



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E
ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



DANIELLE PEREIRA DOURADO

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL E COGNITIVA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

FORTALEZA

2014

DANIELLE PEREIRA DOURADO

AVALIAÇÃO FUNCIONAL E COGNITIVA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde do Idoso.

Orientadora: Prof^a Dra. Emilia Soares Chaves.

Co-orientador: Prof^o Me. Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro.

FORTALEZA

2014

DANIELLE PEREIRA DOURADO

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL E COGNITIVA DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde do Idoso.

Aprovada: ___/___/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Emilia Soares Chaves (Orientadora)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB

Prof. Dra. Gerídice Lorna Andrade de Moraes

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof. Dra. Maria Josefina da Silva

Universidade Federal do Ceará – UFC

Aos meus pais, Dourado e Chiquinha,
pelo exemplo de amor e dedicação.

À minha irmã, Rafinha, in memoriam, que
tanta alegria trouxe para a minha vida.

Ao Markim, meu marido, meu amigo, pelo
incentivo e apoio constantes à minha vida
acadêmica.

À Geovanna, minha filha, por me inspirar
a ser um ser humano melhor.

AGRADECIMENTOS

À Deus que permitiu que eu concluísse esta etapa da minha vida acadêmica apesar de todas as adversidades.

Aos meus pais, Dourado e Chiquinha, pelo amor incondicional e pelo incentivo, desde cedo, ao estudo.

Ao meu esposo, Marcos Costa, pelo apoio permanente, por acreditar nas minhas potencialidades e por compreender todos os meus momentos de ausência.

À Fran pela disponibilidade e pelo cuidado que dispensou à minha Geovanna enquanto eu estudava.

Aos idosos participantes do estudo pela acolhida em seus domicílios.

Aos profissionais da Unidade Básica de Saúde Dr. Félix Francisco, principalmente aos Agentes Comunitários de Saúde, pela colaboração a esse estudo.

Aos colaboradores da coleta de dados, acadêmicos do curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ensino Unificado de Teresina – CEUT.

À minha orientadora, professora Dra. Emília Soares Chaves, pelas pertinentes contribuições a essa pesquisa.

Ao professor e amigo, Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro, por seu exemplo de simplicidade, por ter estado sempre disponível nas minhas dúvidas e por não ter me abandonado em nenhum momento.

À banca examinadora, professora Dra. Maria Josefina da Silva e professora Dra. Gerídice Lorna Andrade de Moraes, pela disponibilidade e importantes contribuições dadas ao trabalho.

A todos os amigos do Mestrado que me incentivaram e apoiaram nesse período, em especial à Sandra Cecília “minha companheira”, nesses 02 anos.

A Universidade Federal do Ceará - UFC que me proporcionou esse espaço de aprendizagem.

A Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI pela liberação do local de pesquisa.

“Saber envelhecer é a grande sabedoria da vida.”

(Henri Amiel)

RESUMO

A avaliação funcional é essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. A avaliação cognitiva também deve ser realizada pelos profissionais de saúde na atenção primária, pois auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental. O presente trabalho teve por objetivo geral avaliar a capacidade funcional e o estado cognitivo dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário, em Teresina-PI. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, quantitativo, com amostra do tipo não probabilística intencional, realizado com 96 idosos residentes no Bairro Parque Universitário, Teresina-PI, de Agosto a Setembro de 2013. Os dados foram coletados em visita domiciliar, através de uma entrevista estruturada, utilizando-se questionário sociodemográfico, Escala de Katz, Escala de Lawton e Mini Exame do Estado Mental. Os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excel 2007 e analisados após exportação para o Software IBM SPSS versão 21.0. Foi realizada análise descritiva dos dados com base na leitura das freqüências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas. O estudo mostrou predomínio do sexo feminino (58,3%); da faixa etária de 60 a 69 anos (58,3%), de casados (40,6%), de aposentados (65,6%), com baixa escolaridade (96,8%) e com baixa renda (92,7%). Houve alta prevalência de doenças crônicas e de comorbidades. A maioria, 66,6% afirmou uso regular de medicamentos e apenas 26,0% relataram possuir cuidador. Quanto às atividades básicas da vida diária: 93,7% foram independentes e quanto às atividades instrumentais, apenas 37,5%. Identificou-se déficit cognitivo em 27,0%. Ressalta-se nesse estudo a relevância de identificar as necessidades de cuidados quanto à funcionalidade e à cognição para que se estabeleçam as intervenções adequadas na busca da independência e melhoria da qualidade de vida dos idosos na atenção primária.

Palavras-chave: Idoso. Atividades Básicas da Vida diária. Atividades Instrumentais da Vida Diária. Cognição. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The assessment functional is essential to the establish of a diagnosis, prognosis and appropriate clinical judgment that will serve as a basis for decisions about treatments and care necessary for the elderly. The cognitive assessment should also be carried out by health professionals in primary care, because it helps in identifying the major changes in mental health. The present work had as general objective to evaluate the functional capacity and the cognitive status of elderly residents in Bairro Parque Universitário, Teresina-PI. This is a descriptive, cross-sectional, quantitative study, with sample of the type non-probabilistic intentional, performed with 96 elderly residents in Bairro Parque Universitário, Teresina, PI, from August to September 2013. Data were collected during home visits, through a structured interview, using a socio-demographic questionnaire, Katz Index, Lawton scale and Mini-Mental State Examination. The data were organized in Microsoft Office Excel 2007 and analyzed after export to IBM SPSS software version 21.0. Descriptive data analysis was performed based on the reading of the absolute frequencies (n) and relative (%) of categorical variables. The study showed a predominance of females (58.3%); age group of 60-69 years (58.3%), married (40.6%), retired (65.6%), low education (96.8%) and low-income (92.7%). There was a high prevalence of chronic diseases and comorbidities. Most of the elderly, 66.6% reported regular use of medications and only 26.0% reported having caregiver. As for the basic activities of daily living: 93.7% were independent and about instrumental activities, only 37.5%. It was identified a cognitive deficit in 27,0%. It is emphasized in this study, the relevance of identify the care needs as to the functionality and cognition, in order to establish appropriate interventions in search of independence and improving the quality of life of elderly people in primary care.

Keywords: Elderly. Basic activities of daily life. Instrumental activities of Daily Living. Cognition. Family Health Strategy.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	- Doenças referidas pelos idosos do Bairro Parque Universitário. Teresina-PI. 2014.....	35
Gráfico 2	- Uso de medicamentos pelos idosos do Bairro Parque Universitário, Teresina-PI. 2014.....	37
Gráfico 3	- Escala de Katz. Teresina-PI. 2014.....	40
Gráfico 4	- Escala de Lawton. Teresina-PI. 2014.....	45
Gráfico 5	- Escala do MEEM. Teresina-PI. 2014.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Distribuição de idosos segundo perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014.....	32
Tabela 2	- Escala de Katz por perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014	41
Tabela 3	- Escala de Katz por doenças referidas e uso de medicamentos. Teresina-PI. 2014.....	42
Tabela 4	- Escala de Lawton por perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014.....	46
Tabela 5	- Escala de Lawton por doenças referidas e uso de medicamentos. Teresina-PI. 2014.....	47
Tabela 6	- Escala de Lawton versus Katz. Teresina-PI. 2014.....	48
Tabela 7	- Escala do MEEM por perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014.....	52
Tabela 8	- Escala do MEEM por doenças referidas e uso de medicamento. Teresina-PI. 2014.....	53
Tabela 9	- Escala de MEEM versus Lawton. Teresina-PI. 2014.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	- Atividades instrumentais da vida diária
AVD	- Atividades da vida diária
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CMDI	- Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
CRS	- Coordenadoria Regional de Saúde
DATASUS	- Departamento de Informática do SUS
DCNT	- Doenças Crônicas Não-transmissíveis
DM	- Diabetes Mellitus
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	- Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	- Insuficiência Cardíaca Congestiva
MEEM	- Mini-exame do Estado Mental
MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial da Saúde
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

- RAS - Redes de Atenção à Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UFC - Universidade Federal do Ceará
- UFPI - Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Contextualizando o Envelhecimento.....	15
1.2 As Políticas de Saúde e a Pessoa Idosa.....	17
1.3 Capacidade Funcional e Avaliação Cognitiva.....	19
1.4 Problema.....	22
1.5 Justificativa.....	22
2 OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3 METODOLOGIA.....	26
3.1 Tipo de estudo.....	26
3.2 Local e período do estudo.....	26
3.3 População e amostra.....	27
3.4 Coleta de dados.....	28
3.5 Análise dos dados.....	29
3.6 Aspectos Éticos.....	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
4.1 Perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário, Teresina-PI.....	31
4.2 Capacidade funcional dos idosos quanto às atividades básicas da vida diária.....	39
4.3 Capacidade funcional dos idosos quanto às atividades instrumentais da vida diária.....	44
4.4 Avaliação cognitiva dos idosos residentes do Bairro Parque Universitário, Teresina-PI.....	50
5 CONCLUSÃO.....	57

REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICES.....	65
ANEXOS.....	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualizando o Envelhecimento

Em 1980, um pouco antes da convocação da Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, havia 378 milhões de pessoas no mundo com 60 anos ou mais. Esse número subiu para 759 milhões ao longo das últimas três décadas (UNITED NATIONS, 2011, p.2). A proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, espera-se um crescimento de 223%, ou em torno de 694 milhões, no número de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Até 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento (WHO, 2005, p.8).

Segundo Brasil (2007) o envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida. Não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência de gênero, etnia, condições sociais e econômicas, região geográfica de origem e localização de moradia.

Um dos resultados dessa dinâmica é a maior procura dos idosos por serviços de saúde. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. Desta forma, o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde (VERAS, 2012).

Com o aumento da proporção de idosos, seus anos a mais de vida e, em consequência, o uso mais frequente dos serviços de saúde, os gastos no setor aumentarão de forma substancial no Brasil, tendendo a emergir como um dos maiores desafios fiscais nas próximas décadas. Daí a necessidade imperativa de invertermos a lógica atual do sistema de saúde, centrada no tratamento de enfermidades já existentes, muito mais do que em ações de prevenção. Como consequência de uma população mais envelhecida, a promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da

independência e da autonomia são iniciativas que devem ser ampliadas. Só assim será possível assegurar mais qualidade de vida aos idosos e bem-estar à população como um todo (VERAS, 2012).

Assim, entende-se o envelhecimento como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, denominado de senescência. No entanto, em condições de sobrecarga, como por exemplo, doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocasionar uma condição patológica que requeira assistência, a senilidade. Cabe ressaltar que certas alterações decorrentes do processo de senescência podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2007, p.8).

Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Manter a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento é uma meta fundamental para indivíduos e governantes. Além disto, o envelhecimento ocorre dentro de um contexto que envolve outras pessoas – amigos, colegas de trabalho, vizinhos e membros da família. Esta é a razão pela qual interdependência e solidariedade entre gerações são princípios relevantes para o envelhecimento ativo (WHO, 2005, p.13).

Esse rápido envelhecimento nos países em desenvolvimento é acompanhado por mudanças dramáticas nas estruturas e nos papéis da família, assim como nos padrões de trabalho e na migração. A urbanização, a migração de jovens para cidades à procura de trabalho, famílias menores, e mais mulheres tornando-se força de trabalho formal significam que menos pessoas estão disponíveis para cuidar de pessoas mais velhas quando necessário (WHO, 2005, p.12).

Atualmente, existem no Brasil cerca de 21 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, aproximadamente, 11% da população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no país aumentará 15 vezes. Com isso, o Brasil ocupará o sexto lugar no total de idosos, alcançando, em 2025 aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2007).

De acordo com o IBGE (2010) o Estado do Piauí que possui 224 municípios e está situado no Nordeste Brasileiro, apresenta uma população de 3.118.360 habitantes, sendo 8,7% de idosos (pessoas com 60 anos ou mais). As estimativas para 2012, apontaram uma população estadual de 3.160.748 habitantes, com 336.029 idosos.

Teresina, capital e município mais populoso do estado do Piauí, possui uma população de 814.230 habitantes, sendo 69.632 de pessoas de 60 anos ou mais correspondendo a 8.5% do total da população, destes 65.143 residem na área urbana. A estimativa para o ano de 2012 era de 70.481 idosos (IBGE, 2010).

1.2 As Políticas de Saúde e a Pessoa Idosa

No âmbito nacional, temos disponível uma vasta legislação em defesa dos direitos da pessoa idosa. Em 1994, a Lei nº. 8.842, da Política Nacional do Idoso, criou o Conselho Nacional do Idoso que teve por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde - MS adotou o Programa Saúde da Família como uma estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e estruturação do serviço de saúde, através de práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais (BRASIL, 2007, p.10).

Uma das grandes conquistas da população idosa brasileira foi a aprovação do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003, que regulamentou os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Em seu Art. 15, assegura a atenção integral do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

Para Brasil (2006) a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da

Família, tendo como referência a rede de serviços especializada de média e alta complexidade.

Em 2006, foi divulgado o Pacto pela Saúde que trouxe como compromisso sanitário implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, elaborar/implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde e consolidar/qualificar a Estratégia da Saúde da Família. Também em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde, Portaria nº 687 MS/GM, na busca de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2007, p.11).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria Nº 2.488/2011, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada".

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (BRASIL, 2011).

Uma abordagem sistematizada para a promoção e a manutenção da saúde voltada para as especificidades da população idosa é uma tarefa importante a ser desempenhada pelos profissionais da atenção primária à saúde (DUNCAN, 2004, p.576).

Ao mesmo tempo, políticas e programas de envelhecimento ativo são necessários para permitir que as pessoas continuem a trabalhar de acordo com suas capacidades e preferências à medida que envelhecem, e para prevenir e retardar

incapacidades e doenças crônicas que são caras para os indivíduos, para as famílias e para os sistemas de saúde (WHO, 2005, p.11).

As políticas e os programas a que nos referimos acima devem ser baseados nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas. Devem incluir, também, uma perspectiva de curso de vida que reconheça a importante influência das experiências de vida para a maneira como os indivíduos envelhecem (WHO, 2005, p.8).

Em Teresina-PI, os idosos contam com a Delegacia Estadual de Segurança e Proteção ao Idoso, com o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso – CMDI e com o Núcleo de Saúde do Idoso da Fundação Municipal de Saúde que encontra-se sob a coordenação da Gerência de Ações Programáticas.

No início de 2013, foi apresentado e aprovado junto à Câmara dos Vereadores o projeto de Lei 02/2013 para criação de uma Secretaria Especial do Idoso que segue aguardando apreciação do prefeito municipal. Esta trabalhará para promover mudanças de alguns paradigmas que rotulam os idosos como pessoas incapazes, bem como elaborar políticas públicas específicas para as pessoas idosas, principalmente na criação de projetos de melhoria da qualidade de vida, bem como trabalhar a reinserção dos idosos no mercado de trabalho.

Apesar de todas estas propostas, políticas e legislações terem como objetivo fundamentar os direitos e deveres dos idosos, percebe-se que o Estado não consegue atender às demandas desse grupo populacional, havendo apenas a tentativa de implementação de ações/serviços nos diversos âmbitos do sistema de saúde.

1.3 Capacidade Funcional e Avaliação Cognitiva

Considerando as especificidades apresentadas em relação à Atenção Básica/Saúde da Família, alguns instrumentos poderão auxiliar a prática dos profissionais que trabalham nesse nível de atenção. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa é um instrumento valioso que

auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde (BRASIL, 2007, p.10).

É nesse contexto que a “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas (BRASIL, 2007, p.09).

A avaliação funcional preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é fundamental e determinará não só o comprometimento funcional da pessoa idosa, mas sua necessidade de auxílio. Pode ser compreendida como uma tentativa sistematizada de avaliar de forma objetiva os níveis no qual uma pessoa está funcionando numa variedade de áreas utilizando diferentes habilidades. Representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Caso não seja capaz, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial, em maior ou menor grau, ou total. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária (BRASIL, 2007, p.37).

A capacidade funcional do idoso consiste em um importante indicador do grau de independência, bem como da necessidade de medidas preventivas ou mesmo de intervenções terapêuticas que reduzem os mecanismos que afetam o declínio da habilidade de o indivíduo exercer diversas funções físicas e mentais cotidianas. O grande desafio para a saúde pública nas próximas décadas está no diagnóstico e prevenção de possíveis riscos associados à incapacidade funcional, em busca de uma longevidade com maior independência, autonomia e qualidade de vida para os idosos (DUCA et al, 2009).

Para WHO (2005, p.14) a independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

A avaliação da capacidade funcional dos idosos representa um instrumento fundamental para uma avaliação clínica mais completa no campo da reabilitação e gerontologia, visando a prevenção, o tratamento mais adequado das diferentes

doenças ou agravos, a recuperação funcional e a definição de estratégias para o autocuidado com os idosos e a atenção a eles (NUNES et al., 2009).

O uso de instrumentos de avaliação funcional de fácil aplicação possibilita o reconhecimento de problemas que são comuns na população de idosos e frequentemente são negligenciados. Permite modificar o foco de intervenção centrada na doença para uma intervenção preventiva e de manejo clínico pró-ativo daqueles problemas que mais afetam a qualidade de vida do idoso (DUNCAN, 2004, p.577).

As atividades de vida diária - AVD são as relacionadas ao autocuidado e no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa. O Index de Independência nas Atividades Básicas da Vida Diária de Sidney Katz é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar as AVD. Avalia a independência no desempenho de seis funções - banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação (BRASIL, 2007).

E as atividades instrumentais da vida diária - AIVD são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade de um indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade. A Escala de Lawton classifica as pessoas idosas como independentes ou dependentes no desempenho de nove funções. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais autoconfiantes para a vida em sociedade (BRASIL, 2007).

Os trabalhos de Karsch (2003) mostram que, no Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades da vida diária. Estas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos.

Além disso, os idosos com alterações cognitivas apresentam maior dificuldade em realizar atividades instrumentais da vida diária que atividades básicas. Reforçando-se a importância de avaliação das pessoas idosas quanto à capacidade funcional, principalmente entre aquelas com alterações cognitivas, por serem mais dependentes (OLIVEIRA et al, 2007).

A avaliação cognitiva também deve ser realizada no cuidado integral à pessoa idosa e enfatizada sua importância junto aos profissionais de saúde na

atenção primária. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas.

A avaliação cognitiva deve fazer parte da avaliação clínica, pois auxilia na identificação das principais alterações na saúde mental das pessoas idosas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis da redução dessas funções. A avaliação da perda de memória recente é considerada como mais adequada, dado que a escolaridade pode influenciar na avaliação da habilidade de cálculo (BRASIL, 2007, p.35).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é o teste mais utilizado para avaliar o estado cognitivo por ser rápido (em torno de 10 minutos), de fácil aplicação, não requerendo material específico. Deve ser utilizado como instrumento de rastreio não substituindo uma avaliação mais detalhada, pois apesar de avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita, cópia de desenho) não serve para diagnóstico, mas para indicar que funções devem ser melhor investigadas (BRASIL, 2007, p.138).

1.4 Problema

Conhecer a capacidade funcional quanto às atividades básicas e instrumentais da vida diária e o estado cognitivo dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário em Teresina-PI, considerando a deficiência de ações/serviços de promoção/prevenção e avaliação de saúde desse grupo.

1.5 Justificativa

O idoso, no contexto da Estratégia Saúde da Família – ESF, é um tema de interesse desde a Especialização em Saúde da Família em 2008, da Universidade Federal do Piauí, em que realizei um estudo sobre a percepção do idoso quanto aos cuidados familiares no domicílio. Nesse, buscou-se identificar as

demandas/necessidades de cuidados e as condições do domicílio, além de identificar a satisfação do idoso com o cuidado dispensado e o papel da família nesse processo.

Realizado na zona rural do município de Batalha-PI, mostrou predomínio de idosos do sexo feminino, casados, analfabetos, de baixa renda e com presença de comorbidades. Maior frequência de mulheres no papel de cuidadoras e satisfação da maioria dos idosos com a qualidade dos cuidados prestados pela família.

A vivência há 10 anos na ESF também proporcionou uma aproximação com esse grupo populacional dado a demanda crescente de visitas domiciliares a idosos com dificuldade de mobilidade, déficit cognitivo e outras situações de fragilidade, bem como o aumento de consultas de enfermagem nos Programas de Controle de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

A ESF tem como característica estabelecer vínculo entre o idoso e o serviço de saúde, orientando, apoiando, supervisionando o cuidado, prevenindo dependência e complicações. Por meio de redes estruturadas proporcionar atenção integral, focando os aspectos da co-responsabilidade e da autonomia dos sujeitos. Entretanto no cotidiano das equipes de saúde da família os idosos são atendidos, geralmente, em programas de doenças crônicas e os profissionais das equipes apresentam dificuldades em trabalhar com as especificidades do envelhecimento, não sendo a promoção da saúde norteadora das ações. Há de se considerar também que alguns idosos não fazem uso dos serviços de saúde.

Na proposta de atenção integral ao idoso é relevante reconhecer a rede de suporte social e a funcionalidade familiar para a identificação de fatores de risco, fragilidades e necessidades de assistência, objetivando a manutenção da independência social, da mobilidade e das habilidades cognitivas.

A avaliação do estado funcional e do estado cognitivo do idoso é importante para que se possa realizar um planejamento assistencial individualizado, estabelecendo como metas a independência e a autonomia pelo maior tempo possível, prevenindo assim incapacidades e dependência.

Conhecer a capacidade funcional e o estado cognitivo dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário em Teresina-PI fornecerá uma reflexão aos profissionais de saúde das equipes da Estratégia Saúde da Família quanto as ações de saúde voltadas ao idoso, sustentando a implementação de estratégias e modos de operar com foco na promoção da saúde e na melhoria da qualidade de vida dessa população, assim como a gestão municipal poderá implementar políticas/ações que possibilitem melhorar a capacidade funcional e estado cognitivo dos idosos, bem como estruturar a rede de serviços para a garantia dos serviços necessários (ações de promoção de saúde, consultas especializadas, medicamentos, reabilitação, exames, vacinas, etc). Servirá também de incentivo para que outros estudos sejam realizados para investigação de demandas/necessidades dos idosos/famílias e avaliação dos serviços de saúde no âmbito local/municipal.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a capacidade funcional (atividades básicas e instrumentais da vida diária) e o estado cognitivo dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário, em Teresina-PI.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a capacidade funcional dos idosos quanto às atividades básicas da vida diária;
- Avaliar a capacidade funcional dos idosos quanto às atividades instrumentais da vida diária;
- Avaliar o estado cognitivo dos idosos.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza transversal e descritiva, de abordagem quantitativa, de base populacional e amostra do tipo não probabilística intencional. Para Rouquayrol (2013, p.124) “os estudos transversais apresentam três características essenciais: (a) as mensurações são feitas num único momento do tempo; (b) são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição; e (c) constituem o único desenho que possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse”.

De acordo com Gil (2002, p.42) as pesquisas descritivas tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis, utilizam técnicas padronizadas de coleta de dados, tais com questionário e a observação sistemática.

Para Ferreira (2011), na concepção da pesquisa quantitativa, tudo pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, etc).

Estudos de base populacional, ou seja aqueles que investigam idosos residentes na comunidade fornecem informações sobre as condições de saúde dos idosos e seus determinantes, assim como suas demandas e padrões de uso de serviços de saúde, são fundamentais para orientar políticas de saúde voltadas a esta população (LIMA-COSTA E BARRETO, 2003).

3.2 Local do estudo

A Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina foi criada por meio da Lei Municipal nº 1542, de 20 de junho de 1977, para planejar e a executar a política

de saúde, desenvolvendo atividades integradas de prevenção, proteção, promoção e recuperação da saúde. Está dividida em três Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro-Norte, Sul e Leste-Sudeste, criadas em 2001 para promover a descentralização das atividades.

O Bairro Parque Universitário surgiu há aproximadamente 10 anos, fruto de uma invasão de terras de propriedade da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Encontra-se em processo de legalização territorial que deverá ser realizada entre o município de Teresina e a UFPI. Em sua maior parte, não possui urbanização poliédrica e saneamento básico. Há ausência de creches, escolas e praças. É considerado um local de muita violência e de intenso tráfico de drogas. Tem, apenas, como potencialidades a Unidade Básica de Saúde, 02 hortas comunitárias e 02 campos de futebol (sem infra-estrutura), sendo estes os únicos espaços de lazer da comunidade.

A Unidade Básica de Saúde do Bairro Parque Universitário, inaugurada em Agosto/2010, situa-se na à Rua Tio Bentes, s/nº, Parque Universitário, zona leste da cidade. Encontra-se na área da Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) Leste-Sudeste. Na UBS funcionam 04 equipes da Estratégia Saúde da Família (097, 255, 256 e 257), abrangendo os Bairros Piçarreira I, Madre Teresa e Parque Universitário. As equipes (256 e 257) são as responsáveis pelo Bairro Parque Universitário.

Possui recepção, sala de procedimentos, de vacinas, de reunião, laboratório, secretaria, farmácia, 04 consultórios (médico e de enfermagem), 01 consultório odontológico, copa, banheiro masculino, feminino e para portadores de necessidades especiais tanto para usuários como para os trabalhadores. Oferece consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, coleta de exames laboratoriais, procedimentos (inalação, curativos, administração de medicamentos), imunização, marcação de consultas e exames, entrega de medicamentos e algumas ações de promoção à saúde. Foi a de escolha para a pesquisa por ser a de referência da pesquisadora que é enfermeira de uma das equipes e portanto, vivencia as demandas/necessidades da população de idosos.

3.3 População e amostra

Foram convidados a participar da pesquisa, os 130 idosos residentes no Bairro Parque Universitário, em Teresina-PI. Destes, 96 (73,85%) responderam a pesquisa, levando-se em consideração os critérios de inclusão; oito (6,15%) não participaram por estarem acamados e 26 (20%) não foram encontrados na visita domiciliar. Os fatores de inclusão foram: ter 60 anos ou mais de idade e residir no Bairro Parque Universitário; e os fatores de exclusão: se negar a participar, ser acamado e não possuir cuidador. A entrevista foi respondida pelo próprio idoso ou auxiliada por seu cuidador/responsável legal, não comprometendo os objetivos do estudo.

3.4 Coleta de dados

Para que a esta etapa ocorresse, três momentos foram necessários: reunião com a equipe, treinamento dos colaboradores e coleta de dados propriamente dita. Para tanto, contou-se com a colaboração dos profissionais das equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família, principalmente dos agentes comunitários de saúde, e dos acadêmicos do curso de enfermagem.

Inicialmente, realizou-se reunião de sensibilização com os profissionais das 02 equipes do Bairro Parque Universitário para explicar o projeto e a necessidade de participação para o alcance dos objetivos, bem como foi solicitado aos agentes comunitários de saúde (ACSs) um levantamento atualizado dos idosos (nome, endereço, data de nascimento) das microáreas para programação das visitas domiciliares.

Em um segundo momento, realizou-se treinamento com os entrevistadores - acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ensino Unificado de Teresina - CEUT que realizavam Estágio Curricular I na UBS. Na oportunidade discutiu-se o tema de estudo, os objetivos, os instrumentos de coleta da pesquisa e as reuniões semanais de supervisão.

A partir disso, a coleta dos dados ocorreu com a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), nos meses de Agosto e Setembro/2013, no domicílio dos idosos, após agendamento prévio e

acompanhamento do agente comunitário de saúde da microárea, facilitando a abordagem pesquisador-pesquisado.

Os dados foram coletados através de uma entrevista estruturada na qual foram utilizados um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), a Escala de Katz (ANEXO A) para avaliação das atividades básicas da vida diária (banho, vestir, banheiro, transferência, continência, alimentação), a Escala de Lawton (ANEXO B) adaptada por Freitas e Miranda, para avaliação das atividades instrumentais da vida diária e o Mini Exame do Estado Mental (ANEXO C) para avaliação cognitiva (orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho).

A escolha destes instrumentos justificou-se por atender os objetivos da pesquisa, como também por serem escalas validadas no Brasil, instrumentos recomendados pelo Ministério da Saúde e consenso da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram organizados no programa Microsoft Office Excel 2007. A análise estatística deu-se após a exportação para o Software IBM SPSS versão 21.0 que apresentou os resultados em tabelas e gráficos. Além disso, foi realizada a análise descritiva dos dados baseando-se na leitura das freqüências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis categóricas. Quanto à capacidade funcional, os idosos foram classificados com dependência parcial, dependência total ou independência para as atividades básicas e instrumentais; quanto à avaliação cognitiva, com ou sem déficit cognitivo.

3.6 Aspectos éticos

Este projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC) para apreciação, após o devido exame de

qualificação. Além disso, cadastrado junto à Plataforma Brasil, obtendo aprovação sob o Parecer Nº 336.916/CAAE 15806113.2.0000.5054.

Todos os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa foram convidados a participar do estudo. Após sua anuência e/ou de seu representante legal e explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pudesse acarretar foi colhida a Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE pelo pesquisador (APÊNDICE A) em duas vias, sendo que uma ficou com o pesquisador e outra com o sujeito da pesquisa ou seu responsável. De acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram resguardados o sigilo, o anonimato, assim como os princípios da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros, além de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo serão apresentados em 04 subitens: perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos, capacidade funcional quanto às atividades básicas da vida diária, capacidade funcional quanto às atividades instrumentais da vida diária e estado cognitivo dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário, Teresina-PI.

4.1 Perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário, Teresina-PI.

Os idosos, residentes no Bairro Parque Universitário, Teresina-PI, vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis, caracterizadas por irregularidade fundiária, ausência de urbanização poliédrica, de esgotamento sanitário e de coleta de lixo regular. Alguns domicílios não possuem energia elétrica e água tratada. Sem opções de lazer disponíveis no bairro e sem condições econômicas para se deslocarem para outras regiões da cidade em busca desses serviços, os idosos acabam não usufruindo desse direito constitucional. Além disso, a violência e o tráfico de drogas são condições muito presentes na comunidade, que contribuem para manter o idoso no domicílio.

Tabela 1 – Distribuição de idosos segundo perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014.

		Nº	%
Sexo	FEM	56	58,3
	MAS	40	41,7
Faixa etária	60-64	25	26,1
	65-69	31	32,3
	70-74	13	13,5
	75-79	17	17,7
	80 ou +	10	10,4
Estado civil	CASADO	39	40,6
	SEPAR	6	6,3
	SOLTEIRO	12	12,5
	UNIÃO EST	5	5,2
	VIUVO	34	35,4
Escolaridade	ANALFAB	53	55,2
	ENS MED COM	1	1,1
	FUND COMP	2	2,1
	FUND INC	40	41,6
Renda (R\$)	0 a 250	9	9,3
	250 a 500	4	4,2
	500 a 700	48	50,0
	750 a 1000	28	29,2
	+ de 1000	7	7,3
Trabalha	NÃO	72	75,0
	SIM	24	25,0
Aposentado	NÃO	33	34,4
	SIM	63	65,6

FONTE: Pesquisa.

Os resultados do estudo (Tabela 1) mostraram a predominância do sexo feminino (58,3%) em detrimento ao sexo masculino (41,7%); a faixa etária de 60 a 69 anos foi a de maior proporção (58,4%). Quanto ao estado civil, predominaram casados (40,6%), seguido de viúvos (35,4%). Quanto à escolaridade, 96,8% intitularam-se analfabetos ou apenas com ensino fundamental incompleto. Quanto à

renda, 79,2% dos idosos relataram ter renda mensal de R\$500,00 a R\$1000,00. No entanto, 13,5% informaram rendimento mensal de até R\$ 500,00 e apenas 7,3%, maior que R\$1000,00. Dos idosos do estudo, 25% executavam alguma atividade laboral (lavrador, doméstica, diarista, taxista, carpinteiro, artesão, pedreiro e vigilante) referindo necessidade de complementação da renda, apesar de 65,6%, serem aposentados.

O crescimento foi de 697 mil pessoas, na população de 60 anos ou mais de idade, de 2008 para 2009, o que representou um aumento de 3,3%, contra uma elevação de 1,0% no total da população residente do País (PNAD, 2009). O que comprova o elevado crescimento da população de idosos em comparação às outras faixas etárias e a necessidade de ações/serviços de saúde destinados a eles.

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009), em sua análise por sexo, identifica que na população de idosos residentes, as mulheres representam 51,3% (98,4 milhões) e os homens 48,7% (93,4 milhões). Além de serem maioria na população, as mulheres também mostram maior concentração que os homens nas faixas de idade mais altas. No presente estudo, o sexo feminino também predominou quando comparado ao sexo masculino; encontrando-se principalmente nas faixas etárias mais jovens (60-69anos).

As mulheres têm a vantagem da longevidade, mas são vítimas mais freqüentes da violência doméstica e de discriminação no acesso à educação, salário, alimentação, trabalho significativo, assistência à saúde, heranças, medidas de seguro social e poder político. Essas desvantagens cumulativas significam que as mulheres, mais que os homens, tendem a ser mais pobres e a apresentar mais deficiência em idades mais avançadas (WHO, 2005).

A PNAD (2009) mostra também que na Região Nordeste, onde, historicamente, observa-se a maior taxa de analfabetismo, houve redução de 3,7 pontos percentuais, passando de 22,4%, em 2004, para 18,7%, em 2009, embora continue sendo quase o dobro da média nacional (11,5%, em 2004, e 9,7%, em 2009). No grupo de pessoas de 50 anos ou mais de idade, a taxa de analfabetismo alcançou, no Brasil, 21,0% e, na Região Nordeste, 40,1%. No entanto, no presente estudo a taxa de analfabetismo foi muito superior à nordestina e conseqüentemente à brasileira, considerando-se que a maioria dos idosos (55,21%) se auto-intitularam como analfabetos e 41,67% informaram apenas ensino fundamental incompleto,

demonstrando uma importante vulnerabilidade e uma maior necessidade de cuidado a esses idosos por parte dos profissionais da atenção primária, bem como da própria família.

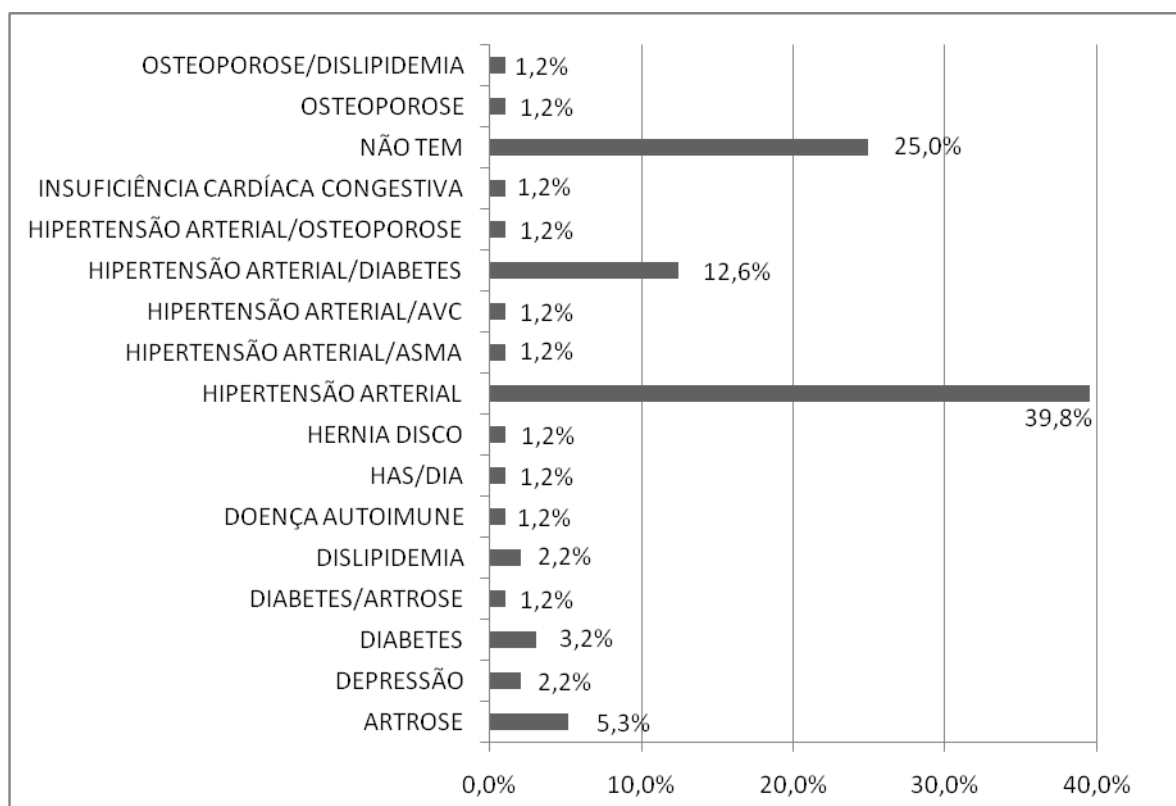
Quanto às características da população do estudo realizado por Freitas et al. (2012) com idosos baianos, a maioria não sabia ler ou escrever um recado (66,8%), autodeclaravam-se como não brancos (78,9%) e referiam acometimento por duas ou mais doenças crônicas (45,5%).

Os estudos de Nunes et al. (2010) com idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família de Goiânia mostram idosos na faixa etária de 60-69 anos, do sexo feminino (58,5%), de baixa renda (77,3%) e de analfabetos (39,7%). Assim como, os resultados de Nunes et al. (2009) na zona urbana de Ubá-MG, também apontam predomínio de idosos do sexo feminino (59,75%), de casados (59,7%), com menos de 4 anos de estudo (92,5%), que moram com filhos e/ou parentes. Essas amostras são semelhantes às encontradas nesse estudo, justificando-se a influência dos fatores socioeconômicos sobre o envelhecimento e a importância de identificá-los nas populações assistidas.

WHO (2005) também enfatiza que a maioria das pessoas idosas, em todos os países, continua a representar um recurso vital para as famílias e comunidades.

O gráfico a seguir mostrará as doenças presentes e referidas pelos idosos do estudo.

Gráfico 1 – Doenças Referidas pelos idosos do Bairro Parque Universitário, Teresina-PI. 2014.



FONTE: Pesquisa.

O estudo (Gráfico 1) mostrou alta prevalência de doenças crônicas e presença de comorbidades na população de idosos. A Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS (39,8%) foi a doença crônica de maior prevalência, seguida da associação HAS/Diabetes Mellitus – DM (12,6%).

Outras doenças que apareceram de forma associada foram: Osteoporose/Dislipidemia, HAS/Osteoporose, HAS/Acidente Vascular Cerebral, HAS/Asma, HAS/Dislipidemia, DM/Artrose, cada um desses eventos comórbidos, atingiu 1,2% da população. E algumas doenças apareceram de forma isolada como: Artrose (5,3%), DM (3,2%), Dislipidemia (2,2%), Depressão (2,2%), Osteoporose (1,2%), Insuficiência Cardíaca Congestiva - ICC (1,2%), Hérnia de Disco (1,2%) e Doença autoimune (1,2%).

De acordo com Karsch (2003) a frequência das doenças crônicas e a longevidade atual dos brasileiros são as duas principais causas do crescimento das taxas de idosos portadores de incapacidades. Brasil (2007) afirma também que um

dos fatores que afetam a funcionalidade das pessoas idosas são as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT).

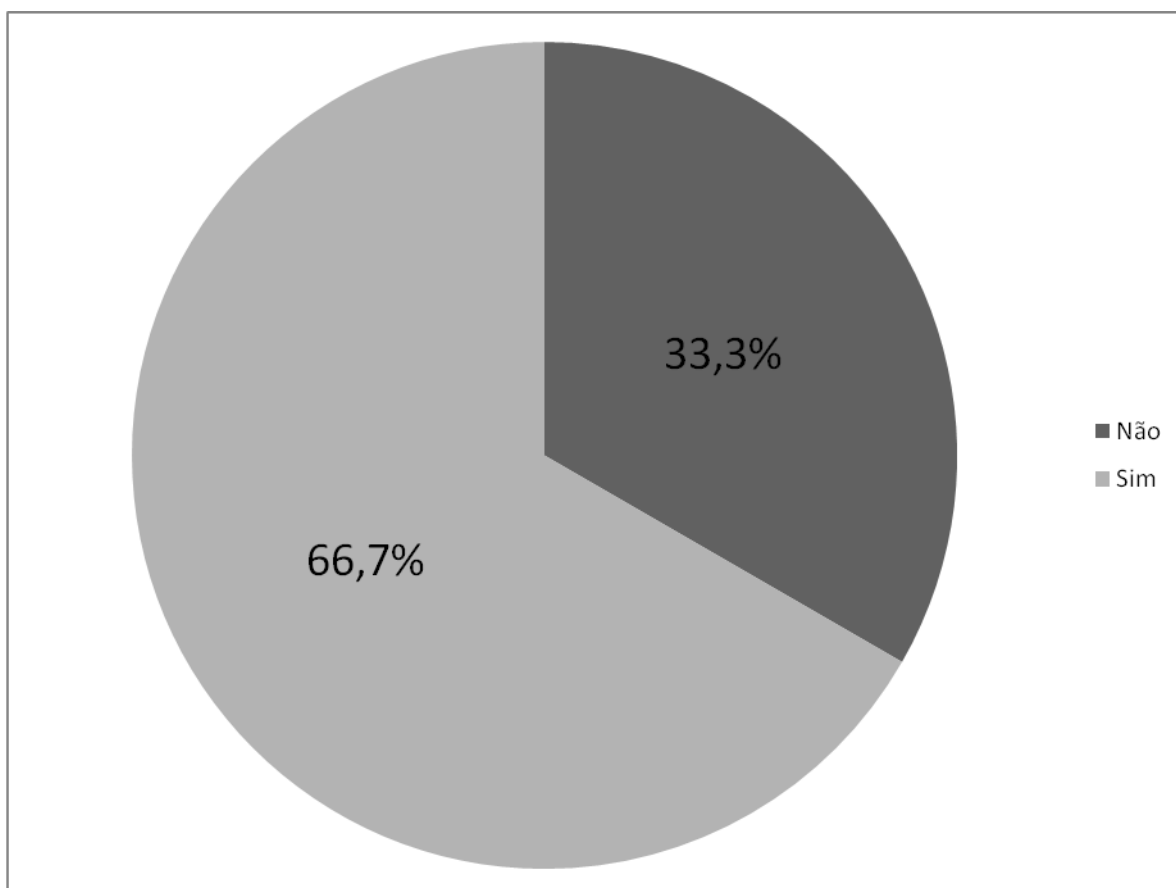
A demência, juntamente com as doenças crônicas não-transmissíveis como as doenças coronarianas, a hipertensão arterial, a diabetes mellitus tipo 2, os acidentes vasculares encefálicos, as doenças pulmonares crônicas (DPOC, enfisema pulmonar), as doenças osteoarticulares (artrite, osteoporose, artrose) são de alta prevalência entre a população idosa (OLIVEIRA et al., 2007).

Em estudos no município de Goiânia, 70,9% dos idosos relatam ter uma ou mais doenças não-transmissíveis, principalmente hipertensão arterial (51%) e diabetes (15,2%) e apresentam dependência (parcial ou total) para as atividades da vida diária de 34,8% e de 60,6% para as atividades instrumentais (NUNES et al., 2010). Em idosos, no sul de Minas, os resultados trazem 84,5% de portadores de algum problema de saúde; a hipertensão arterial prevalente em 37,1% (FARIA et al., 2011).

Também nos resultados de Nunes et al. (2009), com idosos da zona urbana de Ubá-MG, a hipertensão arterial (62,7%) é a morbidade mais prevalente. Dos idosos estudados, 90% têm pelo menos uma doença crônica e 100% utilizam medicamentos. Em um trabalho recente, os resultados destacam que 98,3% dos idosos apresentam morbidades com predomínio de 4 a 7 (32,9%). Dentre as morbidades referidas, a maioria apresentou problemas de visão (78,1%) e de coluna (63,3%), hipertensão arterial (60,9%) e varizes (53,1%) (TAVARES; DIAS, 2012).

A seguir serão apresentados os dados referentes ao uso de medicamentos pelos idosos do estudo.

Gráfico 2 – Uso de medicamentos pelos idosos do Bairro Parque Universitário, Teresina-PI. 2014.



FONTE: Pesquisa.

Com relação ao uso de medicamentos (Gráfico 2), 66,7% dos idosos do estudo informaram fazer uso regular de medicamentos em comparação a 33,3% que não os utilizavam.

Um estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul mostra que o uso contínuo de medicamentos por 586 idosos (72,3%), com uma média de 2,1 medicamentos utilizados diariamente e máximo de 13 medicamentos; a polifarmácia foi verificada em 13,9%. A prevalência de uso de medicamentos foi maior nas mulheres, com mais idade, raça autorreferida branca, morando sem companheiro, com maior escolaridade, renda superior a 260 reais, com maior número de doenças e residentes na zona urbana (DAL PIZZOL et al., 2012).

Os resultados de Silva et al. (2012), no interior do Ceará, constataam uma prevalência de 70,6% de polifarmácia em idosos, sendo mais elevada no sexo feminino (66,4%). A faixa etária mais prevalente (63,8%) acima de 70 anos e 36,2% entre 60 e 69 anos de idade. O número de medicamentos usados pelos idosos variou entre um e dez medicamentos, com média de 2,4 medicamentos/ idoso. E o número de condições crônicas não transmissíveis autorreferidas pelos idosos variou entre uma e cinco, com média de duas (± 1) condições; a maioria (59,9%) possuía mais de duas condições crônicas.

Acerca da presença de enfermidades autorreferidas, no município do Rio Grande do Sul, os sujeitos mencionam ser portadores de hipertensão arterial (65,9%), varizes (47,1%), artrose (36,5%), depressão (32,9%), osteoporose (21,1%), insuficiência cardíaca (15,3%) e diabetes mellitus (10,6%). Quando relacionado com o nível cognitivo, dos que disseram ser hipertensos 18,8% possuíam declínio cognitivo (LEITE et al., 2012).

Alteração no estado cognitivo foi identificada em 75,2% das idosas participantes e ainda o uso de medicamentos foi referido por 72,2%, sendo que 23,9% fazem uso de três ou mais medicamentos/dia. O uso de três ou mais medicamentos contínuos também se mostrou associado às incapacidades na realização das AIVDs, do mesmo modo que a presença de hipertensão arterial e a ocorrência de hospitalização (VIRTUOSO JUNIOR; GUERRA, 2011).

Como pode se comprovar é muito comum a ocorrência de mais de uma condição clínica simultânea, elevando o risco de complicações, da ocorrência de incapacidades e de instalação de quadros de dependência, que, em última análise, comprometem a qualidade de vida tanto dos idosos quanto aos seus familiares, além de representar um desafio para as políticas públicas de saúde.

Silvestre e Costa Neto (2003) colocam que é importante que se explique à pessoa idosa, aos familiares e/ou cuidadores os aspectos referentes ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso na prevenção de iatrogenias.

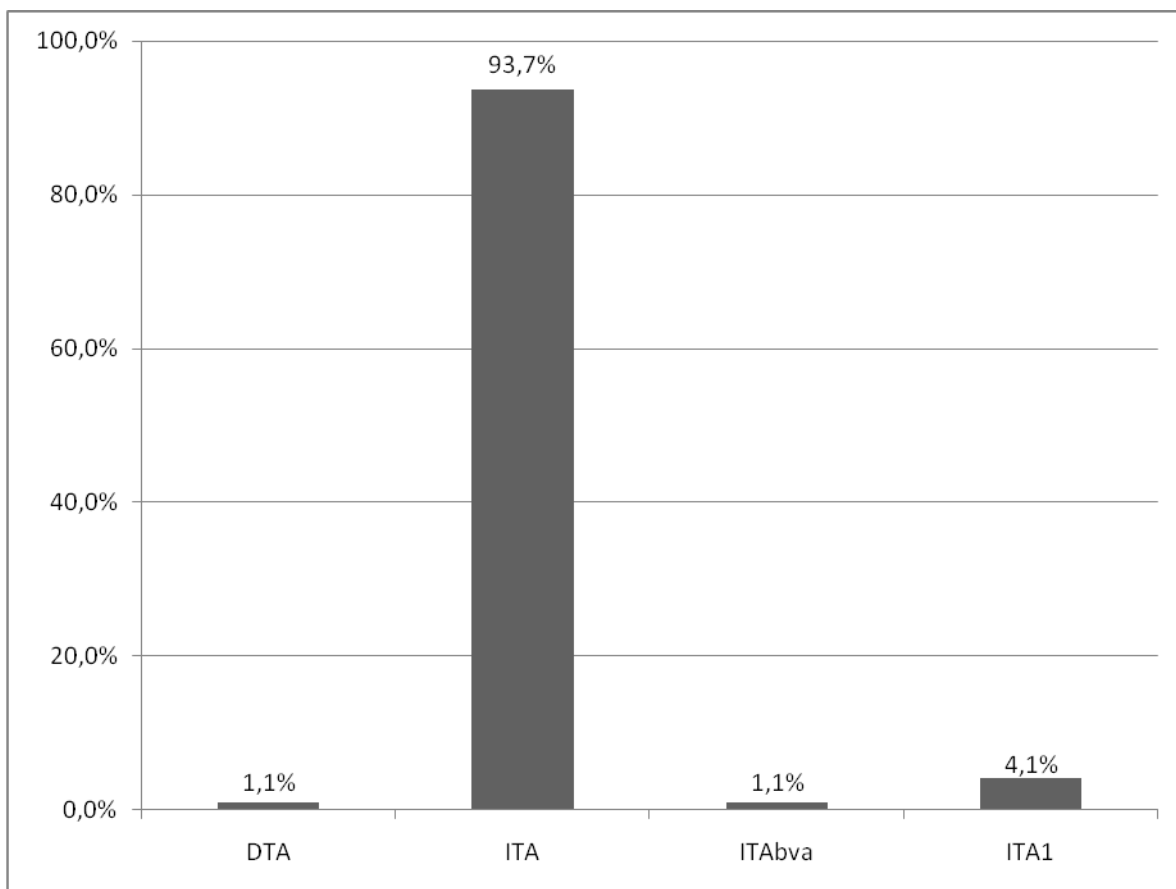
Diante do exposto, entende-se que a saúde dos idosos, na atenção primária, deve ser trabalhada de forma integral, por uma equipe multiprofissional, enfocando-se a importância da alimentação saudável, do combate ao tabagismo, do controle da HAS, da imunização pneumococo/influenza e prevenção do câncer para um envelhecimento ativo e livre de incapacidades.

Os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem conhecer detalhadamente a realidade das famílias de sua área de abrangência, incluindo aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais, além de identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de vulnerabilidade familiar. E devem prevenir e monitorar as doenças prevalentes na população idosa, conhecendo suas condições de vida e de saúde, valorizando o contexto familiar, reconhecendo os fatores de risco; além de orientar os idosos, familiares e comunidade (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

4.2 Capacidade funcional dos idosos quanto às atividades básicas da vida diária.

Para a Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda de suas habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Gráfico 3 – Escala de Katz. Teresina-PI. 2014.



Legenda: **DTA:** Dependente para todas as atividades; **ITA:** Independente para todas as atividades; **ITAbva:** Independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional; **ITA1:** Independente para todas as atividades, menos uma.

FONTE: Pesquisa.

Tabela 2 - Escala de Katz por perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014.

		DEPENDENTE PARA TODAS AS FUNÇÕES		INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES		INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL		INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo	FEM	-	-	56	100,0	-	-	-	-	56	100,0
	MAS	1	2,5	34	85,0	1	2,5	4	10,0	40	100,0
Faixa etária	60-64	-	-	25	100,0	-	-	-	-	25	100,0
	65-69	-	-	29	93,5	-	-	2	6,5	31	100,0
	70-74	-	-	13	100,0	-	-	-	-	13	100,0
	75-79	-	-	16	94,1	-	-	1	5,9	17	100,0
	80 ou +	1	10,0	7	70,0	1	10,0	1	10,0	10	100,0
Escolaridade	ANALFAB	1	1,9	49	92,4	1	1,9	2	3,8	53	100,0
	ENS MED COM	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
	FUND COMP	-	-	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0
	FUND INC	-	-	38	95,0	-	-	2	5,0	40	100,0
Estado civil	CASADO	1	2,6	37	94,8	-	-	1	2,6	39	100,0
	SEPAR	-	-	6	100,0	-	-	-	-	6	100,0
	SOLTEIRO	-	-	12	100,0	-	-	-	-	12	100,0
	UNIÃO EST	-	-	5	100,0	-	-	-	-	5	100,0
	VIUVO	-	-	30	88,3	1	2,9	3	8,8	34	100,0
Cor	BRANCA	-	-	8	88,9	1	11,1	-	-	9	100,0
	OUTROS	-	-	16	100,0	-	-	-	-	16	100,0
	PARDA	-	-	47	92,2	-	-	4	7,8	51	100,0
	PRETA	1	5,0	19	95,0	-	-	-	-	20	100,0
Renda (R\$)	0 a 250	-	-	9	100,0	-	-	-	-	9	100,0
	250 a 500	-	-	3	75,0	-	-	1	25,0	4	100,0
	500 a 700	1	2,1	44	91,6	1	2,1	2	4,2	48	100,0
	750 a 1000	-	-	27	96,4	-	-	1	3,6	28	100,0
	+ de 1000	-	-	7	100,0	-	-	-	-	7	100,0
Trabalha	NÃO	1	1,4	67	93,1	1	1,4	3	4,1	72	100,0
	SIM	-	-	23	95,8	-	-	1	4,2	24	100,0
Aposentado	NÃO	-	-	32	97,0	-	-	1	3,0	33	100,0
	SIM	1	1,6	58	92,1	1	1,6	3	4,7	63	100,0

FONTE: Pesquisa.

Tabela 3 - Escala de Katz por doenças referidas e uso de medicamentos. Teresina-PI. 2014.

		DEPENDENTE PARA TODAS AS FUNÇÕES		INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES		INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL		INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA		TOTAL		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Doenças referidas	ARTROSE	-	-	5	100,0	-	-	-	-	5	100,0	
	DEPRESSÃO	-	-	2	100,0	-	-	-	-	2	100,0	
	DIABETES	-	-	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0	
	DIABETES/ARTROSE	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	DISLIPIDEMIA	-	-	1	50,0	-	-	1	50,0	2	100,0	
	DOENÇA AUTOIMUNE	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	HAS/DIA	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	HERNIA DISCO	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL	-	-	36	94,7	-	-	2	5,3	38	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/ASMA	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/AVC	-	-	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/DIABETES	-	-	11	91,7	1	8,3	-	-	12	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/OSTEOPOROSE	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	OSTEOPOROSE	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	OSTEOPOROSE/DISLIPIDEMIA	-	-	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0	
	NÃO TEM	1	4,2	23	95,8	-	-	-	-	24	100,0	
	Uso de medicamentos	NÃO	1	3,1	31	96,9	-	-	-	-	32	100,0
		SIM	-	-	59	92,2	1	1,6	4	6,2	64	100,0

FONTE: Pesquisa.

De acordo com o instrumento utilizado, Escala de Katz (ANEXO A), 93,7% dos idosos do estudo foram independentes para as atividades básicas da vida (banho, vestir, banheiro, transferência, continência e alimentação) e apenas 6,3% relataram algum grau de dependência - 1,1% dependente para todas as funções; 1,1% independente para todas menos, banho, vestir-se e uma adicional e 4,1% independente para todas menos uma (Gráfico 3).

Quando se avaliou as atividades básicas da vida diária e o perfil sociodemográfico (Tabela 2) percebeu-se que dentre os idosos com alguma dependência, houve predomínio do sexo masculino, de 80 anos ou mais, de analfabetos, de casados e aposentados.

Quando se observou a relação entre doenças referidas e as atividades básicas da vida diária (Tabela 3) houve maior prevalência de doenças crônicas entre os idosos com alguma dependência (83,3%) que entre os independentes (74,4%). Os altos índices de doenças crônicas na população idosa ocorrem em contraponto à presença de independência para as atividades básicas da vida diária. Nos idosos com alguma dependência, o uso de medicamentos chegou a 83,3%, enquanto nos independentes foi de 65,5%.

Os profissionais que atuam na atenção básica devem buscar a manutenção do idoso na rotina familiar e na vida em comunidade como fatores fundamentais para a manutenção de seu equilíbrio físico e mental. Além de compreender a influência da família, da comunidade, das instituições e dos valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e de autonomia do idoso (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

Ramos (2003) identifica como fatores independentes de risco de óbito o sexo masculino, idades mais avançada, história de hospitalização nos últimos seis meses, redução da capacidade funcional (medida pelo grau de independência na realização das atividades da vida diária) e déficit cognitivo.

Quando os fatores de risco (comportamentais e ambientais) de doenças crônicas e de declínio funcional são mantidos baixos, e os fatores de proteção, elevados, as pessoas desfrutam maior quantidade e melhor qualidade de vida, permanecem sadias e capazes de cuidar de sua própria vida à medida que envelhecem, e poucos idosos precisam constantemente de tratamentos médicos e serviços assistenciais onerosos. Aqueles que realmente precisam de assistência

devem ter acesso a toda uma gama de serviços sociais e de saúde que atendam às necessidades e aos direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento (WHO, 2005).

A dependência para as atividades da vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% com 90 anos ou mais (BRASIL, 2007). Santos e Pavarini (2011) afirmam que o aumento dos anos de vida é tido como fator predisponente para o declínio funcional das atividades básicas da vida diária.

Os trabalhos de Duca et al. (2009) no município de Pelotas-RS, identificaram incapacidades para atividades básicas da vida em 26,8% e para as instrumentais em 28,8% dos idosos. No presente estudo encontrou-se alta prevalência de idosos independentes para as atividades básicas da vida diária, o que pode ser justificado pela predominância da faixa etária de 60-69 anos.

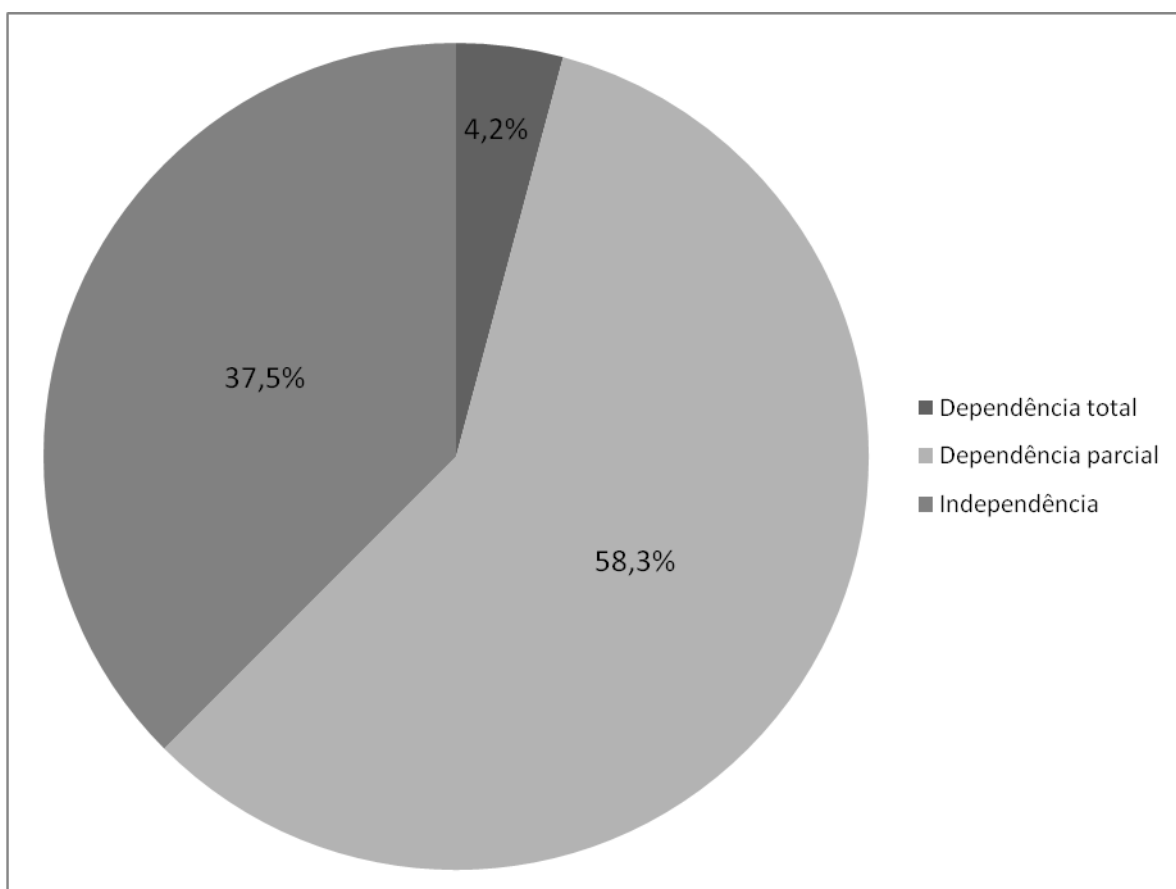
Na avaliação da capacidade funcional, realizada por Freitas et al. (2012) a maioria dos idosos (57,6%) foi considerada dependente em, pelo menos, um tipo de atividade. Além de mostrar que a maior frequência de dependência em atividades básicas da vida diária foi observada na variável controle de esfíncter (8,5%), principalmente a incontinência urinária (7,6%), seguida de tomar banho (5,4%).

Nos trabalhos de Tavares e Dias (2012) ressalta-se que 26,7% dos idosos apresentaram incapacidade funcional para a realização das atividades da vida diária (AVDs) com predomínio de 1 a 3 (22,2%). As AVDs que os idosos não conseguem realizar foram, predominantemente, cortar as unhas dos pés (25,1%), subir e descer escadas (6,7%) e andar perto de casa (4,8%).

Santos et al. (2010), em seus estudos no município de Uberaba-MG, comprovam maior ocorrência de incapacidade funcional nos idosos com mais de três morbidades, além de identificar a presença de 1 a 3 incapacidade funcional na maioria (70,3%) da população do estudo.

4.3 Capacidade funcional dos idosos quanto às atividades instrumentais da vida diária.

Gráfico 4 – Escala de Lawton. Teresina-PI. 2014.



FONTE: Pesquisa.

Tabela 4 – Escala de Lawton por perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014.

		DEPENDÊNCIA TOTAL		DEPENDÊNCIA PARCIAL		INDEPENDÊNCIA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo	FEM	2	3,6	33	58,9	21	37,5	56	100,0
	MAS	2	5,0	23	57,5	15	37,5	40	100,0
Faixa etária	60-64	-	-	11	44,0	14	56,0	25	100,0
	65-69	1	3,2	18	58,1	12	38,7	31	100,0
	70-74	-	-	8	61,5	5	38,5	13	100,0
	75-79	2	11,8	10	58,8	5	29,4	17	100,0
	80 ou +	1	10,0	9	90,0	-	-	10	100,0
Escolaridade	ANALFAB	4	7,5	38	71,7	11	20,8	53	100,0
	ENS MED COM	-	-	1	100,00	-	-	1	100,0
	FUND COMP	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0
	FUND INC	-	-	17	42,5	23	57,5	40	100,0
Estado civil	CASADO	1	2,6	21	53,8	17	43,6	39	100,0
	SEPAR	-	-	2	33,3	4	66,7	6	100,0
	SOLTEIRO	-	-	7	58,3	5	41,7	12	100,0
	UNIÃO EST	-	-	3	60,0	2	40,0	5	100,0
	VIUVO	3	8,8	23	67,7	8	23,5	34	100,0
Cor	BRANCA	1	11,1	5	55,6	3	33,3	9	100,0
	OUTROS	-	-	10	62,5	6	37,5	16	100,0
	PARDA	2	4,0	30	58,8	19	37,2	51	100,0
	PRETA	1	5,0	11	55,0	8	40,0	20	100,0
Renda (R\$)	0 a 250	-	-	5	55,6	4	44,4	9	100,0
	250 a 500	-	-	2	50,0	2	50,0	4	100,0
	500 a 700	1	2,1	31	64,6	16	33,3	48	100,0
	750 a 1000	3	10,7	16	57,1	9	32,2	28	100,0
	+ de 1000	-	-	2	28,6	5	71,4	7	100,0
Trabalha	NÃO	4	5,5	49	68,1	19	26,4	72	100,0
	SIM	-	-	7	29,2	17	70,8	24	100,0
Aposentado	NÃO	-	-	15	45,4	18	54,5	33	100,0
	SIM	4	6,3	41	65,1	18	28,6	63	100,0

FONTE: Pesquisa.

Tabela 5 – Escala de Lawton por doenças referidas e uso de medicamentos. Teresina-PI. 2014.

	DEPENDÊNCIA TOTAL		DEPENDÊNCIA PARCIAL		INDEPENDÊNCIA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ARTROSE	-	-	2	40,0	3	60,0	5	100,0
DEPRESSÃO	-	-	2	100,0	-	-	2	100,0
DIABETES	1	33,3	2	66,7	-	-	3	100,0
DIABETES/ARTROSE	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
DISLIPIDEMIA	-	-	-	-	2	100,0	2	100,0
DOENÇA AUTOIMUNE	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
HAS/DIA	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
HERNIA DISCO	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
HIPERTENSÃO ARTERIAL	2	5,3	26	68,4	10	26,3	38	100,0
Doenças referidas HIPERTENSÃO ARTERIAL/ASMA	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
HIPERTENSÃO ARTERIAL/AVC	1	100,0	-	-	-	-	1	100,0
HIPERTENSÃO ARTERIAL/DIABETES	-	-	9	75,0	3	25,0	12	100,0
HIPERTENSÃO ARTERIAL/OSTEOPOROSE	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
OSTEOPOROSE	-	-	-	-	1	100,0	1	100,0
OSTEOPOROSE/DISLIPIDEMIA	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
NÃO TEM	-	-	10	41,7	14	58,3	24	100,0
Uso de medicamentos NÃO	1	3,1	12	37,5	19	59,4	32	100,0
SIM	3	4,7	44	68,7	17	26,6	64	100,0

FONTE: Pesquisa.

Tabela 6 – Escala de Lawton versus Katz. Teresina-PI. 2014.

		DEPENDÊNCIA TOTAL		DEPENDÊNCIA PARCIAL		INDEPENDÊNCIA		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
KATZ	DEPENDENTE PARA TODAS AS FUNÇÕES	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
	INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES	3	3,3	53	58,9	34	37,8	90	100,0
	INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS BANHO, VESTIR-SE E MAIS UMA ADICIONAL	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0
	INDEPENDENTE PARA TODAS AS ATIVIDADES MENOS UMA	1	25,0	1	25,0	2	50,00	4	100,0
	TOTAL	4	4,2	56	58,3	36	37,5	96	100,0

FONTE: Pesquisa.

Esse estudo identificou independência para as atividades instrumentais da vida diária em apenas 37,5%, dependência parcial em 58,3% e dependência total em 4,2% dos idosos (Gráfico 4), com o uso da Escala de Lawton (ANEXO B) para avaliação das atividades instrumentais da vida diária.

Nesse trabalho, os idosos que alcançaram escores próximos a 27 foram classificados como independentes, considerando-se que os itens em que apresentaram dependência parcial ou total estavam intimamente ligados à baixa escolaridade. É necessário considerar a relação intrínseca entre escolaridade e atividades executivas (usar telefone, deslocar-se, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar e passar roupa, tomar remédios e cuidar das finanças).

Ao relacionar a escala com o perfil sociodemográfico (Tabela 4), houve predomínio do sexo feminino, da faixa etária de 65-69 anos, de analfabetos, de casados, de viúvos e de aposentados entre os idosos com dependência para as atividades instrumentais da vida diária.

Quando se relacionam as doenças referidas com as atividades instrumentais da vida diária (Tabela 5), a prevalência de doenças crônicas entre os idosos com dependência foi de 82,3%, sendo a HAS a mais presente. Nos idosos independentes, a prevalência de doenças crônicas mostrou-se menor (61,1%), confirmando assim, a relação entre dependência para as atividades instrumentais da vida diária e a presença de doenças crônicas. Quanto ao uso de medicamentos, os dependentes fizeram um maior uso (79,3%) que os independentes (47,2%).

Entre os idosos independentes para todas as atividades da vida diária identificou-se dependência para as atividades instrumentais da vida diária em 62,2% (Tabela 6), caracterizando uma perda importante de independência do idoso na comunidade.

As atividades instrumentais da vida diária - AIVDs são atividades mais complexas, que demandam maior capacidade de julgamento, raciocínio e planejamento para as ações, sendo mais vulneráveis aos efeitos da deteriorização cognitiva (OLIVEIRA et al., 2007).

Njegovan et al. (2001) mostram em seus estudos que as atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, cuidar das finanças) são perdidas primeiro que as atividades básicas da vida diária (alimentar-se, vestir-se, caminhar).

Oliveira et al. (2007) também confirmam que a limitação funcional ocorre principalmente em relação às atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

Quando se relaciona à faixa etária às atividades instrumentais da vida diária, estudos têm mostrado que a dependência aumenta, conforme aumenta a idade, passando de 13% na faixa etária que compreendeu os idosos entre 60 e 65 anos, para 87% nos idosos de 80 anos ou mais (SANTOS E PAVARINI, 2011).

Nos estudos de Freitas et al. (2012) a dependência tanto em atividades da vida diária como em atividades instrumentais mostrou significância estatística nos indivíduos do grupo etário ≥ 80 anos, que não sabem ler e escrever nem participam de atividades religiosas. Além disso, foi mais frequente naqueles com pior percepção de saúde comparada, que sofreram quedas e hospitalização, referem duas ou mais doenças e uso de dois ou mais medicamentos, apresentam presença de sintomas depressivos, comprometimento cognitivo, peso insuficiente, sobrepeso e considerados insuficientemente ativos. Entre as AIVD, observou-se maior dependência no uso do telefone (36,6%) e ir a lugares sozinho (25,1%)

Para Virtuoso Junior & Guerra (2011) há ainda que se ressaltar o fato de 46,8% dos idosos indicarem algum tipo de dependência do tipo moderada e/ou grave na realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). As variáveis que se mostram relacionadas com a dependência do tipo moderada ou grave nas AIVDs são o aumento da idade e a condição de viuvez referida.

Os mesmos autores também comprovam que a escolarização se mostrou relacionada com a incapacidade funcional de modo inverso, em que quanto maior os anos de estudo da pessoa, menor as chances de o indivíduo apresentar dificuldades na realização das AIVDs. As pessoas de baixa condição econômica possuem mais chances de serem incapazes funcionalmente em relação às idosas mais favorecidas economicamente (VIRTUOSO JUNIOR; GUERRA, 2011).

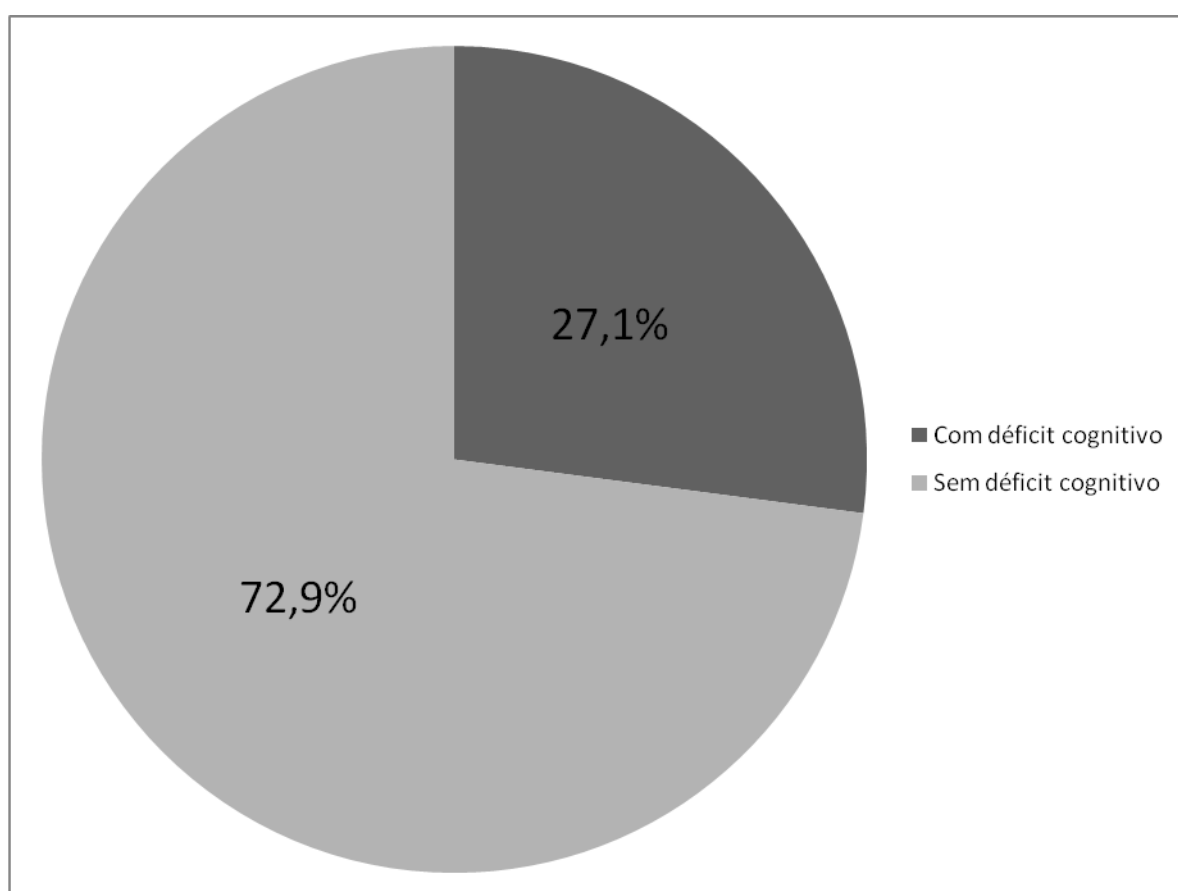
4.4 Avaliação cognitiva dos idosos residentes do Bairro Parque Universitário, Teresina-PI.

Esse trabalho utilizou o Mini-Exame do Estado Mental (ANEXO C) para avaliação do estado cognitivo, instrumento que avalia (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição,

compreensão, escrita, cópia de desenho), com escores que variam de 0 a 30 pontos, com maiores escores indicando melhor desempenho. No entanto, como sofre influência direta da escolaridade, os idosos do estudo foram classificados a partir dos seguintes escores (analfabetos: 19; 1-3 anos de escolaridade: 23; 4-7 anos de escolaridade: 24; mais de 7 anos de escolaridade: 28).

Os dados encontrados estão retratados no Gráfico 6.

Gráfico 5 – Escala do MEEM. Teresina-PI. 2014.



FONTE: Pesquisa.

Tabela 7 – Escala do MEEM por perfil sociodemográfico. Teresina-PI. 2014.

		COM DÉFICIT COGNITIVO		SEM DÉFICIT COGNITIVO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sexo	FEM	16	28,6	40	71,4	56	100,0
	MAS	10	25,0	30	75,0	40	100,0
Faixa etária	60-64	4	16,0	21	84,0	25	100,0
	65-69	8	25,8	23	74,2	31	100,0
	70-74	4	30,8	9	69,2	13	100,0
	75-79	5	29,4	12	70,6	17	100,0
	80 ou +	5	50,0	5	50,0	10	100,0
Escolaridade	ANALFAB	23	43,4	30	56,6	53	100,0
	ENS MED	-	-	1	100,0	1	100,0
	COM	-	-	2	100,0	2	100,0
	FUND COMP	3	7,5	37	92,5	40	100,0
Estado civil	CASADO	9	23,1	30	76,9	39	100,0
	SEPAR	-	-	6	100,0	6	100,0
	SOLTEIRO	-	-	12	100,0	12	100,0
	UNIÃO EST	2	40,0	3	60,0	5	100,0
	VIUVO	15	44,1	19	55,9	34	100,0
Cor	BRANCA	4	44,4	5	55,6	9	100,0
	OUTROS	1	6,3	15	93,7	16	100,0
	PARDA	15	29,4	36	70,6	51	100,0
	PRETA	6	30,0	14	70,0	20	100,0
Renda (R\$)	0 a 250	2	22,2	7	77,8	9	100,0
	250 a 500	-	-	4	100,0	4	100,0
	500 a 700	17	35,4	31	64,6	48	100,0
	750 a 1000	7	25,0	21	75,0	28	100,0
	+ de 1000	-	-	7	100,0	7	100,0
Trabalha	NÃO	25	34,72	47	65,28	72	100,00
	SIM	1	4,17	23	95,83	24	100,00
Aposentado	NÃO	4	12,12	29	87,88	33	100,00
	SIM	22	34,92	41	65,08	63	100,00

FONTE: Pesquisa.

Tabela 8 – Escala do MEEM por doenças referidas e uso de medicamentos. Teresina-PI. 2014.

		COM DÉFICIT COGNITIVO		SEM DÉFICIT COGNITIVO		TOTAL		
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Doenças referidas	ARTROSE	1	20,0	4	80,0	5	100,0	
	DEPRESSÃO	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
	DIABETES	-	-	3	100,0	3	100,0	
	DIABETES/ARTROSE	1	100,0	-	-	1	100,0	
	DISLIPIDEMIA	-	-	2	100,0	2	100,0	
	DOENÇA AUTOIMUNE	-	-	1	100,0	1	100,0	
	HAS/DIA	-	-	1	100,0	1	100,0	
	HERNIA DISCO	-	-	1	100,0	1	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL	12	31,6	26	68,4	38	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/ASMA	1	100,0	-	-	1	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/AVC	1	100,0	-	-	1	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/DIABETES	2	16,7	10	83,3	12	100,0	
	HIPERTENSÃO ARTERIAL/OSTEOPOROSE	-	-	1	100,0	1	100,0	
	INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA	-	-	1	100,0	1	100,0	
	OSTEOPOROSE	-	-	1	100,0	1	100,0	
	OSTEOPOROSE/DISLIPIDEMIA	-	-	1	100,0	1	100,0	
	NÃO TEM	7	29,2	17	70,8	24	100,0	
	Uso de medicamentos	NÃO	9	28,1	23	71,9	32	100,0
		SIM	17	26,6	47	73,4	64	100,0

FONTE:Pesquisa.

Tabela 9 – Escala do MEEM versus Lawton. Teresina-PI. 2014.

	COM DÉFICIT COGNITIVO		SEM DÉFICIT COGNITIVO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
DEPENDÊNCIA TOTAL	3	75,0	1	25,0	4	100,0
LAWTON DEPENDÊNCIA PARCIAL	21	37,5	35	62,5	56	100,0
INDEPENDÊNCIA	2	5,6	34	94,4	36	100,0
TOTAL	26	27,1	70	72,9	96	100,0

FONTE: Pesquisa.

O presente estudo mostrou déficit cognitivo em 27,1% dos idosos e 72,9% sem alterações mentais (Gráfico 5). Os baixos escores atingidos nessa população estiveram intimamente relacionados à baixa escolaridade da população em estudo.

Quando se avaliou o estado cognitivo a partir do perfil sociodemográfico (Tabela 7), não houve diferença entre os idosos com déficit e sem déficit cognitivo. Quanto às doenças referidas (Tabela 8), a doença crônica de maior prevalência foi a HAS e quanto ao uso de medicamentos, o comportamento de consumo foi semelhante entre os dois grupos de idosos.

Quando se relacionou o Mini-exame do estado mental com a Escala de Lawton (Tabela 9) percebeu-se que houve uma maior prevalência de dependência (parcial/total) entre os idosos com déficit cognitivo (92,3%) que entre os sem déficit cognitivo (51,4%).

O envelhecimento populacional no Brasil vem acompanhado pelo aumento das doenças crônicas não-transmissíveis, dentre elas as demências, que produzem grande impacto entre os indivíduos acometidos e seus familiares (OLIVEIRA et al., 2007).

“A demência pode ser definida como uma síndrome caracterizada pela presença de declínio cognitivo persistente que interfere com as atividades sociais ou profissionais do indivíduo e que independe de alterações do nível de consciência” (NITRINI & CARAMELLI, 2003).

Uma revisão sistemática recente aponta que a prevalência de demência aumenta com a idade e é inversamente proporcional com o nível socioeconômico e o número de anos de escolaridade, sendo maior entre as mulheres. Nos países desenvolvidos a prevalência de demência dobra a cada cinco anos de idade, normalmente varia de 3% aos 70 anos para 20-30% aos 85 anos de idade (FAGUNDES et al., 2011).

Veras et al. (2007) comprovam em seus estudos que os gastos do idoso com demência aumentam em torno de 66%. No estágio inicial, esse gasto chega a 75% e, no estágio avançado, vai a 62%. Quando os idosos demenciados apresentam comorbidades, o porcentual se agrava e chega a 82% da renda familiar mensal entre os diabéticos e a 81% entre os hipertensos.

Para Hardy et al. (2005) os déficits cognitivos são muito prevalentes em idosos e muitas vezes têm causa reversível e, da mesma forma, transições entre estados de maior ou menor capacidade funcional são comuns em idosos.

Os estudos de Oliveira et al. (2007) apontam comprometimento funcional para o desempenho das atividades básicas da vida diária entre os idosos com declínio – 38,7% dos idosos com declínio mencionaram dificuldade em pelo menos uma atividade contra 18,5% dos que não possuem declínio. Sendo maior a prevalência de dificuldades entre os idosos com declínio para o desempenho das atividades instrumentais que para as básicas da vida diária.

Faria et al. (2011) em seus resultados, com pessoas idosas cadastradas na Estratégia Saúde da Família no Sul de Minas, mostram 60% de mulheres, idade média 70,3 anos, 54,0% com ensino fundamental incompleto, 61,1% casados e renda média de 1,54 salário mínimo. Quanto à avaliação cognitiva, utilizando o MEEM, encontraram 5,3% de declínio cognitivo nos 76 sem escolaridade, nos 265 com baixa e média escolaridade 4,9% e nos de nível superior (9) não se encontrou. As menores médias encontradas foram nos domínios memória e atenção.

Os resultados dos estudos de Santos e Pavarini (2011), no município de São Carlos-SP, também revelaram que os idosos com alterações cognitivas têm maior dificuldade em realizar as atividades instrumentais de vida diária se comparados às atividades básicas de vida diária. Isso se intensifica, quando se trata dos idosos que vivem em contextos de pobreza, reforçando a importância da

avaliação da capacidade funcional dos idosos, sobretudo entre os que possuem alterações cognitivas, pois podem apresentar maior dependência em relação aos idosos sem declínio cognitivo.

Em relação ao MEEM, há uma associação direta entre a pontuação no MEEM e a escolaridade e o número de fatores ambientais; e inversa com a idade, medicamentos e ICC. Em relação às comorbidades, DPOC, AVE e insuficiência cardíaca apresentaram menor pontuação no MEEM, independentemente do grupo. Como esperado, a cognição apresentou resultados piores quando associado à dependência funcional (PIMENTA et al., 2013).

Nos estudos de Leite et al. (2012) das 85 pessoas idosas, 92,9% do sexo feminino. Quanto ao MEEM a média para todos os idosos foi de 25,9 pontos \pm 3,2, com amplitude de 16 a 30. Identificou-se que 20 (23,6%) idosos apresentaram declínio cognitivo, cuja média foi de 21,1 pontos \pm 2,1, com amplitude de 16 a 23 pontos. Há de se considerar que 52,9% dos idosos entrevistados possuem de quatro a sete anos de escolaridade.

Njegovan et al. (2001) também associa o declínio cognitivo progressivo à perda da capacidade funcional, informação que pode antecipar o padrão de declínio funcional e as necessidades de cuidados, melhorando a qualidade de vida dos idosos e de seus cuidadores.

5 CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou predomínio de idosos na faixa etária de 60-69 anos, do sexo feminino, de casados, de aposentados, com baixa escolaridade e com baixa renda. Alta prevalência de doenças crônicas/comorbidades, uso regular de medicamentos pelos idosos e pouca presença de cuidador nos domicílios.

Os idosos estudados apresentaram-se, em sua maioria, independentes para as atividades básicas da vida diária (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação), realizando sem dificuldade as atividades de autocuidado. No entanto, quando avaliados para as atividades instrumentais da vida diária (participação do idoso em seu entorno social), a maioria, apresentou algum grau de dependência, guardando estreita relação com a baixa escolaridade e o déficit cognitivo da população em estudo.

Na avaliação cognitiva (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho), uma parcela significativa dos idosos apresentou déficit cognitivo. Quanto ao instrumento de rastreio utilizado percebeu-se que a baixa escolaridade da população em estudo interferiu negativamente em sua execução. A orientação temporal e a memória de evocação estiveram comprometidas naqueles com baixos escores. E nas atividades relacionadas à escolaridade como atenção e cálculo, escrita e cópia de desenho, os idosos tiveram dificuldades ou não conseguiram realizá-las, estabelecendo relação entre dependência para as atividades instrumentais da vida diária e déficit cognitivo.

A partir desses resultados, buscou-se encaminhar os idosos com dependência total para as atividades da vida diária e com déficit cognitivo para a avaliação do estado de saúde dentro da rede de atenção à saúde do município.

Os instrumentos utilizados, nesse estudo, para avaliação da capacidade funcional e do estado cognitivo demonstraram ser de fácil aplicabilidade, facilitaram a interação pesquisador-pesquisado e necessitaram de pouco tempo para sua aplicação, salvo algumas dificuldades de compreensão dos idosos na avaliação cognitiva relacionadas à baixa escolaridade. O fato de a coleta ter ocorrido nos domicílios dos idosos também trouxe benefícios para os resultados da pesquisa,

pois proporcionou avaliá-los levando em consideração o domicílio, a família e a comunidade.

Há que se considerar que esta pesquisa incluiu em seu processo amostral apenas os idosos de um bairro de baixa renda, não sendo assim representativa do município de Teresina-PI, porém pressupõe-se que pode caracterizar os idosos também residentes em áreas de vulnerabilidade social atendidos por equipes de saúde da família.

Diante dessa realidade, tem-se como propósito divulgar os resultados deste estudo em publicações científicas e proporcionar conhecimento aos profissionais de saúde e aos gestores para que ocorram intervenções adequadas junto a essa população, servindo como uma ferramenta de gestão para o sistema local de saúde. Além de estimular a necessidade de estudos mais amplos, para avaliação do idoso quanto à funcionalidade e estado cognitivo no município de Teresina-PI.

Os resultados desse trabalho mostraram a importância dos profissionais da Estratégia Saúde da Família - ESF em reconhecer as características sociodemográficas, o perfil de morbidade, a capacidade funcional e o estado cognitivo dos idosos de sua área de abrangência, considerando a estrutura familiar e o meio em que vivem. Além de estimular o uso de instrumentos de rastreio no cuidado ao idoso na atenção primária.

Buscou-se enfatizar o papel da ESF em estabelecer vínculo entre o serviço de saúde e o idoso/família, dando-se ênfase na co-responsabilidade dos sujeitos, na supervisão do cuidado, para a prevenção da dependência e de complicações, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, L.Z.S. Aspectos éticos da pesquisa científica. **Pesqui Odontol Bras** 2003, n. 17(Supl 1), pp. 57-63 Available from <www.scielo.br/pdf/pob/v17s1/a09v17s1.pdf>. access on 17 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-74912003000500009>

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jan.1994.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**/ Ministério da Saúde. -1.ed., 2ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de Out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 de mar.2006

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. **Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de out. 2006.

_____. Portaria Nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006** -Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. _____Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**/ Ministério da Saúde. -1.ed., 2ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Portaria Nº 1395/GM. **Política da Saúde do Idoso**. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 14 de Mai. 2014.

DAL PIZZOL, Tatiane da Silva et al . Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 1, Jan. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011>.

DUCA, G.F.D.; SILVA, M.C. HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, v. 43, n.5, Oct. 2009 Epub Sep 18, 2009. Available from<www.scielo.br/pdf/itop/rsp/v43n5/653.pdf> acess on 20 Ago. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>

DUNCAN, B.B. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**/Bruce B.Duncan, Maria Inês Schmidt, Elsa R.J., Giugliani...(et al.)- 3.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEITE, Marinês Tambara et al . Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 4, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400008&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000400008>.

FAGUNDES, Susana Dytz et al . Prevalence of dementia among elderly Brazilians: a systematic review. **Sao Paulo Med. J.**, São Paulo , v. 129, n. 1, Jan. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802011000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 27 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802011000100009>.

FARIA, Elaine Cristina et al . Avaliação cognitiva de pessoas idosas cadastradas na estratégia saúde da família: município do Sul de Minas. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. spe2, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800019&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800019>.

FERREIRA, H.S. **Redação de Trabalhos Acadêmicos nas áreas das ciências biológicas e da saúde** / Haroldo Sa Silva Ferreira. – Rio de Janeiro : Editora Rubio, 2011.

FLORIANI, Ciro Augusto; SCHRAMM, Fermin Roland. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 4, Aug. 2004 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400013&lng=en&nrm=iso. access on 18 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400013>.

FREITAS, Roberta Souza et al . Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 6, 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600017&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000600017>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antonio Carlos Gil. - 4.ed. – São Paulo: Atlas, 2002, Cap. 16.

HARDY, S.E.; DUBIN, J.A.; HOLFORD, T.R.; GILL, T.M. Transitions between states of disability and independence among older persons. **Am J Epidemiol., U.S.A.**, Vol. 161, Nº 6, 574-584, 2005; Available from <http://aje.oxfordjournals.org/atEERP/BIBLIOTECACENTRAL> on may 18, 2014

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2010. Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. **NOTA: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2012.** Rio de Janeiro, 2010.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2010. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese de Indicadores, 2009.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf. Acesso em 18 de Mai. 2014.

LIMA-COSTA, M.F. e BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil. Volume 12- Nº 4, p. 189-201 – out/dez de 2003. ISSN 1679-4974

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, June 2003. Available

from<www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>. access on 21 Aug. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300019>

NJEGOVAN, V.; MAN-SON-HING, M.; MITCHELL, S.L.; MOLNAR, F.J. The Hierarchy of Functional Loss Associated With Cognitive Decline in Older Persons. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci** (2001) 56 (10): M638-M643. doi: 10.1093/gerona/56.10.M638

NITRINI, R.; CARAMELLI, P. Demências. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. **A neurologia que todo médico deve saber**. São Paulo: Atheneu, 2003. p.323-334.

NUNES, M.C.R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, MG. **Rev. bras. Fisioter**, São Carlos, v.13, n.5, Sept./Oct. 2009 Epub Nov 06, 2009. Available from<www.scielo.br/pdf/rbfis/2009nahead/aop056_09.pdf>. access on 20 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552009005000055>

NUNES, Daniella Pires et al . Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 6, Sept. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600026&lng=en&nrm=iso>. access on 27 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>.

OLIVEIRA, S. F. D. et al. Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo v.16, n.1 Jan./Apr. 2007. Available from<www.scielo.br/pdf/sausoc/v16m1/08.pdf>. access on 27 Aug 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000100008>

PIMENTA, Fausto Aloísio Pedrosa et al . Doenças crônicas, cognição, declínio funcional e Índice de Charlson em idosos com demência. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 59, n. 4, Aug. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.002>.

RAMOS, L.R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, June 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&lng=en&nrm=iso>. access on 18 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300011>.

ROUQUAYROL, M. Z, 1931 – Rouquayrol - **Epidemiologia & Saúde**/Maria Zélia Rouquayrol, Marcelo Gurgel Carlos da Silva. – 7.ed. - Rio de Janeiro: MedBook, 2013.736p.

SANTOS, A. A.; PAVARINI, S. C. I. **Functional of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability**. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002011000400012&script=arttext>. Acesso em: 20 de Ago. 2012.

SANTOS S.A.L.; TAVARES D.M.S.; BARABOSA M.H. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2010;12(4):692-7. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a14.htm>.doi: 10.5216/ree.v12i4.7628

SILVA, Gilmar de Oliveira Barros et al . Uso de medicamentos contínuos e fatores associados em idosos de Quixadá, Ceará. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 15, n. 2, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000200016&lng=en&nrm=iso>. access on 02 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200016>.

SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, June 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 18 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300016>.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 1, Mar. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000100013&lng=en&nrm=iso>. access on 30 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000100013>.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **Current Status of the Social Situations, Well-Being, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide**. New York, 2011.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 3, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2014. Epub Apr 17, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

VERAS, Renato Peixoto et al . Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, n. 1, 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000100001&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000100001>.

VERAS, Renato Peixoto. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 10, Oct. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012001000003>.

VIRTUOSO JUNIOR, Jair Sindra; GUERRA, Ricardo Oliveira. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, May 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500024&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500024>.

World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntári(o,a) da pesquisa e pelo responsável)

Avaliação da Capacidade Funcional e do Estado Cognitivo dos Idosos de um Bairro de Teresina-PI**TERMO DIRECIONADO AO IDOSO/CUIDADOR**

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente de uma pesquisa que vai incluir pessoas idosas (acima de 60 anos) residentes no Bairro Parque Universitário no município de Teresina-PI e seus cuidadores, no caso dos idosos portadores de doença/agravo que necessitem de assistência.

A capacidade funcional dos idosos deve ser preservada, bem como o seu estado cognitivo. A avaliação do idoso quanto às atividades básicas e instrumentais da vida diária e do estado cognitivo irá possibilitar reconhecer qual o estado de saúde e portanto, propor junto ao sistema de saúde, apoio e intervenções que promovam a melhoria do cuidado ao idoso no município de Teresina.

Sua colaboração é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações a seguir e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa fiquem claros.

Informamos que, caso aceite participar da pesquisa e não seja possível respondê-la no momento da visita ao seu domicílio, outra data e horário poderão ser agendados de acordo com sua disponibilidade, para que possamos aplicar os instrumentos de coleta dos dados da pesquisa. O tempo que precisamos para este encontro será em torno de 40 minutos, mas poderemos interromper se assim for sua vontade, retornando posteriormente ao seu domicílio. Acreditamos que seu desconforto será mínimo, mas faremos todo o esforço para que diminua ainda mais.

Acreditamos que as informações obtidas neste estudo possibilitarão uma atenção maior junto ao idoso no bairro e no município, bem como contribuir para a melhoria da qualidade de vida do idoso. Encontrando dependência parcial/total ou déficit cognitivo, serão realizados os encaminhamentos necessários dentro da rede de atenção à saúde do município.

Destacamos ainda que: 1º) a qualquer momento poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo para o atendimento que recebe na Unidade de Saúde do bairro; 2º) a qualquer momento poderá pedir outros esclarecimentos ou informações sobre os estudos; 3º) e estamos dando a garantia de que as informações conseguidas através da sua colaboração não permitirão a identificação de sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só serão feitas entre os profissionais estudiosos do assunto.

Nome responsável pela pesquisa: **Danielle Pereira Dourado**
 Endereço: **R Capitão Tomaz de Aquino, 2300 Casa 04 Piçarreira**
 Cep: **64056-520 Teresina-PI**
 Telefones para contato: **(86) 8821-3362/9435-8096**
 Instituição: **Universidade Federal do Ceará – UFC**

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:
Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Ceará
Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo
Telefone: (85) 3366-8344

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Título da pesquisa: **Avaliação da Capacidade Funcional e do Estado Cognitivo dos idosos de um bairro de Teresina-PI**

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que foi me informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios da minha participação, concordo em participar e dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Teresina,

<p>_____</p> <p>Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) idoso(a) ou cuidador(a)</p>	<p style="text-align: center;">Pesquisadora responsável</p> <p style="text-align: center;">Danielle Pereira Dourado</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nome e assinatura da responsável pelo estudo</p>
	<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Nome e Assinatura de quem aplicou o TCLE</p>
<p>Endereço do(a) participante-voluntário(a):</p> <p>_____</p> <p>Telefone: _____</p> <p>Ponto de Referência: _____</p> <p>Nº Área/micro-área _____</p>	

APENDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**DADOS PESSOAIS**

NOME(INICIAIS):

SEXO: ()F ()M

IDADE: ()60-64a ()65-69a ()70-74a ()75-79a ()>80

COR DA PELE AUTORREFERIDA: ()branca()parda()preta ()outros

ESTADO CIVIL:

()casado()separado ()solteiro ()viúvo ()união estável

APOSENTADO: ()Sim ()Não ()Pensão ()Aposentadoria ()Benefício LOAS

AINDA TRABALHA: ()Sim ()Não Caso afirmativo, em que?

RENDA: ()0-250 ()250-500 ()500-750 ()750-1000 ()>1000

ESCOLARIDADE:

()analfabeto ()ensino fundamental incompleto ()ensino fundamental completo

()ensino médio incompleto ()ensino médio completo()superior incompleto

()superior completo

ESTADO DE SAÚDE E MEDICAMENTOS:

DOENÇAS REFERIDAS:

MEDICAÇÕES EM USO(listar):

TABAGISMO: ()Sim ()Não ETILISMO: ()Sim ()Não

ATIVIDADE FÍSICA: ()Sim ()Não

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO E SITUAÇÃO FAMILIAR

QUANTIDADE DE CÔMODOS NA CASA:

COM QUEM MORA?

CUIDADOR OU RESPONSÁVEL: ()Sim ()Não

ANEXO A – ESCALA DE KATZ (ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA)

Nome(inicias)	Data de avaliação:		
Banho	<input type="checkbox"/> Não recebe assistência.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência parcial.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência total.
Vestir	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se.
Banheiro	<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações.	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar e evacuar.
Transferência	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta da cama ou da cadeira sem assistência.	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta da cama ou da cadeira com auxílio.	<input type="checkbox"/> Não sai da cama..
Continência	<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem acidentes ocasionais(perdas urinárias e fecais).	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
Alimentação	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência.	<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

Avaliação:

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

ANEXO B – ESCALA DE LAWTON (ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA)

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

Avaliação

3	Independência
2	Dependência parcial
1	Dependência total

PONTUAÇÃO MÁXIMA: 27 pontos

ANEXO C – MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO)

Orientação

- 1) Dia da Semana (1 ponto)
- 2) Dia do Mês (1 ponto)
- 3) Mês (1 ponto)
- 4) Ano (1 ponto)
- 5) Hora aproximada (1 ponto)
- 6) Local específico (andar ou setor) (1 ponto)
- 7) Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)
- 8) Bairro ou rua próxima (1 ponto)
- 9) Cidade (1 ponto)
- 10) Estado (1 ponto)

Memória imediata

Fale três palavras não relacionadas.

Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras.

Dê 1 ponto para cada resposta correta.

Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

Atenção e cálculo

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (93,86,79,72,65)

(1 ponto para cada cálculo correto)

Evocação

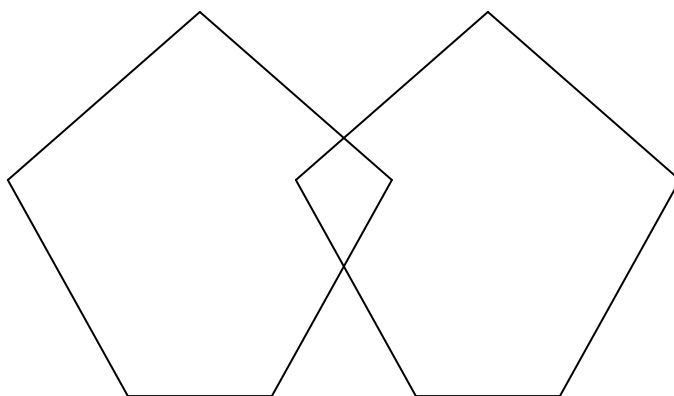
Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)

Linguagem

- 1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)
- 2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)
- 3) Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos)
- 4) Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)
- 5) Escrever uma frase (1 ponto)
- 6) Copiar um desenho (1 ponto)

ESCREVA UMA FRASE

COPIE O DESENHO



Escore: (___ / 30)

Analfabetos	19
1-3 anos de escolaridade	23
4-7 anos de escolaridade	24
>7 anos	28

ANEXO D
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ/ PROPEQ
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E DO ESTADO COGNITIVO DOS IDOSOS DE UM BAIRRO DE TERESINA-PI

Pesquisador: DANIELLE PEREIRA DOURADO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 15806113.2.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Comunitária

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 336.916

Data da Relatoria: 18/07/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma dissertação de Mestrado do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará. O estudo será descritivo, transversal, de natureza quantitativa e de base populacional. Será realizado com todos os idosos (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos), aproximadamente 130, residentes no Bairro Parque Universitário, zona leste do município de Teresina-PI. Os fatores de inclusão serão: ter 60 anos ou mais de idade e residir no Bairro Parque Universitário; e os fatores de exclusão: se negar a participar, ser incapaz (sem autonomia) ou portador de doença/agravo que o impossibilite e não ter um cuidador para auxiliá-lo. A entrevista deverá ser respondida pelo próprio idoso, podendo este ser auxiliado por seu cuidador/responsável legal, tanto que não comprometa os objetivos do estudo. A coleta dos dados iniciará após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), provavelmente nos meses de Agosto e Setembro/2013, no domicílio dos idosos, após agendamento prévio e acompanhamento do agente comunitário de saúde da microárea, facilitando a abordagem pesquisador-pesquisado. Nesta etapa, haverá a participação de acadêmicos do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Ensino Unificado de Teresina-CEUT que receberão treinamento para este fim e serão supervisionados semanalmente. Os dados serão coletados através de uma entrevista estruturada na qual serão utilizados um questionário sociodemográfico (APÊNDICE B), a Escala de Katz (ANEXO A) para avaliação das atividades básicas da vida diária (banho, vestir, banheiro, transferência, continência, alimentação), a Escala de Lawton (ANEXO B) adaptada por Freitas e Miranda, para avaliação das atividades instrumentais da vida diária e o Mini Exame do Estado Mental (ANEXO C) para avaliação cognitiva (orientação temporal e espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho). Os dados serão organizados pelos Software Epi-info e analisados pela pesquisadora a partir do Software SPSS. Após a anuência do sujeito da pesquisa e/ou de seu representante legal e explicação completa e pormenorizada sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar será colhida a Assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE pelo pesquisador (APÊNDICE A) em duas

vias, sendo que uma ficará com o pesquisador e outra será entregue ao sujeito da pesquisa ou seu responsável. De acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde serão resguardados o sigilo, o anonimato, assim como os princípios da bioética: autonomia, da beneficência e da não-maleficência.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Geral**

Avaliar a capacidade funcional e o estado cognitivo dos idosos residentes no Bairro Parque Universitário, em Teresina-PI.

Objetivos Específicos

Avaliar a capacidade funcional dos idosos quanto às atividades básicas da vida diária;

Avaliar a capacidade funcional dos idosos quanto às atividades instrumentais da vida diária;

Avaliar o estado cognitivo dos idosos (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita, cópia de desenho).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

Por se tratar de aplicação de questionários o risco é mínimo e segundo a pesquisadora essa fará o possível para não causar nenhum desconforto ao sujeito.

Benefícios:

A avaliação do idoso quanto às atividades básicas e instrumentais da vida diária e do estado cognitivo irá possibilitar reconhecer qual o estado atual de saúde e portanto, propor junto ao sistema de saúde, apoio e intervenções que promovam a melhoria do cuidado ao idoso no município de Teresina. Acreditamos que as informações obtidas neste estudo possibilitarão uma atenção maior junto ao idoso no bairro e no município, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida. Encontrando-se idosos com dependência parcial/total ou déficit cognitivo, serão realizados os encaminhamentos necessários dentro da rede de atenção à saúde do município.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem escrita e estruturada e apresenta tema relevante para a área em estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: Folha de rosto devidamente preenchida e assinada pelo chefe do Departamento de Saúde Comunitária, carta de encaminhamento ao CEP, TCLE para os idosos, carta de anuência da responsável pela célula de vigilância sanitária do PI, declaração de concordância das acadêmicas de Enfermagem do Centro de Ensino Unificado de Teresina-CEUT e curriculum da pesquisadora.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado s.m.j.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 19 de Julho de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)