

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

WESLANE SOUZA DE ALMEIDA SANTOS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE
FUNCIONAL PARA ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA ENTRE
IDOSOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
GOIÂNIA-GO**

GOIÂNIA
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

WESLANE SOUZA DE ALMEIDA SANTOS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE
FUNCIONAL PARA ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA ENTRE
IDOSOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
GOIÂNIA-GO**

GOIÂNIA
2013

**Termo de Ciência e de Autorização para Publicação de Teses e Dissertações
Eletrônicas (TEDE) na Biblioteca Digital da UFG.**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo à Universidade Federal de Goiás – UFG a disponibilizar gratuitamente através da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações – BDTD/UFG, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ Dissertação ☐ Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor(a):	Weslane Souza de Almeida Santos				
RG:	2198 794	CPF:	887.196.731.15	E-mail:	weslanes@gmail.com
Afiliação:	Neri Vargas de Almeida, Eunice Maria de Almeida.				
Título:	Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária entre idosos de um centro de saúde da família do município de Goiânia-Go.				
Palavras-chave:	Envelhecimento; Idoso; Atividades cotidianas; Saúde da família; Estudos transversais.				
Título em outra língua:	Prevalence and factors associated with functional disability for basic activities of daily life among elderly in a family health center of the municipality of Goiânia-Go.				
Palavras-chave em outra língua:	Aging, Elderly, Activities of daily living, Family health; Cross-sectional study.				
Área de concentração:	Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.				
Número de páginas:	98	Data defesa:	11/10/2013		
Programa de Pós-Graduação:	Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva/UFG				
Orientador(a):	Dr.ª Ana Lúcia Queiroz Bezerra				
CPF:	063.962.405-72	E-mail:	analuciaqueiroz@uol.com.br		
Co-orientador(a):					
CPF:		E-mail:			
Agência de fomento:	Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de Goiás			Sigla:	FAPEG
País:	Brasil	UF:	Goiás	CNPJ:	

3. Informações de acesso ao documento:

Liberação para publicação?¹ ☒ total ☐ parcial

Em caso de publicação parcial, assinale as permissões:

☐ Capítulos. Especifique: _____

☐ Outras restrições: _____

Havendo concordância com a publicação eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF desbloqueado da tese ou dissertação, o qual será bloqueado antes de ser inserido na Biblioteca Digital.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua publicação serão bloqueados através dos procedimentos de segurança (criptografia e para não permitir cópia e extração de conteúdo) usando o padrão do Acrobat Writer.

Assinatura do(a) autor(a)

Data: ____ / ____ / ____

¹ Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

WESLANE SOUZA DE ALMEIDA SANTOS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE
FUNCIONAL PARA ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA ENTRE
IDOSOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
GOIÂNIA-GO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e
Pós-Graduação da Universidade Federal
de Goiás para a obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Vigilância em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra

GOIÂNIA

2013

FOLHA DE APROVAÇÃO

WESLANE SOUZA DE ALMEIDA SANTOS

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À INCAPACIDADE
FUNCIONAL PARA ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA ENTRE
IDOSOS DE UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
GOIÂNIA-GO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ana Lúcia Queiroz Bezerra – Orientadora e Presidente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dr.^a Valéria Pagotto – Membro Externo
Faculdade de Enfermagem - Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dr.^a Ana Elisa Bauer de Camargo Silva – Membro Efetivo
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dr.^a Lilian Varanda Pereira – Membro Suplente Externo
Faculdade de Enfermagem – Universidade Federal de Goiás

Prof.^a Dr.^a Claci de Fátima Weirich Rosso – Membro Suplente
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva – Universidade Federal de Goiás

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação na (CIP)

Santos, Weslane Souza de Almeida.

Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária entre idosos de um centro de saúde da família do município de Goiânia-Go [manuscrito], Weslane Souza de Almeida Santos. -, 2013.

98 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Queiroz Bezerra
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de
Goiás, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação,
2013.

Bibliografia.

Inclui lista de abreviaturas e siglas.

Apêndices.

DEDICO...

Aos meus pais Neri Vargas de Almeida e Eunice Maria de Almeida, meus verdadeiros mestres e heróis, que na simplicidade me ensinaram os principais valores da vida. Somos uma família abençoada por Deus e orgulho-me de poder chamá-los papai e mamãe. Eu os amo incondicionalmente!

Ao meu amado esposo Claudionor Silveira dos Santos. Agradeço a Deus pela sua existência, principalmente por unir nossos caminhos. Obrigada por toda sua paciência, compreensão, dedicação e o compartilhar com cumplicidade em todos os momentos de alegrias e dificuldades sempre me incentivando. Simplesmente te amo muito!

Às minhas filhas Maressa e Manuela Almeida Santos pela compreensão nos longos períodos de ausência, pelo amor, carinho e apoio nos momentos de cansaço. Vocês completam minha alegria!

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo privilégio da minha existência, pela alegria de viver, pelo prazer de ser chamada sua filha, por me permitir descansar nos seus braços e me confortar nos momentos difíceis da vida, especialmente no processo de conclusão do mestrado. Obrigada Senhor Deus por tudo!

À querida orientadora Professora Doutora Ana Lúcia Queiroz Bezerra pela confiança a mim depositada, por seus valiosos ensinamentos, por sua gentileza e paciência ao me orientar. Jamais esquecerei seus ensinamentos.

Aos idosos do Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão que possibilitaram a realização do estudo, obrigado por me ensinar a persistir mesmo diante das adversidades.

Às Equipes da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde. Obrigado por vocês terem possibilitado a efetivação desse trabalho, pela ajuda na coleta dos dados e pelo carinho a mim dispensado.

Aos colegas de trabalho, que são companheiros, aceitaram minha ausência entendendo que é necessário a busca do conhecimento para podermos otimizar a atenção à saúde do idoso nas nossas áreas adscritas. Sem a ajuda de vocês eu não teria conquistado esta vitória.

Ao Distrito Sanitário Noroeste, especialmente à Diretora Técnica Cenise Cristina Zago Cassiano que sempre acreditou no meu trabalho, me apoiou e me incentivou.

À Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia e Coordenação da Estratégia Saúde da Família pela oportunidade da realização do mestrado.

À coordenação do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, em especial à Suiany pelo carinho e paciência.

A todos os professores do Mestrado profissional em Saúde coletiva, seus investimentos educacionais me qualificaram para melhor desempenho no trabalho.

À professora Doutora Ana Elisa Bauer de Camargo e Silva e à professora Doutora Lílían Varanda Pereira que gentilmente aceitaram participar da banca de qualificação

e contribuíram muito com suas críticas, sugestões e recomendações. Muito obrigado!

À Professora Doutora Adélia Yaeco Kiosen Nakatani que me ensinou a dar os primeiros passos na pesquisa voltada à saúde de idosos.

À Enfermeira Doutoranda Thatianny Tanferri de Brito Paranaguá pelo carinho, paciência e pelas contribuições ao longo de toda a construção do trabalho, em especial na análise dos dados.

Às professoras Doutoras Valéria Pagotto, Ana Elisa Bauer de Camargo, Lílian Varanda Pereira e Claci de Fátima Weirich Rosso que se disponibilizaram para avaliar este trabalho.

Aos colegas de turma do mestrado profissional obrigado pelo carinho de todos, não é novidade falar que a nossa turma é a melhor do mestrado profissional em saúde coletiva. Sentirei saudades da integração, do cuidado, da amizade, do carinho, da festa nos lanches coletivos... São tantas coisas... Enfim, vocês todos são especiais, eu os levarei para sempre no coração.

Ao meu papai Neri e mamãe Eunice que se esforçaram ao máximo para oferecer o melhor para os filhos, trabalharam incansavelmente, me ensinaram através do exemplo a ter fé e dar valor à vida, sempre me incentivaram a lutar e acreditaram na minha vitória.

Ao amor da minha vida! Claudionor, não tenho palavras para te agradecer... O seu apoio e incentivo foram cruciais para todas as minhas conquistas e não foi diferente nessa etapa do mestrado. Jamais me esquecerei da sua fala: “Vai em frente meu amor, você consegue”.

Às minhas filhas Maressa e Manuela que são o meu maior tesouro, souberam entender minha ausência mesmo sem compreender o seu significado. Até que enfim vocês não precisarão mais dizer: “Eu não aguento mais esse tal de mestrado! Quando é que acaba?”.

Aos meus irmãos Wesley (cunhada Kleyse) e Weslene (cunhado Abimael) e todos os meus sobrinhos, obrigado por entenderem minha falta nas pamonhadas e reuniões familiares, por fazerem parte da minha vida e me proporcionarem momentos felizes de amizade.

À tia Diná que é amiga, companheira, ajudadora e, nas horas de ausência, mãe para minhas filhas, obrigado por tudo, você é uma benção de Deus na minha vida.

Aos meus sogros João Paulo e Iracilda e todas as minhas cunhadas, cunhados e sobrinhos (não vou nomeá-los porque são muitos). Obrigado por terem me acolhido tão bem todos esses anos e sempre compartilhar em todas as minhas conquistas.

Aos queridos irmãos da igreja Assembleia de Deus Setor Urias Magalhães que entenderam as minhas ausências, me apoiaram, incentivaram, estiveram ao meu lado e nunca deixaram de orar por mim e por minha família.

À Divisão de Doenças Crônico Degenerativas, especialmente à Doutora Valéria Pagotto pela parceria no desenvolvimento de ações direcionadas à saúde do idoso no Distrito Sanitário Noroeste, advindas com os resultados do presente estudo.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (FAPEG), pela bolsa de estudos disponibilizada.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram para a concretização de mais esta etapa da minha vida.

“Desistir... Eu já pensei seriamente nisso, mas nunca me levei realmente a sério. É que tem mais chão nos meus olhos do que cansaço nas minhas pernas, mais esperança nos meus passos do que tristeza nos meus ombros, mais estrada no meu coração do que medo na minha cabeça”.

(Cora Coralina)

RESUMO E PALAVRAS-CHAVE

INTRODUÇÃO: O comprometimento funcional é um dos grandes problemas do processo de envelhecimento humano e pode tornar a pessoa idosa total ou parcialmente dependente e afetar sua autonomia e qualidade de vida. A avaliação da capacidade para Atividades Básicas de Vida Diária pode direcionar o atendimento à saúde da pessoa idosa. **OBJETIVO:** Investigar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para as atividades básicas de vida diária em idosos. **METODOLOGIA:** Estudo epidemiológico, analítico com delineamento transversal, realizado com 252 idosos da Estratégia Saúde da Família do Centro de Saúde da Família Vila Mutirão, Goiânia-Go, selecionados de forma aleatória por meio de sorteio sistemático. A coleta de dados foi por meio de instrumento estruturado constando de dados socioeconômicos e demográficos, condições e percepção de saúde e escala de avaliação funcional para ABVD/índice de Katz adaptada pelo Ministério da Saúde. Para identificar os fatores associados ao comprometimento funcional, foi realizada análise univariada e utilizou-se teste qui-quadrado e, quando apropriado, teste exato de Fisher, com o Odds Ratio como medida de associação. Realizou-se análise multivariada de regressão logística com as variáveis: sexo, idade e as que obtiveram $p < 0,10$ em análise univariada, foram calculados intervalos de 95% de confiança e consideradas estatisticamente significantes as associações que obtiveram valor de $p < 0,05$. **RESULTADOS:** 64,3% dos idosos eram do sexo feminino, 53,4% com faixa etária entre 60 e 69 anos, 40,9% eram casados, 59,1% possuíam baixo rendimento financeiro familiar, 69,5% aposentados, 82,9% não exerciam trabalho remunerado. 48,0% consideraram sua saúde regular; 44,0% referiram ter saúde melhor do que outros idosos da mesma idade, 73% relataram ter hipertensão e 73,4% referiram déficit visual, 88,1% dos idosos apresentavam capacidade funcional preservada para o desenvolvimento das ABVD revelando autonomia e independência no desenvolvimento dessas atividades. A prevalência de incapacidade foi de 11,9% sendo que 7,9% tinham dependência para continência, 6,4% para tomar banho e 6% para vestir-se. Os fatores associados à incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária entre idosos foram: ter idade 71 anos ou mais (22,2%); ser do sexo masculino (17,7%); possuir doença crônica (12,2%); ser analfabeto ou saber ler ou escrever, sem ter frequentado escola (14,7%); não exercer atividade remunerada (14,4%); receber mais que um salário mínimo (20%); não morar sozinho (9,1%); déficit de audição (18,4%) e de visão (12,8%) e referir ter saúde ruim ou péssima (32,%). As variáveis que se mantiveram significativas para o desfecho incapacidade funcional em atividades básicas foram: ter 71 anos de idade ou mais, rendimento maior que um salário mínimo e percepção ruim/péssima da saúde. **CONCLUSÃO:** O estudo identificou a capacidade dos idosos para ABVD e possibilitará a elaboração de planejamento da assistência multiprofissional, especialmente, quanto às ações de melhoras na qualidade de vida do idoso e de seu familiar cuidador.

Palavras chave: Envelhecimento; Idoso; Atividades cotidianas; Saúde da família; Estudos transversais.

ABSTRACT AND KEYWORDS

INTRODUCTION: The loss of function of the body is one of the major problems of the human aging process and it can make an elderly person totally or partially dependent on others. Also it may affect their independence and quality of life. The evaluation of capacity for Basic Activities of Daily Living can straight health care for the elderly. **OBJECTIVE:** To investigate the prevalence and factors associated with functional disability on the basic activities of daily life of elderly. **METHODS:** An epidemiological analytical cross-sectional study, conducted with 252 elderly from the Family Health Strategy at the Health Family Center of Vila Mutirão in Goiânia-Go, casually selected through a random selection. All the information was taken by structured instrument having socioeconomic and demographic facts, conditions and health perception, and functional assessment scale for ADL / Katz adapted by the Department of Health. To identify the issues associated with the loss of the body function, a varied analysis was made and chi-square test was used, and when appropriated, Fisher's exact test, with Odds Ratio as an associate measure. We conducted multivariate logistic regression with the variables: sex, age, and those with $p < 0.10$ in the varied analysis. Pauses of 95% assurance were calculated and considered statistically significant the associations that had $p < 0.05$. **RESULTS:** 64.3% of the elderly people were female, 53.4% aged between 60 and 69 years old, 40.9% were married, 59.1% had low financial family income, 69.5% were retired, 82.9% did not have remunerated jobs. 48.0% considered their health regular, 44.0% reported having better health than other seniors of the same age, 73% reported having hypertension and 73.4 % reported visual weakening. 88.1% of the elderly people show preserved functional capacity to the development of ADL revealing autonomy and independence in the development of these activities. The occurrence of disability was 11.9% in which 7.9 % were dependent continence, 6.4% for bathing and 6 % to dress up. The factors related to disability in basic activities of daily living between older adults were: being 71 years old or more (22.2 %); being male (17.7%); having chronic disease (12.2%); be illiterate or to know how to read or write without having attended school (14.7 %); not having a paid job (14.4 %); receiving more than minimum salary (20 %); not living alone (9.1%); hearing deficit (18.4 %) and vision (12.8%) and state to having poor or very poor health (32 %). The variables that remained significant for the result of functional disability in basic activities were: being 71 years old or more; higher income than the minimum salary and supposed poor / very poor health. **CONCLUSION:** The study identified the ability of seniors to ADL and will allow the development of multidisciplinary care planning, especially regarding the actions for improvements in quality of life of the elderly and their family caregivers.

Keywords: Aging, Elderly, Activities of daily living, Family health; Cross-sectional study.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD - Atividades Avançadas de Vida Diária

ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária

AMQ - Avaliação para a Melhoria da Qualidade

APS - Atenção Primária à Saúde

AVD - Atividades de Vida Diária

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CSF - Centro de Saúde da Família

DGETS - Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação

DSN - Distrito Sanitário Noroeste

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAPEG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás

FIBRA - Fragilidade em Idosos Brasileiros

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OR - *Odds Ratio*

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PSF - Programa Saúde da Família

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SPSS - *Software Statistical Package for the Social Science*

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UABSF - Unidade de Atenção Básica Saúde da Família

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	12
2 INTRODUÇÃO	15
3 OBJETIVO.....	22
4 REVISÃO DA LITERATURA	23
5 METODOLOGIA.....	35
5.1 Tipo de Estudo	35
5.2 Local do Estudo e População Alvo	35
5.3 Amostra e Amostragem.....	35
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	36
5.5 Procedimentos para Coleta de Dados.....	36
5.5.1 Instrumento de Coleta de Dados	36
5.5.2 Variáveis do Estudo	36
5.6 Coleta de Dados.....	37
5.7 Análise Estatística	38
5.8 Aspectos Éticos e Legais	38
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	39
6.1 Caracterização Sócioeconômica e Demográfica.....	39
6.2 Caracterização Clínica dos Idosos	43
6.3 Prevalência para Incapacidade nas Atividades Básicas de Vida Diária	47
6.4 Fatores Associados à Incapacidade Funcional	50
7 CONCLUSÕES	57
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
9 REFERÊNCIAS.....	62
ANEXO A	69
ANEXO B	74
ANEXO C	92
ANEXO D	94
APÊNDICE A.....	95
APÊNDICE B.....	97

1 . APRESENTAÇÃO

O material apresentado nesta dissertação é resultado de minha preocupação com a saúde da pessoa idosa, do desejo de melhorar o conhecimento acerca dessa população, de contribuir no planejamento de ações de saúde e a possibilidade de minimizar ou postergar as perdas da capacidade funcional dessa clientela.

Há mais de dez anos desenvolvo minhas atividades profissionais na Atenção Primária à Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família do município de Goiânia. Nesse período estive como Enfermeira e apoiadora distrital de equipe da Estratégia Saúde da Família e, entre os anos de 2010 e 2012, fui Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, modalidade de pós-graduação realizada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia.

Enquanto Tutora, o interesse pela área de saúde do idoso foi aguçado pelo elevado número de idosos existentes na comunidade, alguns deles com incapacidades, na maioria das vezes, negligenciadas no decorrer do atendimento prestado, possivelmente pelo pouco conhecimento especializado dos profissionais. Essa realidade me preocupou, uma vez que esses profissionais são coordenadores do cuidado à saúde de idosos.

Atualmente estou desempenhando minha atividade profissional junto à Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, mas, como Apoiadora Distrital da Atenção Primária à Saúde no Distrito Sanitário Noroeste. Entre as atribuições por mim desenvolvidas está a de estimular as equipes a desenvolverem ações que priorizem os grupos de riscos, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis, dentre esses grupos estão os idosos.

Na tentativa de ampliar conhecimentos e melhorar o meu desempenho, busquei o aperfeiçoamento por meio da pós-graduação *stricto sensu*, esperando me qualificar para auxiliar os profissionais de saúde no planejamento do processo de trabalho de forma que ordenem melhor a atenção à saúde do idoso.

Esta dissertação é fruto de pesquisa desenvolvida junto à população de idosos da Região Noroeste de Goiânia e está estruturada considerando as etapas de um estudo científico.

A introdução descreve a situação demográfica do idoso e como tem sido o crescimento dessa população nos últimos anos no Brasil, em Goiás e em Goiânia. Traz também o conceito de idoso e os desafios gerados com o envelhecimento. Descreve como se dá a atenção à saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde no Brasil e no município de Goiânia, são colocados fundamentos teóricos que subsidiam a justificativa do objetivo proposto.

A revisão da literatura apresenta discussões sobre o processo de envelhecimento, capacidade funcional, autopercepção de saúde e a atenção à saúde do idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família.

A metodologia explicita todo o caminho percorrido para realização do trabalho e foi construída de acordo com os critérios do tipo de pesquisa proposto.

Os resultados foram estruturados em quatro partes, conforme as variáveis de exposição e de desfecho. A primeira parte apresenta os dados socioeconômicos e demográficos, a segunda parte apresenta a situação clínica, a terceira as prevalências e a quarta os fatores associados à capacidade funcional. Para facilitar a visualização geral das variáveis investigadas, os resultados estão apresentados em forma de tabelas e gráfico.

A discussão foi construída com base na literatura atualizada sobre a temática em foco, destacando e discutindo aspectos que demonstram maior relevância no estudo.

A conclusão traz uma síntese dos resultados mais relevantes.

As considerações finais apontam para uma reflexão quanto à importância da avaliação da incapacidade para o desempenho das Atividades Básicas de Vida Diária, dos fatores que estão associados à perda funcional e do desenvolvimento de cuidados que contribuirão para a promoção de qualidade de vida dos idosos, seus familiares e cuidadores. Além disso, as contribuições para a prática e para a formação pessoal e profissional do pesquisador, podendo servir de referencial para novos estudos, bem como para subsidiar a prática de profissionais que atuam na área de gestão e também nas equipes.

Todas as referências consultadas para a construção deste material estão listadas e apresentadas na norma da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT),

conforme solicitado pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Goiás.

Os anexos e apêndices estão apresentados ao final do material, respectivamente, para critério de comprovação dos termos éticos e consulta do instrumento elaborado para este fim.

2. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional reflete um fenômeno mundial iniciado primeiramente nos países desenvolvidos no final da década de 40 e início dos anos 50. Esse fenômeno foi desencadeado pela queda da fecundidade e mortalidade, pelos grandes avanços na área da saúde, do processo de urbanização, da melhoria nutricional e da elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental, bem como do progresso tecnológico (CERQUEIRA; GIVISIEZ, 2004; MENDES et al., 2005).

Nos países em desenvolvimento, inclusive no Brasil, esse fenômeno tem acontecido nas últimas décadas de uma forma bastante acelerada, o que tem preocupado pesquisadores e formuladores de políticas sociais. Berquó (2001) destaca que até 1970 a população brasileira era relativamente jovem, com uma estrutura etária constante; começando, a partir deste período, a queda proporcional dos jovens, devido ao declínio da fecundidade iniciado na metade da década de 1960, aumentando a importância relativa dos idosos no contexto demográfico nacional.

Estimativas mostram que esta tendência deve continuar, podendo atingir em 2060 um contingente superior a 5,8 milhões de habitantes idosos, representando aproximadamente 26,7% da população brasileira estimada em 218 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2012b).

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2011 (IBGE 2012a), o percentual de idosos no Brasil e Goiás corresponde respectivamente a 12,1%, 10,7%, em Goiânia, 9,4% da população é idosa, o que corresponde 124.215 idosos (IBGE, 2013).

Em 10 anos (2000 – 2010) a população idosa do município de Goiânia cresceu 2,5% o que representa em números absolutos quase 50.000 idosos a mais no município (IBGE, 2013).

O processo de envelhecer expõe a pessoa a vulnerabilidades que podem desencadear condições patológicas que requeiram assistência (senilidade). Esses fatores suscitam uma série de preocupações no que se refere às políticas públicas destinadas à pessoa idosa, especialmente em um país com acentuada desigualdade

social, pobreza e fragilidade das instituições, pois o aumento populacional de idosos embora seja uma grande conquista da humanidade no último século, gera desafios e demandas aos serviços de saúde, à família e à sociedade em geral (BERQUÓ, 2001; BRASIL, 2010b; CAMARANO, 2006; IBGE, 2009; MORAES, 2012; SANTOS, 2007; VERAS, 2009).

Estudos têm demonstrado que à medida que as pessoas envelhecem, há uma sobreposição das doenças crônicas e outros fatores de risco, levando à fragilização, perda da capacidade funcional e de papéis sociais com limitações na autonomia, tornando o idoso dependente e gerando elevado custo para os serviços de saúde (BERQUÓ, 2001; BRASIL, 2010b; CAMARANO, 2006; IBGE, 2009; SANTOS, 2007; VERAS, 2009).

Contudo, reconhece-se que a velhice não é sinônimo de doença e a longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. Mesmo que o idoso apresente uma ou mais doenças crônicas, mas mantenha sua independência e autodeterminação, ele deve ser considerado um idoso saudável (MINAYO; JUNIOR, 2002; VERAS et al., 2005). Considerando isso, é de fundamental importância que os órgãos públicos e a sociedade em geral dispensem atenção especial a essa população idosa no sentido de desenvolver ações que preservem a saúde e bem estar físico, mental e social, bem como, a autonomia e dignidade dos mesmos.

Nos serviços de saúde, a atenção integral ao idoso é assegurada por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja principal porta de entrada é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Neste âmbito, são realizadas ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde de forma a auxiliar o indivíduo idoso no desenvolvimento de seu potencial para o autocuidado, de forma a mantê-lo autônomo e independente, além de envolver os familiares nesse processo (BRASIL, 2007).

As ações da ESF são efetivadas por meio de cadastramento da população idosa em base territorial, atendimento domiciliar para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, grupos para promoção da saúde, atendimentos realizados por equipe multiprofissional, imunização, dispensação de medicamentos, suporte familiar e avaliação funcional e multidimensional da pessoa idosa (BRASIL, 2003).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) reforça a necessidade dos profissionais de saúde de buscar a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos e ressalta que é fundamental a investigação da funcionalidade da pessoa idosa (BRASIL, 2006b; LIMA-COSTA et al., 2003).

A funcionalidade humana é vista como a interação entre estados de saúde, fatores contextuais ambientais e fatores pessoais internos, assim, compreende todas as funções corporais, tarefas ou ações, enquanto que a incapacidade engloba as deficiências, limitações da capacidade ou restrições no desempenho de atividades (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Nunes et al. (2010) destacam que conhecer o contexto da população idosa, as condições de saúde, a capacidade funcional, a utilização/resolutividade do serviço e a demanda de cuidados gerados para a família e para o serviço de saúde, são quesitos primordiais para a realização de planejamento de ações que atendam as carências prioritárias desta população, a fim de fomentar a qualidade de vida e o bem-estar de todos os envolvidos.

Entretanto, Luz et al. (2012) ao realizarem a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, referente as ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em Teresina-PI, observaram que, apesar de todas as equipes pesquisadas possuírem registro atualizado dos idosos, apenas 65% delas atuavam na detecção de incapacidades e 65% na detecção precoce de demências.

Já no município de Goiânia, Muniz et al. (2010) utilizando a AMQ em equipes de dois distritos sanitários verificaram que 61,3% das equipes da ESF não possuíam registro atualizado dos idosos e entre essas 38,7% não se sentiam aptas para identificar as principais manifestações dos quadros de demências.

Em diferentes municípios brasileiros, utilizando o índice de Katz, observa-se oscilações nas prevalências de incapacidades para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) entre os idosos, que variam de 13,0% no estudo de Dias et al. (2012) na Paraíba, 30,0% no estudo de Duarte et al. (2012) em um município do Pará, até 26,8% em entre idosos de uma município do Rio Grande do Sul (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

No Estado de Goiás, Pereira e Rodrigues (2007) observaram 8,2% de incapacidade para ABVD entre os idosos com autonomia funcional de um abrigo público do município de Jataí.

Em Goiânia, Nakatani et al. (2009) evidenciaram prevalência de 40,9% de incapacidade para ABVD utilizando a escala de Barthel, enquanto que, Nunes et al. (2010) também utilizando a escala de Barthel, observaram que 34,8% dos idosos da comunidade do Distrito Sanitário Leste apresentaram dependência parcial ou total para as ABVD. Já Castro et al. (2011) utilizaram o índice de Katz e observaram menor dependência parcial ou total para as ABVD, apenas 9,7%.

A incapacidade entre os idosos evidencia a grande demanda de cuidados para a família, para o cuidador e para os serviços de saúde, que tem papel importante na reabilitação dessa população, por meio de ações de promoção à saúde para minimizar problemas e recuperar a independência dos idosos.

De modo geral, na Atenção Primária à Saúde (APS), especificamente na ESF de Goiânia, existem grupos de promoção de saúde voltados para diabéticos e hipertensos, porém, muitos idosos que não são diabéticos e/ou hipertensos ou que apresentam comprometimento na mobilidade não são sensibilizados para participar dessas atividades e/ou não conseguem caminhar até a unidade, ficando dessa forma privados da participação nesses grupos educativos, estes idosos procuram a unidade somente para receber as medicações de uso contínuo, e algumas vezes são realizadas trocas de receitas sem a avaliação da equipe de saúde. Os atendimentos ambulatoriais frequentemente se restringem à investigação das doenças e agravos não transmissíveis, sendo da mesma forma os atendimentos domiciliares.

O Distrito Sanitário Noroeste (DSN) é a região de Goiânia com maior número de equipes da ESF (51 equipes) e, apesar do número elevado de idosos e de todas as dificuldades já descritas, o atendimento a essa população é facilitado pela presença dessas equipes que oferecem o atendimento na sua área de moradia.

O atendimento realizado pela ESF do DSN é significativo, considerando que no ano de 2012 foram realizadas 138.549 consultas médicas a pacientes de todas as faixas etárias, sendo que 27.937 foram às pessoas com 60 anos ou mais, o que

corresponde a 20% do total de atendimento médico da ESF do DSN nesse período (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS), 2013a).

Se for considerado o atendimento médico das equipes do Centro de Saúde da Família (CSF) Vila Mutirão, local de realização desse estudo observa-se que, no ano de 2012 foram realizadas 12.741 consultas em todas as faixas etárias e 3.210 em pacientes com 60 anos ou mais, sendo que o atendimento a esse grupo correspondeu a 25% do total de atendimento médico da ESF do CSF Vila Mutirão, sendo 5% maior que a média de atendimentos do DSN como um todo. Ressalta-se que 10,3% da população cadastrada na ESF do CSF Vila Mutirão são pessoas idosas (SMS, 2013a).

Apesar do número elevado de idosos nessa região, observa-se que na ESF, especialmente no DSN, existem poucos estudos envolvendo a saúde do idoso. Percebe-se a importância de conhecer o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos e a capacidade funcional dos mesmos.

Em se tratando da capacidade funcional, existem muitos estudos sobre esta temática em várias regiões do país e no próprio município de Goiânia, porém, sabe-se que as características socioeconômicas e culturais dos habitantes se diferenciam de uma região para outra, assim, é preciso desenvolver investigações em outros municípios ou até mesmo em outros distritos sanitários (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; NAKATANI et al., 2009; NUNES et al., 2010).

A investigação da capacidade funcional é de suma importância para os serviços de saúde, pois o comprometimento funcional é um dos grandes problemas do processo de envelhecimento humano, torna a pessoa idosa total ou parcialmente dependente e afeta sua autonomia e qualidade de vida (MORAES, 2012).

Nesse sentido, a avaliação funcional para ABVD em idosos é importante para conhecer as dificuldades no desempenho de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo da impossibilidade de desempenhá-las. Essas dificuldades podem ocasionar maior vulnerabilidade e dependência entre os idosos, evidenciando a necessidade de auxílio (MORAES, 2012).

Tem sido observado que as ações de saúde à população idosa do DSN normalmente são realizadas à medida que vão surgindo as demandas do dia-a-dia. As equipes, talvez por desconhecimento ou falta de planejamento, deixam de utilizar

instrumentos dos quais poderiam lançar mão para facilitar o processo de organização e sistematização do serviço. Sabe-se que a aplicação de instrumentos preconizados pelo Ministério da Saúde, como o da avaliação funcional, é de fundamental importância, uma vez que o comprometimento funcional tornou-se um problema de saúde pública e um importante indicador de saúde do idoso.

Portanto, a situação acima descrita agrava-se mais em decorrência da falta de conhecimento do perfil dos idosos atendidos pela ESF e do nível da capacidade funcional destes, principalmente para as ABVD, pois o desconhecimento da capacidade funcional dificulta a adoção de medidas de prevenção que evitem ou posterguem a incapacidade entre os idosos. Desta forma, os idosos podem ficar expostos a atendimento de intercorrências de forma imediatista, sem planejamento de ações de cuidados que envolvam toda a rede de atenção a fim de evitar complicações e perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, a descaracterização da atenção primária de promover a saúde.

O interesse em realizar esta pesquisa abordando as ABVD surgiu da observação de um grande número de indivíduos idosos cadastrados na área adscrita na ESF do CSF Vila Mutirão, possivelmente com suas capacidades funcionais alteradas. Acredita-se que se faz importante pesquisar ABVD em decorrência do entendimento que essas atividades são elementares para independência do ser humano e que, se as mesmas já apresentarem algum comprometimento, as atividades instrumentais e avançadas de vida diária também já estarão comprometidas.

Como tem sido observado que as equipes da ESF desenvolvem poucas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças para essa população especificamente, os resultados desta investigação contribuirão para a ampliação dos conhecimentos acerca da dependência funcional para ABVD dos idosos do CSF Vila Mutirão. Acredita-se ser importante o conhecimento da capacidade ou da incapacidade para ABVD para proporcionar melhor atendimento à saúde da pessoa idosa. Por meio desse estudo pretende-se sensibilizar os profissionais da ESF para desenvolverem mais ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, direcionadas aos idosos e seus cuidadores; discutir a importância do autocuidado para os idosos e funcionalidade da aplicação de escalas de avaliação funcional, a fim de que possam desenvolver ações que venham preservar, postergar ou minimizar as perdas funcionais e ou reabilitar o idoso que tenha incapacidade, maximizando assim o

desempenho dos idosos na execução das ABVD. Pretende-se também estender a sensibilização para todas as equipes da ESF do DSN.

3. OBJETIVO

Investigar a prevalência e os fatores associados à incapacidade funcional para as atividades básicas de vida diária em idosos.

4. REVISÃO DA LITERATURA

O envelhecimento populacional que acontece mundialmente tem despertado cada vez mais a sociedade para as questões que envolvem esse processo. Mesmo sendo um evento natural do ser humano, o envelhecimento tem sofrido modificações ao longo dos tempos e tem gerado desafios para a sociedade no sentido de manter os idosos com o menor nível de incapacidade possível, entendendo que quanto mais autônomo for o idoso melhor será sua qualidade de vida (MORAES, 2012).

Neste contexto, este capítulo objetiva revisar questões relacionadas ao processo fisiológico do envelhecimento e capacidade funcional dos idosos, bem como a organização dos serviços públicos de saúde para oferecer atendimento a essa população.

O envelhecimento é um processo natural, individual e progressivo na vida do ser humano, caracterizado por mudanças anatômicas e funcionais que não estão relacionadas a doenças, mas sim ao processo de envelhecimento (FILHO; SOUZA, 2000; FREITAS; MIRANDA, 2006).

Grande parte das mudanças anatômicas no idoso são perceptíveis: o aumento do diâmetro do crânio, crescimento do nariz e do pavilhão da orelha, calvície, embranquecimento e quedas dos cabelos, diminuição da elasticidade da pele, redução do tecido subcutâneo que leva a perda da capacidade de sustentação, ocasionando o aumento dos sulcos labiais e aparecimento das bolsas orbitais. Há diminuição da estatura devido à diminuição dos arcos dos pés e alterações nos discos intervertebrais que encurtam e provocam curvatura na coluna. Existe a tendência de ganho de peso com o aumento do tecido adiposo mais comum na região do abdome e diminuição dos pêlos do corpo. Há perda do tecido ósseo e modificações nas articulações (FILHO; SOUZA, 2000; FREITAS; MIRANDA, 2006).

O envelhecimento também se estende aos órgãos e sistemas e esse conjunto de mudanças provoca diminuição da capacidade de adaptação tornando o idoso mais vulnerável ao desenvolvimento de doenças físicas e/ou psicológicas (FILHO; SOUZA, 2000; FREITAS; MIRANDA, 2006).

Além das mudanças anatômicas, ocorrem também mudanças funcionais na dinâmica do aparelho locomotor, visão e audição que podem desencadear diminuição da independência do idoso (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Na dinâmica do aparelho locomotor há redução da amplitude dos movimentos que culmina em passos curtos e mais lentos, também há redução da amplitude dos movimentos dos braços que geralmente se mantêm mais próximo do corpo (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Comumente o idoso apresenta uma degeneração da estrutura anatômica do olho que provoca uma diminuição da capacidade visual, aumenta a sensibilidade à luz, redução do campo visual e perda da nitidez e esse conjunto de alterações compromete a independência e mobilidade do idoso provocando redução do desempenho funcional, da interação social, da qualidade de vida, presença de depressão e quedas (FREITAS; MIRANDA, 2006; MACEDO et al., 2008).

Borges e Cintra (2009) avaliando a função visual de idosos em seguimento ambulatorial concluíram que os idosos com baixa visão expuseram maior sentimento de frustração do que os com visão normal ou próxima do normal. E quanto à insegurança dos idosos para realizar atividades, aqueles com baixa visão expressaram mais insegurança, comparados aos de visão normal ou próxima do normal.

Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) salientam que a possibilidade de uma pessoa enxergar adequadamente traz benefício à qualidade de vida. E para Macedo et al. (2008) se houver promoção de melhora da função visual possivelmente o idoso terá uma maior independência funcional e, conseqüentemente, melhoria de sua qualidade de vida.

A perda auditiva também é comum nos idosos e pode alterar a qualidade de vida dos mesmos, sendo resultante da disfunção dos componentes do sistema auditivo que altera a discriminação dos sons mais baixos, provoca estados vertiginosos e zumbidos, o que desencadeia dificuldade na habilidade de entender uma conversação normal e também levar ao comprometimento funcional (FREITAS; MIRANDA, 2006).

Esses dados são confirmados por Baraky et al. (2012), que, avaliando a perda auditiva, descreveram que a prevalência de perda auditiva incapacitante no

município de Juiz de Fora-MG foi maior entre os indivíduos maiores de 60 anos e que tinham como sintoma o zumbido. Enquanto Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) no seu estudo encontraram associação entre o déficit auditivo e comprometimento da autonomia dos pacientes idosos.

Um fato importante a ser destacado é a existência de sentimento de reclusão social por dificuldade auditiva que pode desencadear um afastamento do sujeito das interações sociais, possibilitando interpretação errônea de comportamento antissocial ou mesmo de início de demência (MORIMOTO et al., 2006; SANTIAGO; NOVAES, 2009).

Morimoto et al. (2006) levantam a hipótese de que a oportunidade dos idosos de participar de grupos organizados proporciona apoio, quer institucional, quer emocional; os autores salientam no seu estudo que o fato dos idosos pesquisados estarem organizados em grupos também facilitou, de alguma maneira, o acesso aos equipamentos de saúde, a informações sobre autocuidado e prevenção de doenças, o que, provavelmente, levou a população estudada a apresentar menos problemas visuais e auditivos.

A alta prevalência da deficiência auditiva referida pelos idosos, somada ao desconhecimento quanto às causas e à necessidade de assistência decorrentes deste déficit, indicam a relevância deste problema para a saúde pública. Além disso, a sociedade e o próprio idoso sinalizam não estar preparados para lidarem com essa deficiência, confirmando de certa forma a ideia de que as limitações vividas pela pessoa com déficit auditivo são decorrentes apenas do processo de senescência (PAIVA et al., 2011).

Hein e Aragaki (2012) analisando dissertações de mestrado brasileiras, realizadas com temática saúde e envelhecimento, observaram que oito dissertações abordaram o fato de a velhice ir além da questão etária. Os autores destacam que o fundamental é aquilo que as pessoas fazem ou deixam de fazer em seus relacionamentos e em sua vida diária. Os autores colocam que não há uma relação direta entre envelhecimento e solidão, depressão, diminuição da autoestima, como comumente se pensa, ou seja, o envelhecimento do corpo não necessariamente influi de maneira negativa na vida dos idosos, como também não os impede de realizar sonhos.

Entende-se então que apesar do envelhecimento ser um processo biológico natural, ele desencadeia alterações fisiológicas que influenciam na capacidade/incapacidade funcional ou dependência do idoso em realizar suas atividades.

Veras (2012a), discutindo sobre a organização dos sistemas de saúde, salienta que a manutenção da saúde, a independência e a autonomia, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades em uma população idosa, são os maiores desafios relacionados à saúde decorrentes do envelhecimento da população. Assim, o autor enfatiza que qualquer política social e de saúde destinada aos idosos deve levar em conta a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional.

Capacidade funcional é a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma e, no caso do idoso, mesmo diante do envelhecimento fisiológico. Normalmente o conceito de capacidade é trabalhado juntamente com o conceito de incapacidade, que é definido como a dificuldade em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde, que afeta a habilidade de desenvolver papéis e atividades na sociedade (ROSA et al., 2003; VERBRUGGE; JETTE, 1994).

As pessoas desenvolvem a capacidade funcional lentamente e, quando adultas, por volta dos vinte ou trinta anos, alcançam o ápice da capacidade funcional, a partir daí, lentamente vai acontecendo o processo de regressão guiado pelo processo fisiológico e natural do envelhecimento (PASCHOAL, 2002).

O grau de agilidade do processo de comprometimento funcional depende de vários fatores que envolvem esse indivíduo, tais como: constituição genética, estilos e hábitos de vida, meio ambiente, fatores socioeconômicos entre outros. Então, um estilo de vida mais saudável está associado à maior autonomia e independência na velhice quanto a habilidade de decisões e capacidade de realizar atividades com seus próprios meios. Apesar de todo o esforço de manter uma vida saudável, o comprometimento funcional pode ser acelerado por doenças ou acidentes que porventura venham acometer o indivíduo, gerando dificuldades na realização das atividades cotidianas precocemente (PASCHOAL, 2002).

Veras (2006) reforça a importância das ações direcionadas à detecção precoce das enfermidades não transmissíveis, além de outras medidas como a avaliação da

capacidade e habilidade funcional para o desenvolvimento de atividades cotidianas, objetivando a prevenção de perda de independência e manutenção da autonomia.

A capacidade de a pessoa realizar atividades cotidianas com seus próprios meios é definida como Atividade de Vida Diária (AVD) e é classificada como: Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) (atividades relacionadas à integração social: atividades produtivas, recreativas e sociais), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (cuidado do meio em que vive: preparo de alimentos, fazer compras, controle do dinheiro, uso do telefone, trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, uso correto dos medicamentos e sair de casa sozinho) e Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (atividades relacionadas ao cotidiano e autocuidado) (FREITAS; MIRANDA, 2006; MORAES, 2012; PASCOAL, 2002).

As ABVD são fundamentais para a sobrevivência e autopreservação do indivíduo e se caracterizam pelas habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades de autocuidado como: tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ter continência esfinteriana e alimentar-se com a própria mão (MORAES, 2012; PASCHOAL, 2002).

Apresentando-se de forma hierárquica, a perda da capacidade funcional inicia-se pelo déficit em AAVD até as ABVD. Portanto, se há comprometimento nas ABVD, que são atividades mais elementares de autocuidado do ser humano, pode-se inferir que as AAVD, que são funções mais avançadas de atividades, já estão comprometidas em algum grau (MORAES, 2012; PASCHOAL, 2002).

Diferentes fatores podem levar ao comprometimento das ABVD. As atividades de banhar-se, vestir-se e ir ao banheiro são funções influenciadas por forças culturais e de aprendizado, sendo então, mais complexas; já atividades como, transferir-se da cama para a cadeira, ter continência e alimentar-se, são funções vegetativas simples (ELIOPOULOS, 2005; KATZ et al., 1963; MORAES, 2012; PASCHOAL, 2002).

Existem diversos instrumentos para a avaliação das ABVD, entre eles está o índice de Katz. A escala de Katz foi desenvolvida em 1963 por Sidney Katz e colaboradores para a avaliação dos resultados de tratamentos em idosos e prever o prognóstico nos doentes crônicos e, conforme Paixão e Reichenheim (2005), a escala de Katz é o segundo instrumento mais utilizado internacionalmente em estudos de avaliação funcional de idosos, além disso, é reconhecido pelo Ministério

da Saúde como instrumento de avaliação funcional do idoso (BRASIL, 2007; ELIOPOULOS, 2005; MORAES, 2012).

Segundo a escala de Katz, o declínio funcional no idoso inicia-se em ordem inversa ao processo de desenvolvimento da criança, em que considera-se a atividade banhar-se como a mais complexa e alimentar-se como a mais elementar. Entende-se então que a hierarquização das ABVD auxilia no conhecimento da gravidade do processo de incapacidade dos idosos podendo considerá-los totalmente independentes, parcialmente ou totalmente dependentes (KATZ et al., 1963; MORAES, 2012; PASCHOAL, 2002).

A partir da avaliação da capacidade funcional para ABVD, pode-se determinar o grau de incapacidade para essas atividades. A incapacidade é a principal manifestação de vulnerabilidade, é um processo de difícil regressão e segundo diversos autores, existem vários fatores associados à incapacidade funcional dentre os quais destacam-se: sexo, idade, escolaridade, renda, autopercepção, comorbidades, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, maior frequência de internações, déficit visual e auditivo (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; DIAS et al., 2012; DUARTE et al., 2012; ELIOPOULOS, 2005; FREITAS et al., 2012; GIACOMIN et al., 2008; MACHADO, 2010; NASCIMENTO, 2010; NUNES et al., 2010; PEREIRA et al., 2012; ROSA et al., 2003; MORAES, 2012).

Ser mais longo é um dos fatores encontrados na literatura que está mais associado à incapacidade funcional. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, assim quanto mais idade tiver o indivíduo, mais chance ele vai ter de apresentar incapacidade funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; GIACOMIN et al., 2008; MACHADO, 2010; NUNES et al., 2010).

Outro fator associado à incapacidade funcional é o sexo. Giacomini et al., (2008) citam que a incidência da incapacidade funcional é semelhante em ambos os sexos, porém a prevalência é maior entre as mulheres.

Dentre as hipóteses que explicam essa maior associação entre as mulheres estão a maior sobrevivência desse grupo, maior prevalência de comprometimento de saúde não fatais e também a habilidade de relatar mais sobre as condições de saúde e

incapacidade em relação aos homens da mesma idade (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; GIACOMIN et al., 2008).

Estudos têm demonstrado que a baixa renda ou pior situação socioeconômica e a baixa escolaridade está associada ao comprometimento funcional (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; FREITAS et al., 2012; GIACOMIN et al., 2008; NASCIMENTO, 2010; ROSA et al., 2003).

A autopercepção de saúde também é um fator que está associado à incapacidade funcional. A autopercepção designa a avaliação subjetiva e individual do estado de saúde da pessoa. Nesse processo avaliativo, observa-se que as pessoas que se julgam doentes, procedem como doentes, mesmo que não haja sinais clínicos reais; e as pessoas que se julgam com saúde agem como pessoas saudáveis (BERGER, 1995).

A percepção individual do estado de saúde é influenciada pelos conhecimentos e crenças da pessoa e por fatores como idade, sexo, nível socioeconômico e cultural e natureza dos problemas de saúde e expressa as condições multidimensionais de saúde física e mental, os comportamentos em saúde e o bem estar social (BERGER, 1995).

A autopercepção é um indicador importante e frequentemente utilizado em pesquisas epidemiológicas por sua validade e confiabilidade, associando-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas, sendo preditor de morbimortalidade (BERGER, 1995; LIMA-COSTA et al., 2012; LIMA-COSTA; CAMARANO, 2009; MORAES, 2012; VITORINO; PASKULIN; VIANNA, 2013).

Lima-Costa et al., (2012), utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 1998 e 2008, sobre a avaliação de saúde, demonstrou que os idosos brasileiros em 2008, em comparação a 1998, estavam mais otimistas acerca das suas condições de saúde, e que essa melhora ocorreu em todos os estratos de renda. Alves, Leite e Machado, (2010) avaliando a autopercepção de saúde utilizando dados da PNAD de 2003, observaram que os idosos que avaliaram a sua saúde como ruim tiveram maior probabilidade de aumentar o grau de dependência funcional.

Já no município de Goiânia-GO, Pagotto, Nakatani e Silveira (2011) estudando a população idosa usuária do SUS, observaram prevalência de 27% de autoavaliação

de saúde ruim, com maior incidência entre as mulheres e os idosos na faixa etária entre 60 a 64 anos. Os fatores associados a essa autoavaliação foram: viver sem companheiro, ter três ou mais morbididades, internação no último ano, não praticar atividade física, presença de diabetes e doenças osteomusculares, consumo de cinco ou mais medicamentos.

Em estudo qualitativo realizado em Bambuí-MG, os entrevistados relacionaram a condição de saúde ao processo de envelhecimento e a acometimentos que lhes impunham algum tipo de limitação à capacidade funcional. Os componentes para a boa saúde foram: quando há capacidade para o trabalho; não há necessidade de procurar assistência médica; inexistência de alterações nos exames, ou quando não precisam fazer uso de medicação. Mesmo apresentando uma ou mais doenças crônicas, os idosos avaliaram a saúde pessoal como boa ou regular; o que os faz reconhecer que não se encontram bem de saúde é possuir algum tipo de dificuldade ou incapacidade para realizar atividades de sua rotina (OLIVEIRA, 2012).

Moraes (2012) reforça que diante do conhecimento de uma incapacidade funcional é necessário que a equipe de saúde proceda uma ampla investigação clínica procurando diagnosticar doenças que normalmente são total ou parcialmente reversíveis.

No caso de já haver um processo incapacitante, a reabilitação pode ajudar o idoso a encontrar o caminho para melhorar sua capacidade funcional, aumentando assim sua independência e melhorando seu bem-estar (ELIOPOULOS, 2005; MORAES, 2012).

Para o Ministério da Saúde, é necessário ter um sistema de saúde organizado e mais próximo do usuário para que seja possível a avaliação do seu contexto socioeconômico e demográfico e o desenvolvimento de um cuidado longitudinal, que permita o acompanhamento do indivíduo no seu processo de saúde, adoecimento e/ou envelhecimento e a aplicação de instrumentos para avaliação sistemática das condições de saúde (BRASIL, 2006a).

Assim, para a efetivação do atendimento à saúde do idoso e da população em geral, o sistema público de saúde tem desenvolvido políticas em âmbito nacional de forma a organizar a rede de atenção. Para tanto, em fevereiro de 2006, por meio da portaria nº 399/GM foram publicadas as diretrizes do Pacto pela Saúde que

contemplam o Pacto pela Vida, nesse documento, a saúde do idoso passou a existir como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo (BRASIL, 2006a).

Para atender às diretrizes e ações estratégicas propostas no Pacto pela Vida, em outubro de 2006 foi publicada e homologada a Portaria nº 2.528, que dispõe sobre a PNSPI (BRASIL, 2006b).

Em 2006 a Portaria Nº 648, regulamentou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e estabeleceu que o Programa Saúde da Família (PSF) é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tornando-se então ESF. Já em 2011, a Portaria Nº 2.488/2011 revogou a Portaria Nº 648/2006 e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovou a PNAB na ESF. Essa política avançou na afirmação de uma APS acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais redes de atenção (BRASIL, 2006a, 2012a).

A ESF visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Para o desenvolvimento das ações de saúde, existe uma equipe da ESF responsável pelo processo de trabalho, que é a peça fundamental para alcançar a permanente comunicação, troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e destes com a população; a atuação das equipes ocorre no território, principalmente nas Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF), nas residências e nos espaços comunitários (BRASIL, 2006a; 2012a).

Como, já citado anteriormente, na ESF de forma geral a porta de entrada do usuário idoso é a APS, tendo como referência a rede de serviço especializado de média e alta complexidade. A atenção à saúde desse grupo perpassa aspectos multidimensionais como o ambiente onde vive o idoso, a relação do profissional de saúde com o idoso e seus familiares, a história clínica, que envolve aspectos biológicos, sociais, funcionais e exame físico (BRASIL, 2007).

Esse atendimento deve ser realizado de forma humanizada e acolhedora com atenção continuada ou longitudinal, incluindo visita domiciliar, estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde através de orientações de alimentação saudável, prática corporal/atividades físicas e trabalhos em grupos (BRASIL, 2007).

Tavares e Dias (2012) corroboram com essa afirmativa uma vez que descrevem que a diversificação dos espaços e formas de atendimento como a educação em saúde em grupo, estimulam a troca de experiências e a percepção de que outras pessoas possuem desafios semelhantes, além de proporcionar à equipe de saúde maior possibilidade de vínculo com o idoso e melhor acompanhamento acerca do autocuidado em saúde. As autoras ainda citam que o atendimento domiciliar permite observar algumas situações cotidianas e relações familiares que não seriam possíveis detectar no contexto dos serviços de saúde.

É de fundamental importância ainda que, no território de atendimento da ESF, sejam mapeadas as áreas de maior risco para crianças, mulheres, adolescentes, jovens, adultos e idosos. E, no caso de incapacidade funcional ou deficiência, é preciso também conhecer a prevalência nas comunidades, mapeando e analisando os casos existentes. Há que se analisar, ainda, as condições de acessibilidade que são, ou não, oferecidas pelos ambientes públicos, como ruas, calçadas, transporte, praças e parques; além de estrutura de edifícios como: guias rebaixadas, rampas, portas largas e sanitários adaptados (BRASIL, 2010a).

A avaliação da pessoa idosa na ESF deve ser global, envolvendo: alimentação e nutrição, acuidade visual, acuidade auditiva, incontinência urinária, sexualidade, vacinação, avaliação cognitiva, depressão, mobilidade, queda, avaliação funcional, avaliação do suporte familiar e social e reabilitação (BRASIL, 2007; 2010a).

Duarte et al. (2012) reforçam esse entendimento, quando referem que é importante a equipe conhecer a situação da saúde para o desenvolvimento de ações, atuando não somente na resolução dos problemas instalados, mas também na prevenção das doenças e agravos não transmissíveis e na promoção da saúde como previsto na PNSPI.

Estudo desenvolvido com profissionais enfermeiros, médicos e cirurgiões dentistas atuantes na ESF de microrregiões litorâneas do estado da Paraíba apresenta as escolhas por prioridades citadas pelos profissionais entrevistados, acerca das diretrizes essenciais da PNSPI: em primeiro lugar, com 87,5%, os profissionais optaram pela promoção do envelhecimento saudável, seguido de 81,7% com prioridade para a assistência às necessidades de saúde do idoso que contemple uma humanização de seu atendimento; e em terceiro lugar, a manutenção da capacidade funcional com 57,7%; porém eles não consideraram a implementação do

programa de atenção integral à saúde do idoso para o desenvolvimento ativo do envelhecimento (OLIVEIRA, 2009).

Fernandes e Soares (2012) citam que a maioria dos idosos brasileiros vive na comunidade e a atuação da ESF é uma ferramenta importante para diminuir a fragmentação do cuidado e aumentar a rede de atenção ao idoso. No entanto, as autoras salientam que as ações da ESF apontam para a inespecificidade do atendimento ao idoso e isso causa impacto negativo no bem-estar do mesmo. Prosseguindo, as autoras afirmam que os profissionais de saúde não devem ter o foco na doença, porém na funcionalidade.

Portanto, as ações de saúde das equipes da ESF para os idosos devem ser desenvolvidas de forma a preservar ao máximo a capacidade funcional, mantendo esses idosos entre os seus familiares e na comunidade de forma mais independente possível (BRITO; RAMOS, 2002; TAVARES; DIAS, 2012).

Veras (2012b) afirma que o acelerado envelhecimento da população tem levado a preservação da capacidade funcional a ser o novo paradigma e o principal indicador estratégico na saúde dos idosos. Porém, ele aponta a existência de dificuldades na implementação dos programas de prevenção que às vezes são bem estruturados, mas, por falta de conhecimento do público alvo, as ações não são assertivas se limitando a apenas atividades pontuais.

Reforça o autor que para o alcance de maior êxito nos grupos de trabalho com idosos, a equipe deve aprender a negociar, propor a realização de pequenas mudanças, trabalhar oferecendo opções, além de acompanhar os idosos e monitorar o risco de fragilização em todos os níveis de complexidade tanto para os saudáveis e independentes quanto para os fragilizados e dependentes, que demandam maiores cuidados (VERAS, 2012b).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) veio para somar à ESF. Ele tem papel fundamental na reabilitação, visto que a atuação multiprofissional pode propiciar a redução de incapacidades e deficiências promovendo melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, facilitando sua inclusão social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido de reabilitação a equipe da ESF tem o papel de orientar e informar as pessoas com deficiência e os cuidadores sobre manuseio, posicionamento e os

cuidados para recuperar as AVD dos pacientes com comprometimento funcional (BRASIL, 2010a).

Além disso, as equipes da ESF juntamente com o NASF devem desenvolver ações de mobilização de recursos e tecnologias assistenciais para o desempenho funcional; desenvolver propostas de ações de reabilitação baseadas na comunidade; encaminhar e orientar, quando necessário, procedimentos para obtenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; realizar ações que facilitem a inclusão escolar, laboral ou social de pessoas com deficiência, conforme prevê a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; apoiar as equipes da ESF no acompanhamento de idosos com problemas de locomoção ou acamados (BRASIL, 2010a).

O trabalho em equipe da ESF/NASF facilita o atendimento holístico ao idoso. Araújo e Rocha, (2007) afirmam que trabalhar em equipe é a base para as ações integrais em saúde e para atender com qualidade as necessidades dos usuários.

O DSN é o único distrito de Goiânia que já possui equipes de NASF, porém são poucas equipes, portanto não cobrem toda a área da ESF e, além disso, estão com poucos profissionais de saúde (atualmente compõem as equipes somente os seguintes profissionais: psicólogo, farmacêutico, nutricionista, educador físico e assistente social).

É necessária uma efetiva inclusão do NASF na ESF do município de Goiânia e, além disso, prever lotação dos demais profissionais de saúde dentre eles o fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, para ampliar a abrangência e diversidade das ações da ESF, especialmente na promoção da saúde e prevenção de doenças entre as pessoas idosas (OLIVEIRA, 2009).

Finalmente vale destacar que a PNSPI recomenda que todo profissional de saúde tenha como prioridade promover a qualidade de vida da pessoa idosa, objetivando alcançar a meta de preservar a autonomia e a independência funcional dos idosos em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Estudo epidemiológico, analítico com delineamento transversal.

O estudo é um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Situação de saúde da população de idosos do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia, Goiás”.

5.2 Local do Estudo e População Alvo

O município de Goiânia (Goiás) localiza-se na região do planalto central brasileiro, possui 1 393 579 habitantes e uma taxa de urbanização de 99,6% (IBGE, 2013). Atualmente está organizado administrativamente em sete Distritos Sanitários de Saúde: Campinas-centro, Leste, Oeste, Sudoeste, Sul, Norte e Noroeste, e tem implantadas 184 equipes da ESF (SMS, 2013b).

O DSN é um dos maiores distritos de Goiânia, tanto em extensão territorial, quanto populacional, concentra a população com o menor poder aquisitivo, com 92% dos moradores de baixa renda. Possui 51 equipes da ESF com cobertura de 89% de sua população e registro de 8.700 idosos cadastrados (informação da equipe técnica do DSN, até janeiro de 2011), distribuídos em 18 Centros de Saúde da Família (CSF) (SMS, 2011).

Este estudo foi desenvolvido na área adscrita do CSF da Vila Mutirão, do Distrito Sanitário Noroeste (DSN), município de Goiânia, Goiás. Esse CSF possui seis equipes da ESF e abrange cinco bairros: Vila Mutirão, Jardim Liberdade, Residencial Green Park, Parque Maracanã e Residencial Fortaleza.

5.3 Amostra e Amostragem

A amostra do estudo foi composta por 252 idosos.

Para o cálculo amostral foram considerados os parâmetros de população idosa da ESF do CSF Vila Mutirão (+/- 900 idosos cadastrados), prevalência de incapacidade funcional/ dependência para ABVD de 35% (Nunes et al., 2010), nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$), precisão de 5,0% e efeito de desenho de 1,0.

Por meio de consulta nas fichas de cadastro de idosos das seis equipes da ESF Vila Mutirão, foi elaborada uma lista com nome, endereço e idade. A partir dessa lista, os idosos foram selecionados de forma aleatória, por meio de sorteio sistemático. Foram consideradas perdas os idosos que retiraram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) durante a entrevista ou recusaram a participar da pesquisa. Ocorreram três perdas e para conseguir o total da amostra foi realizado sorteio de outros idosos.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos todos os idosos moradores do domicílio na área adstrita do CSF Vila Mutirão, que dormiam mais de quatro dias por semana na residência da entrevista.

Foram excluídos aqueles que foram sorteados e não foram encontrados no domicílio após três tentativas do entrevistador.

5.5 Procedimentos para Coleta de Dados

5.5.1 Instrumento de Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados (Anexo A) foi recorte do formulário estruturado, com validação e disponibilizado para uso pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI) (Anexo B).

Elaborou-se um instrumento de coleta de dados contando variáveis de desfecho e exposição.

5.5.2 Variáveis do Estudo

Variável de desfecho:

- Incapacidade funcional. Foi utilizada a Escala de Independência em ABVD (Escala de Katz) que consta de seis itens que medem o desempenho do idoso nas atividades de autocuidado: alimentação, controle de esfíncteres,

transferência, ir ao banheiro, capacidade para se vestir e tomar banho (BRASIL, 2007).

A incapacidade funcional para as ABVD foi definida como a necessidade de ajuda parcial ou total para, no mínimo, uma das atividades diárias investigadas. Assim, o índice de Katz foi categorizado inicialmente em independente para todas as atividades, parcialmente dependente e totalmente dependente; e posteriormente, foram considerados dependentes os idosos da categoria parcialmente dependentes e totalmente dependentes (BRITO; PAVARINI, 2012; DEL DUCA, SILVA; HALLAL, 2009; SOUSA, 2010).

Variáveis de exposição que podem influenciar o comprometimento funcional:

- Demográficas e socioeconômicas: idade, sexo, estado civil, escolaridade, aposentadoria, trabalho, rendimentos, número e grau de parentesco das pessoas que moram na casa.
- Condições de saúde: doenças autorreferidas: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e doenças do aparelho digestivo. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus foram analisados separadamente e assim, não integraram as categorias descritas devido à alta prevalência destas morbidades.
- Autoavaliação da saúde, consideração da saúde comparada a outras pessoas da mesma idade (melhor, igual, pior); capacidade visual, frequência com que a visão dificulta atividades, capacidade auditiva, frequência com que a audição dificulta atividades.

5.6 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de fevereiro a abril de 2012.

Os dados foram coletados por dez profissionais de saúde da ESF por meio de entrevista.

Em janeiro de 2012 os profissionais foram separados em dois grupos de cinco componentes e capacitados (em quatro horas) pela pesquisadora, foi lido todo o instrumento e explicado a técnica utilizada.

Os idosos foram abordados em seus domicílios, convidados a participar da pesquisa, orientados quanto aos objetivos do estudo, métodos da pesquisa, riscos e benefícios e garantia do anonimato. Em caso de aceite, assinaram e/ou identificaram o TCLE com a marca digital.

As entrevistas foram feitas diariamente, as respostas foram dadas pelos próprios idosos e os que apresentavam dificuldades em responder foram auxiliados por um cuidador ou outro responsável.

Os instrumentos preenchidos foram revisados pela pesquisadora e quando identificadas incongruência, o entrevistador retornava ao domicílio para checagem e correção dos registros.

5.7 Análise Estatística

Os dados foram estruturados no *software Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows*, versão 17.0.

Foi realizada análise descritiva apresentando frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas e média e desvio padrão para variáveis contínuas.

Para identificar os fatores associados ao comprometimento funcional dos idosos, foi realizada análise univariada e utilizou-se teste qui-quadrado e, quando apropriado, teste exato de *Fisher*, com o *Odds Ratio* (OR) como medida de associação. Realizou-se regressão logística múltipla com as variáveis: sexo, idade e as que obtiveram $p < 0,10$ em análise univariada, foram calculados intervalos de 95% de confiança e consideradas estatisticamente significantes as associações que obtiveram valor de $p < 0,05$.

5.8 Aspectos Éticos e Legais

O projeto seguiu os princípios éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) Nº 196/96 atualizada para 466/2012 (BRASIL, 1996; 2012b). Foi autorizado pela Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação do município de Goiânia (DGTES) (Anexo D) e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás recebendo parecer favorável, sob Protocolo Nº 399/11 (Anexo C). Todos os sujeitos assinaram o TCLE (Apêndice A).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor organização do trabalho, os resultados estão apresentados na forma de tabelas e gráfico e agrupados em quatro blocos: caracterização socioeconômica e demográfica, caracterização clínica dos idosos, prevalência para dependência nas ABVD e fatores associados à incapacidade funcional.

Dos 252 idosos entrevistados, 226 (89,7%) responderam ao questionário e 26 (10,3%) auxiliados por um cuidador ou responsável.

6.1 Caracterização Socioeconômica e Demográfica

A caracterização socioeconômica e demográfica dos idosos pode ser observada na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos usuários do Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão segundo características socioeconômicas e demográficas. Goiânia, GO, 2012.

(continua)

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Feminino	162	64,3
Masculino	90	35,7
Idade		
60-69	135	53,4
70-79	81	32,3
≥ 80	36	14,3
Estado civil		
Solteiro	28	11,1
Casado	103	40,9
Viúvo	87	34,5
Divorciado	32	12,7
Escolaridade		
Analfabeto ou apenas lê e escreve o nome	110	43,7
Sabe ler e escrever e nunca foi à escola	26	10,3
Primário completo/incompleto	106	42,0
Ensino médio completo/ incompleto	09	3,6
Rendimentos		
Nenhum	23	9,1
Menos de 1 salário mínimo	18	7,1
1 salário mínimo	131	52,0
> 1 salário	23	9,1
Aposentadoria		
Sim	175	69,5
Não	77	30,5
Motivo de aposentadoria		
Tempo de serviço	17	6,7
Por idade	119	47,2
Por problema de saúde	39	15,5
Não se aplica	77	30,6
Exerce trabalho remunerado		
Sim	38	15,1
Não	209	82,9
Nº de pessoas que moram na casa		
0-1	55	21,8
2-4	154	61,1
5-9	34	13,5

Tabela 1 – Distribuição dos idosos atendidos no Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão segundo características socioeconômicas e demográficas. Goiânia, GO, 2012.

(Conclusão)		
VARIÁVEIS	N	%
Quem são os moradores da casa		
Mora sozinho	57	22,6
Cônjuge	50	19,8
Descendentes	74	29,3
Cônjuge e descendentes	47	18,6
Outros parentes/ externos	20	7,9

Observa-se que os dados apontam que dos 252 idosos entrevistados, 162 (64,3%) eram do sexo feminino. Estes achados são observados também em todo território nacional, pois de acordo com o IBGE (2012a), 55,7% da população idosa brasileira era do sexo feminino e 44,3% do masculino. Estudos no município de Goiânia e outros municípios brasileiros também encontraram maior proporção de mulheres (BISPO; ROCHA; ROCHA, 2012; CASTRO et al., 2011; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; DUARTE et al. 2012; NAKATANI et al., 2009; NASCIMENTO, 2010; NUNES et al., 2010; PEREIRA et al., 2012; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

O diferencial na composição por sexo é explicado pela menor mortalidade da população feminina em relação à masculina, o que pode estar associado ao fato da procura mais frequente das mulheres por serviços de saúde. Isso faz com que a população feminina seja maior que a masculina e como consequência dessa situação, observa-se que quanto “mais velho” for o contingente estudado maior será a proporção de mulheres (VERAS, et al., 2005).

A faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos de idade para 135 (53,4%) idosos, seguida de 70 a 79 anos 81 (32,3%) e 80 e 89 anos para 34 (13,5%). Para o estado de Goiás, o Censo de 2010 também reforça esse resultado, uma vez que a população idosa do Estado era composta por 58,1% da faixa etária entre 60-69 anos, 30,1% entre 70 a 79 anos, 9,7% entre 80 e 89 anos e 2,1% com 90 anos ou mais (IBGE, 2010). Estudos realizados no município de Goiânia e outros municípios obtiveram resultados semelhantes (BISPO; ROCHA; ROCHA, 2012; CASTRO et al., 2011; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; NAKATANI et al., 2009; NASCIMENTO, 2010; NUNES et al., 2010; PEREIRA et al., 2012; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Quanto ao estado civil, predominaram os casados, 103 (40,9%); seguidos de viúvos, 88 (34,5%). Percentagens estas semelhantes às encontradas em outros estudos realizados com idosos em Goiânia: Castro et al. (2011) observaram que 49,6% dos

idosos eram casados; Nunes et al. (2010), 50,8% eram casados e 33,8% viúvos; e Costa, Nakatani e Bachion (2006), 49,5% eram casados e viúvos 34,7%.

Del Duca, Silva e Hallal (2009) também observaram que 51,6% dos idosos investigados eram casados. Araújo e Bachion (2004) destacam que os idosos mantêm características mais conservadoras sobre o matrimônio, quando comparados às novas gerações, acreditando que o casamento deve ser único e para a vida toda. Percebe-se então a importância dos valores morais e do apoio familiar em suas vidas.

Gomes et al. (2013) ao verificar a associação entre mortalidade e estado marital no município de São Paulo, descrevem que existe maior risco de morte entre idosos não casados. No entanto, destacam que há diferença no risco em relação ao sexo do idoso, uma vez que os idosos solteiros, do sexo masculino, constituem o grupo com maior vulnerabilidade e, entre as idosas, são as divorciadas e as separadas que apresentam as maiores taxas de mortalidade.

É importante ressaltar que Machado (2010), investigando idosos dependentes, descreve percentuais diferentes dos idosos da comunidade em geral, pois dentre os idosos dependentes, a autora encontrou 55% em estado de viuvez, 26,7% casados, 15% nunca tinham sido casados e 3,3% separados.

No que diz respeito à escolaridade, 136 (54%) não eram alfabetizados ou nunca ingressaram na escola e, dos 115 (45,6%) que estudaram, somente nove (3,6%), conseguiram alcançar o primeiro grau. Esses dados corroboram com os achados de outros pesquisadores (CASTRO et al., 2011; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; NAKATANI et al., 2009; NUNES et al., 2010).

Entende-se que a baixa escolaridade dos idosos pesquisados remete a uma condição desfavorável pela dificuldade na compreensão das orientações para seu tratamento, no acesso à rede de serviços de saúde e na oportunidade de participação social, já que culturalmente os idosos são passivos e se acham incapazes de cooperar para as melhorias do serviço de saúde.

Dias et al. (2012), buscando conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa –PB, observaram que 50,1% não sabiam ler ou escrever. Menores taxas de analfabetismo foram observadas no estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), que avaliou o perfil sociodemográfico, cognitivo e de

fragilidade de idosos comunitários, em sete cidades brasileiras. Os autores identificaram que a porcentagem dos idosos não alfabetizados foi diferente em localidades distintas sendo que, a cidade de Parnaíba-PI apresentou o maior percentual (47,2%), seguido por Campina Grande-PB (38,7%) e Belém-PA (26,3%). Os municípios de Poços de Caldas-MG, Ermelino Matarazzo-SP e Campinas-SP apresentaram percentuais entre 23,1% e 21,9%, já o município de Ivoti-RS apresentou a menor taxa de idosos não alfabetizados (NERI et al., 2013).

Segundo o Censo Demográfico, em 2010 os menores municípios da região Nordeste apresentaram as maiores taxas de idosos que não sabem ler e escrever, chegando a cerca de 60%. O Brasil, no período desse Censo, contava com 9,6% da população de 15 anos ou mais de idade analfabeta, sendo que 39,2% deste contingente eram formados por pessoas de 60 anos ou mais de idade, sendo os maiores índices de analfabetismo concentrados nas regiões de menor desenvolvimento socioeconômico (IBGE, 2011).

Nesse sentido, pode se inferir, que o número elevado de analfabetismo entre os idosos do presente estudo se justifique pelo local da pesquisa ser umas das regiões com menor poder econômico do município de Goiânia e que conhecer esta realidade auxilia no planejamento das ações de educação em saúde.

Somado à baixa escolaridade observa-se que a população estudada também apresentou baixo rendimento financeiro, pois a maioria, 149 (59,1%), recebia até um salário mínimo² por mês, o que sugere que os idosos podem apresentar dificuldades na manutenção de suas necessidades básicas.

Ressalta-se, entretanto, que 57 (22,6%) idosos preferiram não responder o rendimento exato, possivelmente, por medo de perderem algum tipo de subsídio que porventura possam receber do governo. Outros estudos realizados em Goiânia apontaram situações econômicas semelhantes; Costa, Nakatani e Bachion (2006) identificaram que 45,3% dos idosos investigados tinham renda igual ou menor que um salário mínimo, já Nakatani et al. (2009) observaram maiores porcentagens de idosos em situação de pobreza, onde 85,7% da amostra de idosos possuía renda mensal de até um salário mínimo.

² Salário mínimo vigente em Janeiro de 2012: R\$ 622,00

Ainda considerando o rendimento financeiro, Neri et al. (2013), no estudo FIBRA, identificaram três municípios que apresentaram a maior parte dos idosos com renda individual menor ou igual a um salário mínimo foram: Campina Grande (58,9%), Belém (55,5%) e Parnaíba (54,7%).

No presente estudo verificou-se que 175 (69,5%) idosos eram aposentados, ratificando pesquisas de Duarte et al. (2012), Neri et al. (2013), Vítor et al. (2009) e Pilger, Menon e Mathias (2011). Os motivos da aposentadoria foram: idade 119 (47,2%), problemas de saúde 39 (15,5%) e tempo de serviço 17 (6,7%). Os 39 idosos que tiveram aposentadoria por problemas de saúde referiram como causa: problemas cardiovasculares (12), psiquiátricos e musculoesqueléticos (cinco cada um) e outros (15).

Foi observado que 209 (82,9%) idosos não exerciam trabalho remunerado, 154 (61,1%) moravam com duas a quatro pessoas na casa, e sobre a dinâmica familiar, 141 (55,8%) residiam em domicílios multigeracionais e 107 (42,4%) residiam sozinhos ou com o cônjuge. Características semelhantes foram encontradas por outros pesquisadores (ALVES, LEITE, MACHADO, 2010; DIAS et al., 2012; DUARTE et al., 2012; NERI et al., 2013; VICTOR et al., 2009).

Segundo dados do IBGE (2012a) 14,4% dos idosos brasileiros vivem sozinhos, 42,1% com os filhos e 24,5% somente com o cônjuge. As condições de vida podem ter influência nas características clínicas dos idosos, como analisaremos a seguir.

6.2 Caracterização Clínica dos Idosos

Na caracterização clínica constam as variáveis de problemas de saúde relatados, autoavaliação de saúde geral e autoavaliação visual e auditiva dos idosos.

Os problemas de saúde relatados, mediante afirmação de diagnóstico médico pregresso, representam a frequência em relação ao total de doenças relatadas, podendo um mesmo indivíduo ter feito referência a mais de um problema.

As condições de saúde dos idosos estão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição conforme variáveis de dos idosos atendidos no Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão. Goiânia, GO, 2012.

VARIÁVEIS	N	%
Autoavaliação de saúde		
Ótima	17	6,7
Boa	83	32,9
Regular	121	48,0
Ruim	22	8,7
Péssima	09	3,6
Saúde comparada		
Melhor	111	44,0
Igual	104	41,3
Pior	33	13,1
Doenças autorreferidas*		
Hipertensão	184	73,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	121	48,0
Doenças sist. Osteomuscular e tec. Conjuntivo	110	43,7
Diabetes	62	24,6
Colesterol elevado	72	28,6
Doenças aparelho respiratório	52	20,6
Doenças aparelho circulatório	36	14,3
Outras (Catarata, câncer, problema de memória, depressão)	154	61,1
Sem doença	14	5,6
Condição visual		
Sem déficit	63	25,0
Com déficit corrigido com órtese	134	53,2
Com déficit não corrigido (com ou sem órtese)	51	20,2
Cegueira	02	0,8
Frequência com que a visão dificulta a realização de atividades		
Sempre ou frequentemente	75	29,8
Ocasionalmente ou raramente	103	40,9
Nunca	65	25,8
Condição auditiva		
Sem déficit	173	68,7
Com déficit corrigido com órtese	15	6,0
Com déficit não corrigido (com ou sem órtese)	52	20,6
Surdez	09	3,6
Frequência com que a audição dificulta a realização de atividades		
Sempre ou frequentemente	40	15,9
Ocasionalmente ou raramente	52	20,6
Nunca	145	57,5

*Admite mais de uma resposta

Entre os idosos, 121 (48,0%) consideraram sua saúde regular, 83 (32,9%) boa e 22 (8,7%) ruim. Comparando a saúde pessoal com pessoas da mesma idade, 111 (44,0%) idosos referiram ter saúde melhor do que os conhecidos.

Pagotto, Nakatani e Silveira (2011), no estudo da autoavaliação do estado de saúde em idosos usuários do SUS de Goiânia, encontraram resultados semelhantes para a autoavaliação de saúde regular de idosos, já quanto ao estado de saúde ruim foi divergente com os encontrados no presente estudo, visto que 20,5% de idosos do Distrito Noroeste avaliaram a sua saúde como ruim.

Outras pesquisas encontraram resultados semelhantes aos deste estudo para a autoavaliação de saúde (DIAS et al., 2012; NASCIMENTO, 2010; SOUSA, 2010).

Pilger, Menon e Mathias (2011) ao descreverem as características sociodemográficas e as condições de saúde de idosos do município de Guarapuava-PR, constataram que 54,8% dos idosos possuíam autopercepção boa da saúde, enquanto que a autopercepção ruim foi constatada em 31,7% dos idosos entrevistados e ao comparar a saúde pessoal com a de pessoas conhecidas, os autores identificaram que 46,9% dos idosos acreditavam estar em melhores condições de saúde. Esses resultados são semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Prosseguindo, Pilger, Menon e Mathias (2011), enfatizam que a importância dos profissionais de saúde reconhecer a autopercepção da saúde dos idosos, pois esse dado pode auxiliar na implementação de ações individuais de promoção da saúde.

Dos 252 idosos entrevistados, 14 (5,6%) declararam não ter nenhum problema de saúde. Dos que relataram, a hipertensão foi o problema de saúde mais frequente com 184 (73%), seguido de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas com 121 (48%) e doenças do sistema osteomuscular e conjuntivo 110 (43,3%). O diabetes foi relatado por 62 (24,6%) idosos.

Esses resultados são semelhantes à maioria dos estudos que identificaram o perfil de morbidade de idosos em algumas cidades brasileiras. No entanto, a ordem das frequências de patologias se diferencia, porém a hipertensão arterial, doenças do coração, doenças osteomusculares, doenças mentais, diabetes mellitus, doença cérebro vascular e doenças respiratórias são as que sempre aparecem com maior incidência (DIAS et al., 2012; DUARTE et al., 2012; NAKATANI, et al. 2009; NUNES et al., 2010; PAGOTTO; NAKATANI; SILVEIRA, 2011; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011; SOUSA, 2010; TAVARES; DIAS, 2012; VICTOR et al., 2009).

Quanto aos idosos que não referiram problemas de saúde, Duarte et al. (2012) e Pagotto, Nakatani e Silveira (2011) observaram um percentual próximo ao encontrado no presente estudo onde 5,5% e 5,0% dos idosos, respectivamente, referiram não ter problemas. Já Dias et al. (2012) encontraram menor percentual de idosos que se declararam livres de qualquer doença sendo, 3,5% dos entrevistados. Percentuais mais elevados de idosos, entre 11,6% e 29% que se declararam sem nenhuma doença foram encontrados em pesquisas desenvolvidos por outros autores, inclusive no próprio município de Goiânia (NAKATANI et al., 2009; NUNES et al., 2010; PILGER; MENON; MATHIAS, 2011; VICTOR et al., 2009).

Quanto à capacidade visual, 185 (73,4%) idosos referiram ter déficit visual, entre os quais 134 (53,2%) corrigiam o déficit com órteses. Semelhante a esse estudo, outros autores encontraram altas incidências de idosos com acuidade visual comprometida tais como: Tavares; Dias (2012), Dias et al. (2012) e Nunes et al. (2010), onde 78,1%, 72,1% e 68,3% dos idosos respectivamente referiram problemas de visão.

No que diz respeito ao uso de órtese, Pilger, Menon e Mathias (2011) observaram que, entre os idosos, 56,5% usam óculos ou lentes de contato para corrigir o déficit visual.

Considerando a frequência com que a visão dificulta a realização de atividades, 103 (40,9%) idosos consideraram ocasionalmente ou raramente.

Resultados diferentes foram encontrados por Borges e Cintra (2009) em avaliação da função visual de idosos a partir de 65 anos em seguimento ambulatorial; os autores dividiram os idosos em dois grupos, sendo que o grupo I foi constituído por idosos cuja visão era normal ou próxima do normal e o grupo II composto por aqueles idosos com baixa visão; os resultados apontaram que 80,4% dos idosos do grupo I relataram nunca sentir-se dependente por causa da visão e 53,6% relataram nunca sentir-se limitado pela visão; já entre os idosos do grupo II, 78,2% referiram sentir-se limitado para o trabalho e outras atividades, 47,8% relatou permanecer o tempo todo em casa por causa da visão e 43,4% afirmaram necessitar de ajuda de outras pessoas para desenvolverem as atividades.

Sobre a capacidade auditiva, 173 (68,7%) idosos negaram déficit, 52 (20,6%) referiram déficit não corrigido e 15 (6,0%) fazem correção com órtese. Considerando a frequência com que a audição dificulta a realização de atividades, 145 (57,5%) consideraram que nunca dificulta.

Nunes et al. (2010) verificaram que 69,3% dos idosos do Distrito Sanitário Leste de Goiânia negaram déficit na acuidade auditiva, e Schneider, Marcolin e Dalacorte (2008) encontraram 83,1% dos idosos pesquisados em Porto Alegre que referiram acuidade auditiva adequada. Considerando o uso de órtese, Pilger, Menon e Mathias (2011) nos dados de sua pesquisa perceberam que entre os idosos entrevistados, 3,6% usavam aparelho para surdez.

6.3 Prevalência para Incapacidade nas Atividades Básicas de Vida Diária

O Gráfico 1 apresenta a prevalência para incapacidade nas atividades básicas de vida diária dos idosos.

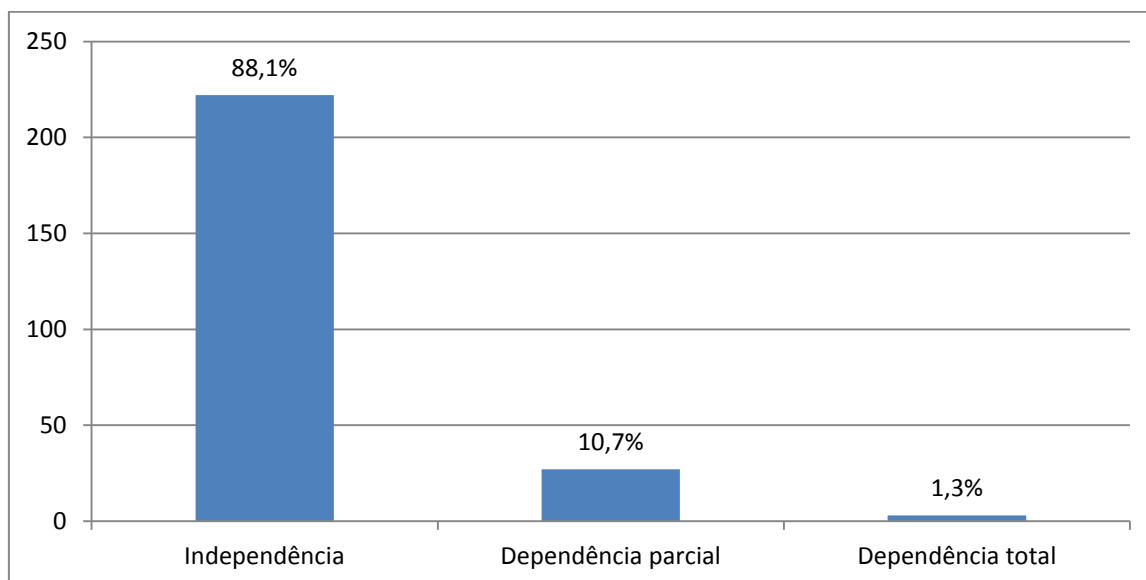


Gráfico 1 – Prevalência da incapacidade nas atividades básicas de vida diária, em idosos atendidos no Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão. Goiânia, GO, 2012.

Em relação às seis atividades de vida diária (banho, vestuário, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) avaliadas pelo índice de Katz, observa-se que os idosos apresentaram elevada prevalência de independência, sendo 222 (88,1%) idosos completamente independentes para desempenhar todas as tarefas. A dependência parcial foi verificada em 27 (10,7%) idosos que relataram incapacidade para realizar pelo menos uma das tarefas. A dependência completa foi verificada em três idosos (1,2%) que não conseguem realizar nenhuma das tarefas descritas no índice de Katz.

Considerando que a incapacidade funcional para ABVD no presente estudo foi definida como dependência parcial ou total para o desenvolvimento das atividades, a prevalência de incapacidade funcional foi de 11,9% (30 idosos).

Pode-se inferir que a baixa prevalência de incapacidade encontrada neste estudo seja resultado da atuação das equipes da ESF que estão presentes nessa área adscrita há mais de 15 anos.

Destaca-se que as equipes da ESF da Vila Mutirão possuem menor número de famílias cadastradas (em média 800 para cada equipe), em comparação às outras equipes do DSN, recebem acadêmicos do curso de fisioterapia e medicina, e entre os anos de 2010-2012, recebeu os profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, dentre eles seis enfermeiras.

Esses fatores podem ter facilitado o atendimento da equipe, especialmente do enfermeiro nas consultas de enfermagem, visitas domiciliares, rodas de conversas, possibilitando um melhor acompanhamento no uso correto de medicações, cuidados para evitar quedas, cuidados com a higiene pessoal, entre outras orientações e assim, esses idosos apresentaram menor prevalência de incapacidades.

A prevalência de incapacidade encontrada na população estudada remete a algumas dificuldades, pois muitos idosos, além de possuírem baixo poder econômico, residem sozinhos ou com cônjuges que também são idosos, o que dificulta o auxílio para o desenvolvimento das ABVD.

Outras pesquisas realizadas em diferentes regiões do Brasil apresentam oscilações na prevalência de incapacidades para ABVD, em populações de saúde da família, dentre eles destacam-se:

Região nordeste: 16,4% no Rio Grande do Norte (SOUSA, 2010), 13,0% na Paraíba (DIAS et al., 2012);

Região sul: 26,8% Rio Grande do Sul (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009), 15,5% Porto Alegre (PEREIRA et al., 2010);

Região centro-oeste: Goiânia, 9,7% (CASTRO, 2012); 40,9% (NAKATANI et al., 2009), 34,8% (NUNES et al., 2010).

Região norte: 30% Pará (DUARTE et al., 2012);

Região sudeste: 16,2% Minas Gerais (NASCIMENTO 2010), 16% em Belo Horizonte (GIACOMIN et al., 2008).

Os autores que observaram resultados mais próximos dos encontrados no presente estudo foram Castro (2012) em Goiânia e Dias et al. (2012) na Paraíba, com 9,7% e 13,0% respectivamente. Castro (2012) refere que as diferenças percentuais para incapacidades podem ser atribuídas aos fatores associados, variando em

decorrência de condições genéticas, características sociodemográficas e das variações geográficas e históricas de cada cenário.

A Tabela 3 apresenta a descrição de cada uma das atividades básicas conforme o grau de dependência dos idosos. Foram agrupados os idosos parcial e totalmente dependentes no grupo dos dependentes.

Tabela 3 – Descrição do percentual de dependência para Atividades Básica de Vida Diária de idosos atendidos no Centro de Saúde da Família da Família da Vila Mutirão. Goiânia, 2012.

Atividades	Dependentes		Independentes	
	n	%	n	%
Continência: Urinar e/ou evacuar	20	7,9	232	92,1
Tomar banho	16	6,4	236	93,7
Vestir-se	15	6,0	237	94,0
Transferência: Deitar e levantar da cama/cadeira	13	5,2	239	94,8
Ir ao banheiro	12	4,8	240	95,2
Comer	11	4,4	241	95,6

Quanto à dependência para ABVD, foi observada a maior proporção de incapacidade funcional para a atividade de controle das funções de continência, 20 (7,9%); seguido por tomar banho, 16 (6,4%); vestir-se, 15 (6,0%); transferir-se, 13 (5,2%); ir ao banheiro, 12 (4,8%); e comer, 11 (4,4%).

Resultados aproximados para incapacidades foram encontrados por outros pesquisadores, onde as três maiores atividades comprometidas foram vestir-se, continência e banho (CASTRO, 2012; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; FREITAS et al., 2012). As diferenças de comprometimento funcional podem ser explicadas pelas condições gerais de saúde, ao longo da vida e do modo de viver dos indivíduos em cada contexto socioeconômico e cultural (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Ressalta-se que a incapacidade mais frequente no presente estudo foi a incontinência. Figueiredo et al. (2013) em pesquisa observacional longitudinal, realizada em Belo Horizonte, observaram que houve diferença significativa entre os dois tempos da coleta de dados apenas no item continência, com aumento de dependência para esse item.

Conforme Hill (2000) o processo do envelhecimento pode desencadear fraqueza do assoalho pélvico, que é um dos principais fatores relacionados à incontinência.

As atividades vestir e tomar banho exigem força dos membros superiores e inferiores, coordenação motora fina, flexibilidade e equilíbrio. O desempenho dessas funções pode estar comprometido nos indivíduos muito idosos e naqueles que apresentam determinados agravos à saúde; as queixas de dificuldades nestas ABVD podem representar a fase inicial do processo de incapacidade (CASTRO, 2012).

Além das dificuldades físicas e motoras, o processo de incapacidade pode levar o idoso à diminuição da autoestima, à permanência no lar ou nas proximidades do mesmo e a constrangimentos devido à incontinência, o que desencadeia um processo de isolamento social (NAKATANI et al., 2009).

Apesar das dificuldades encontradas em decorrência da incapacidade, os idosos, por meio de relatórios fornecidos pela ESF onde se descreve a situação clínica dos mesmos, conseguem benefícios dos órgãos públicos e entidades filantrópicas, tais como órteses (bengalas, andadores e muletas), materiais especiais para locomoção (cadeira de rodas e cadeira de banho) insumos e artefatos (sondas, coletores e fraldas) que podem auxiliar a manutenção das ABVD e proporcionar melhoria na qualidade de vida.

Outra situação verificada pela ESF é a articulação da rede social de apoio, onde os idosos que residem sozinhos ou mesmo os que residem com cônjuges que comumente também são idosos, são auxiliados voluntariamente nas atividades domésticas e nas ABVD pelos vizinhos e por amigos de grupos religiosos.

6.4 Fatores Associados à Incapacidade Funcional

Considerando as variáveis de exposição em relação ao comprometimento funcional, na Tabela 4 observou-se diferença estatisticamente significativa entre: idade, sexo, exercer trabalho remunerado, rendimento, morar sozinho, audição e percepção de saúde.

Tabela 4 – Associação univariada entre as variáveis de exposição e o grau de comprometimento funcional para atividades básicas de vida diária pelos idosos do Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão. Goiânia, GO, 2012.

VARIÁVEIS DE EXPOSIÇÃO	COMPROMETIMENTO FUNCIONAL				Total	OR (IC95%)	P
	Sim	%	Não	%			
Idade							
71 anos ou mais	24	22,2	84	77,8	108	0,15 (0,06-0,39)	0,000
Até 70 anos	6	4,2	138	95,8	144		
Sexo							
Masculino	16	17,7	74	82,2	90	0,44 (0,20-0,95)	0,032
Feminino	14	8,7	148	91,3	162		
Doença crônica							
Sim	27	12,2	194	87,8	221	0,77 (0,22-2,71)	0,479*
Não	3	9,8	28	90,3	31		
Escolaridade							
Analfabeto / lê ou escreve, mas nunca foi à escola	20	14,7	116	85,3	136	0,55 (0,25-1,23)	0,144
Frequentou a escola*	10	8,7	105	91,3	115		
Trabalho remunerado							
Sim	0	-	38	100,0	38	-	0,005*
Não	30	14,4	179	85,6	209		
Rendimento							
0 a 1 salário mínimo	14	8,1	158	91,9	172	2,82 (1,30-6,12)	0,007
Acima de 1 salário mínimo	16	20,0	64	80,0	80		
Mora sozinho							
Sim	3	5,5	52	94,5	55	0,36 (0,10-1,22)	0,087
Não	27	14,0	166	86,0	193		
Audição							
Com déficit	14	18,4	62	81,6	76	0,44 (0,20-0,96)	0,036
Sem déficit	16	9,1	160	90,9	176		
Visão							
Com déficit	24	12,8	163	87,2	187	0,69 (0,27-1,77)	0,440
Sem déficit	6	9,2	59	90,8	65		
Percepção da saúde							
Regular, boa ou ótima	20	9,1	201	90,9	221	4,79 (1,98-11,56)	0,001*
Ruim ou péssima	10	32,3	21	67,7	31		

*Valores de p referentes ao teste exato de Fisher.

Quanto à faixa etária, verificou-se que seis (4,2%) idosos com até 70 anos apresentavam algum comprometimento funcional, já entre os idosos com 71 anos ou mais esse comprometimento esteve presente em 24 (22,2%) indivíduos.

Portanto, os idosos com faixa etária mais elevada apresentaram maior prevalência de dependência funcional, concordando com outros autores (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; CASTRO, 2012; COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; NASCIMENTO 2010; PEREIRA et al, 2012).

Em relação ao sexo, verificou-se que 16 (17,7%) idosos do sexo masculino e 14 (8,7%) do sexo feminino apresentavam comprometimento funcional para alguma ABVD. Outros estudos têm evidenciado maior associação de incapacidade funcional para ABVD entre idosos do sexo feminino (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; CASTRO, 2012; DIAS, et al. 2012; GIACOMIN et al., 2008; NASCIMENTO 2010; PEREIRA et al., 2012; ROSA et al., 2003).

Contudo, no estudo de Giacomini et al. (2008) os autores descreveram que apesar da incapacidade ser maior entre as idosas, essa diferença, após ajustamentos por outras características intra e extra individuais, desapareceu. Del Duca, Silva e Hallal (2009) após análise ajustada, também não encontraram associação de incapacidade para ABVD com o sexo feminino.

Dos idosos que possuíam doença crônica, 27 (12,2%) apresentavam comprometimento funcional e três (9,8%) idosos não possuíam doença crônica, mas apresentavam comprometimento funcional. Castro (2012) e Freitas et al. (2012) também observaram, entre os idosos pesquisados, maior comprometimento funcional nos que referiram doenças crônicas.

Dos 136 idosos analfabetos que sabiam ler ou escrever, mas nunca tinham frequentado a escola 20 (14,7%) apresentavam comprometimento funcional e dos 115 que frequentaram a escola, 10 (8,7%) apresentavam comprometimento funcional. Vários estudos corroboram com esses achados onde o comprometimento funcional está associado ao analfabetismo ou à baixa escolaridade (CASTRO, 2012; FREITAS et al., 2012; NASCIMENTO 2010; PEREIRA et al. 2012).

Os 38 (100%) idosos que relataram exercer atividade remunerada não apresentavam comprometimento funcional. Dentre os 209 idosos que relataram não exercer atividade remunerada, 30 (14,4%) apresentavam algum tipo de comprometimento funcional.

Alves, Leite e Machado (2010) afirmam que o idoso que trabalha tem menor chance de apresentar pior capacidade funcional e frequentemente é mais independente e saudável.

Para D'orsi, Xavier e Ramos (2011) o trabalho remunerado deve ser valorizado ao longo da vida, pois é uma função complexa que envolve a supervisão e certo nível de competência. No estudo desenvolvido por esses autores, eles observaram que a manutenção de trabalho remunerado para os idosos foi fator independente de proteção para incapacidades.

Prosseguindo, D'orsi, Xavier e Ramos (2011) afirmam que a manutenção do trabalho remunerado pode ter efeito protetor por mecanismos de inserção e suporte social; pelo fato de o convívio com outras pessoas proporcionar relações fundamentais de cooperação e interatividade, além de envolver mecanismos de

competição até certo ponto benéficos, pois implicam desafios diários que mantêm o trabalhador ativo e auxiliam na manutenção da capacidade funcional.

Em relação ao rendimento, observou-se que dos 172 idosos que possuíam rendimento até um salário mínimo, 14 (8,1%) apresentavam comprometimento funcional; já entre os 80 idosos que recebiam mais que um salário mínimo, 16 (20%) apresentavam algum comprometimento funcional. Resultados semelhantes foram encontrados por Castro (2012) e Nascimento (2010), onde a baixa renda não foi associada à incapacidade para ABVD.

Dentre os 55 idosos que moravam sozinhos, três (5,5%) apresentavam comprometimento funcional e dentre os 193 que não moravam sozinhos, 27 (14,1%) apresentavam comprometimento funcional.

Alves, Leite e Machado (2010) e Rosa et al. (2003) observaram que o idoso morar sozinho é um fator de proteção para a incapacidade funcional. Segundo Alves, Leite e Machado (2010), o idoso morar sozinho pode sugerir que ele seja mais saudável e independente. Contudo, esse dado foi apresentado de forma diferente no estudo de Pereira et al. (2012) onde o percentual de incapacidade dos idosos foi praticamente igual entre os idosos que moravam sozinhos ou não.

Quando questionados sobre déficit de audição e visão, 76 e 187 idosos respectivamente, disseram que tinham déficit e desses 14 (18,4%) e 24 (12,8%), respectivamente, apresentavam comprometimento funcional. Já entre os idosos que não referiram déficit para audição (176 idosos) e visão (65 idosos), 16 (9,1%) e seis (9,2%), respectivamente, apresentavam comprometimento funcional.

Castro (2012) relata que os idosos que referem déficit auditivo e visual, apresentam maior comprometimento funcional para ABVD.

Dos 221 idosos que referiram ter saúde regular, boa ou ótima 20 (9,1%) apresentavam comprometimento funcional. Entre os 31 idosos que referiram ter saúde ruim ou péssima, 10 (32,%) apresentavam comprometimento.

Freitas et al. (2012) apontou resultados diferentes ao evidenciar que os fatores relacionados ao sexo e à autopercepção de saúde não foram associados ao comprometimento funcional.

Já outros estudos (CASTRO, 2012; DIAS et al. 2012; NASCIMENTO, 2010; NUNES et al. 2010) apresentam resultados que idosos por eles estudados, apresentaram maior associação ao comprometimento funcional quando referiram autopercepção de saúde ruim ou péssima.

A Tabela 5 apresenta o modelo final de regressão logística com as variáveis que se mantiveram significativas para o desfecho incapacidade funcional em atividades básicas.

Tabela 5- Modelo final de regressão logística de comprometimento funcional para Atividades Básicas da Vida Diária de idosos atendidos no Centro de Saúde da Família da Vila Mutirão. Goiânia, GO, 2012.

FATORES ASSOCIADOS AO COMPROMETIMENTO FUNCIONAL	Odds Ratio (OR)	IC 95%	P
Sexo feminino	0,44	0,18 – 1,06	0,066
71 anos de idade ou mais	5,52	1,93- 15,74	0,001
Não exerce trabalho remunerado	-	-	0,998
Rendimento > 1 salário mínimo	2,79	1,14 – 6,81	0,024
Morar sozinho	0,30	0,08 – 1,21	0,092
Não possuir déficit de audição	0,98	0,39 – 2,45	0,966
Percepção ruim/péssima da saúde	5,20	1,82 – 14,83	0,002

A incapacidade funcional decorrente da dependência para ABVD tem como fatores associados a idade igual ou maior que 71 anos ($p=0,001$), rendimento maior que um salário mínimo ($p=0,024$) e percepção ruim/péssima da saúde ($0,002$).

Ter idade maior ou igual a 71 anos se comportou como fator de risco para o desenvolvimento de algum comprometimento funcional, indicando aumento de 5,5 vezes em relação a idade menor que 70 anos.

Mesmo no envelhecimento saudável, é comum ocorrer o declínio fisiológico e consequentemente uma diminuição da capacidade para o desenvolvimento das ABVD. Esse processo apresenta graus de intensidade e frequência interligados às condições de saúde, fatores comportamentais e contextuais experimentados ao longo da vida do idoso (COSTA; NAKATANI; BACHION, 2006).

Uma característica que se diferencia de demais estudos é que o rendimento maior que um salário mínimo aumentou a chance do comprometimento funcional em 2,79

vezes em relação aos idosos com rendimento inferior a um salário, podendo variar de 1,14 a 6,81. Essa diferença não é encontrada na literatura habitualmente.

Ter rendimento maior que um salário mínimo aumentou a chance do comprometimento funcional em 2,79 vezes em relação aos idosos com rendimento inferior a um salário, podendo variar de 1,14 a 6,81.

Resultados diferentes foram encontrados por Alves, Leite e Machado (2010) que descreveram que quanto maiores os níveis de salário, menores eram os comprometimentos funcionais encontrados.

Apesar de a presente investigação ser realizada em uma área periférica do município de Goiânia onde a população possui menor poder aquisitivo, foi observado que entre os idosos pesquisados, possuir rendimentos maiores que um salário mínimo aumentou o risco de ter incapacidade funcional.

Ressalta-se que nesta amostra a maioria dos idosos residia com famílias multigeracionais e que algumas delas eram beneficiárias do Programa Bolsa Família, política social mediante auxílio financeiro do governo federal as famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país; além disso, grande parte dos idosos recebia aposentadoria e ou pensão, o que gera uma renda familiar maior que um salário mínimo.

Possivelmente, esses idosos tenham tido um estilo de vida sedentária, com hábitos que dificultaram um envelhecimento saudável, exerceram atividades laborais informais em decorrência de pouca escolaridade e como reflexo de todos esses fatores podem ter desenvolvido a incapacidade funcional.

O comprometimento funcional no presente estudo foi mais frequente nos idosos que referiram saúde pessoal ruim ou péssima, sendo que, o aumento do risco para a incapacidade foi 5,2 vezes maior, quando comparado aos idosos que referiram boa saúde.

Esses dados corroboram com os achados de Alves, Leite e Machado (2010); Giacomini et al. (2008) e Rosa et al. (2003) que observaram que mesmo após ajustamentos para outras características importantes, o pior estado de saúde manteve-se associado à incapacidade funcional e que a probabilidade do aumento do grau de dependência foi maior para os idosos que avaliaram a sua saúde como ruim.

Segundo Pagotto, Nakatani e Silveira (2011) a autoavaliação do estado de saúde dos idosos é considerada indicador válido, preditor independente da mortalidade e apresenta forte associação com as condições de saúde e estilo de vida dos idosos.

Diante disso é imprescindível que os profissionais da saúde observem e reconheçam a autopercepção da saúde dos idosos, pois esse dado pode auxiliar no desenvolvimento de ações individuais e coletivas que promovam melhoria da situação de saúde desses indivíduos.

7. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem as seguintes conclusões.

- Quanto às características socioeconômicas e demográficas, trata-se de uma população predominantemente do sexo feminino (64,3%), com faixa etária entre 60 e 69 anos (53,4%), casada (40,9%), com baixo rendimento financeiro (59,1%), aposentada (69,5%) e que não exercia trabalho remunerado (82,9%).
- Quanto à caracterização clínica, 48,0% consideraram sua saúde regular; 44,0% referiram ter saúde melhor do que outros idosos da mesma idade, 73% relataram hipertensão e 73,4% referiram déficit visual.
- A prevalência de incapacidade funcional para ABVD foi de 11,9%, sendo as atividades mais comprometidas foram: continência (7,9%), tomar banho (6,4%) e vestir-se (6,0%).
- Os fatores associados à incapacidade funcional para as ABVD na univariada foram: ter idade 71 anos ou mais (22,2%), ser do sexo masculino (17,7%), possuir doença crônica (12,2%), ser analfabeto ou saber ler ou escrever, sem ter frequentado escola (14,7%), não exercer atividade remunerada (14,4%); receber mais que um salário mínimo (20%); não morar sozinho (9,1%); déficit de audição (18,4%) e de visão (12,8%) e referir ter saúde ruim ou péssima (32,%).

As variáveis que se mantiveram significativas para o desfecho incapacidade funcional em atividades básicas foram: idade igual ou maior que 71 anos, rendimento maior que um salário mínimo e percepção ruim/péssima da saúde.

Assim, depreende-se dos resultados encontrados com o presente estudo, que a condição de dependência, no que se refere à capacidade de realização das ABVD, sofreu pouca interferência das condições sociodemográficas e clínicas ente os idosos estudados, visto que as associações identificadas entre a incapacidade funcional e as variáveis de exposição perderam significância estatística quando realizado o ajuste.

O estudo identificou a capacidade dos idosos para ABVD e possibilitará a elaboração de planejamento da assistência multiprofissional, especialmente, quanto às ações de melhoras na qualidade de vida do idoso e de seu familiar cuidador.

Limitações do estudo:

Este estudo possui limitações inerentes ao delineamento transversal, o que impede a realização de uma análise causal, tornando difícil o estabelecimento de relação temporal na relação entre a incapacidade funcional e as exposições do estudo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que identificar a capacidade para ABVD do idoso estreita a relação do profissional de saúde com a realidade vivida pelos mesmos e seus cuidadores, além de possibilitar um melhor planejamento da assistência a ser prestada especialmente quando há incapacidade, e o desenvolvimento das ações planejadas poderão interferir na qualidade de vida do idoso e de seu familiar cuidador.

No que diz respeito à ESF e mais especificamente ao enfermeiro, entende-se que estes devem conhecer a realidade vivida pelos idosos, para assim levá-los à reflexão sobre a própria situação de saúde, além de incentivá-los e apoiá-los em suas ações de autocuidado, visando prevenir o surgimento de incapacidades e ou reabilitando quando já houver um processo incapacitante instalado.

O conhecimento da incapacidade para o desempenho das ABVD e dos fatores que estão associados à perda funcional, podem subsidiar a elaboração de estratégias e favorecer o planejamento de ações e cuidados, principalmente no que se refere à APS, além de indicar a necessidade de utilização de serviços de saúde especializados e da assistência a ser oferecida.

Espera-se que este trabalho estimule os profissionais de saúde da ESF do CSF da Vila Mutirão e de outros CSF do DSN, além dos profissionais de outros distritos sanitários, pois somente de posse de informações contundentes é possível compreender melhor o ser idoso, suas demandas e as de seus familiares e/ou cuidadores.

Propostas para a prática da assistência a idosos no CSF Vila Mutirão:

Sensibilizar as equipes para realização do levantamento da capacidade funcional para ABVD de todos os idosos da área adscrita de cada equipe da ESF; propõe-se que, para esta ação, o enfermeiro da equipe realize a capacitação dos ACS para a aplicação de formulário, já aprovado pelo Ministério da Saúde, nas visitas mensais aos idosos.

Com essas informações em mãos será possível as equipes da ESF desenvolverem várias ações tais como:

Orientar a família a deixar o idoso realizar sozinho as atividades que ele consegue, com o objetivo de manter a capacidade funcional.

Orientar as equipes na sistematização da assistência básica ao idoso com incapacidade e estimulá-las a desenvolverem outros testes como, por exemplo, de AIVD e outros que já são preconizados pelo Ministério da Saúde e caso seja necessário, encaminhar esse idoso para atendimento em outras instâncias da rede de saúde.

Organização da agenda de visitas domiciliares para os idosos que apresentarem comprometimento funcional.

Planejamento de ações de educação em saúde e acompanhamento individual da evolução da capacidade funcional do idoso uma vez que essa informação constará no prontuário do mesmo.

Realização do curso básico para cuidadores informais de idosos que apresentarem capacidade funcional comprometida, abordando cuidados para manutenção e recuperação da capacidade funcional.

Organizar grupos de caminhadas supervisionadas pelas equipes, propondo aumentar a capacidade funcional gradualmente.

Estimular as equipes a realizarem orientações nas consultas individuais, nas visitas domiciliares ou nos grupos de educação e saúde, tais como incentivar a pessoa idosa:

- ✓ Ao autocuidado (higiene pessoal, alimentação, movimentação), e quando já houver incapacidade, orientar familiares ou cuidadores sobre a evolução do grau de dependência, reforçando a necessidade de supervisão e auxílio para o desenvolvimento das ABVD.
- ✓ Estimular a criação de rotinas que auxiliem na regulação da continência urinária e quando houver incontinência urinária e ou fecal Indicar uso de fralda
- ✓ A ser ativa na própria residência, desenvolver atividades manuais para que se sintam úteis.

Buscar a inserção dos idosos nas atividades coletivas de promoção da saúde, estabelecendo parceria com o NASF para o desenvolvimento de ações

multiprofissionais (nutricionista, psicólogo, assistente social, educador físico, farmacêutico, etc.) com desenvolvimento de oficinas de alimentação saudável, passeios, trabalhos manuais/artesanais com materiais recicláveis; visando envelhecimento ativo, melhoria da qualidade de vida e aumento da autonomia na realização das AVD e independência pessoal.

Buscar parceria com o NASF que possui uma equipe multidisciplinar para a organização de atividades físicas utilizando a nova academia de saúde na praça, com acompanhamento do educador físico, nutricionista, visando redução de danos e enfatizando que a atividade física protetora consiste na iniciativa do movimento e deve ser adaptada à rotina de cada um, independente da forma e intensidade.

Para os outros CSF do DSN propõem-se as seguintes intervenções:

Organizar um momento para a apresentação dos resultados do estudo, mostrando que entre idosos da comunidade existem muitos que apresentam comprometimento funcional e que isso não é comum do processo de envelhecimento;

Sensibilizar os profissionais a investigarem se os idosos da sua área adscrita estão apresentando um processo fisiológico de envelhecimento e estimulá-los a promover intervenções que venham manter a capacidade funcional ou reduzir os danos que porventura já existam entre os idosos em decorrência da incapacidade.

Propor para as equipes a elaboração de um projeto/ planejamento de atividades para promover/estimular/recuperar a capacidade funcional nas suas áreas adscritas.

Ressalta-se que já como resultado deste estudo, foi realizado um curso básico de 30 horas/aula, no DSN, em parceria com a Divisão de Doenças Crônico Degenerativas - Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso, com o tema: aprendendo a cuidar de idosos. O curso foi facilitado por uma equipe multiprofissional conforme cronograma mostrado no apêndice B. Os participantes foram: cuidadores informais de idosos da ESF do CSF da Vila Mutirão e de todo o DSN; cuidadores de idosos de instituições de longa permanência do DSN (Casa Lares Irmã Clara, Abrigo Apóstolo Tomé, Casa do Idoso) e cuidadores de idosos que estão em acompanhamento pelo Serviço de Atenção Domiciliar de Goiânia.

9. REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-1207, ago. 2008.

_____. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 468 - 478, jun. 2010.

ARAUJO, L. A. de O.; BACHION, M. M. Programa saúde da família: perfil de idosos assistidos por uma equipe. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 586 - 590, out. 2004.

ARAUJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455 - 464, abr. 2007.

BARAKY, L. R. et al. Prevalência de perda auditiva incapacitante em Juiz de Fora, Brasil. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 78, n. 4, p. 52 - 58, 2012 .

BERGER, L. Saúde e envelhecimento. In: BERGER, L.; MAILLOUX-POIRIER, D. **Pessoas idosas: uma abordagem global**. Lisboa: Lusoditacta, 1995. cap. 8, p. 107 - 121.

BERQUÓ, E. Evolução demográfica. In: SACHS, I.; WILHEIM, J.; PINHEIRO, P. S. (Org.). **Brasil: um século de transformações**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001. p. 15-37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 - **Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 1. ed., 2.^a reimpressão, 2003, 70p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2007.192p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2010a. 152p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, 2010b. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012a. 110p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 – **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012b.

BISPO, E. P. de F., ROCHA, M. C. G.; ROCHA M. de F. M. R. Avaliação da capacidade funcional de idosos cadastrados na estratégia de saúde da família na comunidade do Pontal da Barra, Maceió-AL. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 81 - 87, 2012.

BORGES, S de M.; CINTRA, F. A. Avaliação da função visual em idosos em seguimento ambulatorial. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, vol. 7, n. 3, mai - Jun. p.161 - 165, 2009.

BRITO, F. C de; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. cap. 35, p. 394 - 402.

BRITO, T. R. P. de; PAVARINI, S. C. L. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 20, n. 4, jul - ago. p. 677 - 684, 2012.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população Brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 10, p. 88 - 105.

CASTRO, D. C. **Prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos de uma capital brasileira da região centro-oeste: estudo de base populacional**. 2012. 110f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2012.

CASTRO, D. C. et al.. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional para atividades de vida diária em idosos de Goiânia, Goiás. **VIII Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão – CONPEEX - 2011**. VIII Seminário de Pós-Graduação da UFG – Mestrado. 2011. Disponível em: <http://www.sbpnet.org.br/livro/63ra/conpeex/mestrado/trabalhos-mestrado/mestrado-dayana-clenia.pdf>. Acesso: 21 jan. 2013.

CERQUEIRA, C. A.; GIVISIEZ, G. H. N. Conceitos básicos em demografia e dinâmica demográfica brasileira. In: RIOS-NETO, E. L. G.; RIANI, J. L. R. (org.). **Introdução à demografia da educação**. Campinas: Associação Brasileira de Estudos populacionais, ABEP, 2004. 212p.

COSTA, E. C.; NAKATANI, A. Y. K.; BACHION, M. M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.11, n.1, p. 144-50, 2006. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a18.htm>>. Acesso em: 15 set. 2010.

DEL DUCA, G. F; SILVA, M. C. da; 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.

DIAS, L. D. et al. Perfil sociodemográfico e de saúde de idosos do município de João Pessoa – PB. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 25, n. 1, p. 86 – 96, jan - mar, 2012.

D'ORSI, E; XAVIER, A. J.; RAMOS, L. R. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 685 - 692, ago. 2011.

DUARTE, L. do S. S. et al. Análise da capacidade funcional de idosos atendidos pela estratégia de saúde da família. **Rev. para. med**, Belém, v. 26, n. 4, out - dez, 2012.

ELIOPOULOS, C. Cuidado na reabilitação. In: _____. **Enfermagem gerontológica**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005, cap. 30, p. 390-408.

FERNANDES, M. T.de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p 1494 - 1592, dez, 2012.

FIGUEIREDO, C. S. et al. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. **Braz. J. Phys. Ther.**, São Carlos, v. 17, n. 3, Jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552013000300297&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 ago. 2013.

FILHO, W. J.; SOUZA, R. R. de. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: FILHO, E. T. de C.; NETTO, M. P. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**, São Paulo: Atheneu, 2000, cap. 3, p. 31 - 40.

FREITAS, E. V. de; MIRANDA, R. D. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica ampla. In: FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 93, p. 900 - 909.

FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 933 - 939, 2012 .

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260 – 1270, 2008.

GOMES, M. M. F. et al. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 566 -578, 2013.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2141 - 2150, 2012.

HILL, G. M. D. Diferenças culturais em relação ao envelhecimento. In: PICKLES, B. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Atheneu; 2000, p. 43-53.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (BRASIL). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil - 2000**. Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica. N. 9. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfidosos2000.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

_____. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Rio de Janeiro, 2009, 152 p. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/diseminacao/online/estatisticas/default.php>>. Acesso em: 19 nov. 2010.

_____. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf. Acesso em: 01/02/2013.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf. Acesso em: 01/02/2013.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Síntese de indicadores 2011**. Rio de Janeiro, 2012b. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv61566.pdf>. Acesso em: 26/09/2013.

_____. **Estimativas da População Residente nos Municípios Brasileiros com Data de Referência em 1º de Julho de 2013**. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2013/estimativa_2013_dou.pdf. Acesso em: 29/09/2013.

KATZ S, F. A. B. et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**. v. 185, n. 12, p. 914 - 919, 1963.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. cap. 1, p. 3 - 19.

LIMA-COSTA, M. F.; et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, vol.19, n.3, p. 745 - 757, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46 (supl), p. 100 - 107, 2012.

LUZ, L. A. da et al. Avaliação das ações estratégicas na atenção à saúde do idoso em unidades básicas de saúde de Teresina-PI. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, jan - mar, 2012.

MACEDO, B. G. de et al. Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos: uma revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 419 - 432, 2008 .

MACHADO, F. N. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes**. 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MORIMOTO, W. T. M. et al. Avaliação Visual e Auditiva em Adultos e Idosos na Atenção Básica. **Boletim epidemiológico de saúde**, São Paulo, ano, 3, n. 30, Jun, 2006.

- MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422 - 426, 2005.
- MINAYO, M. C. S.; JUNIOR C. E. A. C. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, 209p.
- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.
- MUNIZ, T. A. S. et al. Avaliação da qualidade da atenção à saúde do idoso nas unidades de saúde. In: MONEGO, E. T.; BATISTA, S. R. **Avaliação da estratégia saúde da família em Goiânia: 10 anos após sua implantação**. 1ª ed. Goiânia: Índice Gestão Editorial, 2010, p. 124 - 134.
- NAKATANI, A. Y. K. et al. Capacidade funcional em idosos na comunidade e propostas de intervenções pela equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 144 - 150, 2009.
- NASCIMENTO, C. de M. **Estado nutricional e condições de saúde dos idosos residentes no município de Viçosa- MG**. 2010, 176f. Dissertação (*Magister Scientiae*) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.
- NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778 - 792, abr, 2013.
- NUNES, D. P. et al. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de saúde da família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887 - 2898, set, 2010.
- OLIVEIRA, A. C. D. **O serviço público de saúde no município de Bambuí, Minas Gerais: a visão do usuário idoso**. 2012. 89f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2012.
- OLIVEIRA, M. das M. **Percepção e realidade da política de atenção à saúde do idoso em equipes de profissionais do programa de saúde da família do estado da Paraíba**. 2009. 61f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.
- PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, É. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, Ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 set. 2013.
- PAIVA, K. M. de et al. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1292 - 1300, 2011.
- PAIXÃO, J. C. M.; REICHENHEIM M. E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 7 – 19, 2005.
- PASCHOAL, S. M.P. Autonomia e Independência. In: NETTO, M. P. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002, cap. 28, p. 313 - 323.

PEREIRA, G. N. et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2035 - 2042, nov, 2012.

PEREIRA M. A. L., RODRIGUES M. C. Perfil da capacidade funcional em Idosos residentes no condomínio vila vida em Jataí-Go. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, vol. 12, n. 1, p. 27 - 33, jan - abr, 2007.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. de F. Características sociodemográficas de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v 19, n. 5, p. 1230 - 12038, out, 2011.

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

SANTIAGO, L. M.; NOVAES, C. de O. Autoavaliação da audição em idosos. **Rev. CEFAC**, v.11, Supl. 1, p. 98 - 105, 2009.

SANTOS, M. I. I. P. de O. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 23 – 29, 2007.

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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE- SMS-GOIÂNIA. **Apresentação em power point**, por representante do Distrito Sanitário Noroeste, sobre as organização do Distrito, fev., 2011.

_____. **Consolidados das equipes saúde da família: distrito sanitário noroeste/** sistema de informação atenção básica, 2013a.

_____. **Apresentação em power point**, por representante do Distrito Sanitário Noroeste, sobre as organização do Distrito, mai., 2013b.

SOUSA, C. P. de A. **Síndrome de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários do município de Santa Cruz-RN**. 2010. 94f. Dissertação (Mestrado em fisioterapia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

TAVARES, D. M. dos S.; DIAS, F. A. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, mar, 2012.

VERAS, R. et al. Transformações demográficas e os novos desafios resultantes do envelhecimento populacional. In: MINAYO M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). **Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde coletiva na América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 7008p.

VERAS, R. Envelhecimento Humano: ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. In: FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 13, p. 140-146.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548 - 554, jun. 2009.

_____. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 231 - 238, jan, 2012a.

_____. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834 - 1840, out, 2012b.

VERBRUGGE, L. M., JETTE A. M. The disablement process. **Soc Sci Med**, v. 38, p.1 - 14, 1994.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 49 - 54, fev, 2009.

VITORINO, L. M.; PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. esp., p. 3 - 11, jan - fev, 2013.

ANEXO A- Instrumento para Coleta de Dados



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REVISI-REDE DE VIGILÂNCIA À SAÚDE DO IDOSO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO

- 1.Nome Completo: _____
Quem respondeu: _____
1 () o próprio 2() o familiar 3 () o cuidador 4() o idoso com ajuda do cuidador/familiar 5() outros
2.Data da entrevista: __ / __ / __ 3.Hora início da entrevista: _____
4.Entrevistador: _____
5.Endereço completo: _____
6.Telefones para contato: _____
7.Sexo: 1() feminino 2 () masculino 8.Data de Nascimento __ / __ / __ 8.1Idade: _____
9.Estado civil: 1() solteiro 2() casado 3() viúvo 4() divorciado
10. Tem filhos? 1() Sim 10.1Quantos filhos vivos? _____ 2() não

PERFIL SOCIAL

11.Escolaridade:

1() Analfabeto ou apenas lê e escreve o nome	2() Sabe ler e escrever e nunca foi à escola	3() Primário completo/incompleto
4() Ensino médio completo/incompleto	5() superior completo/incompleto	

12. Atualmente o(a) senhor(a) recebe algum rendimento? 1() sim quanto? _____ 2() não
13. Esse dinheiro provém de 1() aposentadoria 2() pensão 3() benefício 4() outro
14. Se aposentado(a) qual o motivo? 1() tempo de serviço () por idade () por problema de saúde
15. Se por problema de saúde, qual foi o problema?

1() cardiovascular	2() respiratório	3() músculo esquelético
4() psiquiátrico	5() outro especificar: _____	

16. Exerce trabalho remunerado? 1() Sim quanto recebe _____ 2() não
17. Qual a renda total de sua família que mora nessa casa? _____
18. Quantas pessoas moram nesta casa? _____
19 Quem mora aqui além do(a) sr(a)? 1() mora sozinho 2() esposo(a) 3() filhos(as) 4 () outros, quais? _____
20. Essa moradia é? 1() própria 2() alugada 3() emprestada 4() financiada 5() outros
21. Essa moradia é? 1() alvenaria 2() de madeira 3() outro material, qual? _____
22. Quantos cômodos existem nesta casa? _____ cômodos (exceto banheiros)
23. Nesta casa existe:

Água tratada	() Sim	() Não	() Não sabe	Fossa	() Sim	() Não	() Não sabe
--------------	---------	---------	--------------	-------	---------	---------	--------------

31. O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que fazia há um ano atrás (12 meses) 1() sim 2() não 3() não sabe

32. Como é sua visão? 1() sem déficit 2() déficit corrigido com órdese 3() déficit não corrigido (com ou sem órdese) 4() cegueira

33. Com que freqüência os seus problemas de visão lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer? 1() sempre ou frequentemente () ocasionalmente ou raramente 3() nunca

34. Como é sua audição? 1() sem déficit 2() déficit corrigido com órdese 3() déficit não corrigido (com ou sem órdese) 4() surdez

35. Com que freqüência os seus problemas auditivos lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

1() sempre ou frequentemente () ocasionalmente ou raramente 3() nunca

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

36. Precisamos entender algumas dificuldades que as pessoas tem em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária devido a algum problema de saúde. Vou lhe dizer algumas tarefas do dia-a-dia e o Sr(a) vai dizer se sente dificuldade.

ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Kats)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA, KATS

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.	
Banho – a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.	(1) não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é utilizada para banho).
	(2) recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna).
	(3) recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.
Vestir – para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou	(1) pega as roupas e se veste completamente sem Assistência.
	(2) pega as roupas e se veste sem Assistência, exceto para amarrar os sapatos.
	(3) recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.

que permanecem parcial ou totalmente despidos.	
Banheiro – a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam “papagaios” ou “comadres” também são considerados dependentes.	(1) vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã). (2) recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para o urinol ou comadre à noite. (3) não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.
Transferência – a função “transferência é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamento ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.	(1) deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador). (2) deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio. (3) não sai da cama.
Continência – “Continência” refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.	(1) tem controle sobre as funções de urinar e evacuar. (2) tem “acidentes” ocasionais (perdas urinárias ou fecais). (3) supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação – a função “alimentação” relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são pessoas que recebem qualquer assistência pessoal, que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para de alimentarem.	(1) alimenta-se sem assistência (2) alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão. (3) recebe assistência para alimentar-se ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

CUIDADOR

37. Na sua opinião, o(a) senhor(a) **PRECISA** de alguém para lhe ajudar nas tarefas do dia-dia? 1()sim 2()não

38. O(a) senhor(a) tem alguém para lhe ajudar nas tarefas do dia-dia? 1()sim 2()não

38.1 Quem é essa pessoa? 1()familiar 2() não familiar

38.2 Ele(a) é pago(a) para isso? 1()sim 2()não

38.3 Ele(a) tem formação na área da saúde? 1()sim 2()não Se sim, qual? _____

38.4 Ele(a) presta atenção no que você fala? 1()sim 2()não

38.5 Ele(a) é cuidadoso(a), atencioso(a) e se preocupa com suas necessidades? 1()sim 2()não

ESSA PESSOA AJUDA:

38.6 na relação com sua família e as suas necessidades de saúde? 1()sim 2()não

38.7 na sua higiene pessoal (banho, cortar as unhas...)? 1()sim 2()não

38.8 na higiene da casa? 1()sim 2()não

38.9 na sua alimentação? 1()sim 2()não

38.10 a ir ao banco, locomover-se ou viajar? 1()sim 2()não

38.11 a fazer exercício físico (caminhada,...)? 1()sim 2()não

ANEXO B- Instrumento disponibilizado para uso pela Rede de Vigilância à Saúde do Idoso (REVISI).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
REVISI - Rede de Vigilância à Saúde do Idoso

Situação de Saúde da População Idosa do Município de Goiânia-GO

IDENTIFICAÇÃO

1. Nome completo: _____
Quem respondeu: _____
1 [] o próprio 2 [] o familiar 3 [] o cuidador 4 [] o idoso com ajuda do cuidador/familiar 5 [] outros _____
2. Data da entrevista: __/__/____. 3. Hora início entrevista _____
4. Entrevistador: _____
5. Endereço completo (com referência de localização): _____
6. Telefones para contato: _____
7. Sexo: 1 [] Masculino 2 [] Feminino 8. Data de nascimento __/__/____ 8.1 Idade: _____ anos
9. Estado civil 1 [] Casado 2 [] Solteiro 3 [] Viúvo 4 [] Divorciado
10. Tem filhos? 1 [] sim 10.1 Quantos filhos vivos? ____ 2 [] não

***** APLICAR MINIMENTAL *****

Folha avulsa

() NORMAL ≥ 26
() COMPROMETIMENTO COGNITIVO < 24
() LIMÍTROFE = ENTRE 24 E 26

PERFIL SOCIAL

11. Qual a escolaridade do(a) Sr(a)?

1 [] analfabeto	2 [] sabe ler e escrever e nunca foi à escola	3 [] primário completo/incompleto
4 [] ensino médio completo/incompleto	5 [] superior completo/incompleto	

12. Atualmente o(a) Sr(a) recebe algum rendimento ? 1 [] sim quanto? _____ 2 [] não

13. Esse dinheiro provém de 1 [] Aposentadoria 2 [] Pensão 3 [] Benefício (BPC) 4 [] outro

14. Se aposentado(a) qual o motivo? 1 [] tempo de serviço 2 [] por idade 3 [] por problema de saúde

15. Se por problema de saúde, qual foi o problema?

1 [] cardiovascular	2 [] respiratório	3 [] músculo esquelético
4 [] psiquiátrico	5 [] outro Especificar: _____	

16. Exerce trabalho remunerado? 1 [] sim quanto recebe? _____ 2 [] não

17. Qual a renda total da sua família que mora nessa casa? _____

18. Quantas pessoas moram nesta casa? _____

19. Quem mora aqui além do Sr (a)? 1 [] mora sozinho 2 [] esposa(o) 3 [] filhos(as) 9 [] outros, quais? _____

20. Essa moradia é? 1 [] própria 2 [] alugada 3 [] emprestada 4 [] financiada 9 [] outros

21. Essa moradia é? 1 [] alvenaria 2 [] de madeira 9 [] outro material, qual? _____

22. Quantos cômodos existem nesta casa? _____ cômodos (exceto banheiros)

23. Nesta casa existe:

Água tratada (SANEAGO)?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Fossa séptica?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe
Rede de coleta de esgoto?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Cisterna?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe
Asfalto na rua?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe	Coleta regular de lixo?	[] SIM	[] NÃO	[] não sabe

24. Quando o(a) Sr(a) precisa sair e se locomover para outras regiões da cidade, que meio de transporte o(a) Sr(a) utiliza? 1 [] carro 2 [] ônibus 9 [] outros Qual? _____

25. Se utiliza ônibus o(a) Sr(a) tem Passe Livre? 1 [] sim 2 [] não

CUIDADOR

26. Na sua opinião, o(a) Sr(a) **PRECISA** de alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1 [] sim 2 [] não

27. O(a) Sr(a) tem alguém pra lhe ajudar nas tarefas do dia a dia? 1 [] sim 2 [] não

27.1 Quem é essa pessoa? 1 [] familiar 2 [] não familiar

27.2 Ele(a) é pago(a) pra isso? 1 [] sim 2 [] não

27.3 Ele(a) tem formação na área da saúde? 1 [] sim 2 [] não Se SIM, qual? _____

27.4 Ele (a) Presta atenção no que você fala ? 1 [] sim 2 [] não

27.5. Ele (a) é cuidadosa, atenciosa e se preocupa com as suas necessidades? 1 [] sim 2 [] não

ESSA PESSOA AJUDA:

27.6 na relação com sua família e as suas necessidades de saúde? 1 [] sim 2 [] não

27.7 na sua higiene pessoal (banho, cortar as unhas,)? 1 [] sim 2 [] não

27.8 na higiene da casa? 1 [] sim 2 [] não 27.9 na sua alimentação? 1 [] sim 2 [] não

27.10 a ir ao banco, locomover-se ou viajar? 1 [] sim 2 [] não

27.11 a fazer exercício físico (caminhada,)? 1 [] sim 2 [] não

27.12 nas suas atividades de lazer (leitura, passeios, trabalhos manuais) ? 1 [] sim 2 [] não

27.13 nas atividades domésticas e de ocupação (*cuidar do jardim, fazer crochê, cozinhar*)? 1 [] sim 2 [] não

27.14 a tomar remédios? 1 [] sim 2 [] não

SAÚDE GERAL E ANTECEDENTES FAMILIARES

28. Em geral o(a) Sr.(a) diria que sua saúde é: 1 [] ótima 2 [] boa 3 [] regular 4 [] ruim 5 [] péssima

29. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o Sr. diria que sua saúde é: 1 [] melhor 2 [] igual 3 [] pior

30. Vou ler o nome de algumas doenças. Quais destas doenças o médico já disse que o(a) Sr(a) tem?

Diabetes	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Hipertensão	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Excesso de peso (obesidade)	[] SIM	[] NÃO	
Baixo peso (desnutrição)	[] SIM	[] NÃO	
Colesterol elevado	[] SIM	[] NÃO	
Triglicérides elevado	[] SIM	[] NÃO	
Osteoporose	[] SIM	[] NÃO	
Câncer	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Derrame cerebral (AVC)	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Infarto do miocárdio	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Asma, bronquite, outros problemas respiratórios	[] SIM	[] NÃO	
D.Osteomusculares	[] SIM	[] NÃO	
Depressão	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Problemas na memória (caduco)	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Problemas na tireoide	[] SIM	[] NÃO	Quem mais da família tem? 1 [] Pais 2 [] filhos 3 [] netos
Catarata	[] SIM	[] Não	
Outros _____			

31. O Senhor(a) teve diarreia no último ano? 1 [] Sim Quantas vezes no ano? _____ 2 [] Não

3 [] Não lembro

32. Quais os remédios que o(a) sr(a) usa regularmente? Realocação da pergunta (128 para 32)

INDICAÇÃO = (1) receita médica atual (2) vizinho (3) balconista da farmácia (4) por conta própria (5) familiar (6) receita antiga

Nome legível	Categoria	Indicação	Nome legível	Categoria	Indicação

Grupos de medicamentos em uso:

1 [] Sedativos/ansiolíticos	5 [] Antiinflamatórios	9 [] Redutores de colesterol
2 [] Antidepressivos	6 [] Diuréticos	10 [] Insulina
3 [] Anticonvulsivantes	7 [] Antibióticos	11 [] outros
4 [] Drogas cardiovasculares (cardiotônicos, antihipertensivos)	8 [] Hipoglicemiantes orais	

33. O Senhor (a) acha que faz hoje menos atividades físicas do que fazia há um ano atrás (12 meses)

1 [] sim 2 [] não 3 [] Não sabe

34. Pedir ao idoso que caminhe a distância de 3,0 m, demarcados com fita adesiva, e anote:

1 [] não consegue caminhar 2 [] caminha em linha reta 3 [] caminha com desvio

4 [] utiliza dispositivo para auxiliar na marcha Qual _____ Tempo: _____ segundos

35. Como é a sua visão?

1 [] sem déficit 2 [] déficit corrigido com órtese 3 [] déficit não corrigido (com ou sem órtese)

4 [] cegueira

36. Com que frequência os seus problemas de visão lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

1 [] Sempre ou frequentemente 2 [] Ocasionalmente ou raramente 3 [] Nunca

37. Como é a sua audição?

1 [] Sem déficit 2 [] Déficit corrigido com órtese 3 [] Déficit não corrigido (com ou sem órtese)

4 [] surdez

38. Com que frequência os seus problemas auditivos lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

1 [] Sempre ou frequentemente 2 [] Ocasionalmente ou raramente 3 [] Nunca

39. Medida de P.A. sistólica _____ mmHg x diastólica _____ mmHg

39.1 – A medida foi realizada na posição 1 [] sentada 2 [] deitada

Registrar somente a segunda medida. Medir no braço direito

40. Peso: _____ kg 40.1 Altura: _____ m (referidos)

HÁBITOS DE VIDA

TABAGISMO

41. O(a) sr(a) Fuma?

- 1 [] sim, diariamente (**vá para a questão 42 a 45**)
 2 [] sim, ocasionalmente (**vá para questões 42 a 45**)
 3 [] não, nunca fumei (**pule para a questão 46**)
 4 [] fumei e parei (**pular para a questão 43 e 45**)

42. Quantos cigarros o(a) senhor(a) fuma por dia?

1 [] 1-4 2 [] 5-9 3 [] 10-14 4 [] 15-19 5 [] 20-29 6 [] 30-39 7 [] 40 ou +

43. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando começou a fumar regularmente? _____ anos 1 [] não lembra

44. O(a) senhor(a) já tentou parar de fumar? 1 [] sim 2 [] não

45. Que idade o(a) senhor(a) tinha quando parou de fumar? _____ anos 1 [] não lembra

ATIVIDADE FÍSICA

46. Pratica alguma atividade física, no mínimo 3 x/semana (regularmente) ? 1 [] SIM 2 [] NÃO

47. Qual atividade pratica?

1 [] Caminhada	3 [] Ginástica	9 [] outros
2 [] Hidroginástica	4 [] Dança	

48. Por que não pratica?

1 [] dificuldade motora	3 [] falta de acesso	9 [] outros _____
2 [] falta de tempo	4 [] indisposição e falta de vontade	

INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA

49. O senhor costuma consumir bebida alcoólica? 1 [] sim 2 [] sim, mas não nos últimos 30 dias
 3 [] não consumo 4 [] já consumi e parei

50. Com que frequência o(a) senhor(a) costuma ingerir alguma bebida alcoólica?

1 [] todos os dias 2 [] 5 a 6 dias/sem 3 [] 3 a 4 dias/sem
 4 [] 1 a 2 dias por semana 5 [] ocasionalmente 6 [] nunca

51. No último mês, o senhor chegou a consumir num único dia (DOSE = latas de cerveja/taças de vinho/doses destilados)

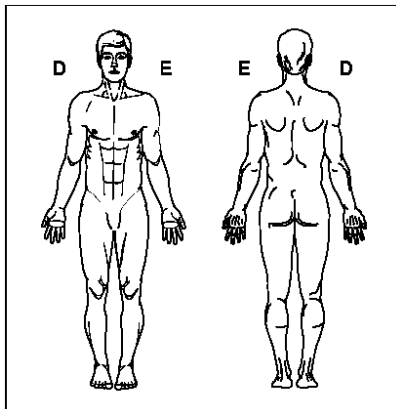
1 [] UMA DOSE	3 [] QUATRO DOSES
2 [] DUAS DOSES	4 [] MAIS DE CINCO DOSES

AVALIAÇÃO DA DOR

52. Ao longo da vida, muitas pessoas têm algum tipo de dor (como dor de cabeça comum, dor muscular ou lombar, dor de dente etc.). Nos últimos 03 meses, o(a) senhor(a) sentiu algum tipo de dor?

1[] sim [prosseguir com as próximas perguntas do bloco] 2[] não [passar para próximo bloco]

53. Se sim, peça que a pessoa coloque a mão no local onde sente **DOR**. Verifique o local, e marque no diagrama corporal e no quadro ao lado, com um x, a área correspondente:



1. Cabeça	Sim	Não	9. Espinha lombar	Sim	Não
2. Face	Sim	Não	10. Sacral	Sim	Não
3. Pescoço	Sim	Não	11. Cóccix	Sim	Não
4. Região cervical	Sim	Não	12. MMII	Sim	Não
5. Ombros	Sim	Não	13. Região anal	Sim	Não
6. MMSS	Sim	Não	14. Região pélvica	Sim	Não
7. Região Torácica	Sim	Não	15. Região genital	Sim	Não
8. Abdome	Sim	Não	16. Mais que 3 locais	Sim	Não

54. Agora escreva no espaço em branco o local da **PRINCIPAL DOR**:

55. Há quanto tempo o(a) senhor(a) sente A **PRINCIPAL DOR**?

1[] há menos de três meses 2[] há mais de três meses e menos que seis
3[] de 6 meses a um ano 4[] de 1 a 5 anos 5[] de 5 a 10 anos 6[] mais de 10 anos

56. Qual(is) dessas(s) palavra(s) o(a) senhor(a) usaria para descrever sua **PRINCIPAL DOR**?

1[] pontada/alfinetada 2[] choque/descarga elétrica 3[] pulsante, como martelada
4[] aperto/esmagamento 5[] calor/queimação 6[] formigamento
7[] frio/ congelando 8[] Coceira/comichão/dormência 9[] outras [] Quais? _____

57. O(a) senhor(a) está sentindo essa dor **AGORA**? 1.[] Sim 2.[] Não

58. Na última semana, com que frequência o sr(a) senhor(a) sentiu essa dor?

1[] Nenhuma vez 2[] Às vezes
3[] Frequentemente (mas nem sempre) 4[] Continuamente (o tempo todo)

59. Nos últimos 7 dias, como o(a) senhor(a) avaliaria a sua **PRINCIPAL DOR** no pior momento (no auge/pico), usando uma escala de 0 a 10, onde 0 representa “nenhuma dor” e 10 representa “a pior dor possível”?

(apresentar a escala no chart e marcar a nota aqui: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

60. E qual a face que melhor representa a quantidade de sua dor? (apresentar a escala no chart e marcar aqui a face

escolhida (0,1,2,3,4,5,6) Forma de anotação do escore que o idoso marcar no chart

61. Qual das duas escalas o(a) senhor(a) preferiu? 1[] de números 2[] de desenhos de faces

62. Quais medicamentos o(a) senhor(a) utiliza para o alívio da dor? _____

63. Quem indicou (prescreveu) o medicamento? 1[] médico (receita atual) 2[] vizinho/amigo 3[] balconista da farmácia 4[] por conta própria 5[] familiar 6[] baseou-se em receita anterior

O(a) Sr(a) costuma ter

64. Tosse, sem estar resfriado(a)?		1[]sim 64.1. Quantos meses por ano tosse todos os dias? 1[]maior ou igual a 03 meses 2[] menor de 3 meses 64.2. Há quantos anos o(a) Sr(a) tem essa tosse? 1[]menos de 2 anos 2[]de 2 a 5 anos 3[]mais de 5 anos	2[] não
65. Catarro que vem do pulmão ou catarro que é difícil de colocar para fora, mesmo sem estar resfriado		1[]sim 65.1 Existem meses em que tem esse catarro quase todos os dias? 1[]sim Quais _____ 2[] não 65.2 Quantos meses por ano o senhor tem esse catarro 1[]maior que 3 meses 2[] menor ou igual a 3 meses	2[] não
66. Chiado no peito, alguma vez, nos últimos 12 meses?		1[]sim	2[] não
67. Algum problema que o(a) impede de andar, que não seja doença no pulmão e coração		1[]sim Problemas-----	2[] não
68. Sente falta de ar ?	1 []SIM	1 [] quando caminha rápido no chão reto 2 [] quando caminha rápido numa pequena subida 3 [] a ponto de impedir a trocar roupa 4 [] a ponto de ter que parar andar, mesmo que no chão reto, para tentar respirar melhor	2[] não
69. O Sr(a) já trabalhou em ambientes com grande quantidade de pó ou poeira?		1[]sim Quanto tempo? _____	2[] não
70. Na sua família há alguém com problema de respiração?		1[]sim Quem? _____	2[] não
71. Na sua infância você foi internado por problema de respiração?		1[]sim	2[] não 3[] não sabe
72. Foi internado nos últimos 12 meses por problema de respiração?		1[]sim	2[] não

AVALIAÇÃO FUNCIONAL

73. Precisamos entender algumas dificuldades que as pessoas tem em realizar certas atividades que são importantes para a vida diária devido a algum problema de saúde. Vou lhe dizer algumas tarefas do dia-a-dia e o Sr. vai dizer se sente dificuldade.

INDEX DE INDEPENDENCIA NAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIÁRIA

Index de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
A	Independente para todas as atividades
B	Independente para todas as atividades menos uma
C	Independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional
D	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F	Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G	Dependente para todas as atividades
Outro	Dependente em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

FORMULARIO DE AVALIACAO DAS ATIVIDADES BASICAS DE VIDA DIARIA, KATZ.

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

Banho - a avaliação da atividade "banhar-se" é realizada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações. Nessa função, além do padronizado para todas as outras, também são considerados independentes os idosos que receberem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.

(1) Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)

(2) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)

(3) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo

Vestir - para avaliar a função "vestir-se" considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. Como roupas são compreendidas roupas íntimas, roupas externas, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação. A designação de dependência é dada as pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.

(1) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência

(2) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos

(3) Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido

Banheiro - a função "ir ao banheiro" compreende o ato de ir ao banheiro com excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Os idosos considerados independentes podem ou não utilizar algum equipamento ou ajuda mecânica para desempenhar a função sem que isso altere sua classificação. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam "papagaios" ou "comadres" também são considerados dependentes;

(1) Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)

(2) Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar o urinol ou comadre à noite

(3) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar

Transferência - a função "transferência" é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Como na função anterior, o uso de equipamentos ou suporte mecânico não altera a classificação de independência para a função. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências

(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)

(2) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio

(3) Não sai da cama

Continência - "Continência" refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente

(1) Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.

(2) Tem "acidentes" ocasionais (perdas urinárias ou fecais)

(3) Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.

Alimentação - a função "alimentação" relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal, que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem.

(1) Alimenta-se sem assistência

(2) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão

(3) Recebe assistência para alimentar-se ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

74 Avaliação Instrumental de Vida diária (AIVD) – Escala de Lawton

Avaliação dos resultados: para cada questão, a primeira resposta significa independência, a segunda, dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência. A pontuação máxima é 27 pontos. As questões de 4 a 7 podem ter variações conforme o sexo e podem ser adaptadas para atividades como subir escada ou cuidar do jardim.

74.1. O(a) Senhor(a) consegue usar o telefone?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
74.2. O(a) Senhor(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
74.3. O(a) Senhor(a) consegue fazer compras?	() sem ajuda	(3)
	() com ajuda parcial	(2)
	() não consegue	(1)
74.4. O(a) Senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?	() sem ajuda	(3)

	() com ajuda parcial () não consegue	(2) (1)
74.5. O(a) Senhor(a) consegue arrumar a casa?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.6. O(a) Senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.7. O(a) Senhor(a) consegue lavar e passar sua roupa?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.8. O(a) Senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)
74.9. O(a) Senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?	() sem ajuda () com ajuda parcial () não consegue	(3) (2) (1)

Pontuação Obtida: _____ pontos

APGAR FAMILIAR Realocação das questões 129 a 133

75. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) pois pode recorrer à sua família em busca de ajuda quando alguma coisa está te incomodando ou preocupando? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

76. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) conversam e compartilham os problemas? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

77. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira como sua família aceita e apóia seus desejos de iniciar ou buscar novas atividades e procurar novos caminhos ou direções? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

78. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família demonstra afeição e reage às suas emoções, tais como raiva, mágoa ou amor? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

79. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com a maneira pela qual sua família e o(a) Sr(a) compartilham o tempo juntos? **(0) nunca (1) algumas vezes (2) sempre**

**QUALIDADE DE VIDA
QUESTIONÁRIO SF-36**

80. SF-36 PESQUISA EM SAÚDE - Instruções: esta pesquisa questiona sobre sua saúde. Responder cada questão marcando a resposta como indicado. Caso esteja inseguro em como responder, por favor tente responder o mais próximo de como você se sente.

80.1 - Em geral, você diria que sua saúde é: (circule uma)

Excelente	1
Muito boa	2
Boa	3
Ruim	4
Muito ruim	5

80.2 – Se comparada há um ano: (circule uma)

Muito melhor agora do que há um ano	1
-------------------------------------	---

Um pouco melhor agora do que há um ano	2
Quase a mesma de há um ano atrás	3
Um pouco pior agora do que há um ano	4
Muito pior agora do que há um ano	5

80.3 – Os itens abaixo são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto? (circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM Dificulta muito	SIM Dificulta um pouco	NÃO Dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas , que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas , tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se			

80.4 – Durante **as últimas 4 semanas**, você teve algum dos problemas abaixo com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, **como consequência de sua saúde física**?

(circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM	NÃO
a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldades de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra)?	1	2

80.5 – Durante **as últimas 4 semanas** você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, **como consequência de algum problema emocional** (como se sentir deprimido ansioso)? (circule um número para cada linha)

ATIVIDADES	SIM	NÃO
------------	-----	-----

a) Você diminuiu a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

80.6 – Durante **as últimas 4 semanas**, de que maneira sua saúde física ou seus problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, aos vizinhos, aos amigos ou em grupo? (circule uma)

ATIVIDADES	SIM
De forma nenhuma	1
Ligeiramente	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

80.7 – Quanta dor no corpo você teve durante **as últimas 4 semanas**? (circule uma)

Nenhuma	1
Muito leve	2
Leve	3
Moderada	4
Grave	5
Muito Grave	6

80.8 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto a dor interferiu no seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa como o de dentro de casa)? (circule uma)

ATIVIDADES	SIM
De maneira alguma	1
Um pouco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremamente	5

80.9 – Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante **as últimas 4 semanas**. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente, em relação **às últimas 4 semanas**.

ATIVIDADES	Todo o	A maior parte	Uma boa	Alguma parte	Uma pequena	Nunca
------------	--------	---------------	---------	--------------	-------------	-------

	tempo	do tempo	parte do tempo	do tempo	parte do tempo	
a) Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?						

80.10 – Durante **as últimas 4 semanas**, quanto do seu tempo, **sua saúde física ou problemas emocionais**, interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)? (circule uma)

Todo o tempo	1
A maior parte do tempo	2
Alguma parte do tempo	3
Uma pequena parte do tempo	4
Nenhuma parte do tempo	5

80.11 – O quanto **verdadeiro ou falso** é cada uma das afirmações para você?

ATIVIDADES	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falsa	Definitivamente falsa
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas					
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço					
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar					

d) Minha saúde é excelente

FRAGILIDADE**81.** No último ano o(a) senhor(a) perdeu peso sem fazer nenhuma dieta ou atividade física?

1[] Sim, _____ Kg 2[] Não 3[] não sabe

82. No último ano o(a) senhor(a) acha que sua força (mão e braço) diminuiu?

1[] Sim 2[] Não 3[] Não sabe

83. Na última semana o senhor(a) sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das tarefas habituais?

1[] Sim. Quantos dias? _____ 2[] Não 3[] Não sabe

84. Na última semana o senhor(a) conseguiu levar adiante suas tarefas?

1[] Sim Quantos dias? _____ 2[] Não 3[] Não sabe

QUEDAS**85.** O(a) Sr(a) sofreu alguma queda no último ano? 1[] sim 2[] não**86.** Se sim, quantas? 1[] uma 2[] duas 3[] três ou mais**87.** Qual o motivo? 1[] extrínseco (tropeçou, escorregou, esbarrou, trombou...)

2[] intrínseco (sentiu tontura, escureceu a vista, desmaiou...)

88. O(a) Sr(a) apresentou quais consequências físicas da última queda?

1 [] Fratura	3 [] lesões neurológicas	5 [] nenhum
2 [] contusão e ferida	4 [] imobilização	6 [] outros

ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE**VACINAÇÃO****89.** O(a) Sr(a) tem cartão de vacinação? 1[] sim *Se SIM, preencher os dados abaixo* 2[] não

89.1 Vacinação contra influenza no último ano ? 1[] sim 2[] Não

89.2 Vacinação contra tétano nos últimos 10 anos 1[] sim 2[] Não (dT)

89.3 Vacinação contra febre amarela nos últimos 10 anos? 1[] sim 2[] Não

PROCURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE**90.** Nos últimos seis meses o (a) Sr(a) teve algum problema que lhe fez procurar algum Serviço de Saúde?

1[] sim 2[] Não

91. Se SIM, qual motivo? _____ (anote a causa).**92.** Qual serviço de saúde foi procurado?

1 [] Posto de Saúde	4 [] Centro de especialidades	7 [] Consultório particular	10 [] Atendimento farmacêutico
2 [] Ambulatório do hospital	5 [] Sindicato ou empresa / Associação de bairro	8 [] Pronto-socorro do SUS	11 [] Outro _____
3 [] Ambulatório da faculdade	6 [] Consultório por Convênio ou Plano de Saúde	9 [] Pronto-atendimento particular / convênio	

93 O(a) Sr(a) conseguiu resolver o problema? 1[]Sim 2[]Não

94 Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido:

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Ruim Ótimo

95. Existe um Posto de Saúde aqui perto da sua casa? 1[]Sim 2[]Não

96. O(a) Sr(a) já procurou atendimento lá? 1[]Sim 2[]Não

97. Se SIM, quando o(a) Sr(a) procurou atendimento, conseguiu? 1[]Sim 2[]Não

98. Esteve internado nos últimos doze meses? 1[]Sim Nº de vezes_____ 2[]Não

99. Atendimento na internação : 1[]público 2[]particular 3[]plano de saúde

100. Tempo/última internação _____ dias **100.1.** Qual foi o motivo da internação:

VISITA DOMICILIAR

101. O(a) Sr(a) necessita receber atendimento regular em sua casa do Posto de Saúde de abrangência?

1[]Sim	2[]Não
---------	---------

102. O idoso está acamado

1[]Sim qual motivo? _____ 2[]Não

103. O idoso acamado tem ferida (úlceras por pressão) ? 1[]Sim 2[]Não 3[]não foi possível identificar

104. O(a) Sr.(a) necessitou receber atendimento na sua casa de algum profissional do nos últimos três meses?

1[]Sim	2[]Não
---------	---------

105. O Sr conseguiu receber atendimento na sua casa de algum profissional nos últimos três meses?

1[]Sim	() Posto de saúde de abrangência UBS	2[]Não
	() Posto de saúde de abrangência PSF	
	() Convênio (UNIMED; IPASGO, etc)	

106. Avalie, na escala abaixo, sua satisfação com o atendimento recebido na sua casa nos últimos três meses.

0__1__2__3__4__5__6__7__8__9__10
Ruim Ótimo

107. Por que não conseguiu receber atendimento na sua casa?

Hora do final da entrevista _____

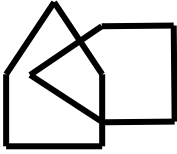
Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados

[illegible]

MINIMENTAL

AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO COGNITIVA - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (*Folstein et al, 1975*)

			PONTOS	PACIENTE
ORIENTAÇÃO TEMPORAL	ANO		1	
	MÊS		1	
	DIA DO MÊS		1	
	DIA DA SEMANA		1	
	HORA APROXIMADA		1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	ESTADO		1	
	CIDADE		1	
	SETOR OU BAIRRO		1	
	LOCAL GENÉRICO (RESIDÊNCIA, HOSPITAL, CLÍNICA)		1	
	LOCAL ESPECÍFICO (APOSENTO, SETOR, CONSULTÓRIO)		1	
MEMÓRIA IMEDIATA	NOMEIE 3 OBJETOS E PEÇA PARA O PACIENTE REPETIR (Exemplo: Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
ATENÇÃO E CÁLCULO	DIMINUIR 7 DE 100 5 VEZES SUCESSIVAS	❖ 100-7= 93 ❖ 93-7= 86 ❖ 86-7= 79 ❖ 79-7= 72 ❖ 72-7= 65	1 para cada subtração (total = 5)	
MEMÓRIA DE EVOCÇÃO	REPETIR OS 3 OBJETOS ACIMA (Vaso, carro, tijolo)		1 para cada objeto (total = 3)	
LINGUAGEM	NOMEAR 2 OBJETOS (EX: RELÓGIO, CANETA)		1 para cada objeto (total = 2)	
	REPETIR "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"		1	
	SEGUIR O COMANDO DE 3 ESTÁGIOS: <u>"PEGUE O PAPEL SOBRE A MESA COM A MÃO DIREITA, DOBRE-O AO MEIO UMA VEZ E COLOQUE-O DE VOLTA NA MESA"</u>		1 para cada estágio (total = 3)	
	LEIA E EXECUTE A ORDEM: "FECHER OS OLHOS"		1	
	ESCREVER UMA FRASE		1	

	COPIAR O DESENHO: 		1	
TOTAL DE PONTOS		30		

Pontua-se as respostas certas

ESCORES:

() NORMAL ≥ 26

() COMPROMETIMENTO COGNITIVO < 24

() LIMÍTROFE = ENTRE 24 E 26

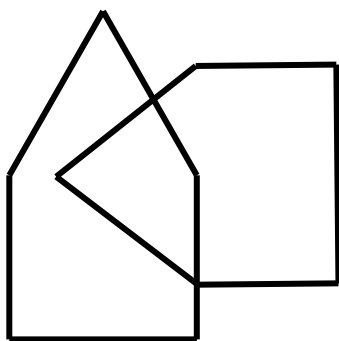
(folha avulsa para aplicação do MINIMENTAL)

Nome do entrevistado : _____

LEIA E EXECUTE A ORDEM: “ FECHE OS OLHOS”

ESCREVER UMA FRASE :

COPIAR O DESENHO



ANEXO C – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa- Universidade Federal de Goiás - CEP/UFG

JS 1/2



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Goiânia, 06 de fevereiro de 2012

PARECER CONSUBSTANCIADO REFERENTE AO PROJETO DE PESQUISA, PROTOCOLADO NESTE COMITÊ SOB O Nº: 399/11

I – Identificação

- Título do projeto: Situação de saúde da população de idosos do distrito sanitário noroeste do município de Goiânia-GO.
- Pesquisador Responsável: Weslane Souza de Almeida Santos
- Orientador (quando necessário): Ana Lúcia Queiroz Bezerra.
- Pesquisadores participantes: serão definidos após seleção das equipes da ESF.
- Instituição onde será realizado o estudo: Faculdade de Enfermagem-UFG
- Data de apresentação ao CEP/UFG: 23/11/2011.
- Área Temática: Saúde Coletiva

Comentários do relator frente à Resolução CNS 196/96 e complementares em particular sobre:

II – Estrutura do Protocolo (verificação dos documentos solicitados)

Todos os documentos solicitados foram apresentados.

- Descrição sucinta das justificativas e objetivos do projeto;

Justificativa: Trata-se de um projeto de estudo para avaliar a situação de saúde dos idosos do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia GO. Este estudo poderá contribuir para a ampliação dos conhecimentos acerca da situação de saúde dos idosos, das ABVD e preparar a unidade para oferecer uma atenção integral à saúde do idoso, melhorar o atendimento na ESF, com a realização de diagnósticos e planejamentos de ações que envolvam todas as categorias da ESF, visando acompanhar o idoso e sua família em todos os níveis de atenção, com ações intersetoriais para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, e, além disso, estender a discussão sobre a atenção integral à saúde do idoso para outros Distritos Sanitários de Goiânia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2009).

O objetivo geral é analisar a situação de saúde dos idosos do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia, Goiás. **Específicos:**- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico dos idosos; Identificar as condições de saúde referidas pelos idosos; Identificar a capacidade para atividade básica de vida diária dos idosos; Identificar os cuidados demandados para a família e oferecidos pela Estratégia Saúde da Família; Comparar o comprometimento funcional para atividade básica de vida diária com os tipos de cuidados oferecidos pela família e pelo serviço de saúde; Verificar os fatores de satisfação dos idosos sobre a visita domiciliar realizada pela equipe multiprofissional nas Unidades de Saúde da Família do distrito; Identificar o uso e a necessidade de prótese dentária dos idosos. Identificar o número de idosos com dificuldade mastigatória; Levantar os meios utilizados pelos idosos para higiene bucal e da prótese; Identificar os fatores de risco para a saúde bucal da população idosa; Conhecer a autopercepção dos idosos sobre sua saúde bucal; Levantar o número de idosos com acesso aos serviços de saúde bucal.

- **Análise das questões éticas** (informações relativas aos sujeitos da pesquisa - item 3.5.1 do Protocolo)
Os sujeitos da pesquisa são definidos na metodologia do projeto.

- Descrição clara do desenho e metodologias do projeto (análise da metodologia e sua adequação aos objetivos da pesquisa (item 3.5 do Protocolo);

Aspectos gerais: Estudo epidemiológico, observacional, descritivo, com posterior realização de análise estatística descritiva. O estudo será desenvolvido no Distrito Sanitário Noroeste que atualmente tem implantadas 50 equipes da ESF com cobertura de 89% de sua população, e registro aproximado de 9.000 idosos cadastrados. Os pesquisadores estimam a participação amostra final de 337 idosos. Serão selecionadas 13 equipes da ESF e a partir de seus registros de prontuário, será elaborada uma lista com nome, endereço e idade dos idosos. A partir desta lista, os idosos serão selecionados de forma aleatória, por meio de sorteio sistemático.

Os procedimentos de coleta de informações ocorrerão por meio da aplicação de questionários aplicado aos sujeitos da pesquisa, todos os instrumentos são apresentados anexo ao projeto. Os autores

ANEXO C - Continuação



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

apresentam descrição sobre a obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como as implicações (riscos e benefícios) aos sujeitos em participar ou não da pesquisa.

Adequação aos objetivos da pesquisa: metodologia apresentada apresenta a descrição e apresentação de instrumento de coleta de dados que responde aos objetivos do estudo.

- Referência sucinta aos critérios de participação (recrutamento, critérios de inclusão/exclusão, interrupção da pesquisa);

Participação: Participarão deste estudo, os idosos registrados nas ESF das 13 equipes da ESF selecionadas e a partir de seus registros de prontuário, será elaborada uma lista com nome, endereço e idade dos idosos que aceitarem participar do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inclusão: Serão incluídos idosos com idade superior a 60 anos; morador do domicílio na área adstrita do DSN, cadastrado na ESF, e que durma mais de quatro dias por semana na residência da entrevista

Exclusão: aqueles que não forem encontrados no domicílio após três tentativas do entrevistador, estiver no domicílio sorteado, mas não residir nele, retirar o consentimento livre e esclarecido durante a entrevista

Interrupção da pesquisa: Não se aplica

Os pesquisadores esclarecem que os participantes da pesquisa terão a privacidade assegurada durante toda a coleta de dados, os resultados da pesquisa serão divulgados garantindo o anonimato dos mesmos e que no caso de desistência do participante ou de seu responsável, estes não sofrerão punições ou prejuízos.

- Identificação dos riscos e possíveis benefícios aos sujeitos

Riscos: não há riscos considerados pelos pesquisadores.

Benefícios: Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa está a possibilidade de contribuir e subsidiar ações educativas e de vigilância com vistas à qualidade do atendimento ao idoso e conseqüente benefício para a população idosa assistida.

- Adequação das condições para realização da pesquisa: As condições apresentadas para realização da pesquisa encontram-se adequadas, incluindo cronograma, local e infra-estrutura, orçamento (pesquisa será realizada com recurso dos próprios pesquisadores), anuência dos responsáveis e currículo dos pesquisadores são compatíveis com a pesquisa proposta.

IV – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

- Avaliação do processo de obtenção do Termo de Consentimento Adequado

- Análise do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (adequação da linguagem e observância dos aspectos solicitados no item 4 do Protocolo)

O TCLE apresentado apresenta linguagem clara e compreensível. Verificação das garantias de privacidade e confidencialidade. Este aspecto está garantido no TCLE, ou seja, este documento faz referência ao anonimato do sujeito na divulgação dos resultados obtidos assim como ao propósito exclusivamente acadêmico do estudo.

V – Parecer do CEP

Aprovado SMJ desta comissão, com uma observação de mudança do endereço do Comitê de ética que foi submetido à aprovação da pesquisa.

VI – Data da reunião: 06 de fevereiro de 2012

Assinatura do(a) Coordenador(a)/ CEP/UFG:


Prof. João Batista de Souza
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFG

ANEXO D – Encaminhamento de pesquisa da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação para o Distrito Sanitário Noroeste



Prefeitura
Municipal
de Goiânia

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO
CENTRO MUNICIPAL DE FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Paço Municipal: Av. do Cerrado, nº. 999, Parque Lozandes
74884-900 – Goiânia/Go – Fone: 3524-6317/8268
E-mail: ensinoepesquisa.sms@gmail.com

Goiânia, 17 de fevereiro de 2012

Encaminhamento de Pesquisa

DA: DGTES/Centro Municipal de Formação em Saúde Pública/Ensino e Pesquisa

PARA: Distrito Sanitário Noroeste

Senhor (a) Diretor (a),

Tendo em vista que o projeto de pesquisa “Situação de saúde da população de idosos do Distrito Sanitário Noroeste do município de Goiânia-GO” foi autorizado pelo Gabinete e pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana, estamos encaminhando o (a) pesquisadora Weslane Souza de Almeida, para proceder a coleta de dados junto a esta unidade de saúde do município de Goiânia. Informamos que é necessário o agendamento prévio no local.

Certos de contarmos com a vossa colaboração agradecemos antecipadamente.

Atenciosamente,


Kátia Martins Soares
Diretora

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: **“Capacidade funcional para atividades básicas da vida diária de idosos de um centro de saúde da família do município de Goiânia”**, vinculada ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal de Goiás. Pesquisadora: Mestranda Weslane Souza de Almeida Santos, enfermeira (COREN-GO 85579) sob orientação da Profª Drª Ana Lúcia Queiroz Bezerra.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

O Sr (a) está sendo convidado (a) a participar de uma investigação cujo objetivo geral é analisar a situação de saúde dos idosos no distrito sanitário noroeste do município de Goiânia.

O projeto desta investigação foi analisado e aprovado por uma Comissão de Ética em Pesquisa em seres humanos, conforme preconizado pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Sua participação é muito importante e se dará por meio de uma entrevista com duração média de 30 minutos.

Garantimos que o Sr(a) não sentirá nenhum desconforto, nem terá riscos ou prejuízos e que não acarretará em nenhum tipo de ônus próprio ou para a instituição ao participar do estudo. Assim como terá total liberdade de se recusar a participar ou retirar o consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista sem sanção ou prejuízo. Não haverá nenhuma forma de pagamento (compensação financeira) relacionada à sua participação e às informações fornecidas.

Entre os benefícios esperados com os resultados da pesquisa está a possibilidade de contribuir e subsidiar ações educativas e de vigilância com vistas à qualidade do atendimento ao idoso e consequente benefício para a população idosa assistida.

Asseguramos que, em momento algum, o (a) senhor (a) será identificado na pesquisa. Garantimos que os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Fica garantido, também o direito de ser mantido informado sobre os resultados parciais e finais.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Weslane Souza de Almeida Santos, nos telefones: (62) 8118-9656/ (62) 3524-2575 e e-mail: weslanes@gmail.com. E, em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, no telefone: 35211215 ou no endereço: Prédio da Reitoria, Piso 1, Campus Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás.

Caso o Sr (a) concorde em participar do estudo, peço-lhe o obséquio de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Uma é sua e a outra do pesquisador responsável.

Colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento que julgar necessário.

APÊNDICE A- Continuação

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____,

RG: _____, CPF: _____, abaixo assinado, concordo em participar como sujeito da pesquisa, por livre e espontânea vontade.

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa a ser realizada, que compreendi as informações e os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Concordo com que as informações por mim prestadas sejam utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, que sejam analisadas por pessoas autorizadas pelo pesquisador, assim como a publicação dos dados que tenham relação com o estudo.

Estou ciente de que a qualquer momento posso retirar meu consentimento sem risco de qualquer constrangimento ou penalidade.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Assinatura Dactiloscópica:

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

APÊNDICE B- Cronograma/programação do curso de cuidadores informais de idosos

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIVISÃO DE DOENÇAS CRÔNICO DEGENERATIVAS - PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO
DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE/ ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
APRENDENDO A CUIDAR DO IDOSO: CAPACITAÇÃO PARA CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS DA COMUNIDADE

Local: Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) Jardim Curitiba II
Endereço: Rua JC 22, Quadra 12, Lote 01-15, Jardim Curitiba II
Responsáveis: Weslane Souza de Almeida Santos e Mariângela

PROGRAMAÇÃO

DATA	HORÁRIO	CONTEÚDO
07/08	14:00 – 17:30	Abertura. Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Município de Goiânia. Palestrante: Filomena Guterres Costa (Psicóloga) Cuidando do cuidador. Cuidado e autocuidado. Palestrante: Bárbara Sousa Rocha (Enfermeira)
14/08	14:00 – 17:30	Fisiologia do Envelhecimento. Principais alterações decorrentes do envelhecimento. Palestrante: Patrícia Mendonça de Melo Azzi (Geriatra) Emergências no domicílio. Palestrante: Sanny Ferreira Fernandes (Enfermeira) Práticas saudáveis de vida. Prevenção de doenças crônico degenerativas. Palestrante: Weslane Souza de Almeida Santos (Enfermeira)
21/08	14:00 – 17:30	Cuidados com a Medicação. Estratégias para administração segura de medicamentos. Palestrante: Thalyta Renata Araújo Santos (Farmacêutica) Aferição de pressão arterial e glicemia e avaliação de sobrecarga do cuidador (Weslane Souza de Almeida Santos e técnicos da Divisão de Doenças Crônico Degenerativas-Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso.
28/08	14:00 – 17:30	Mudança de decúbito. Estimulação do corpo. Palestrante: Juliana Caldas (Enfermeira) Prevenção de quedas. Adaptação ambiental. Palestrante: Fernanda Pains (Fisioterapeuta)
04/09	14:00 – 17:30	Cuidando de idosos com feridas. Palestrante: Hélio Galdino Júnior (Enfermeiro) Cuidados com a higiene pessoal (banho, higiene íntima, higiene oral, higiene dos cabelos). Oficina de higienização das mãos. Palestrante: Jeene Louhanna Umbelina Spagnolli
11/09	14:00 – 17:30	Direitos da pessoa idosa. Violência contra pessoa idosa. Palestrante: Mariângela (Assistente Social) Relação familiar, relacionamento intergeracional, papéis sociais, morte e luto. Palestrante: Ana Alice (Psicóloga)

18/09	14:00 – 17:30	Cuidados com a alimentação do idoso. Cuidados com idosos com disfagia. Alimentação saudável para o idoso. Palestrante: Rosimeire (Nutricionista) “Turbinando o seu cérebro: jogos educativos para terapia de idosos” – Experiência do CRASPI Palestrante: Dione Fernandes Carreiro (Psicóloga) e Daniela Nunes Fazi Roriz (Fonoaudióloga)
25/09	14:00 – 17:30	Encerramento: A arte de cuidar Palestrante: Sandra Fortunato Cuidando da beleza do cuidador – Parceria com escola de beleza SENAC