanto, é fortemente determinada por fatores relacionados ao estilo de vida, como por exemplo, tabagismo, consumo de álcool, prática regular ou não de atividade física e dieta alimentar, assim como outros fatores externos e ambientais. O declínio pode ser tão acentuado que resulte em uma deficiência prematura. Contudo, a aceleração no declínio pode sofrer influências e ser reversível em qualquer idade através de medidas individuais e públicas.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o termo Envelhecimento Ativo, pois trata-se de um conceito mais abrangente substituindo o anteriormente utilizado e denominado como Envelhecimento Saudável. De acordo com a OMS (2005), envelhecimento ativo é:

“[...] o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhorar a qualidade de vida a medida que as pessoas envelhecem. Refere-se à participação contínua do idoso nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente capacidade de estar fisicamente ativo”.

É importante na velhice ter autonomia e independência, ou seja, capacidade funcional preservada. Assim, a saúde passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, interação social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional do idoso, o bem-estar na velhice, e a saúde num sentido amplo (RAMOS, 2002; BALSAMO; SIMÃO, 2005).

Outra consistente definição de saúde é aquela defendida por Moraes (2009, p.10), na qual o autor diz que:

“[...] saúde deve ser entendida como uma medida da capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades e, não simplesmente, como a ausência de doenças”.

Muitos idosos podem apresentar condições ou doenças crônicas que não os tornam limitados à realização de atividades cotidianas inerentes ao processo de viver. Portanto, a saúde da pessoa idosa não está relacionada à ausência de doenças e sim na presença da capacidade funcional, ou seja, capacidade física e cognitiva preservada para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária (MORAES, 2009).

1.4 CAPACIDADE FUNCIONAL: UM NOVO PARADIGMA DE SAÚDE

A capacidade funcional surge como um novo sinônimo de saúde e passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional do idoso. Na medida em que a idade cronológica é aumentada o indivíduo, naturalmente, tende a se tornar menos ativo, suas capacidades físicas são reduzidas e, com isso, alterações psicológicas (sentimento de velhice, estresse e depressão), a convivência e as limitações sociais se evidenciam. As doenças crônicas e a redução do nível de atividade física tendem a acelerar esse processo, fazendo com que os idosos constituam o grupo mais suscetível à incapacidade

funcional, ou seja, a limitação da capacidade funcional é um importante preditor de morbimortalidade, associada a comportamentos relacionados ao estilo de vida, DCNT, disfunções neuropsíquicas e fatores sociodemográficos (VERAS, 2009; IBGE, 2011).

De acordo com Hayflick (1996), a expectativa de vida ativa, saudável e funcional termina quando a saúde de uma pessoa se deteriora a ponto de provocar a perda de sua independência nas atividades da vida cotidiana, tornando-a dependente de outras pessoas, precisando de algum tipo de assistência ou de um cuidador.

No contexto da saúde pública, a capacidade funcional emerge como um conceito mais adequado para a instrumentalização e operacionalização da atenção à saúde do idoso, em que o envelhecimento populacional trouxe consigo novas demandas para o setor saúde. O fato de o envelhecimento diminuir a capacidade adaptativa poderá se expressar em doenças. Portanto, uma enorme e sem precedente população idosa apresentando condições agudas, crônicas e ou doenças crônicas, irá usufruir de um maior número de consultas com especialistas, de internações prolongadas, além de exames mais complexos e consumo de medicamentos de alto custo. As alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos são inerentes ao processo de viver e estão relacionadas com o envelhecer, drasticamente percebidas no idoso. Como exemplo, podemos citar a sarcopenia, osteopenia, a redução do conteúdo de água corporal, a redução da capacidade aeróbica, dentre outras. As limitações funcionais apresentam maior repercussão na vida diária de um idoso do que as doenças crônicas. A alteração cognitiva ou perda de massa óssea e muscular ocasiona mais prejuízos para o dia a dia do idoso, em detrimento as doenças crônicas apresentadas pela pessoa idosa. (PAIXÃO; HECKMAN, 2002; JOHNSTON; HARPER; LANDEFELDIBGE, 2006; BRASIL, 2009).

Ações de promoção de saúde, assistenciais e de reabilitação em saúde devem objetivar a melhora da capacidade funcional, ou no mínimo manter a capacidade funcional e, sempre que possível, recuperar a capacidade funcional perdida pelo idoso (VERAS, 2009).

A prevenção de riscos e doenças na idade avançada tem um caráter distinto das demais faixas etárias. A finalidade é elevar a qualidade de vida e, para tal, deve-se organizar uma estrutura distinta daquelas existentes para as demais

faixas etárias. As dependências físicas e mentais são importantes fatores de risco para mortalidade, mais do que as próprias doenças que levaram à dependência, já que nem todo doente se torna dependente. Dentro desse contexto, estabelecem-se novas prioridades e novas ações de saúde, que norteiam as políticas de saúde (VERAS, 2009).

Um contingente expressivo de idosos apresenta várias doenças simultaneamente, que variam em severidade e provocam diferentes impactos na vida cotidiana, refletindo diretamente sobre o autocuidado e fazendo com que, a médio e longo prazo surja a necessidade de cuidados de longa permanência, geralmente com altos custos, contribuindo para a ocorrência da limitação funcional. Essa limitação é um importante preditor de morbimortalidade, tanto isoladamente, como associada a comportamentos relacionados ao estilo de vida, DCNT, disfunções neuropsíquicas e fatores sociodemográficos (BRASIL, 2009; LACAS; ROCKWOOD, 2012).

A prevalência de déficit cognitivo dobra a cada cinco anos após os 60 anos, 1% aos 60 anos e cerca de 20% aos 80 anos, chegando a alcançar 38% naqueles com idade superior a 90 anos. Desse modo, pacientes demenciados têm maior risco de diminuição de suas AVDs, se comparados aos cognitivamente adequados. O declínio funcional está, portando, associado ao termo vulnerabilidade, devendo ser indiscutivelmente foco de intervenções geriátricas e gerontológicas, independente da faixa etária do idoso (BRASIL, 2009; LACAS; ROCKWOOD, 2012).

Também se deve considerar, que embora o envelhecimento populacional seja uma conquista da longevidade, viver mais aumenta a ocorrência de doenças crônicas que acarretam o declínio da capacidade funcional. Tal fato constitui um dos principais fatores associados à situação de dependência dos idosos (HARWOOD; SAYER; HIRCHFELD, 2004). No Brasil, estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica e, destes, pelo menos 10% apresentam polipatologias (GONÇALVES et al., 2006).

Karsch (2003) aponta que estudos revelam que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor (10%) requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se, sentar e levantar de cadeiras e camas.

No estudo de Silvestre e Costa Neto (2003), associa-se a perda da capacidade funcional para as AVD com mudanças físicas normais, patológicas e aos hábitos e condições de vida do idoso, referindo-se ao fato de que 75% de nossos idosos são inativos, 42% apresentam perdas funcionais e 4% imobilidade. Se a independência e a autonomia, pelo maior tempo possível, são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa, o envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo particularmente útil para avaliar o estado de saúde dos idosos.

O comprometimento dos principais sistemas funcionais contribui para a incapacidade funcional e esta, por consequência, predispõe o idoso a evoluir com vulnerabilidade para a perpetuação das incapacidades, denominadas de síndromes geriátricas, descritas inicialmente em 1965. Tais síndromes são traduzidas em incapacidade cognitiva, postural, comunicativa, imobilidade e incontinência esfincteriana. Outros importantes agravantes estão na ausência de suporte familiar e na iatrogenia ocasionada por condutas errôneas pela equipe e pelo sistema de saúde, quando não apresenta um sistema de suporte, ou seja, uma rede de assistência à saúde especializada as demandas dos diferentes problemas que são impostos ao idoso (SALIBA et al., 2001; BRASIL, 2012a; MORAES, 2012).

A dependência do idoso está profundamente ligada à fragilidade que, por sua vez, resulta em maior declínio funcional e mortalidade. Paralelamente, a dependência de terceiros aumenta, fazendo crescer as responsabilidades sobre a família e o sistema de saúde. Essa fragilidade é o termo que pode evidenciar idosos com maiores riscos para incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Frente a essas novas demandas, observa-se a reorganização da família visando o atendimento das necessidades do seu idoso dependente, seja simplesmente de companhia ou de ajuda parcial ou total no desenvolvimento das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) e das Atividades de Vida Diária (ABVDs). Algumas doenças crônicas contribuem sobremaneira para as incapacidades, mesmo que isoladamente, como o acidente vascular encefálico, as fraturas, as demências em suas fases mais avançadas entre outras (BUCHNER; WAGNER, 1992; FARINASSO, 2005; AIRES; PAZ, 2008).

Os idosos mais doentes, mais fragilizados, com menor capacidade funcional, são os que têm a maior probabilidade de adoecer agudamente. Surge daí, a necessidade de identificá-los, pois a fragilidade é um conceito importante ao

avaliar a saúde do idoso, sendo definida como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios do próprio ambiente. Essa condição é observada em pessoas muito idosas ou naquelas mais jovens, que apresentam uma combinação de doenças ou limitações funcionais que contribuam na redução de sua capacidade de adaptar-se ao estresse causado por doenças agudas, hospitalização ou outras situações de risco. É fato que o aumento da longevidade associada a doenças crônicas incapacitantes é o principal fator de risco para a fragilidade, ou seja, o idoso mais idoso será sempre foco de cuidados mais elaborados (BRASIL, 2012a).

Apesar de uma imensa maioria estar bem (autônomo e independente), muitos idosos já possuem um quadro de fragilização, que por sua vez reduz progressivamente a capacidade funcional e contribui para uma maior demanda por serviços de saúde.

Em 2001, na intervenção do idoso vulnerável, um grupo de pesquisadores elaborou Indicadores de Qualidade (IQ) com foco na avaliação da qualidade do cuidado frente à pessoa idosa, denominado Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE). Essa vulnerabilidade foi definida por outro instrumento, denominado Vulnerable Elders Survey (VES-13). Inicialmente foram instituídas 22 áreas de atuação prioritárias no cuidado com idosos. Em paralelo, idealizaram 236 indicadores de qualidade, dentro das 22 áreas, operacionalizados na seguinte trilogia: condição de saúde, processo/intervenção e justificativa. No ano de 2007 o ACOVE-3 acrescentou mais cinco novas condições clínicas, totalizando 392 IQ para 26 condições clínicas (WENGER; SHEKELLE, 2001; WENGER; YOUNG, 2007).

Posteriormente, o estudo de Higashi (2005) envolvendo 372 idosos, demonstrou que a aplicação dos IQ nos idosos vulneráveis, com as condições de saúde preestabelecidas, contribuiu na redução da mortalidade por três anos.

No contexto da fragilidade, vários autores contribuem para a sua definição. Para Fried (2001), o termo seria traduzido pelo achado de no mínimo três ou mais condições: perda de peso, fadigabilidade, fraqueza, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. Esse fenótipo está presente em 10% dos idosos e se intensifica, com a idade, no sexo feminino. Entre a população idosa de baixo nível socioeconômico, há presença de comorbidades, dentre elas as doenças osteoarticulares, pulmonares, doenças cardiovasculares e o Diabetes mellitus.

Ainda no contexto da fragilidade, Fletcher et al. (2004) a subdivide em fragilidade eminente e constatada. Os idosos em situações de fragilidade

eminente são aqueles que apresentam declínio funcional sem a presença de incapacidades, como por exemplo, os que apresentam 80 anos ou mais, polipatologias (≥ 5 diagnósticos), polifarmácia (≥ 5 drogas/dia), subnutrição, internações frequentes e risco psico-sócio-familiar elevado. Para fragilidade constatada, entende-se a presença das incapacidades, ou seja, imobilidade parcial ou total para determinadas funções vitais, sendo elas, a incapacidade cognitiva, postural (quedas de repetição), comunicativa, além da imobilidade e incontinência esfincteriana (urinária/fecal). Outra denominação usada pelo autor está no termo Idoso Frágil de Alta Complexidade e Idoso em Fase Final de Vida. O primeiro termo refere-se ao idoso que apresenta declínio funcional iminente e estabelecido, somado ao alto grau de complexidade clínica, ou portador de poli-incapacidades ou dúvida diagnóstica terapêutica.

A dependência na velhice tem muitas faces e etiologias podendo estar relacionada a uma série de possibilidades, levando o idoso a apresentar incapacidade física e ou cognitiva, como o agravamento de doenças pré-existentes; soma relacionada às perdas em várias dimensões, redução da perspectiva de vida com o avançar da idade, limitações funcionais relacionadas ao ambiente, discriminação social para com o idoso, iatrogenia médica no que tange a prescrição medicamentosa; os valores e as crenças do idoso relacionadas às perspectivas e dependência na velhice, no aspecto individual, ou como ele se vê, e no contexto social, ou seja, como ele entende ser visto pela sociedade; além de idosos que estabelecem comportamentos dependentes que geram consequências físicas e sociais e tendem a se perpetuar (PAVARINI; NERI, 2000).

Fundamenta-se a dependência na necessidade de auxílio de terceiros, para a realização das chamadas Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), tais como, alimentação, higiene pessoal, vestir-se, transferir-se, e/ou para a realização das AIVD, entre elas, fazer compras, telefonar, utilizar o transporte, limpar a casa, preparar uma refeição, cuidar da medicação de rotina, do próprio dinheiro, necessitar de acompanhamento ou outras atividades requeridas no cotidiano. E quanto maior o número de dificuldades, mais severa é a incapacidade do idoso. Esse auxílio pode ser prestado na forma de supervisão, direção ou assistência pessoal ativa (CALDAS, 2003; SPIRDUSO, 2005; AIRES; PAZ, 2008; ANDRADE; PEREIRA, 2009).

Para Gordilho et al. (2000) e Farinasso (2005), o envelhecimento com dependência é um fenômeno que deve ser conhecido e refletido na saúde pública como um desafio social. A dependência constitui-se em um fator de risco para a mortalidade, sendo mais relevante que as próprias doenças que levaram à dependência.

Assim, muitos autores defendem que o diagnóstico de saúde do idoso está na sua avaliação multidimensional. A Classificação Internacional de Funcionalidade tem como componentes centrais à funcionalidade e a incapacidade. Para se entender as duas definições em paralelo pressupõe-se que a funcionalidade abrange as funções do corpo, as atividades desempenhadas e a inserção social e tudo que altere seu desempenho poderá ser denominada incapacidade. O primeiro item da funcionalidade é entendido pelo funcionamento dos sistemas fisiológicos. Caso seja encontrado algum grau de deficiência nesse contexto, pode-se entender como incapacidade na perspectiva corporal. Um bom exemplo seria de um idoso com presbiacusia (alteração do sistema auditivo), que o levará a apresentar deficiência auditiva (FARIAS; BUCHALA, 2005).

O segundo item, traduzido pelas atividades desempenhadas, significa no contexto, a execução de uma tarefa, com presença de limitações. Aqui um exemplo claro, seria de um idoso com dificuldade no banho e em se vestir, por limitação motora, atribuída a ocorrência de um AVE. O terceiro e último componente da avaliação da saúde do idoso está representado pela inserção social ou participação social, que se resume no envolvimento do idoso em uma situação real de vida. Se a perspectiva social da funcionalidade encontra-se prejudicada, diz-se que o idoso apresenta restrição no convívio social, fato muito comum nos idosos depressivos e com doença de Alzheimer (FARIAS; BUCHALA, 2005).

De acordo com Moraes (2012), a funcionalidade do idoso deve ser entendida como o ponto de partida dos profissionais da saúde na avaliação geriátrica. Seu início está pautado na avaliação das atividades básicas, instrumentais e avançadas e tendo como foco a presença de declínio funcional. Na continuidade, deverão ser avaliados os sistemas funcionais principais como o cognitivo, humor, mobilidade e comunicação. Na avaliação da pessoa idosa a presença de declínio funcional deve ser compreendida como algo não associado à velhice, mas como sinal de condição crônica ou doença crônica inicial, ou ainda proveniente de polipatologias não tratadas. Por sua vez a presença de dependência

deve estar vinculada à realização de uma expressiva investigação clínica, na detecção de doenças parcialmente ou totalmente reversíveis. Um exemplo estaria em um idoso que foi detectado com incapacidade cognitiva, ou seja, um importante comprometimento da memória, nos exames solicitados pelo profissional médico, tendo um diagnóstico de hipotireoidismo e prescrição de reposição de hormônios tireoidianos, o que proporcionaria total recuperação do déficit de memória do idoso.

O processo de envelhecimento não é homogêneo e, apesar de não estar necessariamente relacionado a doenças crônico-degenerativas e incapacidades, relaciona-se a perdas no plano biológico, socioafetivo e político, o que traz vulnerabilidades diferenciadas por gênero, idade, grupo social, raça, regiões geográficas, entre outras variáveis. Em muitos casos, esse processo pode afetar a funcionalidade do idoso, gerar incapacidades com repercussões a sua saúde, tornando-o dependente (HEBERT et al., 1997; ALVES et al, 2007;)

Para Moraes (2009), no contexto do envelhecimento populacional, o conceito de saúde deve estar claro, sendo definido por meio da capacidade funcional, suporte familiar, interação social e, não simplesmente, como a ausência de doenças. Um contingente significativo de idosos são portadores de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou à restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando o seu papel social. O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades, de maneira independente e autônoma.

Nesse contexto, a capacidade funcional é entendida pela realização das Atividades de Vida Diária (AVDs) de forma independente, incluindo as atividades de autocuidado e participação em atividades ocupacionais e recreativas. Nesse sentido, complementa que a independência funcional está relacionada ao desempenho das tarefas do cotidiano sem supervisão, direção ou assistência pessoal ativa (SPIRDUSO, 2005; BRASIL, 2006d; MORAES, 2012).

O declínio da capacidade funcional fundamenta-se na dependência, ou seja, na necessidade de auxílio de terceiros para a realização das AVDs. As doenças ou condições de saúde podem comprometer os sistemas funcionais por diversos mecanismos e causar incapacidades e o óbito. Portanto, devem ser

prontamente reconhecidas no idoso e manejadas de forma adequada, evitando-se, assim, as iatrogenias e possibilitando a elaboração de um plano terapêutico ideal ao idoso (CALDAS, 2003; SPIRDUSO, 2005).

Outro entendimento relevante está em reconhecer o idoso com maior risco de incapacidades, denominado idoso frágil ou em condição de fragilidade, embora esse conceito seja controverso, poderá ser definido pela presença de declínio funcional iminente ou estabelecido, associado ou não à presença de alto grau de complexidade clínica no seu manejo ou poli-incapacidades. Na compreensão de muitos autores o risco de institucionalização, internações e morte estão intrinsecamente relacionados à fragilidade (BRASIL, 2006d; MORAES, 2012; LACAS; ROCKWOOD, 2012).

1.5 INCAPACIDADE FUNCIONAL: CONCEITO, MODELOS E AVALIAÇÃO

Considerando o amplo processo de envelhecimento, a enorme parcela de idosos longevos, a emergência de condições e doenças crônicas e consequentemente de incapacidades, a capacidade funcional torna-se fundamentalmente relevante no âmbito da saúde, nesse contingente populacional. Portanto, os modelos de avaliação de incapacidade precisam ser compreendidos, embora não haja hegemonia entre diferentes pesquisadores na identificação da incapacidade nas populações.

Nos modelos de avaliação da incapacidade funcional alguns conceitos são utilizados. A priori, de acordo com Alves, Leite e Machado (2008), a definição de incapacidade engloba os conceitos:

Deficiência: “São perdas, disfunções ou anormalidades estruturais que trazem consequências negativas para as funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas do corpo”.

Limitação funcional: “É a restrição em realizar ações físicas ou mentais do cotidiano, como caminhar, comunicar-se, escutar, estar atento”.

Desvantagem: “É uma consequência de uma deficiência ou incapacidade que ocasiona uma limitação no desempenho de um papel social esperado aquele indivíduo (dependendo da idade, sexo, e fatores culturais) para o indivíduo”.

Vale ressaltar que até os anos 70 o foco da medicina era restrito às condições agudas, e que obviamente deixava de responder às exigências ou à demanda no campo da saúde, frente ao amplo processo de envelhecimento, associado às doenças crônicas e incapacidades que se instalaram. Exigindo, portanto novos olhares e consequentemente, modelos de avaliação da incapacidade funciona.

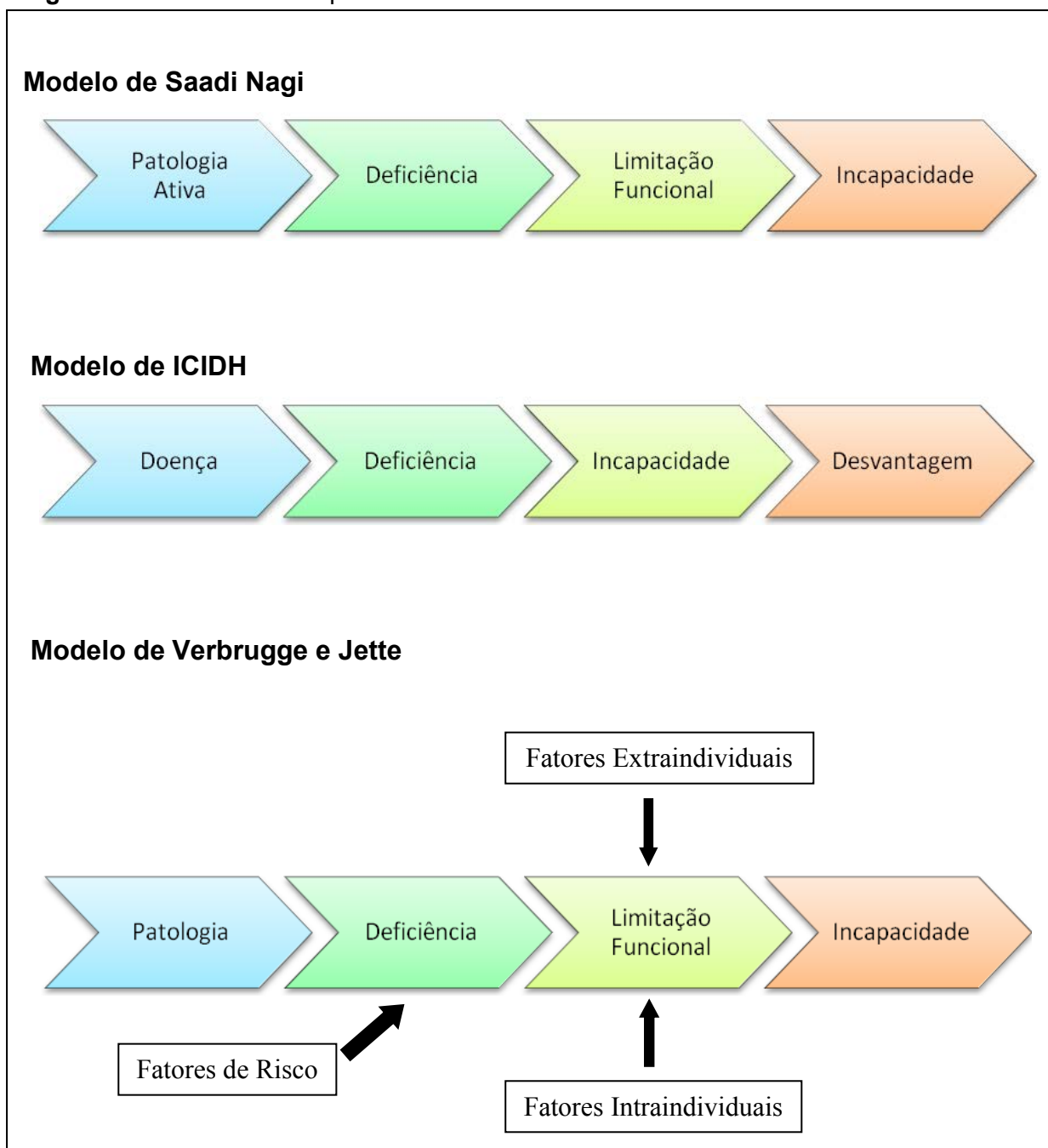
Nagi (1976) propõe um modelo de avaliação da incapacidade dividindo-o em quatro estágios: o primeiro representado pela doença, contribuindo para alterações físicas e mentais. Posteriormente, o segundo estágio caracterizado pela deficiência, contemplando alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas e psicológicas do indivíduo. O terceiro estágio é exemplificado pela inabilidade da pessoa em executar as tarefas e as atividades outrora realizadas pelo indivíduo e a quarta e última etapa desse modelo, a incapacidade, representada pela não concordância entre o desempenho de uma pessoa em um papel específico e as expectativas do grupo do que seja normal para aquele indivíduo.

A esse modelo posteriormente foi somado outros dois conceitos: a incapacidade no desempenho no contexto individual e aquele relacionado frente aos papéis sociais. O sociólogo refere que as três dimensões do desempenho, a física, a mental e a emocional devem ser contempladas distintamente, pois a incapacidade em um aspecto não significa, a priori, incapacidade em outro (NAGI, 1976).

No contexto da incapacidade a OMS corrobora dentro desta perspectiva, propondo em paralelo ao Código Internacional de Doenças (CID) a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH), compreendida como uma classificação do impacto da doença (WHO, 1980).

Embora o modelo tenha contribuído sobremaneira para o diagnóstico clínico, monitoramento, avaliação, desenvolvimento de programas, construção de políticas, planejamento em saúde, o instrumento sofreu críticas por considerar de forma linear em seu contexto avaliativo a ocorrência da incapacidade, ou seja, a deficiência como consequência para a incapacidade, e esta, como requisito para a desvantagem, não considerando a contribuição do ambiente ou do social no entendimento da incapacidade e desvantagem, tendo como foco exclusivamente, o indivíduo e a sua deficiência (WHO, 1980; MADDEN; ROGAN, 1997).

Dentro dessa mesma ótica, Verbrugge e Jette (1994) elaboraram um modelo avaliativo da incapacidade funcional contemplando os modelos de Nagi (1976) e da OMS (WHO, 1980), composto por quatro componentes: a patologia, a deficiência, a limitação funcional e a incapacidade. Somando a estes, os fatores intraindividuais, representados pelas alterações comportamentais, estilo de vida e pelos atributos psicossociais e os extraindividuais, exemplificados pelos cuidados médicos, terapêutica medicamentosa, ao processo de reabilitação e aos fatores sociais e ambiente físico, entendendo que estes podem influenciar o processo de incapacidade, ocasionalmente retardando ou acelerando o mesmo. Vale ressaltar que esse modelo, representado na Figura 1, vem ainda sendo utilizado nos dias atuais para avaliação da incapacidade funcional, discussões de intervenções, prevenção, pesquisas e, também, na elaboração de políticas públicas.

Figura 1 – Modelos de incapacidade funcional

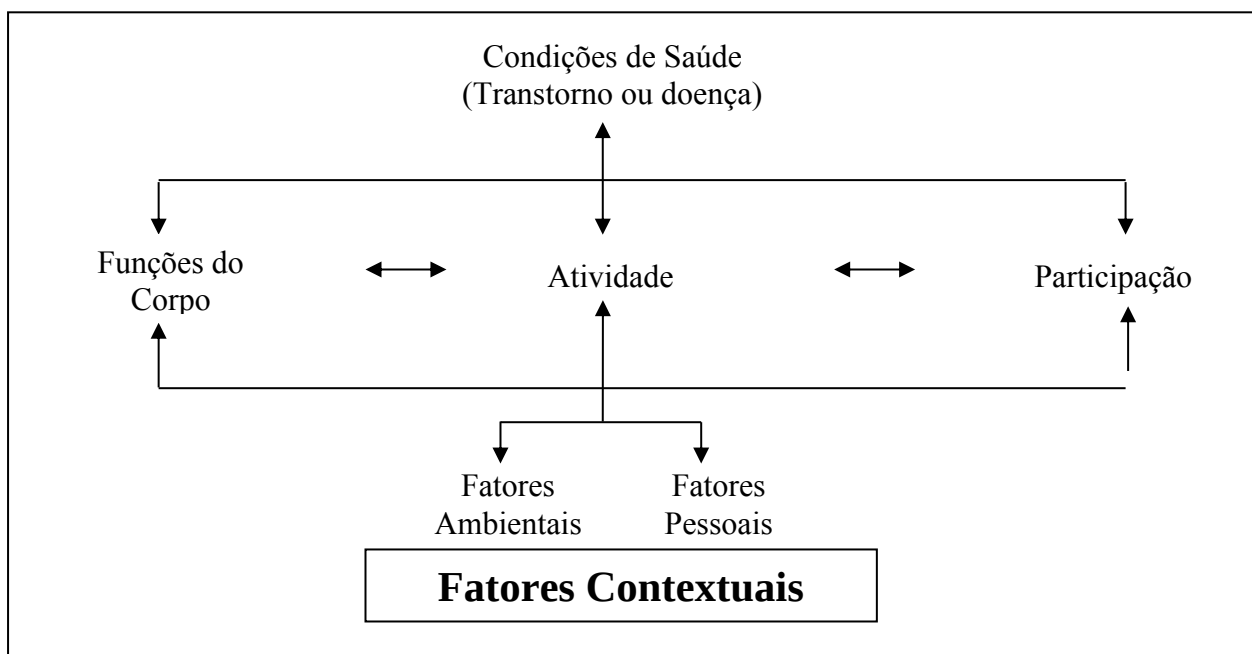
FONTE: Verbrugge e Jette, 1994.

Nesta vertente, a WHO (2001) traz uma nova abordagem conceitual na avaliação da incapacidade, traduzida na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), cujo modelo tem o objetivo de estabelecer uma linha comum, descrevendo a funcionalidade em associação às condições de saúde. A CIF avançou na compreensão e mensuração de deficiência. A CIF enfatiza fatores ambientais na criação de deficiência, que é a principal

diferença entre essa nova classificação e da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH). Na CIF, os problemas com o funcionamento humano são categorizadas em três áreas interligadas, como a deficiência, limitações e restrições de participação. Portanto, contempla os aspectos da saúde humana e outros relacionados ao binômio saúde e bem-estar, descrevendo-os em termos de domínios da saúde (visão, audição, memória e aprendizado) e de domínios relacionadas à saúde (educação, trabalho, transporte).

A classificação agrupa os distintos domínios de um indivíduo em uma determinada condição de saúde, definindo o que uma pessoa com doença ou disfunção possa executar ou não. Portanto a funcionalidade está representada pelas funções corporais e tarefas, e a incapacidade pelas deficiências e limitação da capacidade. As condições de saúde são doenças, lesões e doenças, enquanto os "prejuízos" são decréscimos específicos nas funções e estruturas do corpo, frequentemente identificados como sintomas ou sinais de condições de saúde. (WHO, 2001).

Figura 2 – Modelo de incapacidade funcional pelos critérios da ICF



FONTE: WHO (2001).

Nas últimas décadas, o conceito de incapacidade tem sido repensado e na atualidade tem seu foco quase que exclusivamente no declínio funcional. Para Yuaso e Sguizzatto (2002) a incapacidade é definida concomitantemente pela inabilidade de realizar atividades cotidianas do indivíduo. Rosa et al. (2002) a traduz como dificuldade no desempenho das atividades de vida diária ou na impossibilidade de desempenhá-las.

Vários autores afirmam tratar de um conceito multidimensional, entendendo que a incapacidade envolve as condições físicas, cognitivas e emocionais, sendo, portanto aspectos a serem mensurados. Vale ressaltar que a incapacidade é um processo dinâmico, atingindo graus distintos nas diferentes funções avaliadas no indivíduo, no mesmo período ou em momentos distintos. O idoso pode não apresentar incapacidade cognitiva e apresentar incapacidade física para a realização de transferência e locomoção, podendo esta realidade ser transitória, e a incapacidade ser sanada pelo processo de reabilitação instituído para o idoso.

A avaliação da incapacidade em graus de dependência tem-se mostrado um indicador sensível para avaliar as necessidades e determinar a utilização de recursos. Vários instrumentos validados são utilizados na avaliação da incapacidade, em casos de pesquisas populacionais sempre há de se considerar o objetivo da mesma, frente à escolha do mesmo. Notoriamente as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), as Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) são as principais medidas de incapacidade, que podem ser utilizadas concomitantemente, em separado ou contempladas dentro de outras escalas, podendo ser acrescida a estas a avaliação da mobilidade (WHO, 1981; ÜSTÜN et al., 2000-2001; CALDAS, 2003; NFDC, 2005; EIDE; LOEB; 2006; SOUSA et al., 2009).

As ABVDs são aquelas relacionadas ao autocuidado e as AIVDs são aquelas relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. De acordo com a capacidade de realizar essas atividades, é possível determinar se o indivíduo pode ou não viver sozinho (KATZ et al., 1963; LAWTON; BRODY, 1969; ZAZA; CHAGAS, 2011).

Nesse sentido, a avaliação geriátrica eficiente e completa por meio da medição da incapacidade funcional torna-se cada vez mais premente na avaliação da pessoa idosa. Ela tem como objetivo o diagnóstico precoce de

problemas de saúde e a orientação de serviços de apoio onde e quando forem necessários, com a finalidade de manter as pessoas em seus respectivos lares. A prática clínica geriátrica deve, caso esteja preocupada com a qualidade de vida, conter também uma ampla avaliação funcional em busca de perdas possíveis dessas funções (PAIXÃO JUNIOR; REICHENHEIM, 2005).

1.6 INCAPACIDADE: ESTUDOS POPULACIONAIS

Segundo o relatório Mundial sobre Deficiência elaborado pela WHO e do Grupo do Banco Mundial, mais de um bilhão de pessoas no mundo apresentam algum tipo de incapacidade, das quais cerca de 200 milhões demonstram perdas consideráveis. A possibilidade de aumento da prevalência é fato, considerando o envelhecimento da população e, conseqüentemente, o crescente número das condições crônicas de saúde, como, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios de saúde mental. Em todo o mundo, as pessoas com deficiência têm piores resultados no que diz respeito à saúde em geral, apresentam menor participação econômica e maiores taxas de pobreza do que as pessoas sem deficiência, além de níveis educacionais mais baixos (WHO, 2011).

O relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) traz dados sobre a incapacidade no mundo, com base em duas grandes fontes de dados, a World Health Survey (WHS, 2002-2004), envolvendo 59 países, e o Global Burden of Disease Study (DAUMIERE, 2004). Esses dados estão relacionados à incidência, prevalência, gravidade, duração e mortalidade para mais de 130 condições de saúde em 17 sub-regiões do mundo, estimando que 15,3% da população mundial (cerca de 978 milhões de pessoas de uma estimativa de 6,4 bilhões em 2004) apresentava "moderada ou grave incapacidade", enquanto 2,9% ou cerca de 185 milhões de pessoas apresentavam "incapacidade grave" (MATHERS; LOPEZ; MURRAY, 2006; WHO, 2008).

A World Health Survey (2002-2004) dá a prevalência de adultos com dificuldades muito significativas quanto à funcionalidade em 2,2%, enquanto que dados do Global Burden of Disease indicam que 3,8% da população adulta é estimada a apresentar "incapacidade grave", traduzidas em condições e doenças

como a tetraplegia, depressão grave ou cegueira. Essas duas pesquisas trazem resultados razoavelmente semelhantes, com relação à prevalência média dos países por deficiência e renda, entretanto, a razão por sexo para a deficiência é muito diferente com estimativas de prevalência de deficiência moderada e grave de 11% maior para mulheres do que para homens. Dados da pesquisa Mundial de Saúde estimam que o predomínio de incapacidade seja 60% maior no sexo feminino em detrimento ao masculino. É provável que as diferenças entre sexos no estudo, em certa medida, estejam relacionadas a diferenças na utilização de categorias de respostas.

Muitos países têm se preocupado em mensurar dados sobre a prevalência da incapacidade através de censos e pesquisas, com foco não mais no prejuízo e sim na abordagem da funcionalidade. Essas taxas de prevalência estimada variam amplamente entre e dentro dos países (DOYLE; WONG, 1996; BARBOTTE et al., 2001; MONT, 2007).

O atual Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study utilizou na sua confecção dados de avaliações de base populacional acerca do estado de saúde das populações, incluindo em sua análise 291 comorbidades ou lesões, somando 1160 sequelas que compõem a medida de anos vividos com incapacidade – Years Lived with Disability (YLD). Este, quando adicionado à medida de anos de vida perdidos por morte prematura – Years of Life Lost – YLLS, constitui o DALYs, que tem como objetivo quantificar o estado funcional dos indivíduos em termos de suas capacidades e ignorar fatores ambientais. O YLD usa um conjunto de domínios de saúde básicos, incluindo mobilidade, destreza, o afeto, a dor, a cognição, visão e audição (WHO, 2011).

Ressalta que em todas as partes do mundo observa-se o aumento da prevalência de algumas doenças crônicas como diabetes, doenças cardiovasculares (doença cardíaca e acidente vascular cerebral), transtornos mentais, câncer e doenças respiratórias. Essas comorbidades são responsáveis, tanto nos países de baixa renda e nos países de renda média, por 66.5% de todos os anos vividos com incapacidade (WHO, 2005a, 2005b 2008).

Alguns países apresentam dados mais detalhados dos tipos de problemas de saúde associados com incapacidade. Um levantamento populacional realizado em 1998, na Austrália, com pessoas de todas as idades apresentando incapacidade, as condições de saúde mais comuns apontadas foram artrite,

hipertensão, doenças cardíacas, asma, distúrbios da visão audição, PAIR (perda auditiva induzida por ruídos), problemas de fala, diabetes, acidente vascular encefálico, depressão e demência, o nível variou com a idade e o grau de incapacidade (AIHW, 2004).

Estudo realizado no Canadá em 2006, envolvendo população com idade igual ou maior a 15 anos com deficiência, evidenciou que as condições de saúde mais comuns relacionados com a incapacidade foram artrite, problemas na coluna vertebral, incluindo a cervical e distúrbios da audição. Outras condições também foram visualizadas como as doenças cardíacas, transtornos de tecidos moles, tais como bursite e fibromialgia, transtornos afetivos, asma, distúrbios da visão e diabetes (CANADA, 2012).

Com foco prioritário na população idosa um estudo realizado pela Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD, 2001), descrevendo tendências para incapacidade grave, apontou as dez principais condições de saúde associadas com a incapacidade. O reumatismo foi a principal causa entre os idosos, presente em 30% dos indivíduos acima de 65 anos ou mais que relataram limitações em suas "atividades de vida diária". Problemas cardíacos foram a segunda causa, com 23%. As outras condições incapacitantes principais foram hipertensão, problemas nas costas ou no pescoço, diabetes, distúrbios da visão, problemas pulmonares e respiratórios, fraturas, acidente vascular encefálico e problemas de audição (LAFORTUNE; BELESTAT, 2007).

É notório que as taxas de incapacidade são maiores entre as pessoas mais velhas, refletindo um acúmulo de riscos para a saúde, estes traduzidos em lesões e doenças crônicas (AIHW, 2004).

As pessoas mais velhas compõem 6.6% da população no Sri Lanka (no ano de 2001) e 10.7% da população na Austrália (no ano de 2003), com incapacidade de 22.5% e 35.2% respectivamente. Em 2006, esse percentual era de 39.8% no Canadá, 36.1% na Irlanda, 33.4% na Nova Zelândia e no ano de 2007 no Canadá e Estados Unidos com 54.3% e 35.6% respectivamente. Considerando que as taxas de deficiência são muito mais elevadas em idosos longevos, aqueles com idade entre 80 e 89 anos, faixa etária, que mais cresce em todo o mundo, aumentando em 3,9% ao ano (ABS, 2003; ROBINE; MICHEL, 2004).

No Brasil, alguns estudos populacionais relacionados à incapacidade em idosos vêm sendo confeccionados traduzindo essa problemática. No país,

Ramos e Goihman (1989) publicaram um dos primeiros estudos relacionados à incapacidade, realizado na cidade de São Paulo no ano de 1984, evidenciando semelhança de dados com pesquisas realizadas em países desenvolvidos. Os idosos apresentavam idade média avançada, 72 anos e população idosa feminina superior a dos homens. Cerca de 90% dos idosos referiram a presença de pelo menos uma DCNT, e quase a metade necessitava de ajuda na realização das ABVDs e AIVDs. As variáveis mostraram importante discrepância da realidade norte americana e europeia, encontrada nos arranjos domiciliares e nível socioeconômico (RAMOS, 2003).

Outro importante panorama da população idosa brasileira foi encontrado no PNAD nos anos de 1998/2003, ambos utilizaram o mesmo critério para classificar o idoso com incapacidade. Nos dois distintos anos da realização dos inquéritos utilizou-se na avaliação da incapacidade funcional sete questões relacionadas à realização das ABVDs, AIVDs e mobilidade. Em 1998 a incapacidade mais comum estava relacionada à mobilidade (subir escadas e caminhar 1 km), as variáveis fortemente relacionadas foram idade avançada, menor renda, baixa escolaridade. Na comparação entre sexos e incapacidade, houve predomínio das mulheres (MELZER; PARAHYBA, 2004; ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

O artigo publicado por Camargo, Machado e Rodrigues (2008), que analisou dados do PNAD de 2003, evidenciou aumento da incapacidade grave, estando associada com a progressão da idade, evidenciada entre as mulheres. Quanto à expectativa de vida aos 60 anos, foi de 19 anos para os homens e 22 para as mulheres idosas. Entre os homens pesquisados, 39% apresentavam incapacidade funcional leve, 21% incapacidade moderada e 14% com incapacidade funcional grave. Para as mulheres, esse percentual para as distintas incapacidades, leve, moderada e grave, foi de 56%, 32% e 18% respectivamente. Idosos que apresentavam algumas doenças crônicas como IRC, HA, doença cardíaca, artrite, DM apresentaram mais chances de incapacidade na dimensão mobilidade, subir escadas.

Nos anos de 2000 e 2001, outro importante estudo populacional foi realizado, intitulado Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) com o objetivo de vislumbrar acerca das condições de saúde dos idosos residentes em metrópoles de sete países da América Latina e Caribe. No Brasil, a capital escolhida foi a cidade de São Paulo, envolvendo 2.143 idosos com idade igual ou maior a 60 anos. No que se

refere à incapacidade, 80.7% não apresentaram dificuldades na realização das AVDs, entre aqueles com que apresentaram dificuldade 19.2%, 70.5% estavam relacionadas a uma ou duas atividades e 29% em três ou mais. As doenças crônicas autorreferidas que estiveram associadas às ABVDs e às AIVDs foram as artropatias, doença cardíaca, HA e doenças pulmonares (LEBRÃO; LAURENTI; 2005).

Quando se observa os dados do projeto SABE em toda a sua dimensão, referente a 10.500 idosos residentes nas sete metrópoles onde a pesquisa foi realizada, São Paulo, Buenos Aires, Havana, Cidade do México, Montevideu, Santiago e Bridgetown, a prevalência de incapacidade variou de 14% a 22% nas cidades de Bridgetown e Santiago, respectivamente. Em relação ao sexo, as mulheres em detrimento dos homens apresentaram maior expectativa de vida isoladamente e também associada à incapacidade, cerca de cinco vezes mais (LEBRÃO; LAURENTI; 2005).

Outro estudo de base populacional realizado em 2003 na cidade de Belo Horizonte, que envolveu 1.844 idosos, com o objetivo de avaliar os fatores associados à incapacidade funcional, a média de idade dos idosos foi de 69,7 anos (variação de 60 a 91 anos), com predomínio do sexo feminino em 58,9% e baixa escolaridade. Quanto à incapacidade funcional, 84% dos idosos, eram totalmente independentes nas seis ABVDs consideradas, e a incapacidade em 16%, com variação em graus. A incapacidade estava associada ao aumento da idade e pior percepção da saúde (GIACOMIN et al.; 2008).

Outro estudo realizado na cidade de Pelotas/RS, envolvendo 598 idosos, a prevalência de incapacidade para as ABVDs foi de 2.8% e 28.8% para as AIVDs. Estiveram associados com o desfecho: sexo feminino, cor da pele parda/preta/outras e situação conjugal atual solteiro(a)/separado(a)/viúvo(a). Na análise ajustada, houve apenas a associação do desfecho com cor da pele parda/preta/ outras ($p=0,01$) e com o aumento da idade ($p<0,001$), chegando a uma prevalência de incapacidade para as atividades básicas 3,46 maior nos indivíduos com idade igual ou superior a 80 anos, quando comparados àqueles com idade de 60 a 64 anos (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Portanto o estudo da incapacidade funcional tem ajudado a compreender a longevidade, além de contribuir para avaliar o estado de saúde dos idosos. Tendo sua justificativa no rápido e intenso processo de envelhecimento, baixo nível socioeconômico e cultural, elevada prevalência de doenças crônicas,

ocasionando limitações funcionais e incapacidades entre os idosos brasileiros. Dessa forma, a incapacidade funcional tem sido considerada um indicador do processo saúde-doença (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). Tal indicador é imprescindível para a organização da atenção à saúde subsidiando, dentre outros, a assistência direcionada ao idoso, familiares e cuidadores (THOBER; CREUTZBERG; VIEGAS, 2005).

Diante desse contexto, estudos populacionais que abordem de forma integral a saúde do idoso, por meio da avaliação da incapacidade funcional da população idosa cadastrada na Estratégia Saúde da Família (ESF), propiciam o desenvolvimento de práticas promocionais, de proteção específica, prevenção e reabilitação desse segmento populacional, considerando ser a atenção primária à saúde a principal porta de entrada do idoso no Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, temos como problemas de estudo:

A incapacidade funcional relaciona-se em níveis variados na execução de quais tarefas das dimensões motoras e cognitivas e está associada a quais fatores para sua ocorrência?

Temos como hipóteses:

- A incapacidade funcional interfere na realização de tarefas motoras e cognitivas, com diferentes intensidades, considerando o nível de dependência do idoso;
- Está associada a fatores como idade avançada, presença de doenças crônicas e subnutrição.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Estimar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional em idosos inscritos na Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Relacionar à influência das variáveis sociodemográficas a incapacidade funcional da população idosa;

- Identificar quais as tarefas nas diferentes dimensões motoras ou cognitivas que associam-se à incapacidade funcional dos idosos na realização das Atividades de Vida Diária;

- Investigar a influência das doenças crônicas, bem como, condições de saúde a incapacidade funcional dos idosos pesquisados.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, com delineamento transversal, desenvolvido de março de 2010 a fevereiro de 2015.

A presente pesquisa utilizou dados do “Projeto ELLO Dependentes” - Estudo sobre Envelhecimento e Longevidade.

O projeto ELLO-Dependentes teve seu início no ano de 2008 com abordagem à saúde de idosos independentes e a partir de 2010 passa a contemplar a população idosa dependente. Consiste em um projeto temático interdisciplinar e multidimensional, cujo objetivo principal foi estudar o perfil epidemiológico relacionado aos fatores sociodemográficos e de condições de saúde de idosos dependentes não institucionalizados e de seus cuidadores, no contexto da Estratégia da Saúde da Família do município de Londrina/PR. Abrange diversas áreas em Ciências da Saúde que estudaram os aspectos associados à fragilidade, incapacidade e dependência no processo de envelhecimento.

3.2 LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado no município de Londrina, situado no norte do Paraná, com uma área de 1.650.81Km² e população estimada de 543.003 habitantes para 2014. Destes, 64.476 são indivíduos idosos, ou seja, 12,7% da população do município têm 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2010). Segundo a Secretaria de Saúde do Estado de Paraná, Londrina é a 17ª Regional de Saúde e abrange atualmente 21 municípios.

A Autarquia Municipal de Saúde é o órgão responsável pela área de saúde no referido município. Na Atenção Básica, disponibiliza 53 USF, incluindo as pertencentes à zona rural (14), que atendem os patrimônios e distritos e (39) USF localizadas na zona urbana, estas, subdivididas em cinco macro regiões.

3.2.1 Unidades Urbanas Relacionadas pelas Macrorregiões

Unidades Urbanas Relacionadas pelas Macrorregiões nas cinco macros áreas do município de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde em 17/05/2010, na abrangência das USF de Londrina, estava cadastrada uma população de 35.716 idosos.

Quadro 1 – USF relacionadas por macrorregiões do município de Londrina/PR.

Macrorregião	Unidades Urbanas
Região Norte	Aquiles Stenguel, Maria Cecília, João Paz, Vivi Xavier, Parigot de Souza, Chefe Newton/Paraty, Imagawa/Cabo Frio, Milton Gavetti.
Região Oeste	Santiago, Leonor, Jardim do Sol, Alvorada, Bandeirantes, Tóquio, Panissa.
Região Centro	Carnascialli, CSU, Vila Casoni, Centro, Vila Brasil, Guanabara, Vila Nova, Fraternidade.
Região Leste	Moema/Novo Amparo, Mister Thomas, Lindóia, Jardim Ideal, Vila Ricardo, Jardim Marabá, Armino Guazzi, Ernani Moura.
Região Sul	Jardim Eldorado, San Izidro/San Fernando, Piza/Roseira, Ouro Branco, Pind, Cafezal, Itapoã, União da Vitória.

FONTE: Londrina (2014).

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Foi selecionada uma USF representativa de cada uma das grandes áreas, escolhidas com base no maior contingente de idosos cadastrados, conforme relatório fornecido pelo SIAB, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 2 – Número de idosos cadastrados em cada USF selecionada do município de Londrina/PR.

Macrorregião	USF selecionada	Nº de idosos
Região Norte	Aquiles Stenguel	1.033
Região Oeste	Bandeirantes	1.670
Região Centro	Vila Brasil	1.361
Região Leste	Jardim Marabá	1.205
Região Sul	Jardim Eldorado	1.219
Total		6.488

FONTE: Londrina (2014).

Segundo listagem fornecida pelas USF no mesmo período, contemplando as microáreas visitadas pelos Agentes Comunitários em Saúde (ACS) da ESF, o número real era de 3.072 idosos.

Conforme observado nos registros das unidades, o número de idosos assistidos pelas equipes da ESF era inferior a esse número, por não haver cobertura completa por parte da equipe em algumas das áreas de abrangência das referidas unidades pesquisadas.

Somado esse fato, houve perdas ocorridas em razão da exclusão de indivíduos com idade inferior a 60 anos que estavam relacionados na listagem concedida pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), à ausência do idoso na residência após três visitas, ao falecimento do idoso, às mudanças de endereço, às recusas e, finalmente, à exclusão de zonas críticas. Portanto, a população de estudo foi determinada com vistas à realização da primeira etapa da pesquisa em 2.623 idosos, representando 85,4% da população real.

3.4 PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

Após a determinação da população real de idosos junto a Autarquia Municipal de Saúde das USF, a primeira etapa da pesquisa teve seu início. Os critérios de inclusão utilizados quanto a participação do idoso foram: idade igual ou

superior a 60 anos, ambos os sexos, não-institucionalizados e assistidos por equipes da ESF. Além disso, o idoso deveria aceitar participar voluntariamente do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Importante ressaltar que os procedimentos do estudo eram explicados aos idosos e familiares e/ou cuidador, pois os idosos impossibilitados de responderem foram representados pelos seus cuidadores principais formais ou informais.

Nessa etapa cada uma das cinco USF era visitada pelos pesquisadores envolvidos e toda a sua equipe era informada acerca dos objetivos da primeira etapa da pesquisa.

A equipe de pesquisadores foi composta por docentes pesquisadores e por discentes envolvidos na iniciação científica da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR). Ocorreram sucessivas reuniões com essa equipe, para que as estratégias fossem estabelecidas, considerando, desde a compreensão do instrumento pelos alunos, formas de se portar frente a diferentes situações, abordagem com os idosos, familiares, ACS e tempo médio gasto em cada residência.

O início da primeira etapa da pesquisa se deu após a estimativa real da população de idosos nas cinco USF selecionadas, objetivou determinar a dependência dos idosos para a realização das AIVDs, considerando a não categorização dos idosos nas suas USF quanto à dependência dos mesmos.

Portanto, nos anos de 2010 o percentual de idosos dependentes para as AIVDs foram buscados e o instrumento utilizado nesta etapa do estudo foi a Escala de Lawton (ANEXO A). As visitas aconteciam duas vezes por semana, e os grupos de pesquisadores eram acompanhados pelos Agentes Comunitários de Saúde, de cada microárea específica, o que facilitou o acesso à residência dos idosos selecionados. Cerca de vinte a trinta idosos eram visitados a cada semana.

Dos 2.623 indivíduos, 66,5% (1.745) foram classificados como independentes e 33,5% (878) com algum grau de dependência para as AIVDs, sendo 49,2% classificados com grau de dependência leve, 22,4% com dependência moderada, 19,7% com dependência grave e 8,7% totalmente dependentes.

Assim, a população de estudo foi constituída de 878 idosos dependentes, ou seja, que necessitam de algum tipo de assistência, supervisão ou cuidado contínuo. A partir dessa população, a amostra foi calculada estatisticamente em 266 idosos assistidos pela ESF das cinco USF eleitas. A amostra foi estratificada

considerando a densidade de idosos e os quatro níveis de dependência segundo a Escala de Lawton: dependência leve, dependência moderada, dependência grave e dependência total.

3.4.1 Escala de Lawton

A Escala de Lawton consiste na avaliação de nove atividades: uso de telefone, ir a locais distantes utilizando algum tipo de transporte, fazer compras, preparo de refeição, arrumar a casa, realizar trabalhos manuais domésticos, cuidar da roupa, tomar medicações e controle financeiro (LAWTON; BRODY, 1969).

O instrumento apresenta quatro conjuntos de escores. Para classificar o idoso em independente, o mesmo deverá pontuar 26 a 27 pontos, sendo que, valores inferiores relacionam-se à dependência. Os itens são classificados quanto à assistência e a atividade realizada. Os escores são:

Quadro 3 – Nível de dependência do idoso segundo a Escala de Lawton.

Nível de dependência	Escore (pontos)
Independência	26 a 27
Dependência leve	21 a 25
Dependência moderada	16 a 20
Dependência grave	10 a 15

FONTE: Lawton e Brody (1969).

A tabela 1 apresenta a amostra dos idosos, considerando as cinco USF por macrorregiões do município de Londrina/PR.

Tabela 1 – Amostra EELO-Dependentes, estratificada conforme níveis de dependência do idoso para as AIVDs nas cinco macrorregiões do município de Londrina/PR, 2010-2014.

Região	Grau de dependência	N	%
NORTE (USF AQUILES) n = 46 idosos (IC: 95%)			
<i>Dependência leve</i>	25	25.0	54.4
<i>Dependência moderada</i>	13	13.0	28.3
<i>Dependência grave</i>	06	6.0	13.0
<i>Totalmente dependentes</i>	2	2.0	4.3
<i>Total</i>	46	46.0	100.0
SUL (USF ELDORADO) n = 62 idosos (IC: 95%)			
<i>Dependência leve</i>	28	28.0	45.1
<i>Dependência moderada</i>	14	14.0	22.6
<i>Dependência grave</i>	16	16.0	25.9
<i>Totalmente dependentes</i>	4	4.0	6.4
<i>Total</i>	62	62.0	100.0
LESTE (USF MARABÁ) n = 60 idosos (IC: 95%)			
<i>Dependência leve</i>	27	27.0	45.0
<i>Dependência moderada</i>	14	14.0	23.4
<i>Dependência grave</i>	11	11.0	18.3
<i>Totalmente dependentes</i>	08	8.0	13.3
<i>Total</i>	60	60.0	100.0
OESTE (USF BANDEIRANTES) n = 55 idosos (IC: 95%)			
<i>Dependência leve</i>	22	22.0	40.0
<i>Dependência moderada</i>	13	13.0	23.6
<i>Dependência grave</i>	13	13.0	23.6
<i>Totalmente dependentes</i>	07	7.0	12.7
<i>Total</i>	55	55.0	100.0

FONTE: Unopar (2010-2014).

... continuação

Tabela 1 – Amostra EELO-Dependentes, estratificada conforme níveis de dependência do idoso para as AIVDs nas cinco macrorregiões do município de Londrina/PR, 2010-2014.

Região	Grau de dependência	N	%
CENTRO			
(VILA BRASIL)			
n = 43 idosos (IC: 95%)			
<i>Dependência leve</i>	22	22.0	51.2
<i>Dependência moderada</i>	08	8.0	18.6
<i>Dependência grave</i>	11	11.0	25.6
<i>Totalmente dependentes</i>	02	2.0	4.6
<i>Total</i>	43	43.0	100.0

FONTE: Unopar (2010-2014).

3.5 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

A partir da seleção da amostra final dos idosos participantes, a segunda etapa da pesquisa teve início no ano de 2012, composta por uma amostra estratificada por níveis de dependência para as AIVD - Escala de Lawton e Brody (LAWTON; BRODY, 1969).

Para o início do seguimento da pesquisa, considerando a complexidade dos instrumentos utilizados, o pesquisador responsável capacitou sua equipe, até que todos pudessem compreender os instrumentos, não terem dúvidas quanto ao preenchimento, avaliando o idoso sem a possibilidade de interpretações errôneas.

O contato anterior à residência dos idosos nos facilitou o acesso secundário, pois contávamos com a disponibilidade dos endereços, telefones e contatos, previamente às visitas. Os aprazamentos das visitas no que se refere a datas e hora eram realizados por contato telefônico, pelos professores pesquisadores. Nessa etapa, de seis a sete idosos eram visitados a cada semana.

3.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados

3.5.1.1 Variável de desfecho

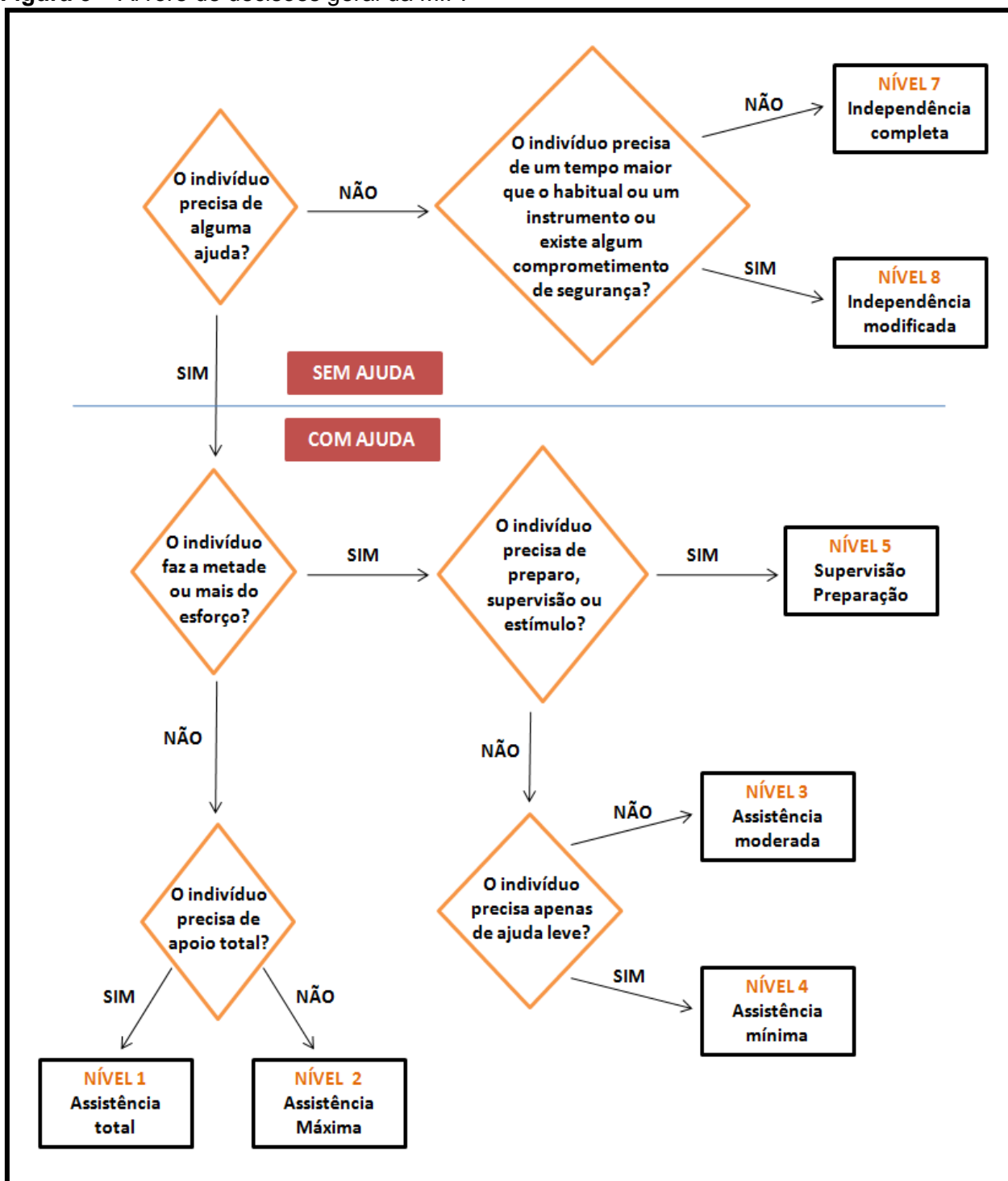
Optou-se pela utilização da Medida de Independência Funcional (MIF), considerando sua ampla utilização internacional, fácil aplicabilidade e validação para o português. A MIF foi idealizada pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação na década de 80. Posteriormente, em 2001, foi traduzida e adaptada no Brasil por Riberto et al. (2001), apresentando bons resultados para testes de reprodutibilidade e confiabilidade. O instrumento é recomendado pelo Ministério da Saúde, integrando o Caderno de Atenção Básica número 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

A MIF foi elaborada com a proposta de quantificar a necessidade da ajuda demandada por um indivíduo para uma série de tarefas motoras e cognitivas indispensáveis para o cumprimento das AVDs, avaliar o grau de incapacidade funcional para distintas restrições funcionais de diferentes origens e, por conseguinte, o nível de independência.

O instrumento contempla 18 tarefas que avaliam o desempenho da pessoa idosa em seis dimensões: autocuidado, controle esfincteriano, transferências, locomoção, comunicação e cognição social, considerando as seis dimensões e suas 18 categorias de análises.

Para cada um dos 18 itens uma árvore de escala descritiva é utilizada possibilitando conferir ao avaliado um escore de 7 a 1, e consequentemente classificando o nível de dependência do idoso. Veja o QUADRO 4 e a FIGURA 3:

Figura 3 – Árvore de decisões geral da MIF.



FONTE: Brasil (2006d).

Quadro 4 – Nível de dependência do idoso segundo a MIF.

Nível de dependência	Escore (pontos)
Independência completa	7
Independência modificada	6
Supervisão	5
Dependência mínima	4
Dependência moderada	3
Dependência máxima	2
Dependência total	1

FONTE: Riberto et al. (2001).

3.5.1.1.1 Dimensão autocuidado

Avalia a capacidade do idoso em alimentar-se, ou seja, a utilização dos utensílios necessários para levar os alimentos à boca, mastigar e engolir a refeição devidamente preparada. A higiene pessoal inclui a higiene dos dentes, o ato de pentear os cabelos, lavar as mãos, face e fazer barba ou maquiagem. No banho inclui lavagem, enxague e secagem do corpo, desde o pescoço até os pés. O vestir-se acima e abaixo da cintura, e o ato de despir-se, assim como colocar ou retirar uma prótese ou ortese da parte superior ou inferior do corpo se for o caso. Finalmente o uso o vaso sanitário inclui a higiene perineal e o despir e vestir a roupa antes e depois da utilização do vaso sanitário ou da comadre, executando as tarefas em segurança.

3.5.1.1.2 Dimensão controle de esfínteres

Avalia o controle e completo e intencional da diurese e da evacuação, e a utilização dos equipamentos ou dos meios necessários ao controle vesical.

3.5.1.1.3 Dimensão transferências

Inclui todos os aspectos de transferência para o leito, cadeira, ou cadeira de rodas; ou então a passagem para a posição em pé, se a marcha é o modo de locomoção, e vice-versa.

3.5.1.1.4 Dimensão locomoção

Avalia a possibilidade do andar a partir da posição de pé, ou utilizar uma cadeira de rodas, uma vez sentado, num piso plano. É verificado se o idoso utiliza marcha ou cadeiras de rodas, ou se ambas são utilizadas.

3.5.1.1.5 Dimensão comunicação

Avalia a compreensão de uma comunicação visual ou auditiva, isto é, de uma informação linguística falada ou escrita, ou por gestos. A expressão clara da linguagem verbal e não verbal, isto é, a expressão da informação linguística verbal ou gráfica com sentido e gramática apropriados e exatos.

3.5.1.1.6 Dimensão cognição social

Avalia os desempenhos (as técnicas e os meios) para acompanhar e participar com os outros nas situações terapêuticas e sociais. Isso representa a maneira como a pessoa lida com as suas próprias necessidades e em simultâneo com as dos outros. As capacidades necessárias à resolução dos problemas da vida cotidiana, isto é, a tomada de decisões razoáveis, seguras, adaptadas ao momento acerbadas tarefas sociais, financeiras e pessoais, assim como a iniciação, o

acompanhamento a autocorreção das tarefas e atividades para a resolução desses problemas. Além, de avaliar as habilidades necessárias para recordação e lembranças durante a vida corrente, em instituição ou na comunidade, em particular a capacidade de armazenar e de recuperar a informação, em especial verbal ou visual. A evidência de memória inclui reconhecimento de pessoas vistas com frequência, lembrança de rotinas diárias e execução de tarefas sem necessidades de ser lembrado. Um déficit de memória dificulta a aprendizagem, bem como, a realização das tarefas.

Portanto, o desempenho do idoso pode ser definido pelas somas das suas subescalas ou pela soma de todas estas. A partir da soma do conjunto de todas as tarefas, é possível estabelecer um escore mínimo de 18 e um máximo de 126 pontos. Quanto mais elevado o escore, maior o nível de independência, e melhor o desempenho funcional dos idosos.

Quadro 5 – Subescores de dependência do idoso segundo a MIF, considerando a soma das seis dimensões avaliadas.

Nível de dependência	Escore (pontos)
Dependência completa (assistência total)	18
Dependência modificada (assistência de até 50% da tarefa)	19 a 60
Dependência modificada (assistência de até 25% da tarefa)	61 a 103
Independência completa/ modificada	104 a 126

FONTE: Riberto et al. (2001).

Diferentemente das outras escalas de avaliação funcional, a MIF quantifica de forma mais objetiva a necessidade de ajuda ou a dependência, facilitando a elaboração de um projeto terapêutico individualizado.

3.5.1.2 Variáveis de exposição

Para as variáveis de exposição utilizou-se para a coleta de dados quatro diferentes instrumentos:

- Aspectos sociodemográficos e de condições gerais de saúde (APÊNDICE A);
- Questionário de comorbidades (APÊNDICE B);
- Questionário de consumo de medicamentos (APÊNDICE C);
- Miniavaliação Nutricional (MAN) (ANEXO C).

Todos os instrumentos confeccionados para o estudo foram idealizados por um grupo de professores envolvidos no mesmo, especialistas na área de gerontologia e geriatria. Os instrumentos, além de conter perguntas subsidiando informações técnicas precisas e de interesse para os vários estudos relacionados ao Projeto EELO, cada um destes foram avaliados em relação a sua clareza, objetividade e conteúdo.

Efetuamos um estudo piloto nas residências dos idosos atendidos no ambulatório de fisioterapia da UNOPAR – Universidade Norte do Paraná, para fins de adequação dos instrumentos utilizados (Aspectos sociodemográficos e de condições gerais de saúde – Apêndice A; Questionário de comorbidades - Apêndice B e Questionário de consumo de medicamentos - Apêndice C).

Posterior ao teste piloto, sugestões foram dadas pelos pesquisadores para fins de ajustes. Depois de acatadas ou não em duas reuniões realizadas para essa finalidade às sugestões emitidas pelos pesquisadores, realizamos pequenos ajustes no roteiro construído, portanto, finalizando a elaboração dos mesmos.

3.5.1.2.1 Aspectos sociodemográficos e de condições gerais de saúde

As variáveis independentes estudadas foram: sexo (feminino e masculino), idade (categorizada em faixa etária: 60-69; 70-79, $\geq$ 80 anos), situação conjugal atual (dicotomizada em casado(a)/ divorciado(a), separado(a)/, solteiro(a)/

viúvo(a), grau de escolaridade (categorizada em sete grupos: analfabeto(a); até 3^a série, até 4^a série do ensino fundamental, 5^a a 8^a série do fundamental completo, médio completo, superior completo), renda (categorizada em: sem renda pessoal, até 2 salários mínimos, >2-4 salários mínimos, > de 4 salários mínimos, coabitação (cônjuge/companheiro, acompanhante/cuidador, com familiares (não filhos), com filhos, cônjuge e filhos, sozinho) e cor da pele autorreferida (amarela, branca, parda e preta).

3.5.1.2.2 Miniavaliação Nutricional (MAN)

A Miniavaliação Nutricional (MAN) foi o instrumento utilizado para delinear o perfil nutricional dos idosos (VELLAS et al., 2006), cujo objetivo é avaliar o risco de desnutrição entre os idosos.

A MAN pode avaliar o risco de desnutrição em pessoas idosas antes que as alterações clínicas se manifestem. É uma ferramenta útil para uma avaliação rápida e confiável de pacientes idosos, como parte de uma avaliação geriátrica ampla, que reconhece precocemente as situações de risco. A sensibilidade dessa escala é de 96%, especificidade de 98% e o valor do prognóstico para a desnutrição é 97%, considerado o estado clínico como referência.

A MAN é uma escala simples e de fácil uso para avaliação da população geriátrica. Compreende 18 itens agrupados em duas categorias: triagem e avaliação global.

A Triagem é considerada a primeira etapa da aplicação da MAN. Soma seis questões referentes à diminuição da ingestão alimentar, mobilidade, estresse psicológico ou doença aguda, presença de problemas neuropsicológicos, peso, altura e perda de peso, totalizando 14 pontos. Caso o idoso pontue 12 pontos ou mais, o mesmo será considerado eutrófico, portanto, desconsiderando a necessidade da segunda etapa do instrumento, representada pela Avaliação Global.

A avaliação Global representa a segunda etapa do instrumento, apresentando um conjunto de 12 questões relativas à moradia, utilização de medicamentos, ao número de refeições, ingestão de alimentos e líquidos e

autonomia na alimentação; e avaliação subjetiva quanto a sua autopercepção da saúde e da nutrição pelo idoso.

Quando houver a aplicação da Triagem e concomitante Avaliação Global, a soma dos escores da MAN, sempre resultará em alteração no desempenho nutricional do idoso. Permitindo diferenciar os seguintes grupos de pacientes idosos: (A) os com risco de desnutrição e (B) os que apresentam desnutrição declarada.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A tabulação dos dados foi realizada através de uma planilha eletrônica, em duplicata, e as análises estatísticas foram realizadas no Software SPSS 22.0.

Os dados foram avaliados por meio de análise descritiva e inferencial. Para análise descritiva, usou-se as medidas de posição, dispersão e o gráfico box plot. A análise inferencial se deu por meio dos testes não paramétricos de Kruskal Wallis (Teste H), Mann Whitney (Teste U) e Dunn (FREUD; SIMON, 2000).

Resumidamente, o teste de Mann Whitney é usado para testar a hipótese nula de que duas populações possuem funções de distribuição iguais contra a hipótese alternativa de que as duas populações possuem funções de distribuição diferentes. O teste de Kruskal Wallis (Teste H) é uma extensão do teste U de Mann–Whitney para mais de duas amostras. Caso a hipóteses de nulidade do teste de Kruskal Wallis seja rejeitada, ou seja, pelo menos duas populações possuam funções de distribuição diferentes, o teste de Dunn verifica quais dessas populações diferem entre si (FREUD; SIMON, 2000).

Outro teste utilizado no estudo foi o Teste G, que é conhecido como um teste de *probabilidade de relação*, centrado na testagem de hipóteses e destina-se a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre essas variáveis qualitativas. É um teste não paramétrico, ou seja, não depende dos parâmetros populacionais, como média e variância. Outras informações relativas a esse teste podem ser buscadas em Sokal e Rohlf

(1981), cuja publicação desencadeou o uso frequente do Teste G e, também, em Freud e Simon (2000), que apresentam esclarecimentos sobre o Teste G, da razão de verossimilhança, ou máxima verossimilhança de significância estatística. Esses autores indicam que o Teste G, em resumo, é equivalente ao Teste de Qui-quadrado, simbolizado por χ^2 , que é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais (por exemplo: sexo, estado civil), avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas. Esse teste é cada vez mais utilizado em situações em que o Teste Qui-quadrado foi previamente recomendado, ou seja, o Teste G é recomendado para pequenas amostras. Em suma, ele é equivalente ao Teste do Qui-quadrado, mas não possui suas restrições, podendo ser aplicado em qualquer tabela.

O coeficiente G do teste pode ser obtido por meio da expressão $G =$

$$2 \sum_{ij} O_{ij} \cdot \ln\left(\frac{O_{ij}}{E_{ij}}\right):$$

$$G = 2 \sum_{ij} O_{ij} \cdot \ln(O_{ij} / E_{ij})$$

Onde, O_{ij} representa a frequência observada de uma célula e E_{ij} representa a frequência esperada¹ de uma célula e $\ln$ é o logaritmo natural. Adotou-se nesse estudo o nível de significância de 5% para todos os testes estatísticos aplicados.

Para a associação de dependência e covariáveis de interesse, foi utilizado o razão de prevalência (RP) e intervalos de 95% de confiança (IC95%), usando-se a regressão de Poisson bivariada e multivariada (BARROS; HIRAKATA, 2003; ZOU, 2004). Todas as variáveis de interesse foram incluídas na análise bivariada e também no modelo multivariado final, calculando-se razões de prevalência ajustadas.

¹ $E_{ij} = \frac{O_{i.} \cdot O_{.j}}{O_{..}}$

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Vale ressaltar que a referida pesquisa está vinculada ao Projeto temático "Perfil de Idosos dependentes residentes nas áreas de abrangência das unidades de saúde da família do município de Londrina/PR" - EELO-Dependentes, este por sua vez, obteve aprovação por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), com número de protocolo PP/0066/10. A pesquisa obteve aprovação junto a Autarquia de Saúde do Município de Londrina, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Norte do Paraná (Anexo D).

4 RESULTADOS

Considerando os objetivos do presente estudo, fez-se uma breve explanação dos resultados encontrados considerando a incapacidade funcional do idoso e sua relação com as variáveis de interesse.

4.1 DESCRIÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A Tabela 2 demonstra as características demográficas e condições socioeconômicas dos idosos residentes no município de Londrina/PR, entre 2010 e 2014, por níveis de dependência pela MIF.

Tabela 2 – Características demográficas e condições socioeconômicas dos idosos e seus respectivos níveis de dependência pela MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).

VARIÁVEIS	MIF								Valor p
	25%		50%		Dependência Completa		Independência		
	n	%	n	%	n	%	N	%	
SEXO									0.4247
Feminino	43	16.0	9	3.0	4	2.0	117	44.0	
Masculino	27	10.0	9	3.0	2	1.0	55	21.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
FAIXA ETÁRIA									0.0001
60 a 69	9	3.0	1	0.0	1	0.0	38	14.0	
70 a 79	18	7.0	8	3.0	0	0.0	79	30.0	
80 anos ou mais	43	16.0	9	3.0	5	3.0	55	21.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
COR									0.1269
Amarela	5	2.0	0	0.0	0	0.0	4	2.0	
Branca	49	17.0	12	4.0	3	1.5	125	47.0	
Parda	9	4.0	6	2.0	0	0.0	25	10.0	
Preta	7	3.0	0	0.0	3	1.5	18	6.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
ESCOLARIDADE									0.4199
Analfabeto/até 3ª série	57	21.0	14	5.0	6	3.0	121	46.0	
Até 4ª série Fundamental	10	4.0	3	1.0	0	0.0	32	12.0	
Fundamental Completo	1	0.0	0	0.0	0	0.0	12	5.0	
Médio Completo	1	0.0	1	0.0	0	0.0	6	2.0	
Superior completo	1	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total

MIF – Medida de Independência Funcional

SM = salário mínimo para aposentados e pensionistas = R\$ 622,00 (ADVFN, 200?)

*Teste G, p-valor significativo a 5%

... continuação

Tabela 2 – Características demográficas e condições socioeconômicas dos idosos e suas respectivos níveis de dependência pela MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).

VARIÁVEIS	MIF								Valor p
	25%		50%		Dependência Completa		Independência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
SITUAÇÃO CONJUGAL									0.0475
Casado	32	12.0	9	3.0	1	1.0	102	38.0	
Separado/ Divorciado	3	1.0	0	0.0	0	0.0	6	2.0	
Solteiro	7	3.0	0	0.0	0	0.0	4	2.0	
Viúvo	28	11.0	9	3.0	5	2.0	60	23.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
RENDA									0.3385
Sem renda pessoal	4	2.0	0	0.0	0	0.0	14	5.0	
até 2 SM	47	18.0	15	5.0	6	3.0	114	43.0	
>2-4SM	16	5.0	3	1.0	0	0.0	36	14.0	
+ 4SM	3	1.0	0	0.0	0	0.0	8	3.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
COABITAÇÃO									0.1021
Acompanhante ou Cuidador	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Com familiares (sem filhos)	8	3.0	1	0.0	0	0.0	5	2.0	
Com filhos	22	8.0	6	2.0	3	1.0	42	16.0	
Cônjuge e Filhos	12	5.0	1	0.0	2	1.0	33	13.0	
Cônjuge/ Companheiro	21	7.0	9	4.0	0	0.0	70	26.0	
Sozinho	6	3.0	1	0.0	1	1.0	22	8.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total

SM = salário mínimo para aposentados e pensionistas = R\$ 622,00 (ADVFN, 200?)

*Teste G, p-valor significativo a 5%

Na análise dos níveis de dependência pela MIF com as variáveis qualitativas categóricas e ordinais da Tabela 2, segundo o sexo 56 (21%) das mulheres e 44 (14%) dos homens eram dependentes para a MIF. Com relação à distribuição percentual entre sexo e dependência, não se evidenciou correlação estatística ($p=0.4247$).

A média de idade encontrada foi de 77,5 (Desvio-Padrão – DP = 8,2). Considerando a distribuição dos idosos por todas as faixas etárias 112(43%) eram de idosos longevos (80 anos ou mais), seguidos de 105 (40%) daqueles com faixa etária entre 70-79 anos, 57 (21%) dos idosos dependentes eram de idosos com 80 anos ou mais. A distribuição percentual entre faixa etária e dependência, evidenciou-se significância estatística ($p<0.0001$), ou seja, quanto mais longo, maior a relação do idoso com a dependência.

Entre as características relacionadas à cor, 189 (71%) eram caucasianos, desses, 64 (24%) apresentaram o maior percentual de dependência. Com relação à distribuição percentual entre cor e dependência, não se evidenciou correlação estatística ($p=0.1269$).

Quanto aos indicadores de escolaridade, houve o predomínio da baixa escolaridade entre 198 (77%), ou seja, eram analfabetos ou haviam cursado até a terceira série, entre esses, 79 (29%) eram dependentes pela MIF. Com relação à distribuição percentual entre escolaridade e dependência, não se evidenciou correlação estatística ($p=0.4199$).

Em relação à situação conjugal 144 (53%) eram de idosos casados, seguidos de 103 (39%) de viúvos, havendo prevalência de 43 (16%) para os viúvos da presença de dependência, houve associação estatística leve entre situação conjugal e dependência ($p=0.0475$), ou seja, ser casado ou viúvo nessa população tem relação com a dependência.

No que se refere à renda da população, 184 (70%) recebiam até dois salários mínimos (SM), cerca de 72 (28%) contemplados com esse rendimento, eram dependentes ($p=0.3385$). Em relação à coabitação, 100 (37%) e 73 (27%) residiam com cônjuge/companheiro e com os filhos respectivamente. A prevalência da dependência foi de 30 (11%) dos que moravam com filhos e 30 (11%) para os residentes com cônjuge/companheiro.

Foi observado que a dependência modificada 25% foi a mais prevalente para todas as variáveis independentes testadas com a seguinte distribuição: 43 (16%) para as mulheres e para os idosos com 80 anos ou mais, 32 (12%) dos casados e 29 (11%) dos viúvos, 49 (18%) dos caucasianos e 47 (18%) daqueles com rendimento de até dois salários mínimos e 22 (8%) dos que residiam com filhos.

4.2 DESCRIÇÃO DOS INDICADORES DE SAÚDE E PRESENÇA DE DOENÇAS CRÔNICAS DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Algumas das variáveis independentes testadas e relacionadas à MIF relacionam-se ao maior percentual para dependência, apresentando significância ou forte relação estatística com os distintos níveis de dependência avaliados, conforme demonstra a Tabela 3.

Tabela 3 - Características dos indicadores de saúde, doenças crônicas não transmissíveis, e dependência pela MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).

VARIÁVEIS	MIF								Valor p
	25%		50%		Dependência Completa		Independência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
LAWTON									<0.0001
Grave	37	13.9	5	1.9	0	0.0	15	5.6	
Leve	15	5.6	0	0.0	0	0.0	109	41.0	
Moderado	14	5.3	0	0.0	0	0.0	48	18.1	
Totalmente	4	1.5	13	4.9	6	3.0	0	0.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
Nº DE COMORBIDADES									0.5861
0 - 2	11	4.5	4	1.5	2	0.9	44	16.6	
3 - 4	15	5.6	4	1.5	2	0.9	42	15.8	
5 ou mais	44	16.2	10	3.0	2	0.9	86	32.3	
Total	70	26.0	18	6.8	6	3.0	172	65.0	
POLIFARMÁCIA									0.2890
Sim	32	12.0	8	3.0	3	1.5	58	21.8	
Não	38	14.3	10	3.8	3	1.5	114	42.9	
Total	70	26.0	18	6.8	6	3.0	172	65.0	
ESTADO NUTRICIONAL									<0.0001
Desnutrido	4	1.5	3	2.0	5	3.0	4	1.5	
Risco	41	15.4	14	5.0	1	0.4	51	19.2	
Normal	25	9.4	1	0.4	0	0.0	117	44.0	
Total	70	26.3	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
ALZHEIMER									<0.0001
Não	66	24.8	10	3.4	2	1.0	169	63.0	
Sim	4	1.5	8	3.0	4	2.0	3	1.7	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total

*Teste G, p-valor significativo a 5%

... continuação

Tabela 3 - Características dos indicadores de saúde, doenças crônicas não transmissíveis, e dependência pela MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).

VARIÁVEIS	MIF								Valor p
	25%		50%		Dependência Completa		Independência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
AVE									<0.0001
Não	52	19.5	7	2.5	5	2.2	162	60.9	
Sim	18	7.0	11	4.0	1	0.5	10	4.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
PROBLEMA VASCULAR									0.0023
Não	40	15.0	6	2.3	3	1.4	125	47.2	
Sim	30	11.3	12	4.0	3	1.4	47	17.5	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
DISLIPIDEMIA									0.0348
Não	50	18.8	17	6.0	6	3.0	128	48.3	
Sim	20	7.5	1	0.4	0	0.0	44	16.4	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
HIPERTENSÃO ARTERIAL									0.0362
Não	23	8.6	10	3.5	5	2.4	77	29.2	
Sim	47	17.7	8	3.0	1	0.3	95	35.5	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
PARKINSON									0.0439
Não	67	25.2	18	6.0	6	3.0	172	64.7	
Sim	3	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total

*Teste G, p-valor significativo a 5%

... continuação

Tabela 3 - Características dos indicadores de saúde, doenças crônicas não transmissíveis, e dependência pela MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).

VARIÁVEIS	MIF								Valor p
	25%		50%		Dependência Completa		Independência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
DOENÇA GASTROINTESTINAL									0.0506
Não	55	20.7	10	3.4	6	2.7	121	45.5	
Sim	15	5.6	8	3.0	0	0.0	51	19.2	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS									0.8738
Não	62	23.3	15	5.5	5	2.5	146	54.7	
Sim	8	3.0	3	1.0	1	0.3	26	10.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
DOENÇAS REUMÁTICAS									0.4087
Não	44	16.5	12	4.2	5	2.5	125	46.9	
Sim	26	9.8	6	2.3	1	0.3	47	17.9	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
DOENÇAS DO CORAÇÃO									0.2354
Não	51	19.2	15	5.0	6	3.0	129	48.7	
Sim	19	7.2	3	1.0	0	0.0	43	16.0	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	
DIABETES									0.1863
Não	48	18.0	16	5.4	5	2.6	115	43.5	
Sim	22	8.3	2	0.8	1	0.3	57	21.2	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total

*Teste G, p-valor significativo a 5%

... continuação

Tabela 3 - Características dos indicadores de saúde, doenças crônicas não transmissíveis, e dependência pela Medida de Independência Funcional. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n= 266).

VARIÁVEIS	MIF								Valor p
	25%		50%		Dependência Completa		Independência		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
DEPRESSÃO									0.1081
Não	57	21.4	13	4.2	5	2,6	154	58.2	
Sim	13	4.9	5	1.9	1	0.3	18	6.5	
Total	70	26.0	18	6.0	6	3.0	172	65.0	

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total

*Teste G, p-valor significativo a 5%

No estudo, quando analisada a presença de comprometimento do idoso para as AIVDs com a variável de desfecho representadas pelos graus de dependência da MIF (independência completa/modificada, dependência modificada – assistência de até 25%, dependência modificada – assistência de até 50% e dependência completa), fica evidenciado que um percentual menor de idosos com AIVDs apresentam comprometimento para as atividades motoras e cognitivas avaliadas pela MIF. Dos 124 (46%) idosos apresentam dependência leve e dos 62 (23%) com comprometimento moderado nas AIVDs, somente 15 (5%) e 14 (5%) respectivamente, apresentam concomitantemente dependência modificada 25% para a MIF. Dos 57 (21%) dos idosos com dependência grave para as AIVDs, 42 (16%) tem somado a dependência para a MIF, destes, 37 (14%) para dependência modificada 25% e 5 (2%) para dependência modificada 50%. Obteve-se valor e percentual idênticos, ou seja, 23 (8%) dos idosos totalmente dependentes para as AIVDs, também apresentaram dependência completa para a MIF. A distribuição

percentual entre AIVDs e dependência determinada pela MIF evidenciou significância estatística ($p < 0.0001$), ou seja, quanto maior a dependência para as AIVDs, maior será a dependência nas ABVDs.

Quanto às comorbidades associadas à dependência para a MIF, 141 (53%) dos idosos apresentaram cinco ou mais doenças e 32 (16%) somavam quatro doenças, destes, 55 (11%) e 10 (4%) também apresentavam dependência 25% para a MIF, ou seja, ter policomorbidades não implicou em maior grau de dependência, portanto não houve significância estatística ($p = 0.1340$).

Quando avaliado o consumo de polifarmácia entre os idosos pesquisados, 165 (62%) um significativo percentual não o fazem, portanto, não havendo significância para esta variável e MIF ($p = 0.2890$).

O estado nutricional dos idosos avaliados revela que 143 (54%) são eutróficos e 107 (40%) apresentam risco de desnutrição, destes, 26 (10%) e 56 (21%) apresentam dependência modificada 25% para MIF. O estado nutricional parece influenciar a presença de dependência, ou seja, evidenciando significância estatística ($p < 0.0001$).

A prevalência da Doença de Alzheimer (DA) foi de 20 (8%) dos idosos, e 16 (6%) apresentaram dependência nos diferentes níveis da MIF. Na análise dos dados, 42 (16%) dos idosos apresentaram AVE, destes, 30 (12%) com dependência modificada de 25% e 50%. havendo relação das comorbidades e presença de dependência, com significância estatística ($p < 0.0001$).

Entre as doenças analisadas, algumas apresentaram prevalência aumentada e relação com dependência, 151 (57%) dos idosos com HA, 92 (34%), como problemas vasculares, 65 (24%) com dislipidemia e 74 (28%) com doenças gastrointestinais, destas, a relação estatística foi de ($p = 0.0348$), ($p = 0.0023$), ($p = 0.0348$) e ($p = 0.0506$) respectivamente.

4.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPENDÊNCIA E CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

Favorecendo o cálculo de razão de prevalência e razão de prevalência ajustada, as variáveis de desfecho representadas pelos graus de

dependência da MIF (independência completa/modificada, dependência modificada – assistência de até 25%, dependência modificada – assistência de até 50% e dependência completa) foram categorizadas somente em duas variáveis, sendo: idosos independentes e idosos com algum grau de dependência para a análise da Tabela 4.

Nessa análise, a relação de prevalência (RP) da dependência estatisticamente significativa foi verificada para algumas das variáveis demográficas, socioeconômicas, indicadores de saúde e doenças crônicas não transmissíveis descritas abaixo considerando nível de significância de ($p < 0.05$).

Tabela 4 – Análise da Razão de Prevalência e Razão da Prevalência ajustada, com análise bivariada e multivariada respectivamente da associação entre características demográficas, socioeconômicas, indicadores de saúde e doenças crônicas não transmissíveis e MIF (independentes e com algum grau de dependência) entre idosos. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).

Variáveis	Algum grau de dep.	Ind.	T	% de idosos com algum grau de dependência (IC 95%)	RP (IC 95%)	p (5%)	RP ajustada (IC 95%)	p (5%)
SEXO								
<i>Feminino</i>	56	117	173	32.4 (25.4-39.3)	1.00	-	1.00	-
<i>Masculino</i>	38	55	93	40,9 (30.9-50.9)	1.26 (0.91-1.75)	0.1062	0.99 (0.95-1.14)	0.851
FAIXA ETÁRIA								
<i>60 – 69</i>	11	38	49	22.5 (10.8-34.1)	1.00	-	1.00	-
<i>70 - 79</i>	26	79	105	24.8 (16.5-33.0)	1.10 (0.59-2.05)	0.4560	0.97 (0.89-1.06)	0.553
<i>80 anos ou mais</i>	57	55	112	50.9 (41.6-60.2)	2.27 (1.31-3.93)	0.0007	1.08 (0.99-1.18)	0.078
SITUAÇÃO CONJUG.								
<i>Casado</i>	42	102	144	29.2 (21.7-36.6)	1,00	-	1.00	-
<i>Divorciado/ Separado</i>	3	6	9	33.3 (2.5-64.1)	1.14 (0.44-2.98)	0.4558	0.98 (0.81-1.18)	0.806
<i>Solteiro</i>	7	4	11	63.6 (35.2-92.1)	2.18 (1.30-3.65)	0.0210	1.18 (1.01-1.37)	0.041
<i>Viúvo</i>	42	60	102	41.2 (31.6-50.7)	1.41 (1.00-1.99)	0.0343	1.03 (0.96-1.10)	0.471
LAWTON								
<i>Leve</i>	15	109	124	12.1 (6.4-17.8)	1.00	-	1.00	-
<i>Moderado</i>	14	48	62	22.6 (12.2-33.0)	1.87 (0.96-3.62)	0.0501	1.05 (0.95-1.16)	0.341
<i>Grave</i>	42	15	57	73.7 (62.3-85.1)	6.09 (3.70-10.03)	<0.0001	1.40 (1.26-1.56)	<0.0001
<i>Totalmente</i>	23	0	23	100.0	8.27 (5.14-13.29)	<0.0001	1.59 (1.41-1.79)	<0.0001
ESTADO NUTRICION.								
<i>Desnutrido</i>	12	4	16	75.0 (53.8-96.2)	1.00	-	1.00	-
<i>Risco</i>	56	51	107	52.3 (42.9-61.8)	0.70 (0.50-0.98)	0.0762	1.02 (0.93-1.12)	0.734
<i>Normal</i>	26	117	143	18.2 (11.9-24.5)	0.24 (0.15-0.38)	<000.1	0.96 (0.86-1.07)	0.413

RP: razão de prevalência ajustada por meio da análise multivariada (regressão de Poisson) por todas as variáveis que obtiveram nível de significância inferior a 0,05.

* Teste wald significativo p < 0,05

Dependentes = dep. Total = T. Independentes= Ind.

... continuação

Tabela 4 – Análise da Razão de Prevalência e Razão da Prevalência ajustada, com análise bivariada e multivariada respectivamente da associação entre características demográficas, socioeconômicas, indicadores de saúde e doenças crônicas não transmissíveis e MIF (independentes e com algum grau de dependência) entre idosos. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).

Variáveis	Algum grau de dep.	Ind.	T	% de idosos com algum grau de dependência (IC 95%)	RP (IC 95%)	p (5%)	RP ajustada (IC 95%)	p (5%)
ALZHEIMER								
<i>Não</i>	78	169	247	31.6 (25.8-37.4)	1.00	-	1.00	-
<i>Sim</i>	16	3	19	84.2 (67.8-100.0)	2.67 (2.04-3.48)	<0.0001	0.99 (0.89-1.09)	0.785
AVE								
<i>Não</i>	64	162	226	28.3 (22.4-34.2)	1.00	-	1.00	-
<i>Sim</i>	30	10	40	75.0 (61.6-88.4)	2.25 (2.01-3.48)	<0.0001	1.20 (1.09-1.31)	<0.0001
PROBLEMA VASCULAR								
<i>Não</i>	49	125	174	28.2 (21.5-34.8)	1.00	-	1.00	-
<i>Sim</i>	45	47	92	48.9 (38.7-59.1)	1.74 (1.27-2.38)	0.0006	0.98 (0.91-1.05)	0.515
DISLIPIDEM.								
<i>Não</i>	73	129	202	36.1 (29.5-42.8)	1.00	-	1.00	-
<i>Sim</i>	21	43	64	32.8 (21.3-44.3)	0.91 (0.61-1.35)	0.3688	1.03 (0.95-1.11)	0.517
HIPERTEN. ARTERIAL								
<i>Não</i>	38	77	115	33.0 (24.4-41.6)	1.00	-	1.00	-
<i>Sim</i>	56	95	151	37.1 (29.4-44.8)	1.12 (0.80-1.57)	0.2898	0.98 (0.92-1.05)	0.598
PARKISON								
<i>Não</i>	91	172	263	34.6 (29.1-40.6)	1.00	-	1.00	-
<i>Sim</i>	3	0	3	100.0	2.89 (2.45-3.41)	0.0402	1.47 (1.16-1.87)	0.001

RP: razão de prevalência ajustada por meio da análise multivariada (regressão de Poisson) por todas as variáveis que obtiveram nível de significância inferior a 0,05.

* Teste wald significativo $p < 0,05$

Dependentes = dep. Total = T. Independentes = Ind.

Com relação à faixa etária, a dependência esteve associada aos idosos com 80 anos ou mais (50.9%), quanto comparada aos idosos jovens, compreendidos na faixa etária de 60 a 69 anos. A RP foi de 2.27 idosos com 80 anos ou mais para cada pessoa idosa com idades de 60-69 anos com algum grau de dependência ($p=0.0007$).

No que se refere à análise bivariada considerando situação conjugal, encontrou associação para dependência entre os idosos solteiros (63.6%) e os viúvos (41.2%). A RP foi de 2.18 idosos solteiros e 1.41 viúvos para cada pessoa idosa casada para algum grau de dependência ($p=0.0210$) e ($p=0.0343$) respectivamente.

Em relação à análise da RP considerando os escores da escala de Lawton que avalia as atividades de vida diária, foi encontrada associação para dependência entre aqueles que eram totalmente dependentes (100%), os com dependência grave (73.7%) e finalmente os com grau de dependência moderada (22.6%). A RP foi de 8.27, 6.09 e 1.87 respectivamente, para cada pessoa idosa com comprometimento leve para as AIVDs ($p<0.0001$), (<0.0001) e ($p=0.0501$) respectivamente.

Com relação às doenças crônicas não transmissíveis, a dependência esteve associada aos idosos com o diagnóstico para Alzheimer (84.2%), AVE (75.0%), Problemas Vasculares (48.9%) e Parkinson (100%) quando comparada aos idosos com doenças não diagnosticadas. A RP foi de 2.67 idosos com Alzheimer, 2.25 para Acidente Vascular Encefálico, 1.74 idosos com Doenças Vasculares e 2.89 idosos para aqueles com diagnóstico de Parkinson para cada pessoa idosa não diagnosticada, com ($p<0.0001$), (<0.0001), ($p=0.0006$) e ($p=0.0402$) respectivamente.

Entretanto, idosos eutróficos apresentaram uma associação negativa com a dependência (RP=0.24; IC95%:0.15-0.38) quando comparado aos idosos desnutridos.

Considerando a análise ajustada houve a associação do desfecho para a Lawton nos níveis de dependência grave e entre os idosos totalmente dependentes de ($p<0.0001$), evidenciando prevalência aumentada para algum grau de dependência para os idosos com comprometimento das AIVDs mencionadas anteriormente, quando comparados àqueles idosos com dependência leve.

A análise ajustada para AVE e Parkinson mostra associação do desfecho para estas doenças ($p < 0.0001$) e (0.001) respectivamente, evidenciando prevalência aumentada para algum grau de dependência com diagnóstico das respectivas doenças em detrimento aos não diagnosticados.

4.4 INCAPACIDADE FUNCIONAL RELACIONADA ÀS DIMENSÕES E CATEGORIAS DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Na tabela 5, os testes de Mann Whitney e Kruskal Wallis (teste H) e Dunn foram utilizados evidenciando significância estatística ou não dos escores da MIF nas suas respectivas dimensões e categorias avaliadas, bem como, a influência destes com incapacidade dos idosos avaliados.

Tabela 5 - Distribuição da incapacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, nas dimensões e categorias da MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).

VARIÁVEIS/ DIMENSÕES	MIF							
	Independência		25%		50%		Dependência Completa	
	M	p	M	P	M	P	M	P
	<0.0001 _H *		<0.0001 _H *		<0.0001 _H *		-	
AUTOCUIDADO		<0.0001 _H *		0.002 _H *		0.001 _H *		-
<i>Alimentação</i>	7		6		4		1	-
<i>Higiene pessoal</i>	7		6		1		1	-
<i>Banho</i>	7		6		1		1	-
<i>Vestir a metade superior</i>	7		6		1		1	-
<i>Vestir a metade inferior</i>	6		6		1		1	-
<i>Sanitário</i>	6		6		2		1	-
CONTROLE ESFÍNCTER		<0.0001 _U *		0.328 _U		0.938 _U		-
<i>Controle da urina</i>	6		6		2		1	-
<i>Controle das fezes</i>	7		6		2		1	-
MOBILIDADE		0.126 _H		0.925 _H		0.876 _H		-
<i>Leito, cadeira, cadeira de rodas</i>	6		6		2		1	-
<i>Vaso sanitário</i>	6		6		2		1	-
<i>Banheira, chuveiro</i>	6		6		2		1	-
LOCOMOÇÃO		<0.0001 _U		<0.0001 _U		0.203 _U		-
<i>Marcha/Cadeira de rodas</i>	6		6		2		1	-
<i>Escadas</i>	6		2		1		1	-

* p-valor significativo a 5%

H subscrito significa que se aplicou o teste de Kruskal Wallis (Teste H)

U subscrito significa que se aplicou o teste de Mann Whitney (Teste U)

Dunn

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total I

M – Dados expostos em mediana

... continuação

Tabela 5 - Distribuição da incapacidade funcional dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, nas dimensões e categorias da MIF. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).

VARIÁVEIS	MIF							
	Independência		25%		50%		Dependência Completa	
	M	p	M	P	M	P	M	P
		<0.0001 _H *		<0.0001 _H *		<0.0001 _H *		-
COMUNICAÇÃO		0.061 _U		0.450 _U		0.961 _U		-
<i>Compreensão</i>	7		6		3		1	-
<i>Expressão</i>	7		6		3		1	-
COGNIÇÃO		<0.0001 _H *		<0.0001 _H *		<0.0001 _H *		-
<i>Interação social</i>	6		5		2.5		1	-
<i>Resolução de problemas</i>	6		2		1		1	-
<i>Memória</i>	6		6		2		1	-

* p-valor significativo a 5%

H subscrito significa que se aplicou o teste de Kruskal Wallis (Teste H)

U subscrito significa que se aplicou o teste de Mann Whitney (Teste U)

Dunn

MIF – Medida de Independência Funcional

Níveis de dependência pela MIF:

Independência = Independência completa/modificada

Dependência Modificada 25% = assistência de até 25% na realização da tarefa

Dependência Modificada 50% = assistência de até 50% na realização da tarefa

Dependência completa = Assistência Total

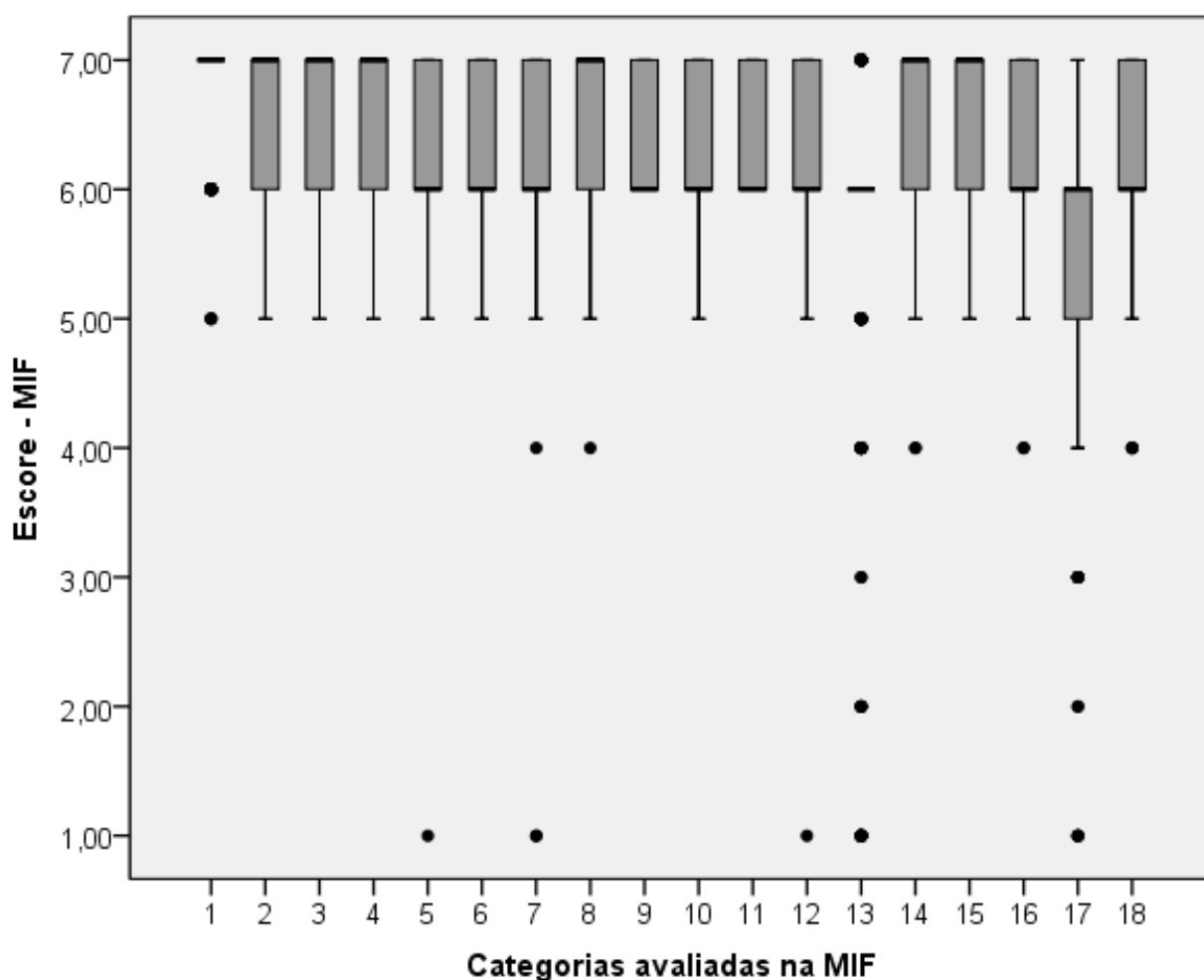
M – Dados expostos em mediana

A MIF mede a incapacidade, e não a deficiência, tendo por objetivo mensurar a performance do indivíduo com incapacidade frente a realização de uma série de tarefas comuns ao seu cotidiano, ou seja, atividades de vida diária.

Para melhor compreensão dos resultados obtidos pela avaliação dos 266 idosos e o declínio da capacidade funcional para as seis dimensões e 18 tarefas da MIF, pontuadas pelos escores de 1 a 7 e descritas pelos níveis de incapacidade: Independência, Dependência modificada 25% e Dependência modificada 50%, os resultados serão descritos pelos Box plots nas Figuras 4, 5 e 6 respectivamente.

A Figura 4 demonstra a pontuação da MIF para todas as categorias no contexto dos idosos independentes, com mediana de sete e seis para todas as tarefas, apresentando associação estatística para todas as dimensões ($p < 0.0001$).

Figura 4 – Distribuição da incapacidade funcional dos idosos e pontuação da MIF para todas as categorias no contexto dos idosos independentes. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).



MIF – Medida de Independência Funcional

Escore da MIF – 7 (Independência completa), 6 (Independência modificada), 5 (Supervisão ou Preparação), 4 (Ajuda com Contato Mínimo), 3 (Ajuda Moderada), 2 (Ajuda Máxima), 1 (Ajuda Total).

Categorias avaliadas na MIF – 1 (Alimentação), 2 (Higiene Pessoal), 3 (Banho), 4 (Vestir a Metade Superior do Corpo), 5 (Vestir a Metade Inferior do Corpo), 6 (Utilização de Vaso Sanitário), 7 (Controle de Urina), 8 (Controle de Fezes), 9 (Transferência – Leito Cadeira, Cadeira de Rodas), 10 (Transferência – Vaso Sanitário), 11 (Transferência – Banheira ou Chuveiro), 12 (Locomoção), 13 (Locomoção – Escadas), 14 (Compreensão), 15 (Expressão), 16 (Interação Social), 17 (Resolução dos Problemas), 18 (Memória).

Na dimensão “autocuidado” a significância foi de ($p<0.0001$) 82,7% dos idosos, no item “alimentação” pontuaram entre 7 e 6, enquanto 50% para o item “vestir a metade inferior” pontuaram com mediana 6, 16,2% dos idosos variaram com dependência entre 4 e 1.

Na dimensão “controle de esfíncter” e “locomoção”, observamos significância estatística ($p<0,0001$). Relacionado às dimensões mencionadas, o item “controle de urina” e “escadas” 17% dos idosos apresentaram escore inferior a 6 para o controle urinário, e 37,6% obtiveram escore entre 5 e 1 para uso de escadas. Vale ressaltar que esse percentual de idosos dependentes para a tarefa “escada” está relacionado ao fato da MIF avaliar o cotidiano do idoso na execução de determinada tarefa, ou seja, leva-se em consideração se o idoso sobe ou não escadas no seu cotidiano e não se o mesmo tem condições de fazê-lo. Portanto, caso o mesmo não tenha escadas em sua residência e não realize a tarefa, o mesmo será pontuado em 1.

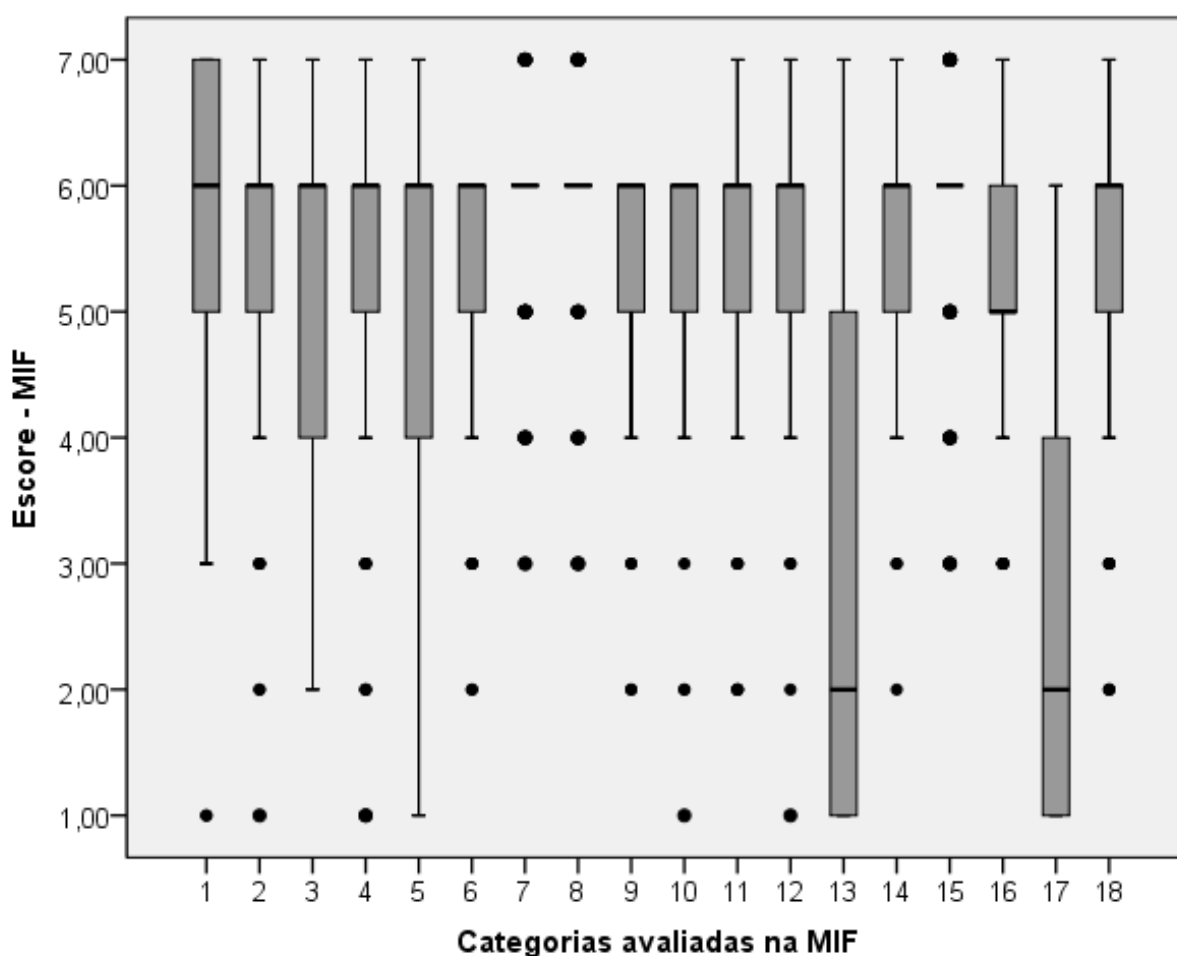
A dimensão “cognição” se diferenciou nas três categorias avaliadas nesse contexto, apresentando significância estatística ($p<0.0001$). Na avaliação da “resolução de problemas”, aproximadamente 50,4% pontuaram entre 6 e 5, 24,4% em 5 e 19,5% em 1, o que evidencia idosos completamente dependentes para a referida tarefa.

Embora pontuados como independentes, observa-se idosos com pontuações entre 4 e 1 nas 18 categorias avaliadas pela MIF, com percentuais variando entre 16,1% na categoria “banho” e “vestir a metade inferior do corpo”, 15% com déficit de memória, 14,2% na transferência para banheira e chuveiro e 13,5% na “resolução de problemas”, ou seja, alguns idosos apresentam incapacidade para algumas categorias, mas na soma geral de todas as 6 dimensões da MIF são categorizados como independentes.

Na análise dos escores para cada categoria da MIF independente, fica evidente a alta performance na realização das tarefas. A associação estatística traduz a influência da capacidade física e cognitiva preservada para a manutenção da independência do idoso.

A Figura 5 demonstra a pontuação da MIF para todas as categorias no contexto dos idosos independentes, com mediana de sete e seis para todas as tarefas, apresentando associação estatística para todas as dimensões ($p < 0.0001$).

Figura 5 – Distribuição da incapacidade funcional dos idosos e pontuação da MIF para todas as categorias no contexto dos idosos com dependência de 25%. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).



MIF – Medida de Independência Funcional

Escore da MIF – 7 (Independência completa), 6 (Independência modificada), 5 (Supervisão ou Preparação), 4 (Ajuda com Contato Mínimo), 3 (Ajuda Moderada), 2 (Ajuda Máxima), 1 (Ajuda Total).

Categorias avaliadas na MIF – 1 (Alimentação), 2 (Higiene Pessoal), 3 (Banho), 4 (Vestir a Metade Superior do Corpo), 5 (Vestir a Metade Inferior do Corpo), 6 (Utilização de Vaso Sanitário), 7 (Controle de Urina), 8 (Controle de Fezes), 9 (Transferência – Leito Cadeira, Cadeira de Rodas), 10 (Transferência – Vaso Sanitário), 11 (Transferência – Banheira ou Chuveiro), 12 (Locomoção), 13 (Locomoção – Escadas), 14 (Compreensão), 15 (Expressão), 16 (Interação Social), 17 (Resolução dos Problemas), 18 (Memória).

A Figura 5 também demonstra que a dependência 25% dos idosos está correlacionada a uma expressiva modificação nos escores da MIF para todas as dimensões, com mediana de 6, exceto para locomoção e cognição social (categorias interação social e resolução de problemas), com significância estatística ($p < 0.0001$). Para todas as tarefas o percentual de idosos que necessitam de ajuda técnica ou supervisão aumentou consideravelmente quando comparado aos independentes, ou seja, os escores mais baixos da MIF para todas as tarefas, exceto alimentação contribuíram para a dependência dos idosos.

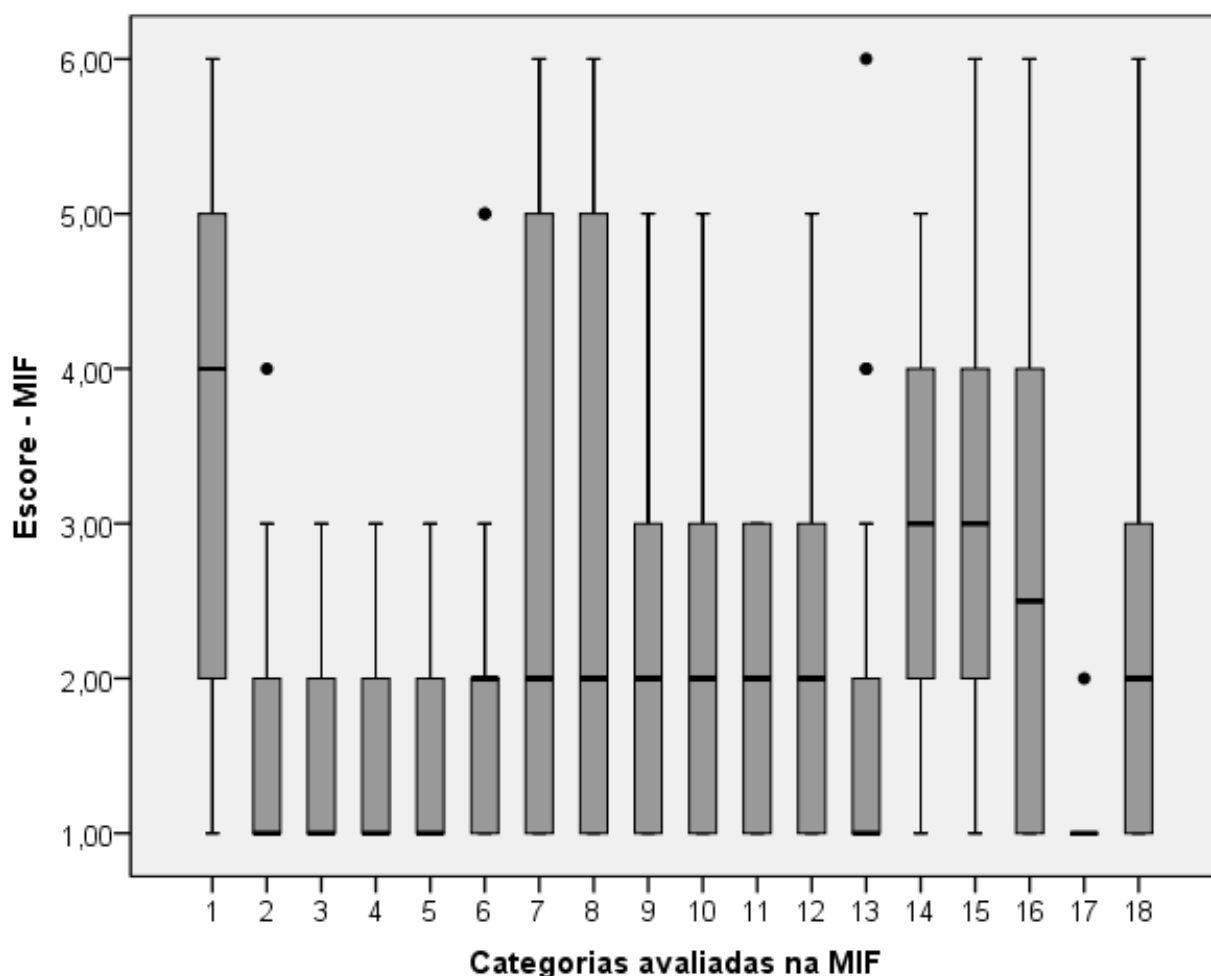
Na dimensão “autocuidado” foi encontrada relação estatística ($p = 0.002$). Na tarefa “alimentação”, 70% dos idosos pontuaram entre 6 e 7. As tarefas “banho” e “vestir a metade inferior” evidenciaram percentuais significativos de dificuldade para as suas execuções, 45,7% e 47,1% respectivamente, ambas as categorias pontuaram entre 5 e 1, ou seja, os idosos, nesse contexto, necessitavam de ajuda técnica, supervisão ou eram dependentes na execução das mesmas.

As dimensões locomoção e cognição apresentaram significância estatística ($p < 0.0001$). Quanto à locomoção, a tarefa “marcha/cadeira de rodas” e “uso de escadas”, obtiveram mediana de 6 e 2 respectivamente, ou seja, diferiram significativamente uma da outra. Quanto ao uso de escadas, 71,4% dos idosos pontuaram entre 4 e 1, e destes, 40% em 1. Na avaliação da cognição a mediana foi de 5 para “interação social”, 51,4% dos idosos necessitavam de supervisão com ou sem encorajamento ou sugestão no cumprimento da mesma. No que tange a “resolução de problemas” a mediana foi de 2, com 60% dos pesquisados apresentando dependência para esta tarefa.

Na análise dos escores para a MIF com Dependência Modificada 25%, fica evidenciada a queda expressiva da performance do idoso na realização das tarefas (banho e vestir-se abaixo da cintura, a associação estatística, escadas, interação social e resolução de problemas) e/que traduz a influência da perda da capacidade física e cognitiva para o aumento da incapacidade funcional do idoso.

A Figura 6 demonstra que a dependência 50% dos idosos está correlacionada a uma expressiva modificação nos escores da MIF para todas as dimensões, com medianas variando entre 4 e 1 para todas as tarefas, apresentando significância estatística no conjunto das 18 tarefas ($p < 0.0001$).

Figura 6 – Distribuição da incapacidade funcional e pontuação da MIF para os idosos com dependência de 50%. Município de Londrina/PR, 2010-2014 (n=266).



MIF – Medida de Independência Funcional

Escore da MIF – 7 (Independência completa), 6 (Independência modificada), 5 (Supervisão ou Preparação), 4 (Ajuda com Contato Mínimo), 3 (Ajuda Moderada), 2 (Ajuda Máxima), 1 (Ajuda Total).

Categorias avaliadas na MIF – 1 (Alimentação), 2 (Higiene Pessoal), 3 (Banho), 4 (Vestir a Metade Superior do Corpo), 5 (Vestir a Metade Inferior do Corpo), 6 (Utilização de Vaso Sanitário), 7 (Controle de Urina), 8 (Controle de Fezes), 9 (Transferência – Leito Cadeira, Cadeira de Rodas), 10 (Transferência – Vaso Sanitário), 11 (Transferência – Banheira ou Chuveiro), 12 (Locomoção), 13 (Locomoção – Escadas), 14 (Compreensão), 15 (Expressão), 16 (Interação Social), 17 (Resolução dos Problemas), 18 (Memória).

Na dimensão “autocuidado”, foi encontrado significância estatística ($p < 0.001$), na tarefa “alimentação” 55,6% dos idosos pontuaram entre 4 e 1, com mediana de 4. Para as outras tarefas na dimensão “autocuidado”, 100% dos idosos pontuaram entre 4 e 1, com mediana de 2 para “uso de vaso sanitário” e de 1 para as outras quatro tarefas avaliadas nesta dimensão. Sendo assim, as tarefas “higiene pessoal”, “vestir a metade inferior do corpo”, “banho” e “vestir metade superior do

corpo”, apresentaram percentuais respectivamente de 66,6%, 61,1% e 55,5% para as duas últimas tarefas.

Nas dimensões “controle de esfíncter”, “mobilidade”, “locomoção” e “comunicação”, não foi encontrado diferenciação entre as suas respectivas tarefas que apresentassem influência para a dependência 50%. Dos idosos 44,4% apresentam pontuação 1 para as tarefas “transferência leito” e “cadeiras de rodas/marcha”. O mesmo acontece para 66,6% dos avaliados quanto ao uso de escadas.

Na avaliação da cognição, foi encontrado diferença entre as medianas, apresentando por tanto significância estatística ($p < 0.0001$), 94,4% dos idosos pontuaram em 1 na avaliação da tarefa “resolução de problemas” e 38,9% com a mesma pontuação no que se refere a “interação social”.

Para os idosos pontuados em dependência completa para todas as dimensões a mediana encontrada foi de 1, significando dependência total para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida, ou seja, o idoso necessita de um cuidador.

Na análise dos escores para a MIF com Dependência Modificada 50%, fica evidenciado a queda expressiva da performance do idoso na realização das 18 tarefas, a associação estatística traduz a influência da perda da capacidade física e cognitiva para o aumento da incapacidade funcional do idoso.

5 DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados evidenciam que a capacidade funcional é uma condição multifatorial, e sofrem influência de fatores demográficos, socioeconômicos, de condições de saúde, doenças crônicas não transmissíveis.

A capacidade funcional da população idosa está descrita em várias pesquisas o que subsidiará as discussões dos achados deste estudo.

5.1 INCAPACIDADE FUNCIONAL

Vários dos estudos que avaliaram a funcionalidade de idosos mostram que as ABVDs são as últimas a serem comprometidas em decorrência do processo de envelhecimento, considerando distintos conjuntos de atividades executadas e avaliadas por diferentes instrumentos. Perdem-se, inicialmente, as habilidades para a execução das atividades avançadas, representadas pelas atividades relacionadas à integração social, englobando as atividades produtivas, recreativas e sociais, seguida das AIVDs e finalmente ocorre a perda da possibilidade para a realização das ABVDs. Estudos têm mostrado que, entre os idosos, o risco de incapacidade funcional dobra a cada década de vida (ROSA et al., 2003; MORAES, 2012).

Dos idosos elegíveis para este estudo, 266 eram dependentes para as AIVDs em seus distintos níveis, 46.6% apresentavam dependência leve, 23.3% dependência moderada, 21.4% dependência grave e 8.64% eram totalmente dependentes. Na avaliação para a incapacidade para as ABVDs pela MIF considerada o foco deste estudo, foram localizados 172 idosos (65%) como independentes e 94 (35%) com dependência em distintos graus para ambos os sexos. Quando comparamos nossos achados para as incapacidades na realização das ABVDs encontramos percentuais semelhantes a outros estudos publicados.

Nunes et al. (2010), em estudo transversal que avaliou a capacidade funcional de 388 idosos, demonstram que 31.7% eram dependentes para as ABVDs e 3.1% totalmente dependentes. Em relação as AIVDs, 45.7% apresentavam

dependência parcial e 14.9% dependência total. Neste estudo a independência foi de 65.2% e 39.4 para as ABVDs e AIVDs respectivamente.

No estudo de Del Duca, Silva e Hallal (2009), 60% dos pesquisados não apresentaram incapacidade para nenhum dos domínios na realização das ABVDs e AIVDs. Dos 598 idosos de ambos os sexos elegíveis para a pesquisa, 60% não apresentaram incapacidade funcional, e destes, 26.8% e de 28.8% apresentaram dependência para as ABVDs e AIVDs respectivamente.

Outro estudo de base populacional que envolveu 1786 idosos encontrou prevalência de incapacidade funcional de 8% para a realização de uma ABVDs e o mesmo percentual estava relacionado à incapacidade em fazê-las, ou seja, incapacidade de 16% (GIACOMIN et al., 2008).

Dados semelhantes ao nosso estudo foram encontrados em outras pesquisas referentes à associação da dependência das ABVDs com idade e presença de doenças (NAKATANI et al., 2003; RAMOS, 2003; ROSA et al., 2003).

Alguns estudos na avaliação das ABVDs evidenciaram com a utilização da MIF, escores diferenciados e consequentemente níveis de incapacidade, considerando as variáveis independentes relacionadas. No estudo de Gratão et al. (2013) de acordo com os valores encontrados na MIF geral, os idosos apresentaram média de 113.9 (± 20.6), ou seja, apresentaram independência completa/ modificada para a realização das ABVDs, dados semelhantes à presente pesquisa. Na análise da MIF com a variável escolaridade, evidenciou-se a correlação positiva com o desempenho funcional dos idosos, ou seja, idosos com baixa escolaridade apresentaram cinco vezes mais chances de ter dependência para as atividades diárias, diferindo do estudo em questão que não evidenciou correlação estatística entre escolaridade e incapacidade. Quanto à variável renda, ambos os estudos não encontraram associação com incapacidade, dados semelhantes aos de outros pesquisadores (TALMELLI et al., 2010; ROSA et al., 2010).

5.2 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, SOCIOECONÔMICOS, INDICADORES DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS RELACIONADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL

As desigualdades por sexo em relação à incapacidade no estudo foi mais prevalente entre as mulheres, embora não tenha sido encontrada associação desta com dependência no presente estudo, um percentual maior de mulheres com incapacidade também é descrito por outros autores.

Há uma forte tendência crescente e generalizada no mundo pela longevidade das mulheres. Na América do Norte e Europa, pessoas do sexo feminino vivem, nos dias de hoje, em média, sete anos mais. Na França e no Japão, elas vivem respectivamente oito anos e sete anos mais que os homens. Esse mesmo fenômeno é observado nos países em desenvolvimento, embora as diferenças sejam menores (CHAIMOWICZ; COELHO, 2004).

No estudo de Alves et al. (2007) que avaliou 2.143 idosos de ambos os sexos, desenvolvido com base no projeto SABE, evidenciou-se que 56% dos pesquisados eram mulheres.

Vários outros estudos de corte populacional encontraram maior prevalência de mulheres em detrimento dos homens com percentuais de 67.8%, 68.6%, 70%, 73% (GRATÃO et al., 2013; LOPES; ARAÚJO; MORAES, 2006; CASTRO; GUERRA, 2008; MACHADO; MACHADO; SOARES, 2013).

Embora a incidência de incapacidade seja semelhante para homens e mulheres considerando a longevidade das populações, a sua prevalência é maior entre as mulheres, considerando a maior sobrevivência das mulheres em detrimento aos homens, maior prevalência de condições incapacitantes não fatais entre as mulheres como a depressão, as doenças osteomioarticulares como a osteoartrite e osteoporose e maior número de condições de em relação aos idosos do sexo masculino com idades iguais (STUCK et al., 1999; MURTAGH; HUBERT, 2004).

Somando-se a esse fato, Chaimowicz e Coelho (2004) referem que a aparente vantagem das mulheres em viver mais é fragilizada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional, reduzindo dessa forma sua expectativa de vida livre de incapacidades.

Em relação à cor no estudo em questão, a prevalência maior foi para idosos caucasianos, não havendo associação desta variável de interesse para dependência.

Um estudo realizado no sul do Brasil, conduzido por Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008), envolvendo uma corte de 148 idosos, 136 (92%) dos idosos eram brancos.

Dados do PNAD em 2013, quanto à cor ou raça, 46,2% das pessoas autodeclararam-se brancas, 45% pardas, 7,9% negras, indígenas e amarelos 0,8%, somando 1,6 milhão de pessoas. Com isso, a população negra, que somam pretos e pardos, está em 104,2 milhões de pessoas, o que corresponde a 52,9% dos brasileiros. No Sul 76,8% são brancos e no Norte os pardos são 70,2% (NITAHARA, 2013).

No estudo em questão, a distribuição dos idosos por todas as faixas etárias mostra predomínio dos mais longevos e associação estatística com dependência. A média de idade do referido estudo em comparação aos outros aqui relacionados foi maior.

O estudo de Del Duca, Silva e Hallal (2009) que avaliou 598 idosos, encontrou média de idade de 69.4 para os homens e 71.0 para as mulheres, com (DP=7.5) (DP=9.3) respectivamente.

Outro estudo que avaliou a incapacidade de idosos com base no PNAD de 2003 evidenciou média de idade de 69.8 (DP=7.7) (art. 33). Ainda no contexto da faixa etária dos idosos envolvidos em estudos populacionais, Nunes et al. (2009) encontraram 41.9% de idosos entre 60 a 69 anos, 41.0% entre 70 a 79 anos, sendo a média de idade de 71.5 anos (NITAHARA, 2013).

Em 2006, no país todo, a expectativa de vida das pessoas de 60 anos era de 19,3 anos para os homens e de 22,4 anos para as mulheres. Importante resaltar que a tendência é de crescimento do contingente idoso mais longo, de 170,7 mil no início do século passado, passaram a somar 2,9 milhões em 2010, representando 14,3% da população idosa em 2010 e 1,5% da população total. Dada à contínua expectativa de idades avançadas, espera-se que esse contingente alcance, em 2040, o total de 13,7 milhões, o que significa 6,7% da população total e 24,6% da população idosa (IBGE, 2008; CAMARANO; KANSO, 2009).

Um dos aspectos socioeconômicos avaliados no estudo está relacionado à renda, encontrado percentual elevado de idosos recendo até dois

salários com dependência, mesmo assim não havendo associação estatística da mesma com a variável de desfecho. Os dados referentes à renda no estudo foram semelhantes aos encontrados em outras pesquisas populacionais, traduzindo o baixo poder econômico do idoso brasileiro.

No estudo de Lebrão e Laurenti (2005) que avaliou dados do projeto SABE, foi descrito que a média de rendimento dos envolvidos no estudo em 2.1 salários mínimos (SM) em média, dos idosos com algum grau de escolaridade o rendimento foi de 114% entre os que não tiveram acesso a escola.

No estudo de Santos e Griep (2013) que avaliou a capacidade funcional de 259 idosos, descobriu-se que destes, 74.1% recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Outro estudo realizado na cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, foi identificado que 82.9% dos idosos tinham como renda mensal dois salários mínimos.

Outra variável qualitativa avaliada foi a escolaridade. E no estudo prevaleceu a baixa escolaridade, ou seja, eram analfabetos ou haviam cursado até a terceira série. Na análise ajustada houve prevalência para algum grau de dependência para os idosos com escolaridade entre a 5-8 série mais 0.83 vezes, quando comparados com os analfabetos.

Quando se compara os dados com outros estudos, fica evidente a concordância dos mesmos, ou seja, é prevalente no Brasil de idosos com baixa escolaridade. O fato fica evidente no estudo de Aires, Paskulin e Moraes (2010), que coletaram dados entre os idosos residentes em área rural. Destes, 94.3% eram analfabetos ou cursando o primeiro grau completo, dos residentes em área urbana, 41.9% eram analfabetos ou apresentavam o primário incompleto ou com primário/ginásio na mesma proporção.

Outro estudo que avaliou 598 idosos encontrou que 50.6% dos idosos eram analfabetos ou haviam cursado até a quarta série (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Dados do PNAD, em 2009, referem que a escolaridade dos idosos brasileiros é ainda considerada baixa: 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar per capita de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, cerca de 66% se encontravam aposentados (IBGE, 2010).

Em relação à situação conjugal no estudo analisado embora encontrado predomínio dos casados, seguidos dos viúvos, foi encontrada associação para dependência entre os solteiros e viúvos. Importante dizer que o

estado conjugal é uma das características demográficas da população idosa com diferenciais por sexo mais expressivos. No projeto SABE de 2003 com relação ao estado conjugal, 57,0% eram casados, 29,5% viúvos, encontra-se uma queda de 40% de casados entre os mais idosos. A proporção de casados é praticamente o dobro entre os homens, 79,2% contra 41,3% entre as mulheres – enquanto a proporção de viuvez é quase quatro vezes maior entre as mulheres, 42,6% contra 10,9% entre os homens (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Em relação à variável qualitativa coabitação, encontramos predomínio dos idosos que residiam com cônjuge em maior percentual, seguidos daqueles residentes com filho, havendo aqui associação estatística entre idosos residentes com familiares não filhos e dependência. As tendências demográficas e socioeconômicas referem que o fato do idoso residir na casa de filhos, genros ou outros parentes, encontra relação na falta de autonomia para lidar com as atividades do cotidiano e/ou de renda, buscando ajuda com parentes. O fato está relacionado a elas viverem mais e ficarem, portanto, viúvas, e experimentarem um período maior de vulnerabilidade física e/ou mental (IPEA, 2012).

No estudo a presença de comorbidades foi avaliada e associada à dependência entre os idosos que apresentavam duas doenças concomitantes ou somavam cinco ou mais doenças. Entre as DCNT a associação com incapacidade foi para as AVE, Alzheimer, Doenças Vasculares, Gastrointestinais, Parkinson, e Depressão.

Dentro desse contexto, o AVE e Alzheimer estão relacionados em vários estudos que tratam acerca do comprometimento funcional de idosos que apresentam essas comorbidades. No estudo de Veloso et al. (2007) a incidência do AVE aumenta com a idade e dobra a cada década após os 55 anos. A gravidade das sequelas após um AVE compromete sobremaneira a capacidade funcional do idoso para as AIVDs e a autonomia do idoso (SOUZA et al., 2005; CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006; VELOSO et al., 2007).

Em relação à Doença de Alzheimer e incapacidade, Talmelli et al. (2010) encontraram vários graus de dependência moderada e relacionadas às ABVDs, considerando o déficit cognitivo da doença em questão.

Paskulin e Vianna (2007) avaliaram aspectos relacionados à saúde de 292 idosos residentes no município de Porto Alegre. Destes idosos, 202 (69,2%) apresentaram problemas de saúde, destes 72% eram de idosos entre 70 a 79 anos,

com predomínio entre as 74.7 do total de mulheres e 57.4% entre os idosos do sexo masculino. Na avaliação das atividades de vida diária entre o total de pesquisados, 107 (36.8) eram dependentes para as ABVDs, com dependência de 46.2% entre as mulheres e 17.1 entre os homens.

Considerando os dados do projeto SABE quanto à prevalência de DCNT, a HA, foi a doença de maior prevalência, acometendo 53,3% idosos, sendo 56,3% e 49,0%, respectivamente, nos sexos feminino e masculino. As doenças osteomioarticulares avaliadas (artrite, artrose e reumatismo) acometeram 31.7% dos idosos participantes do estudo, chegando a um percentual de 39.6% para as mulheres e 20.6% em homens. Para o DM, a frequência foi de 17,88% da amostra, com ligeiro predomínio no sexo feminino. Quanto à investigação acerca dos “problemas cardíacos”, tais como “ataque do coração”, “angina” e “doença congestiva” ou outras relacionadas, as respostas positivas foram de 19,5%, com tendência de aumento considerando as idades mais avançadas, com maior frequência nos homens, 20,5% contra 18,8% nas mulheres. Quanto às doenças crônicas pulmonares “asma, bronquite ou enfisema”, a prevalência foi de 12,2% não havendo diferenças por idades, a frequência no homem idoso foi de 14,3% e na mulher idosa foi de 10,7% (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Para Schmidt et al. (2011), as DCNT se tornaram a principal prioridade na área da saúde no país no Brasil, sendo responsáveis por 72% de todas as mortes ocorridas em 2007, com morbimortalidade acentuada na população mais pobre. Doença renal crônica, câncer, DM, doenças cardiovasculares, respiratórias crônicas, foram as responsáveis pela mortalidade em 2007, com redução para as duas últimas doenças citadas. A maior parte da carga originada de transtornos neuropsiquiátricos se deve à depressão, as psicoses e aos transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool.

A OMS, em seu Plano de Ação (2008–2013) com estratégias frente às DCNT, tem foco em quatro comorbidades, as doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias crônicas e câncer, além dos seus quatro fatores de risco compartilhados como o tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool. Essas quatro DCNT foram responsáveis por 58% das mortes no Brasil em 2007 e são, juntamente com os transtornos neuropsiquiátricos, as principais causas da carga de doenças (GAZIANO; GALEA; REDDY, 2007; SCHRAMM; OLIVEIRA; LEITE, 2004)

Para o IBGE (2010) o envelhecimento predispõe a maiores chances de adquirir uma doença crônica. Os dados referem que 48,9% dos idosos sofriam de mais de uma doença crônica e, no subgrupo de 75 anos ou mais de idade, a proporção atingia mais da metade 54,0%. Dos 77,4% de idosos que declaram sofrer de doenças crônicas, 45,5% declararam seu estado de saúde como muito bom ou bom, 12,6% disseram ter a saúde ruim ou muito ruim, em especial, os idosos com 75 anos ou mais, os de cor preta ou parda e os que viviam com renda familiar de até ½ salário mínimo. Tais dados mostram que justamente aqueles com perfil esperado de maior vulnerabilidade têm, de fato, uma percepção do seu estado de saúde como ruim ou muito ruim. Entre as doenças crônicas, a hipertensão é a que mais se destaca em todos os subgrupos de idosos, com proporções em torno de 50%. Dos pesquisados 7,2% responderam terem sido acometidos por acidentes vasculares encefálicos, com frequência de 8,2%, maior naqueles com 75 anos e mais. A frequência também foi um pouco maior nos homens (8,9%) e em ambos os sexos aumenta com a idade, chegando a 10,5% nos homens acima dos 75 anos. Foi observado que 75,3% dos que apresentaram AVE apresentaram sequelas, 78,2% nos homens e 72,4% nas mulheres.

Outra variável avaliada no estudo foi a presença de polifarmácia, estando o seu não consumo relacionado a uma associação negativa com a dependência.

Um estudo realizado na França com uma corte de idosos que avaliou capacidade funcional evidenciou que o alto consumo de medicamentos reflete o estado de saúde do idoso, podendo refletir a gravidade da DCNT e a probabilidade de iatrogenia. Bastante relevante foi o fato de o estudo trazer a associação positiva entre progressão da incapacidade e consumo de polifarmácia (PÉRÈZ et al., 2005).

Nesse contexto, um estudo de base populacional realizado no município de São Paulo traz contribuições importantes relacionadas a esta problemática frente à população idosa. Foi avaliado o uso de polifarmácia (cinco ou mais medicamentos) e seus fatores associados em 1.115 idosos com 65 anos ou mais. Da amostra de idosos reentrevistados, 999 faziam uso de medicamentos, com média de consumo de 3,6 medicamentos. O uso de cinco ou mais medicamentos foi relatado por 36% dos entrevistados (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Outro estudo realizado em uma população de idosos americanos evidenciou associação positiva entre uso inadequado de medicamentos e declínio da capacidade funcional (HANLON et al., 2002).

Alguns fármacos isoladamente ou a interação de vários medicamentos associam-se ao pior desempenho funcional da pessoa idosa (CHAIMOWICZ; FERREIRA; MIGUEL, 2000; COUTINHO; SILVA, 2002; LANDI et al., 2007).

Kaufman et al. (2002) relata que recentemente o aumento de polifarmácia em idosos aumenta de forma expressiva, um percentual significativo de pessoas com 65 anos e mais fazem uso de cinco ou mais medicamentos por semana, destes, 12% usam dez agentes diferentes.

Flores e Benvegnú (2008), em estudo envolvendo 298 idosos, verificaram que o coeficiente de prevalência do uso de medicamentos na última semana foi de 82% e 30% entre os entrevistados utilizavam pelo menos três diferentes medicamentos diariamente. A polifarmácia foi relacionada ao consumo de medicamentos por 92,2% dos envolvidos que utilizavam até seis medicamentos no dia.

O projeto SABE de 2003 traz algumas características interessantes entre o consumo de medicamentos e a população idosa, revelando associação entre polifarmácia e gênero feminino, idade superior a 75 anos e maior faixa de renda (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

Vários estudos relacionaram consumo de polifarmácia à população idosa feminina, as justificativas encontradas estão relacionadas a questões de ordem biológica, pois as mulheres nessa faixa etária estão mais expostas a problemas de saúde, aos aspectos psicológicos, pois conferem maior atenção aos problemas de saúde e por último os fatores socioculturais (LEBRÃO; DUARTE, 2003; FLORES; MENGUE, 2005; LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006; LOYOLA FILHO et al., 2005).

O estudo de Loyola Filho et al. (2008) apontou que entre os idosos com duas ou mais condições de saúde, 63.1% consumiam cinco ou mais medicamentos. O consumo de polifarmácia e faixa etária longa estão justificados na maior prevalência de problemas de saúde, geralmente crônicos e de maior

gravidade. (LOYOLA FILHO; UCHOA; LIMA-COSTA, 2006; NOGUEIRA et al., 2010).

O estudo em questão evidenciou uma relação estatística com a incapacidade e o estado nutricional, com um percentual significativo de idosos em risco de desnutrição. O estudo encontrou associação negativa entre os idosos eutróficos e a incapacidade. Lebrão e Duarte (2003) mostram diferenças entre os sexos em relação ao estado nutricional, com as mulheres apresentando maior prevalência de obesidade, e os homens, maior prevalência de baixo peso.

Para Campos et al. (2006) as variáveis associadas a baixo peso em 1519 idosos residentes das regiões nordeste e sudeste do Brasil foram causadas por residirem na região nordeste, domiciliados em área rural, faixa etária entre 90 e 99 anos, seguidos daqueles com idades entre 80 e 90 anos, não conseguirem opinar pelo seu estado de saúde e presença de comorbidades.

5.3 ASSOCIAÇÕES ENTRE AS CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS, INDICADORES DE SAÚDE E DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A análise da incapacidade para as variáveis sociodemográficas e socioeconômicas foram estatisticamente para faixa etária (80 anos ou mais), situação conjugal (solteiro/viúvo), grau de escolaridade (fundamental completo), e coabitação (com familiares – não filhos), considerando nível de significância de 0.05. Não encontrado associação para sexo, renda e cor.

Os resultados da análise bivariada dos indicadores de saúde e estilo de vida associados à incapacidade foram observados para número de comorbidades, dependência na realização das atividades instrumentais de vida diária, doença de Parkinson e depressão, considerando nível de significância de 0.05.

Para fins de comparação discutiremos esses achados com as de outros estudos para as variáveis de interesse do estudo em questão.

No estudo de Nogueira et al. (2010) os resultados da análise bivariada encontraram associação estatisticamente significantes para as variáveis

demográficas e socioeconômicas ao fator pior capacidade funcional, e consideradas de interesse do presente estudo foram: sexo feminino com (RP=7.68), faixa etária a (RP=3.53) para os idosos com idade igual ou superior a 85 anos em detrimento aqueles com idade igual ou inferior a 85 anos, quanto a presença do cônjuge a (RP=3.32) para os que viveram e nunca viveram em comparação aos que vivem com seus cônjuges, quanto a escolaridade a (RP=3.32) para aqueles que estudaram dois ou menos anos em relação os com escolaridade acima de dois anos.

Ainda no estudo de Nogueira et al. (2010) para as variáveis denominadas de biológicas e de saúde foi encontrado associação para número de medicamentos (RP=3.23) para os que consomem cinco ou mais medicamentos em comparação aos que utilizam até quatro fármacos. Para as comorbidades como doença do aparelho circulatório a (RP=2.59), depressão (RP=2.50) e para as doenças do sistema nervoso (3.13) considerando a presença do diagnóstico da doença em relação aos idosos não diagnosticados.

Na avaliação dos fatores associados à perda funcional moderada e grave em 320 idosos encontrou associação estatisticamente significativa para a incapacidade no sexo feminino, nas faixas etárias de 75 a 79 anos e entre os com 80 anos ou mais. Também encontrado relação entre os analfabetos e os que apresentaram até quatro anos de escolaridade, entre os solteiros em detrimento aos casados e entre os que relataram três ou mais doenças (SILVA et al., 2011).

Em outro estudo realizado com idosos paranaenses atendidos nas USF, foi encontrado associação para dependência moderada e grave em detrimento aos independentes, para as variáveis faixa etária, ou seja, idosos com idades entre 70 e 79 anos e aqueles com 80 anos ou mais, sexo feminino, entre estado conjugal nunca casou, viúvo e nunca casou em relação aos casados, não encontrando para associação para renda e grau de escolaridade em comparação ao nosso estudo (PILGER; MENON; MATHIAS, 2013).

Del Duca, Silva e Hallal (2009), que avaliaram 598 idosos, encontraram associação binominal para algumas variáveis independentes em relação à presença de incapacidade para as ABVDs, como sexo feminino em detrimento do masculino, faixa etária relacionada aos idosos longevos, cor da pele (preta, parda e outras) em relação à branca, em relação à situação conjugal (solteiro(a), separado(a), viúvo(a)) em detrimento dos casados ou com união estável, em relação à escolaridade foi encontrado associação negativa para aqueles com

escolaridades de 5 a 8 anos, 9 a 11 anos, 12 anos ou mais em relação aqueles com 0 a 4 anos de escolaridade.

6 CONCLUSÃO

Em vista de o envelhecimento populacional apresentar-se como uma realidade atual de grande relevância em todo o mundo e, circunstancialmente, com suas peculiaridades na população brasileira, nossos estudos apontam ser impreterível estabelecermos dimensões e mudanças necessárias para concretizar de fato os avanços preconizados nas políticas públicas. Sendo assim, deve-se enfatizar e focar o envelhecimento e a saúde da pessoa idosa, visando melhor resolubilidade das problemáticas existentes, promovendo não apenas longevidade às pessoas, mas cuidados e recursos condizentes com suas necessidades cotidianas de vida, onde viver mais esteja acompanhado de viver melhor.

O envelhecimento é heterogêneo e, portanto, individual. Necessariamente não associado às perdas em vários contextos, entre elas, as relacionadas aos papéis sociais, às disfunções cognitivas, à capacidade física, além daquelas relacionadas às questões demográficas e econômicas.

Os fatores demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e presença de comorbidades com distintos graus de severidade, associaram-se para a ocorrência de incapacidade funcional no idoso, sendo descritas neste estudo.

O estudo foi caracterizado por uma população feminina mais longa, com presença de múltiplas comorbidades, com dependência significativa para a realização das Atividades Instrumentais de Vida Diária e também de incapacidade funcional em distintos níveis para a realização das Atividades Básicas de Vida Diária, tanto no desempenho motor e cognitivo, fatores que trazem prejuízos para uma vida autônoma e independente.

Essa realidade implica em maiores gastos para o sistema de saúde, aumento na demanda por consultas, exames diagnósticos complexos e tratamentos onerosos, internações em serviços especializados de alta complexidade, além da necessidade por assistência social e modificações substâncias no cotidiano das famílias.

Os achados deste estudo pretendem favorecer a reflexão da prática assistencial no contexto da pessoa idosa, quanto à necessidade dos serviços de saúde efetivamente contemplarem ações relativas à saúde do idoso,

operacionalizando as políticas públicas que amparam esta sempre crescente parcela da população.

O entendimento real da relação do declínio cognitivo e físico na incapacidade do idoso é fundamental na elaboração de estratégias promocionais, preventivas e de reabilitação na atenção primária a saúde.

As pesquisas populacionais face à saúde do idoso desvelam esta temática em distintas vertentes, subsidiando intervenções que favoreçam a manutenção da capacidade funcional do idoso por mais tempo, na pretensão de não somente se pensar em viver mais, mas viver com qualidade de vida e com dignidade.

REFERÊNCIAS

ABS. Australian Bureau of Statistics. **Disability, Ageing and Carers: Summary of Findings**. Canberra: ABS, n. 44300, 2003. Disponível em: <<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Latestproducts/4430.0Media%20Release12012?opendocument&tabname=Summary&prodno=4430.0&issue=2012&num=&view=>>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

ADVFN BRASIL. Indicadores Econômicos. Salário Mínimo. São Paulo, 201?. Disponível em: <<http://br.advfn.com/indicadores/salario-minimo>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

AIHW. Australian Institute of Health and Welfare. **Disability and its relationship to health conditions and other factors**. Canberra: AIHW, 2004. 155p. Disponível em: <<http://www.aihw.gov.au/publications/dis/drhcf/drhcf.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

AIRES, M.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.18, n. 1, p. 1-7, jan.-fev. 2010.

AIRES, M.; PAZ, A.A. Necessidades de cuidado aos idosos no domicílio no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 83-89, mar. 2008.

ALVES, L.C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1924-1930, ago, 2007.

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Health profile of the elderly in Brazil: analysis of the 2003 national household sample Survey using the grade of Membership method. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 535-546, mar. 2008.

ANDRADE, V.S.; PEREIRA, L.S.M. Influência da tecnologia assistiva no desempenho funcional e na qualidade de vida de idosos comunitários frágeis: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 113-122, 2009.

BABB, P. 9º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Enfermagem gerontológica na América Latina: marco conceitual. In: OLIVEIRA, Y.A. **O idoso e o processo de envelhecimento sob a ótica do próprio idoso e de estudantes de enfermagem**. 1996. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BALSAMO, S.; SIMÃO, R. **Treinamento de força**: para osteoporose, fibromialgia, diabetes tipo 2, artrite reumatóide e envelhecimento. 2 ed. São Paulo: Phorte, 2005. 176p.

BALTES, M.M. **The many faces of dependency in old age**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 206p.

BALTES, P.B. Envelhecimento cognitivo: potencialidades e limites. **Revista de Gerontologia**, [s.l.], v. 2, n.1, p. 23-44, 1994.

BARBOTTE, E. et al. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 79, n. 11, p. 1047-1055, jan. 2001.

BARROS, A.J.; HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, London, v. 3, n. 21, out. 2003.

BLOOM, D.E. et al. **Population Aging: Facts, Challenges and Responses**. Harvard: Harvard University Press/ Program on the Global Demography of Aging at Harvard University, 2011. 10p. (Working Paper Series, n. 71). Disponível em: <http://www.hsph.harvard.edu/program-on-the-global-demography-of-aging/WorkingPapers/2011/PGDA_WP_71.pdf>. Acesso em: 2 dez. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Cuidados para Idosos na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2012a. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/plano-de-cuidados-para-idosos.pdf>>. acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395/GM/MS, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, dez. 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Seção 1. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 2008a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203/GM/MS, de 06 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 1996c. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/files/NOB96.pdf>>. Acesso em: 7 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528/GM/MS, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/politica_nacional_pessoa_idosa2009.pf>. Acesso em: 4 jul 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, fev. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 4 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545/GM/MS, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 1993. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 4 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br>>. Acesso em: 4 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692/GM/MS, de 25 de março de 1994. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS). **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, mar. 1994. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/>. Acesso em: 4 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/NOB-SUS n. 01/91, sobre a nova política de financiamento do SUS para 1991. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 4 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Portaria nº 373/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2002. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma operacional da assistência à saúde: NOAS-SUS 01/02. 2. ed. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, 2002a. 108 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes estaduais de atenção à saúde do idoso. **Guia operacional e portarias relacionadas**. Brasília, DF, 2002b. 104 p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1. ed. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, DF, n. 19, 2006d. 192p. (Série A, Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://www.cuidardeidosos.com.br/caderno-de-atencao-basica-envelhecimento-e-saude-da-pessoa-idosa/>>. Acesso em: 3 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção básica. 1. ed. **Cadernos Humaniza SUS**, Brasília, DF, v. 2, 2010. 256p. (Série B, Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia)**. [s.l.]: DATASUS, 2009. In: Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 19 maio 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, set. 1990. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Avaliação da rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa: avanços e desafios**. In: II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, Brasília, DF: Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, 2008b. 59 p. Disponível em: <http://www.social.mg.gov.br/images/documentos/Subsecretaria%20Direitos%20Humanos/Acesso_rapido/reg_interno.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Informe nacional sobre a implementação na América Latina e Caribe da Declaração de Brasília sobre envelhecimento**. In: III Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe, São José, maio 2012b. 49p. Disponível em: <<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Brasil.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional de Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996a. Disponível em: <<http://direitoemdebate.net/index.php/legislacao/180-idoso/1159-decreto-1948-de-30796-regulamenta-lei-8842-sobre-politica-nacional-do-idoso>>. Acesso em: 5 jun. 2011.

BRASIL. Senado Federal. Secretaria de Informação Legislativa. Constituição da República Federativa do Brasil (1988). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 4 jun. 2011.

BUCHNER, D.M.; WAGNER, E.H. Preventing frail health. **Clinics in Geriatric Medicine**, Philadelphia, v. 8, n. 1, p. 1-17, fev. 1992.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p.773-781, jun. 2003.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E.V. et al. (Editores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006. p. 58-71. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. de 2011.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados**. Rio de Janeiro: Ipea, 2009. (Texto para Discussão, n. 1426). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1426.pdf>. Acesso em: 10 jul. de 2011.

CAMARGOS, M. C.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. Life expectancy among elderly brazilians in 2003 according to differents levels of functional disability. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 24, n. 4, p. 845-852, abr. 2008.

CAMPOS, M.A.G. et al. Estudo nutricional e fatores associados em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 214-221, 2006

CANADA. Government of Canada. Canadian Survey on Disability, 2012: Concepts and Methods Guide. Ottawa: Statistics Canada, 2012. Disponível em: <<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2014001-eng.htm>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 725-733, maio 2003.

CASTRO, K.C.M.; GUERRA, R.O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 66, n. 4, p. 809-813, dez. 2008.

CESÁRIO, C.M.M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A.P.R. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. **Revista Neurociências**, São Paulo, v.14, n. 1, p. 6-9, jan.-mar. 2006.

CHAIMOWICZ, F.; COELHO, G.L.L.M. **Expectativa de vida livre de incapacidade em Ouro Preto**: relatório técnico final. Brasília, DF: CNPq, 2004. 50p.

CHAIMOWICZ, F.; FERREIRA, T.J.X.M.; MIGUEL, D.F.A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 631-635, dez. 2000.

COUTINHO, E.S.F.; SILVA, S.D. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1359-1366, set.-out. 2002.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 211p.

DAUMERIE, D. Leprosy in the global epidemiology of infectious diseases. In: MURRAY, C.; LOPEZ, A.; MATHERS, C. (Editors). **The global epidemiology of infectious diseases**. Geneva: WHO, v. 4, 2004. (Global burden of disease and injury series).

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais de vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DOYLE, J.; WONG, L.L. Mismatch between aspects of hearing impairment and hearing disability/handicap in adult/elderly Cantonese speakers: some hypotheses concerning cultural and linguistic influences. **Journal of the American Academy of Audiology**, Washington, DC, v. 7, n. 6, p. 442-446, dez. 1996.

EIDE, A.H.; LOEB, M.E. (Editors). **Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study**. Oslo: SINTEF, 2006. Disponível em: <<http://www.sintef.no/upload/Helse/Levekår%20og%20tjenester/ZambiaLCweb.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, jun. 2005.

FARINASSO, A.L.C. **Perfil dos idosos em uma área de abrangência da estratégia de saúde da família**. 2005. 129f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

FLETCHER, A.E. et al. Population-based multidimensional assessment of older people in UK general practice: a cluster-randomised factorial trial. **The Lancet**, London, v. 364, p. 1667-1677, nov. 2004.

FLORES, L.M.; MENGUE, S.S. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 924-929, dez. 2005.

FLORES, V.B.; BENVEGNÚ, L.A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 24, n. 6, p. 1439-1446, jun. 2008.

FREUND, J.E.; SIMON, G.A. **Estatística aplicada: administração, economia e contabilidade**. 9. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000. 404p.

FRIED, L.P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology: Medical Sciences**, Washington, v. 56A, n. 3, p. 146-156, 2001.

GAZIANO, T.A.; GALEA, G.; REDDY, K.S. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. **The Lancet**, London, v. 370, p. 1939-1946, dez. 2007. 370: 1939-46.

GIACOMIN, K.C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun. 2008.

GIACOMOZZI, C.M.; LACERDA, M.R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto em Enfermagem**, Florianópolis: USFC, v.15, n. 4, p. 645-653, out.-dez. 2006.

GONÇALVES, L.H.T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, Santa Catarina. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis: USFC, v.15, n.10, p. 570-577, out.-dez. 2006.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor de saúde na atenção global ao idoso**. Rio de Janeiro: UERJ, 2000. p. 1-10.

GRATÃO, A.C.M. et al. Functional dependency of older individuals and caregiver burden. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 137-144, fev. 2013.

HANLON, J. T. et al. Impact of inappropriate drug use on mortality and functional status in representative community dwelling elders. **Medical Care**, [s.l.], v. 40, n. 2, p. 166-175, fev. 2002.

HARWOOD, R.H.; SAYER, A.A.; HIRCHFELD, M. **Current and future worldwide prevalence of dependency, its relationship to total population, and dependency ratios**. Bulletin of the World Health Organization, Geneva, v. 82, n. 4, p. 251-258, abr. 2004.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus UERJ, 1996. 366p.

HEBERT, R. et al. Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 145, n. 10, p. 935-944, maio 1997.

HIGASHI, T. et al. Quality of care is associated with survival in vulnerable older patients. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 143, n. 4, p. 274-281, 2005.

HOOYMAN, N.; KIYAK, H.A. **Social gerontology**: a multidisciplinary perspective. 4.ed. Needham Heights: Allyn and Bacon, 1996. 816p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. . Rio de Janeiro: IBGE, n. 25, 2009. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_sau de.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD 2008. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse dos resultados do censo 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/>>. Acesso em: 18 out. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade, 2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2008/ambossexos.pdf>>. Acesso: 18 jul. 2012

IPEA. Instituto de Pesquisas Avançadas. Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. **Tendências demográficas mostradas pelo PNAD 2011**. Brasília: IPEA, 2012. 27p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/comunicado/121011_comunicadoipea157.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2014.

JOHNSTON, C.B.; HARPER, G.M.; LANDEFELD, C.S. Geriatric medicine. In: MCPHEE, S.J.; PAPADAKIS, M.A.; TIERNEY JUNIOR, L.M., (Editors). **Current medical diagnosis the treatment**. 45. ed. New York: McGraw Hill Medical, 2006. p. 51-67.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 861-866, maio-jun. 2003.

KATZ, S. et al. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, [s.l.], v. 185, n. 12, p. 914-919, set. 1963.

KAUFMAN, D.W. et al. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 287, n. 3, p. 337-44, jan. 2002.

LACAS, A. ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC Medical Research Methodology**, London, v.10, n. 4, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-10-4.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

LAFORTUNE, G.; BALESTAT, G. **Trends in severe disability among elderly people: assessing the evidence in 12 OECD countries and the future implications**. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007. (OECD Health Working Papers, n. 26). Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

LANDI, F. et al. Anticholinergic drugs and physical function among frail elderly population. **Clinical and Pharmacology Therapeutics**, [s.l.], v. 81, n. 2, p. 235-241, 2007.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, Oxford, v. 9, n. 3, p. 179-186, ago. 1969.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O., (Organizadores). **O Projeto Sabe no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. 1. ed. Brasília, DF: Athalaia Bureau, 2003. 256p. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/l_saber.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2011.

LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, jun. 2005.

LEE, R. The demographic transition: three centuries of fundamental change. **The Journal of Economic Perspectives**, Pittsburgh, v. 17, n. 4, p. 167-190, nov. 2003.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde de Londrina. Núcleo de Comunicação Social. **Boletim Informativo da Saúde de 2014**. Londrina, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2866>>. Acesso em: 13 fev. 2013.

LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, M.F.M.; MORAES, G.L.A. Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. **Acta Paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 22, p. 201-206, abr.-jun. 2006

LOYOLA FILHO, A.L. A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 545-553, mar.-abr. 2005.

LOYOLA FILHO, A. L. et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 89-99, 2008

LOYOLA FILHO, A.I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. A population-based study on use of medication by the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2657-2667, dez. 2006.

MACHADO, F.N.; MACHADO, A.N.; SOARES, S.S. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1321-1329, nov.-dez. 2013.

MACHADO, J.C. Avaliação do declínio cognitivo e sua relação com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa (MG). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 592-605, dez. 2007.

MATHERS, C.D.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.J.L. The burden of disease and mortality by condition: data, methods and results for 2001. In: LOPEZ, A.D. et al. (Editors). **Global burden of disease and risk factors**. 1. ed. Oxford: Oxford University Press, Washington, p. 45–240, 2006.

MELZER, D.; PARAHYBA, M.I. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the first national survey. **Age and Ageing**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 253-259, mar. 2004.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS/ CONASS, 2011. 549p.

MONTANHOLI, L.L. et al. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 663-71, out.-dez. 2006.

MONT, D. **Measuring disability prevalence**. Washington: Social Protection (The World Bank), n. 0706, mar. 2007. (SP Discussion Paper). Disponível em: <<http://sitere=sources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/Data/MontPrevalence.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2015.

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. 1. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS, 2012. 98 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 4 set. 2015

MORAES, E.N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 700p.

MURTAGH, K.N.; HUBERT, H.B. Gender differences in physical disability among an elderly cohort. **American Journal of Public Health**, [s.l.], v. 94, n. 8, p. 1406-1411, ago. 2004

NAGI, S.Z. **An epidemiology of disability among adults in United States**. [s.l.]: The Milbank Memorial Fund Quarterly, v. 54, n. 4, p. 439-467, 1976. (Health and Society). Disponível em: <http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/2897626717/Nagi_1976_MMFAQ.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2013.

NAKATANI, A.Y.K. Perfil sociodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Botucatu, v. 1, n. 5, p. 131-136, 2003.

NARDI, E.F.R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2007.

NASRI, F.O. envelhecimento populacional no Brasil. **Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein**, São Paulo, v. 6, supl. 1, p. 5-6, 2008.

NFDC. Nacional Fund for Disability in Chile. **First national study on disability**. Santiago: FONADIS, 2005. Disponível em: <[http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/estudionacionaldeladisapacidad\(ingles\).pdf](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/estudionacionaldeladisapacidad(ingles).pdf)>. Acesso em: 15 dez. 2014.

NERI, A.L. (Editor). **Qualidade de vida no adulto maduro**: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. 8. ed. Campinas: Papirus, 2009. 288p. (Coleção Viva Idade).

NITAHARA, A. PNAD: população brasileira chega a 197 milhões de pessoas. **Agência Brasil**, [s.l.], 2013. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-09-27/pnad-populacao-brasileira-chega-197-milhoes-de-pessoas>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

NOGALES, A.M.V. **A mortalidade da população idosa no Brasil**: como vai? População brasileira. Brasília: IPEA, ano III, n. 3, p. 24-32, dez. 1998.

NOGUEIRA, S.L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, jul.-ago. 2010.

NUNES, et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, set. 2010.
OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development. **Environmental Indicators**: towards sustainable development. Paris: OECD Publications, 2001. 155p. Disponível em: <<http://www.oecd.org/site/worldforum/33703867.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de Saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/ OMS, 2005. 59p.

OMS. Organización Mundial de La Salud. **Estadísticas sanitarias mundiales 2009**. Ginebra: OMS, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Full.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2012.

OLIVEIRA, J.C.; ALBUQUERQUE, F.R.P.C.; LINS, I.B. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050: revisão 2004 - metodologia e resultados**. Rio de Janeiro: IBGE, out. 2004. 84p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2014.

OVILE, A.C. **Envelhecimento e transtornos mentais mais comuns no idoso: representações sociais de cuidadores, profissionais de saúde e idosos de Botucatu**. 2006. 136f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2006.

PAIXÃO JUNIOR, C.M.; HECKMAN, M.F. Distúrbios da postura, marchas e quedas. In: FREITAS, E.V. et al. (Organizadores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 950-961.

PAIXÃO JUNIOR, C.M.; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 7-19, jan.-fev. 2005.

PAPALÉO NETTO, M.; PONTE, J.R. Envelhecimento: desafio da transição do século. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-12.

PAPALÉO NETTO, M. Questões metodológicas na investigação sobre velhice e envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. (Organizadores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 10, p. 91-99.

PARAHYBA, M.I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 383-391, maio-jun. 2005.

PASKULIN, L.M.G.; VIANNA, L.A.C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 757-768, out. 2007.

PAVARINI, S.C.I. et al. A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 398-402, jul.-set. 2005.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes, e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap. 5, p. 49-69/ p. 69-82.

PÉRÈZ, K. et al. The disablement process: Factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. **Disability and Rehabilitation**, [s.l.], v. 27, n. 5, p. 263-276, 2005.

PILGER, C.; MENON, M.U.; MATHIAS, T.A.F. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 66, n. 6, p. 907-913, nov-dez. 2013.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. et al. (Organizadores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 7, p. 64-84.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: projeto idoso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 792-798, jun. 2003.

RAMOS, L.R.; GOIHMAN, S. Geographic stratification by socio-economic status: Methodology from a household survey with elderly people in Sao Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 478-492, 1989.

RIBERTO, M. et al. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiátrica**, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

ROBINE, J.M.; MICHEL, J. P. Looking forward to a general theory on population aging. **The Journals of Gerontology**, Oxford, v. 59A, n. 6, p. 590-597, jun. 2004. (Series A, Biological sciences and medical sciences).

ROSA, T.E.C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

ROSA, W.A.G.; LABATE, C.R. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov.-dez. 2005.

SALIBA, D. et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 49, p.1691-1699, dez. 2001.

SANTOS, M.I.P.O.; GRIEP, R.H. **Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA)**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 753-761, mar. 2013.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Porto Alegre, p. 61-74, maio 2011. (Série Saúde do Brasil 4). Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2011.

SCHNEIDER, R.H.; MARCOLIN, D.; DALACORTE, R.R. Avaliação funcional de idosos. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 4-9, jan.-mar. 2008.

SCHRAMM, J.M.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doenças no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 9, n. 4, p. 897-908.

SILVA, M.D.C. et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1137-1144, dez. 2011.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, v.19, n.3, p.839-47, maio-jun. 2003.

SOKAL, R.R.; ROHLF, F.J. (Colaborador). **Biometry**: the principles and practice of statistics in biological research. 1. ed. New York: W.H. Freeman, 1981. 859p.
SOUZA, N.R. et al. Olhar sobre o cuidador de idosos dependentes **Revista Saúde.com**, [s.l.], v. 1, n. 1, p. 51-59, 2005.

SPIRDUSO, W.W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Tradução Paula Bernardi. Barueri: Manole, 2005. 490p.

SPSS. **SPSS versão 2.0**. Chicago: SPSS Inc., 2014. Disponível em: <<http://www-01.ibm.com/software/analytics/spss/downloads.html>>. Acesso em: jul. 2011.

STUCK, A.E.. Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. **Social Science & Medicine**, [s.l.], v. 48, n. 4, p. 445-469, fev. 1999.

TALMELLI, L.F.S. et. al. Nível de independência funcional e déficit cognitivo em idosos com doença de Alzheimer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 933-939, dez. 2010.

TAMAI, S.A.B., ABREU, V.P.S. Reabilitação Cognitiva. In: FREITAS, E.V. et al. (Organizadores). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 7, p. 882-891.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidadores no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, jul.-ago. 2005.

UNOPAR. Universidade Norte do Paraná. **Projeto EELO**. Londrina: UNOPAR, 2010-2014. Disponível em: <www2.unopar.br/eeelo/publicações/jornal_unopar01.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2014.

USA. United States of America. U.S. Department of State. **Why population aging matters: a global perspective**. [s.l.]: National Institute on Aging/ National Institutes of Health/ U.S. Department of Health and Human Services, 2007. 28p. Disponível em: <<http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/WPAM.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

ÜSTÜN, T.B. et al. WHO Multi-country survey study on health and responsiveness 2000–2001. In: MURRAY, C.J.L.; EVANS, D.B. (Editors). **Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism**. Geneva: WHO, p. 761–796, 2003.

VELLAS, B. et al. Overview of the MNA® - its history and challenges. **The Journal of Nutrition: Health & Aging**, v. 10, n. 6, p. 456-65, 2006.

VELOSO, F. et al. Um olhar sobre a assistência fisioterapêutica a portadores de acidente vascular encefálico no município de Jequié – BA. **Revista Saúde.com**, [s.l.], v. 3, n. 1, p. 55-63, 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, maio-jun. 2009.

VERAS, R. Fórum - Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 23, n. 10, p. 2463-66, out. 2007.

VERAS, R.; PARAHYBA, M.I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, out. 2007.

VERBRUGGE, L.M.; JETTE, A.M. The disablement process. **Social Science and Medicine**, [s.l.], v. 38, n.1, p. 1-14, 1994.

VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 2004. 352p.

WENGER, N.S.; SHEKELLE, P.G. Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 135, n. 8, part 2, p. 642-646, 2001.

WENGER, N.S.; YOUNG, R.T. Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. **Journal of the American Geriatrics Society**, New York, v. 55, p. 285-292, out. 2007.

WHO. World Health Organization. **Disability prevention and rehabilitation**: report of the WHO expert committee on disability prevention and rehabilitation. Geneva: WHO, 1981. (Technical Report Series 668). Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_668.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

WHO. World Health Organization. **International classification of impairments, disabilities and handicaps (ICIDH)**: a manual of classification relating to the consequences of disease. Geneva: WHO, 1980. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41003/1/9241541261_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 dez. 2014.

WHO. World Health Organization. **International classification of functioning disability and health (ICIDH-2)**. Geneva: WHO, 2001. 212p. Disponível em: <<http://www.sustainable-design.ie/arch/ICIDH-2Final.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

WHO. World Health Organization. **Mental health atlas**. Geneva: WHO, 2005a. 47p. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO, 2005b. 200p. Disponível em: <http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/>. Acesso em: 15 out. 2014.

WHO. World Health Organization. **The global burden of disease: 2004 update**. Geneva: WHO, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

WHO. World Health Organization. **World report on disability**. Geneva: WHO, 2011. 325 p. Disponível em: <http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1>. Acesso em: 15 out. 2014.

WHS. World Health Survey. Geneva: WHO, 2002–2004. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>>. Acesso em: 19 dez. 2014.

YUASO, D. R.; SGUIZZATTO, G. T. Fisioterapia em pacientes idosos. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. 524p.

ZAZA, D.C.; CHAGAS, M.H. **Educação Física: atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescom UFMG, 2011. 81p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2560.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

ZOU, G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 159, n. 7, p. 702-706, 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO GERAL DE AVALIAÇÃO

PERFIL SOCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO E DE SAÚDE DE IDOSOS DEPENDENTES DO MUNICÍPIO DE LONDRINA/PR

Número do Formulário: _____	Data: ____/____/____
UBS: _____	Região: _____
Avaliador: _____	
Entrevistado: () Idoso () Cuidador () Responsável	
Situação: () Realizada () Óbito () Recusa () Mudança de endereço () Outra	

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	
Telefone: _____	R.G.: _____
Sexo: () Feminino () Masculino Idade: _____ anos	
Data de nascimento: ____/____/____	Religião: _____
Cor: () Branca () Preta () Parda () Amarela	
Nacionalidade: _____	Naturalidade: _____
Situação legal conjugal: () Solteiro () Casado/ Vive com companheiro () Viúvo () Separado/ Divorciado	
Arranjo familiar: () Sozinho () Com cônjuge ou companheiro () Com filhos () Com outros familiares (não filhos) () Acompanhante ou cuidador () Outro(s): _____	
Quantas pessoas vivem na sua casa? (contando com você) _____	
Tempo de residência em Londrina: _____ ano(s).	
Endereço residencial: _____	
Contato familiar: _____	
Grau de parentesco: _____	Telefone: _____
Na sua casa quem é o chefe da família (responsável pelo sustento financeiro)? _____	

Qual é a profissão do chefe? _____

Ocupação atual do chefe da família? _____

CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Quantas TELEVISÕES A CORES têm na sua casa?					
Quantos RÁDIOS têm na sua casa?					
Quantos BANHEIROS têm na sua casa?					
Quantos AUTOMÓVEIS sua família têm?					
Na sua casa trabalha EMPREGADA MENSALISTA?					
Quantas MÁQUINAS DE LAVAR têm na sua casa?					
Quantos VIDEOSCASSETE e/ou DVDs têm na sua casa?					
Quantas GELADEIRAS têm na sua casa?					
Na sua casa tem FREEZER? (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)					

GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA		
(Até que série o chefe da sua família estudou?)		
Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / até 3ª série fundamental	0
Primário completo / Ginásial incompleto	Até 4ª série fundamental	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental completo	2
Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo	4
Superior completo	Superior completo	8
TOTAL DE PONTOS = _____		
Classes		
A1= 42-43	A2= 35-41	B1 29-34
B2=23-28	C1=18-22	C2=14-17
D=8-13	E=0-7	

DADOS SOCIAIS

1) Você sai de casa? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", com qual frequência? (quantas vezes por semana) _____

Quais lugares costuma frequentar? _____

2) Quais atividades têm como lazer ou passatempo?

- () Assiste TV () Leitura () Ouvir música () Jogos (baralho, xadrez, dominó)
 () Pescaria () Trabalhos manuais () Tocar instrumentos () Animais de estimação
 () Palavras-cruzadas () Passeio com os amigos/família () Participa de grupo de idosos
 () Participa de grupo religioso () Frequenta clube ou associação recreativa () Dançar
 () Realiza trabalhos comunitários ou associação de bairro
 () Outra(s). Qual(is)? _____

3) Você usufrui de algum dos seguintes benefícios sociais ou direitos?

- () Vacinas () Passe livre () Recebe Benefício de Prestação Continuada (BPS)
 () Medicamentos comuns () Medicamentos especiais () Transporte especial

4) O Sr./Sra. é aposentado? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual o motivo por ter se aposentado?

- () Tempo de serviço () Invalidez () Idade () Especial

Há quanto tempo? _____ anos

Principal ocupação (ou profissão) anterior: _____

5) O Sr./Sra. trabalha atualmente? (profissionalmente) ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", por quantas horas e quantos dias por semana? _____ horas e _____ dias por semana.

Qual sua ocupação (ou profissão) atual? _____

6) Qual é a sua renda mensal?

R\$ _____ reais.

- () Sem renda () Até 02 salários () > 2 a 4 salários () + de 4 salários

7) O Sr./Sra. é responsável pelo seu sustento e da família? ☐ Sim ☐ Não

8) Qual é a origem da sua renda?

- () Aposentadoria () Pensão () Trabalho remunerado () Auxílio doença
 () Benefício de Prestação Continuada (BPC) () É sustentado pelo cônjuge
 () É sustentado por amigos () É sustentado por familiares
 () Outra(s). Qual(is)? _____

9) O Sr./Sra. contribui com o orçamento da família (presta ajuda financeira)? ☐ Sim ☐ Não**10) No seu entender, de acordo com sua situação econômica atual, de que forma o(a) senhor(a) avalia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc...)?**

- () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Péssima

11) Qual é a sua escolaridade?

- () Analfabeto () Sabe ler/escrever informal
 () Alfabetizado: _____ anos de estudo (1-4a; 5-8a; 9-12a; 13 ou mais)

12) Possui assistência à saúde? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual?

- () SUS () Plano de saúde () Particular

13) O Sr./Sra. fica sozinho(a) a maior parte do dia? ☐ Sim ☐ Não**14) O Sr./Sra. tem alguém responsável em cuidar do Sr.(a)?** ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", quem é seu principal cuidador?

- () Cuidador informal familiar () Cuidador informal, mas não é familiar
 () Cuidador formal: profissional da área da saúde

Outras pessoas ajudam? ☐ Sim ☐ Não

Se "não", quem poderia cuidar do Sr.(a) caso precisasse? _____

Qual(is) o(s) principal(is) motivo(s) que faz o Sr.(a) necessitar de cuidados? _____

15) O Sr./Sra. é acamado(a)? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", há quanto tempo? _____

Por qual(is) razão? _____

APÊNDICE B**QUESTIONÁRIO DE COMORBIDADES****Nome:** _____**Data:** ____/____/____ **Avaliador:** _____**1) O Sr./Sra. teve algum tipo de infecção neste último ano?** ☐ Sim ☐ Não**Se "sim", qual?**☐ Gripe ☐ Pneumonia ☐ Infecção de garganta ☐ Conjuntivite ☐ Infecção urinária☐ Infecção intestinal ☐ Infecções de pele ☐ Outra. Qual(is)? _____**2) O Sr./Sra. já foi internado/hospitalizado(a) por um período maior do que um dia?**☐ Sim ☐ Não**Se "sim", quando (aproximadamente por quanto tempo)?** _____

Por qual razão? _____

Realizou algum procedimento cirúrgico? ☐ Sim ☐ Não**Se "sim", qual(is)?** _____**3) Consultou o médico pelo menos 1 vez neste último ano?** ☐ Sim ☐ Não**Se "sim", por qual(is) razão(ões)?** _____**4) Recebeu alguma vacina no último ano?** (verificar carteira vacinal) ☐ Sim ☐ Não**Se "sim", qual(is)?**☐ Gripe comum *Influenzae* ☐ H1N1 ☐ Pneumocócica ☐ Tétano ☐ Febre amarela☐ Outra. Qual(is)? _____**5) O Sr./Sra. tem alguma doença atualmente?** ☐ Sim ☐ Não**Se "sim", qual(is)?****(Assinale abaixo)**

Doença pulmonar/respiratória	☐ Sim ☐ Não	☐ Asma ☐ Enfisema ☐ Bronquite ☐ Pneumonia ☐ Outra. Qual(is)? _____
Doença reumática	☐ Sim ☐ Não	☐ Artrite ☐ Artrose ☐ Gota ☐ Outra. Qual(is)? _____
Doença do coração	☐ Sim ☐ Não	☐ Infarto ☐ Cir. revasc. ☐ ICC ☐ Arritmia/Marcapasso ☐ Outra. Qual(is)? _____
Hipertensão arterial (pressão alta)	☐ Sim ☐ Não	
Diabetes	☐ Sim ☐ Não	
Osteoporose	☐ Sim ☐ Não	
Dislipidemia	☐ Sim ☐ Não	
Distúrbio do sono	☐ Sim ☐ Não	
Problema de tireóide	☐ Sim ☐ Não	☐ Hipotireodismo ☐ Hipertireoidismo ☐ Outra. Qual(is)? _____
Problema vascular	☐ Sim ☐ Não	☐ Trombose ☐ IAPC ☐ Varizes ☐ AVE ☐ Outra. Qual(is)? _____
Problema renal	☐ Sim ☐ Não	☐ Insuficiência renal ☐ Cálculos renais ☐ Outra. Qual(is)? _____
Alergia	☐ Sim ☐ Não	☐ Poeira ☐ Prod. químico ☐ Animais ☐ Outra. Qual(is)? _____

Doença gastrointestinal	☐ Sim ☐ Não	☐ Gastrite ☐ Úlcera ☐ Constipação ☐ Outra. Qual(is)? _____
Doença neurodegenerativa	☐ Sim ☐ Não	☐ Alzheimer ☐ Parkinson ☐ Outra. Qual(is)? _____
Doenças neurológicas	☐ Sim ☐ Não	☐ AVE ☐ TCE ☐ Lesão medular ☐ Polineuropatias ☐ Outra. Qual(is)? _____
Doença oncológica (Câncer)	☐ Sim ☐ Não	Localização? _____
Problema de Saúde Mental	☐ Sim ☐ Não	☐ Ansiedade ☐ Depressão ☐ Esquizofrenia ☐ Retardo mental ☐ Outro. Qual(is)? _____

CALCULAR NÚMERO DE COMORBIDADES:

☐ 1 doença ☐ 2-3 doenças ☐ 4-5 doenças ☐ mais de 5 doenças

6) Tem histórico familiar de (pai, mãe, irmãos e avós paternos, avós maternos): ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual(is)?

(Assinale abaixo)

AVE (AVC / Derrame)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Infarto do miocárdio	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Cirurgia de revascularização cardíaca	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Dislipidemias (gordura no sangue)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos

Hipertensão Arterial	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Diabetes	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Trombose arterial (braços/pernas)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Doenças reumáticas (artrite/artrose)	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Problemas de tireoide	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Câncer de mama	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Câncer de intestino	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos
Outros tipos de câncer?	☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe	☐ Filhos ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Avós paternos ☐ Avós maternos

Se "sim", qual(is)?

7) O Sr./Sra teve algum problema ortopédico que gerou alguma limitação importante nas suas atividades da vida diária? (por exemplo, problemas sérios nas costas ou joelho)

☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual era o problema e desde quando/até quando? _____

8) Faz uso de alguma prótese/órtese? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual(is)?

☐ Ocular: óculos, lentes ☐ Talas de membros ☐ Dentária ☐ Cadeira de rodas

☐ Muleta, bengala, andador ☐ Auditiva ☐ Prótese ortopédica. Qual(is)? _____

☐ Outra. Qual(is)? _____

**SOMENTE PARA PESSOAS IDOSAS QUE TIVERAM ACIDENTE VASCULAR
ENCEFÁLICO (AVE / AVC / DERRAME)**

9) Sofreu algum AVE? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", há quanto tempo (quando foi)?

- ☐ Nos últimos 3 meses ☐ 3 a 6 meses ☐ 6 a 12 meses ☐ 1 a 2 anos ☐ 2 a 5 anos
☐ Mais de 5 anos

10) Quantos episódios de AVE o(a) Sr.(a) teve?

- ☐ Apenas uma vez ☐ Duas vezes ☐ Mais de duas. Quantas? _____

11) Qual foi o lado do corpo comprometido pelo AVE?

- ☐ Direito ☐ Esquerdo ☐ Ambos os lados no mesmo episódio
☐ Ambos os lados em episódios diferentes

12) Você ficou acamado por quanto tempo depois do AVE?

- ☐ Até uma semana ☐ 2 semanas ☐ 2 a 4 semanas ☐ 1 a 2 meses ☐ 2 a 3 meses
☐ Mais de 3 meses. Quanto tempo? _____

13) Quanto tempo depois do AVE você voltou a andar? _____

14) Você necessita de algum dispositivo (equipamento) para realizar sua marcha?

- ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual(is)?

- ☐ Bengala ☐ Andador ☐ Muleta ☐ Cadeira de rodas ☐ Apoio de outras pessoas

15) Relate sobre o que mais compromete sua marcha? _____

16) Você ficou com alguma sequela do AVE?

- ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual(is)?

(Assinale abaixo)

- ☐ Paralisia no braço e perna de um lado do corpo
☐ Paralisia no braço e perna de ambos os lados
☐ Paralisia somente no braço de um lado do corpo
☐ Paralisia somente na perna de um lado do corpo

- ☐ Perda da sensibilidade (dormência) nos membros comprometidos
- ☐ Dificuldade na articulação de fala (não fala /pronuncia com dificuldade/ comunicação falada afetada)
- ☐ Dificuldade na expressão da fala (pronúncia trocada das palavras referentes ao que se fala/ respostas não compreendidas)
- ☐ Dificuldade de engolir (deglutição)
- ☐ Perda de memória desde o AVE
- ☐ Comprometimento cognitivo (fazer cálculos, resolver os seus problemas do dia-a-dia, alteração de comportamento pessoal)
- ☐ Perda do equilíbrio para ficar em pé e andar
- ☐ Paralisia na mímica da face
- ☐ Perda de visão
- ☐ Perda da audição

Observação:

O entrevistador tem dúvidas em relação às doenças relatadas? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", qual(is)? _____

Realizar avaliação junto ao questionário de consumo de medicamentos? ☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE C**QUESTIONÁRIO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS**

Nome: _____ Data: ____/____/____ Avaliador: _____

Está fazendo uso de alguma medicação? ☐ Sim ☐ Não

Se "sim", preencher a tabela abaixo.

	Nome Comercial	Princípio ativo	Forma de uso	Uso contínuo () Sim () Não	
Med. 1					Prescrição médica: () Sim () Não Se não: () Conta própria () Outros
Med. 2					Prescrição médica: () Sim () Não Se não: () Conta própria () Outros
Med. 3					Prescrição médica: () Sim () Não Se não: () Conta própria () Outros
Med. 4					Prescrição médica: () Sim () Não Se não: () Conta própria () Outros
Med. 5					Prescrição médica: () Sim () Não Se não: () Conta própria () Outros
Med. 6					Prescrição médica: () Sim () Não Se não: () Conta própria () Outros

Med. 7					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros
Med. 8					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros
Med. 9					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros
Med. 10					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros
Med. 11					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros
Med. 12					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros
Med. 13					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros
Med. 14					Prescrição médica: ☐ Sim ☐ Não Se não: ☐ Conta própria ☐ Outros

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO EELO-DEPENDENTES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA INTITULADA "Capacidade funcional de idosos dependentes cadastrados na estratégia de saúde da família do município de Londrina/Pr" (de acordo com a Resolução nº 196 de 10/10/1996 e a sua complementação Resolução nº 441 de 12/05/2011 do Conselho Nacional de Saúde).

Eu _____,
RG nº _____, CPF nº _____, livremente,
consinto em participar do projeto acima, este vinculado ao Projeto "Perfil de idosos dependentes cadastrados nas áreas de abrangência das unidades de saúde da família do município de Londrina/PR" que inclui quatorze subprojetos de pesquisa sob coordenação da Prof^a. Eliane Cristina Campos, docente e pesquisadora da Universidade Norte do Paraná, localizada à Av. Paris, 675, Jardim Piza.

Objetivo da pesquisa: Analisar os fatores associados à capacidade funcional na população idosa dependente; e para isso precisamos de sua colaboração.

Participação:

A sua participação nesta pesquisa envolverá os seguintes procedimentos:

- a) Serão realizadas diversas entrevistas por pessoas diferentes com o objetivo de obter informações sobre: dados sociodemográficos, sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda, arranjo familiar, estilo de vida, percepção de sua saúde, doenças diagnosticadas, uso de medicamentos, capacidade funcional e cognitiva. Todas as informações pessoais serão mantidas em completo sigilo;
- b) Você poderá ser fotografado, por isso será necessário seu consentimento na veiculação da sua imagem em eventos científicos ou no site da Universidade. Não haverá nenhum dano moral ou psicológico pela liberação do uso da imagem.

Descrição dos desconfortos e riscos esperados

Não haverá nenhum risco para a sua integridade física, mental ou moral por participar desta pesquisa.

Privacidade: Os dados individualizados serão confidenciais. Os resultados coletivos serão divulgados apenas em eventos e revistas científicos.

Despesas e compensações: não haverá despesas pessoais para o senhor(a) em qualquer fase do estudo. Todavia, também não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

Desistência: É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento e, portanto, deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo ou consequência.

O(a) senhor(a) tem o direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa que considerar necessário e de se recusar a participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Contato com o pesquisador: caso haja necessidade de esclarecimento de dúvidas ou reclamações ligue para Centro de Pesquisa em Ciências da Saúde da UNOPAR, (43) 3371-7990. A Prof^a. Edlivia Dias de Mattos responsável pelo estudo entrará em contato com você. Em caso de algum sintoma indesejado, fora do horário de atendimento dessa equipe de pesquisa, procure a Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde mais próxima.

Eu discuti com _____ sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos que serão realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que todos os dados coletados, bem como o sangue e a saliva coletados poderão ser utilizados em outras pesquisas além desta, sem que haja necessidade de assinatura de um novo termo de consentimento. Ficou claro também, que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento se houver nexo causal comprovado em virtude dos exames realizados. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Entendo que o uso da minha imagem só será feita quando constar minha assinatura no local discriminado para tal.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li referente a este estudo.

Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento livre e esclarecido e concordo em participar desta pesquisa seguindo o protocolo estabelecido.

Assinatura do participante ou seu representante legal para todos os procedimentos desta pesquisa

Assinatura do participante ou seu representante legal para uso de imagem

ANEXOS

ANEXO A

AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (AIVD) PELA ESCALA DE LAWTON

Agente Comunitário:	
UBS:	Região:
Área:	Microárea:
Avaliador	

1. Nome completo do entrevistado: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino 3. Telefone de contato: _____

4. Data de nascimento: ____/____/____ 5. Idade: ____ anos

6. Endereço completo: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Ponto de referência: _____

Fazer um círculo ao redor do número que melhor responde à pergunta:

3 - Sem ajuda

2 - Com ajuda parcial

1 - Não consegue



Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais? (visitar amigos/parentes, ir passear, ir ao banco...)	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras? (mercado, feira, coisas pessoais, roupas...)	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições? (ou preparar um lanche, café...)	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa? (ou subir escadas?)	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos? (ou cuidar do jardim, de plantas, animais de estimação?)	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1

8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças? (administrar seu dinheiro, pagar suas contas...)	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1

PARA SER COMPLETADO PELO PESQUISADOR:

TOTAL de pontos = _____ **CLASSIFICAÇÃO =** _____

ESCORES: 26 a 27 pontos: Independência
 21 a 25 pontos: Dependência Leve
 16 a 20 pontos: Dependência Moderada
 10 a 15 pontos: Dependência Grave

ANEXO B**MEDIDA DE DEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)**

Nome: _____
Data: ____/____/____ Avaliador: _____

Objetivo: Avaliar independência funcional.

Avaliações dos resultados: Cada item pode ser classificado em uma escala de graus de dependência de 7 níveis, sendo o valor 1 correspondente à dependência total e o valor 7 correspondente à normalidade na realização de tarefas de forma independente. O nível de independência funcional segundo a MIF é classificado da seguinte forma: Independência completa (7), Independência modificada (6), Supervisão, estímulo ou preparo (5), Assistência mínima (4), Assistência moderada (3), Assistência máxima (2) Dependência total (1).

Níveis	7.Independência completa (em segurança, em tempo normal) 6 Independência modificada (ajuda técnica)	Sem ajuda
	Dependência modificada 5 Supervisão 4 Dependência Mínima (indivíduo $\geq 75\%$) 3 Dependência Moderada (indivíduo $\geq 50\%$) 2 Dependência Máxima (indivíduo $\geq 25\%$) 1 Dependência Total (indivíduo $\geq 0\%$)	Com ajuda

Data	
Auto-Cuidados	
A. Alimentação	
B. Higiene pessoal	
C. Banho (lavar o corpo)	
D. Vestir-se acima da cintura	
E. Vestir-se abaixo da cintura	
F. Uso do vaso sanitário	
Controle de Esfíncteres	
G. Controle da Urina	
H. Controle das Fezes	
Mobilidade	
<i>Transferências</i>	
I. Leito, cadeira de rodas	
J. Vaso sanitário	

K. Banheira ou chuveiro	
Locomoção	
L. Marcha/ cadeira de rodas	m — c
M. Escadas	
Comunicação	
N. Compreensão	a — v
O. Expressão	v — n
Cognição Social	
P. Interação Social	
Q. Resolução de problemas	
R. Memória	
Total	

Fonte: RIBEIRO et.al., (2001).

ANEXO C**MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)**

Nome: _____
Data: ____/____/____ Avaliador: _____

TRIAGEM	
A) Nos últimos meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	E) Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos
B) Perda de peso nos últimos meses 0 = superior a 3Kg 1 = não sabe informar 2 = entre 1Kg e 3Kg 3 = sem perda de peso	F) Índice de massa corpórea (IMC = peso (Kg)/estatura (m)²) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23
C) Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<u>ESCORE DE TRIAGEM</u> (subtotal, máximo de 14 pontos)
D) Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? 0 = sim 1 = não	12 pontos ou mais – normal; desnecessário continuar avaliação 11 pontos ou menos – possibilidade de desnutrição; continuar avaliação

AVALIAÇÃO GLOBAL	
G) O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital) ? 0 = não 1 = sim	O) Circunferência da panturrilha (CP) em cm 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31
H) Utiliza mais de 3 medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	P) Circunferência do braço (CB) em cm 0 = CB < 21 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 1 = CB > 22
I) Quantas refeições faz por dia? 0 = 1 refeição 1 = 2 refeições 2 = 3 refeições	Q) Em comparação às outras pessoas de mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde? 0 = não muito boa 0,5 = não sabe informar 1 = boa 2 = melhor
J) Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	R) O paciente consome: - pelo menos 1 porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? () Sim () Não - 2 ou mais porções semanais de legumes ou ovos? () Sim () Não - carne, peixe ou aves todos os dias? () Sim () Não 0 = nenhuma ou 1 resposta ``sim`` 0,5 = 2 respostas ``sim`` 1 = 3 respostas ``sim``
K) O paciente consome 2 ou mais porções diárias de frutas ou vegetais? 0 = não 1 = sim	
L) Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia? 0 = menos de 3 copos 0,5 = 3 a 5 copos 1 = mais de 5 copos	
M) Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho, sem dificuldade	<u>ESCORE DA AVALIAÇÃO GLOBAL</u> (máximo de 16 pontos)
N) O paciente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter problema nutricional	

INDICAÇÃO DE DESNUTRIÇÃO	
<u>SCORE DE TRIAGEM</u> 	<u>SCORE DA AVALIAÇÃO GLOBAL</u>
<u>SCORE TOTAL</u> (máximo de 30 pontos) 	
<u>SCORE DE INDICAÇÃO DE DESNUTRIÇÃO</u> De 17 a 23,5 pontos = risco de desnutrição Menos de 17 pontos = desnutrido	

