

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ARETHUSA MORAIS DE GOUVEIA SOARES**

**AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA” NO  
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA**

**2012**

ARETHUSA MORAIS DE GOUVEIA SOARES

**“AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA” NO  
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Maria Josefina da Silva

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Federal do Ceará

Biblioteca de Ciências da Saúde

---

S652a Soares, Arethusa Morais de Gouveia.

Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa no contexto da estratégia de saúde da família. / Arethusa Morais de Gouveia Soares. – 2012.

101f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Doutorado em Enfermagem; Fortaleza, 2012.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientação: Profa. Dra. Maria Josefina da Silva.

1. Idoso. 2. Avaliação em Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4. Enfermagem. I. Título.

---

CDD 615.547

“AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA” NO  
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação submetida à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 09/11/2012

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Maria Josefina da Silva (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profa. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho (Membro efetivo)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Profa. Dra. Gerídice Lorna Andrade de Moraes (Membro efetivo)  
Faculdade Católica Rainha do Sertão - FCRS

---

Profa. Dra. Maria Fátima Maciel de Araújo (Membro suplente)  
Universidade Federal do Ceará - UFC

A Deus, por tudo que me proporciona na vida.

Ao meu marido Rui, pelo carinho, pela compreensão e pelo nosso amor.

Aos meus filhos, razão do meu viver, causa da minha alegria e diversão.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter iluminado minhas escolhas e permanecido ao meu lado em cada instante vivenciado no mestrado. Agradeço pela força nos momentos de dúvida, decepção e tristeza e pela certeza da Sua intervenção nos momentos de alegria e de realização. Peço a Ele também que continue me conduzindo na minha vida e na minha profissão e que cada palavra, pensamento ou ação manifestado por mim como enfermeira seja da mesma forma por Ele iluminados.

Ao meu marido Rui de Gouveia Soares Neto, meus filhos Manoel Neto e Ana Luisa, amores da minha vida. Obrigada pelo estímulo, pela paciência, compreensão, ajuda e pelo carinho dispensados durante esse caminho. Dividir minha vida com vocês tem sido motivo de imensa alegria.

Aos meus pais, Antonia Rodrigues Moraes e Francisco de Holanda Moraes, meus torcedores incondicionais. Obrigada por jamais terem medido esforços para proporcionar todas as condições para meu crescimento pessoal e profissional. Sem esse apoio, esta conquista não estaria se realizando.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Josefina da Silva, exemplo de profissional, amiga querida. Quero muito agradecer por tudo que me proporcionou com sua atenção, carinho e amizade. Obrigada por tantos ensinamentos e tanta compreensão!

À Profa. Dra. Janaína Fonseca Victor Coutinho, à Profa. Dra. Gerídice Lorna Andrade de Moraes e à Profa. Dra. Maria Fátima Maciel de Araújo, por aceitarem participar da banca examinadora.

Aos queridos companheiros do Projeto de Pesquisa Ações Integradas em Saúde do Idoso: aspectos socioculturais, político-econômicos e biológico-funcionais. Obrigada a todos por estarem presentes. Em especial: Rochelly, Lara, Carol, Cintia, Bruna, Marília e Eliana.

Aos companheiros de trabalhos do Centro Saúde da Família Francisco Domingos. Obrigada pelo apoio, tempo e pela confiança a mim dispensados durante os dias de ausência para dedicação ao mestrado.

Ào estatístico Edson Soares, à Antonia Sampaio e Luana Monteiro, pela ajuda e paciência nos acertos da dissertação.

Aos componentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, professores e funcionários. Agradeço, sobretudo, aos colegas, coordenadores, professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

## RESUMO

Soares, Arethusa Morais de Gouveia. “**Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa**” no contexto da estratégia saúde da família [dissertação de mestrado]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2012.

A Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (AMRPI) é um instrumento que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos: cartão de Jaeger; Escala de Avaliação de Medida de Independência Funcional; Escala de Katz; Escala de Lawton; APGAR; Escala de Depressão Geriátrica; ECOMAPA; Mini exame do estado mental; e Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti. Este estudo objetivou avaliar a aplicabilidade do instrumento Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa, na consulta de Enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família; e como objetivos específicos, verificar a concordância dos especialistas acerca da aplicabilidade do instrumento AMPI na atenção básica e considerar os aspectos do instrumento que foram consensuais entre os especialistas para propor as adequações necessárias. Pesquisa metodológica do tipo intencional. A população do estudo constituiu-se de enfermeiros, *experts* ou especialistas, do Brasil que possuísse conhecimento na área da saúde do idoso com no mínimo cinco anos de experiência. A coleta de dados foi realizada de fevereiro a abril de 2012, via correio eletrônico, utilizando o método "Delphi" com duas rodadas. Para avaliação do instrumento, foram utilizados os critérios da psicometria propostos por Pasquali (1999): comportamental, simplicidade, clareza e relevância atribuído uma nota (-1,0 e +1). A concordância esperada foi de 80%. Os dados foram agrupados e analisados estatisticamente, por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0, e *software Excel*. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme protocolo n.302/11. Os participantes foram do sexo feminino e a média de idade de 45 anos. Atuava na região Nordeste (36,3%), seguidas da região Sudeste (22,7%). Quanto à área de especialidade, 72,7% tinham formação em gerontologia. Referente à titulação máxima, 54,5 % concluíram doutorado e 36,3% mestrado; com tempo de atuação na área de 5 a 15 anos (50%) e mais de 16 anos (49,9 %), com média do tempo de 21,13 anos. Na área de atuação profissional, atuavam no ensino (45,4%) e na assistência na Estratégia Saúde da Família (36,3%). Na primeira rodada, com exceção do item atividade sexual, todos alcançaram concordância, com proporções estatisticamente significativas. Na segunda rodada, após revisão do item “atividade sexual”, obteve-se concordância estatisticamente significativa. Conforme os resultados apresentados, o instrumento Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa constitui ferramenta importante na consulta de Enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família, na busca pelo envelhecimento ativo.

**Palavras-chave:** Idoso. Promoção da saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

Soares, Arethusa Morais de Gouveia. **Quick multidimensional assessment of elderly people in the context of the Family Health Strategy** [Master's Thesis]. Fortaleza: Federal University of Ceará; 2012.

Quick Multidimensional Assessment of Elderly People (QMAEP) is an instrument that can be used to identify health problems determinants of functional decline in elderly people. It indicates, when necessary, the use of other more complex instruments: Jaeger Card; Assessment Scale of Functional Independence Measure; Katz Scale; Lawton Scale; APGAR; Geriatric Depression Scale; ECOMAP; Mini-mental state examination; and Assessment Scale of Tinetti Gait and Balance. This study aimed to assess the applicability of the instrument Quick multidimensional assessment of elderly people in Nursing consultation in the context of the Family Health Strategy, and with the specific objectives: check the agreement of the experts on the applicability of the instrument QMAEP in primary care, and consider the aspects of the instrument that were consensual among experts to propose the necessary adjustments. This was a methodological research of intentional type. The study population consisted of nurses, experts or specialists from Brazil who had knowledge in the health of elderly patients with at least five years of experience. Data collection was carried out from February to April 2012, via email, using the Delphi method with two rounds. For the instrument assessment we used the psychometric criteria proposed by Pasquali (1999): behavioral, simplicity, clarity and relevance assigning one grade (-1.0 and +1). The expected agreement was of 80%. Data were grouped and analyzed statistically using the Statistical Package for the Social Sciences, version 18.0, and the software Excel. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará, under protocol No. 302/11. The results showed that the participants were female and the mean age was 45 years. Most worked in the Northeast region (36.3%), followed by the Southeast (22.7%). As for the specialty area, 72.7% had training in gerontology. Regarding the maximum degree, 54.5% completed doctoral and 36.3% master's, with work experience in the area of 5 to 15 years (50%) and more than 16 years (49.9%) with a mean time of 21.13 years. Regarding the professional area, 45.4% worked in education and 36.3% in assistance in the Family Health Strategy. In the first round, with the exception of the "sexual activity" item, all reached agreement with statistically significant proportions. In the second round, after review of the "sexual activity" item, we obtained statistically significant agreement. According to the results presented, the instrument Quick multidimensional assessment of elderly people is an important tool in nursing consultation in the context of the Family Health Strategy, seeking active aging.

**Keywords:** Aged. Health promotion. Nursing.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 –	Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil - 1999/2009.....	14
Quadro 1 –	Seleção das escalas pesquisadas nas bases da Lilacs e Scielo por categoria profissional, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza-CE, 2011.....	29
Tabela 1 –	Resumo da amostra.....	37
Tabela 2 –	Caracterização dos especialistas da primeira rodada de avaliação à aplicabilidade do instrumento. Fortaleza, 2012.....	41
Tabela 3 –	Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada). Fortaleza, 2012.....	43
Tabela 4 –	Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a Incontinência e Atividade sexual. Fortaleza, 2012.....	43
Tabela 5 –	Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a Humor-depressão e Cognição-memória . Fortaleza, 2012.....	44
Tabela 6 –	Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a MMSS, MMII e atividades diárias. Fortaleza, 2012.....	44
Tabela 7 –	Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a domicílio, quedas e suporte social. Fortaleza, 2012.....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGM	Avaliação Geriátrica Multidimensional
AMI	Avaliação Multidimensional do Idoso
AMRI	Avaliação Multidimensional Rápida Idosa
AMRPI	Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa
APS	Atenção Primária à Saúde
AVDs	Atividades de Vida Diária
AVID	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CERAD	<i>Consortion to Establish a Registry for Alzheimer's Disease</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GUG	<i>Get Up and Go</i>
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
IMC	Índice de Massa Corporal
IU	Incontinência Urinária
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
MMII	Membros Inferiores
MMSS	Membros Superiores
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAB	Programas e Sistemas de Informação
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TUG	<i>Timed Up and Go</i>
UFC	Universidade Federal do Ceará
USPSTF	<i>U.S.Preventive Services Task Force</i>

## SUMÁRIO

1	<b><u>INTRODUÇÃO</u></b> .....	12
1.1	Aumento da longevidade.....	12
1.2	Iniciativas internacionais acerca do envelhecimento populacional....	15
1.3	Brasil e políticas públicas direcionadas ao idoso.....	18
1.3.1	<i>Política Nacional da Pessoa Idosa</i> .....	19
1.3.2	<i>Atenção à saúde do idoso</i> .....	20
1.4	Formação acadêmica em enfermagem.....	21
1.5	Abordagem multidimensional do idoso.....	23
1.6	Estratégia Saúde da Família e AMRI.....	25
1.7	Justificativa.....	27
2	<b><u>OBJETIVOS</u></b> .....	31
2.1	Geral.....	31
2.2	Específicos.....	31
3	<b><u>METODOLOGIA</u></b> .....	32
3.1	Tipo de estudo.....	32
3.2	População, amostra e local do estudo.....	35
3.3	Método de coleta.....	37
3.4	Organização e análise dos dados.....	39
3.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	39
4	<b><u>RESULTADOS</u></b> .....	41
5	<b><u>DISCUSSÃO</u></b> .....	52
5.1	Características dos especialistas que participaram do estudo.....	52
6	<b><u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u></b> .....	76
	<b><u>REFERÊNCIAS</u></b> .....	78
	<b><u>APÊNDICES</u></b> .....	88

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Aumento da longevidade

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) afirma que a longevidade é um triunfo, no entanto, destaca as doenças crônicas acometidas pela maioria dos longevos e a função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem o envelhecimento ativo.

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) evidenciam que o mundo perpassa por um processo de transição demográfica que resultará em populações mais velhas por todos os continentes. O mesmo documento destaca grande aumento da longevidade, com expectativa de vida estimada, atualmente, em 66 anos, podendo aumentar mais 10 anos até 2050. O número de pessoas com 60 anos ou mais, em todo o mundo, deverá chegar a cerca de dois bilhões até 2050. Na maioria dos países, a população com mais de 80 anos, provavelmente, ficará em torno de 400 milhões (UNITED NATIONS, 2003). A expectativa de vida até 2050, nos países desenvolvidos, deverá ser de 87,5 anos para homens e 92,5 para mulheres (contra 70,6 e 78, 4 anos, respectivamente, em 1998). Nos países em desenvolvimento, será de 82 anos para homens e 86 anos para mulheres, ou seja, 21 anos a mais que os 62,1 e 65,2 atuais (UNITED NATIONS, 2003).

Segundo a ONU (2007), no relatório técnico “Previsões sobre a população mundial”, elaborado pelo Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, o número de pessoas com mais de 60 anos de idade, nos próximos 42 anos, será três vezes maior do que o atual. Os Idosos representarão quarto da população mundial projetada, ou seja, cerca de dois bilhões de indivíduos, no total de cerca de 9,2 bilhões (média projetada considerando as mais altas e baixas taxas de natalidade).

A transição demográfica originou-se na Europa, cujo primeiro fenômeno foi a diminuição da fecundidade, observada na Revolução Industrial, fato anterior ao aparecimento da pílula anticoncepcional. O aumento na expectativa de vida ocorreu de modo insidioso e lento e foi possível devido às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e vacinas (RAMOS *et al.*, 1987).

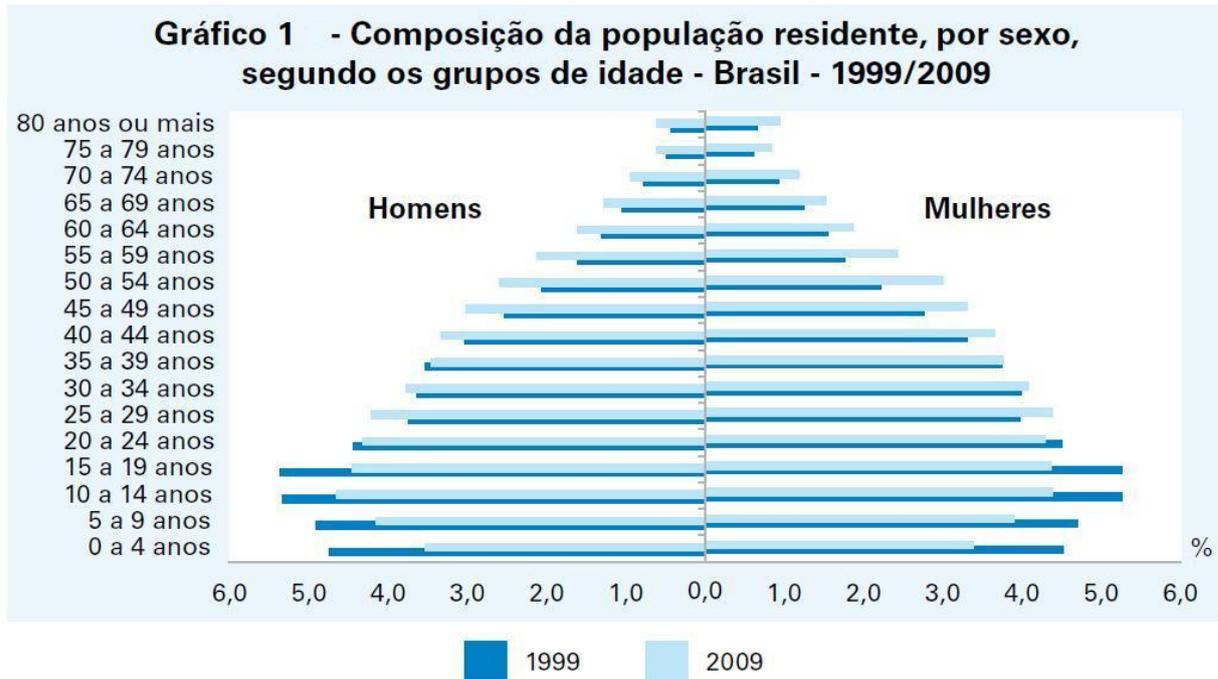
Na América Latina, principalmente nos países em desenvolvimento, observa-se hoje fenômeno semelhante ao ocorrido na Europa, porém, com implicações diferentes.

De acordo com Nasri (2008), o primeiro diferencial em relação à transição europeia e a latino-americana é o momento histórico, no qual ambas ocorreram. No modelo europeu, aconteceram significativos desenvolvimentos sociais e aumento de renda. Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda e condições de infraestrutura. Os países desenvolvidos enriqueceram e, posteriormente, envelheceram. O mesmo não acontece com países pobres, os quais estão envelhecendo antes de enriquecer. Para Kalache (2007), aqueles que tiveram recursos e tempo, como a França, por exemplo, levou 115 anos para dobrar de 7% para 14% a proporção de idosos na população. O Brasil irá proceder ao mesmo em 19 anos, enquanto os franceses levaram seis.

De acordo com o relatório de saúde dos Estados Unidos de 2007, a expectativa de vida aumentou mais de 30 anos entre 1900 e 2000. Em 1940, sete por cento dos americanos chegavam aos 90 anos, enquanto, em 1980, este percentual subiu para 24%. No relatório do *US Department of Health and Human Services*, de 2007, a expectativa de vida ao nascer dos norte-americanos era de 75,2 anos para homens e de 80,4 para mulheres (HEALTH , 2007).

Entre os anos de 1940 e 1960, o Brasil experimentou declínio significativo da mortalidade, mantendo-se a fecundidade em níveis bastante altos, produzindo, assim, população quase estável, jovem e com rápido crescimento. Atualmente, perpassa por momento de transição, tanto para o indicador de mortalidade quanto para o de fertilidade, o que permite estimar de maneira confiável a distribuição etária e o tamanho da população nas próximas décadas.

O cenário brasileiro retrata estreitamento significativo na base da pirâmide. O Brasil segue a tendência mundial. Os anos a mais de vida que determinam melhor o fenômeno da longevidade no século XXI decorrem do avanço da medicina e dos meios de comunicação (IBGE, 2008).



Fonte: IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1999/2009.

Gráfico 1 – Composição da população residente, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil - 1999/2009

O IBGE, no último censo concluído em 2010, reafirma o que os estudiosos e relatórios internacionais previam sobre países em desenvolvimento. Em 1999, a proporção de crianças e adolescentes de até 19 anos de idade na população total era de 40,1%; em 2009, essa participação diminuiu para 32,8%. Outro ponto que merece ser destacado é o considerável crescimento da população idosa de 70 anos ou mais de idade. Em 1999, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) apontava para um total de 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto que em 2009, a população atingia efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1%. O resultado é a ampliação da população dos chamados “mais idosos” - estendendo a heterogeneidade. O seguimento da população de 80 anos ou mais de idade teve crescimento importante se comparado com o ano de 1999 (IBGE, 2010).

O Brasil é um “jovem país de cabelos brancos”. A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira, a maior parte com doenças crônicas e alguns com limitações funcionais. Em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades complexas e onerosas, típica de países longevos, caracterizado por

doenças crônicas e múltiplas que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 1991).

## **1.2 Iniciativas internacionais acerca do envelhecimento populacional**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005), sessenta e quatro por cento das pessoas idosas vivem em regiões menos desenvolvidas – número que deverá aproximar-se de 80%, em 2050. Com o aumento da expectativa de vida, as pessoas mais velhas passam a ser vistas como contribuintes para o desenvolvimento da sociedade, logo políticas públicas e programas devem ser reestruturados em todos os níveis para atender a esta demanda.

Para abordar questões referentes à nova demanda, a Assembleia Geral das Nações Unidas convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 1982, que resultou no Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. O relatório alertava para assuntos como: saúde e nutrição; proteção aos consumidores idosos; habitação e meio ambiente; família; bem-estar social; previdência social, trabalho e educação (ONU, 1982).

Nessa assembleia, ficou definida que a população idosa dos países em desenvolvimento é aquela que tem idade a partir de 60 anos, e nos países desenvolvidos a partir de 65 anos. Neste trabalho, usaremos essa definição quando abordarmos a questão da pessoa idosa.

Um dos principais objetivos do Plano de Viena era inserir na agenda internacional questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população, uma vez que temas sociais não ocupavam o mesmo lugar dos planos econômicos e políticos nas Nações Unidas.

Entretanto, de acordo com Camarano (2004), a concepção de idoso, traçada neste plano, era de indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas aos idosos dos países desenvolvidos, cujas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Soma-se, também, forte visão da medicalização do processo de envelhecimento, presente no Plano.

Em 1992, a Assembleia Geral da ONU, aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento, estabelecendo-se, em 1999, como o Ano Internacional dos Idosos, com o *slogan* “Uma sociedade para todas as idades” (ONU, 2002).

A ação a favor do envelhecimento continuou em 2002, quando a II Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento foi realizada em Madrid. Teve como objetivos debater sobre os impactos e as conseqüências do processo de envelhecimento da população mundial para rever o Plano elaborado em 1982, em Viena. Durante a II Assembleia Mundial foi aprovada nova declaração política que continha os principais compromissos assumidos pelos governos para executar o plano, além de novo Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, 2002).

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento de Madrid dedicou atenção especial aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento e desenvolveu linhas de ações comuns, de acordo com o contexto dos dados estatísticos e do fenômeno da globalização, documento orientador para adoção de medidas normativas sobre o envelhecimento, frente à nova realidade demográfica mundial do século XXI (UNITED NATIONS, 2003).

Os três princípios básicos que norteiam o plano de ação são: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento da saúde e do bem-estar na velhice, promoção do envelhecimento saudável; e criação de entorno propício e favorável ao envelhecimento.

Consoante Camarano (2004), foi elaborado em Madri um plano único, geral, para uma realidade social bastante diversificada. Algumas das recomendações pareceram fundamentadas em modelo pouco real, que seria o daqueles países desenvolvidos que contavam com programa de bem-estar social avançado. Outro ponto importante é que o Plano não previu recursos para o cumprimento das metas, muito embora a declaração política tenha reconhecido a dificuldade dos países pobres de se integrarem na economia global.

A Organização Mundial de Saúde, no final dos anos de 1990, procurou transmitir mensagem mais abrangente acerca do envelhecimento saudável, adotando o conceito de “envelhecimento ativo”, definido como processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2005).

Na verdade, a ênfase na velhice recai sobre a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar os próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho, certamente será considerada uma pessoa ativa.

O termo envelhecimento ativo direciona-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. A palavra “ativa” refere-se à participação contínua do idoso nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença, ou vivem com alguma necessidade especial, podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidade e país (OMS, 2005).

O objetivo do envelhecimento ativo é intensificar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

O termo saúde refere-se ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. Por isso, em projeto de envelhecimento ativo, políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto àquelas que melhoram as condições físicas de saúde (OMS, 2005).

No contexto brasileiro, ainda há compreensão limitada sobre a importância social e preventiva que o estilo de vida ativo pode ter para o envelhecimento, conforme afirmam Ribeiro e Marin (2009). Segundo os autores, poucos estudos vêm buscando descrever o engajamento da população idosa em atividades gerais (de estilo de vida), o padrão de engajamento em atividades entre os idosos precisa ser explorado para que ações interventivas possam ser planejadas com maior cautela (RIBEIRO; MARIN, 2009).

O envelhecimento de maneira ativa, para Ferreira *et al.* (2010), deve ser estimulado entre idosos, pois é sinônimo de vida plena e com qualidade. O envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial e à integralidade de um ser humano que está inserido em um contexto social e que, embora idoso, ainda é capaz de desenvolver as suas potencialidades. Por isso, a importância do apoio das instituições políticas e sociais, da família, da rede de amigos e dos grupos de

interesse comuns, na luta contra a discriminação e o preconceito que, ainda hoje, na cultura de modo geral, gira em torno do envelhecimento.

### **1.3 Brasil e políticas públicas direcionadas ao idoso**

Diante da crescente demanda de uma população que envelhece e em acordo com os direitos previstos pela Constituição de 1988, em 1994, foi promulgada a Política Nacional do Idoso, por meio da Lei 8.842/94 (Brasil, 1994), regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96 (BRASIL, 1996a). Esta política assegurou direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover autonomia, integração e participação efetiva desta na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS). A Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabelece a Política Nacional de Saúde do Idoso, na qual se determina que órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999).

Em 2002, foi proposta a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (Portaria GM/MS nº 702/2002), de acordo com Brasil (2002), tendo como base a condição de gestão e a divisão de responsabilidades, definidas pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Como parte de operacionalização das redes, foram criados os critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso. Em 2003, o Congresso Nacional aprovou e o Presidente da República sancionou o Estatuto do Idoso.

Foi publicado, por meio da Portaria/ GM nº 399, o Pacto pela Saúde, no qual se incluiu o Pacto pela Vida. Neste documento, a saúde do idoso apareceu como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de gestão, desencadeando ações de implementação de diretrizes norteadoras para reformulação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006a).

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a Portaria nº 2.528, do Ministério da Saúde, que aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, representando, assim, a atualização da antiga Portaria (nº 1935/94). Esta Portaria apresentou um novo paradigma para a discussão da situação de saúde dos idosos.

### **1.3.1 Política Nacional da Pessoa Idosa**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006) tem como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

A PNSPI tem, entre considerações e pressupostos, o contínuo e intenso processo de envelhecimento populacional brasileiro; os inegáveis avanços políticos e técnicos no campo da gestão da saúde; o conhecimento atual da Ciência; o conceito de que saúde para o indivíduo idoso se traduz mais pela condição de autonomia e independência que pela presença ou ausência de doença orgânica; a necessidade de buscar pela qualidade da atenção aos indivíduos idosos por meio de ações fundamentadas no paradigma da promoção da saúde, além do compromisso brasileiro com a Assembleia Mundial para o Envelhecimento de 2002.

Mediante tais pressupostos, a promoção à saúde do idoso inclui as seguintes diretrizes: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Os fundamentos da PNSPI derivam da referida Assembleia Mundial para o Envelhecimento, cujo documento básico, denominado Plano de Madrid, apresenta os mesmos objetivos.

Para que o plano vigore, uma série de desafios precisa ser enfrentada, entre estes, a escassez de estruturas de cuidado intermediário e suporte qualificado aos idosos e familiares, suporte qualificado e constante aos serviços e indivíduos envolvidos com o cuidado domiciliar ao idoso, conforme previsto no Estatuto do

Idoso, incluindo-se o apoio às famílias e aos profissionais das equipes de Saúde da Família; superação da escassez de equipes multiprofissionais e interdisciplinares com conhecimento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2006).

### **1.3.2 Atenção à saúde do idoso**

O Pacto Pela Saúde, emitido em 2006, veio para fortalecer esses compromissos, através de componentes de Defesa do SUS e de Gestão. Neste momento, surgiu a Saúde do Idoso como uma das prioridades e, pela primeira vez, nas políticas públicas brasileiras, a oportunidade de se apresentar e discutir, junto a gestores, profissionais da Rede de Serviços de Saúde e população em geral, a nova realidade social e epidemiológica da população brasileira.

Com o propósito promover o envelhecimento ativo e saudável, a área Técnica Saúde do Idoso, do Ministério da Saúde, vem desenvolvendo ações estratégicas com base nas diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e metas propostas pelo Pacto pela Vida. Realiza ações de atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa e de ações intersetoriais, promovendo participação popular e de educação permanente (BRASIL, 2010). São estas: caderneta de saúde da pessoa idosa; caderno de atenção básica - envelhecimento e saúde da pessoa idosa; curso de aperfeiçoamento em envelhecimento e saúde da pessoa idosa; curso de gestão em envelhecimento; oficinas estaduais de prevenção de osteoporose, quedas e fraturas em pessoas idosas.

As ações desenvolvidas ou em desenvolvimento em parceria com outras áreas (Brasil, 2010) incluem: acolhimento: reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa nos centros de saúde, utilização do sistema de agendamento e marcação de consulta e da referência e contrarreferência; assistência farmacêutica: desenvolvimento de ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa aos medicamentos; atenção domiciliar; imunização; Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis.

A rede de atenção básica ainda não trata a questão da saúde do idoso de maneira integrada, exceto por programas que indiretamente contemplam a questão (MIYATA *et al.*, 2005). Ações sobre as doenças crônicas não transmissíveis, como a

hipertensão arterial e os diabetes mellitus, para atender às necessidades dos idosos portadores dessas enfermidades são exemplos disso (BRASIL, 2005).

Notadamente, há lacuna a ser preenchida quando da avaliação da saúde do idoso. A metodologia atual de trabalho, protagonizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), não permite mensurar dados relativos ao envelhecimento saudável/ativo. Faz-se necessário instrumento que desempenhe esse papel de forma simples e eficaz, de modo a facilitar o trabalho dos profissionais da atenção básica, incorporando o conceito de envelhecimento e qualidade de vida em um mesmo contexto.

Na abordagem ao idoso, é necessário que serviços de saúde considerem necessidades distintas, que devem ser atendidas. O que geralmente se observa é a visão do idoso como portador de alguma patologia ou pessoa inválida que está próxima da morte. Essa visão se faz presente também no processo de formação dos profissionais da saúde. Esses profissionais, ao ingressarem nas práticas da atenção básica, passam a cumprir “atividades rotineiras”, o que se reflete principalmente na abordagem ao idoso, a exemplo da consulta focada na patologia crônica apresentada por este. Assim, o idoso é visto como portador de hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus*, perdendo identidade como ser funcional.

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, proposto na Conferência de Madrid, em 2003, no que se refere à promoção da saúde e do bem-estar na velhice, recomenda que idosos devam ter pleno acesso à assistência e aos serviços de saúde, isto inclui a prevenção de doenças e o reconhecimento das atividades de promoção da saúde ao longo da vida; e devem centrar-se na manutenção da independência e melhoria da qualidade de vida dos idosos que já estejam com incapacidade. Os serviços de saúde devem incluir a capacitação de pessoal necessária e recursos que permitam atender às necessidades especiais da população idosa (ONU, 2002).

#### **1.4 Formação acadêmica em enfermagem**

A ESF está pautada na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir. Deve-se interagir com ela preventivamente, constituindo-se em instrumento real de reorganização de demanda. Além disso, reforçam-se as concepções de integração

com a comunidade e o enfoque na atenção integral, evitando ações reducionistas em saúde, centradas, somente nas patologias (BRASIL, 2006).

No entanto, ao analisar o contexto atual da atenção à saúde do idoso, percebe-se que não há sistematização da abordagem à pessoa idosa, com restrição para participação em programas normatizados pelo Ministério da Saúde, como o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Não há enfoque mais preciso em relação aos pontos destacados anteriormente, principalmente no tocante à avaliação da qualidade de vida do idoso. A rede de atenção básica, em especial a Estratégia Saúde da Família, ainda não incorporou conceitos e ações voltadas, visando envelhecimento ativo para promoção da saúde.

Montanholi *et al.* (2006), afirma que se obter atenção qualificada e resolutive aos idosos, é necessária a qualificação de todos os profissionais da ESF, entre estes o enfermeiro, que deve está devidamente preparado para visualizar a tenacidade da instalação de processos patológicos nos idosos, que podem, facilmente, mudá-lo de independente para dependente. Enfim, conscientizar-se que o idoso apresenta necessidades diferentes dos demais adultos, que são inerentes ao processo de envelhecimento.

Ao longo da história da formação acadêmica em Enfermagem, há deficiência no sentido de formar profissionais com visão multifuncional e integrada do cuidado, principalmente no tocante à saúde do idoso. Motta e Aguiar (2007) afirmam que conceitos específicos da gerontologia, como síndromes geriátricas, reabilitação, fragilidade, independência (capacidade de executar tarefas sem ajuda) e autonomia (capacidade de autodeterminação), não constam habitualmente nos conteúdos da graduação, a despeito de serem operacionais para proposição de condutas adequadas.

A enfermagem gerontológica agrega o conhecimento e a prática de enfermagem, provenientes da enfermagem geral, da geriatria e da gerontologia. De acordo com Castro e Takahashi (2008), somente em novembro de 2001, com as modificações propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, começou o desafio para as Instituições do Ensino em Enfermagem: formar os profissionais para cuidar do ser humano idoso. Temática não está inserida nos currículos de Graduação em Enfermagem brasileira no período de 1991 a 2000. Ferreira, Soutello e Ribeiro (2008) também relatam que no final da

década de 1990 surgiu nova proposta curricular que contemplava o idoso na área de assistência de Enfermagem, contudo com foco nas doenças “próprias da idade” e ênfase no tratamento destas.

A promulgação do Estatuto do Idoso, em 2003, fortalece a discussão sobre o cuidado ao idoso. Contudo, a construção e socialização do conhecimento em enfermagem geriátrica/gerontológica ainda carece de maior implementação nas instituições formadoras e na disponibilidade de cursos de extensão universitária. (CASTRO; TAKAHASHI, 2008).

Os Programas e Sistemas de Informação (SIAB) e HIPERDIA, instituídos pelo Ministério da Saúde (MS), contribuem para que profissionais permaneçam com essas atividades rotineiras e repetitivas. Não existe intervenção direcionada à saúde do idoso na Estratégia Saúde da Família. Da mesma forma, a capacitação para profissionais nessa área, ainda, é insuficiente.

A formação de recursos humanos na área de saúde do idoso está vinculada a uma compreensão de processo de envelhecimento humano e suas repercussões biopsicossociais. Diante disto e a necessidade de promover o envelhecimento ativo, surge entre estes profissionais a inquietação de abordar essa clientela de forma organizada, integral e sistematizada.

### **1.5 Abordagem multidimensional do idoso**

Para Sirena (2002), uma avaliação multidimensional para o cuidado do idoso consiste de esforço sistemático para organizar informações advindas do processo investigativo. A Avaliação Geriátrica Multidimensional (AGM) proporciona plano de atenção à saúde, dirigido para otimização do desempenho do idoso, foi desenvolvida de forma mais expressiva nos primeiros anos da década de 1970.

A primeira publicação sobre o tema é de autoria do médico inglês Marjory Warren que introduziu o conceito de unidade de avaliação especializada em idosos no final dos anos de 1930, quando era responsável por enfermaria em Londres. Como resultado de experiências, Warren defendeu que cada paciente idoso recebesse avaliação global e tentativa de reabilitação antes de ser admitido em hospitais de longa permanência ou asilos (MATTHEWS, 1984).

Na década de 1980, com a publicação do estudo desenvolvido por Laurence Rubenstein e seus colegas, a jovem especialidade de geriatria incorporava

a AGM ao seu contexto. A manutenção da qualidade de vida dos pacientes foi apontada como objetivo maior da prática em saúde. Há reconhecimento de que as características da anamnese, do exame físico e diagnóstico diferencial não foram desenhadas para avaliar parte dos componentes da qualidade de vida (RUBENSTEIN; CALKINS; GEENFIELD, 1989). A avaliação funcional passa a ser recomendada pelo *American College of Physicians*, devendo ser incorporada à avaliação médica rotineira, em vista do reconhecimento de que o estado funcional do idoso se constitui em importante componente da qualidade de vida (ALMY, 1988).

Em 1993, Stuck *et al.* propuseram instrumento para ser utilizado em consulta, como rastreamento para detecção de incapacidades funcionais. Selecionaram nove áreas específicas, frequentemente disfuncionais e que podem passar despercebidas na história clínica e exames físicos convencionais: acuidade visual e auditiva, função dos membros superiores e inferiores, estado mental, atividades de vida diária, incontinência urinária, risco ambiental, estado nutricional e suporte social. A detecção é realizada através de perguntas breves e observação de tarefas simples que, em caso de alteração, requeiram avaliação exaustiva da área afetada.

Em 2002, com a finalidade de avaliar a eficácia e eficiência de uma abordagem diagnóstica voltada para o cuidado dos pacientes em Atenção Primária à Saúde (APS), o médico Sérgio Antônio Sirena, geriatra, propôs a utilização de uma Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI), como nova tecnologia de rastreamento e diagnóstico dos problemas que mais frequentemente afetavam a qualidade de vida dos indivíduos com 60 anos ou mais. Realizou a validação da “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”. O estudo foi conduzido no Serviço de Saúde Comunitária (SSC), do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), integrante do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), da cidade de Porto Alegre-RS (SIRENA, 2002).

A Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (AMRPI) é um instrumento que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos, a citar: cartão de Jaeger; Escala de Avaliação de Medida de Independência Funcional; Escala de Katz; Escala de Lawton; APGAR; Escala de Depressão Geriátrica; ECOMAPA; Mini exame do estado mental; e Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti.

Trata-se de instrumento objetivo que fornece dados sociodemográficos, avalia a percepção subjetiva do idoso, a saúde física e mental (aspectos cognitivos e emocionais), a independência no dia a dia, o suporte social e familiar e a utilização de serviços. O objetivo desse instrumento é proporcionar perfil de saúde multidimensional, identificando as dimensões que mais diretamente comprometem a capacidade funcional da população.

Os itens presentes na AMRPI consideram a prevalência das disfunções, a vulnerabilidade à intervenção, a relação com aspectos de prevenção dos agravos mais frequentes e a capacidade de identificação de problemas de repercussão funcional, geralmente assintomáticos ou não registrados de maneira sistemática, que repercutem na qualidade de vida de idosos.

Os domínios pesquisados, presentes no instrumento AMRPI, são: estado nutricional; visão; audição; incontinência urinária; atividade sexual; humor/depressão; cognição/memória; função dos membros superiores e inferiores; atividades de vida diária; domicílio; risco de queda; e suporte social.

De acordo com Sirena (2002), a AMRPI, no estudo de validação, mostrou ser eficaz na detecção dos problemas de saúde que mais frequentemente põem em risco a população idosa. O uso sistemático pode detectar problemas de saúde que passam despercebidos pelo médico ou não são relatados pelos pacientes. O tempo de aplicação foi curto, permitindo inclusão na consulta médica usual; os médicos que aplicaram o instrumento opinaram de forma muito positiva sobre a utilidade do método. No entanto, enfatizamos a importância do instrumento a ser estudado e aplicado por outros profissionais da equipe de saúde e a periodicidade da aplicação para o acompanhamento de longo prazo de pacientes idosos de forma efetiva.

## **1.6 Estratégia Saúde da Família e AMRI**

O Ministério da Saúde publicou, em 2007, o Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, com objetivo de orientar a prática dos profissionais da atenção básica. Observamos nessa publicação pontos importantes, como humanização e acolhimento à pessoa idosa na atenção básica e promoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2007).

A abordagem do paciente idoso em Atenção Primária à Saúde é um processo diagnóstico multidimensional, influenciado por diferentes fatores, como o

ambiente em que o paciente vive; a relação entre profissionais, pacientes-profissionais-familiares; a história clínica, que compreende aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais; e o exame físico (SIRENA, 2002).

Em janeiro de 2012, o núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, organizou oficina de trabalho sobre o tema Atenção à saúde do idoso, em que foram apresentados pontos de debate, como:

- Repensar o conceito de idoso. Trabalhar na perspectiva do envelhecimento saudável;
- Atenção Primária à Saúde (APS) como centro da atenção à saúde do idoso;
- Organização da rede de atenção ao idoso, com regulação da APS;
- Idoso usuário sociosanitário, sendo preciso investir na integração com assistência social, permitindo suporte necessário para promover autonomia e independência;
- Trabalhar com modelos de atenção, adotando e investindo na implementação de ferramentas como autocuidado, plano de cuidados, interdisciplinaridade, mudança no modelo tradicional de referência e contrarreferência.

A proposta metodológica trazida pela OPAS para abordar o tema envelhecimento acontece por meio de laboratórios de inovação, investindo nas seguintes áreas: produção de evidências da mudança de atenção ao idoso: práticas, instrumentais, ferramentas que envolvam a reorientação da APS, gestão clínica, mudanças das práticas tradicionais de referência e contrarreferência, abordagem interdisciplinar e intersetorial, sistematização com linha de navegação utilizando *web* (MORAES, 2012).

Segundo Moraes (2012), a avaliação multidimensional do idoso busca descotinar problemas que até então eram atribuídos ao processo de envelhecimento *per se* (“da idade”) e, portanto, não abordados de forma adequada. É processo global e amplo que envolve idoso, família e comunidade.

Assistir o idoso na ESF requer dos enfermeiros e de outros profissionais da saúde conhecimento habilidade e competência, permitindo desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, visando melhoria da qualidade de vida.

Este trabalho destaca a Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa (AMRPI), por se tratar de instrumento que preenche o requisito de simplicidade descrito anteriormente.

### **1.7 Justificativa**

Ao considerar os fatos relatados na problematização, mostra-se necessária e urgente a discussão acerca das mudanças que o aumento da população idosa acarretará na sociedade, principalmente na área da saúde, salientando-se o novo papel dos idosos na mesma, para que tanto profissionais quanto a população possam atender, de maneira satisfatória, a novas demandas.

Na prática do enfermeiro, é imprescindível implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), na consulta ao idoso, de modo a apoderarmos da especificidade da prática de Enfermagem e evidenciar o potencial e a importância na equipe, garantindo assistência de qualidade de forma legítima. Importante passo nesse sentido é a incorporação de instrumento que possibilite o cuidado integral ao idoso na ESF.

A equipe de enfermagem deve zelar para que o idoso possa adquirir ou manter hábitos saudáveis, diminuir e compensar limitações inerentes à idade e adaptar-se às mudanças funcionais e psicológicas ligadas ao processo de envelhecimento, incluindo a morte.

Conforme Smeltzer e Bare (2003), a assistência sistematizada de enfermagem permite identificar problemas de idosos de maneira individualizada, planejar, executar e avaliar o atendimento a cada situação. Para tanto, direcionando a assistência para o nível ambulatorial, a consulta de enfermagem passa a ser atividade que atende a essas questões, por meio desta, enfermeiros assumem a responsabilidade quanto às ações a serem determinadas frente aos problemas detectados e estabelece sua intervenção.

De acordo com Batista e Silva (2010), não se pode conceber uma atenção básica, como o caso da Estratégia Saúde da Família, sem consulta de enfermagem que inclua aspectos qualitativos na abordagem ao idoso. Na implementação de ações que objetivem melhorar a qualidade de vida do idoso, devem ser consideradas as complexidades e diferenças culturais de cada grupo e o que este valoriza na busca pelo bem-estar. A enfermagem pode e deve ser o elo

nessa corrente. Todavia, falta à enfermagem especificidade: ação nuclear no cuidado e na promoção da saúde.

A avaliação funcional do idoso é uma das etapas do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio familiar e social com os quais pode contar. Assim, consideramos que profissionais de enfermagem, inseridos em uma equipe multidisciplinar, deve assistir o idoso de maneira individualizada, ponderando limitações físicas, psíquicas e ambientais. O diagnóstico da doença do idoso pode não ter tanta importância quanto às consequências deste na qualidade de vida do idoso, ou seja, na capacidade funcional e manutenção da independência para as atividades diárias.

Para Ramos (2003), medidas de intervenção, visando identificar causas tratáveis de déficit cognitivo e de perda de independência no dia a dia, deveriam tornar-se prioridade do sistema de saúde, na perspectiva de reestruturação programática realmente sintonizada com a saúde e o bem-estar da crescente população de idosos.

Atenção Primária é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (GIL, 2006).

Mediante as especificidades apresentadas em relação à Atenção Primária à Saúde, o Caderno de Atenção Básica “Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa” inclui a “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”. Ao aplicá-lo, o profissional, caso detecte alteração, poderá recorrer a outros instrumentos referidos que permitirão avaliação complementar para o estabelecimento de condutas terapêuticas em cada dimensão avaliada e que comprometem a capacidade funcional do idoso (BRASIL, 2007).

Procedeu-se à revisão da literatura para identificar o uso do instrumento no país. Restringiram-se as buscas às bases de dados nacionais por se tratar de instrumento que compõe o Caderno de Atenção Básica, pelo Ministério da Saúde do Brasil que está posto para auxiliar a prática de profissionais na promoção do envelhecimento ativo.

As buscas pela literatura sobre a temática em questão foram realizadas nas bases de dados nacionais Lilacs e Scielo, de 2002 (ano que o instrumento foi validado por pesquisador nacional) a 2011. Utilizou-se como descritor controlado

“avaliação geriátrica” e descritores não controlados “avaliação funcional” e “avaliação multidimensional”, utilizando limite para idoso e língua portuguesa. Foram encontrados e analisados 63 artigos e excluídos 15 artigos, por estes não se restringirem ao idoso. Dentre os 48 artigos selecionados, uma pesquisa realizada por enfermeiros utilizou o instrumento “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, em instituição de longa permanência, representando, assim, escassez desta temática, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 1 – Seleção das escalas pesquisadas nas bases Lilacs e Scielo por categoria profissional, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Fortaleza-CE, 2011.

<b>Escalas *</b>	<b>Profissão</b>				<b>Total</b>
	<b>Enfermeiros</b>	<b>Médicos</b>	<b>Fisioterapeutas</b>	<b>Multiprofissional</b>	
Medida de Independência Funcional (MIF)	2	1	1	0	4
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	0	5	0	2	7
Avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (Katz)	8	1	0	2	11
Depressão Geriátrica	3	2	0	0	5
Teste do Relógio	0	1	0	0	1
Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti	0	0	2	0	2
Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton)	6	0	0	2	8
Avaliação Visual (Cartão de Jaeger)	0	0	0	0	0
Teste do Sussurro	0	0	0	0	0
Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idoso (AMRPI)	1	0	0	0	1
Escala de Equilíbrio Funcional de BERG **	0	1	0	0	1
Índice de Barthel (Avalia Nível de Independência) **	2	0	0	0	2
Outras	1	3	2	0	6
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>48</b>

\*Escalas presentes na “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, na coluna de encaminhamentos.

\*\* Embora não conste na “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, esta escala foi incluída por ser utilizada em um artigo que contemplava os itens de inclusão.

A maioria, 23 (47,9%), referiu-se a trabalhos realizados por enfermeiros, seguindo-se da categoria médica, 14 (29,1%).

As demais pesquisas aplicaram outros instrumentos como parte da avaliação funcional, que em maioria eram encaminhamentos indicados pela “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, após avaliação das dimensões propostas.

Ao verificar a aplicabilidade do instrumento “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, na consulta de enfermagem, no contexto da ESF, e realizar adaptações necessárias para esse serviço, espera-se oferecer subsídios para assistência de enfermagem sistematizada e individualizada, contribuindo para atenção mais qualificada e, em consequência, qualidade de vida para essa clientela na perspectiva da promoção da saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar a aplicabilidade do instrumento 'Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa' na consulta de enfermagem na estratégia de saúde da família.

### **2.2 Específicos**

Analisar a concordância dos especialistas acerca da aplicabilidade do instrumento "Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa", na atenção básica.

Pontuar as sugestões e questionamentos dos especialistas sobre os domínios do instrumento AMRPI.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Pesquisa metodológica, do tipo intencional. Os estudos metodológicos tratam do desenvolvimento, da validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT, BECK, 2011). O objetivo da pesquisa metodológica é melhorar a confiabilidade e validade de ferramentas do levantamento de dados, a fim de intensificar o controle e reduzir ameaças à validade interna e externa. A partir deste método, é possível utilizar um mesmo instrumento em diversas pesquisas, bem como desenvolver ferramenta de qualidade (WASSERBAUER; ABRAHAM, 1995).

Justifica-se a utilização deste modelo de pesquisa pela necessidade de desenvolver assistência qualificada e sistematizada, considerando evidências clínicas e de utilização de instrumentos de mensuração das funções da clientela em foco – o idoso. Fazem-se, cada vez mais, necessários estudos de natureza metodológica, utilizando, adequando ou propondo modificações para instrumentos disponíveis. A Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa (AMRPI), proposta metodológica do Ministério da Saúde para clientela idosa, necessita desta etapa de verificação de adequação para realidades distintas das utilizadas.

No estudo, seguindo o rigor metodológico, o Instrumento AMRPI foi submetido à avaliação de especialistas segundo critérios de Pasquali, advindos dos princípios da Psicometria (PASQUALI, 1999).

A psicometria é um ramo da psicologia que fundamenta medidas em ciências sociais, base epistemológica da elaboração de instrumentos psicológicos de uso comum em pesquisas científicas. Estabelece o percurso metodológico para se obter instrumento revestido de qualidades métricas válidas, para o que se espera, ou seja, se caracteriza por expressar o fenômeno psicológico por meio de números (PASQUALI, 1999).

Qualquer sistema ou objeto que possa eventualmente ser expresso em termos observáveis, é suscetível de se tornar objeto para fins de mensuração. Acontece que um objeto em si não pode ser medido. O que pode ser medido são as propriedades ou atributos de um objeto, desde que se apresentem magnitudes, isto é, intensidade, peso, altura etc. (PASQUALI, 2010).

Como a psicologia tem como objeto de estudo processos comportamentais e psíquicos, a psicometria versa sobre a medida desses processos. Como o instrumento AMRPI é parte essencial de um processo funcional e comportamental, considerou-se pertinente usar critérios do referencial Luis Pasquali neste trabalho, uma vez que a criação de um instrumento válido implica rigor metodológico, etapas definidas e procedimentos precisos.

A psicometria baseia-se em três polos, denominados de procedimentos teóricos, empíricos e analíticos. Os procedimentos teóricos, na elaboração de instrumentos psicológicos de medida, enfocam a teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso, a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se desenvolve um instrumento de medida, bem como a operacionalização do construto em itens. Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, dependendo, portanto, da literatura existente sobre o construto que o instrumento possa medir.

Os procedimentos empíricos (experimentais) buscam definir as etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto e de coleta da informação para proceder à validação da qualidade psicométrica do instrumento. Finalmente, os procedimentos analíticos (estatísticos) têm como objetivo estabelecer as análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para estimar a validade e precisão do instrumento, e se necessária, normatização (PASQUALI, 2010).

O passo para construção dos itens é composto por tarefas (os itens dos instrumentos) que as pessoas deverão executar para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto (atributo). Os critérios para a construção e avaliação dos itens escolhidos para este estudo foram:

- Critério Comportamental: o item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. O item deve poder permitir à pessoa ação clara e precisa como se pudesse afirmar “vá e faça”. Assim, reproduzir um texto é um item comportamental (“vá e reproduza”), ao passo que compreender um texto é ideia, pois a pessoa não sabe o que fazer com: “vá e compreenda”.

- Critério da simplicidade: um item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos, porque apresentam ideias variadas e confundem o respondente. Por exemplo: gosto de maçã, porque é saudável. A pessoa pode, de

fato, gostar de maçã, mas, por outro motivo, por ser gostosa. O respondente não saberia reagir a tal afirmativa.

- Critério de clareza: o item deve ser inteligível em todos os estratos da população-meta; devem-se utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas. Neste contexto, é preciso também não utilizar gírias, porque estas não são em geral inteligíveis para os membros de uma população-meta do instrumento. Contudo, o vocabulário típico da população-meta deve ser utilizado na formulação dos itens, sendo admissíveis e mais apropriadas expressões conhecidas por ela. A preocupação é a compreensão das frases (que representam tarefas a serem entendidas, e, se possível, resolvidas), não a elegância artística.

- Critério de relevância: a expressão deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo, isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido.

Pasquali (2010) descreve outros critérios para construção de instrumentos, como critérios de objetividade ou de desejabilidade; do equilíbrio; da precisão; da tipicidade; da credibilidade; de amplitude; modalidade; e do equilíbrio. No entanto, não foram adotados pelo estudo por não se adequarem à proposta.

A análise teórica dos itens deve ser realizada por especialistas através da análise semântica dos itens. Essa etapa tem como objetivo verificar se os itens são compreensíveis (de acordo com os critérios) para os membros da população a qual o instrumento se destina.

Nessa análise, os especialistas devem ter conhecimento específico na área do construto, pois a tarefa consiste em avaliar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão. Uma concordância de 80% entre os especialistas pode servir de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere. De acordo com Santos (2011), os itens que não atingirem concordância de aplicação aos fatores, geralmente, apresentam problemas, podendo descartá-los.

No estudo foi utilizado o método Delphi para coleta de dados. A técnica consiste em método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter concordância de especialistas sobre determinado tema, por meio de validações articuladas em fases ou ciclos (CASTRO; REZENDE, 2009). A expressão *validação* tem sido amplamente utilizada e citada nas diversas pesquisas que usam a técnica Delphi, sendo produto final de análise (FARO, 1997). Conforme referido, o instrumento a ser avaliado, de caráter multiprofissional, foi validado pelo autor,

portanto o método foi aplicado no sentido de verificar a aplicabilidade na consultade enfermagem na Estratégia Saúde da Família.

O princípio do método é intuitivo e interativo, implica na constituição de um grupo de especialistas em determinada área do conhecimento, os quais respondem a uma série de questões relativas ao objeto que se pretende avaliar (neste estudo, o instrumento AMRPI). Os resultados da avaliação são analisados, e um resumo destes é informado aos componentes do grupo. No caso de não obtenção da concordância esperada (80%) entre os especialistas participantes, estes devem avaliar novamente o instrumento, respondendo, mais uma vez, ao questionário. Esse procedimento é repetido sucessivamente, até que se atinja o percentual estabelecido entre especialistas do grupo quanto aos itens do instrumento avaliado. As avaliações, realizadas na busca pela obtenção do consenso esperado, são denominadas de rodadas ou *rounds* (SÁFADI, 2001).

### 3.2 População, amostra e local do estudo

A população do estudo constituiu-se de enfermeiros, *experts* ou especialistas, com conhecimento na área da saúde do idoso, com no mínimo cinco anos de experiência.

Para estabelecer o número mínimo de especialistas que deveriam constituir a amostra do estudo, utilizou-se fórmula para cálculo de tamanho amostral, baseada em proporção, da seguinte forma:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2} \rightarrow n = \frac{1,96^2 \cdot 0,80 \cdot 0,20}{(0,20)^2} = 15,36 \rightarrow n = 15$$

Onde:

n: número de especialistas, correspondente ao tamanho mínimo de amostra;

Z $\alpha$ : nível de confiança desejado (95% = 1,96, conforme t<sub>s%</sub>);

P: proporção mínima de especialistas para considerar-se o instrumento/item adequado (80%);

d: grau de precisão da estimativa (20%).

Compuseram a amostra final do estudo 22 especialistas, que foram captados a partir dos centros de estudo da temática (Gerontologia), na Associação

Brasileira de Enfermagem, bem como a partir da busca curricular na Plataforma *Lattes*, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), considerando-se os profissionais do país. Esses profissionais foram informados de como a pesquisa ocorreria e receberam cartas-convites (APÊNDICE A), as quais seguiram via correio eletrônico. Desta forma, a seleção do grupo que manifestou concordância em participar do painel deléfico foi realizada utilizando um dos seguintes critérios:

- Enfermeiros gerontólogos com, no mínimo, cinco anos de experiência;
- Enfermeiros pesquisadores na área de saúde do idoso com, no mínimo, cinco anos de experiência.

A busca ocorreu por meio da:

➤ Plataforma *Lattes* do CNPq: Busca do *curriculum* pela internet, utilizando a gerontologia como palavra-chave, e refinando a busca com - Grande área – Ciências da Saúde Área: Enfermagem; Subárea: Enfermagem em Saúde Pública. Especialidade: todas. Busca Avançada: Frase exata: Especialização em Gerontologia.

Foram avaliados 249 currículos. Destes, foram selecionados para participar da pesquisa 49 especialistas. Dezesesseis aceitaram participar da pesquisa. Avaliaram o instrumento, nove, na primeira rodada, e cinco, na segunda.

➤ Centros de estudo da temática: a busca foi por meio Projeto de Pesquisa Ações Integradas em Saúde do Idoso: aspectos socioculturais, político-econômicos e biológico-funcionais, do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), cujos especialistas eram integrantes do Projeto de Pesquisa.

- Busca: convidada a participar uma doutora, uma mestre, duas doutorandas. Aceitaram as quatro. Responderam à pesquisa, as quatro, na primeira rodada, e três, na segunda rodada.

➤ Associação Brasileira de Enfermagem: por meio do Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica.

- Busca: convidado a participar, oito. Aceitaram seis. Responderam à pesquisa, duas, apenas, na primeira rodada.

A dificuldade de alcançar a amostra calculada, devido à ausência de respostas dos especialistas que compuseram o painel deléfico, fez surgir a necessidade de nova busca.

- Segunda busca na Plataforma *Lattes*: utilizada a busca por qualquer termo: “idoso”, por todas as palavras gerontologia: “gerontologia”.
- Segunda busca: 65 especialistas. Seleccionados, 31. Aceitaram participar, nove. Responderam: sete, na primeira rodada, e cinco, na segunda.
- Chegando ao total de 22 especialistas.

Tabela 1 – Resumo da amostra

Base de busca	Avaliados	Atenderam aos requisitos	Aceitou participar da pesquisa	Responderam na primeira rodada	Responderam na segunda rodada
Plataforma <i>Lattes</i>	314	80	25	16	10
Grupo de pesquisa/UFC	4	4	4	4	3
Departamento Científico de Enfermagem Gerontológica/ ABEn	8	8	6	2	0
<b>Total</b>	<b>326</b>	<b>92</b>	<b>35</b>	<b>22</b>	<b>13</b>

### 3.3 Método de coleta

O método de coleta se deu pela técnica Delphi. Essa metodologia é utilizada para a identificação de tendências e eventos futuros, por meio da consulta a um grupo de especialistas sobre o tema. Neste trabalho foi utilizado o Web Delphi, no qual a Internet é o meio de coleta dos dados. As principais características do Delphi, conforme definidas por Oliveira *et al.* (2008):

- O anonimato dos respondentes quando na apresentação dos resultados, pelo preenchimento do questionário em um formulário no site da Internet;
- A representação estatística da distribuição dos resultados: tabulação e tratamento estatístico dos resultados;
- O *feedback* de respostas do grupo para reavaliação nas rodadas subsequentes, sendo os resultados da primeira rodada divulgados para que possam ser considerados pelo grupo no preenchimento da segunda rodada.

Para Spínola (1984), a técnica Delphi possibilita aos especialistas expressarem opiniões sobre determinado tema, existindo construção participativa, sem contato face a face.

A definição de especialista (ou *expert*) é objeto de discussão entre vários autores. Ferreira (2004) define que *expert* é a pessoa que se consagra com particular interesse e cuidado a determinado estudo, ou ainda aquele que tem habilidade ou prática especial em algo.

Para Lacerda (2002), a especialização é, geralmente, considerada característica do indivíduo que alcançou excelente desempenho de disciplina, inclui a qualidade de tomada de decisão, intuição, conhecimento, habilidades psicomotoras e especialização clínica.

A diversidade de pensamento dos especialistas é aspecto importante para obtenção de resultados eficazes. Desta forma, adotou-se a sugestão da literatura para busca por *experts*, considerando as várias regiões do país, bem como a diversificação de fatores individuais, como idade e gênero (TALBOT, 1995).

Com vistas à obtenção de respostas referentes à aplicabilidade do instrumento “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, na consulta de enfermagem, no contexto da Estratégia Saúde da Família, as questões formuladas foram abordadas em dois instrumentos específicos para cada fase, dispostos de acordo com o método Delphi, ocorrendo em duas rodadas:

**1ª rodada** (22 especialistas): **1ª Instrumento** - os participantes responderam, inicialmente, a questões referentes aos dados pessoais, como nome, faixa etária, formação, titulações, organização à qual estão vinculados, cargo, tempo no cargo e na organização e tempo total de experiência na área.

**1ª rodada: 2º Instrumento:** nesta fase, cada especialista tinha como referência a consulta de enfermagem ao idoso, no contexto da ESF e avaliou o AMRPI tal como se encontra publicada nos Cadernos do MS. A avaliação ocorreu pela classificação separadamente de cada item do instrumento quanto à adequação aos critérios da psicomетria propostos por Pasquali: critério comportamental; critério da simplicidade; critério de clareza; critério de relevância. Para cada critério foi assinalado uma possibilidade de resposta por vez, utilizando como referência a seguinte pontuação.

<b>- 1</b>	Para critério não atendido, ou seja, definição constitutiva/característica não adequada.
<b>0</b>	Para indecisão quanto à adequação do critério, ou seja, definição constitutiva/característica de algum modo adequada.

<b>+ 1</b>	Para critério atendido, ou seja, definição constitutiva/característica adequada.
------------	----------------------------------------------------------------------------------

**2ª fase:** (13 participantes) – foi enviado novo instrumento com itens que não obtiveram concordância igual ou superior de 80% na avaliação final dos especialistas e resumo estatístico da primeira rodada. Foi solicitado que cada participante revisse as questões, mesmo que as respostas tivessem sido +1 (critério atendido) para todos os itens da AMRPI, e classificassem de acordo com os critérios de Pasquali, tecendo considerações acerca do porquê da pontuação.

### 3.4 Organização e análise dos dados

Os dados coletados foram armazenados em planilhas do *software Excel*, sendo posteriormente organizados e tabulados com auxílio do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0. A utilização possibilitou a análise estatística dos dados, utilizando-se frequências absoluta e relativa, bem como teste bimonial, aplicado para verificar se a proporção de especialistas que consideraram os itens da AMDRPI adequados era igual ou superior a 0,80 (correspondente ao percentual de concordância estabelecido para este estudo).

### 3.5 Aspectos éticos da pesquisa

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Universitário da UFC. Seguiram-se os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, Resolução nº 196/96, outorgada pelo decreto nº 93.933/ 87, do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, sendo aprovado conforme número de protocolo 302/11, em 15/12/2011. Os referenciais supracitados têm como objetivos assegurar direitos e deveres dos sujeitos da pesquisa e dos pesquisadores do estudo. De acordo com a recomendação da portaria, foi garantida aos sujeitos a liberdade de participar ou não do estudo. Foram esclarecidos para cada participante os objetivos do estudo, sendo solicitada assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi assegurada confidencialidade, privacidade, visando evitar

qualquer tipo de constrangimento aos sujeitos envolvidos na pesquisa (BRASIL, 1996b).

Autorização via-email do Dr. Sergio Antonio Sirena, médico geriatra que criou e validou o instrumento em 2002 no Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Sra. da Conceição – Porto Alegre/RS.

## 4 RESULTADOS

A seguir estão descritos os dados referentes ao perfil dos especialistas participantes da primeira rodada.

Tabela 2 – Caracterização dos especialistas da primeira rodada de avaliação da aplicabilidade do instrumento. Fortaleza, 2012.

Variável	Nº	%
<b>1. Sexo</b>		
Feminino	22	100,0
Masculino	0	0
Total	22	100,0
<b>2. Idade</b>		
	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>
	45,6	52
<b>3. Região</b>		
Nordeste	8	36,3
Sudeste	5	22,7
Sul	5	22,7
Norte	3	13,6
Centro-oeste	1	4,5
Total	22	99,8
<b>4. Titulação máxima</b>		
Pós-Doutorado	1	4,5
Doutorado	12	54,5
Mestrado	8	36,3
Especialização	1	4,5
Total	22	99,8
<b>5. Área de especialidade</b>		
Gerontologia/Geriatria	16	72,7
Saúde Pública	2	9,0
Saúde Coletiva	2	9,0
Outros	2	9,0
Total	22	99,7
<b>6. Área de atuação profissional</b>		
Assistência- ESF	1	4,5
Assistência-Hospitalar	1	4,5
Ensino	10	45,4
Assistência- ESF e Ensino	8	36,3
Assistência-Hospitalar e Ensino	2	9,0

Total	22	99,7
<b>7. Tempo de atuação na área</b>		
5 a 15 anos	11	50,0
16 a 25 anos	4	18,1
26 anos ou mais	7	31,8
Total	22	99,9
<b>8. Outras atividades profissionais</b>		
Pesquisa	10	45,4
Extensão	2	9
Pesquisa e Extensão	10	45,4
Total	22	99,8
<b>9. Tempo de formação</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>
	21,13	45,6

---

As especialistas eram do sexo feminino e a média de idade de 45 anos. A maioria das participantes atuava na região Nordeste (36,3%), seguidas da região Sudeste (22,7%) e Sul (22,7%). Quanto à área de especialidade, 72,7% tinham formação em Gerantologia. No que se refere à titulação máxima, 54,5 % concluíram doutorado e 36,3% mestrado; com tempo de atuação na área de 5 a 15 anos (50%) e mais de 16 anos (49,9 %), com média de tempo de 21,13 anos. Na área de atuação profissional, as especialistas atuavam no ensino (45,4%) e na assistência na ESF (36,3%), com relação a outras atividades profissionais, exerciam atividades em pesquisa e extensão.

Tabela 3 – Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a nutrição, visão e audição. Fortaleza, 2012.

Dimensão	N = 22	%	Proporção observada	
			1ª rodada	Teste binomial
<b>Nutrição</b>				
Comportamento	16	73	0,73	0,267
Simplicidade	17	77	0,77	0,457
Clareza	20	90	0,91	0,952
Relevância	18	82	0,82	0,668
<b>Visão</b>				
Comportamento	20	90	0,91	0,952
Simplicidade	20	90	0,91	0,952
Clareza	19	86	0,86	0,846
Relevância	22	100	1,00	1,000
<b>Audição</b>				
Comportamento	20	90	0,91	0,952
Simplicidade	21	95	0,95	0,993
Clareza	17	77	0,77	0,457
Relevância	19	86	0,86	0,846

\* Diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) em relação à concordância igual ou maior a 0,80.

Tabela 4 – Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a Incontinência e Atividade sexual. Fortaleza, 2012.

Dimensão	N = 22	%	Proporção observada	
			1ª rodada	Teste binomial
<b>Incontinência</b>				
Comportamento	19	86	0,86	0,846
Simplicidade	19	86	0,86	0,846
Clareza	16	73	0,73	0,267
Relevância	18	82	0,82	0,668
<b>Atividade sexual</b>				
Comportamento	13	59	0,59*	0,020
Simplicidade	13	59	0,59*	0,020
Clareza	13	59	0,59*	0,020
Relevância	14	64	0,64	0,056

\* Diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) em relação à concordância igual ou maior a 0,80.

Tabela 5 – Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a Humor-depressão e Cognição-memória . Fortaleza, 2012.

Dimensão	N = 22	%	Proporção observada	
			1ª rodada	Teste binomial
<b>Humor-depressão</b>				
Comportamento	21	95	0,95	0,993
Simplicidade	22	100	1,00	1,000
Clareza	21	95	0,95	0,993
Relevância	22	100	1,00	1,000
<b>Cognição-memória</b>				
Comportamento	19	86	0,86	0,846
Simplicidade	19	86	0,86	0,846
Clareza	16	73	0,73	0,267
Relevância	16	73	0,73	0,267

\* Diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) em relação à concordância igual ou maior a 0,80.

Tabela 6 – Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada) referente a MMSS, MMII e atividades diárias. Fortaleza, 2012.

Dimensão	N = 22	%	Proporção observada	
			1ª rodada	Teste binomial
<b>Função MMSS**</b>				
Comportamento	20	90	0,91	0,952
Simplicidade	20	90	0,91	0,952
Clareza	20	90	0,91	0,952
Relevância	17	77	0,77	0,457
<b>Função MMII**</b>				
Comportamento	21	95	0,95	0,993
Simplicidade	21	95	0,95	0,993
Clareza	21	95	0,95	0,993
Relevância	18	82	0,82	0,668
<b>Atividades diárias</b>				
Comportamento	20	90	0,91	0,952
Simplicidade	19	86	0,86	0,846
Clareza	18	82	0,82	0,668
Relevância	20	90	0,91	0,952

\* Diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) em relação à concordância igual ou maior a 0,80.

\*\* MMSS = Membros Superiores; MMII = Membros Inferiores

Tabela 7 – Proporção dos especialistas que afirmam aplicabilidade dos itens da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (1ª rodada). referente a domicílio, quedas e suporte social. Fortaleza, 2012.

Dimensão	N = 22	%	Proporção observada	
			1ª rodada	Teste binomial
<b>Domicílio</b>				
Comportamento	20	90	0,91	0,952
Simplicidade	22	100	1,00	1,000
Clareza	21	95	0,95	0,993
Relevância	20	90	0,91	0,952
<b>Quedas</b>				
Comportamento	17	77	0,77	0,457
Simplicidade	18	82	0,82	0,668
Clareza	16	73	0,73	0,267
Relevância	15	68	0,68	0,133
<b>Suporte social</b>				
Comportamento	19	86	0,86	0,846
Simplicidade	19	86	0,86	0,846
Clareza	21	95	0,95	0,993
Relevância	17	77	0,77	0,457

\* Diferença significativa ( $p \leq 0,05$ ) em relação à concordância igual ou maior a 0,80.

Os resultados relativo as sugestões, questionamentos ou afirmações dos especialistas de cada item do instrumento AMRPI foram citados nos quadros abaixo:

### Nutrição

Avaliação breve	Sugestões	Questionamentos
O/a Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? Peso atual/kg Altura/cm IMC	- Perda de peso deve avaliada em intervalo de 3 meses. - Investigar mastigação, problemas digestivos, mobilidade, processo demencial. - Incluir ganho de peso.	- Sem questionamentos

## Visão

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Questionamentos</b>
O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito/Esquerdo	- Sem sugestões	- A avaliação é uma ferramenta de triagem. - Autorrelato.

## Audição

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Questionamentos</b>
Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde à pergunta feita? Ouvido Direito/Ouvido Esquerdo Se não, verificar a presença de cerume.	- Sem sugestões	- Os profissionais devem ter conhecimento sobre a realização do teste.

## Incontinência

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Questionamentos</b>
O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? Isso provoca algum incômodo ou embaraço? Definir quantidade e frequência.	- Substituir “embaraço” por constrangimento ou vergonha. - Verifica situações em que ocorre a perda de urina. - Investigar a repercussão social.	- Sem questionamentos

## MMSS

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Questionamentos</b>
MMSS- <u>Proximal</u> : Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. <u>Distal</u> : Ver se a pessoa idosa é incapacitado? Capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de	- MMSS-sem comentários dos especialistas.	- Sem questionamentos

**MMII**

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Questionamentos</b>
MMSS- <u>Proximal</u> : Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. <u>Distal</u> : Ver se a pessoa idosa é incapacitado? Capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de	- Informar uso de bengala.	- Avaliação importante - <i>Timed Get Up and Go Test</i>

**Atividade Diária**

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Questionamentos</b>
Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ___ Vestir-se? ___ Preparar suas refeições? ___ Fazer compras? ___ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	- Quem será o respondente?	- Sem questionamentos

**Domicílio**

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Afirmações</b>
Na sua casa há: Escadas? ___ Tapetes soltos? ___ Corrimão no banheiro? ___	- Verificar o entorno do domicílio e ruas dos bairros.	- Afirmando que o item avalia riscos de acidentes Sem questionamentos

**Quedas**

<b>Avaliação breve</b>	<b>Sugestões</b>	<b>Questionamentos</b>
Quantas vezes?	- Verificar o período que ocorreu. - Saber local. - Se ficou no chão, por quanto tempo? - Se contou com ajuda de alguém.	- Sem questionamentos

## Suporte social

Quedas avaliação breve	Sugestões	Questionamentos
Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? Quem poderia ajudá-lo/a? Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo?	- Quem responderia, caso o idoso seja incapacitado.	- Sem questionamentos

Com relação à avaliação dos especialistas quanto à aplicabilidade do instrumento “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, na consulta de enfermagem ao idoso, no contexto da ESF, obtiveram-se as seguintes proporções de concordância:

## Nutrição

No tocante aos critérios de comportamento e simplicidade do item nutrição, obteve-se índice de concordância entre os especialistas de 0,73 e 0,77, respectivamente. Apesar de não se observar a proporção esperada de concordância (0,8), não houve variação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$  em relação à concordância igual ou maior a 0,80), após aplicação de teste binomial, que impedisse de considerar a opinião dos especialistas como concordância.

Os itens clareza e relevância obtiveram índices de concordância de 0,91 e 0,82, respectivamente, demonstrando que o item possui expressões simples e inequívocas, de fácil entendimento, e que expressa uma única ideia.

## Visão

Ao analisar o item visão, observou-se índice de concordância de 0,91 no concernente ao comportamento e à simplicidade, permitindo ao enfermeiro ação clara e precisa, além de expressar uma única ideia. Clareza e relevância obtiveram índices de 0,86 e 1,00, respectivamente.

## **Audição**

Comportamento, simplicidade e relevância obtiveram índice de concordância acima de 0,8 neste item. O critério clareza obteve proporção observada de 0,77, diferente da proporção esperada de concordância, no entanto, não houve variação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$  em relação à concordância igual ou maior a 0,80), após aplicação de teste binomial.

## **Incontinência**

Do mesmo modo, os critérios comportamento, simplicidade, relevância obtiveram índice de concordância acima de 0,8. O critério clareza alcançou proporção observada de 0,73, também não houve variação estatisticamente significativa.

## **Atividade sexual**

Na avaliação dos especialistas, os critérios: comportamento, simplicidade e clareza adquiriram proporção observada 0,59, não havendo, nesses casos, concordância, portanto foi enviado aos especialistas para segunda rodada da pesquisa.

No tocante à relevância (proporção observada 0,64), também não houve concordância, no entanto, somente se considerou pertinente quando do conjunto dos critérios (comportamento, simplicidade e clareza) que avaliou atividade sexual no idoso fossem concordância entre especialistas.

Tabela 8 – Proporção dos especialistas que afirmaram aplicabilidade do item “Atividade sexual” da AMRPI, em relação aos critérios comportamento, simplicidade, clareza e relevância (2ª rodada). Fortaleza, 2012.

Dimensão	N = 13	%	Proporção observada	
			2ª rodada	Teste binomial
<b>1. Atividade sexual</b>				
Comportamento	8	61	0,61	0,099
Simplicidade	8	61	0,61	0,099
Clareza	12	92	0,92	0,945
Relevância	9	69	0,69	0,252

Segunda rodada, os critérios comportamento e simplicidade alcançaram proporção esperada de 0,61 e relevância de 0,69. Apesar de não se observar a proporção de concordância (0,8), não houve variação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$  em relação à concordância igual ou maior a 0,80), após aplicação de teste binomial, que impedisse de considerar a opinião dos especialistas como concordância.

### **Humor/Depressão**

Todos os critérios obtiveram proporção esperada.

### **Cognição/Memória**

Comportamento e simplicidade atingiram proporção esperada. Clareza e relevância lograram na proporção observada 0,73, não havendo variação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$  em relação à concordância igual ou maior a 0,80).

### **Função dos MMSS**

Para os critérios comportamento, simplicidade e clareza, a proporção observada foi maior que 0,8. Relevância adquiriu na proporção observada 0,73, não havendo variação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$  em relação à concordância igual ou maior a 0,80).

## **Função dos MMII, atividades diárias e domicílio**

Todos os critérios obtiveram proporção esperada.

### **Queda**

Neste item, o critério simplicidade obteve proporção observada 0,82. No comportamento, clareza e relevância, a proporção observada foi 0,77, 0,73 e 0,68 respectivamente, não havendo variação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$  em relação à concordância igual ou maior a 0,80).

### **Suporte social**

Para os critérios comportamento, simplicidade e clareza, a proporção observada foi maior que 0,8. Relevância obteve na proporção de 0,77, não havendo variação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) em relação à concordância igual ou maior a 0,80.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 Características dos especialistas que participaram do estudo

A despeito do contato com número expressivo de especialistas na área de saúde do idoso por meio da Plataforma *Lattes* (92), treze compuseram a amostra final (segunda rodada) devido a não devolução dos instrumentos enviados no prazo estabelecido. Segundo Carvalho *et al.* (2008), a obtenção do tamanho das amostras de sujeitos nos estudos de validação tem apresentado desafios. Um dos fatores dificultadores está relacionado a não familiaridade dos profissionais com a competência estabelecida pela pesquisa, por exemplo: não dominar o assunto, não conhecer a metodologia utilizada e devolução incorreta ou incompleta do instrumento, dentre outros.

No tocante à titulação, parte dos enfermeiros selecionados eram doutores e mestres e possuíam área de especialidade em Gerontologia. Segundo Galdeano (2007), a titulação acadêmica do perito aumenta a credibilidade dos dados.

Ao realizar a comparação dos aspectos que caracterizaram a amostra, foi percebido semelhança com outros estudos envolvendo a participação de especialistas. O gênero feminino, conforme Tabela 2, domina. Este achado corrobora estudos de Almeida *et al.* (2004), que em pesquisa buscaram verificar o perfil da demanda dos alunos da pós-graduação *stricto sensu* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, encontrando população quase totalmente constituída de mulheres, mostrando que a predominância deste gênero na enfermagem, embora a presença do sexo masculino tenha aumentado substancialmente.

A respeito do local onde residiam os peritos, observou-se que a amostra representou diferentes regiões do Brasil. A presença de profissionais de diferentes localidades mostra que a temática vem merecendo atenção dos profissionais de enfermagem que atuam na ESF.

A média de idade das enfermeiras participantes foi de 45,6 anos, sendo a mediana 52 anos.

As especialistas tinham experiência na área da saúde do idoso e atuavam em mais de um campo como: ensino, assistência-ESF e pesquisa (Tabela 2), o que corroborou estudo de Melo (2004), em que a maioria dos sujeitos da pesquisa, também desenvolvia atividades profissionais em diversas áreas.

Com relação à avaliação dos especialistas na primeira rodada, no que se refere à aplicabilidade do instrumento “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, na consulta de enfermagem ao idoso, no contexto da ESF, têm-se as seguintes análises:

### **Nutrição<sup>1</sup>**

Na apreciação e sugestão das especialistas, houve necessidade de reformular a “avaliação breve”, para atender ao “encaminhamento”. Afirmaram que a parte do conjunto de itens referentes a este atributo [perda de 4 kg no último ano sem razão específica] não era suficiente para medir o atributo e que o Índice de Massa Corporal (IMC), em geral, não era medida considerável para avaliar idosos. Para Visscher *et al.* (2001), existem críticas relacionadas aos pontos de corte de IMC e a principal é que pontos de corte, baseados em dados de adultos, podem não ser adequados para uso em idosos, devido às mudanças na composição corporal relacionadas ao envelhecimento.

Isso se deve ao processo de envelhecimento, em que ocorre decréscimo gradativo da estatura de aproximadamente 2 a 3 cm por década. Esse processo inicia-se aos 40 anos e tende a acentuar-se com o avançar da idade. O achatamento das vértebras, a redução dos discos intervertebrais, a cifose dorsal, escoliose, o arqueamento dos membros inferiores e/ou achatamento do arco plantar são as principais causas desse decréscimo da estatura corporal (PERISSINOTTO *et al.*, 2002).

Esse processo de decréscimo, porém, não afeta os ossos longos (pernas e braços) do corpo. A partir da medição da altura do joelho da perna pode ser determinada a estatura dos idosos com achatamento na coluna e/ou que se encontram acamados (COELHO; FAUSTO, 2002).

Segundo Chumlea, Roche e Mukherjee (1987), para estimar a estatura, é necessário que o idoso permaneça sentado ou em posição supina, com joelho esquerdo flexionado em ângulo 90°. Os comprimentos entre o calcanhar e a

---

<sup>1</sup> Avaliação Breve (AB1): O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? Peso atual: \_\_\_\_ kg Altura: \_\_\_\_ cm IMC = \_\_\_\_\_

Encaminhamentos: Refere-se à perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada.

superfície superior do joelho esquerdo devem ser medidos utilizando régua ou calibrador específico. Esse método é obtido, de acordo com o sexo, por meio das seguintes equações:

- Homem:  $[(2,02 \times \text{altura do joelho (cm)}) - (0,04 \times \text{idade (anos)}) + 64,19]$ ;

- Mulher:  $[(1,83 \times \text{altura do joelho (cm)}) - (0,24 \times \text{idade (anos)}) + 84,88]$ .

Chumlea, Roche e Mukherjee (1987) ainda relatam em estudo que nos casos de pacientes graves, pode-se verificar o peso estimado útil na impossibilidade de aferir o peso adequado. Utilizam-se as seguintes equações:

- Homens:  $[(0,98 \times \text{CP(cm)}) + (1,16 \times \text{AJ(cm)}) + (1,73 \times \text{CB(cm)}) + (0,37 \times \text{PCSE(mm)}) - 81,69]$ ;

- Mulheres:  $[(1,27 \times \text{CP(cm)}) + (0,87 \times \text{AJ(cm)}) + (0,98 \times \text{CB(cm)}) + (0,4 \times \text{PCSE(mm)}) - 62,35]$ .

Onde: CP – Circunferência da panturrilha; AJ – Alturado joelho; CB – Circunferência braquial; PCSE – Pregacutânea subescapular.

Para Rezende *et al.* (2009), a escassez de estudos com relação à estimativa do IMC e peso por meio da equação aqui citada, ainda não é possível estabelecer discussão profunda acerca da aplicabilidade, sendo necessários estudos que venham a esclarecer o assunto e verificar diferenças em outros grupos populacionais.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2004) recomendou, em última publicação, para os procedimentos de diagnósticos e acompanhamentos do estado nutricional de idosos (60 anos e mais) em serviços de saúde, a classificação do IMC seguindo os mesmos pontos de corte do *Nutrition Screening Initiative* (NSI): baixo peso  $\text{IMC} < 22 \text{kg/m}^2$ ; eutófico de  $22 \text{kg/m}^2$  a  $27 \text{kg/m}^2$  e sobrepeso  $\text{IMC} > 27 \text{kg/m}^2$ .

Outros estudos também destacam a avaliação antropométrica do idoso, pois, apesar de ser método não invasivo e de baixo custo, pode estimar a gordura subcutânea e a reserva de massa muscular. No entanto, apesar de importante para a avaliação do paciente geriátrico, deve ser utilizada com cuidado, uma vez que ocorrem mudanças fisiológicas, estruturais e funcionais resultantes do envelhecimento que devem ser consideradas durante a avaliação (PASCHOAL, 2002; COELHO *et al.*, 2002; MARUCCI; BARBOSA, 2003).

Segundo o Comitê de Antropometria da OMS (1995), em idosos, o IMC, além de prever mortalidade e morbidade, está associado à capacidade para viver de forma independente, mobilidade e preservação do estado mental.

Dentre os diversos métodos usados para a avaliação nutricional, destaca-se a antropometria. O IMC é uma combinação das medidas de peso e altura, é o

parâmetro mais usado para rastreamento de alterações do estado nutricional entre adultos e idosos (CAMPOS *et al.*, 2006).

Especialistas sugeriram que a perda de peso deve ser avaliada em intervalo de três meses e investigar mastigação, problemas digestivos, mobilidade, processo demencial, incluindo no item ganho de peso. Na pesquisa de Sirena (2002), que utilizou o instrumento AMRP, 18,9% dos idosos tiveram perda de peso superior a 4,5kg nos últimos 12 meses, demonstrando que a perda de peso é importante indicador de gravidade.

As mudanças do estado nutricional interferem na capacidade funcional dos idosos e contribuem para o aumento da morbidade. A capacidade funcional dos idosos, por sua vez, pode ser influenciada por condições mórbidas que resultam em maior dependência e comprometem a qualidade de vida desse grupo etário (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

No entanto, outros especialistas da amostra afirmaram que o item orientava a classificação da perda de peso do indivíduo idoso e que a conduta era adequada, especialmente na identificação de problemas nas esferas biopsicosociais que poderiam estar implicados nos extremos de peso observados na avaliação inicial.

A observação realizada pelas especialistas em relação à identificação de problemas biopsicosociais foi condicente com estudo realizado por Tavares e Anjos (1999), em que idosos com cinco a oito anos de escolaridade apresentaram menor chance de baixo peso, comparados aos com quatro ou menos anos de estudo. Segundo as autoras, a associação pode ter influência do nível socioeconômico normalmente associado à escolaridade. Observou que os idosos com renda domiciliar entre dois e cinco salários mínimos apresentaram chance 2,27 vezes maior de apresentar baixo peso, quando comparados àqueles com renda domiciliar menor que dois salários mínimos.

O item nutrição do instrumento da AMRPI mostrou na avaliação dos especialistas ser aplicável na consulta de enfermagem ao idoso na ESF, sendo ferramenta de grande valor.

## Visão<sup>2</sup>

O item visão tem aplicabilidade na avaliação como instrumento de rastreio.

Pesquisas realizadas por Owen *et al.* (2006) e Chu-Ai *et al.* (2006) afirmam que métodos de autorrelato de avaliação de visão podem ser benéficos, uma vez que deficiências visuais facilmente gerenciadas, mas não detectadas em pessoas mais velhas, são comuns, e a medição clínica da acuidade visual é improvável para identificar as deficiências encontradas na função diária. Corroborando a AMRPI que em avaliação breve busca utilizar o relato como técnica na consulta de enfermagem.

O declínio da função visual na velhice causa preocupação tanto para a população idosa quanto para profissionais de saúde. É fundamental, na consulta de enfermagem, avaliar a função visual para melhorar a qualidade de vida e promover saúde.

Consoante Congdon *et al.* (2004), aproximadamente, um em cada 28 norte-americanos, com 40 anos ou mais, é afetado pela baixa visão ou cegueira. Estima-se que até 2020 o número de pessoas com cegueira no mundo vai dobrar na medida em que a população envelhecer (WHITESIDE; WALLHAGEN; PETTENGILL, 2006).

A deficiência visual não é diagnosticada com frequência, apesar de ser altamente prevalente entre idosos, ficando, portanto sem tratamento. Este dado é preocupante, considerando que efeitos adversos como maior risco de mortalidade, quedas, não cumprimento do uso de medicamentos, acidentes automobilísticos, fraturas de quadril e diminuição da qualidade de vida têm sido atribuídos a problemas de visão (KNUDTSON; KLEIN; KLEIN, 2006; CHU-AI *et al.*, 2006).

Chu-Ai *et al.* (2006) realizaram revisão de registro retrospectivo de casos de pacientes de uma clínica de avaliação geriátrica para avaliar a utilidade diagnóstica de uma questão subjetiva de triagem, através da comparação com dados objetivos reunidos com a tabela de Snellen. Uma pergunta foi: "você tem um

---

<sup>2</sup> Avaliação Breve: o/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: \_\_\_\_\_ Olho Esquerdo: \_\_\_\_\_

problema com a visão que afeta sua vida diária?" Esse estudo mostrou que houve subestimação de 15% de comprometimento com meios subjetivos. Isto sugere que idosos podem não ter conhecimento ou percepção de deficiência visual como problema por mudanças relacionadas à idade devido ao ajuste gradual da função.

Em conclusões, Chu-Ai *et al.* (2006) observaram que aqueles que relataram prejuízo eram duas vezes mais propensos a ter quedas, incontinência urinária e cognição prejudicada. Também eram mais propensos a ir a um acompanhamento oftalmológico. Assim, os indivíduos com deficiência visual seriam identificados por esse método. O emprego desta pergunta poderia proporcionar ferramenta de triagem da visão de fácil utilização para identificar a gravidade do problema e avaliar a vontade de procurar tratamento.

O estudo de Borges e Cintra (2010) acerca da relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária, como usar o telefone ou tomar de forma correta o medicamento, mostrou que se o idoso apresentar algum comprometimento na visão, isso implicará em maior dificuldade para realizar atividades diárias.

Em complementação, Ribeiro e Marin (2009) elaboraram instrumento que favorece a ação do enfermeiro na consulta ao idoso, enfatizando que a detecção precoce de alterações na visão facilita o trabalho do profissional em tornar a população idosa mais independente na execução das atividades de vida diária.

De acordo com a literatura estudada e a colaboração dos especialistas, AMRPI, no que se refere ao item visão, constitui ferramenta de triagem, através do relato dos idosos, na detecção problemas que possam afetar atividades cotidianas.

### **Audição<sup>3</sup>**

A avaliação breve deste item, na apreciação dos especialistas, é aplicável na consulta de enfermagem ao idoso na ESF. Aplicar o teste do sussurro e verificar a presença de cerume demonstra ação clara. São expressões simples e inequívocas.

Mesmo havendo concordância em relação aos critérios avaliados, especialistas expuseram observações importantes:

---

<sup>3</sup> Avaliação Breve: aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde à pergunta feita? Ouvido Direito: \_\_\_ Ouvido Esquerdo: \_\_\_ Se não, verificar a presença de cerume. OD: \_\_\_ OE: \_\_\_

Encaminhamentos: na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.

- Avaliação adequada, se o entrevistador/examinador deter de conhecimento e familiaridade com o instrumento utilizado;
- Descrição do procedimento em caso de presença de cerume.

O estudo de Paiva *et al.* (2011) aponta a deficiência auditiva do idoso como relevante problema de saúde pública, porém profissionais de saúde ainda não atribuem a importância adequada a esse cuidado, necessitando de maior sensibilização e treinamento específico para reverter esse quadro. Isso comprova a necessidade de implementar, na consulta de enfermagem ao idoso, instrumento multidimensional, capaz de modificar a rotina de avaliação na ESF, estimulando a busca pelo conhecimento.

Segundo Rosalino e Rozenfeld (2005), apesar da alta prevalência de déficit auditivo em indivíduos idosos, este é um problema pouco investigado durante as avaliações de saúde e aponta a triagem auditiva como ferramenta útil na identificação da perda auditiva em atenção primária à saúde, por tratar-se de problema de início insidioso, do qual os pacientes, muitas das vezes, não têm consciência.

Em outro estudo, Rosalino (2005) afirma que o exame padrão para a avaliação da acuidade auditiva é a audiometria tonal, porém exames rápidos e simples, como o teste do sussurro e do diapasão, podem ser inseridos na consulta ao idoso, com intuito de realizar melhor avaliação das capacidades auditivas. Entretanto, a utilização desses exames é pouco realizada por não haver padronização dos resultados obtidos por meio destes.

De acordo com os estudos de Ferrite, Santana e Marshall (2011), é possível avaliar a função auditiva do idoso durante atendimento ambulatorial, facilitando a triagem dos idosos com dificuldades auditivas. O estudo avalia o autorrelato da perda auditiva, obtendo resultados sensíveis e específicos através da realização de três perguntas referentes à capacidade auditiva do idoso.

A AMRPI, no que se refere ao item audição, constitui instrumento relevante na consulta de enfermagem em nível primário, referindo àqueles indivíduos com problemas que não pudessem ser resolvidos neste nível de atenção para nível secundário.

## Incontinência<sup>4</sup>

De acordo com os especialistas, o item tem aplicabilidade na consulta de enfermagem, porém surgiram indagações sobre as perguntas procedidas na avaliação breve. Para os participantes da pesquisa, há necessidade de melhor formulação das questões, como: definir quantidade e frequência de urina; substituir a palavra “embaraço” por “constrangimento” ou “vergonha”; e incluir em que situações ocorre a perda de urina (quando faz algum esforço, tosse ou espirra). Avaliar, também, a repercussão social na vida do idoso (não desejar sair por conta da incontinência).

Duarte e Rego (2007) corrobora observação realizada pelas especialistas no tocante à repercussão social. Observou nessa pesquisa que a depressão esteve presente duas vezes mais em idosos com incontinência urinária, em comparação com idosos continentemente. Ao relacionar-se sintomatologia depressiva e incontinência urinária, ganha mais destaque os efeitos psicossociais e físicos da incontinência do que ela propriamente dita, sendo causa de estigmatização e isolamento social.

Outro fator importante foi verificado no estudo de Silva, Souza e D’Elboux (2011) que avaliou a perda involuntária de urina de um grupo de idosos (100 idosos). Obteve-se elevado padrão (65%) de idosos que possuíam incontinência urinária (IU) e referiram perder urina várias vezes ao dia e em pequena quantidade. A incontinência urinária esteve mais associada aos idosos que apresentavam lentidão e exaustão, estando esses critérios associados com aproximadamente cinco vezes maior risco de ter IU. Demonstrando a importância, conforme sugestão dos especialistas, de definir a frequência urinária na avaliação deste item.

De acordo com o estudo realizado por Borges *et al.* (2008), percebeu-se na amostra que a incontinência urinária era a síndrome geriátrica com maior prevalência. Ao realizar o cruzamento das variáveis estudadas, houve associação significativa entre incontinência urinária e autopercepção, escala geriátrica de

---

<sup>4</sup> Avaliação breve: o/a Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: quantas vezes? Isso provoca algum incômodo ou embaraço? Definir quantidade e frequência.

depressão, atividade de vida diária e quedas. A AMRPI é instrumento que possibilita ao profissional identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional.

Marin *et al.* (2010), ao estudarem os diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos, encontraram elevado índice de incontinência urinária (56,8%).

Sousa *et al.* (2010) propõem que os profissionais de enfermagem devem deter de conhecimento suficiente para identificar o surgimento dos sinais e sintomas de síndromes geriátricas e, desta forma, oferecer melhor atendimento ao idoso e buscar por melhorias da qualidade de vida.

Nesse contexto, a avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa se torna importante instrumento, cuja execução simples é realizada por meio da revisão não somente dos sistemas fisiológicos principais, como também por meio da busca pela manutenção da autonomia e independência funcional, priorizando ações de promoção e prevenção à saúde como alternativa eficiente em relação à atenção baseada em cuidados curativos.

### **Atividade sexual<sup>5</sup>**

Conforme Tabela 3, o item atividade sexual da avaliação breve obteve proporção inferior a 80%, na primeira rodada, sendo necessário envio deste para nova avaliação.

Na segunda rodada, as especialistas concordaram que o item tinha aplicabilidade na consulta de enfermagem ao idoso na ESF, porém havia necessidade de reformulação da “avaliação breve”, para fins de atender ao encaminhamento.

A sexualidade faz parte do bem-estar e da vida do paciente idoso. Pesquisas mostram a presença da atividade sexual nesta etapa da vida. Zaslavsky e Gus (2002) em estudo, em que 74% de homens casados e 56% de mulheres casadas com mais de 60 anos permaneciam ativos. Os problemas que mais afetam

---

<sup>5</sup> Avaliação breve: o/a Sr/a tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?

Encaminhamentos: se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.

o funcionamento sexual incluem artrite, diabetes, fadiga, álcool, problemas cardíacos e drogas.

Lindau *et al.* (2007) mostram que apesar do estereótipo dominante de "pessoas idosas assexuadas", estudo sobre atividade sexual entre idosos revela percentual elevado de pessoas com mais de 60 anos envolvidos em um ou mais relacionamentos sexuais. Desde que não haja a ocorrência de processos patológicos severos, nada impede a continuidade da vida sexual de forma prazerosa. Os autores afirmam que estudo realizado nos Estados Unidos entre 2005 e 2006, envolvendo 3.005 pessoas com idade de 57 a 85 anos, mostrou que 67% dos homens e 39,5% das mulheres, na faixa etária de 65 a 74 anos, estavam sexualmente ativos, percentual que se reduziu para 38,5% dos homens e 16,7% das mulheres entre 75 e 85 anos de idade.

Gott e Hinchliff (2003), em pesquisa no Reino Unido, entrevistaram 44 pessoas com idades entre 50-92, para investigar o quão importante o sexo é para pessoas mais velhas. Embora os números tenham sido pequenos, o estudo mostrou resultados interessantes. A natureza qualitativa demonstrou bem a diversidade, que vai desde uma senhora de 73 anos de idade que vinha usando regularmente um aparelho de sexo desde a morte do marido, até uma viúva de 78 anos de idade, cujo "desejo sexual morreu". Em geral, as respostas mostraram que aqueles com idade acima 70 deram menor importância ao sexo do que os participantes mais jovens. Os estudos demonstram a importância de avaliar atividade sexual em idosos para promover qualidade de vida.

No Brasil, estudos que abordam sexualidade são ainda mais escassos. O Ministério da Saúde, nos Cadernos de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (n. 19), enfatiza a necessidade de se lidar com a questão sexual desta população devido ao envelhecimento populacional e crescimento das doenças transmissíveis (aids, em especial) entre indivíduos com mais de 60 anos, por se tratar de elemento importante para a qualidade de vida deste grupo etário (BRASIL, 2006).

Segundo Gradim, Sousa e Lobo (2007), profissionais da saúde não têm como prática, em consultas, investigar sobre aspectos ligados à prática sexual de idosos. Isso decorre por que a atenção à saúde é realizada com enfoque na queixa ou doença. Também não é verificado, na maioria das vezes, se medicamentos utilizados pelos pacientes interferem na prática sexual. No senso comum, é

esperado que o término da prática sexual ocorra com o aumento da idade, e por isso não há questionamentos sobre práticas nesta área. Gradim, Sousa e Lobo (2007) retratam uma realidade que também está presente na ESF.

As especialistas deste estudo recomendaram saber se o idoso tem relação sexual, antes de fazer outro questionamento, como desfrutar do prazer na relação. Investigar se faz prevenção anual e se usa preservativo. Apenas um perito sugeriu retirar o item do instrumento, contudo, não justificou seu comentário.

Taylor e Gosney (2011), afirmam em pesquisa que muitos idosos têm vida sexual ativa, embora possam enfrentar vários problemas. Os profissionais de saúde não aceitam que as pessoas mais velhas possam apreciar o sexo, então é improvável que os problemas sexuais sejam efetivamente explorados, diagnosticados e tratados.

Na pesquisa de Gradim, Sousa e Lobo (2007), realizada com pessoas com mais de 60 anos, a coleta de dados foi realizada através de entrevista gravada, tendo como pergunta norteadora: como é a sua prática sexual com o processo de envelhecimento? Concluiu que o envelhecimento não implica em estagnar a sexualidade, como os resultados mostraram. Apesar de existirem idosos que não têm relações sexuais, existe maior número deles que continua a exercê-la por apresentar condições físicas e possuir parceiro. Os que não a exercem, relatam exprimir a sexualidade por meio de carícias e trocas de afeto, o que lhes é ternamente agradável nesta etapa da vida.

Portanto, de acordo com a literatura estudada, a noção de saúde sexual, como a de saúde física, não é simplesmente a ausência de disfunção ou doença sexual, mas um estado de bem-estar que inclui relacionamento e experiência prazerosa sem medo e vergonha. A AMRPI busca investigar: condições individuais, funcionais, cognitivas, afetivas, familiares e sociais, além de utilização de redes de suporte, permitindo aos profissionais de enfermagem e aos demais membros da equipe multidisciplinar visão abrangente no atendimento ao idoso.

## Humor/Depressão<sup>6</sup>

De acordo com Moraes (2012), o humor é uma função indispensável para manutenção da autonomia do indivíduo, sendo essencial para a realização das atividades de vida diária. A presença de sintomas depressivos é frequente entre idosos, variando de 8 a 16%, e, muitas vezes, é negligenciada na avaliação profissional.

Apesar de a depressão ser sintoma frequente no idoso, Moraes (2012) enfatiza que este problema não é consequência natural do envelhecimento. A depressão, segundo o autor, é uma síndrome psiquiátrica, caracterizada por humor deprimido, perda do interesse ou prazer, alterações do funcionamento biológico, com repercussões importantes na vida do indivíduo e com duração de meses a anos.

Por volta de 2030, estima-se que o transtorno depressivo unipolar assuma a segunda posição como causa de incapacidade em todo o mundo e a primeira causa nos países desenvolvidos (GONZALEZ, 2010).

Na avaliação das especialistas que participaram do estudo, o item humor/depressão é aplicável na consulta de enfermagem aos idosos na ESF. Em observações, relataram que em caso de sinais de depressão, deve-se encaminhar para avaliação médica.

Para Moraes (2011), é fundamental que profissionais de saúde saibam reconhecer os transtornos depressivos em idosos, utilizando instrumentos estruturados ou escalas de depressão. Recomenda o rastreamento de depressão em todos os adultos, utilizando escalas específicas sugeridas pela *U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)* ou duas perguntas simples, como: nas últimas duas semanas, você sentiu-se triste, deprimido ou sem esperança? Nas últimas duas semanas, você percebeu diminuição do interesse ou prazer pelas coisas?

Na AMRPI, no que se refere à avaliação breve do item humor/depressão, está de acordo com o que é sugerido pela literatura, com perguntas simples : o/a Sr/a se sente triste ou desanimado/a, frequentemente? No tocante ao encaminhamento deste item, o instrumento orienta que, se algumas das respostas forem afirmativas, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.

---

<sup>6</sup> Avaliação breve: o/a Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?

Ricci *et al.* (2010) confirmaram esta pesquisa, através da aplicação *Geriatric Depression Scale* (GDS). Os resultados mostraram que os idosos que sofrem quedas recorrentes apresentam maior escore para humor deprimido. Os sintomas depressivos em idosos merecem destaque pelos profissionais da saúde na identificação e no tratamento, principalmente, pelas consequências que pode gerar na qualidade de vida dessa população.

Djernes (2006) verificou que na velhice, os principais fatores de risco para depressão são falta ou perda de contatos sociais, história de depressão pregressa, viuvez, eventos de vida estressantes, institucionalização em casas asilares, renda baixa, insatisfação com o suporte social, isolamento social, ansiedade, carência de atividades sociais e nível educacional baixo.

Os inúmeros problemas sociais e econômicos dos idosos, adicionados à progressiva debilidade física, motivam profissionais de saúde a concluir que depressão é uma consequência normal desses problemas (PINHO; CUSTÓDIO; MAKDISSE, 2009).

Portanto, a utilização sistemática deste instrumento, na consulta de enfermagem ao idoso, facilita a detecção de problemas que necessitam de intervenção multiprofissional para garantir a autonomia e qualidade de vida desta parcela da população.

### **Cognição/Memória<sup>7</sup>**

Moraes (2012) afirma que a cognição é responsável pela capacidade de decidir. Juntamente com o humor (motivação), é fundamental para a manutenção da autonomia. A perda da cognição ou incapacidade cognitiva é, portanto, o “desmoronamento” ou o “apagamento” da identidade que nos define como ser pensante. O autor define cognição como conjunto de capacidades mentais que permitem ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano. Formada

---

<sup>7</sup> Avaliação breve: solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: mesa, maçã, dinheiro. Após três minutos, pedir que os repita.

Encaminhamentos: se for incapaz de repetir os três nomes, aplique o MEEM. Complementando este, pode ser aplicado o teste do Relógio, Teste de Fluência verbal e o Questionário de *Pfeffer*. Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.

pela memória (capacidade de armazenamento de informações), função executiva (capacidade de planejamento, antecipação, sequenciamento e monitoramento de tarefas complexas), linguagem (capacidade de compreensão e expressão da linguagem oral e escrita), praxia (capacidade de executar um ato motor), gnosia/percepção (capacidade de reconhecimento de estímulos visuais, auditivos e táteis) e função visuoespacial (capacidade de localização no espaço e percepção das relações dos objetos entre si). É responsável pela capacidade de decidir (MORAES, 2012).

Considerável parte dos idosos queixa da dificuldade de armazenar informações e de resgatá-las lembrar-se de nomes de pessoas conhecidas, de compromissos importantes, como tomar remédio; não lembram onde deixaram certos objetos pessoais, entre outros exemplos que podem por em risco a saúde e segurança, afetando negativamente o cotidiano. Além disso, referem prejuízo ocupacional e social diante dessas alterações decorrentes do envelhecimento, levando muitos ao autoabandono, perda da autoestima e isolamento da sociedade e até mesmo do ambiente familiar (LUDERS; STORANI, 1996).

A avaliação breve do instrumento estudado busca avaliar a cognição e memória por meio da memorização e repetição de três palavras após três minutos, caso o indivíduo não consiga, faz-se necessário complementar a avaliação com outros instrumentos indicados nos encaminhamentos.

As especialistas declararam, através da concordância obtida, que o item tem aplicabilidade na consulta de enfermagem ao idoso na ESF. Porém, foram levantados alguns questionamentos:

- E as questões das avaliações anteriores? Serão descartadas caso os escores dos instrumentos das avaliações (cognitiva e funcional) sinalizem *déficits* nestas áreas?

- Por que não aplicar o MEEM direto? E se houver *déficits* nos domínios do teste, de acordo com os critérios de escolaridade propostos, encaminhar para avaliação neuropsicológica.

- Aplicar o MEEM logo e repeti-lo a intervalos de 6/6 meses. Nos encaminhamentos: são se faz diagnóstico, apenas se identifica o *déficit* cognitivo: leve, moderado ou grave.

A avaliação multidimensional do idoso busca por detectar problemas que até então eram atribuídos ao processo natural do envelhecimento e, portanto, não

abordados de forma adequada. Cada item da AMRPI, apesar das particularidades, complementa-se na avaliação global do idoso e na elaboração do plano de cuidados.

Assim, Souza e Chaves (2005), em estudo sobre cognição, afirmam que tão importante quanto se recomendar exercícios físicos aos idosos para manter a saúde física, é também estimular o cérebro com atividades que exijam atenção, concentração e pensamento lógico, para manutenção da autonomia. As autoras mostram a importância de ver o idoso de forma integral.

Em relação à aplicação direta do mini exame do estado mental, sugerida pelos peritos, Moraes (2012) relata que existem diversos testes para a avaliação cognitiva, mas recomenda-se que a triagem deva ser realizada por meio de testes mais simples, rápidos e de fácil aplicação, que possam ser utilizados, rotineiramente, no consultório.

Os testes mais utilizados são o Mini Exame do Estado Mental (Brucki *et al.*, 2003), a lista de palavras do *Consortion to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* (CERAD), o teste de reconhecimento de figuras (Nitrini *et al.*, 2004), o teste de fluência verbal (Brucki, 1997) e o teste do relógio (MORAES; LANNA, 2010). Tais testes são úteis para o diagnóstico de declínio cognitivo, não sendo específicos para o diagnóstico de demência. Podem estar alterados nas outras causas de incapacidade cognitiva, como na depressão, *delirium* e “doença mental primária”. O diagnóstico de incapacidade cognitiva deve ser realizado na presença de declínio funcional associado ao declínio cognitivo (McKHANN *et al.*, 2011).

As sugestões das especialistas em relação à aplicação do MEEM condizem com a literatura estudada para avaliação cognitiva, no entanto, como esta pesquisa buscou por avaliar a aplicabilidade do instrumento AMRPI, o MEEM poderá ser incorporado na avaliação breve, em outro momento, após validação clínica.

## Função dos MMSS<sup>8</sup> e dos MMII<sup>9</sup>

Os itens que avaliam as funções dos membros superiores (MMSS) e inferiores (MMII) são aplicáveis na consulta de enfermagem ao idoso no contexto da ESF.

A mobilidade é fundamental para a execução das decisões tomadas (independência funcional), responsável pelo deslocamento do indivíduo e manipulação do meio. A capacidade de deslocamento é avaliada por meio da postura, marcha e transferência (MORAES, 2012).

As especialistas não teceram sugestões ou comentários sobre o item função dos MMSS. Em relação à avaliação dos MMII do instrumento, questionaram que parte do conjunto de itens referentes a este atributo [caminhar 3,5m] não era suficiente para medir o atributo.

Para Ferrell, Stein e Beck (2000), juntamente com as Atividades de vidas diárias (AVDs) e Atividades Instrumentais de vida diária (AIVDs), a mobilidade é um dos componentes da avaliação funcional mais citado pela literatura. Os testes de desempenho avaliam a capacidade do indivíduo em realizar tarefas que envolvam o equilíbrio e a marcha, como levantar-se de uma cadeira, caminhar pequenas distâncias, sentar-se e subir escadas, entre outras.

No referente à função dos MMSS, os encaminhamentos do instrumento orientam: incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).

Quanto à função dos MMII, os encaminhamentos do instrumento orientam: incapacidade do idoso realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de *Tinneti* e Medida de Independência Funcional (MIF). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).

Segundo as especialistas, no primeiro momento, a avaliação pode ser simples, utilizando o teste “*Time Get Up and Go*”: levantar da cadeira, andar três

---

<sup>8</sup> Avaliação breve: proximal: verificar se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta

<sup>9</sup> Verificar se a pessoa idosa é capaz de: levantar da cadeira: \_\_\_ caminhar 3,5m: \_\_\_ voltar e sentar: \_\_\_  
Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.

metros e sentar-se novamente. Avaliar apenas o tempo e se alterado, aplicar Tinetti. Pode ser difícil avaliar com precisão amplitude e equilíbrio neste momento. Sinalizar uso de bengala e outros.

Lino (2011) relata que dois testes de aplicação rápida vêm sendo usados mundialmente: o *Get Up and Go* (GUG) e o *Timed Up and Go* (TUG). No GUG, o paciente é solicitado a se levantar de uma cadeira, caminhar três metros e retornar à mesma. O teste avalia o equilíbrio sentado, a transferência de posição, a estabilidade e mudança de curso da marcha. No TUG, tempo para realizar as tarefas propostas, é quantificado, verificando-se que indivíduos completamente independentes realizam o teste em até 10 segundos, ao passo que aqueles com leve comprometimento da mobilidade, porém com independência em transferências básicas, o realizam em até 20 segundos. A realização da tarefa em tempo superior a 30 segundos está relacionada à dependência em muitas AVDs e ao distúrbio da mobilidade.

O estudo de Lino (2011) corrobora esta pesquisa quando mostra a importância de usar o teste o TUG, mencionado pelas especialistas como parte da avaliação da marcha e do equilíbrio e detecção de problemas relacionados com as AVD. No entanto, a AMRPI, no item função dos MMII, na avaliação breve, aplica apenas o GUG, sem a quantificação do tempo, no qual foi objeto de concordância entre os peritos.

Apesar da AMRPI não aplicar GUG, na avaliação breve, estudos de Silva *et al.* (2008) mostram a relevância deste teste. O tempo gasto para a realização do teste está diretamente associado ao nível da mobilidade funcional. Tempos reduzidos na realização do teste indicam idosos independentes quanto à mobilidade. Os idosos que o realizam em tempo superior aos 20s tendem a ser mais dependentes nas suas tarefas diárias.

No que se refere ao Teste de Tinetti orientado nos encaminhamentos da AMRPI, segundo Kenneth (2005), tem sido usado para avaliar o equilíbrio e as anormalidades da marcha. O teste consiste de 16 itens, em que nove são para o equilíbrio do corpo e sete para a marcha. O Teste classifica os aspectos da marcha como a velocidade (tempo), a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e, também, as mudanças com os olhos fechados.

Medida de independência funcional, também indicada como instrumento de avaliação contidas nos encaminhamentos da AMRPI, segundo Riberto (2004),

tem como objetivo avaliar de forma quantitativa a carga de cuidados demandada por pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas de vida diária. Entre as atividades avaliadas estão autocuidados, transferências, locomoção, controle esfinteriano, comunicação e cognição social, que inclui memória, interação social e resolução de problemas.

### **Atividades diárias<sup>10</sup>**

O estudo da capacidade funcional é útil para avaliar o estado de saúde dos idosos, tendo em vista as repercussões do aumento da expectativa de vida e as novas repercussões sobre o cotidiano desses indivíduos (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Conforme Aijänseppä *et al.* (2005), a capacidade funcional pode ser avaliada com enfoque em dois domínios: as atividades básicas da vida diária (Índice de *Katz*), também chamadas de atividades de autocuidado e as atividades instrumentais da vida diária (Escala de *Lawton*), também denominadas de habilidades de mobilidade ou atividades para manutenção do ambiente. Rosa *et al.* (2003) exemplificam: as atividades básicas estão ligadas ao autocuidado do indivíduo, como alimentar-se, banhar-se e vestir-se. As atividades instrumentais englobam tarefas mais complexas, muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte.

Na avaliação das especialistas referente ao item atividade diária, foi favorável quanto à aplicabilidade na consulta de enfermagem ao idoso na ESF. Afirmaram em contribuições que o instrumento é capaz de avaliar a capacidade funcional relacionada às atividades básicas de vida diária e instrumentais. Porém, surgiu a dúvida sobre quem seria o respondente, o idoso ou cuidador.

Alves *et al.* (2007) corroboram as questões colocadas pelos peritos, quando em estudo orientam que nos casos do paciente apresentar déficit cognitivo,

---

<sup>10</sup> Avaliação Breve: sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? \_\_\_ Vestir-se? \_\_\_ Preparar suas refeições? \_\_\_ Fazer compras? \_\_\_ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.

Encaminhamentos: na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF, de *Katz* e escala de *Lawton*.

as respostas devem ser confirmadas com o acompanhante ou cuidador. Informação adicional pode ser obtida no momento da consulta, simplesmente por observação do paciente. Esta observação direta da performance física do paciente proporciona estimativa acurada da capacidade funcional.

No estudo de Alves *et al.* (2007), afirmam que quando deficiências no desempenho das atividades diárias são identificadas, o motivo e o tempo de aparecimento podem ajudar na determinação da causa da disfunção e potencial reversibilidade.

Mesmo no envelhecimento saudável, a partir dos 80 anos, espera-se algum grau de comprometimento fisiológico na capacidade de realização das AVD. A intensidade e a frequência deste comprometimento são muito variadas, dependendo das condições gerais de saúde, ao longo da vida, e do modo de vida das pessoas em cada contexto socioeconômico, histórico e cultural (PAULA; CINTRA, 2005).

O atual sistema de saúde focaliza a expansão da Saúde da Família. Para atender à população idosa, é necessário que a equipe de saúde da família conheça o perfil socioeconômico e demográfico, bem como a capacidade funcional da população idosa da região, para planejar e implementar ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos e reabilitação (EFRAIM *et al.*, 2006).

Em qualquer contexto de atendimento a idosos, seja no ESF ou em hospital, é preciso que profissionais de saúde, em especial da enfermagem, estejam atentos para esta avaliação, na perspectiva de identificar problemas de idosos para a sistematização da assistência de enfermagem (PAULA; CINTRA, 2005).

A avaliação funcional do idoso faz parte do cuidado de enfermagem, com ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio que pode contar. Assim, o enfermeiro, inserido em equipe multidisciplinar, deve assistir o idoso de maneira individualizada, considerando as limitações físicas, psíquicas e ambientais (DIOGO, 2000).

Portando, avaliar as atividades diárias de idosos pertencentes a uma área de abrangência da ESF na consulta de enfermagem, permite para o profissional identificar os problemas de maneira individualizada e o planejamento das intervenções. A aplicação do instrumento AMRPI neste contexto, constitui-se ferramenta facilitadora deste processo.

## Domicílio<sup>11</sup>

As condições do ambiente do domicílio podem aumentar o risco de quedas, Jensen *et al.* (2002) afirmam que alguns ensaios clínicos que incluíram idosos não institucionalizados e sem problemas de cognição, houve redução significativa de quedas e traumatismos quando intervenção para riscos específicos foram implementadas.

Close *et al.* (2000) colocam que para identificar riscos potenciais no domicílio, deve-se perguntar ao paciente sobre dificuldade com escadas, presença de tapetes soltos e adequação da luminosidade interna e externa da casa. É também importante inquirir sobre a presença de equipamento de segurança, tal como corrimão no banheiro. Se qualquer uma destas áreas tivesse problemas, deveria ser realizado inventário completo sobre a segurança do domicílio.

Na avaliação das especialistas, este item da AMRPI é aplicável na consulta de enfermagem no contexto da ESF.

As especialistas afirmaram que o item avalia os riscos mais frequentes que acomete a pessoa idosa e sugeriram a necessidade de verificar também as questões ambientais no entorno do domicílio e as condições das ruas do bairro (buracos, ladeiras, calçadas, dentre outros).

## Queda<sup>12</sup>

Durante a fase de envelhecimento, fatores biológicos, doenças e causas externas podem influenciar a forma com que o envelhecimento ocorre. A queda é uma delas e, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (1994), é uma causa externa.

As quedas entre idosos merecem destaque e configuram-se como problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e mortalidade advindas desse evento, ao elevado custo social e econômico

<sup>11</sup> Avaliação breve: Na sua casa há: escadas? \_\_\_\_ tapetes soltos? \_\_\_\_ corrimão no banheiro? \_\_\_\_

Encaminhamentos: sim, para escada ou tapete e não, para corrimão – avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias

<sup>12</sup> Avaliação breve: quantas vezes? \_\_\_\_  
Encaminhamentos: orientar prevenção.

decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção (FABRÍCIO; RODRIGUES; COSTA JÚNIOR, 2004).

Segundo Siqueira *et al.* (2007), as quedas são responsáveis por declínio da capacidade funcional e da qualidade de vida dos idosos e pelo aumento do risco de institucionalização.

A avaliação breve desse instrumento, que avalia o item quedas, é aplicável na consulta de enfermagem aos idosos na ESF, o item complementa o item anterior (domicílio).

Apesar da concordância obtida, as especialistas que avaliaram a AMRPI sugeriram reformular a “avaliação breve”, para atender à relevância deste item na consulta de enfermagem. Considerar na avaliação o período em ocorreu a queda (último mês, ano); verificar local; se ficou no chão, por quanto tempo; se contou para alguém; atentar para os fatores intrínsecos das quedas, não apenas ambientais ou extrínsecos.

Assim como foi colocado pelas especialistas, Fabrício, Rodrigues e Costa Junior (2004) afirmam que saber o local onde ocorreu a queda é importante para identificar fatores ambientais causadores da mesma e que estudo retrospectivo realizado em Ribeirão Preto, com idosas na comunidade que sofreram queda, foi verificado maior proporção de queda em domicílio.

Em outro estudo, Campbell *et al.* (2000) investigaram a ocorrência de acidentes com idosos que vivem na comunidade. Verificaram que o evento queda representou 51% dos acidentes encontrados e que ocorreram, em maioria, no próprio lar do idoso (44% das quedas). Estes dados são importantes para o planejamento de medidas preventivas das quedas em idosos.

Fabrício, Rodrigues e Costa Júnior (2004) complementa orientando que a abordagem ao idoso que caiu deve ser ampla e integral. Detalhar o acometimento a fatores extrínsecos (fatores ambientais, vestimenta) e intrínsecos (doenças, uso de polifármacos) faz-se importante. Por isso, é necessário que o profissional de saúde aborde o idoso de forma multidimensional, verificando fatores da capacidade funcional e ambiental para prevenção deste acidente tão comum nesta fase.

A prevenção das quedas pode ser por meio de ações que envolvem desde o conhecimento da relação do idoso com o meio onde vive no sentido de diminuir barreiras arquitetônicas, tanto domiciliares quanto públicas. Intervenções preventivas na esfera biopsicossocial, como a melhora na acuidade visual, atividade

física, fortalecimento muscular e diminuição do medo da queda na pessoa idosa, são também necessárias (MATHIAS; JORGE; ANDRADE, 2006).

A avaliação multidimensional do idoso baseia-se na avaliação do funcionamento global do idoso e tem como principal objetivo a restauração ou preservação da qualidade de vida. Por isso, a AMPI é ferramenta que busca avaliar o domicílio e o risco para quedas.

### **Suporte social**<sup>13</sup>

O suporte social abrange políticas e redes de apoio sociais (família, amigos e comunidade) que têm como finalidade contribuir para o bem-estar das pessoas, principalmente daquelas em situação de exclusão. Neste caso, o suporte social, mediante a equidade das ações, possibilita o exercício da cidadania (ARAÚJO *et al.*, 2006).

A rede de apoio ou suporte social é decisiva para o envelhecimento ativo. A capacidade de socialização e integração social é considerada fator protetor da saúde e bem-estar. Participação em clubes de terceira idade, centros comunitários, associação de aposentados, centros-dia e organizações de voluntários devem ser estimuladas em todo idoso (MORAES, 2012).

A rede social pode ser avaliada quanto às características estruturais, funções dos vínculos e atributos de cada vínculo e pode ser registrada em forma de mapa (genograma ou ecomapa) de relações que incluem os indivíduos com quem determinada pessoa interage (CLEMENTE, 2003).

A Política Nacional do Idoso (Brasil, 2006b) afirma que é responsabilidade da família, da sociedade e do Estado assegurar a cidadania ao idoso, participação na comunidade, dignidade, bem-estar e direito à vida. O Estatuto do Idoso (Brasil, 2004) garante a esta população prioridade na formulação e execução de políticas sociais, bem como ratifica o direito do idoso à vida, saúde, alimentação, educação, cultura, esporte, lazer, trabalho, cidadania, liberdade, dignidade, respeito, e à convivência familiar e comunitária.

---

<sup>13</sup> Avaliação breve: alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo?

Encaminhamentos: identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família e ECOMAPA.

De acordo com Caldas (2003), a criação de políticas, incluindo toda a sociedade, redes de apoio para o idoso dependente e família, capacitação dos cuidadores por profissionais de saúde, assistência ao idoso que não dispõe de cuidados familiares, e programas com o intuito de evitar uma posterior dependência em idosos independentes são meios de promover a saúde na terceira idade (CALDAS, 2003).

O item suporte social para as especialistas é aplicável na consulta de enfermagem ao idoso na ESF. Para os peritos, seria interessante pensar em quem poderá responder aos questionamentos desta avaliação, se o idoso não for capaz de fazê-lo.

Marques (2009) afirma que a autonomia, a independência do idoso e a relação com a família pode variar em diversos aspectos. O fato de morar com familiares não garante a manutenção da autonomia e independência e que os idosos que moram sozinhos, podem contar com ajuda dos familiares, mas podem não ter autonomia e possuir independência. Todas estas situações devem ser consideradas perante o planejamento de orientações, implementações de plano de cuidados e estímulo ao autocuidado elaborado por enfermeiros e demais profissionais da saúde que atuam no atendimento a pessoas. A autora corrobora este estudo, quando mostra que cada situação deve ser avaliada individualmente e, na incapacidade de responder ao instrumento, o profissional deve procurar o suporte social do idoso (família, cuidador, vizinho etc).

Alvarenga *et al.* (2011) realizaram um estudo no Brasil com 503 idosos, de junho de 2007 a março de 2008, cujo objetivo era conhecer a rede de suporte social do idoso assistido pela Estratégia Saúde da Família. Verificou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino, viúvas, de baixo poder aquisitivo e que conviviam com duas ou três gerações. A rede de suporte social era composta predominantemente pela família, pela comunidade e pelos amigos. A participação da rede formal era incipiente. Os serviços de saúde foram representados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como rede formal.

Em todas as fases da vida, a família exerce importância fundamental no fortalecimento das relações, embora muitas vezes tenha dificuldades em aceitar e entender o envelhecimento, tornando o relacionamento familiar mais difícil.

O Estado deve ser atuante, de modo a promover, auxiliar o suporte familiar e garantir o acesso do idoso ao Sistema Único de Saúde. O Programa

Saúde da Família, atual ESF, tem função de elo entre o idoso e os serviços de saúde, possibilitando também a atenção domiciliar para idosos dependentes, valorizando o cuidado comunitário, principalmente na família e Atenção Básica de Saúde (SILVESTRE; COSTA, 2003).

Segundo Mendes *et al.* (2005), a situação social da pessoa idosa no Brasil revela a necessidade de discussões mais aprofundadas sobre as relações do idoso na família e na sociedade. Esses aspectos devem ser enfatizados na formação de profissionais da área de saúde e da educação.

Lima e Tocantins (2009) destacam a importância das ações de enfermagem junto ao idoso no contexto da Atenção Básica. Afirmam que na assistência desta clientela no contexto citado, deve existir diálogo permanente entre idoso, família e profissional. Desta forma, ações de profissionais são fundamentais para que se alcance a humanização na atenção à saúde da pessoa idosa e se consolide uma rede social de apoio.

O atendimento adequado desta população na área da saúde e a aplicação de estratégias de saúde pública pode promover o envelhecimento ativo, inclusive a mudança no perfil de adoecimento, que enfatiza a promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social, gerando impactos nas diversas formas de se prestar assistência aos idosos (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Dessa forma, AMRPI busca entender o apoio social ao idoso, instrumento de ajuda na elaboração do plano de cuidados, o qual promove saúde na medida em que conhece e integra as redes de apoio necessárias na busca pelo envelhecimento ativo.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população remetem a considerações sobre a relevância do processo de envelhecimento humano e à funcionalidade, uma vez que questões relacionados à capacidade funcional, dependência, autonomia e morbidade representam implicações sobre a qualidade de vida de idosos.

Este estudo mostrou que a aplicação do Instrumento AMRPI na Estratégia Saúde da Família, durante a consulta de enfermagem, permite ao profissional realizar atendimento otimizado e proporciona assistência integral ao idoso.

As avaliações das especialistas foram convergentes quanto à aplicabilidade do instrumento e condizentes com a literatura pesquisada, servindo de ferramenta na aplicação clínica do instrumento em futuras pesquisas.

O instrumento, segundo os avaliadores, mostrou-se eficaz para a investigação do idoso em dimensões variadas e relevantes para a qualidade de vida do ser humano que envelhece. Evidenciam-se aspectos acerca da autonomia, independência física e mental do idoso quando investiga vários domínios (nutrição, visão, audição, dentre outros) que norteia a vida cotidiana na busca pelo envelhecimento ativo, podendo, com isto, oferecer subsídios para intervenção qualificada e individualizada ao idoso.

Por investigar vários domínios e trabalhar com outras escalas de avaliação, foi ressaltada a importância da formação da equipe de saúde para esta área de conhecimento, uma vez que abrange variados campos do saber.

Ao considerar o conhecimento específico da equipe de avaliadores – especialistas – e a dimensão espacial de cada um – de várias regiões do país – pode-se inferir que a AMRPI pode ser utilizada em diferentes contextos da atenção básica, sem necessitar de grandes investimentos ou tecnologias mais complexas. Assim, os resultados podem ser generalizados em situações contextuais semelhantes.

Como limitações do estudo, apontam-se a dificuldade em obter adesão para análise dos instrumentos por parte dos especialistas. Este aspecto limitador não é especificado desta pesquisa, mas de estudos semelhantes, nos quais requeram tempo e adesão de sujeitos não próximos do universo de trabalho do

pesquisador. Exemplo foi o número reduzido de especialistas que responderam a segunda rodada da avaliação.

Outro ponto limitador foi a seleção dos membros do grupo, dada a dificuldades em definir qualificações e avaliar o grau de domínio. Mesmo o participante sendo especialista e/ou profissional da área em estudo, é difícil determinar com precisão o grau de experiência ou habilidade para contribuir com a temática específica.

Não foi possível aplicar o instrumento ao público-alvo, idosos, pela demora nas respostas dos especialistas, devendo, portanto serem desenvolvidas pesquisa que executem esta etapa de validação clínica. Esta foi uma das recomendações emitidas pelos participantes especialistas.

Sugerem-se adaptações necessárias no instrumento AMRPI à assistência ao idoso na Estratégia Saúde da Família, considerando a consulta de enfermagem como parte da equipe multiprofissional. Portanto, espera-se que ao aplicar o instrumento AMRPI na avaliação do idoso, a enfermagem possa ter ferramenta que possibilite a elaboração do plano de cuidados, com vistas a manter a independência, autonomia de idosos e, conseqüentemente, promover qualidade.

## REFERÊNCIAS

AIJÄNSEPPÄ, S.; NOTKOLA, I. L.; TIJHUIS, M.; VAN STAVEREN, W.; KROMHOUT, D.; NISSINEN, A. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. **J Epidemiol Community Health.**, v.59, n.5, p.413-419, 2005.

ALMEIDA, M. C. P.; ROBAZZI, M. L. C. C.; SCOCHI, C. G. S.; BUENO, S. M. V.; CASSIANI, S. H. B.; SAEKIS, T et al. Perfil da demanda dos alunos da pós-graduação stricto sensu da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.2, p.153-161, 2004.

ALMY, T. P. Comprehensive functional assessment for elderly patients. **Ann Intern Med.**, v.109, n.7, p.70-72, 1988.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES R. A. M.; AMENDOLA, F.; ODIVAL, F et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.16, n.5, p. 2603-2611, 2011.

ALVES, L. S.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.17, n. 5/6, p.333-341, 2005.

ALVES, L.; LEIMANN, B.; VASCONCELOS, M; CARVALHO, A.; FONSECA, T.; LEBRÃO, M et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.8, p.1924-1930, 2007.

ARAÚJO, S. S. C.; FREIRE, D. B. L.; PADILHA, D. M. P.; BALDISSEROTTO, J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. **Comunic Saúde Educ.**, v.10, n.19, p.203-216, 2006.

BATISTA, M. A. S.; SILVA, F. A. E. A consulta de enfermagem ao idoso – aspectos relevantes. **Rev Divulg Cient FACESA**, [Internet] v.1, n.1, 2010. Disponível em: <http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/periodicos/article/view/4/3> Acesso em: 13 jul. 2011.

BORGES, P. L. C.; BRETAS, R. P.; AZEVEDO, S. V.; BARBOSA, J. M. M. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24 n.12, p.2798-2808, 2008.

BORGES, S. M.; CINTRA, F. A. Relação entre acuidade visual e atividades instrumentais de vida diária em idosos em seguimento ambulatorial. **Rev Bras Oftalmol.**, v.69, n.3, p.146-151, 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Política nacional do idoso. 1994. Disponível em: [http://www.mj.gov.br/sal/codigo\\_civil/indice.htm](http://www.mj.gov.br/sal/codigo_civil/indice.htm) Acesso em: 13 jun 2011.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, v.4, supl.,2, p.15-25, 1996b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 702 de 12 de abril de 2002**. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Senado Federal. **Lei nº10. 741/2003**. Estatuto do Idoso. Brasília: Senado Federal, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. **Política nacional de saúde da pessoa idosa - PNSI**. Brasília. 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br> Acesso em: 22 ago. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRUCKI, S. M. D.; MALHEIROS, S. M. F.; OKAMOTO, I. H.; BERTOLUCCI, P. H. F. Dados normativos para o teste de fluência verbal categoria animais em nosso meio. **Arq Neuro-Psiquiatr.**, v. 55, n.1, p. 56-61, 1997.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuro-Psiquiatr.**, v. 61, n.3, p. 777-781, 2003.

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

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: Ipe, 2004.

CAMPBELL, E. M.; CARTER, S. E.; SANSON-FISHER, R. W.; GILLESPIE, W. J. Accidents in older people living at home: a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries. **J Public Health**, v.24, n.6, p.633-636, 2000.

CAMPOS, M. A. G.; PEDROSO, E. R. P.; LAMOUNIE, J. A.; COLOSIMO, A. E.; ABRANTES, M. M. Estado nutricional e fatores associados em idosos. **Rev Assoc Med Bras.**, v.52, n.4, p.214-221, 2006.

CARVALHO, E. C.; MELLO A. S.; NAPOLEÃO, A. A.; BACHION, M. M.; DALRI, M. C. B.; CANINI, S. R. M. S. Validação de diagnóstico de enfermagem: reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. **Rev Eletr Enferm.**, v.10, n.1, p 235-240, 2008. Disponível em: [www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8016](http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8016) Acesso em: 16 ago. 2012.

CASTRO, A. V.; REZENDE, M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. **Rev Min Enferm.**, v.13, n.3, p.429-434, 2009.

CASTRO, L. C.; TAKAHASHI, R. T. Percepção dos enfermeiros sobre a avaliação da aprendizagem nos treinamentos desenvolvidos em um hospital de São Paulo. **Rev Esc Enferm USP.**, v.42, n.2, p.305-311, 2008.

CHUMLEA, W. A.; ROCHE, A. F.; MUKHERJEE, D. **Nutritional assessment of the elderly through anthropometry.** Columbus (OH): Ross Laboratories, 1987.

CLEMENTE, M. A. Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano: revisión bibliográfica. **Rev Psicol Cienc Afines**, v.20, n.1, p.31-60, 2003.

CLOSE, J.; ELLIS, M.; HOOPER, R.; GLUCKSMAN, E.; JACKSON, S.; SWIFT, C.; Prevention of falls in theelderly trial (PROFECT): a randomised controlled trial. **Lancet.**, v. 353, n.9147, p. 93-97, 2000.

CHU-AI, T. R.; LIM, W.S.; BASRI, R.; ISMAIL, N. H. Utility of a patient-response screening question for visual impairment. **J Am Geriatr Soc.**, v. 54, n.2, p.370-372, 2006.

- CONGDON, N.; O'COLMAIN, B.; KALVER, C. C.; KLEIN, R.; MUÑOZ, B.; FRIEDMAN, D. S et al. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. **Arch Ophthalmol.**, v.122, n.4, p.477-485, 2004.
- COELHO, A. K.; FAUSTO, M. A. Avaliação pelo nutricionista. In: MACIEL, A. (Ed.). **Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
- COELHO, M. A. C. et al. Antropometria e composição corporal. In: FRANK, A. A. (Ed.). **Nutrição no envelhecer**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- DIOGO, M. J. D. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.8, n.1, p.75-81, 2000.
- DJERNES, J. K. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. **Acta Psychiatr Scand.**, v.113, n.5, p.372-87, 2006.
- DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.3, p.691-700, 2007.
- FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA JUNIOR, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saude Publica**, v.38, n.1, p.93-99, 2004.
- FARO, A. C. M. Técnica Delphi na validação das intervenções de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.**, v.31, n.1, p.259-273, 1997.
- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio dalíngua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2004.
- FERREIRA, M. C. S.; SOUTELLO, A. L. S.; RIBEIRO, S. A. Importância do ensino de saúde do idoso na graduação de enfermagem: uma visão discente. **Ensaio Ciênc.**, v.12, n.1, p.19-29, 2008.
- FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; SILVA, A. O.; SANTOS, W. S.; MOREIRA, M. A. S. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n.4, p.1065-1069, 2010.
- FERRELL, B. A.; STEIN W. M; BECK, J. C. The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis. **J Am Geriatr Soc.**, v.48, n.12, p.1669-1673, 2000.
- FERRITE, S.; SANTANA, V. S.; MARSHALL, S. W. Validity of self-reported hearing loss in adults: performance of three single questions. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.5, p.824-830, 2011.
- GALDEANO, L. E. **Validação do diagnóstico de enfermagem: conhecimento deficiente em relação à doença arterial coronariana e a revascularização do miocárdio**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GRADIM, C. V. C.; SOUSA, A. M. M.; LOBO, J. M. A prática sexual e o envelhecimento. **Cogitare Enferm.**, v. 12, n.2, p.204-213, 2007.

GONZALEZ, H. M. Depression care in United States. **Arch Gen Psychiatr.**, v. 67, p.37-46, 2010.

GOTT, M.; HINCHLIFF, S. How important is sex in later life? The views of older people. **Soc Sci Med.**, v.56, n.8, p.1617-1628, 2003.

HEALTH, U. S. **With chartbook on trends in the health of Americans U.S.** Department of health and human services. U.S: DHHS Publication, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese dos indicadores sociais.** Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JENSEN, J.; LUNDIN-OISSON, L.; NYBERG, L.; GUSTAFSON, Y. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. **Ann Intern Med.**, v.136, n.10, p.733-741, 2002.

KENNETH, A.; BEHM, D.; O Impacto do treino de resistência à instabilidade no equilíbrio e estabilidade. **Sports Med.**, v.35, p.43-53, 2005.

KNUDTSON, M. D.; KLEIN, B. E.; KLEIN, R. Age-related eye disease, visual impairment, and survival: the Beaver Dam Eye Study. **Arch Ophthalmol.**, v.124, n.2, p.243-249, 2006.

LACERDA, M. R. **O conhecimento na prática profissional, a competência, a proficiência e as atitudes da Enfermagem.** 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2002.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R.. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 62 n.3, p.367-373, 2009.

LINDAU, S. T.; SCHUMM, L. P.; LAUMANN, E. O.; LEVINSON, W.; O'MUIRCHEARTAIGH, C. A.; WAITE, L. J. A study of sexuality and health among older adults in the United States. **N Engl J Med.**, v.357, n.8, p.762-774, 2007.

LINO, V. T. S. **Triagem de problemas de saúde de idosos na atenção primária com um instrumento multidimensional.** 2011. 125 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

LUDERS, S. L. A.; STORANI, M. S. B. Demência: impacto para a família e a sociedade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu; 1996. p.146-159.

MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, L. C. R.; DRUZIAN, S. C., OLIVEIRA L. C. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. **Rev Esc Enfer USP**, v.4, n.1, p.47-52, 2010.

MARQUES, M. B. **Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado**. 2009.109 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

MARUCCI, M. F. N.; BARBOSA, A. R. Estado nutricional e capacidade física. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: OPAS/MS, 2003. p.95-117.

MATHIAS, T. A. F.; JORGE M. H. P. M.; ANDRADE, O. G. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região Sul do Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.14, n.1, p.17-24, 2006.

MATTHEWS, D. A. Dr. Marjory Warren and the origin of British geriatrics. **J Am Geriatr Soc.**, v.32, n.4, p.253-558, 1984.

McKHANN, G. M.; KNOPMAN, D. S.; CHERTKOW, H.; HYMAN, B. T.; JACK JR, C. R.; KAWAS, C. H et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. **Alzheimers Dement.**, v. 7, n.3, p. 263-269, 2011.

MELO, A. S. **Validade dos diagnósticos de enfermagem disfunção sexual e padrões de sexualidade ineficazes**. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2004.

MENDES, M. R. S. S.; GUSMAO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. B. O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.4, p.422-426, 2005.

MIYATA, D. F.; VAGETTI, G. C.; FANHANI, R. H.; PEREIRA, G. J; ANDRADE, O. G. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arq. Ciênc Saúde Unipar**, v.9, n.2, p.135-140, 2005.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. S.; SIMÕES, A. L. A. Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no Estado de Minas Gerais. **Texto Contexto Enferm.**, v.15, n.4, p.663-671, 2006.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAES, E. N. **Estratégias de prevenção e gestão da clínica**. Belo Horizonte: Folium, 2011.

MORAES, E. N.; LANNA, F. M. **Incapacidade cognitiva: abordagem diagnóstica e terapêutica das demências no idoso**. Belo Horizonte: Folium, 2010.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.363-372, 2007.

NASCIMENTO, C. M.; RIBEIRO, A. Q.; SANT'ANA, L. F. R.; OLIVEIRA, R. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v.21, n.2, p.174-180, 2011.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. Demografia e epidemiologia do envelhecimento. **Einstein**, v.6, Supl 1, p.4-6, 2008.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; HERRERA JÚNIOR, E.; PORTO, C. S.; CHARCHAT-FICHMAN, H et al. Performance of illiterate and literate nonde-mented elderly subjects in two tests of long-term memory. **J Int Neuropsychol Soc.**, v.10, n.4, p.634-638, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento**. Geneva: ONU, 1982.

\_\_\_\_\_. **Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento**. Madri: ONU, 2002.

\_\_\_\_\_. **Salud y envejecimiento: un documento para el debate**. Geneva: ONU, 2002.

\_\_\_\_\_. **World population prospects: the 2006 revision**. Geneva: ONU, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry**. Geneva: OMS, 1995.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60p.

\_\_\_\_\_. **Preventing chronic diseases a vital investments**. Geneva: OMS, 2005.

\_\_\_\_\_. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. São Paulo: EDUSP, 1994.

OWEN, C. G.; RUDNICKA, A. R.; SMEETH, L.; EVANS J. R.; WORMALD, R. P. L.; FLETCHER, A. Is the NEI-VFQ-25 a useful tool in identifying visual impairment in an elderly population? **Ophthalmology**, v.6, p.1-9, 2006.

PAIVA, K. M.; CESAR, C. L.G.; ALVES, M. C. G. P.; BARROS, M. B. A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, v.27, n.7, p.1292-1300, 2011.

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.39, n.3, p.383-390, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, M. (Ed.). **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PASQUALI, L. (org.) **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBPP, 1999. 306p.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica – fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 560p.

PAULA, J. C.; CINTRA, F. A. A relevância do exame físico do idoso para assistência hospitalar. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.3, p.301-306, 2005.

PAVIN, R. S.; KIST, R.; SCHEEREN, E.; BULLA, L. C. Participação de idosos em atividades grupais. In: X Salão de Iniciação Científica PUCRS, 2009. **Anais...** Rio Grande do Sul, 2009.

PERISSINOTTO, E.; PISENT, C.; SERGI, G.; GRIGOLETTO, F.; ENZI, G. Anthropometric measurements in the elderly: ang and gender differences. **Br J Nutr.**, v.87, p.177-186, 2002.

PINHO, M. X.; CUSTÓDIO, O.; MAKDISSE, M. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura **Rev Bras Geriatr Gerontol.**, v.12, n.1, p.123-140, 2009.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saúde Pública**, v.19, n.3, p.793-798, 2003.

RAMOS, L. R.; VERAS, R.; KALACHE, A. A populational aging: a brazilian reality. **Rev Saúde Publica**, v.21, n.3, p.211-224, 1987.

REZENDE, F. A. C.; ROSADO L. E. F. P. L.; FRANCESCHINNI, S. C. C.; ROSADO, G. P.; RIBEIRO, R. C. L. Avaliação da aplicabilidade de fórmulas preditivas de peso e estatura em homens adultos. **Rev Nutr.**, v.22, n.4, p.443-451, 2009.

RIBEIRO R. C.; MARIN, H. F. Proposta de um instrumento de avaliação da saúde do idoso institucionalizado baseado no conceito do Conjunto de Dados Essenciais em Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v.62, n.2, p.204-212, 2009 .

RIBERTO, M. Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatr.**, v.11, n.2, p. 72-76, 2004.

RICCI, N. A.; GONÇALVES, D. F. F; COIMBRA, B. I.; COIMBRA, A. M. V. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. **Saude Soc.**, v.19, n.4, p.898-890, 2010.

RODRIGUES, R. A. P. KUSUMOTA L.; MARQUES S., FABRÍCIO, S. C. C; CRUZ, I. R.; LANGE, C.. Política nacional de atenção ao idoso. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.3, p.536-545, 2007.

ROSA, T. E.; BENICIO, M. H.; LATORRE, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev Saude Publica.**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

ROSALINO, C. M. V. **Perda auditiva e tontura em idosos**: medicamentos e outros fatores associados. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

ROSALINO, C. M. V.; ROZENFELD, S. Triagem auditiva em idosos: comparação entre autorelato e audiometria. **Rev Bras Otorrinolaringol.**, v.71, n.2, p.193-200, 2005.

RUBENSTEIN, L. V.; CALKINS, D. R.; GEENFIELD, S. Health status assessment for elderly patients: reports of the society of internal medicine task force on health assessment. **J Am Geriatr Soc.**, v.37, n.6, p.562-569, 1989.

SÁFADI, C. M. Q. Delphi: um estudo sobre sua aceitação. In: V SEMEAD, 2001. São Paulo: **Anais...** SEMEAD/FFEA/USP, São Paulo, 2001.

SANTOS, F. A. A. S. **Construção e investigação da validade de definições conceituais e operacionais do resultado de enfermagem integridade tissular**: um estudo com portadores de úlcera venosa. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

SILVA, A.; ALMEIDA, G. J. M; CASSILHAS, R. C.; COHEN, M.; PECCIN, M. S.; TUFIK, S et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. **Rev Bras Med Esporte**, v.14, n.2, p.88-93, 2008.

SILVA, V. A.; SOUZA, K. L.; D'ELBOUX, M. J. Incontinência urinária e os critérios de fragilidade em idosos em atendimento ambulatorial. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.3, p.672-678, 2011.

SILVESTRE, J. A.; COSTA, M. M. N. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. **Cad Saude Pública**, v.19, n.3, p.839-847, 2003.

SIQUEIRA, F.V.; FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev Saude Publica.** v.41, n.5, p.749-756, 2007.

SIRENA, S. A. **Avaliação multidimensional do idoso**: uma abordagem atenção primária à saúde. 2002. 99f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

SOUSA, R. M.; SANTANA, R. F.; SANTO, F. H. E.; ALMEIDA, J. G.; ALVES, L. A. F. Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. **Esc Anna Nery**, v.14 n.4, p.732-741, 2010.

SOUZA, N. J.; CHAVES E. C. O efeito do exercício de estimulação da memória em idosos saudáveis. **Rev Esc Enferm USP**., v.39, n.1, p.13-19, 2005.

SPÍNOLA, A. W. P. **Delphos**: proposta tecnológica alternativa. São Paulo: USP, 1984.

STUCK, A. E.; SIU, A. L.; WIELAND, G. D.; ADAMS, J.; RUBENSTEIN, L. Z.; Effects of comprehensive geriatric assessment on survival, residence, and function: a meta-analysis of controlled trials. **Lancet**, v.342, p.1032-1036, 1993.

TALBOT, L. A. **Principles and practice of nursing research**. Texas: Mosby, 1995. 306p.

TAVARES, E. L.; ANJOS, L. A. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. **Cad Saúde Pública**, v.15, n.4, p.759-768, 1999.

TAYLOR, A.; MARGOT, A. G. Sexuality in older age: essential considerations for healthcare professionals. **Age Ageing**, v.40, n.5, p. 538-543, 2011.

UNITED NATIONS. **Report of the second world assembly on ageing**. Madrid: United Nations, 2003. 79p.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Centers Of Disease Control and Prevention. **National center for health statistics with chapbook on trends in the health of Americans Hyattsville**. Atlanta: MD, 2007.

VERAS, R. P. Brazil is getting older: demographic changes and epidemiological challenges. **Rev Saúde Pública**, v.25, n.6, p.476-488, 1991.

VISSCHER, T. L.; SEIDELL, J. C.; MOLARIUS, A.; KUIP, D.; HOFMAN, A.; WITTEMAN, J. C. M. A comparison of body mass index, waist-hip ratio and waist circumference as predictors of all-cause mortality among the elderly: the Rotterdam study. **Int J Obes**., v.25, n.10, p.1730-1735, 2001.

WASSERBAUER, L. I; ABRAHAM, I. L. Quantitative designs. In: TALBOT, L. A. **Principles and practice of nursing research**. St. Louis: Mosby, 1995. p.217-239.

WHITESIDE, M. M.; WALLHAGEN, M. I.; PETTENGILL, E. Sensory impairment in older adults: part 2. Vision loss. **Am J Nurs**., v.106, n.11, p.52-61, 2006.

ZASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: Doença Cardíaca e Comorbidades. **Arq Bras Cardiol**., v.79, n.6, p.635-639, 2002.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – CARTA CONVITE DE PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem  
Departamento de Enfermagem  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Curso de Mestrado em Enfermagem

Temos a honra de convidar V.Sa. a participar de uma pesquisa cujo título é: **“Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa” no contexto da estratégia de saúde da família**, orientada pela Profa. Maria Josefina da Silva, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A finalidade da pesquisa é avaliar a aplicabilidade do instrumento na consulta de enfermagem no contexto da Estratégia Saúde da Família. Sua participação é importante devido ao seu conhecimento na área geriatria/gerontologia e/ou atenção básica de saúde. Sua participação é voluntária.

O instrumento será avaliado por V.Sa. em até três *rounds* de avaliação: no primeiro será uma avaliação simples, no segundo os comentários acerca das avaliações e no terceiro serão revistas as respostas.

O instrumento que irá responder será enviado pela internet, via e-mail, e devolvido pelo mesmo recurso. Os dados de identificação serão utilizados apenas pela pesquisadora e a qualquer momento V. Sa. poderá recusar continuar na pesquisa bem como retirar seu consentimento. Será assegurado sigilo da sua identidade e as informações fornecidas serão para uso exclusivo da pesquisa e apenas os responsáveis pela pesquisa terão acesso aos seus dados pessoais. O instrumento será aplicado pela pesquisadora.

OBS: Necessito de resposta com brevidade.

Atenciosamente,

Arethusa Morais de Gouveia Soares  
Mestranda em Enfermagem na Promoção da Saúde  
Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115 Rodolfo Teófilo. Fone: p/contato: 33668454

**APÊNDICE B – Autorização para pesquisa de Mestrado – Universidade Federal do Ceará (UFC)**

**Sérgio Antônio Sirena** <ssirena@ghc.com.br>

26 de setembro de 2011 09:39

Para: arethusamgs@gmail.com

Cara Arethusa.

Autorizo a utilização do instrumento de avaliação multidimensional do idoso (AMI), entretanto, envio-lhe a referência original de sua testagem, visto que a publicação do Ministério utilizou referências secundárias. Em anexo, minha tese, bem como a versão original do instrumento. Fico a sua disposição no caso de necessidade de algum esclarecimento. Um abraço

Sérgio Antonio Sirena  
Coordenador da Gerência de Ensino e Pesquisa  
Grupo Hospitalar Conceição

>>> Arethusa Gouveia <[arethusamgs@gmail.com](mailto:arethusamgs@gmail.com)> 22/09/11 21:43 >>>

**APÊNDICE C – Questionário – Dados Pessoais**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Idade: \_\_\_\_\_

Tempo de formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: ( ) sim ( ) não.

Se sim, especifique: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado

Área da especialidade: \_\_\_\_\_

Área de atuação profissional: ( ) Assistência – ESF ( ) Ensino

Tempo de atuação na área: \_\_\_\_\_

Atividades desenvolvidas na área: ( ) Pesquisa ( ) Extensão (...) Outras:

Especifique: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

(Em duas vias, firmado por cada participante-voluntário da pesquisa e pelo responsável)

Meu nome é Arethusa Moraes de Gouveia Soares, ou aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará – Mestrado. Estou convidando o(a) colega a participar de uma pesquisa cujo título é: “**Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa**” no contexto da **estratégia saúde da família**, orientada pela Profa. Maria Josefina da Silva, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. A finalidade da pesquisa é avaliar a aplicabilidade do instrumento na consulta de enfermagem no contexto da estratégia de saúde da família. Objetivamos a avaliação por parte de enfermeiros especialistas e experientes na área. Sua participação é importante devido ao seu conhecimento na área geriatria/gerontologia e/ou atenção básica de saúde. Sua participação é voluntária. O instrumento será avaliado pelo(a) colega em até três *rounds* de avaliação: no primeiro será uma avaliação simples, no segundo os comentários acerca das avaliações e no terceiro será revista as respostas. A partir daí será considerado concordância 80% de respostas. Leia atentamente as informações contidas no cabeçalho do instrumento e faça as perguntas que desejar via e-mail, para que todos os aspectos da pesquisa que for do seu interesse sejam esclarecidos. Esta pesquisa é importante para que os profissionais que trabalham com idosos tenham um instrumento que avalie a multifuncionalidade do idoso e que seja viável no contexto proposto. O(a) colega irá colaborar classificando separadamente cada item do instrumento quanto à sua adequação aos critérios da psicométrica propostos por Pasquali(1999): Critério comportamental; Critério da simplicidade; Critério da relevância e Critério da amplitude. Não haverá nenhum tipo de desconforto ou risco para o(a) colega e os benefícios são os de avaliar um importante instrumento adotado pelo Ministério da Saúde mas ainda não utilizado. O instrumento que irá responder será enviado pela internet, via e-mail e devolvido pelo mesmo recurso, sendo este o melhor método para que se obtenha as informações desejadas. Os dados de identificação serão utilizados apenas pela pesquisadora e a qualquer momento poderá recusar continuar na pesquisa bem como retirar seu consentimento. Será assegurado sigilo da sua identidade e as informações fornecidas serão para uso exclusivo da pesquisa e apenas os responsáveis pela pesquisa terão acesso aos seus dados pessoais. O instrumento será aplicado pela pesquisadora.

### **Endereço do responsável pela Pesquisa:**

Nome: Arethusa Moraes de Gouveia Soares

Instituição: Universidade Federal do Ceará. Departamento de Enfermagem.  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem.

Endereço: Rua Alexandre Baraúna 1115 – Rodolfo Teófilo

Telefones p/contato: 33668454

**ATENÇÃO:** Para informar qualquer questionamento durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. Telefone:3366.8338

(cont. TCLE). Pesquisa: “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa” no contexto da estratégia de saúde da família

### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Tendo compreendido de forma clara tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO

Cidade: \_\_\_\_\_, Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<p>_____</p> <p>(Assinatura ou digital) do(a) voluntário(a) ou responsável</p>	<p>_____</p> <p>Nome e assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo</p>

**DADOS DO VOLUNTÁRIO (sujeito da pesquisa):**

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Obs: caso julgue necessário, o instrumento poderá ser enviado via correios, bastante para isto que o(a) colega forneça os dados completos de endereço.

**APÊNDICE E – Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (1ª Rodada)**  
**(Instrumento adotado pelo Ministério da Saúde constante nos Cadernos de Atenção à Saúde nº 19)**

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da assistência na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a consulta de enfermagem demanda instrumentos que abordem o idoso de forma integral. No contexto atual, a consulta de enfermagem ao idoso na ESF é geralmente vinculada ao programa HIPERDIA (Programa de Hipertensão e Diabetes) e centrada em patologias.

A avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa é um instrumento que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos, a citar: cartão de Jaeger; Escala de Avaliação de Medida de Independência Funcional; Escala de Katz; Escala de Lawton; APGAR; Escala de Depressão Geriátrica; ECOMAPA; Mini exame do estado mental e Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinneti. O instrumento foi validado pelo Dr. Sérgio Antônio Sirena, geriatra.

Tendo como referência a consulta de enfermagem ao idoso, no contexto da ESF, e a necessidade de aprimorá-la, deve-se avaliar a aplicabilidade do instrumento “Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa”, na consulta de enfermagem no contexto citado.

Você deverá classificar separadamente cada item do instrumento quanto à sua adequação aos critérios da psicometria propostos por Pasquali (1999), assinalando uma possibilidade de resposta por vez.

<b>- 1</b>	Para critério não atendido, ou seja, definição constitutiva/característica não adequada.
<b>0</b>	Para indecisão quanto à adequação do critério, ou seja, definição constitutiva/característica de algum modo adequada.
<b>+ 1</b>	Para critério atendido, ou seja, definição constitutiva/característica adequada.

## Princípios da Psicometria de Pasquali – Critérios

**Critério comportamental:** o item deve expressar o comportamento, não o abstração ou construto. O item deve permitir ao sujeito uma ação clara e precisa, como se alguém pudesse dizer: “vá e faça...”.

**Critério da simplicidade:** o item deve expressar uma única idéia.

**Critério da clareza:** o item deve ser inteligível para os enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família, com expressões simples e inequívocas.

**Critério da relevância:** a expressão (frase) deve ser consistente com o traço definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Ou seja, o item deve realmente medir o atributo que se propõe medir.

Área avaliada	Avaliação breve	Critério	Nota	Encaminhamentos	Considerações
Nutrição	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica?  Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Comportamento		Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
Visão	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Comportamento		Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
Audição	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde à pergunta feita? Ouvido Direito: _____ Ouvido Esquerdo: _____  Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Comportamento		Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			

<b>Incontinência</b>	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? ____ Isso provoca algum incômodo ou embaraço? ____ Definir quantidade e frequência.	Comportamento		Pesquisar a causas.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Atividade sexual</b>	O/A Sr/a tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Comportamento		Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Humor/depressão</b>	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Comportamento		Se sim, aplicar a Escala de Depressão Geriátrica.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Cognição e memória</b>	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maçã Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Comportamento		Se for incapaz de repetir os três nomes, aplique o MEEM. Complementando este, pode ser aplicado o teste do Relógio, Teste de Fluência verbal e o Questionário de Pfeffer. Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Função dos MMSS</b>	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a	Comportamento		Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar	
		Simplicidade			
		Clareza			

	mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Relevância		possibilidade de fisioterapia (após teste).	
<b>Função dos MMII</b>	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Comportamento		Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de <i>Tinneti</i> (página xx) e Medida de Independência Funcional – MIF. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Atividades diárias</b>	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Comportamento		Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF, de <i>Katz</i> e escala de <i>Lawton</i> .	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Domicílio</b>	Na sua casa há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	Comportamento		Sim, para escada ou tapete e não, para corrimão – avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Queda</b>	Quantas vezes? ____	Comportamento		Orientar prevenção.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
<b>Suporte social</b>	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia	Comportamento		Identificar com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de	
		Simplicidade			

	ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? _____	Clareza		pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família e ECOMAPA.	
		Relevância			

**Prazo:** como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do estudo, o qual se torna inviável sem sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento em prazo máximo de 10 dias para que os resultados das avaliações sejam analisados e, assim, seja possível a execução da próxima fase. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica, por meio postal (correios) ou, caso prefira, entregue em mãos. A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (digitalizado), por meio postal ou entregue em mãos.

#### **Bibliografia:**

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. 1ª.ed. Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

**APÊNDICE F - Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa  
(AMRPI) 2ª.Rodada**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**(Instrumento adotado pelo Ministério da Saúde constante nos Cadernos de  
Atenção à Saúde nº 19)**

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da assistência na Estratégia de Saúde da Família (ESF), a consulta de enfermagem demanda instrumentos que abordem o idoso de forma integral. No contexto atual, a consulta de enfermagem ao idoso na ESF é geralmente vinculada ao programa HIPERDIA (Programa de Hipertensão e Diabetes) e centrada em patologias.

A avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa é um instrumento que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos, a citar: cartão de Jaeger; Escala de Avaliação de Medida de Independência Funcional; Escala de Katz; Escala de Lawton; APGAR; Escala de Depressão Geriátrica; ECOMAPA; Mini exame do estado mental e Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinneti. O instrumento foi validado pelo Dr. Sérgio Antônio Sirena, geriatra.

Tendo como referência a **consulta de enfermagem ao idoso**, no contexto da ESF, e a necessidade de aprimorá-la, deve-se avaliar a aplicabilidade do instrumento "Avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa", na consulta de enfermagem no contexto citado.

A metodologia utilizada "*Delphi*", consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, útil para obter concordância de especialistas sobre determinado tema. O resumo dos resultados é comunicado aos componentes do grupo que respondem novamente ao questionário. (SÁFADI, 2001). A concordância deverá ser de 80% para que o item seja considerado válido.

Considerando que o item abaixo da AMRPI não obteve concordância (80%) na avaliação final dos especialistas, mesmo que suas respostas tenham sido +1 (critério atendido) para todos os itens da AMRPI, solicitamos que a questão sejam

novamente apreciada e classificada de acordo com os critérios de Pasquali, tecendo considerações do porquê da pontuação.

O percentual das respostas da primeira rodada encontra-se no sumário de respostas, anexadas no formato PDF e na planilha Excel.

- 1	Para critério não atendido, ou seja, definição constitutiva/característica não adequada.
0	Para indecisão quanto à adequação do critério, ou seja, definição constitutiva/característica de algum modo adequada.
+ 1	Para critério atendido, ou seja, definição constitutiva/característica adequada.

### Princípios da Psicometria de Pasquali – Critérios

**Critério comportamental:** O item deve expressar um comportamento, não uma abstração ou construto. O item deve permitir ao sujeito uma ação clara e precisa, como se alguém pudesse dizer: “vá e faça...”.

**Critério da simplicidade:** O item deve expressar uma única idéia.

**Critério da clareza:** o item deve ser inteligível para os enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família, com expressões simples e inequívocas.

**Critério da relevância:** a expressão (frase) deve ser consistente com o traço definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Ou seja, o item deve realmente medir o atributo que se propõe medir.

O item abaixo foi selecionado para segunda rodada por não representar concordância (80%) entre os especialistas.

### Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

Área avaliada	Avaliação breve	Critério	Nota	Encaminhamentos	Considerações
<b>Atividade sexual</b>	O/A Sr/a tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Comportamento		Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.	
		Simplicidade			
		Clareza			
		Relevância			
		Relevância			

**Prazo:** como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do estudo, o qual se torna inviável sem sua contribuição, solicitamos que nos envie o instrumento em prazo máximo de 10 dias para que os resultados das avaliações sejam analisados e, assim, seja possível a execução da próxima fase. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica, por meio postal (correios) ou, caso prefira, entregue em mãos.

#### **Bibliografia:**

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

**Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** 2007. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>.

PASQUALI, L. Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. 1ª.ed.

Brasília: LabPAM/IBAPP, 1999.

SÁFADI, C. M. Q. Delphi: um estudo sobre sua aceitação. In: V SEMEAD, 2001. São Paulo: **Anais...SEMEAD/FFEA/USP**, São Paulo, 2001.