



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENFE**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**MARIANA LÍCIA RAMOS DE ALENCAR**

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CUITÉ**  
**2018**

**MARIANA LÍCIA RAMOS DE ALENCAR**

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande – *Campus Cuité*, como requisito obrigatório à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira

**CUITÉ  
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Rosana Amâncio Pereira – CRB 15 – 791

A368a Alencar, Mariana Lícia Ramos de.

Avaliação multidimensional de idosos assistidos na estratégia Saúde da Família. / Mariana Lícia Ramos de Alencar. – Cuité: CES, 2018.

39 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2018.

Orientadora: Matheus Figueiredo Nogueira.

1. Saúde do idoso. 2. Incapacidade funcional. 3. Gerontologia. 4. Saúde Coletiva. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 616-083-053.9

**MARIANA LÍCIA RAMOS DE ALENCAR**

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado pela aluna Mariana Lícia Ramos de Alencar, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (Campus Cuité), tendo obtido o conceito de APROVADO, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em 18 de julho de 2018.

**Banca examinadora:**

---

**Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira**  
Orientador – UFCG

---

**Profa. Dra. Luciana Dantas Farias de Andrade**  
Membro – UFCG

---

**Profa. MSc. Danielle Samara Tavares de Oliveira Figueiredo**  
Membro – UFCG

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus avós, Antônio de Matos Alencar e a Núbia Rocha de Alencar (*in memoriam*), fonte da minha inspiração por enveredar nos estudos e pesquisas sobre envelhecimento e saúde do idoso. Infelizmente minha avó se foi antes de concluir essa fase da minha vida, mas tenho certeza que ela está muito feliz com essa realização. A vocês, todo o meu amor.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e obstáculos.

Aos meus pais, Francisco e Mauba, sem eles nada seria possível. A vocês todo o meu amor e gratidão por ter sempre feito o possível e impossível para que eu realizasse todos os meus desejos.

Aos meus irmãos Lela, Breno e Maria Eduarda, por todo amor e carinho a cada volta minha para casa.

Ao meu noivo Gustavo, por toda paciência, por cada ensinamento e companheirismo durante esses anos.

A Cuité e aos cuitenses que tive o prazer de conviver durante esses anos, cidade que me acolheu com todo amor e que aprendi a amar.

Aos amigos que cultivei durante a vida universitária (Jessyka, Fernanda, Myllene, Wallison, Taiza, Nelly), sem dúvidas o caminho foi bem mais fácil com vocês ao meu lado. Em especial a Julyana, que esteve comigo desde primeiro período do curso, a quem sempre me apoiou e esteve ao meu lado em todos os momentos. E as minhas amigas que mesmo de longe, sempre se fizeram presente (Jainny, Larissa, Luiza, Carol e Dani).

Ao meu orientador e professor Matheus Nogueira, a quem sempre tive uma enorme admiração, que seguiu a palavra ao pé da letra, me orientou de verdade, dedicado e solícito a cada encontro nosso. Obrigada por todos os ensinamentos.

E não menos importante a quem esteve todos os dias ao meu lado, me fazendo companhia, mesmo que só deitada ao lado da mesa, a minha *dog*, Poinc.

Minha eterna gratidão a cada um que contribuiu para que esse sonho fosse realizado.

# AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Mariana Lícia Ramos de Alencar<sup>1</sup>

Matheus Figueiredo Nogueira<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A capacidade funcional em idosos traduz-se pelo potencial para decidir e atuar em sua vida de forma independente, o que suscita sua ampla avaliação para o reconhecimento de necessidades de saúde específicas apresentadas na velhice. **Objetivo:** Avaliar, sob a perspectiva multidimensional, a capacidade funcional de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família. **Método:** Investigação epidemiológica observacional transversal realizada no município de Petrolina - PE, com amostra composta por 43 idosos. Os dados foram obtidos por meio do índice de Katz, Escala de Lawton, Mini-exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, *Timed up and go Test*, Escala Optométrica de Snellen e Questionário sociodemográfico e clínico, com análise subsidiada pela estatística descritiva. **Resultados:** Sobre a capacidade funcional, 95,3% dos idosos mostraram-se independentes para as atividades básicas da vida diária, mas somente 2,3% o são para as atividades instrumentais; quanto ao humor, 34,9% dos idosos apresentaram quadro de depressão leve; 88,4% são normalmente independentes para a mobilidade; e 55,8% revelaram perda moderada da acuidade visual. **Conclusão:** Os idosos possuem independência e autonomia parcialmente preservadas, com discreta limitação funcional ratificada pela senescência. A avaliação multidimensional de idosos é essencial no contexto da atenção primária para promover a eficácia assistencial em saúde.

**Descritores:** Saúde do idoso. Incapacidade funcional. Gerontologia. Saúde Coletiva.

## ABSTRACT

**Introduction:** Functional capacity in the elderly translates into the potential to decide and act in their lives independently, which raises their wide assessment for the recognition of specific health needs presented in old age. **Objective:** To evaluate, from a multidimensional

---

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde. Cuité - PB.

<sup>2</sup> Orientador. Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva. Professor Adjunto I do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande. Cuité - PB.

perspective, the functional capacity of the elderly assisted in the Family Health Strategy. **Method:** Cross-sectional epidemiological investigation carried out in the city of Petrolina - PE, with a sample composed of 43 elderly individuals. Data were obtained through the Katz Index, Lawton Scale, Mental State Mini-Exam, Geriatric Depression Scale, Timed up and go Test, Snellen Optometric Scale, and Sociodemographic and Clinical Questionnaire, with analysis subsidized by descriptive statistics. **Results:** On functional capacity, 95.3% of the elderly were independent for basic activities of daily living, but only 2.3% were for instrumental activities; Regarding mood, 34.9% of the elderly had mild depression; 88.4% are normally independent for mobility; and 55.8% showed moderate loss of visual acuity. **Conclusion:** The elderly have partially preserved independence and autonomy, with discrete functional limitation ratified by senescence. Multidimensional evaluation of the elderly is essential in the context of primary care to promote health care effectiveness. **Descriptors:** Elderly health. Functional disability. Gerontology. Public health.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional se constitui em uma realidade mundial e vem se apresentando em uma dimensão sem precedentes.<sup>1</sup> Comparando o número de idosos, em 2013, no mundo, eram 841 milhões, sendo quatro vezes maior que os 202 milhões que viviam em 1950. Em 2015, eram 901 milhões (12% da população mundial) e indicadores mostram acréscimo de 3,26% no número de idosos ao ano. Projeções estimam que o número de idosos alcançará 1,4 bilhões em 2030 e 3,2 bilhões até 2100.<sup>2</sup>

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontam que este é o segmento populacional que mais cresce: passou de 14,2 milhões em 2000, para 19,6 milhões em 2010, devendo atingir 41,5 milhões em 2030 e 73,5 milhões em 2060. O IBGE revela ainda que em 2025 o Brasil estará mundialmente colocado no sexto lugar em população idosa.<sup>3</sup>

À medida que um maior número de pessoas atinge idades mais avançadas, há uma tendência de alteração no padrão de morbidade e de causas de morte da população. Ao invés das doenças infectocontagiosas, tornam-se predominantes as doenças crônico-degenerativas e suas complicações. Deste modo, a tendência hodierna é haver um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, experimentam maior número de condições crônicas. Em curto ou longo prazo, o aumento no número de doenças crônicas leva a uma maior prevalência de incapacidade funcional.<sup>4</sup>

Acrescenta-se que o avançar da idade propicia mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que abrangem todo o organismo e determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade.<sup>1</sup> Logo, com o processo fisiológico do envelhecimento, a capacidade funcional dos sistemas orgânicos tende a diminuir. Até aproximadamente os 20 ou 30 anos, quando se atinge um ápice, as pessoas vão desenvolvendo suas capacidades e, a partir de então, o desempenho funcional declina pouco a pouco, ao longo dos anos. Trata-se de um processo lento e imperceptível, mas inexorável e universal.<sup>4</sup>

A capacidade funcional em idosos é definida como o potencial para decidir e atuar em sua vida de forma independente e o seu estudo é útil para avaliar o estado de saúde dessa população, tendo em vista as repercussões do aumento da expectativa de vida e as novas perspectivas sobre o cotidiano desses indivíduos. A capacidade funcional, portanto, envolve dois tipos de atividades: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), classificadas de acordo com o seu nível de complexidade e, por vezes, associadas à presença de doenças, agravos ou deficiências, bem como influenciada por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais.<sup>1</sup>

O conceito amplamente aceito de saúde do idoso traduz-se pela manutenção e preservação da sua condição e autonomia e independência.<sup>5</sup> Para tanto, acompanhando essa lógica, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio da atuação de equipes multiprofissionais, deve tornar operativa a avaliação global dos idosos ao transcender o olhar para diagnósticos e tratamentos de agravos, e alcançar a compreensão dos seus aspectos funcionais, da saúde física e mental, das condições socioeconômicas e da capacidade de autocuidado, o que poderá subsidiar a formulação do diagnóstico multidimensional da independência funcional do idoso.

Considerando que a avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos; e que a velhice é uma experiência individual que pode ser vivenciada de forma positiva ou negativa, os cuidados de enfermagem são indispensáveis na melhoria do estado de saúde das pessoas, quer quando a intervenção se dirige à manutenção ou a obtenção de estilos de vida saudáveis, quer quando em situação de doença se encaminham a aquisição do bem-estar ou à promoção da independência.

Ao reconhecer a importância da avaliação multidimensional em idosos para vislumbrar necessidades específicas apresentadas na velhice (em todos os níveis de atenção à saúde: promoção, proteção, recuperação e reabilitação) e, a partir deste reconhecimento,

e elevar as possibilidades de uma assistência mais eficiente, eficaz e de qualidade, potencializa-se a necessidade de desenvolver uma investigação que agregue este conhecimento científico com as competências e habilidades práticas das equipes multiprofissionais, para assim proporcionar melhores níveis de qualidade aos anos a serem vividos.

Com base no exposto, objetivou-se neste estudo avaliar, sob a perspectiva multidimensional, a capacidade funcional de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família; descrever o perfil sociodemográfico dos idosos; verificar a funcionalidade global dos idosos, com ênfase nas atividades básicas da vida diária e atividades instrumentais da vida diária; e averiguar a funcionalidade dos sistemas corporais principais dos idosos (cognição, humor, mobilidade e comunicação).

## **MÉTODOS**

Trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional transversal com desenho quantitativo, desenvolvido no município de Petrolina, localizado no estado brasileiro do Pernambuco. A unidade de referência para localização dos participantes do estudo foram todas as Unidades de Saúde da Família (USFs) da zona urbana vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

O município de Petrolina possui um contingente populacional de 4.714 idosos, equivalente a 1,6% da população total. Com base na premissa da representatividade, o cálculo amostral considerou a prevalência estimada de capacidade funcional de idosos satisfatória desconhecida ( $P=0,50$ ), nível de 90% de confiança ( $z$ ) e erro máximo de estimativa amostral de 10% ( $\epsilon$ ), totalizando um “ $n$ ” equivalente a 67 participantes, selecionados por amostragem probabilística sistemática. Foram considerados critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos; efetivo cadastro na Estratégia Saúde da Família; e ausência de déficit cognitivo, avaliado pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) com ponto de corte 18 para idosos não alfabetizados.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: I) Índice de Katz, para avaliar as atividades básicas de vida diária; II) Escala de Lawton, para averiguar as atividades instrumentais da vida diária; III) MEEM, para avaliação da condição cognitiva; IV) Escala de Depressão Geriátrica (GSD-15), para verificar a função humor; V) *Timed up and go test*, para mensurar a mobilidade; VI) Escala Optométrica de Snellen, para avaliação da acuidade visual; e VII) Questionário sociodemográfico e clínico, para a caracterização destes perfis. A coleta de dados ocorreu durante os meses de dezembro de 2017 a fevereiro de 2018, nas USFs ou

por meio de visitas domiciliares. Considerando as perdas amostrais, participaram do estudo 43 idosos.

Os dados foram analisados descritivamente com uso do *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 20, no intuito de caracterizar de modo isolado o comportamento de cada uma das variáveis no conjunto das observações, por meio de medidas de frequência absoluta, relativa e de tendência central (média e desvio-padrão). Foram utilizados os recursos proporcionados pela estatística descritiva, chamada de análise univariada, que possibilitou caracterizar o que é típico no grupo, indicar a variabilidade dos indivíduos no grupo e verificar como estes se distribuem em relação a determinadas variáveis.

Todos os procedimentos éticos para o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos foram respeitados.<sup>6</sup> O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro (CAAE nº 68495816.7.0000.5182 e Parecer nº 2.163.401).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O MEEM foi definido para avaliar a capacidade cognitiva do idoso de responder aos demais instrumentos de coleta de dados. Foram estabelecidos dois pontos de corte, em que pontuação inferior indica comprometimento cognitivo. Idosos com escolaridade deveriam atingir uma pontuação mínima de 24 pontos, e aqueles sem alfabetização, o mínimo de 18 pontos. Essa variação de escores pode sugerir um viés de seleção da amostra determinado pelos distintos níveis de escolaridade. Os resultados do MEEM são apresentados na Tabela 1.

**Tabela 1** - Avaliação cognitiva de idosos por meio do Mini Exame do Estado Mental. Petrolina - PE, 2018 (n=43).

Mini Exame do Estado Mental		
<i>Média = 23,77</i>		
<i>Desvio padrão = 3,351</i>	<i>Mínimo = 18</i>	<i>Máximo = 30</i>

Diante dos resultados da pesquisa, é possível afirmar que o nível de capacidade cognitiva foi relativamente satisfatório, uma vez a média obtida de 23,77, numa escala que tem no máximo 30 pontos. O escore mínimo do MEEM obtido foi 18 pontos, com o máximo de 30 e o desvio padrão de 3,351, considerado um valor relativamente baixo.

A manutenção e preservação da capacidade cognitiva em idosos é de suma importância, uma vez que esta variável está diretamente relacionada com a autonomia da

pessoa idosa. A independência do idoso geralmente é reduzida ao passo que o envelhecimento avança, sendo assim, preservar e estimular a cognição trará diversos benefícios na saúde do senescente, favorecendo uma melhor qualidade de vida para essa população no sentido de liberdade, lazer, autorrealização e autoestima.<sup>7</sup>

Para a caracterização sociodemográfica dos idosos foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, religião, chefe da família, arranjo familiar, presença de cuidador, caracterização do cuidador, escolaridade e renda. Os resultados podem ser observados na Tabelas 2 e 3.

**Tabela 2** - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Petrolina - PE, 2018 (n=43).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<b>Sexo</b>	Masculino	18	41,9
	Feminino	25	58,1
<b>Idade</b>	<i>Média = 75,72</i>		
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Desvio padrão = 5,302</i>	<i>Mínima = 67</i>	<i>Máxima = 86</i>
<b>Estado civil</b>	Solteiro	03	7,0
	Casado	26	60,5
	Divorciado	03	7,0
	Viúvo	11	25,5
<b>Religião</b>	Nenhuma	04	9,3
	Católica	32	74,4
	Protestante/Evangélica	05	11,6
	Espírita	02	4,7
<b>Escolaridade</b>	<i>Média = 5 anos</i>		
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Desvio padrão = 3,761</i>	<i>Mínima = 0</i>	<i>Máxima = 13</i>
<b>Renda</b>	<i>Média = 1.465,49</i>		
<i>Medidas descritivas</i>	<i>Desvio padrão = 997,70</i>	<i>Mínima = 700,00</i>	<i>Máxima = 5.000,00</i>
<b>TOTAL</b>		<b>43</b>	<b>100,0</b>

A maioria dos participantes é do sexo feminino (58,1%), com idade média de 75,72 anos, casada (60,5%), de religião católica (74,4%), com escolaridade média de 5 anos de estudo e com renda média de R\$ 1.465,49.

As mulheres constituem a maioria da população idosa em todas as regiões do mundo, e as estimativas são de que estas vivam, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. De acordo com os dados recenseados do Brasil, o contingente feminino de mais de 60 anos de idade passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000 e 6% em 2010. A feminização da traz consigo diversos fatores positivos e negativos tanto para a própria mulher quanto para a família, uma vez que pode estar associada a um maior risco social e, ao mesmo tempo, a uma

reestruturação do espaço relacional por ser a mulher idosa importante elo para a rede de apoio familiar. O envelhecimento traz riscos crescentes à mulher em termos de saúde, funcionalidade, proteção e integração social.<sup>8</sup>

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que o indivíduo é considerado idoso a partir dos 65 anos de idade. Para os países em desenvolvimento, como o Brasil, o Ministério da Saúde (MS) ao observar a caracterização populacional de um país emergente, compreende que o perfil da pessoa idosa difere em diversos quesitos, como: produtividade; funcionalidade; oportunidades de emprego; aumento de exposição a fatores de risco para desenvolvimento de comorbidades e especialmente a continuidade de atividades paralela ao avanço da idade, considerando assim, idoso, o indivíduo a partir de 60 anos de idade.<sup>9</sup>

A classificação de idosos é estratificada em idoso jovem (60 a 75 anos), idoso (76 a 85 anos) e muito idoso (acima de 85 anos).<sup>10</sup> Desse modo, a partir dos resultados obtidos, houve uma predominância de idosos jovens neste estudo, o que denota um melhor perfil de autonomia e independência associadas à capacidade funcional.

Sobre o estado civil, a maioria dos idosos é casada e isso reflete a cultura do nosso país. A conjugalidade está associada à qualidade de vida, especialmente na velhice. Após a saída de casa dos filhos, o casal costuma se aproximar e depender mais um do outro, o que fortalece o vínculo entre ambos, na medida em que o cônjuge passa a ser a principal referência em termos de oferta de apoio, bem como de companhia, interação e cuidado. Por esses motivos, a conjugalidade pode ser compreendida como um fator de proteção ao desenvolvimento na velhice.<sup>10</sup>

Quanto à religião, os participantes relatam com maior frequência o catolicismo (74,4%). A questão religiosa se apresenta mais aguçada no idoso devido às características da sua existência, não excluindo as necessidades do ser humano em todas as suas fases. Pessoas acima de 65 anos possuem mais comportamentos e atitudes religiosas do que as pessoas mais jovens, evidenciando, desse modo, a importância da espiritualidade nesta fase da vida. Para muitas pessoas, a espiritualidade/religiosidade é uma fonte de conforto, significado e força, estando relacionada ao bem-estar físico, mental e à busca de um propósito de vida.<sup>11</sup>

O nível de escolaridade dos idosos entrevistados aponta uma média de estudos de 5 anos, considerada relativamente uma média baixa por referir-se apenas à realização do ensino fundamental. A época em que esses idosos nasceram e cresceram pode explicar o baixo índice de escolaridade. Desfechos negativos como problemas de saúde mental, fragilidade e condições crônicas podem estar associados à baixa escolaridade, na medida em que piores hábitos de vida, maior exclusão social, menor nível de informação, piores condições

socioeconômicas e falta de conscientização para as necessidades de cuidado com a saúde impedem o livre acesso aos serviços de saúde precocemente, em busca da promoção da saúde e prevenção dos agravos.<sup>12</sup>

No que se refere a renda, a amostra desse estudo infere uma condição econômica inferior ou equivalente a muitos outros estudos realizados nas regiões norte e nordeste brasileira. Tal dado pode contribuir para entender os fatores dificultadores de ações preventivas, adesão a possíveis tratamentos e ainda na impossibilidade de garantia das necessidades humanas básicas.<sup>13</sup>

A baixa renda obedece a um gradiente que atravessa as classes socioeconômicas menos favorecidas, sendo que quanto menor a renda ou posição social, conseqüentemente menor será a condição de atender as necessidades de saúde e doença. Logo, é possível remeter que a pessoa idosa e que se encaixe na situação de vulnerabilidade, terá maior chance de complicações e conseqüentemente perdas que agravam a saúde do indivíduo, o que reflete diretamente na sua condição funcional.<sup>14</sup>

**Tabela 3** - Caracterização sociodemográfica de idosos acompanhados na Estratégia Saúde da Família. Petrolina - PE, 2018 (n=43).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
<i>Chefe da família</i>	Próprio idoso	27	62,8
	Cônjuge	11	25,6
	Filho	03	7,0
	Outro familiar	01	2,3
	Não familiar	01	2,3
<i>Arranjo familiar</i>	Sozinho	05	11,6
	Somente com o cônjuge	09	20,9
	Cônjuge e filhos	09	20,9
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	04	9,3
	Somente com filhos	09	20,9
	Arranjos trigeracionais	04	9,3
	Não familiares	01	2,3
	Outros	02	4,7
<i>Presença de cuidador</i>	Sim	09	20,9
	Não	34	79,1
<i>Caracterização do cuidador</i>	Cônjuge e filhos	02	4,7
	Cônjuge, filhos, genro ou nora	03	7,0
	Somente filhos	03	7,0
	Cuidador particular	01	2,3
	Sem cuidador	34	79,1
<b>TOTAL</b>		43	100,0

De acordo com os achados da pesquisa, a liderança da família em sua maioria assumida pelo próprio idoso (62,8%), aspecto considerado positivo por revelar determinado nível de autonomia. Quanto ao arranjo familiar, os idosos se organizam sempre com algum tipo de acompanhante, especialmente cônjuge e/ou filhos de uma maneira geral (62,7%); a maioria não se considera acompanhada por cuidador (79,1%); e os que possuem algum cuidador (20,9%), este é representado por algum familiar.

Nesta perspectiva, o próprio idoso referiu ser o chefe da família, o que denota a manutenção da autonomia e independência, mesmo considerando o avançar da idade. Destaca-se que a autonomia é um elemento central no processo do envelhecimento ativo e promovê-la em pessoas idosas e assegurar o direito à sua autodeterminação mantêm a sua dignidade, integridade e liberdade de escolha, sendo fundamental para a promoção de melhores condições de saúde.<sup>15</sup>

As abordagens de um envelhecimento mais ativo implicam uma mudança na estratégia de intervenção com estas pessoas, que não foque apenas as dificuldades e necessidades mas que reconheça também os direitos e as potencialidades. O que o envelhecimento ativo traz de novo parece ser a necessidade de criar igualdade de oportunidades e de tratamento daqueles que ficam mais velhos, assegurando que poderão ativamente procurar o seu envelhecimento bem-sucedido, de acordo com as suas necessidades, tornando o sujeito mais ativo e, portanto, menos passivo face às experiências afetas a este processo.<sup>16</sup>

Como a grande maioria dos idosos do estudo referiu não ter cuidador, isso pode decorrer de vários fatores. Alguns são independentes e referem não precisar de cuidador, já outros não relataram o motivo pelo qual não tem cuidador, podendo ser pelo fato de não poder pagar um cuidador ou simplesmente não reconhecer alguém que possa ser o seu cuidador.

Sobre os cuidadores informais, reconhecendo que a idade avançada é marcada pela presença de doenças crônicas que podem levar à incapacidade de atividades comuns desencadeando uma dependência, a presença de um cuidador para auxiliar o idoso em sua movimentação diária, ocorre de maneira voluntária ou não, sendo esse papel, na maioria das vezes, desenvolvido por familiares próximos. Esse trabalho quando realizado por essas pessoas é desenvolvido dentro dos lares, em que a pessoa cuidadora abarca todos os cuidados necessários, permitindo uma vida saudável para aquele ser dependente.<sup>12</sup>

Embora a grande maioria tenha mencionado não precisar de cuidador, àqueles que responderam que convivem com cuidadores, estes são, em maior evidência, os próprios familiares, sejam filhos ou cônjuges. Relações conjugais e relacionamentos entre pais e filhos envolvem uma complexa rede de sentimentos que funciona de modo circular na tentativa de

manter um equilíbrio. Quando um desses sujeitos adoecer, cuidar pode ser uma forma de manter um vínculo. Ademais, é um direito constitucional do idoso que filhos amparem os pais na velhice, carência ou enfermidade, assim como é dever da família (além de Estado e sociedade) a defesa da dignidade e bem-estar de pessoas idosas.<sup>17</sup>

**Tabela 4** - Avaliação multidimensional da capacidade funcional de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família. Petrolina - PE, 2018 (n=43).

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
<i>ABVD</i>	Independente	41	95,3
	Dependência moderada	01	2,3
	Muito dependente	01	2,3
<i>AIVD</i>	Dependência grave	01	2,3
	Dependência moderada	20	46,5
	Dependência leve	21	48,8
	Independente	01	2,3
<i>Humor</i>	Quadro psicológico normal	27	62,8
	Quadro de depressão leve	15	34,9
	Quadro de depressão severa	01	2,3
<i>Mobilidade</i>	Normalmente independente	38	88,4
	Indicativo de instabilidade postural	05	11,6
<i>Acuidade visual</i>	Perda moderada da acuidade visual	24	55,8
	Visão satisfatoriamente normal	19	44,2
<b><i>TOTAL</i></b>		43	100,0

Como pode ser observado na Tabela 4, quanto à capacidade funcional relativa às ABVD, o maior percentual diz respeito à categoria de idoso independente, revelando uma possível autonomia dos participantes quanto à realização das atividades básicas da vida diária. Existem diversas formas de avaliar a capacidade funcional, entretanto nos estudos epidemiológicos utiliza-se a medida das ABVD, em que estão inclusas atividades como: alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o sanitário, transferir-se da cama para uma cadeira e caminhar em um cômodo do mesmo andar.<sup>18</sup>

A avaliação da dependência e do nível da capacidade funcional é essencial para o estabelecimento de um plano de apoio, junto a outros indicadores sociais e clínicos que poderão determinar a adequada terapêutica e a eficiência das intervenções propostas à readaptação da pessoa com perda de autonomia. A possibilidade de executar atividades da vida cotidiana, levar uma vida independente da vontade de outros, realizar atos sem ajuda,

desempenho na sua potencialidade como ser humano, são fatores que traduzem uma satisfação pessoal e promovem qualidade de vida.<sup>19</sup>

A preservação das ABDV é de extrema importância para manutenção da vitalidade da pessoa idosa, uma vez que o idoso que mantém um padrão considerável de realização das atividades apresenta-se frequentemente uma maior qualidade de vida. O idoso autônomo é um indivíduo emancipado e detentor de suas próprias vontades, favorecendo a redução de adoecimentos, sobretudo os de cunho psicológico.

Na modalidade de avaliação realizada com a escala de Lawton para verificar a capacidade funcional considera-se a execução das seguintes atividades instrumentais da vida diária (AIVD): utilização do telefone, ir a locais sem planejamento especial, fazer compras, preparar as próprias refeições, arrumar a casa, realizar trabalhos domésticos, lavar e passar roupa, tomar seus remédios na dose e horário correto e cuidar das próprias finanças. Nesse sentido, 46,5% dos participantes do estudo foram considerados com dependência moderada e 48,8% com dependência leve, revelando perdas funcionais sobrepostas ao índice de Katz.

A população idosa geralmente apresenta inicialmente uma perda da funcionalidade das AIVD e posteriormente o comprometimento das ABVD, pois a primeira diz respeito para a sua realização é necessário um maior esforço cognitivo e intelectual, em comparação a segunda que atividades mais “grosseiras” e instintos de sobrevivência, revelando uma plena autonomia do idoso que preserva tais funcionalidades.<sup>8</sup>

Há uma elevada complexidade na avaliação da capacidade funcional através dos indicadores da AIVD, sendo que para essa medida se faz necessária a compreensão de sua subjetividade e a influência da cultura na realização ou não destes itens. Destarte, é fundamentalmente importante a preservação dessas atividades bem como do conhecimento do nível da funcionalidade existente para que se lancem estratégias de correção e manutenção, com a finalidade de restabelecer e estimular o desempenho pelos idosos.<sup>20</sup>

No que diz respeito à condição de humor dos idosos participantes, verificou-se que a maioria (62,8%) possui quadro psicológico normal, entretanto um número significativo de idoso apresentam depressão leve (34,9%), traduzindo a necessidade de uma maior atenção por parte dos profissionais do serviço de saúde, uma vez que esses idosos não possuem diagnóstico para essa disfunção psicológica nem tampouco um tratamento efetivo. A depressão na população idosa é comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários. Prevê-se que as consequências na saúde pública do subtratamento da depressão no idoso aumentarão, dado o envelhecimento crescente da população.<sup>21</sup>

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção que permite conhecer a situação de saúde dos indivíduos, o que se mostra indispensável para uma efetiva assistência e possíveis encaminhamentos para outros nível de complexidade.<sup>22</sup> O enfermeiro da APS é um dos profissionais da saúde que tem contato direto, prolongado e constante com os pacientes nos serviços de saúde, assim está numa posição privilegiada para identificar os sinais indicativos de depressão e realizar os devidos encaminhamentos.<sup>21</sup>

Quanto à avaliação da mobilidade, equilíbrio e desempenho locomotor, a maioria dos participantes se classifica como idoso normalmente independente (88,4%), revelando uma considerável independência quanto a mobilidade física. É necessário pontuar que nenhum idoso executou o teste em tempo inferior a 10 segundos, marca referente ao melhor resultado.

A independência física, como a mobilidade, estabilidade e equilíbrio é um importante fator para garantia da independência e redução do risco de quedas entre a população idosa. O tempo de execução do teste tem importante representação mediante as publicações. Uma ocorrência de quedas poderá gerar no idoso traumas irreversíveis diante da sua mobilidade pelo medo de cair novamente. É necessário, portanto, identificar a ocorrência de quedas recorrentes por parte dos familiares, cuidadores e profissionais da APS, sugerindo que os programas de prevenção desempenhem atividades voltadas nesse sentido.<sup>23</sup>

No que concerne à comunicação como sistema funcional principal, ao avaliar a acuidade visual, a maioria dos idosos participantes do estudo (55,8%) demonstrou perda moderada da acuidade visual e uma importante parcela (44,2%) apresentou acuidade visual satisfatoriamente normal. Vale salientar que os idosos com perda da acuidade visual estão mais propensos ao desenvolvimento de quedas, déficit do controle postural e comprometimento funcional.<sup>24</sup>

A acuidade visual pode ser comprometida de forma progressiva por meio de danos metabólicos e até mesmo ambientais, caracterizando a associação entre diminuição da visão e envelhecimento. Juntamente com as mudanças fisiológicas que ocorrem na visão, as doenças oculares crônicas aumentam essa possibilidade do declínio da habilidade visual da pessoa idosa. Dentre as mais diversas causas da perda da visão tem-se com maior impacto a cegueira e a catarata.<sup>25</sup>

## **CONCLUSÃO**

Constataram-se com os resultados que em relação às atividades básicas da vida diária os idosos se apresentam independentes em contraponto às atividades instrumentais cuja

dependência parcial foi identificada. Esse fato guarda forte relação com média de idade dos participantes, caracterizados como potencialmente autônomos, porém acometidos por algumas limitações impostas pelo processo fisiológico do envelhecimento.

Mesmo com a imposição de limites pela idade, se faz necessário que essa condição positiva seja preservada para que se alcance a independência pelo maior tempo possível na velhice. Nesse sentido, o enfermeiro da APS precisa desenvolver competências que busquem a manutenção da capacidade funcional, a prevenção de complicações e a conservação do envelhecimento ativo, por meio de ações como: consultas de enfermagem segundo a singularidade do idoso; avaliações multidimensionais cotidianas como elemento da clínica ampliada; visitas domiciliares para assegurar a acessibilidade e integralidade da assistência; e ações educativas de sensibilização e orientação do senescente para a prática do autocuidado, e para o exercício familiar no cuidado ao idoso.

Um importante achado na pesquisa refere-se à perda moderada da acuidade visual observada em grande parte dos idosos. Essa evidência deve induzir uma maior preocupação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, no que diz respeito à avaliação da acuidade visual durante as consultas. Ao identificar qualquer grau de deficiência visual, mesmo que não haja precisão diagnóstica, surge a possibilidade de encaminhamento para outros equipamentos ou serviços contemplados na rede de atenção à saúde.

## **REFERÊNCIAS**

1. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LARR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line]. 2013. [citado em 21 de mai de 2017]; 19(8): 3317-3325. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03317.pdf>
2. United Nations Organization. World Population Ageing. World Population Ageing 2015. New York: ONU [on-line]. 2015. [citado em 22 mai de 2017]. Disponível em: [http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Geografia, 2016.

4. Alves LC, Leite IDC, Machado C J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. Revista Ciência & saúde coletiva [on-line]. 2008. [citado em 22 abr de 2017]; 13(4): 1199-207. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>
5. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde[on-line]. 2012
6. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília - DF; 2012.
7. Santos GS, Cunha ICKO. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção primária. Rev Enfer do centro oeste mineiro[on-line]. 2013. [citado em 12 jun de 2018]; 3(3): 820-828. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/421>.
8. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. Rev Texto & Contexto [on-line]. 2015. [citado em 23 jun de 2018]; 14(1): 115-131. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/19830>.
9. Mendes AGP, Fonsêca LC, Vasconcelos SL, Ferreira SA, Fermoseli AFO, Melo TCL. A percepção da sociedade a respeito dos idosos que vivem em abrigos em Maceió. Rev Cadernos de graduação [on-line]. 2017. [citado em 23 jun 2018]; 4(1):27-46. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/3593/2256>.
10. Stedile t, Martini MIG, Schmidt B. Mulheres idosas e sua experiência após a viuvez. Rev Psiquiatria prática [on-line]. 2017. [citado em 15 de jun de 2018];12(2): 327-343. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v12n2/07.pdf>.
11. Santos NC, Abdala GA. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos em um município na Bahia, Brasil. Rev Brasileira de geriatria e gerontologia. [on-line]. 2014. [citado em 25 de junho de 2018]; 17(4): 795-805. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400795&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232014000400795&script=sci_abstract&tlng=es)

12. Orlandi AAS, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, Orlandi FS, Pavarini SCL. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. Rev Esc Anna Nery. [on-line]. 2017. [citado em 12 de jun de 2018]; 21(1): 1-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100213&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452017000100213&script=sci_abstract&tlng=pt).

13. Costa NRC, Aguiar MIF, Rolim ISTP, Rabelo PRC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. Rev Pesq Saúde. [on-line]. 2015. [citado em 30 de jun de 2018];16(2): 95-101. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239>.

14. Geib LTC. Determinantes Sociais da saúde do idoso. Ciência & saúde coletiva. [on-line]. 2012. [citado em 21 de jun de 2018]; 17(1):123-133. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000100015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015).

15. Moreira RM, Teixeira RM, Novaes KO. Contribuições da atividade física na promoção da saúde, autonomia e independência de idosos. Rev Kairós gerontologia. [on-line]. 2014. [citado em 22 de jun de 2018]; 17(1): 201-217, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/20492>.

16. Lempke NNS, Barbosa AJG. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. Estudos de psicologia. [on-line]. 2012. [citado em 27 de jun de 2018]; 1(29):647-655. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/01.pdf>.

17. Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal – Mesa diretora; 2011.

18. César CC, Mambrini JVM, Ferreira FR, Costa MFL. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via teoria de resposta ao item. Rev Cadernos de Saúde pública. [on-line]. 2015. [citado em 22 de jun de

2018]; 31(5): 931-945. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/0102-311X-csp-31-5-0931.pdf>.

19. Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Rev Texto contexto enfermagem. [on-line]. 2012. [citado em 30 de jun de 2018]; 21(3): 513-518, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300004).

20. Dias EG, Duarte YAO, Almeida MHM, Lebrão ML. As atividades avançadas de vida diária como componente da avaliação funcional do idoso. Rev Terapia Ocupacional. [on-line]. 2014. [citado em 12 de jun de 2018]; 25(3): 225-232. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/75910>.

21. Semedo DC, Ventura J, Paula SF, Silva MRS, Pelzer MT. Fatores associados a depressão e os cuidados de enfermagem no idoso. Rev de enfermagem. [on-line]. 2016. [citado em 12 de jun de 2018]; 12(12): 101-113. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2260>.

22. Silva NA, Silva SB, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. A avaliação da atenção primária as saúde na perspectiva da população masculina. Reben.[on-line]. 2018. [citado em 22 de jun de 2018];71(2): 255-263. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt\\_0034-7167-reben-71-02-0236.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0236.pdf).

23. Tomicki C, Zanini SCC, Cecchin L, Benedetti TRB, Portella MR, Leguisamo CP. Efeito de um programa de exercícios físicos no equilíbrio e risco de quedas em idoso institucionalizados: ensaio clínico randomizado. Rev Brasileira de geriatria e gerontologia. [on-line]. 2016. [citado em 30 de jun de 2018] ;19(3): 473-482. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00473.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00473.pdf).

24. Pinheiro SB, Cárdenas CJ, Akaishi L, Dutra MC, Martins WR. Avaliação do equilíbrio e do medo de quedas em homens e mulheres idosos antes e após a cirurgia de catarata senil. Rev brasileira de geriatria e gerontologia. [on-line]. 2016. [citado em 15 de jun de 2018]; 19(3):521-532. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00521.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00521.pdf).

25. Menezes RL, Bachion MM. Condições visuais autorrelatadas e queda em idosos institucionalizados. Rev Bras Oftalmol. [on-line]. 2012. [citado em 30 de jun de 2018];71(1): 23-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-72802012000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802012000100005).

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### AValiação MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

---

Eu, \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF \_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo “Avaliação multidimensional de idosos assistidos na Estratégia Saúde da Família”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como a promessa dos esclarecimentos às dúvidas, por mim apresentadas durante o decorrer da pesquisa.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possa fornecer subsídios para a implementação de estratégias de atendimento voltadas às necessidades da população idosa, com programas de intervenção nos diferentes níveis de atenção em vista da promoção da sua capacidade funcional e qualidade de vida;
- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos médico-clínico-terapêuticos efetuados com o estudo; Será garantido a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico. Não virá interferir no atendimento ou tratamento médico;
- V) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VI) Caso deseje, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa. Estou ciente que receberei uma via deste termo de consentimento;

- ( ) Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.  
( ) Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Caso me sinta prejudicado (a) por participar desta pesquisa, poderei recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos – CEP, do Hospital Universitário Alcides Carneiro - HUAC, situado a Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, CEP: 58401 – 490, Campina Grande-PB, Tel: 2101 – 5545, E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br.

Petrolina - PE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

( ) Paciente / ( ) Responsável: \_\_\_\_\_.

Testemunha 1: \_\_\_\_\_.  
**Nome / RG / Telefone**

**Testemunha 2:** \_\_\_\_\_.  
**Nome / RG / Telefone**

Responsável pelo Projeto:

---

**Matheus Figueiredo Nogueira - SIAPE 1842347**  
**Pesquisador Responsável**

Telefone para contato e endereço profissional:  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG  
Centro de Educação e Saúde  
Sítio Olho D'água da Bica  
Cuité – PB  
Telefone institucional: (83) 3372-1924  
Telefone pessoal: (83) 9.9971-6838

**APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

<b>Seção A: Informações Pessoais</b>		<b>CODIFICAÇÃO</b>
A1	Idade: _____ (anos completos) Data de nascimento: ____/____/____.	<i>AIDADE:</i> _____ <i>ADATA:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino                      (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual é a cor da sua pele? (1) Branca      (2) Parda                      (3) Amarela                      (4) Preta (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a)      (2) Casado (a)      (3) Divorciado (a)/desquitado(a) (4) Separado (a)(5) Viúvo (a)      (6) União consensual      (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Quantas pessoas moram na casa atualmente, incluindo o (a) Sr (a)? Nº de pessoas:_____.	<i>ANCASA:</i> _____
A6	Com quem o Sr (a) mora: (1) Sozinho      (2) Somente com o cônjuge      (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora      (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos)      (9) Não familiares (10) Outros (especifique)_____	<i>AMORA:</i> _____
A7	Quem é o (a) chefe ou o responsável do domicílio? (1) Próprio idoso(2) Cônjuge (3) Filho (a) (4) Outro familiar (5) Não familiar(99) NS/NR	<i>ACHEFE:</i> _____
A8	O (A) Sr (a) tem cuidador? (1) Sim      (2) Não	<i>ACUID:</i> _____
A9	Quem é o seu cuidador? (1) Cônjuge (2) Cônjuge e filho (s) (3) Cônjuge, filho(s), genro ou nora (4) Somente com o(s) filho(s)(5) Outro idoso      (6) Cuidador particular (7) Outros (especifique) _____(99) NS/NR	<i>AQCUID:</i> _____
A11	Qual é a sua religião? (0) Nenhuma(1) Católica      (2) Protestante ou Evangélica (3) Espírita                      (4) Judaica                      (5) Outra (especifique) _____	<i>ARELIG:</i> _____

	(99) NS/NR	
<b>Seção B: Perfil Social</b>		<b><i>CODIFICAÇÃO</i></b>
B1	a) O (A) Sr (a) sabe ler e escrever? (1) Sim                    (2) Não                    (99) NS/NR b) Escolaridade: Quantos anos o (a) Sr (a) frequentou a escola? Nº de anos: _____ (Se nenhum, colocar “0”)	<i>BLERES:</i> _____  <i>BESCOL:</i> _____
B2	Qual é a renda mensal em Reais: Idoso: _____ Família (incluir idoso): _____ (99) NS/NR	<i>BRENDI:</i> _____ <i>BRENF:</i> _____
B3	Qual(is) dessas rendas o (a) Sr(a) tem? (Pode ter mais de uma opção) (1) Não tem                    (2) Tem                    (99) NS/NR B3a) Aposentadoria: _____ B3b) Pensão: _____ B3c) Aluguel: _____ B3d) Trabalho Próprio: _____ B3e) Doações (família, amigos, instituições) : _____ B3f) Outras _____	<i>BAPOS:</i> _____ <i>BPENS:</i> _____ <i>BALUGUEL:</i> _____ <i>BTRAPO:</i> _____ <i>BDOA:</i> _____ <i>BOUTR:</i> _____
B9	Atualmente o Sr (a) desenvolve alguma atividade? (ocupação) (1) sim                    (2) não                    (99) NS/NR B9a) Qual? _____	<i>DESENV:</i> _____  <i>OCUPA:</i> _____

## APÊNDICE C

### TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, eu, abaixo-assinado, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cuité – PB, 24 de agosto de 2017.

---

**Pesquisador Responsável**  
Matheus Figueiredo Nogueira  
SIAPE 1842347

## APÊNDICE D

### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Por este termo de responsabilidade, eu, abaixo-assinado, pesquisador responsável pela pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ASSISTIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”, assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/ MS e suas Complementares, homologada nos termos do Decreto de delegação de competências de 12 de novembro de 1991, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmo, outrossim, a responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes a presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentarei sempre que solicitado pelo CEP/ HUAC/EBSER (Comitê de Ética em Pesquisas/ Hospital Universitário Alcides Carneiro) ou CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, o relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/HUAC/EBSERH, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Cuité – PB, 24 de agosto de 2017.

---

**Pesquisador Responsável**  
Matheus Figueiredo Nogueira  
SIAPE 1842347

## **ANEXOS**

## ANEXO A – INDICE DE KATZ – ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA

Nome: _____		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.		
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 recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.		
Não recebe assistência (entra e sai do banheiro sozinho se essa 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"/>
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 às pessoas que recebem alguma assistência pessoal ou que permanecem parcial ou totalmente despidos		
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"/>
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;		
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) <input type="checkbox"/>	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. <input type="checkbox"/>	Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar. <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" 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;		
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 sem 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 B – ESCALA DE LAWTON & BRODY – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA**

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
<b>TOTAL</b>			_____ pontos

## ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	
4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Score total: \_\_\_\_\_

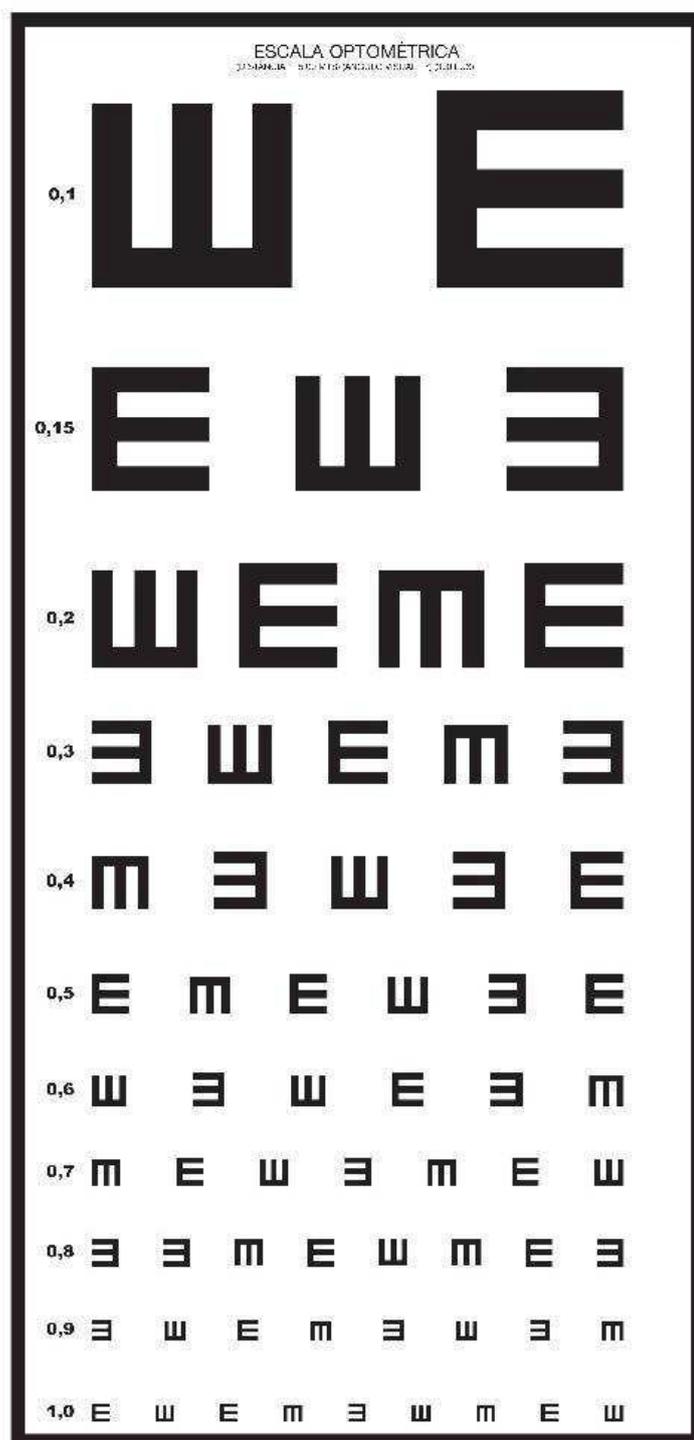
## ANEXO D – ESCALA DE DEPRESSÃO ABREVIADA – GDS-15

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	Sim ( )	Não ( )
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim ( )	Não ( )
3. Acha sua vida vazia?	Sim ( )	Não ( )
4. Aborrece-se com frequência?	Sim ( )	Não ( )
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim ( )	Não ( )
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim ( )	Não ( )
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim ( )	Não ( )
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim ( )	Não ( )
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim ( )	Não ( )
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim ( )	Não ( )
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ( )	Não ( )
12. Sente-se inútil?	Sim ( )	Não ( )
13. Sente-se cheio/a de energia?	Sim ( )	Não ( )
14. Sente-se sem esperança?	Sim ( )	Não ( )
15. Acha que os outros tem mais sorte que você?	Sim ( )	Não ( )

## **ANEXO E – *TIMED UP AND GO TEST***

- O paciente deve levantar-se de uma cadeira de braço, sem o apoio de braços, caminhar três metros com passos seguros e confortáveis, girar 180°, retornar, sentando-se na cadeira;
- O tempo no qual o idoso realiza essa tarefa é cronometrado;
- A altura aproximada do assento da cadeira é de 46 cm ;
- O paciente inicia o teste recostado e com os braços repousados na cadeira;
- Sempre que possível, o paciente deverá ser treinado no teste, previamente;
- O tempo é cronometrado à partir do comando de partida até o paciente assentar-se novamente na cadeira;
- O paciente deve usar calçado usual e, até mesmo, seu dispositivo de ajuda;
- O trajeto deve ser sinalizado no chão com uma faixa colorida.

## ANEXO F – ESCALA OPTOMÉTRICA DE SNELLEN



## ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS

**Pesquisador:** MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 68495816.7.0000.5182

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.163.401

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional transversal com desenho quantitativo. O estudo consta de um recorte de um projeto universal (ainda em construção) e para este momento será desenvolvido no município de Caicó, localizado na região centro-sul do Estado do Rio Grande do Norte.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar, sob a perspectiva multidimensional, a capacidade funcional de idosos em municípios paraibanos e potiguares.

**Objetivo Secundário:**

- Descrever o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos;
- Averiguar a funcionalidade dos sistemas corporais principais dos idosos;
- Verificar a funcionalidade global dos idosos, com ênfase nas atividades de vida diária básicas e atividades de vida diária instrumentais;
- explicar a relação entre a funcionalidade global e o conjunto de variáveis sociodemográficas e clínicas.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador prevê os riscos e indica os caminhos para minimizá-los.

Endereço: Rua Dr. Carlos Chagas, s/n  
Bairro: São José CEP: 58.107-670  
UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@nuac.ufcg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.163.401

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trabalho importante e relevante.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados os seguintes termos:

- Folha de Rosto;
- Declaração de Divulgação dos Resultados;
- Termo de Compromisso do Pesquisador;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de autorização institucional;
- Projeto completo.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram sanadas todas as pendências solicitadas pelo CEP.

Assim sendo, somos de parecer APROVADO.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_820970.pdf	31/05/2017 17:07:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.pdf	31/05/2017 17:06:38	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/05/2017 17:04:37	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	DECLARACAODECOMPROMISSO.pdf	17/05/2017 17:51:05	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSO.pdf	17/05/2017 17:49:10	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Outros	TERMODEAUTORIZACAO.jpg	16/11/2016 22:07:52	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	16/11/2016 22:04:34	MATHEUS FIGUEIREDO NOGUEIRA	Aceito

Endereço: Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n  
 Bairro: São José CEP: 58.107-670  
 UF: PB Município: CAMPINA GRANDE  
 Telefone: (83)2101-5545 Fax: (83)2101-5523 E-mail: cep@huac.ufcg.edu.br

UFCG - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO ALCIDES  
CARNEIRO DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer- 2.163.401

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 07 de Julho de 2017

---

Assinado por:

Januse Nogueira de Carvalho  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua: Dr. Carlos Chagas, s/n

**Bairro:** São José

**CEP:** 58.107-670

**UF:** PB

**Município:** CAMPINA GRANDE

**Telefone:** (03)2101-5545

**Fax:** (03)2101-5523

**E-mail:** cop@huac.ufcg.edu.br