



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

MONOGRAFIA

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS IDOSOS ASSISTIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO**

**Aline Maria de Oliveira Rocha
Carolina Medeiros Brandão Florêncio**

Campina Grande, 13 de setembro de 2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

MONOGRAFIA

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS IDOSOS ASSISTIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO**

**Aline Maria de Oliveira Rocha
Carolina Medeiros Brandão Florêncio**

Monografia a ser apresentada para banca examinadora como parte dos requisitos necessários para conclusão do curso de medicina da Universidade Federal de Campina Grande sob orientação da professora Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira

Campina Grande, 13 de setembro de 2013

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me guiado todos os dias dessa caminhada.

Aos meus pais, que lutaram junto comigo para este sonho tornar-se realidade.

Ao meu amado, por ter compreendido minhas ausências.

Aos meus amigos, pelos pensamentos positivos para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

Muito obrigada!

Carolina.

A Deus, por me guiar nessa caminhada.

Aos meus pais e irmãos pela paciência, incentivo e apoio incondicional.

Á Gerlane, que como orientadora e coordenadora do PET Saúde da Pessoa Idosa esteve sempre presente em todos os momentos desta construção.

Ás colegas Petianas, à preceptora Erika e toda a equipe da UBSF Bonald Filho, pelo companheirismo e pela dedicação para com nosso trabalho.

Ao meu namorado (João), pelo apoio e pelo carinho, estando sempre disposto a fomentar discussões e realizar críticas pertinentes ao trabalho.

Á Carol, pela sua colaboração e empenho.

Aos meus amigos, pelas alegrias e tristezas compartilhadas, estando sempre presentes nos momentos mais importantes da minha caminhada.

Aos amigos Rondonistas, por terem me proporcionado uma experiência tão marcante e valiosa, que nós estejamos sempre dispostos a humanizar o trabalho em saúde.

Ás professoras Ana Fábria e Berenice que prontamente aceitaram o convite em participar da banca examinadora.

Muito obrigada!

Aline

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3	MATERIAL E MÉTODOS.....	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	17
5	CONCLUSÕES.....	25
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
	ANEXOS.....	30

LISTA DE TABELA

TABELA 1: Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos quanto à idade, estado civil e ao sexo.....	18
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	Caracterização dos sujeitos quanto ao grau de escolaridade.....	19
GRÁFICO 2:	Relação das doenças mais frequentes dentre os idosos entrevistados.....	21
GRÁFICO 3:	Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária com base na Escala de Katz.....	22
GRÁFICO 4:	Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária com base na Escala de Lawton.....	23

RESUMO

ROCHA, A. M. de O.; FLORENCIO, C. M. B. **Avaliação Funcional dos Idosos Assistidos na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho**. Campina Grande, 2013. 35p. (Trabalho de Conclusão de Curso). Graduação de Medicina – Universidade Federal de Campina Grande.

A avaliação da incapacidade funcional dos idosos bem como a compreensão de fatores que contribuem para tal são necessários no auxílio do planejamento de políticas públicas com ênfase na (re)organização de estratégias preventivas e terapêuticas mais eficazes que irão proporcionar uma maior independência e autonomia aos idosos, reduzir os custos com o serviço de saúde e minimizar a carga sobre os cuidadores. Desse modo, essa pesquisa se propôs a levantar os aspectos sociais e as doenças crônicas degenerativas presentes nos idosos assistidos na Unidade Básica de Saúde Bonald Filho no Município de Campina Grande; avaliar o grau de capacidade funcional desses idosos; investigar a existência de relação entre os aspectos sociais e o grau de capacidade funcional dos idosos; verificar a relação entre incapacidade funcional e a presença de cuidador. Portanto, trata-se de um recorte de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, realizadas a partir das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde, na linha de saúde do idoso, que ocorreu no período de dezembro de 2011 a março de 2012 e atingiu um total de 150 idosos entrevistados. Para coleta foram usadas a Escala de Katz e a Escala de Lawton. Em seguida, os dados foram analisados por meio dos softwares EpilInfo versão 7, SPSS versão 16 em português e Microsoft Excel versão 2003-2007. O projeto foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro e aprovado sob parecer 20112111. O estudo foi composto em sua maior parte por idosos pertencentes ao grupo etário entre 60 e 79 anos (79,3%). Houve uma maior prevalência do sexo feminino (65,3%). Entre as mulheres a faixa etária que mais se destacou foi entre 70 e 74 anos (24,5%) e entre os homens a maior proporção foi entre 65 e 69 anos (26,9%), demonstrando a maior expectativa de vida entre as mulheres. O índice de Katz apresentou 86,6% dos idosos na categoria A; 8% categoria B, 2% categoria C; 1,3% categoria F; 1,3% categoria G; sendo a maior parte dos indivíduos idosos independentes para as atividades básicas da vida diária. A escala de Lawton considerou 64,67% dos idosos como independentes. Dentre estes, 57,73% tinham idade entre 60 e 70 anos, 28,86% tinham entre 71 e 80 anos e 13,4% tinham mais de 81 anos, corroborando com a ideia de perda da independência e autonomia com a progressão da idade. Concluiu-se que ainda são deficitárias as ações desenvolvidas no âmbito da promoção da autonomia e capacidade funcional do idoso, especialmente por poucas ações serem voltadas para os idosos dependentes e seus cuidadores. De modo que a melhoria dessa situação passa pela qualificação das equipes de saúde e o preparo dos futuros profissionais na perspectiva de uma prática efetiva de cuidado integral ao idoso.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Atenção Básica; Idoso dependente.

ABSTRACT

ROCHA, A. M. de O.; FLORENCIO, C. M. B. **Functional evaluation of the elderly at UBSF Bonald Filho**. Campina Grande, 2013. 35p. (End of course assignment). Graduation in medicine – Federal University of Campina Grande.

The evaluation of functional disability of the elderly as well as understanding the factors that contribute to this are needed in the planning of public policies with emphasis on the (re)organization of more effective preventive and therapeutic strategies that will provide greater independence and autonomy to the elderly, reduce costs to the health service and minimize the burden on caregivers. Thus, this research aims to study the social aspects and chronic degenerative diseases present in elderly assisted in the Unity of Basic Health Bonald Filho, Campina Grande; to assess the degree of functional capacity of the elderly; to investigate the existence of a relation between social aspects and the degree of functional capacity of the elderly; to investigate the relation between disability and caregiver presence. Therefore, it is a clipping from a descriptive study with a quantitative approach, performed from the activities of the Education Program for Work in Health, in line Elderly Health, that occurred from December 2011 to March 2012 and reached a total of 150 interviewed. The Katz Index and the Lawton Scale were used to collect data. Then the data were analyzed using the softwares EpilInfo version 7, SPSS version 16 in Portuguese and Microsoft Excel version 2003 to 2007. The project was submitted for consideration by the Committee of Ethics in Research of the University Hospital Alcides Carneiro, and approved under judgment 20112111. The study was composed mostly by elderly people belonging to the age group between 60 and 79 years (79.3%). There was a higher prevalence in females (65.3%). Among women, the age group that stood out was between 70 and 74 years (24.5%) and among men the highest proportion was between 65 and 69 years (26.9%), demonstrating the highest life expectancy among women. The Katz index showed 86.6% of the elderly in category A: 8% category B, 2% category C, 1.3% category F, 1.3% category G, with the majority of older individuals being independent for basic activities of daily living. The scale of Lawton held 64.67% of seniors as independent. Among these, 57.73% were aged between 60 and 70 years, 28.86% were between 71 and 80 years and 13.4% were older than 81 years, supporting the idea of loss of independence and autonomy with the progression of age. It was concluded that the actions developed in the context of promoting the autonomy and functional capacity of the elderly are still insufficient, especially because very few actions are directed to dependent elderly and their caregivers. The improvement of this situation involves the qualification of health teams and the preparation of future professionals in the prospect of an effective practice of integrated care for the elderly.

Keywords: Health of the Elderly, Primary Care, Family Health.

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro vem aumentando proporcionalmente e de maneira bastante acelerada. De acordo com o Brasil (2010), atualmente existem aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos em nosso país, o que representa, pelo menos, 10% da população brasileira.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) prevê que, em 2025, existirão 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, sendo os “muito idosos” (com 80 anos ou mais) o grupo etário de maior crescimento (DAVIM et al, 2004).

A mudança do quadro populacional em nossa sociedade é um grande avanço no que diz respeito à expectativa de vida. No entanto, juntamente a essa mudança percebe-se uma alteração na epidemiologia das doenças, passando de uma atenção no controle de doenças infecciosas e parasitárias para uma promoção e prevenção de doenças e agravos não transmissíveis de caráter crônico.

Silveira et al (2008) vê esse processo de mudança epidemiológica pelo acúmulo de incapacidades adversas. A mortalidade é substituída por comorbidades e a manutenção da capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde, relevante para o idoso, consistindo em um novo desafio para a saúde pública no instante em que contempla a experiência do envelhecimento, visando à melhoria do seu cotidiano, abarcando o convívio social, situação econômica, moral, intelectual (GIACOMIN et al, 2005).

Entendendo-se que o respeito aos direitos dos idosos ocorrem mediante a preservação de sua autonomia, a qual é conceituada como “a capacidade e o direito do indivíduo poder eleger as regras de conduta, a orientação dos seus atos e os riscos que está disposto a correr durante sua vida” (MINAS GERAIS, 2006). Desse modo, a preservação da independência e a autonomia pelo maior tempo possível são metas a serem alcançadas na atenção à saúde da pessoa idosa (ALENCAR; CARVALHO, 2009).

A autonomia do idoso pode ser comprometida por enfermidades graves ou por restrições econômicas, sociais e educacionais. Entende-se que com o avanço da idade surgem alguns aspectos sociais importantes da vida do idoso,

que precisam ser levados em consideração, e a principal consequência da associação entre velhice e dependência é o surgimento de atitudes negativas em relação à pessoa idosa (RAMOS et al, 1993).

Sendo a autonomia e a capacidade funcional pontos críticos dentro dos serviços de saúde, especialmente da atenção básica, uma vez que apontam demandas diferenciadas destinadas às atenções específicas da população em questão, há a necessidade de estruturação de serviços e de programas de saúde que possam responder às questões emergentes do novo perfil epidemiológico do país.

Levando em consideração o aspecto supracitado, os idosos utilizam os serviços hospitalares de maneira mais intensa que os demais grupos etários, envolvendo maiores custos e implicando no tratamento mais elaborado e recuperação prolongada. Em contrapartida, o país não possui recursos e preparo suficiente para acompanhar e reorganizar de maneira adequada a saúde para atender às novas demandas, tendo em vista que tal população requer maior atenção a fim de alcançar a melhor qualidade de vida possível (COELHO FILHO; RAMOS, 1999).

O bem estar na velhice, ou na saúde num sentido mais amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional do idoso, sem necessariamente significar a ausência de problemas em todos esses âmbitos. A manutenção da capacidade funcional tem implicações para a qualidade de vida e longevidade dos idosos, por estar relacionada com a capacidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até a idade mais avançada.

Estudos que avaliem o grau de incapacidade, os fatores predisponentes e os contribuintes para autonomia da pessoa idosa se tornam imprescindíveis, já que visam ações que melhorem o cotidiano e aspectos sociais dessa população. Então, os idosos de Campina Grande são em sua maioria autônomos? Em que grau de incapacidade funcional encontram-se os idosos da cidade? Existem estudos sobre a temática?

Neste sentido, esta pesquisa visa levantar os aspectos sociais (idade, gênero, escolaridade, estado civil) e as doenças crônicas degenerativas presentes nos idosos assistidos na Unidade Básica de Saúde Bonald Filho no Município de Campina Grande, avaliar o grau de capacidade funcional desses

idosos, investigar a existência de relação entre os aspectos sociais e o grau de capacidade funcional dos idosos; e verificar a relação entre incapacidade funcional e a presença de cuidador.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa foi criada em 2006 pelo Ministério da Saúde, em consonância com o artigo 3º do Estatuto do Idoso (2003) que afirma ser prioridade a “formulação e execução de políticas sociais públicas específicas” (p.1). Tal artigo tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010).

Segundo Cunha et al (2010, p. 256),

O processo de envelhecimento é acompanhado por uma diminuição da capacidade funcional que está associada ao declínio na habilidade para desempenhar as atividades da vida diária (AVD), sendo a maior razão da perda da autonomia e da independência dos idosos, tornando as pessoas dependentes de outras (p.256).

Nesse contexto, faz-se necessário compreender que a autonomia é a capacidade e o direito do indivíduo de poder eleger, por si próprio, as regras de conduta, a orientação de seus atos e os riscos que está disposto a correr durante sua vida (MINAS GERAIS, 2006). Portanto, autonomia pode ser definida como capacidade de autogoverno, e se expressa na liberdade para agir e para tomar decisões (BRASIL, 2010).

Outro conceito importante a ser definido é o de independência, o qual significa que o indivíduo é capaz de realizar as atividades cotidianas sem a ajuda de outra pessoa (BRASIL, 2010). Desta forma pode-se perceber que autonomia e independência são termos distintos, por isso um idoso dependente para certas situações da vida diária pode ser capaz de tomar decisões, isto é ter autonomia.

A incapacidade funcional é uma condição multifatorial que difere em relação às causas, à natureza, à forma de aparecimento, ao ritmo e

implicações sociais, consistindo mais em um processo do que em uma condição estática (GIACOMIN et al, 2008).

Verbrugge e Jette (1994) inicialmente definiram a incapacidade funcional como a dificuldade experimentada em realizar atividades devido a um problema físico ou de saúde, com impactos sobre a habilidade da pessoa para exercer atividades na sociedade.

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001), redefiniu a incapacidade como:

Termo 'guarda-chuva' para comprometimentos, limitações de atividade ou restrições na participação de uma pessoa, representando a interação dinâmica entre as condições de saúde (doenças, lesões, traumas etc.) e os fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais (p.3).

Apesar do processo de incapacitação funcional não estar necessariamente relacionado a doenças crônico-degenerativas, estas são frequentemente encontradas entre os idosos dependentes. Logo, o comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, sistema de saúde e vida do próprio idoso, uma vez que ocasiona maior vulnerabilidade na velhice, levando ao comprometimento do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (ALVES et al, 2007).

Na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os indivíduos que apresentam alguma dificuldade na realização de atividades instrumentais são considerados em potencial para desenvolver fragilidade, conceito relacionado à diminuição da capacidade funcional, aumento da dependência para atividades da vida diária e utilização de serviços de saúde. Idosos fragilizados necessitam, portanto, de atenção específica por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

A avaliação da capacidade funcional permite analisar o grau de dependência do idoso e determinar quais cuidados este indivíduo requer. Para isso, as atividades da vida diária didaticamente são classificadas em dois grupos: atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária.

As primeiras são aquelas relacionadas ao autocuidado, como a alimentação, o banho e o controle das necessidades fisiológicas. As segundas

dizem respeito às atividades do indivíduo no seu meio social, bem como se este é capaz de ter uma vida independente dentro da comunidade, como fazer compras, administrar medicamentos e realizar tarefas domésticas (ALVES et al, 2007).

Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos. No Brasil, a avaliação da condição funcional em estudos populacionais é relativamente nova e a prevalência de incapacidade entre idosos pode variar de 2% a 47%. Pesquisas revelam que cerca de 40% dos idosos têm dificuldade ao realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa; e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro ou alimentar-se (RAMOS et al, 1993).

Sabe-se que idosos residentes em comunidade são mais ativos e, por isso, têm um nível funcional acima daqueles residentes em casas geriátricas. Participar de eventos comunitários, fazer ou receber visitas e frequentar eventos religiosos são aspectos citados como favoráveis em termos de manutenção da capacidade funcional (MACIEL; GUERRA, 2007).

Assim, a capacidade funcional do idoso é um importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas para reduzir os mecanismos que afetam o declínio da habilidade do indivíduo ao exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas devendo, portanto, ser incluída na rotina de avaliação diagnóstica dos profissionais de saúde que lidam com este público-alvo.

O grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas encontra-se ligado ao diagnóstico e à prevenção dos possíveis riscos associados à incapacidade funcional, em busca de uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida para os idosos (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho trata-se de um recorte da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS IDOSOS ASSISTIDOS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO, CAMPINA GRANDE-PB”, realizada a partir das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde PET-Saúde, na linha Saúde da Pessoa Idosa. Esse programa foi instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008 e desenvolvido em parceria com o Ministério da Saúde, a Universidade Federal de Campina Grande, a Universidade Estadual da Paraíba e a Secretária de Saúde de Campina Grande.

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado com idosos assistidos na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Bonald Filho, localizada na Rua Antonieta Cavalcante, s/n, Monte Santo, na cidade de Campina Grande, no estado da Paraíba, no período de dezembro de 2011 a março de 2012.

A escolha dessa Unidade Básica de Saúde ocorreu por ser um serviço com uma quantidade expressiva de idosos cadastrados e por ter um grupo de convivência para idosos, denominado de “Nova Vida”. Nessa unidade de saúde funcionam duas equipes da Estratégia Saúde da Família, uma equipe de Saúde Bucal, com uma área de abrangência de 12 microáreas e apoiada por um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Entretanto, a pesquisa foi realizada apenas na área de abrangência da equipe II, uma vez que essa equipe encontra-se inserida no projeto PET-Saúde da Pessoa Idosa.

Esse estudo teve como população 213 idosos e amostra de 150 idosos, perfazendo 71% do total da população idosa atendida pela equipe II da Unidade Básica de Saúde de Família Bonald Filho. Para tanto, foram utilizados como critérios de inclusão nesta pesquisa: ter idade superior a 60 anos, residir na área de abrangência da Equipe II da UBSF - Bonald Filho e aceitar participar voluntariamente do estudo a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta dos dados foram utilizadas as fichas de avaliação sócio-funcional em idosos (IASF), de atividades básicas da vida diária (AVD)

proposto por Katz em 1963, que avalia a necessidade de assistência do idoso para alimentação, banho, vestimentas, higiene pessoal, transferência e continência, de acordo com o grau de dependência para realizar tais atividades, sendo dividido em 08 categorias (A, B, C, D, E, F, G e Outros). São inclusos na categoria A aqueles que são independentes para todas as atividades e na G aqueles dependentes para todas as atividades. A categoria “Outros” é para aqueles que não se enquadram em nenhuma das categorias.

Também foi usado o questionário das atividades instrumentais da vida diária, elaborado por Lawton em 1969, que abrange capacidades mais elaboradas como o uso do telefone, habilidade de fazer compras, preparo de refeições, atividades domésticas, lavagem de roupa, uso de meios de transporte, manuseio da medicação e gestão econômica. A pontuação a cada resposta é atribuída de acordo com a realização da atividade sem ajuda (3 pontos), com ajuda (2 pontos) ou incapacidade para atividade (1 ponto). São considerados independentes aqueles que obtêm pontuação entre 19 e 27 pontos, parcialmente dependentes os que obtêm 10 a 18 pontos e dependentes aqueles que obtêm pontuação menor que 10 pontos.

Ambos os questionários são amplamente utilizados em pesquisas nacionais e internacionais, além de serem reconhecidos como sólidos instrumentos para a avaliação funcional da pessoa idosa (BRASIL, 2010).

A coleta de dados foi precedida por um levantamento dos prontuários da UBSF para seleção dos domicílios que seriam visitados e as visitas domiciliares foram realizadas com o apoio dos Agentes Comunitários de saúde (ACS). Nos casos em que o idoso residente estivesse ausente, uma nova visita era agendada, e nos casos em que mais de um idoso residia no mesmo domicílio, todos foram convidados a participar da pesquisa.

Os dados coletados foram digitados em dupla entrada em um banco de dados eletrônico e posteriormente foram confrontados, sendo corrigidos os erros e inconsistências. Em seguida, foram analisados descritivamente com o auxílio dos softwares EpiInfo versão 7, SPSS versão 16 em português e Microsoft Excel versão 2003-2007.

No desenvolvimento do estudo foram obedecidos os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

No momento da coleta foram explicitadas ao participante do estudo todas as informações referentes a esta pesquisa, sua importância, seus objetivos e como se realizaria a coleta. Foi solicitada a assinatura do entrevistado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em respeito à Resolução nº 196/96 CNS/MS, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande, conforme protocolo nº 20112111.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A avaliação da capacidade funcional dos idosos, bem como a compreensão dos fatores que contribuem para essa incapacidade, são necessários ao auxílio do planejamento de políticas públicas com ênfase na (re)organização de estratégias preventivas e terapêuticas que irão proporcionar maior independência e autonomia aos idosos, reduzir os custos com o serviço de saúde e minimizar a carga sobre a família.

Além disso, a manutenção da capacidade funcional tem implicações para a qualidade de vida e longevidade dos idosos, por estar relacionada com a possibilidade do indivíduo se manter na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas.

Nesse contexto, são considerados idosos os indivíduos a partir dos 60 anos de idade, porém para fins de estudo, podem ser divididos em “menos idosos” e os “mais idosos” entre dois subgrupos etários: de 60 a 79 anos e 80 anos ou mais. Esses dois grupos apresentam diferenças no que concerne à autonomia e à independência, uma vez que, à medida que se envelhece, aumenta-se o número de agravos que podem comprometer a capacidade funcional.

Este estudo foi composto em sua maior parte por idosos pertencentes ao grupo etário entre 60 e 79 anos (Tabela 1). Todavia, recentemente o grupo etário acima de 80 anos vem se constituindo em uma significativa representação dentro do segmento de população idosa, enfatizando o aumento da expectativa de vida no país (LINESSE MA-COSTA et al, 2000; CAMARANO KANSO e MELLO, 2004; RAMOS, 1999).

Foi observado que há uma maior prevalência do sexo feminino (65,3%) neste estudo assemelhando-se ao observado em outros trabalhos (PASKULIN; VIANNA, 2007; GARRIDO; MENEZES, 2002; CAMARANO, 2003) (Tabela 1). Entre as mulheres, a faixa etária que mais se destacou foi entre 70 e 74 anos (24,5%); já entre os homens, a maior proporção foi entre 65 e 69 anos (26,9%). Essa maior expectativa de vida da mulher pode ser explicada por vários fatores, tais como menor consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, redução da mortalidade materna e diferenças na exposição a fatores de risco para

mortalidade por causas externas, como acidentes de trânsito, homicídios e outros além de apresentarem uma maior preocupação com o estado de saúde, buscando assim os serviços de saúde com maior frequência (CAMARANO, KANSO e MELLO, 2004).

Tabela 01. Caracterização sócio-demográfica dos sujeitos quanto à idade, estado civil e ao sexo.

Variáveis	Percentual (%)
Idade	
60-64	17,3
65-69	24
70-74	23
75-79	14,7
80-84	6,7
85-89	8,7
90 e mais	5,3
Estado Civil	
União Estável/Casado	51,33
Solteiro	8,66
Divorciado	11,33
Viúvo	28,67
Sexo	
Feminino	65,3
Masculino	34,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Com relação ao estado civil, a maioria (51,3%) estava casada ou em união estável, seguido de viúvos (28,6%). Em outros estudos, pode-se observar que a proporção dos idosos casados ou em união estável tem crescido, especialmente entre as mulheres. De acordo com Camarano, Kanso e Mello (2004) “a redução da mortalidade nas idades adultas deve ter contribuído para uma diminuição da viuvez e um aumento na proporção de casados”.

Ainda foi visto que entre a proporção dos viúvos, a maioria é de mulheres, segundo Davim et al (2004) isso “justifica-se devido ao fato da menor longevidade dos homens, mas, também, da maior frequência de novo casamento dos homens após a viuvez, bem como sua maior tendência a se casarem com mulheres mais jovens.”

No que concerne à escolaridade, observou-se que 24% e 11,3% dos sujeitos da pesquisa eram analfabetos e analfabetos funcionais, respectivamente; 49,3% possuíam ensino fundamental incompleto. Aqueles que concluíram o primeiro grau correspondem a 6,67%, enquanto 2,67% possuíam o segundo grau incompleto, 4,67% concluíram segundo grau e, por fim, apenas 1% possuía nível superior.

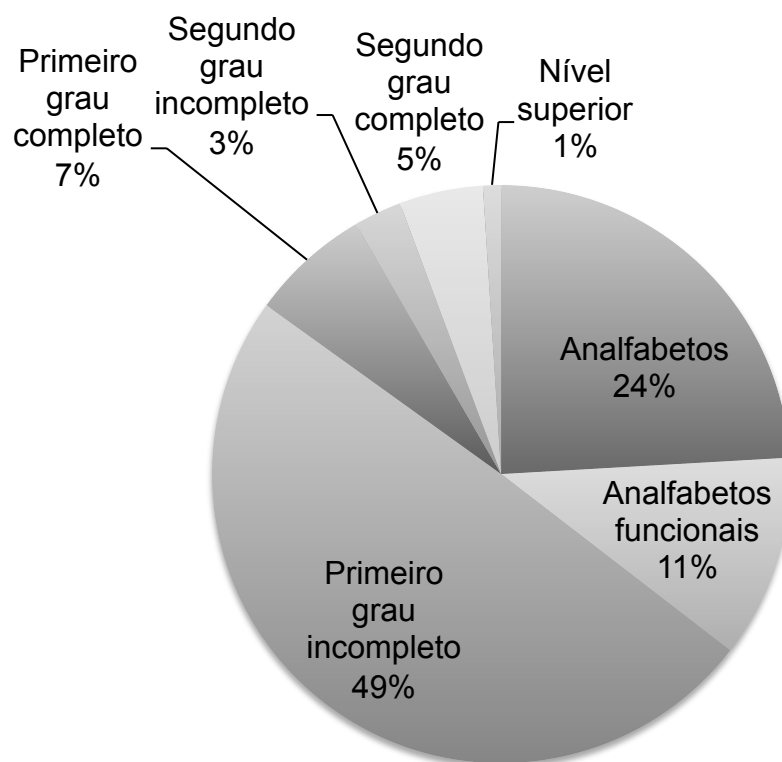


Gráfico 01: Caracterização dos sujeitos quanto ao grau de escolaridade.

Fonte: Dados da pesquisa.

Dados da literatura demonstram que idosos com baixo nível educacional apresentaram duas vezes mais chances de comprometimento funcional (SILVA et al, 2011; LIMA-COSTA; PEIXOTO; GIATTI, 2004; RAMOS et al, 1993). Isto porque as pessoas com maior grau de escolaridade têm maiores preocupações

com a saúde e capacidade de recuperação, bem como hábitos de vida mais saudáveis, do que aquelas menos favorecidas (MACIEL;GUERRA, 2007)

O autor ainda acrescenta que o número de indivíduos analfabetos e com baixa escolaridade reforça a ideia de uma rede de serviços sociais ineficientes durante a vida, como também a habitação, cultura, renda e, logicamente, na saúde.

O novo perfil de saúde da população brasileira no contexto de transição epidemiológica mostra que as doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por grande parte das doenças no país. Pôde-se avaliar que, entre os entrevistados, 131 possuíam doenças crônicas não transmissíveis diagnosticadas (Gráfico 01). Neste sentido, os dados reafirmam a fala de Silva et al (2011) que diz que apesar de o processo de envelhecimento não estar, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são frequentemente encontradas entre os idosos.

Os idosos com faixa etária entre 65 e 69 anos foram os que mais referiram possuir doenças (25,7%) e aqueles que não possuem doenças se apresentaram predominantemente entre 60 e 64 anos (44,4%). Lima-Costa, Peixoto e Giatti (2004, p.220) ressaltaram que as “doenças cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte e de incapacidade em países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento”.

Lima-Costa et al (2000) mostram que a razão entre o custo proporcional das internações hospitalares em relação ao tamanho da população aumentou progressivamente com a idade: 2,3; 3,4 e 4,3 nas faixas etárias de 60-69, 70-79 e 80+ anos de idade, respectivamente.

Partindo desse pressuposto, relacionou-se a prevalência de incapacidade funcional dos idosos à idade e ao sexo da população em estudo. Para isso, foram usados os índices de Katz que trata das atividades básicas da vida diária (ABVD's), tais como banhar-se, vestir-se, alimentar-se dentre outros e o índice das atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) elaborado por Lawton, que será discutido em seguida.

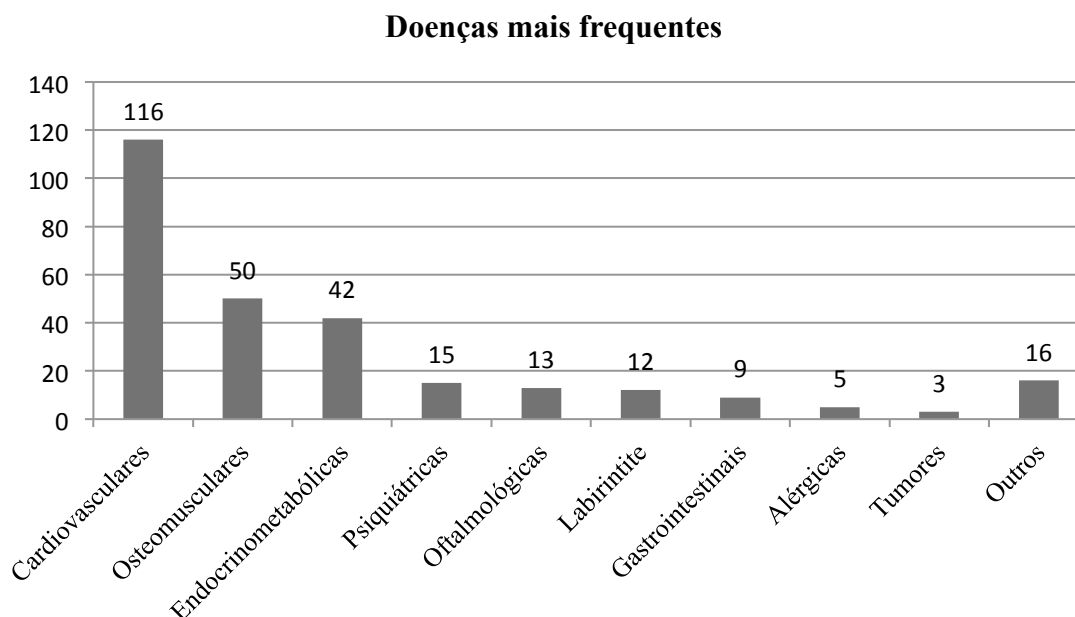


Gráfico 02: Relação das doenças mais frequentes dentre os idosos entrevistados. **Fonte:** Dados da pesquisa.

No tocante ao índice de Katz, encontramos como resultados da aplicação dos questionários que, dentre o total de idosos, 86,6% pertenciam a categoria A; 8% categoria B; 2% categoria C; 1,3% categoria F; 1,3% categoria G; 0,7% não foram classificados em nenhuma categoria, incorporados, portanto, à classe “Outros” e nenhum dos entrevistados foi classificado nas categorias D ou E. Em termos absolutos, 19 dos idosos entrevistados apresentavam algum nível de dependência para ABVD (Gráfico 02).

A pesquisa se assemelha a estudos anteriores (DUARTE; ANDRADE; LEBRÃO, 2007; CAMARANO, 2003; MACIEL; GUERRA, 2007; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009) quando afirma que a maior parte dos indivíduos idosos são independentes para as atividades básicas da vida diária, como comer, vestir-se, banhar-se, executar funções eliminatórias, continência urinária e fecal, locomoção e transferência, e apenas uma minoria recebe ajuda parcial ou total para tais atividades.

Ainda baseado na Escala de Katz, observamos que, na faixa etária de 60 a 64 anos, 84% dos idosos entrevistados eram totalmente independentes contra 16% que possuíam alguma dependência. Já na faixa etária entre 65 e 69, 86,5% eram totalmente independentes, 10,8% possuíam alguma

dependência e 2,7% eram totalmente dependentes. Os idosos entre 70 e 74 anos, em sua grande maioria, eram totalmente independentes (97,3%) e apenas 2,7% possuíam alguma dependência. Entre os idosos com 75 e 79 anos, 78,9% eram totalmente independentes e os demais possuíam algum tipo de dependência (21,1%).

Dentre os idosos entre 80 a 84 anos, 90% eram totalmente independentes contra apenas 10% que possuíam alguma dependência. Entre a faixa etária de 85 e 89 anos, a maioria dos estudados era totalmente independente (78,5%), 14,2% possuíam alguma dependência e 7,14% eram totalmente dependentes. Nos idosos maiores de 90 anos, 75% eram totalmente independentes contra 25% que possuíam algum tipo de dependência.

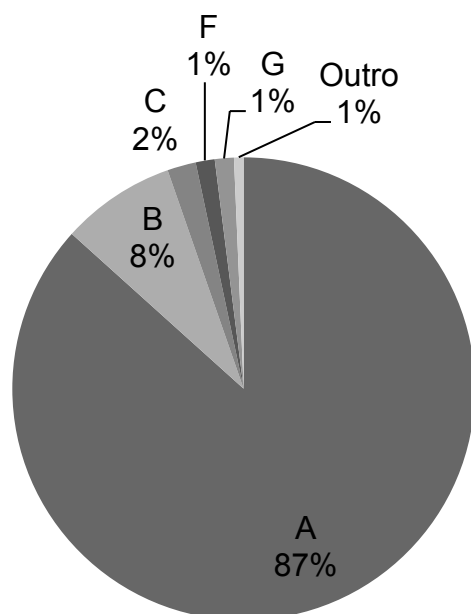


Gráfico 03: Avaliação das Atividades Básicas da Vida Diária com base na Escala de Katz. **Fonte:** Dados da pesquisa.

No tocante à escala de Lawton, 64,67% dos idosos foram considerados independentes. Dentre estes, 57,73% tinham idade entre 60 e 70 anos, 28,86% tinham entre 71 e 80 anos e 13,4% tinham mais de 81 anos, corroborando, mais uma vez, com o observado na literatura, de que a perda da independência

e autonomia se agrava com a progressão da idade (CAMARANO, KANSO e MELLO, 2004).

Foram ainda considerados parcialmente independentes 33,33% da população, sendo 20% pertencente à faixa etária entre 60 e 70 anos, 52% no grupo etário entre 71 e 80 anos e 28% tinham idade acima de 81 anos. Os idosos totalmente dependentes para AIVD's corresponderam a apenas 2% dos entrevistados, dentre os quais 02 tinham idade acima de 81 anos (Gráfico 03).

Tais dados são compatíveis ao encontrado em outros estudos (RAMOS et al, 1993; SILVEIRA et al, 2008; CHAIMOVICZ, 1997; ANDERSON et al, 1998; LOUVISON et al, 2007) e apontam alguns fatores que influenciam na autonomia e independência da pessoa idosa, como a escolaridade e renda, que corroboram para a adequação da qualidade de vida, uma vez que a interface entre saúde e educação viabiliza o autocuidado.

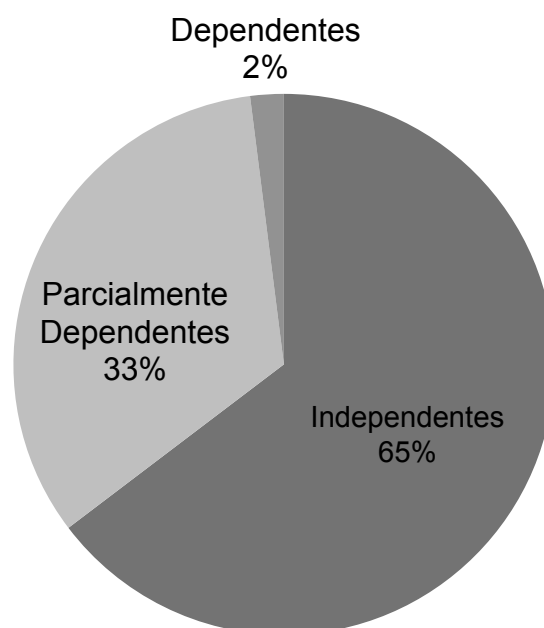


Gráfico 04: Avaliação das Atividades Instrumentais da Vida Diária com base na Escala de Lawton. **Fonte:** Dados da pesquisa.

Dentre todos os idosos estudados, a maioria não possui cuidadores (62,6%), sendo estes em sua maior parte totalmente independentes (92,55%) e uma minoria (7,4%) parcialmente dependente, conforme avaliação a partir da escala de Katz. Dos idosos que referiram ter auxílio de cuidadores, pela escala de Katz 90,7% eram independentes, pertencendo à classe A, 5,7% eram

parcialmente dependentes pertencendo às classes B e C e 3,7% eram dependentes, pertencendo à classe F.

De acordo com a escala de AIVD's entre aqueles que não tinham necessidade de cuidadores, 66,67% eram independentes, 31,25% eram parcialmente dependentes e 2,08% eram dependentes, conforme gráfico 4. E dos que possuíam auxílio, 68,7% dos idosos com cuidadores eram independentes (pontuação entre 19 e 25), 29,6% eram parcialmente dependentes (entre 10 e 18 pontos) e apenas 1,8% eram dependentes (menos de 9 pontos).

Os cuidadores são, em sua maioria, parentes de primeiro grau (filho, irmão) correspondendo a 25,33% dos entrevistados, em seguida parentes de 2º grau (nora, primo, neto) com 5,3% dos entrevistados, cônjuges correspondem a 4% dos entrevistados e, por fim, 2,67% dos idosos eram cuidados por pessoas com as quais construíram laço afetivo, porém sem grau de parentesco, como ex-nora e amigos.

Muitas vezes visto apenas como um portador de informações, o cuidador tem sua própria saúde negligenciada por si e pelo serviço de saúde em detrimento da do idoso a seu encargo, quando se tem a preocupação apenas em colher dele questões sobre o idoso.

Os dados foram compatíveis ao apresentado por outros estudos (GIACOMIN et al, 2005; DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009) quando aponta como importantes fatores que influenciam a necessidade de cuidador o aumento de idade, o estado civil (solteiros e viúvos) e o maior consumo de medicamentos.

Segundo Silveira et al (2008), o fato de cônjuges e filhos consistirem a maior parte dos cuidadores tem forte relação com o acordo que os companheiros fizeram no casamento, de um cuidar do outro, e pelo lugar que os filhos ocupam na família (o(a) filho(a) mais velho(a), o(a) líder, o(a) filho(a) solteiro(a), o(a) filho(a) mais novo(a)).

5. CONCLUSÕES

Esse estudo apresentou variáveis concernentes à avaliação funcional e realização atividades básicas e instrumentais da vida diária na faixa etária idosa. Em muitos aspectos os dados obtidos foram semelhantes a alguns estudos encontrados na literatura, contudo, outros dados não foram compatíveis haja vista que a amostra abrangia apenas a área atendida por uma UBSF do município de Campina Grande.

A maioria dos idosos vivia em união estável, eram do sexo feminino, com idade entre 65-69 anos, baixo grau de escolaridade, portadores de doenças cardiovasculares, independentes e que geralmente vivem ou são visitados pela família, a qual constitui a principal fonte de cuidados para os idosos que possuem menor grau de independência funcional.

Pode-se observar que não houve uma proporcionalidade da evolução da incapacidade funcional com o avanço da idade. Isso pode ser devido ao fato de não termos tido uma amostra grande o suficiente para mostrar o crescimento gradual da dependência dos idosos com o envelhecimento.

Os resultados possibilitaram inferir que ainda são deficitárias as ações no âmbito da promoção da saúde voltadas para a manutenção da autonomia e capacidade funcional do idoso, principalmente na faixa etária entre 65-69 anos, como também ao acompanhar idosos dependentes e cuidadores no domicílio.

Para tanto, faz-se necessário a discussão e o planejamento de ações que busquem a melhoria da atenção à pessoa idosa. Ações como a de promoção de atividades lúdicas, objetivando mostrar que os idosos são importantes para a nossa sociedade e que podem realizar diversas atividades na comunidade em que vivem, bem como, atividades voltadas à preparação e atenção às fragilidades do cuidador a fim de que eles venham atender adequadamente às necessidades do idoso já dependente.

Além disso, as ações devem enfatizar também a qualificação das equipes de saúde e o preparo dos futuros profissionais da saúde, monitoradas a partir da avaliação dos serviços e da qualidade de vida dos idosos, visando, assim, uma prática mais efetiva e duradoura de cuidado integral, respeitando os valores, a cultura e as peculiaridades dessa população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Maria do Socorro Silva; CARVALHO, Cecília M. R. Gonçalves. O envelhecimento pela ótica conceitual, sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v.13, n.29, abr./jun. 2009.

ALVES, Luciana Correia; LEIMANN, Beatriz Consuelo Quinet; VASCONCELOS, Maria Estrella López; CARVALHO, Marília Sá; VASCONCELOS, Ana Glória Godoi, FONSECA, Thaís Cristina Oliveira da; LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI, Ruy. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, ago. 2007. Leimann 1

ANDERSON, Maria Inez P.; ASSIS, Mônica de; PACHECO, Liliâne Carvalho; SILVA, Efigenia Aparecida da; MENEZES, Isis Simões; DUARTE, Therezinha; STORINO, Flávio; MOTTA, Luciana. **Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. Editora da UERJ: Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. 2 ed. Editora do Ministério da Saúde: Brasília, 2009.

CAMARANO, Ana Amélia. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos avançados**. Rio de Janeiro, v.17, n.49, set. 2003.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana Leitão. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA. (Org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. IPEA: Rio de Janeiro, 2004.

CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.2, abr. 1997.

COELHO FILHO, João Marcelo; RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n.5, abr. 1999.

CUNHA, Rubens César Lucena da; FORTES, Marcos de Sá Rego; FERREIRA, Márcia de Assunção; BEZERRA, Jani Cleri Pereira; SILVA, João Marcos Ferreira de Lima; GRAUP, Susane; NOBRE, Glauber Carvalho; DANTAS, Estélio Henrique Martins. Efeitos de um programa de caminhada sob os níveis de autonomia funcional de idosas monitoradas pelo programa saúde da família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.13 n.2, ago. 2010.

DAVIM, Rejane. M. Barbosa; TORRES, Gilson de Vasconcelos; DANTAS, Suzana Maria M.; LIMA, Vilma M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.3, mai./jun. 2004.

DEL DUCA, Giovâni Firpo; SILVA, Marcelo Cozzensa; HALLAL, Pedro Curi. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.5, fev. 2009.

DUARTE, Yeda Aparecida O.; ANDRADE, Cláudia Laranjeira; LEBRÃO, Maria Lúcia. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.41, n.2, agosto. 2007.

GARRIDO, Regiane; MENEZES, Paulo R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica de envelhecimento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, n.24(Supl I), 2002.

GIACOMIN, Karla C.; UCHÔA, Elizabeth; FIRMO, Josélia O. A.; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da

prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan./fev. 2005.

GIACOMIN, Karla C.; PEIXOTO, Sérgio Viana; UCHÔA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, jun. 2008.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda. F.; GUERRA, Henrique L.; BARRETO, Sandhi M.; GUIMARÃES, Renato. M. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: Um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v.9, n.1, mar. 2000.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; PEIXOTO, Sérgio Viana; GIATTI, Luana. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.13, n.4, dez. 2004.

LOUVISON, Marília C. P.; LEBRÃO, Maria Lucia; LIMA, Fernão D.; DUARTE, Yeda. A. O. Uso e acesso de serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo. **Divulgação em Saúde para debate**, Londrina, n.38, jan. 2007.

MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; GUERRA, Ricardo Oliveira. Influência dos fatores biopsicossociais sobre capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v.10, n. 2, junho. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of functioning, disability and health. Geneva: World Health Organization; 2001.

PASKULIN, Lisiane M. G.; VIANNA, Lucila A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autoreferidas de idosos de Porto Alegre. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, n.41, v.5, abr./mai. 2007.

RAMOS, Luiz Roberto; ROSA, Tereza Etsuko da C.; OLIVEIRA, Zélia M.; MEDINA, Maria Célia G.; SANTOS, Francisco R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.27, n.2, fev. 1993.

SILVA, Maria do Desterro Costa e; GUIMARÃES, Helen Arruda; TRINDADE FILHO, Euclides Maurício; ANDREONI, Solange; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.6, julho. 2011.

SILVEIRA, Silvana Rocha; CABRAL, Geovana Teodoro R.; CORREA, Lorena Bernardes; REIS, Leila Barbosa. Análise do perfil dos idosos atendidos por um programa de saúde da família do Bairro Araçás em Vila Velha-ES. **Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde**, São Paulo, v.12, n.2, dez. 2008.

VERBRUGGE, Lois M.; JETTE, Alan M. The disablement process. **Soc. Sci. Med.**, USA, v.38, n.1, 1994.

ANEXOS

ANEXO A

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-FUNCIONAL EM IDOSOS (IASFI)

1 – Número do formulário:

2. Endereço:

Rua: _____

3. Bairro: _____ 4. Cidade: _____

5. Telefone: _____

3-Idade do idoso/Data de nascimento:

4 - Sexo: () Feminino () Masculino.

5 - Estado civil: () Casado/Juntado () Solteiro () Divorciado () Viúvo

Outros:.....

6- Trabalha: Sim () Não () Se sim. Em que?

Se não trabalha: é aposentado? Sim () Não ()

Qual a atividade que exercia antes de parar de trabalhar?

7 - Escolaridade:

() Analfabeto () 1º grau incompleto () 1º grau completo () 2º grau incompleto () 2º grau completo () superior incompleto () superior completo () outros

.....

8- . Com quem mora: Sozinho(a) () Com conjugue/companheiro(a) () Com filhos ()

Com netos() Com amigos e/ ou parentes () Outros () Qual?

9 – Há um cuidador responsável?

Grau de parentesco: () Esposa () Filho () Amigo () Irmão () Outros

7 - Qual a renda familiar mensal? E quantos indivíduos são dependentes ?

8 - Qual é a participação financeira atual do idoso no orçamento da família ?

9- Possui alguma doença? Sim () Não () Se sim. Quais?

10- Sente dor em alguma parte do corpo? Sim () Não ()

Se sim. Onde?

Características da dor?

11- Faz uso de alguma prótese? Ocular () Auditiva () Ortopédica () Outras ()

Quais? _____

12- Toma algum medicamento prescrito pelo médico? Sim () Não ()

Se sim. Quais e para quê?

13- Faz uso de automedicação? Sim () Não () Se sim. Quais e para quê?

14- Teve internado no último ano? Sim () Não () Se sim: qual o motivo?

15- Sofreu quedas nos últimos seis meses? Sim () Não ()

Se sim: Onde? _____ Quando?

Teve alguma consequência para a sua saúde?

16- Você diria que sua saúde é? Excelente () Boa () Regular () Má () Não sabe informar ()

Porque classifica a sua saúde dessa forma?

17- Como você ocupa seu tempo? (lazer)

O QUESTIONÁRIO FOI APLICADO NA ÍNTEGRA, PORÉM PARA FINS DE ANÁLISE FORAM CONSIDERADOS OS SEGUINTE DADOS: IDADE; SEXO; ESTADO CIVIL; ESCOLARIDADE; PRESENÇA DE CUIDADOR RESPONSÁVEL E SEU GRAU DE PARENTESCO COM O MESMO

ANEXO B

FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA - KATZ

Número do formulário:		
Data da avaliação: ___ / ___ / ___		
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
<p>Banho- a avaliação da atividade “banhar-se” é realizada em relação ao uso do chuveiro, 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.</p>		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se esse é usualmente utilizada para banho) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna) <input type="checkbox"/>	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo <input type="checkbox"/>
<p>Vestir-se para avaliar a função “vestir-se” considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de 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 às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.</p>		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência <input type="checkbox"/>	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido <input type="checkbox"/>
<p>Banheiro- a função “ir ao banheiro” compreende o ato de ir ao banheiro para 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;</p>		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador,	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar <input type="checkbox"/>
urinol ou comadre à		

barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã) <input type="checkbox"/>	noite <input type="checkbox"/>	
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;		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador) <input type="checkbox"/>	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio <input type="checkbox"/>	Não sai da cama <input type="checkbox"/>
Continência- “continência” refer-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;		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar <input type="checkbox"/>	Tem “acidentes” *ocasionais. *acidentes= perdas urinárias ou fecais <input type="checkbox"/>	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente <input type="checkbox"/>
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. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes.		
Alimenta-se sem assistência <input type="checkbox"/>	Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão <input type="checkbox"/>	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral <input type="checkbox"/>

ANEXO C**INDEX DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES BÁSICAS DA
VIDA DIÁRIA**

Número do formulário:	
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	Dependentes para todas as atividades.
Outro	Dependentes em pelo menos duas funções, mas que não se classificasse em C, D, E e F.

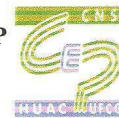
ANEXO D

ESCALA DE LAWTON

Atividade	Avaliação
1- O(a) senhor(a) consegue utilizar o telefone?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
2- O(a) senhor(a) consegue ir a algum lugar distante, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
3- O(a) senhor(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
4- O(a) senhor(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
5- O(a) senhor(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
6- O(a) senhor(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
7- O(a) senhor(a) consegue lavar e passa sua roupa?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
8- O(a) senhor(a) consegue tomar seus remédios na dose a horários corretos?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
9- O(a) senhor(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda -3 Com ajuda parcial -2 Não consegue -1
Total:	

ANEXO E

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que em reunião de 30/ 11/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20112111 - 060** intitulado: **AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS IDOSOS ASSISTIDOS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO, CAMPINA GRANDE - PB.**

Projeto a ser realizado no período de: Dezembro de 2011 a Março de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna M. Barros da Nóbrega
Prof.ª Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 30 de Novembro de 2011.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

ANEXO F**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, declaro para os devidos fins, que livremente aceito participar da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO FUNCIONAL DOS IDOSOS ASSISTIDOS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA BONALD FILHO, CAMPINA GRANDE-PB**” orientada pela Ms. Gerlane Ângela da Costa Moreira, tutora do Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde da Pessoa Idosa. No referido trabalho será avaliada a situação de dependência funcional bem como sua relação com fatores condições sócio-econômicas e condições de saúde.

Fui informado(a) e esclarecido(a) que vou responder a um questionário sobre condições sócio-econômicas, condições de saúde e sobre o meu desempenho nas atividades básicas da vida diária.

Ficou garantida a ausência de riscos a minha integridade física, mental e moral. Será garantido o sigilo das informações prestadas.

A importância da pesquisa para a comunidade científica e para a população foi ressaltada. Qualquer dúvida que eu tiver será esclarecida pela equipe responsável, sendo assegurado que, em qualquer momento do estudo, posso anular este termo de consentimento, sem qualquer constrangimento ou prejuízo para mim.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Participante

Gerlane Ângela da C. Moreira

Orientadora

Dúvidas ou informações, procurar:

Tutora – Gerlane Ângela da Costa Moreira

Telefone: (83) 2101-1233