



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS LONGEVOS ASSISTIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

SARAH DE SOUZA MENDONÇA

RECIFE
2016

SARAH DE SOUZA MENDONÇA

**CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS LONGEVOS ASSISTIDOS PELA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dra. Ana Paula de Oliveira Marques

RECIFE
2016

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

M539c Mendonça, Sarah de Souza.
Capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela estratégia
saúde da família / Sarah de Souza Mendonça. – 2016.
95 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ana Paula de Oliveira Marques.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS,
Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva. Recife,
2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Idosos de 80 anos ou mais. 2. Atividades cotidianas. 3. Avaliação
geriátrica. 4. Atenção primária à saúde. I. Marques, Ana Paula de Oliveira
(Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2016-234)



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, DO PROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO. NO DIA 23 DE FEVEREIRO 2016**



No dia 23 (vinte e três) de fevereiro de dois mil e dezesseis (2016), às 10h, no auditório do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento da Universidade Federal de Pernambuco, em sessão pública, teve início a defesa de Dissertação intitulada: “*Capacidade Funcional de Idosos Longevos Assistidos pela Estratégia Saúde da Família*” do(a) aluno(a) *Sarah de Souza Mendonça*, na área de concentração *SAÚDE COLETIVA*, sob a orientação do(a) Prof(a) Ana Paula de Oliveira Marques. O mestrando(a) cumpriu todos os demais requisitos regimentais para a obtenção do grau de Mestre em *INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA*. A Banca Examinadora foi indicada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, na sua Reunião Ordinária e homologada pela Diretoria de Pós-Graduação, através do Processo nº 23076.008800/2016-66 em 19/02/2016, composta pelos Professores: Ana Paula de Oliveira Marques, do Departamento de Medicina Social da UFPE (membro interno); Ilma Kruze Grande de Arruda, do Departamento de Nutrição da UFPE (membro externo) e Albanita Gomes da Costa de Cebalos, do Departamento de Medicina Social da UFPE (membro interno). Após cumpridas as formalidades, o candidato foi convidado a discorrer sobre o conteúdo da Dissertação. Concluída a explanação, o(a) candidato(a) foi argüido pela Banca Examinadora que, em seguida, reuniu-se para deliberar e conceder ao mesmo a menção, APROVADA da referida Dissertação. E, para constar, lavrei a presente Ata que vai por mim assinada, Secretário de Pós-Graduação, e pelos membros da Banca Examinadora.

Recife, 23 de fevereiro de 2016.

José Moreira de Oliveira
Secretário do PPGISC

BANCA EXAMINADORA

Prof.a. Albanita Gomes da Costa de Cebalos

Prof.a. Ana Paula de Oliveira Marques

Prof.a. Ilma Kruze Grande de Arruda

À minha mãe (♥), meu referencial de luta e de amor.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, que a todo instante me evidencia seu poder e amor incondicional.

À minha mãe, *Lindalva da Silva Souza (in memoriam et in corde)* - minha grande inspiração - pelo incentivo e apoio em todas as minhas decisões, pelo exemplo de mulher forte e determinada.

À minha família do coração pelo amor, pelo abrigo e por enxergarem o outro com caridade: *Tereza Cristina Silva Carlos de Souza, Verônica Lundgren, Frederico Lundgren, Andréa Lundgren, Rafaela Lundgren, Jocinete Nascimento* e toda sua descendência (*Thaís, Henrique, Nalya, Maria Gabriela, Ana Laura, Maria Júlia e Davi Luca*) e companheiros (*Luiz Antônio Dantas, Edilaerte Valério, Daniel Luiz e Sandra Freitas*). Gratidão por tudo! Amo vocês.

À *Profª. Dra. Ana Paula de Oliveira Marques* pela confiança e liberdade na produção da nossa dissertação, pela disponibilidade e generosidade, por me encaminhar na minha busca por conhecimentos e despertar para a academia.

Aos meus amigos, família sem conta sanguínea, a quem amo terna e loucamente. As meninas da minha infância (*Évora Xavier, Magda Maimone, Luciene Souza e Gleice Santos*), à *Monique Barros, Marcela Silva, Nicolly Queiroz, Roberta Adão, Nathalia Rocha, Elvira Freitas, Alexandre e Maria Luiza Messias*. Aos *De La Massa*, pelo amor e pelo astral, e às amigas da Fisioterapia FIR 2005.1: *Camila Patrício, Kalyne Ferreira, Alexandra Nascimento e Ana Tarcy Andrade*. Vocês são indispensáveis na minha vida.

À *Kelly Cortez, Lucas Ithamar e Francisco* pela amizade, cumplicidade e incentivo.

À *Hidebergna Albuquerque* e seus (meus) filhos *Gabriel, Cloves e Júlia*, pela torcida, companheirismo e por serem também minha família.

A todos os *amigos do mestrado*, pelos momentos produtivos e divertidíssimos. À *Marília Gabrielle Santos Nunes* pela parceria e amizade, aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia - PPGERO (*Edson Rios, Jaqueline França, Fátima Knappe, Antônio Carlos Moura*) pelo carinho e colaboração na coleta de dados.

Às Professoras *Dra. Márcia Carréra Campos Leal, Dra. Ilma Kruze Grande de Arruda, Dra. Albanita Gomes da Costa de Ceballos e Dra. Sandra Carolina Farias de Oliveira* pelas valiosas contribuições para a dissertação.

À *Prof.^a Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra* pela colaboração na construção do meu caminho para a docência.

Ao secretário do mestrado *José Moreira de Oliveira* pela solicitude e garantia de risadas.

Aos *professores do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva - PPGISC* pelas contribuições à saúde coletiva e experiências compartilhadas.

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior* pelo apoio financeiro durante a realização do mestrado.

À *Gerência do Distrito Sanitário IV* e aos trabalhadores e trabalhadoras das Equipes de Saúde da Família pelo apoio técnico, em especial às Agentes Comunitárias de Saúde *Ângela Souza, Célia Santos, Edileide Macedo, Eliane Costa, Érica Freitas, Jadeane Moraes, Leideane Vieira, Melinna Papariello, Mitiam Souza e Natália Silva*.

Aos *idosos* que gentilmente aceitaram ser parte integrante e importantíssima da minha caminhada.

A todos, meu respeito e gratidão.

*“A velhice é sua própria criação.
Ela pode ser um sofrimento,
ela pode ser uma celebração.
Ela pode ser simplesmente um desespero
e pode ser também uma dança.
Tudo depende de quão profundamente preparado
você está para aceitar a existência
e o que quer que ela lhe traga”.*

Osho

RESUMO

O aumento da expectativa de vida vivenciado mundialmente levou ao crescimento expressivo do contingente de idosos longevos (80 anos ou mais). Contudo, presume-se que esse ganho de anos adicionais de vida virá, num futuro próximo, acompanhado de um elevado montante de idosos dependentes e fragilizados. Diante desse cenário, a capacidade funcional surge como novo paradigma na atenção à saúde da pessoa idosa, preconizando uma assistência focada na manutenção da autonomia e independência funcional. Esta dissertação se propõe a avaliar a capacidade funcional de idosos longevos e identificar seus fatores associados e para isso, dois artigos foram produzidos. O primeiro, uma revisão integrativa da literatura, identificou os fatores que influenciam a capacidade funcional nessa população. A coleta de dados foi realizada nas bases de dados LILACS, MEDLINE, IBECs e BDNF, resultando numa amostra final de 12 artigos que evidenciaram que as condições socioeconômicas, demográficas, clínicas e comportamentais influenciam de sobremaneira a capacidade funcional de longevos, constatando sua natureza multidimensional. O segundo artigo, um estudo quantitativo transversal, avaliou a capacidade funcional de 172 idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife/PE a partir do Índice de Barthel. As variáveis independentes foram obtidas a partir dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos. A associação entre a capacidade funcional e as variáveis independentes foi verificada mediante teste qui-quadrado de Pearson e a análise multivariada por meio de uma árvore de decisão, utilizando o algoritmo *Exhaustive CHAID*. A prevalência de dependência funcional foi estimada em 78,5% dos longevos, contribuíram para a dependência funcional na análise bivariada: faixa etária ($p=0,020$), comprometimento cognitivo ($p=0,008$), situação nutricional ($p<0,001$), doenças neurológicas ($p<0,001$), sintomatologia depressiva ($p<0,001$), saúde autopercebida ($p<0,001$) e rede de apoio social ($p=0,032$), permanecendo na análise multivariada faixa etária ($p=0,049$), autoavaliação negativa da saúde ($p=0,000$) e sintomatologia depressiva ($p=0,003$). A avaliação da capacidade funcional representa um importante indicador das condições de vida e de saúde da pessoa idosa, devendo ser utilizada pela atenção primária à saúde na identificação dos fatores que levam à dependência funcional, subsidiando o planejamento de ações que promovam o envelhecimento ativo e saudável.

Palavras-chave: Idosos de 80 anos ou mais. Atividades cotidianas. Avaliação geriátrica. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The increase in life expected experienced worldwide led to the significant growth of the contingent of the oldest old (80 and over). However, it is assumed that the gain additional years of life will come in the near future, accompanied by a high amount of dependent and frail elderly. In this scenario, the functional capacity emerges as a new paradigm in health care of the elderly, advocating a focused assistance in maintaining the autonomy and functional independence. This dissertation aims to evaluate the functional capacity of the oldest old and to identify their associated factors and for this, two articles were produced. The first, an integrative literature review, identified the factors that influence the functional capacity in this population. Data collection was performed in the databases LILACS, MEDLINE, IBECS and BDENF, resulting in a final sample of 12 articles which showed that socioeconomic, demographic, clinical, and behavioral conditions influence substantially the functional capacity of oldest old, confirming its multidimensional nature. The second article, a cross quantitative study, evaluated the functional capacity of 172 oldest old assisted by the Family Health Strategy of Recife/PE from the Barthel Index. The independent variables were obtained from the demographic, economic and clinical data. The association between functional capacity and independent variables was assessed by Pearson's chi-square test and multivariate analysis using a decision tree using Exhaustive CHAID algorithm. The prevalence of functional dependence was estimated at 78.5% of oldest old, contributed to the functional dependence in the bivariate analysis: age ($p=0.020$), cognitive impairment ($p=0.008$), nutritional status ($p<0.001$), neurological diseases ($p<0.001$), depressive symptoms ($p<0.001$), self-perceived health ($p<0.001$) and social support network ($p=0.032$), and remained in multivariate analysis age ($p=0.049$), negative self-rated health ($p=0.000$) and depressive symptoms ($p=0.003$). The assessment of functional capacity is an important indicator of living conditions and health of the elderly, should be used by primary health care in identifying the factors that lead to functional dependence, supporting the planning activities that promote active and healthy aging.

Keywords: Aged, 80 and over, Activities of Daily Living, Geriatric Assessment, Primary health care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das pessoas com 80 anos ou mais assistidas pela Estratégia Saúde da Família, por Unidade de Saúde da Família, da microrregião 4.2. Recife, PE, 2014	31
---	----

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Tabela 1. Artigos encontrados e selecionados, segundo base de dados. Recife (PE), 2015.....	51
--	----

ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1. Caracterização da amostra de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. Recife, PE, 2015..	67
---	----

Tabela 2. Caracterização da amostra de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, segundo variáveis clínicas. Recife, PE, 2015.....	68
--	----

Tabela 3. Análise bivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, em relação às variáveis sociodemográficas. Recife, PE, 2015.....	69
---	----

Tabela 4. Análise bivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, em relação às variáveis clínicas. Recife, PE, 2015.....	71
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmides etárias absolutas do Brasil dos anos de 1960, 2000, 2010 e projeção para 2030, segundo sexo.....	19
Figura 2. Componentes da funcionalidade	23
Figura 3. Mapa viário do Distrito Sanitário IV.....	30

ARTIGO ORIGINAL

Figura 1. Análise multivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, por meio da árvore de decisão utilizando o algoritmo <i>Exhaustive</i> CHAID. Recife, PE, 2015.....	74
---	----

LISTA DE QUADROS

ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Quadro 1. Categorização dos artigos incluídos na revisão quanto ao título, ano de publicação, país de origem, base de dados, periódico e características metodológicas. Recife, 2015.....	52
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

AHRQ: *Agency for Healthcare and Research and Quality*

AIDS: *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD: Atividades de Vida Diária

BDENF: Base de dados em Enfermagem

BOMFAQ: *Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire.*

CAEE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CASP: *Critical Appraisal Skill Programme*

CCS: Centro de Ciências da Saúde

DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis

DeCS: Descritores em Ciências da Saúde

DS: Distrito Sanitário

EBS: Envelhecimento Bem-Sucedido

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBECS: Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde

ILPI: Instituição de Longa Permanência para Idosos

IMC: Índice de Massa Corporal

LILACS: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MAN: Mini-Avaliação Nutricional

MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MEEM: Mini-exame do Estado Mental

MIF: Medida de Independência Funcional

MR: Microrregião

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNSPI: Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

RPA: Regiões Político-Administrativas

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPE: Universidade Federal de Pernambuco

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA: DINÂMICA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E NO MUNDO.....	18
2.2. ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE: O ENTARDECER DA VIDA SOB A PERSPECTIVA CRONOLÓGICA E BIOPSISSOCIAL	20
2.3. ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE.....	22
2.4. CAPACIDADE FUNCIONAL COMO NOVO PARADIGMA PARA A SAÚDE NA VELHICE: INSTRUMENTOS PARA SUA MENSURAÇÃO.....	24
3. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS	27
3.1. ARTIGO DE REVISÃO	27
3.2. ARTIGO ORIGINAL.....	29
3.2.1. Tipo de estudo	29
3.2.2. Objetivos.....	29
3.2.3. Local do estudo.....	30
3.2.4. População do estudo	31
3.2.5. Amostra	31
3.2.6. Critérios de inclusão	32
3.2.7. Critérios de exclusão	32
3.2.8. Elenco das variáveis	33
3.2.9. Instrumentos da pesquisa.....	35
3.2.10. Operacionalização para o trabalho de campo e coleta de dados.....	35
3.2.11. Análise dos dados	36
3.2.12. Aspectos éticos	37
4. ARTIGOS	38
4.1. ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA	38
4.2. ARTIGO ORIGINAL	56
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	83
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	83
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	85
APÊNDICE C - Consentimento da Participação da pessoa como Voluntário	86

ANEXOS	87
ANEXO A - Escalas de triagem e avaliação	87
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	93
ANEXO C - Carta de anuência	95

1. INTRODUÇÃO

O mundo vem experimentando o fenômeno do envelhecimento populacional que surge em resposta às mudanças de alguns indicadores de saúde como o declínio da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida, caracterizando simultaneamente um grande triunfo e um grande desafio mundial (BRASIL, 2006a). Na Europa, o processo de transição etária se deu de modo insidioso e lento, de maneira que os países tiveram tempo para se precaverem dos encargos que essas mudanças trazem. Esse fenômeno foi possível graças à redução da fecundidade pós-Revolução Industrial, ao significativo desenvolvimento social, ao aumento da renda, aos incrementos no saneamento e ao advento dos antibióticos e vacinas (NASRI, 2008).

Na América Latina e Caribe esse processo ocorreu num ritmo mais veloz que o dos países desenvolvidos, num contexto caracterizado por desigualdade, baixa cobertura e qualidade dos sistemas de proteção social e uma instituição familiar sobrecarregada, que tem assumido a responsabilidade de outras entidades sociais (ONU, 2007). Alguns países do sul da Ásia ainda apresentam populações relativamente jovens e muitos dos países africanos estão nas etapas iniciais dessa transição (MASON & LEE, 2010).

Para o Brasil, estima-se até o ano de 2020 que o mesmo ocupe a sexta posição mundial em termo de pessoas idosas (CARVALHO & GARCIA, 2003), com prospecções de alcançar um índice de envelhecimento com razão de 76,5 idosos para cada 100 jovens em 2030 (FIOCRUZ, 2013). A expectativa de vida, que em 2010 era de 73,4 anos, deve superar os 80 anos em 2040, perspectiva de vida semelhante a dos países desenvolvidos com a particularidade de ainda estarmos envelhecendo com pobreza (IBGE, 2008; KALACHE, 2009).

O envelhecimento populacional brasileiro ocorre antes mesmo que o Estado resolva questões sociais básicas como educação e saúde, tomando espaço na agenda pública como um processo negativo (CAMARANO, 2013). Comumente, o envelhecimento tem sido tratado como custo social, visto que o crescimento acelerado da população considerada inativa ou dependente levou ao encolhimento daquela em idade ativa ou produtiva, gerando aumento das despesas, principalmente para a seguridade social (CAMARANO & PASINATO, 2007).

O idoso requer o triplo de recursos financeiros e de cuidados humanos que a população em geral (MINAYO, 2012), pois o envelhecimento vem acompanhado do aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), incapacidades, depressão e

comprometimento cognitivo, implicando na necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas às demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2010). Não é possível ainda prever como subsistirão os idosos mais velhos no que diz respeito a esses direitos sociais básicos (CAMARANO, 2013).

Seguindo a tendência mundial, o processo de envelhecimento populacional brasileiro se caracteriza pelo crescimento significativo dos idosos longevos, aqueles com 80 anos ou mais, em relação a população idosa total, com crescimento de aproximadamente 246% (INOUYE et al, 2008). Outro aspecto relevante diz respeito à feminização da velhice, as mulheres representam 55% da população idosa brasileira e 61% do contingente de longevos, apresentando maior longevidade que os homens idosos, porém, associada a maior incapacidade e pior percepção de sua própria saúde (IBGE, 2010a; NICODEMO & GODOI, 2010).

O aumento significativo do número de pessoas muito idosas previsto para os próximos 30 anos, ocasionará o aumento absoluto do número de idosos fragilizados, apesar das melhorias e avanços na assistência à saúde da pessoa idosa que reduziram a proporção de fragilidade nessa população (VERAS, 2012a). A velhice, em geral, está associada a situações que concorrem para perdas diversas e que podem acarretar prejuízos à independência e à autonomia (MARCHI et al, 2010; CUNHA et al, 2009), elementos da capacidade funcional de um indivíduo.

Para Veras (2012a), a capacidade funcional pode ser definida como “a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida com independência e autonomia” e esta se relaciona diretamente à capacidade de executar atividades de vida diária (AVD), sem a ajuda de terceiros. As AVD são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo e referem-se às tarefas do cotidiano necessárias para o cuidado com o corpo, como tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, uso do sanitário, transferências, continência esfincteriana e alimentar-se sozinho (MORAES, 2012).

A presença de declínio funcional não pode ser atribuída ao envelhecimento normal e sim às incapacidades mais frequentes nos idosos (MORAES, 2012), associando-se principalmente ao maior risco de fragilidade, dependência, institucionalização e quedas (FRANCIULLI et al, 2007), sendo fator de risco independente para a hospitalização e mortalidade em idosos longevos (BEN-EZRA; SHMOTKIN, 2006). Diante disso, o Ministério da Saúde inclui a saúde do idoso como

item prioritário em sua agenda e publica no ano de 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) fundamentada no paradigma da capacidade funcional (VERAS, 2012b), em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b).

De acordo com a PNSPI recomendam-se no âmbito do SUS, ações de atenção primária, prevenção e reabilitação a fim de recuperar a autonomia funcional máxima, prevenir o declínio funcional e recuperar a saúde geral dos idosos, incluídas nessas ações o controle e a prevenção de agravos de DCNT (BRASIL, 2006b).

Recife é a terceira capital com maior proporção de idosos do país, 8,1% da sua população, e a primeira da região Nordeste (IBGE, 2012; PORCIÚNCULA, 2012). No estudo realizado por Barreto (2012) com 1200 idosos residentes na cidade do Recife, 60,4% se declararam dependentes da assistência à saúde prestada pelo SUS, contudo, a eficiência dessa assistência é questionada já que se evidencia, na prática, escassez de recursos humanos especializados no que concerne à promoção do envelhecimento saudável e a conservação da capacidade funcional. Diante desta realidade, a presente pesquisa se propõe a avaliar a capacidade funcional e seus fatores associados em idosos longevos assistidos pela atenção primária à saúde do Recife.

2. REVISÃO DA LITERATURA

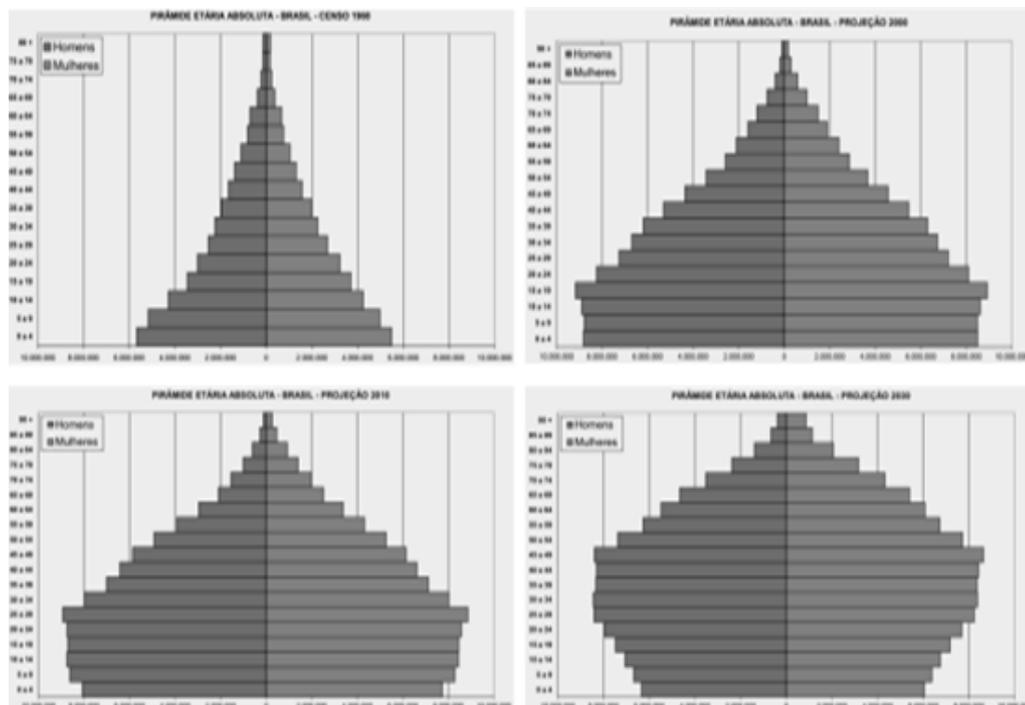
2.1. TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E DEMOGRÁFICA: DINÂMICA DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL NO BRASIL E NO MUNDO

As reformas sociais ocorridas com a Revolução Industrial nos países desenvolvidos intensificaram a melhora gradativa dos níveis de saúde, com a queda das doenças infecciosas e parasitárias e a escalada das DCNT como principal causa de morte (ARAÚJO, 2012). Os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, experimentaram uma transformação semelhante, porém não idêntica, em seus perfis de morbimortalidade. Até os anos de 1960, o Brasil se caracterizava como país extremamente jovem com 52% de indivíduos abaixo dos 20 anos e menos de 3% acima dos 65 anos. Nesse período, houve um significativo declínio da mortalidade e uma discreta redução da fecundidade, com nítido predomínio das doenças infecciosas e

parasitárias dentre as principais causas de mortalidade (VASCONCELOS & GOMES, 2012; VERAS, 2009).

A partir da década de 1970 se iniciou o estreitamento contínuo na base da pirâmide etária com conseqüente envelhecimento e feminização populacional (VASCONCELOS & GOMES, 2012). O Brasil deixa de ser preponderantemente jovem para se edificar como país em progressivo envelhecimento, conforme apresenta a Figura 1.

Figura 1. Pirâmides etárias absolutas do Brasil dos anos de 1960, 2000, 2010 e projeção para 2030, segundo sexo.



Fonte: IBGE, 2013.

Até a década de 1980 o avanço da industrialização acentuou o processo de urbanização e de desenvolvimento das metrópoles brasileiras, conduzindo importantes mudanças sociais como a inserção da mulher no mercado de trabalho, famílias menores e o desenvolvimento de novas tecnologias, porém, essas conquistas reduziram a habilidade das famílias de fornecer apoio e atenção à saúde dos seus idosos (SCHMIDT et al, 2011).

Atualmente no Brasil é notória a tendência de baixo crescimento da população jovem, desaceleração do crescimento da população em idade ativa e o aumento considerável de pessoas idosas (RIPSA, 2009), representando um grande desafio às políticas sociais. O país apresenta fases diversas de transição, com polarização entre as diferentes áreas geográficas e grupos sociais, ampliando as contradições num território de proporções continentais (ARAÚJO, 2012; DUARTE & BARRETO, 2012).

Quanto ao perfil epidemiológico, vem ocorrendo gradativamente a predominância da morbidade sobre a mortalidade e transposição da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos (VERAS, 2009). As mudanças neste cenário não têm ocorrido em conformidade com o modelo experimentado pela maioria dos países industrializados e mesmo por alguns Estados latino-americanos. No modelo brasileiro há sobreposição das etapas, onde predominam as doenças crônico-degenerativas e as causas externas, principalmente os acidentes e a violência (CHAIMOWICZ, 2013).

Entre os idosos se observa o aumento expressivo da prevalência de DCNT e necessidade de assistência para a realização de atividades rotineiras, especialmente entre os idosos mais velhos e os de renda mais baixa. Estima-se que com o *boom* demográfico das terceira e quarta idades previsto para os próximos quarenta anos, uma população de idosos mais dependentes, com menos recursos próprios e que estarão sujeitos a apoio insuficiente, tanto do governo quanto das suas famílias, seja realidade (ibidem).

As crescentes demandas por um envelhecimento bem-sucedido representam um importante desafio para o SUS. O avanço das tecnologias na área da saúde, a valorização da atenção primária, o desenvolvimento de políticas públicas voltadas aos idosos e o novo paradigma da promoção da saúde podem contribuir para que os indivíduos envelheçam saudáveis, atingindo idades cada vez mais avançadas (BULGARELLI et al, 2009).

2.2. ENVELHECIMENTO E LONGEVIDADE: O ENTARDECER DA VIDA SOB A PERSPECTIVA CRONOLÓGICA E BIOPSISSOCIAL

A percepção do “ser idoso” varia de acordo com o contexto cultural ao qual o indivíduo pertence, suas crenças e experiências permeadas por perspectivas positivas e negativas. Cada idoso é um ser único que, ao longo da vida, sofre influência de

fenômenos biológicos, psicológicos, sociais e culturais que moldam o seu modo de viver (KUZNIER, 2007). Para Assis (2004), a maturidade e a vivência da velhice podem retratar realidades bem diferenciadas, sobretudo em presença de disparidades sociais e regionais presentes no mundo contemporâneo, indo da plenitude ao declínio, da gratificação ao abandono.

De acordo com a Organização das Nações Unidas (1982), o conceito de idoso se distingue entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento. Para os primeiros, são consideradas idosas aquelas pessoas com 65 anos e mais; já para os outros são idosas as pessoas com 60 anos e mais. Esta definição se relaciona com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que as nações oportunizam aos seus cidadãos.

É importante destacar que a idade cronológica não é o único aspecto a ser considerado nas mudanças que acompanham o envelhecimento, devem ser contempladas também as diferenças relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (BRASIL, 2005). Entretanto, delimitar uma faixa etária para o idoso se faz necessário para fins administrativos e legais voltados, principalmente, à formulação de políticas públicas, planejamento e/ou oferta de serviços (SANTOS, 2010).

Indivíduos com a mesma idade cronológica podem expressar idades biológicas distintas, com experiências e realidades diferentes, bastante pessoais e subjetivas. Por isso, a velhice é hoje considerada uma fase do desenvolvimento humano e não mais um período de perdas e incapacidades. Compreender o envelhecimento sob o aspecto biopsicossocial representa uma tendência atual (FERREIRA et al, 2010), dessa forma, a assistência à saúde tradicional prestada à pessoa idosa, norteadas pelos sintomas e pela idade cronológica, se torna inadequada, considerando a saúde resultante das diversas dimensões da existência do indivíduo.

O Estatuto do Idoso, sancionado em 2003, garante, em seu capítulo I, artigo 9º, que é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. A definição de envelhecimento bem-sucedido (EBS) admite que o tempo cronológico deve ser acompanhado de vida ativa, com qualidade e manutenção da autonomia, favorecendo a oportunidade de participação dos idosos na sociedade, minimizando as possibilidades de exclusão social (TEIXEIRA & NERI, 2008; LIMA, 2008).

O envelhecer bem se relaciona com a individualidade e às particularidades

socioculturais, portanto, a longevidade não deve ser o único componente para avaliar o EBS (TEIXEIRA & NERI, 2008). Para Rosa (2007), a coexistência de morbidades parece reduzir as chances de vivenciar um envelhecer com sucesso, enquanto que a resiliência, a capacidade cognitiva e a capacidade funcional se apresentam como protetoras e favorecem o EBS. Segundo Lima et al (2008), mesmo na presença de comorbidades e diminuição da funcionalidade é possível identificar idosos que referem altos níveis de satisfação e boa qualidade de vida.

Embora o aumento da longevidade denote uma conquista para a população e para a ciência, ainda prevalece socialmente a ideia de que envelhecer é algo a ser reprimido. Em um contexto no qual o culto a juventude é cada vez mais reforçado, a velhice é permeada por inúmeros estereótipos que a reduzem a uma fase de declínio e perdas (NERI & RESENDE, 2009).

Surge um novo modelo de seres humanos: aqueles que não querem envelhecer e que cada vez mais buscam meios para postergar o irremediável (SANTOS, 2010). O estudo de Rougemont (2012), ao analisar a percepção do envelhecimento e da velhice de 1.615 entrevistados, destaca o que permeia o imaginário de pessoas comuns: para envelhecer bem é necessário não aparentar ter envelhecido e não deixar que este evento altere seu ritmo de vida. Deve-se continuar trabalhando, ser ativo e retardar ao máximo a decadência física. Deste modo, se reforçam os estereótipos associados ao envelhecimento e se deixa em segundo plano as conquistas, oportunidades, projetos e relações que as experiências vividas e os saberes acumulados os trazem.

2.3. ENVELHECIMENTO E FUNCIONALIDADE

A velhice determina como uma de suas consequências a redução progressiva da habilidade física para realizar atividades cotidianas, interferindo na capacidade funcional e na qualidade de vida dos mais velhos (HASSE, 2006). O termo funcionalidade se refere às funções do corpo, atividades e participação, sendo a incapacidade funcional seu correlato negativo. Representa uma das principais variáveis definidoras do estado de saúde na velhice (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008) relacionando-se diretamente à autonomia e à independência (MORAES, 2012) (Figura2).

Figura 2. Componentes da funcionalidade



Fonte: Moraes (2008).

O aumento da prevalência de doenças crônicas na população mais velha é a principal causa do comprometimento da funcionalidade dentre os idosos (PARAHYBA & SIMÕES, 2006), assim como o uso de cinco ou mais medicamentos para o controle dessas doenças também está claramente relacionado ao declínio funcional (NOGUEIRA et al, 2010). Ganham importância nesse processo os eventos agudos como as fraturas associadas a episódios de queda e os acidentes vasculares encefálicos. O histórico de internações hospitalares e a institucionalização são ao mesmo tempo preditores e consequências de incapacidade funcional nessa população, entre os longevos, as limitações, os déficits motor e intelectual e as DCNT se acentuam, podendo gerar dependência de terceiros para as atividades diárias (FIEDLER & PERES, 2008).

Como a saúde em seu conceito ampliado não significa apenas a ausência de doenças deve-se considerar também a influência dos aspectos socioeconômicos, demográficos, culturais, ambientais, psicossociais e comportamentais na saúde e funcionalidade da pessoa idosa (ALVES et al, 2007; GUEDES et al, 2007). Parahyba & Simões (2006), com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), destacam redução no declínio funcional de idosos brasileiros relacionada à melhoria no acesso aos serviços públicos de saúde e tecnologias médicas; mudanças comportamentais; aumento dos níveis de escolaridade e melhoria do status socioeconômico.

A atenção à saúde do idoso baseada apenas na avaliação clínica torna-se

inadequada, tendo em vista que para essa população o grau de funcionalidade e independência tem mais importância que meramente a presença de morbidades (RICCI, KUBOTA, CORDEIRO, 2005). A avaliação funcional por meio de escalas e índices é fundamental na detecção de dificuldades/incapacidades que possam limitar a vida do idoso e acarretar danos biológicos, fisiológicos e psicossociais (ALVES et al, 2007; NASCIMENTO et al, 2010).

2.4. CAPACIDADE FUNCIONAL COMO NOVO PARADIGMA PARA A SAÚDE NA VELHICE: INSTRUMENTOS PARA SUA MENSURAÇÃO

Para a gerontologia, a avaliação da funcionalidade e dos fatores que comprometem a independência dos idosos é fundamental, dada a forte relação do declínio funcional com altos índices de fragilidade, hospitalização, institucionalização e morte nesse segmento (SILVA, 2009).

A avaliação da capacidade funcional tem se tornado um importante recurso para análise das condições de saúde da população idosa, sendo uma medida útil na identificação precoce de incapacidades. Contempla a realização das AVD e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), AVD são aquelas orientadas ao cuidado do indivíduo para com o seu corpo (CASTANHARO & WOLFF, 2014). Já as AIVD englobam tarefas mais complexas muitas vezes relacionadas à participação social do sujeito, como o uso do telefone, fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas, utilização de transporte, responsabilidade sobre as medicações e capacidade de administrar o uso do dinheiro (DEL DUCA; SILVA, HALLAL, 2009).

Estão disponíveis aos profissionais da saúde diversos instrumentos, validados e amplamente utilizados, destinados a avaliar a capacidade funcional. Estas ferramentas podem ser autoaplicadas por meio de questionários, por observação direta utilizando testes de desempenho ou por entrevistas, adotando escalas ou índices. A avaliação da pessoa idosa deve envolver uma equipe multiprofissional e interdisciplinar na prestação de cuidados efetivos e integrais, ajustados a realidade e necessidades do idoso (SANTOS & GRIEP, 2013).

A escala de Katz (1963) é um dos instrumentos mais antigos e utilizados nacional e internacionalmente para avaliação da capacidade funcional. É composto por seis itens que medem o desempenho do indivíduo nas AVD, os quais obedecem a um

plano de hierarquia de complexidade, semelhante à observada durante o desenvolvimento infantil: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho (EVANS & CROGAN, 2006; LISBOA & CHIANCA, 2012).

De acordo com Duarte et al (2007), a diminuição da capacidade para realizar as AVD nos idosos apresenta o seguinte padrão: primeiro perde-se a capacidade de se banhar, seguido por de se vestir, de transferir-se e alimentar-se e sua recuperação ocorre no sentido inverso. A escala de Katz classifica o idoso como sendo independente quando desempenha todas as funções sem supervisão ou ajuda. A Escala de Lawton & Brody (1969) diferencia-se da de Katz pela avaliação do grau de limitação individual nas AIVD, considerando o idoso como independente, moderadamente dependente e severamente dependente.

A Medida de Independência Funcional (MIF) se distingue dos outros instrumentos por incluir os domínios “cognitivo” e “interação social”, permitindo quantificar a demanda por cuidados necessários para a realização de determinadas atividades com base em 18 tarefas diárias (COUTINHO et al., 2012). Sua classificação final varia entre independência completa a independência modificada, dependência completa à dependência modificada (MACÊDO, 2012).

O Índice de Barthel (MAHONEY & BARTHEL, 1965) é um instrumento amplamente utilizado no mundo na avaliação do nível de independência do sujeito para a realização das AVD, apresentando confiabilidade e validade consistentes. Permite avaliar quantitativamente o nível de dependência funcional, classificando o indivíduo em níveis funcionais (dependência total, severa, moderada, leve ou independência) para dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações urinárias, uso do vaso sanitário, transferência cadeira-cama, deambulação e subir e descer escadas. O somatório das pontuações gera escores variando de zero a cem (MINOSSO et al, 2010).

O Índice de Barthel modificado por Shah, Vanclay e Cooper (1989), traduzido e validado na língua portuguesa por Cincura et al (2009), mantém as mesmas atividades avaliadas na versão original, adotando uma escala de resposta de cinco pontos para cada item (variando de 5 a 15 pontos), aumentando a sensibilidade na detecção das mudanças. A tarefa “alimentar-se” consiste no ato de levar a comida do prato à boca, à capacidade de usar talheres e comer em tempo razoável. Idosos que não conseguem executar a tarefa descrita não pontuam; aqueles que precisam de auxílio recebem cinco

pontos; enquanto que os considerados independentes recebem 10 pontos. A atividade “banho” refere-se ao uso de chuveiro ou banheira, além da higienização do corpo. Aqueles que necessitam de qualquer ajuda de outra pessoa são pontuados com zero, os independentes nessa função pontuam cinco (MINOSSO et al, 2010).

A função “vestir-se” considera pegar as roupas no armário e ao ato de se vestir, considerando roupas íntimas e roupas externas, incluindo ainda zíperes, botões, laços e cintos, calçar sapatos é excluído da avaliação. Aqueles que não conseguem cumprir essas tarefas não pontuam; os que precisam de auxílio, mas que conseguem realizar pelo menos a metade das tarefas em tempo razoável recebem cinco pontos. Idosos que conseguem executar a função sem auxílio, pontuam dez. Quanto à “higiene pessoal”, relaciona-se à capacidade de lavar o rosto, mãos, escovar os dentes e barbear-se sem necessitar ajuda. Os idosos que demandam qualquer auxílio de outra pessoa, em qualquer um dos casos, pontuam zero, aqueles considerados independentes recebem cinco pontos (ibidem).

A função “continência fecal” refere-se à capacidade de controlar gases e fezes, considerando-se continentos os idosos que não apresentem perda involuntária de fezes. Os incontinentes com mais de um episódio semanal de perda de fezes e/ou que recorram a enemas pontuam zero; os com episódios ocasionais de incontinência pontuam cinco e os continentos recebem dez pontos. Já para a “continência urinária”, considera-se continente quem não apresenta episódios de perda involuntária de urina. Os incontinentes ou cateterizados recebem zero ponto; os com episódios ocasionais de perda de urina, no máximo uma vez em 24 h, pontuam cinco; e os continentos recebem dez pontos (ibidem).

A atividade “uso do sanitário” é avaliada pela facilidade no uso do vaso sanitário para excreções, assim como para arrumar as próprias roupas e limpar-se. Idosos incapazes de realizar a atividade sozinhos, bem como, os que utilizavam “papagaios” ou “comadres”, pontuam zero; os que necessitam auxílio parcial, por exemplo, para se assear, recebem cinco pontos; os independentes pontuam dez (ibidem).

A função “transferência cadeira-cama” é avaliada pelo movimento necessário no deslocamento da cama para a cadeira e vice-versa. Aqueles incapazes de manter o equilíbrio quando sentados pontuam zero; os que demandam grande ajuda física de terceiros para sentar-se pontuam cinco; os que necessitam pouca ajuda física ou verbal recebem dez pontos; e os que não precisam de qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas recebem quinze pontos (ibidem).

Para avaliar a “mobilidade” considera-se independente a pessoa capaz de caminhar sem ajuda por até 50 metros, ainda que com apoio de bengala, muleta, prótese, órtese ou andador. Aqueles que não deambulam recebem zero ponto; os que se apresentam independentes na cadeira de rodas, inclusive para os cantos e curvas, pontuam cinco; os que conseguem caminhar com a ajuda, verbal ou física, de outrem recebem dez pontos; e os independentes pontuam quinze (ibidem).

A independência na função “subir e descer escadas” diz respeito à capacidade de executar a atividade sem ajuda ou supervisão, ainda que haja necessidade de dispositivo como muleta ou bengala, ou apoio no corrimão. Os incapazes de subir e descer escadas pontuam zero; os que necessitam ajuda, verbal ou física, ou supervisão recebem cinco pontos; os independentes pontuam dez (ibidem).

A Escala de Barthel é de fácil aplicação e interpretação, com alto grau de confiabilidade, podendo ser empregada na medida da capacidade física tanto na prática clínica, quanto na investigação epidemiológica, sendo o instrumento a ser utilizado na presente pesquisa.

3. DESCRIÇÃO DOS MÉTODOS

Neste tópico serão descritos os métodos adotados nos artigos de revisão e no artigo original.

3.1. ARTIGO DE REVISÃO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que visa sintetizar, de maneira sistemática, ordenada e abrangente, resultados obtidos em pesquisas sobre um determinado tema (ERCOLE, MELO, ALCOFORADO, 2014), resultando num quadro completo de conceitos, teorias ou problemas relativos ao cuidado na saúde, permitindo aprofundar o conhecimento a cerca de um dado assunto. Como recurso da prática baseada em evidências, a revisão integrativa pode embasar tomadas de decisão com base nas melhores e mais recentes evidências científicas (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO 2008).

Para a construção da presente revisão foram percorridas cinco etapas: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) seleção de artigos, 3) análise metodológica dos

estudos pré-selecionados; 4) discussão dos resultados e 5) síntese do conhecimento. A pergunta norteadora utilizada foi: Quais as evidências científicas, publicadas nos últimos cinco anos, que identificam os fatores associados à capacidade funcional em idosos longevos residentes na comunidade?

Em seguida, foram selecionados artigos que cumprissem os seguintes critérios: fossem artigos originais, publicados no período de 2010 a abril de 2015 nos idiomas português, inglês ou espanhol, que respondessem a questão norteadora e que estivessem disponíveis na íntegra. As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), a partir do cruzamento dos termos: idoso de 80 anos ou mais; atividades cotidianas; e avaliação geriátrica, disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Descartaram-se aqueles estudos que investigavam apenas indivíduos com idade inferior a 80 anos ou não especificada; residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI); hospitalizados; os que avaliavam a capacidade funcional na presença de doença incapacitante; e os que se repetiam em mais de uma base de dados.

Dos 668 artigos triados, apenas 12 integraram a revisão, na terceira etapa foram aplicados dois instrumentos de análise metodológica, uma adaptação do *Critical Appraisal Skill Programme* (CASP) e o *Agency for Healthcare and Research and Quality* (AHRQ). O primeiro é composto por 10 itens pontuáveis: 1) objetivo; 2) adequação do método; 3) apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra, 5) detalhamento da amostra; 6) relação entre pesquisadores e pesquisados; 7) respeito aos aspectos éticos; 8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade para discutir os resultados; e 10) contribuições e limitações da pesquisa. Ao final, os estudos são classificados em Nível A (boa qualidade metodológica e viés reduzido) quando pontuaram entre 6 e 10 e Nível B (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés considerável) quando pontuaram até 5. Optou-se apenas por incluir os artigos avaliados como nível A.

O segundo classifica os estudos em 6 categorias, de acordo com o nível de evidência: (1) revisão sistemática ou metanálise; (2) ensaios clínicos randomizados; (3) ensaios clínicos sem randomização; (4) estudos de coorte e de caso-controle; (5) revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e (6) único estudo descritivo ou qualitativo.

As etapas quatro e cinco correspondem à elaboração da revisão propriamente dita, onde os principais achados são descritos e confrontados com outras evidências disponíveis na literatura e expostos no formato de artigo.

3.2. ARTIGO ORIGINAL

3.2.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, de base populacional e corte transversal que permite produzir instantâneos da situação de saúde de uma população ou comunidade, baseados na avaliação individual, possibilitando a produção de indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL & ALMEIDA FILHO, 2006). Estes estudos são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição (ROUQUAYROL, 2013).

3.2.2. Objetivos

3.2.2.1 Geral

Avaliar a capacidade funcional e identificar seus fatores associados em idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) da cidade do Recife.

3.2.2.2. Específicos

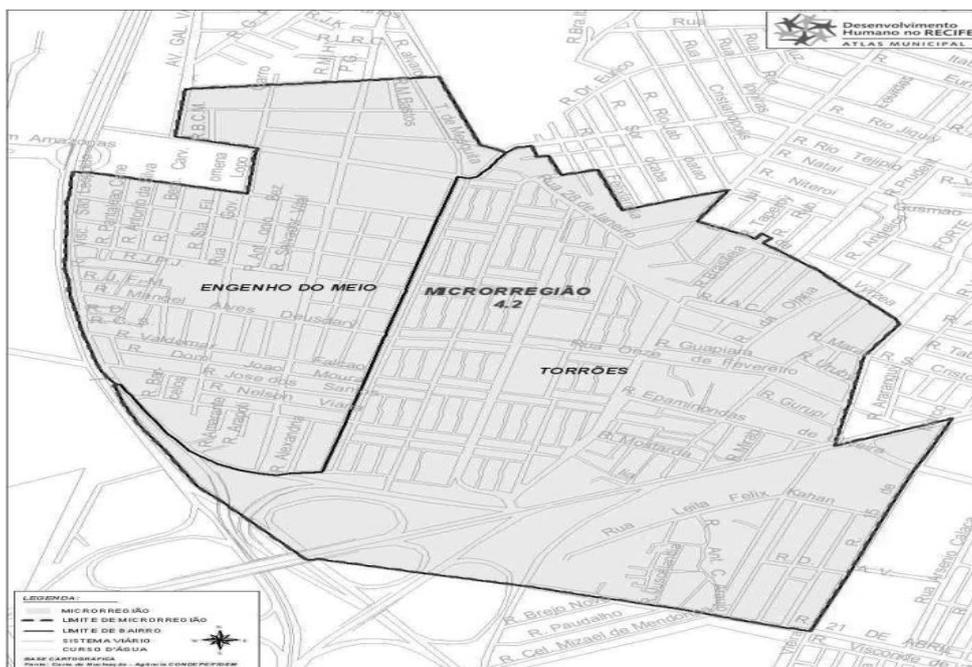
- Caracterizar a amostra segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas, capacidade cognitiva, risco nutricional, saúde autopercebida e apoio social;
- Estimar a prevalência de capacidade funcional nos idosos longevos que compõem a amostra;
- Investigar a associação entre capacidade funcional e as variáveis estudadas.

3.2.3. Local do estudo

O município do Recife está dividido em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), para cada uma delas há um Distrito Sanitário (DS) correspondente, de acordo com os princípios de descentralização da atenção à saúde (RECIFE, 2009). O cenário da presente investigação é o DS IV, mais especificamente a microrregião (MR) 4.2 (Figura 3) composto pelos bairros do Engenho do Meio, com população de 10.211 habitantes, sendo 16,1% de idosos, e dos Torrões, com 32.015 habitantes, sendo 8,3% de idosos (IBGE, 2010b).

A MR 4.2 conta com cinco Unidades de Saúde da Família – USF (RECIFE, 2013) e uma diversidade socioeconômica que favorece a validade externa da pesquisa, o bairro do Engenho do Meio abrange domicílios unifamiliares de padrão médio, enquanto que o bairro dos Torrões se caracteriza pela predominância de famílias de baixa renda (RECIFE, 2005). Ademais, o Campus Recife da Universidade Federal de Pernambuco está incluído no território estudado e apresenta parceria ensino-serviço firmada com o DS IV, favorecendo a execução da pesquisa.

Figura 3. Mapa viário do Distrito Sanitário IV



Fonte: Prefeitura do Recife, 2005.

3.2.4. População do estudo

A população do estudo foi constituída por idosos longevos, de ambos os sexos, não institucionalizados, residentes na MR 4.2 da cidade do Recife e assistidos pelas equipes de saúde da família do território. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no ano de 2013 o número de pessoas acima de 60 anos nessa microrregião correspondia a 4.319 pessoas, o equivalente a 10,2% da população (RECIFE, 2013). Para fins de obtenção do quantitativo de idosos longevos, realizou-se, no período de outubro e novembro de 2014, o levantamento por consulta direta aos prontuários existentes nas cinco USF da microrregião (Tabela 1), com confirmação dos dados a partir das fichas de acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Tabela 1. Distribuição das pessoas com 80 anos ou mais assistidas pela Estratégia Saúde da Família, por Unidade de Saúde da Família, da microrregião 4.2. Recife, PE, Brasil, 2014.

Unidade de Saúde da Família	Idosos assistidos (N)
Engenho do Meio	251
Sítio das Palmeiras	106
Cosirof	76
Macaé	32
Sinos	20
TOTAL	485

Fonte: Levantamento em prontuários realizado pelos pesquisadores.

3.2.5. Amostra

A presente pesquisa está vinculada ao projeto “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados” do grupo de pesquisa Saúde do Idoso da Universidade Federal de Pernambuco. Para a seleção dos participantes foi empregada a técnica de amostragem probabilística sistemática, a partir do universo de idosos

longevos cadastrados e assistidos pelas cinco USF. A amostra foi calculada utilizando-se a fórmula para populações finitas:

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}{(N - 1) \cdot E^2 + \sigma^2 \cdot (Z_{\alpha/2})^2}$$

Onde:

n = número de indivíduos na amostra;

N = total populacional;

σ = desvio-padrão populacional da variável estudada;

$Z_{\alpha/2}$ = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado;

E = margem de erro.

Considerando N = 485 idosos, $\sigma = 31,3196$; $Z_{\alpha/2} = 1,96$ e E = 3,7644, o tamanho amostral correspondeu a 172 idosos.

3.2.6. Critérios de inclusão

Foram considerados elegíveis idosos de ambos os sexos, com 80 anos ou mais, residentes na MR 4.2 e assistidos por uma das USF do território. Aqueles que não apresentaram condições para responder as informações solicitadas, seus acompanhantes/cuidadores ficaram responsáveis por fornecer as informações.

3.2.7. Critérios de exclusão

Foram excluídos os idosos residentes em ILPI e aqueles que, na ocasião da coleta de dados, se encontravam hospitalizados.

3.2.8. Elenco das variáveis

3.2.8.1. Variável dependente

A variável dependente corresponde a **Capacidade Funcional**, a qual foi avaliada por meio do Índice de Barthel (MAHONEY & BARTHEL, 1965). O instrumento avalia o nível de independência de pessoas idosas para desempenhar dez atividades básicas de vida diária: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, transferências cadeira-cama, deambulação e subir e descer escadas (MINOSSO et al, 2010). Na presente pesquisa foi utilizada a classificação proposta por Azeredo & Matos (2003), que categoriza como dependência total um escore de 0 a 20 pontos, dependência severa de 21 a 60 pontos, dependência moderada de 61 a 90 pontos, dependência leve de 91 a 99 pontos e independência para os que atingem 100 pontos.

3.2.8.2. Variáveis independentes

Entre as variáveis independentes estão os dados **sociodemográficos e econômicos** (idade em anos completos, sexo, raça/cor, situação conjugal, escolaridade, rendimento mensal individual e situação previdenciária), as **condições de saúde** foram retiradas dos prontuários dos pacientes existentes nas USF, considerando os diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, osteoporose, osteoartrose, doenças neurológicas, respiratórias, neoplasia e depressão.

A **capacidade cognitiva** foi avaliada a partir do Mini-exame do Estado Mental – MEEM (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). O instrumento objetiva avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo, localização, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras registradas, linguagem e capacidade construtiva visual, gerando um escore que varia entre 0 e 30 pontos. No Brasil, Bertolucci et al. (1994) propuseram a utilização de pontos de corte diferenciados para o MEEM de acordo com a escolaridade, considerando o indivíduo com comprometimento cognitivo quando pontuarem: ≤ 13 para idosos sem escolaridade, ≤ 18 com baixa escolaridade (1 a 4 anos de estudos) e média escolaridade (4 a 8 anos de estudos) e ≤ 26 para idosos com alta escolaridade (8 anos ou mais de estudos).

Para avaliação do **risco nutricional** aplicou-se a Mini-Avaliação Nutricional - MAN, versão breve (KAISER, 2009), que permite o diagnóstico da desnutrição e do risco de desnutrição em idosos. Aqueles que pontuaram na MAN entre 12 e 14 foram considerados com estado nutricional normal, os que somaram entre 8 e 11 estavam em risco nutricional e os que apresentaram pontuação \leq a 7 foram considerados desnutridos.

Para obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC), peso/altura^2 , utilizou-se balança digital portátil para pesagem de pessoas da marca G-Tech, modelo Glass 8, com capacidade máxima de 150 kg e graduação de 100 em 100 g. Os idosos foram pesados em posição ortostática, descalços e com roupas leves, com os pés juntos e no centro da balança, braços relaxados e estendidos ao longo do corpo.

A altura foi estimada por meio da fórmula da altura do joelho, possibilitando isolar a influência das alterações posturais na medida e permitindo também verificá-la naqueles que se encontram acamados. Para isso, foi utilizado estadiômetro portátil, da marca Carci, com 1000 mm de comprimento. Os idosos permaneceram sentados ou deitados na posição supina, com o joelho flexionado num ângulo de 90° , a base do estadiômetro foi posicionada embaixo do calcanhar e a extremidade móvel no bordo proximal da patela, a leitura foi feita no milímetro mais próximo dessa referência óssea e a perna de referência foi a esquerda. A estimativa da altura foi obtida a partir das equações: $(2,02 \times \text{altura do joelho [cm]}) - (0,04 \times \text{idade [anos]}) + 64,19$ para os homens e $(1,83 \times \text{altura do joelho [cm]}) - (0,24 \times \text{idade [anos]}) + 84,88$ para as mulheres (CHUMLEA, GUO, STEINBAUGH, 1987).

Quando não fosse possível obter o IMC, como no caso dos acamados impossibilitados de ficarem de pé sobre a balança, foi aferida a circunferência da panturrilha com uma fita métrica inelástica, no seu perímetro máximo. A perna de referência foi a esquerda, posicionada formando um ângulo de 90° com o joelho e o tornozelo, com o indivíduo sentado e a perna relaxada.

O **apoio social** foi avaliado por meio da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LUBBEN, 1988), que investiga o nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos. Desenvolvida para pessoas idosas, a escala foi validada para a língua portuguesa por Ribeiro et al (2012). Inclui apenas 06 itens, tendo por base dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e de amizade. A pontuação total da escala resulta do somatório dos itens, variando de 0 a 30 pontos. Foi considerada rede de apoio insuficiente/risco de isolamento a pontuação abaixo de 12 e

boa rede de apoio social quando maior que 12. A **saúde autopercebida** foi verificada adotando-se as seguintes categorias: excelente, muito boa, boa, regular e ruim.

A presença de **sintomatologia depressiva** foi avaliada utilizando a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS*) com 15 itens (YESAVAGE, 1983), considerando ausência de depressão para pontuações abaixo de 5 e com suspeição de depressão aqueles que pontuarem ≥ 5 .

3.2.9. Instrumentos da pesquisa

O questionário e as escalas utilizados na pesquisa estão dispostos nos apêndices e anexos deste projeto (APÊNDICE A e ANEXO A).

3.2.10. Operacionalização para o trabalho de campo e coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2015, sendo executada pela pesquisadora e por mais seis colaboradores, cinco mestrandos cujas pesquisas estavam vinculadas ao projeto “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados” e duas bolsistas de Iniciação Científica, uma do curso de Medicina e outra do curso de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco.

Inicialmente foi realizado um contato com a Gerência do Distrito Sanitário IV, a fim de adquirir anuência para realização da pesquisa, em seguida foi feito contato com as gerências das USF e visitas a cada uma delas, com vistas à sensibilização dos ACS e coleta das informações de interesse para o estudo. Na ocasião, foi construída uma lista única dos idosos longevos assistidos nas respectivas unidades, incluindo seus endereços e contatos telefônicos. A fim de minimizar possíveis vieses, todos os membros da equipe executora que participaram diretamente da coleta foram capacitados quanto à padronização do uso dos instrumentos e técnicas de entrevista.

No mês de novembro de 2014 foi realizado um estudo piloto com 27 idosos longevos da área de abrangência do estudo, a fim de testar o questionário e os instrumentos utilizados, permitindo possíveis ajustes se necessário. Posteriormente, esses sujeitos compuseram a amostra, de modo a evitar possível perda de representatividade.

As informações de interesse para o estudo, com exceção das enfermidades registradas em prontuário, foram obtidas utilizando-se a técnica de entrevista face a face

realizada no domicílio dos idosos. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e procedimentos utilizados e manifestaram concordância em participar da mesma, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), os acompanhantes/cuidadores assinavam, ou deixavam sua impressão digital, o Consentimento de Participação da Pessoa como Voluntário (APÊNDICE C).

3.2.11. Análise dos dados

Após a coleta dos dados, esses foram codificados e inseridos sob dupla conferência num banco de dados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 19.0, onde se procedeu a análise descritiva e inferencial. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e das medidas de tendência central (média, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão) para as variáveis numéricas, com vistas ao estabelecimento do perfil epidemiológico e identificação dos fatores que interferem na capacidade funcional de idosos longevos. As associações entre as variáveis independentes e a capacidade funcional foram verificadas por meio de análises bi e multivariada, utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson, com nível significância de 5%, e a elaboração de uma árvore de decisão.

Árvores de decisão são estruturas hierárquicas representadas graficamente por nós e ramos, semelhante a uma árvore invertida, que a partir de um banco de dados particionam repetidamente a base em subconjuntos, cada vez fornecendo um resultado parcial que alimentará a etapa seguinte do processo, tornando a árvore menos complexa e mais compreensível. No topo da estrutura tem-se o nó raiz e abaixo os nós internos, esses representam nós de decisão e cada um contém um teste sobre uma variável independente, cujos resultados formam os ramos da árvore. Os nós da extremidade da árvore representam valores de predição para a variável dependente ou distribuições de probabilidade desses valores (CARNEIRO et al, 2014).

Para Lin & Chen (2011), o uso da árvore de decisão se mostra vantajosa por ser um método relativamente simples para extração do conhecimento, por admitir variáveis categóricas e nominais, por apresentar desempenho superior a outras técnicas e com resultados gerados mais rapidamente, pelo baixo custo computacional e por fornecer apenas as informações que são relevantes, descartando do modelo as demais.

3.2.12. Aspectos éticos

O presente estudo integra o projeto de pesquisa “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”, submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco, obtendo parecer favorável sob o CAAE nº 34900514.0.0000.5208 (ANEXO B). O projeto obedeceu aos requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

Antes da coleta de dados, todos os participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foram orientados sobre objetivos da pesquisa, possíveis riscos envolvidos durante a coleta dos dados, garantia do anonimato e de desistência por parte do entrevistado, caso julgasse necessário. As informações coletadas nas entrevistas estão armazenadas em armário particular, sob a responsabilidade da coordenadora do Projeto “Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados”, no endereço: Departamento de Medicina Social da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, pelo período de 5 anos.

Os idosos que apresentaram limitação da capacidade funcional, comprometimento cognitivo e/ou depressão tiveram sua situação informada à equipe da USF que os assistiam para que fossem adotadas as medidas e cuidados cabíveis.

4. ARTIGOS

4.1. ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Fatores associados à capacidade funcional em idosos longevos residentes na comunidade: revisão integrativa

Factors associated with functional capacity in community-dwelling oldest old: an integrative review

RESUMO

Introdução: Devido aos avanços socioeconômicos, sanitários e tecnológicos ocorridos nas últimas décadas no Brasil, observa-se o aumento expressivo do número de longevos, idosos com 80 anos ou mais. Entretanto, a velhice comumente vem acompanhada por doenças crônicas e perda progressiva das funções que podem levar ao prejuízo da capacidade funcional. **Objetivo:** Identificar na literatura científica os fatores associados à capacidade funcional em idosos longevos não institucionalizados. **Materiais e Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa realizada por meio de pesquisa e análise de artigos indexados na base de dados LILACS, MEDLINE, IBECs e BDNF entre 2010 e 2015 **Resultados e Discussão:** doze artigos identificaram associação entre as condições socioeconômicas e demográficas, comorbidades, comprometimento cognitivo, hábitos de vida e polifarmacoterapia com a incapacidade funcional nessa população. **Considerações Finais:** Espera-se com os resultados dessa pesquisa reforçar a importância do monitoramento dos fatores associados à capacidade funcional e da sua avaliação sistemática na prática clínica, visando à manutenção da autonomia e independência dos idosos. Recomenda-se o desenvolvimento de estudos longitudinais com idosos longevos brasileiros, a fim de testar nexos causais entre os eventos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso de 80 anos ou mais. Atividades Cotidianas. Avaliação Geriátrica.

ABSTRACT

Introduction: Due to advances socioeconomic, health and technological in the past decades in Brazil, there is the significant increase in the number of the oldest, aged 80 or more. However, aging usually is accompanied by chronic and progressive loss of functions that can lead to loss of functional capacity. **Objective:** To identify in the scientific literature the factors associated with functional capacity in the oldest old not institutionalized. **Materials and Methods:** This is an integrative review carried out through research and analysis of articles indexed in the database LILACS, MEDLINE, IBECs and BDNF between 2010 and 2015 **Results and Discussion:** twelve articles identified association between socioeconomic and demographic conditions, comorbidities, cognitive impairment, lifestyle and polypharmacy with functional disability in this population. **Final Considerations:** It is hoped with the results of this research reinforce the importance of monitoring of the factors associated with functional capacity and its systematic evaluation in clinical practice, in order to maintain the autonomy and independence of the elderly. It is recommended the development of longitudinal studies with brazilian oldest old, in order to test causal link between events.

KEYWORDS: Aged, 80 and over. Activities of Daily Living. Geriatric Assessment.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que resulta de grandes mudanças socioeconômicas, culturais e em alguns indicadores de saúde, como o declínio da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida, com maiores impactos nos países em desenvolvimento (CAMARANO, KANSO, 2010; INOUE, PEDRAZZANI, PAVARINI, 2008).

Estima-se para o ano de 2030 que o Brasil apresente cerca de 208 milhões de habitantes, dentre os quais 20% serão idosos, devendo ocupar o posto de sexto país no mundo em número de velhos até 2020 (CAMARANO, 2013; CARVALHO, GARCIA, 2003). Frente aos avanços socioeconômicos, sanitários e tecnológicos ocorridos nas últimas décadas no país, observa-se o aumento expressivo do número de longevos, idosos com 80 anos ou mais, com crescimento aproximado de 246% desse segmento em relação aos idosos em geral (INOUE, PEDRAZZANI, PAVARINI, 2008).

É incontestável que a longevidade seja uma das características da atualidade, entretanto, a velhice comumente vem acompanhada por doenças crônicas e perda progressiva das funções (MOTA et al, 2010), podendo levar ao prejuízo da capacidade funcional, isto é, da capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (VERAS, 2009). Sua perda representa fator de risco independente para a dependência, isolamento social, depressão, hospitalização, institucionalização e morte em idosos, principalmente os longevos (NYBO et al, 2003), sobrecarregando as famílias e o sistema de saúde. Diante disso, o Ministério da Saúde publica, no ano de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa fundamentada no paradigma da capacidade funcional (VERAS, 2012). Na prática clínica, avaliar a capacidade funcional de idosos possibilita analisar suas condições de saúde e identificar precocemente incapacidades (NYBO et al, 2003). No âmbito da saúde coletiva, detectar fatores determinantes de incapacidade funcional pode fundamentar o direcionamento de estratégias preventivas e de reabilitação na atenção à saúde da pessoa idosa com vistas à promoção do envelhecimento bem-sucedido. Desse modo, o objetivo deste artigo de revisão integrativa foi identificar os principais fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos vivendo na comunidade.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que possibilita compilar informações anteriormente produzidas sobre determinado tema, abordando seus objetivos, métodos, fontes e resultados. Como instrumento da prática baseada em evidências, a revisão integrativa tem a propriedade de subsidiar a construção de um saber respaldado em resultados significativos, segundo níveis de evidências científicas, permitindo sua aplicabilidade na prática da assistência à saúde, além de apontar hiatos na produção do conhecimento (CESNIK, SANTOS, 2012; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010; ZANDONAI et al, 2010).

Para elaboração do presente artigo foram adotadas as seguintes etapas metodológicas, propostas por Souza et al (2010): elaboração da pergunta norteadora; seleção de artigos a partir dos critérios de inclusão; análise metodológica dos estudos pré-selecionados; discussão dos resultados e síntese do conhecimento.

Para a primeira etapa, a seguinte pergunta norteadora foi definida: quais as evidências científicas, publicadas nos últimos cinco anos, que identificam os fatores associados à capacidade funcional em idosos longevos residentes na comunidade?

A etapa subsequente, executada no mês de abril de 2015, correspondeu à seleção dos artigos atendendo aos seguintes critérios: ser artigo original, responder a questão norteadora, estar disponível como texto completo, ter sido publicado no período de 2010 a abril de 2015, nos idiomas português, inglês ou espanhol. As ferramentas de busca utilizadas corresponderam as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) e a Base de dados em Enfermagem (BDENF).

Foram excluídos os artigos que investigavam indivíduos com idade inferior a 80 anos, ou não especificada, residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) ou hospitalizados, os que avaliavam a capacidade funcional na presença de doença incapacitante, assim como os que se repetiam em mais de uma base de dados.

A coleta nas bases de dados foi realizada mediante o emprego dos termos: idoso de 80 anos ou mais, atividades cotidianas e avaliação geriátrica, todos indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), cruzando-as em seguida por meio da estratégia de lógica booleana com o uso do operador de restrição AND (LACERDA, ENSSLIN, ENSSLIN, 2012). Foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos artigos

pré-selecionados e leitura integral e análise crítica daqueles que atenderam aos critérios de elegibilidade, essa realizada aos pares e em momentos distintos, utilizando-se para tal dois instrumentos de avaliação metodológica.

O primeiro instrumento, uma adaptação do *Critical Appraisal Skills Programme* - CASP (TOLEDO, 2008), é composto por 10 itens pontuáveis – cada resposta positiva recebe um ponto, as negativas não pontuam - abrangendo: objetivo; adequação do método; apresentação dos procedimentos teórico-metodológicos; critérios de seleção da amostra, detalhamento da amostra; relação entre pesquisadores e pesquisados; respeito aos aspectos éticos; rigor na análise dos dados; propriedade para discutir os resultados e contribuições e limitações da pesquisa. Ao final, os estudos são classificados em Nível A (boa qualidade metodológica e viés reduzido) quando pontuaram entre 6 e 10 e Nível B (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés considerável) quando pontuaram até 5 (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; ALENCAR et al, 2014). Nessa revisão foram selecionados os artigos classificados como nível A.

O segundo instrumento, *Agency for Healthcare and Research and Quality* (AHRQ), classifica os estudos em seis níveis, a saber: 1- revisão sistemática ou metanálise; 2- ensaios clínicos randomizados; 3- ensaios clínicos sem randomização; 4- estudos de coorte e de caso-controle; 5- revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos e 6- único estudo descritivo ou qualitativo (STILLWELL et al, 2010).

Resultados

A totalidade dos artigos encontrados (668) a partir dos descritores utilizados, encontra-se descrita na tabela 1. Destes, 24 foram pré-selecionados para leitura na íntegra, sendo que 12 compuseram a amostra final da presente revisão (Tabela 1). Os artigos excluídos não correspondiam a estudos com idosos longevos ou não os mencionavam.

Os artigos selecionados foram publicados entre os anos de 2010 e 2013, sete foram produzidos na língua inglesa, quatro na língua portuguesa e um na língua espanhola. O Brasil foi o país que mais contribuiu com publicações, cinco artigos (42%), seguido pelos Estados Unidos com quatro pesquisas (33%). México, Austrália e Espanha representaram 25% do total de produções com uma publicação por país.

Em relação aos periódicos, quatro são da área de conhecimento da Geriatria e

Gerontologia, três do campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva, um da Fisioterapia, um da Nutrição e um com foco na pesquisa e assistência à artrite. Quanto ao desenho de estudo adotado nas pesquisas, sete são estudos de coorte e cinco estudos de corte transversal. Após a avaliação metodológica, os estudos foram classificados como nível 4A e 6A de evidência.

Entre os estudos selecionados, a maioria, quatro artigos, utilizou o instrumento Índice de Katz para avaliar a funcionalidade dos idosos, dois utilizaram o autorrelato de dificuldades para executar tarefas cotidianas, dois estudos brasileiros adotaram o *Brazilian Older American Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (Bomfaq), um aplicou o Índice de Katz e a Escala de Lawton, outro empregou a Escala de Lawton e o Índice de Barthel, um usou uma adaptação do questionário que integra o inquérito estadunidense *National Health Interview Survey's Supplement on Aging*, e por fim, um fez uso da Bateria de Testes de Atividades da Vida Diária para Idosos Fisicamente Ativos, proposto por Andreotti e Okuma em 1999.

De acordo com os artigos, os fatores associados e determinantes da capacidade funcional inadequada são: socioeconômicos e demográficos (idade avançada, sexo feminino, baixa escolaridade, morar só, ser solteiro, viuvez, renda, pertencer as classes sociais D e E, insatisfação com a rede social de apoio, saúde autopercebida ruim), comorbidades (acuidade visual e auditiva comprometidas, estado funcional dos membros inferiores, má qualidade do sono, sarcopenia, dor musculoesquelética, história de insuficiência cardíaca congestiva, asma, hipertensão, diabetes e depressão), comprometimento cognitivo, hábitos de vida (prática de atividade física insuficiente e comportamento sedentário) e a polifarmacoterapia.

Discussão

A relação entre idade e incapacidades sofre influência de fatores como condições de saúde, estilo de vida, integração e interação social, suporte familiar, experiências vividas, recursos financeiros, entre outros (KUATE-DEFO, 2006). Estudos apontam que a capacidade funcional tende a declinar com o avançar da idade, fato evidenciado nos artigos 4, 5, 7, 10, 11 que apontam que ter entre 75 e 79 anos e 80 anos e mais representa fator de risco para perda funcional.

Reforçando esses achados, o estudo de Maciel & Guerra (2007) revelou que para

os idosos, cada ano que passa aumenta em uma vez a chance de se apresentarem dependentes. Nunes et al (2010), em estudo realizado na cidade de Goiânia (GO) com 388 idosos, destacam a idade como fator associado a dependência para as atividades de vida diária (AVD), especialmente entre os longevos, acompanhada de outros fatores como o equilíbrio e mobilidade prejudicados, depressão e déficit cognitivo.

Quanto a influência do gênero, os artigos 7 e 11 identificaram que o sexo feminino está associado à perdas funcionais. Diferenças entre sexo e situação de saúde se tornam bastantes evidentes entre os mais velhos, devido à sobrevida que apresentam em relação aos homens, as idosas exibem maiores probabilidades de apresentar prejuízos funcionais, maior prevalência de condições incapacitantes não fatais e maior tendência a fazer juízo negativo sobre sua própria saúde (KUATE-DEFO, 2006; MACIEL, GUERRA, 2007; NUNES et al, 2010; GIACOMIN et al, 2008).

As condições socioeconômicas são reconhecidamente determinantes da situação de saúde das populações e dos indivíduos. No artigo 3, a situação de trabalho e a renda apresentou associação com perdas funcionais, assim como pertencer a classe social D e E, como demonstrado no artigo 5. A renda está ligada à capacidade funcional de forma inversa, quanto maior a renda menor a probabilidade de desenvolver incapacidade (IBGE, 2009). No estudo de Parahyba e Simões (2006), que teve por objetivo estimar a prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil com população estratificada por grupos de renda familiar *per capita*, foi observado que os mais pobres apresentaram as maiores taxas de prevalência de incapacidade funcional, sendo praticamente o dobro em relação aos inseridos no estrato de renda mais elevado.

Quanto à escolarização, quanto menor o nível educacional, maior a probabilidade de o idoso referir pior capacidade funcional. Idosos com nível de escolaridade mais elevado são menos propensos a se expor aos fatores de risco para doenças, possuem mais acesso às informações quanto ao autocuidado e aderem mais à modificação do estilo de vida, hábitos saudáveis e busca por serviços de saúde (NOGUEIRA et al, 2010). Na população idosa longeva é comum o relato de baixa escolaridade, pois estes viveram o período de inexistência da oferta abrangente e estimulada de educação escolar pública. No artigo 9, ter até quatro anos de estudo aumentou a possibilidade de os idosos da amostra tornarem-se dependentes de terceiros para a execução de atividades rotineiras.

Quando consideramos a situação conjugal dos idosos, o fato de estar solteiro ou não ter companheiro tem impacto adverso sobre a funcionalidade quando comparados

aos idosos casados, como pode ser observado nos artigos 5 e 9. Geralmente, idosos solteiros e viúvos, em sua maioria mulheres, passam maior parte do tempo em casa, privados do convívio social. Esta circunstância denota a frágil rede de apoio familiar e/ou social de cuidados (AIRES, PAZ, PEROSA, 2006).

Todas as relações que o indivíduo considera significativas constituem a sua rede de apoio social. Para os idosos, esse suporte é decisivo para o envelhecimento saudável, pois a capacidade de socialização e integração social é considerada fator protetor para a saúde e o bem-estar (ARIAS, 2013; MORAES, 2012) e a diversidade dessas relações sociais e participação são importantes elementos para a manutenção da capacidade funcional nessa população (NOGUEIRA et al, 2010).

Aqueles mais integrados na comunidade manifestam menor chance de expressar quadro depressivo, apresentam melhor memória (ERTEL, GLYMOUR, BERKMAN, 2008) e possuem níveis mais elevados de qualidade de vida do que aqueles que interagem apenas com o seu grupo familiar e com alguns amigos (CARNEIRO et al, 2007). Porém, os achados do artigo 6 evidenciaram que a insatisfação com a qualidade do suporte social, e não o tamanho da rede, se associou a maiores dificuldades nas AVD, tanto para mulheres quanto para os homens.

A inatividade física e a prática insuficiente de atividade física agem como acelerador do declínio funcional, ocasionando perda de qualidade de vida, aumento do número de doenças, obesidade e mortalidade (MECHLING, NETZ, 2009). O estudo de Queiroz et al (2014), que teve por amostra 316 idosos comunitários, classificou aproximadamente metade da população estudada como fisicamente inativa, tendo como fatores associados a idade, ausência de ocupação e dependência funcional. O artigo 2 encontrou associação entre prática de atividade física insuficiente e comportamento sedentário com perdas funcionais. Embora a prática de atividades físicas não possa interromper o processo biológico do envelhecimento, essa pode minimizar os efeitos advindos do aumento da idade (WARBURTON, NICOL, BREDIN, 2006).

A autoavaliação da saúde é uma medida subjetiva que contempla aspectos cognitivos, emocionais e de saúde física e tem se destacado como um importante indicador de saúde. A probabilidade do grau de dependência aumentar é maior para aqueles idosos que avaliam a sua saúde como ruim (NOGUEIRA et al, 2010). Essa associação foi encontrada nos artigos 4, 7 e 11. Pagotto et al (2011) apontaram como fatores associados à autopercepção de saúde ruim: baixa escolaridade, não praticar atividade física, uso de cinco ou mais medicamentos e perda de peso recente,

compreendendo desde condições sociais até condições de saúde e estilo de vida.

Quanto às comorbidades, a literatura aponta como patologias que exercem maiores efeitos danosos sobre a funcionalidade dos mais velhos as doenças cardíacas, pulmonares, a hipertensão e as artropatias (ALVES et al, 2007). Essas informações são corroboradas pelos achados nos artigos 4, 7 e 10 que acrescentam ainda o diabetes, a acuidade visual e auditiva e o estado funcional dos membros inferiores comprometidos.

Como consequência do número de doenças crônicas, o número e a diversidade de medicamentos utilizados por idosos têm aumentado, principalmente entre os mais velhos onde a polifarmacoterapia é mais frequente (LINJAKUMPU et al, 2002). Mesmo reconhecido o papel das medicações no controle das doenças, é inegável sua participação em eventos como iatrogenia, interações medicamentosas e a ocorrência de efeitos adversos sobre os idosos (PADOLFI, PLAZZOLLA, LOUSADA, 2010), cujos processos farmacocinéticos de absorção, distribuição, metabolização e excreção estão alterados (RISSATO, 2005). O número de fármacos utilizados diariamente foram mencionados pelos artigos 7 e 11 como potencial causador de prejuízos à capacidade funcional, apontando o uso de cinco ou mais medicamentos por dia como agravante.

A manutenção da cognição é um importante determinante na qualidade de vida e longevidade na velhice, considerando que idosos com alterações cognitivas apresentam maior dificuldade para o desempenho das AVD e que sofrem degradação progressiva das habilidades comportamentais e sociais. O declínio cognitivo é associado a desconforto pessoal, perda de autonomia e aumento dos custos sociais (BRITO, PAVARINI, 2012). Os artigos 4 e 7 relatam a associação entre comprometimento cognitivo e declínio funcional.

A qualidade do sono foi outro fator associado à dependência funcional em idosos, mencionado no artigo 8. Mudanças no ritmo circadiano e distúrbios do sono (como tendência a sentir sono mais cedo e despertar mais cedo) tendem a aumentar conforme a pessoa envelhece (PETIT et al, 2003). Os resultados do artigo 8 sugerem que o sono curto e fragmentado podem ser fatores de risco para o declínio funcional e incapacidade entre as mulheres idosas funcionalmente capazes. Mudanças patológicas no padrão de sono podem causar déficit de atenção, lentificação, alterações na memória de curto prazo e aumento do risco de quedas (PETIT et al, 2003).

A sarcopenia, abordada pelo artigo 1, é prevalente em idosos e está ligada ao aumento dos riscos de quedas, fraturas, incapacidade, dependência, fragilidade, hospitalizações e até óbito e se dá pela ação de fatores como a inatividade física, a

imobilidade, condições hormonais e nutricionais e o próprio processo de envelhecimento (SANTANA, LIMA, 2014). No artigo 1, cerca de 65% das idosas estudadas com algum grau de dependência para as AVD apresentaram redução da massa muscular.

As dores musculoesqueléticas também foram apontadas como fator preditor de dependência funcional por serem predominantes entre os idosos e seus impactos atingirem os indivíduos e os sistemas de saúde (MATA et al, 2011). O sistema musculoesquelético, dentre outros sistemas, é responsável pelo controle e manutenção do equilíbrio corporal (SANTANA, LIMA, 2014) e seus distúrbios representam umas das maiores causas de dor severa e persistente na população geral. O artigo 12 evidencia que o risco de desenvolver incapacidade funcional se relaciona diretamente com o número de áreas dolorosas.

Os estudos incluídos na revisão evidenciam que além do custo financeiro que a dependência funcional causa aos idosos e suas famílias, há também um custo social igualmente devastador, e sugerem ainda que a prevenção da perda funcional deve incluir o adequado controle das doenças crônicas, o estímulo à atividade cognitiva e à interação social.

Considerações finais

A partir da análise dos artigos que integram a presente revisão, foi possível identificar fatores que se associam a capacidade funcional inadequada em idosos longevos para além das modificações fisiológicas, como as condições socioeconômicas e as próprias escolhas do indivíduo que influenciam a sua funcionalidade, destacando ainda a natureza prevenível de alguns desses.

O fato de estar na faixa etária de 80 anos ou mais, por si só, representa um evento considerável no desenvolvimento do declínio funcional, o que substancia a importância do acompanhamento preventivo dos seus determinantes, assim como da instauração da avaliação da capacidade funcional na rotina da prática clínica. Sugere-se, ao modelo dos artigos estrangeiros incluídos na presente revisão, o desenvolvimento de pesquisas longitudinais com idosos longevos brasileiros, a fim de testar nexos causais entre os eventos.

Referências

- AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano** n. 3, v. 2, p.79-91, 2006.
- ALENCAR, D.L.; MARQUES, A.P.O.; LEAL, M.C.C.; VIEIRA, J.C.M. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiv** n. 19, v. 8, p. 3533-3542, 2014.
- ALVA, M.D.C,V.; CAMACHO, M.E.I.; VELÁSQUEZ, J.D.; LAZAREVICH, I. The relationship between sarcopenia, undernutrition, physical mobility and basic activities of daily living in a group of elderly women of Mexico City. **Nutr Hosp** n. 28, v. 2, p. 514-521, 2013.
- ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** n. 23, v. 8, p. 1924-1930, 2007.
- ARIAS, C.J. El apoyo social en la vejez: la familia, los amigos y la comunidad. **Revista Kairós Gerontologia**. n. 4, v. 16, p. 313-329, 2013.
- ARNAU, A; ESPAULELLA, J.; SERRAROLS, M.; CANUDAS, J.; FORMIGA, F.; FERRER, M. Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años de edad no dependientes. **Gac Sanit** n. 26, v. 5, p. 405-413, 2012.
- BERLAU, D.J.; CORRADA. M.M.; PELTZ, C.B.; KAWAS, C.H. Disability in the Oldest-old: Incidence and Risk Factors in The 90+ Study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry** n. 20, v. 2, p. 159-168, 2012.
- BRITO, T.R.P.; PAVARINI, S.C.I. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** n. 4, v. 20, p.677-684, 2012.
- BUCHMAN, A.S.; SHAH, R.C.; LEURGANS, S.E.; BOYLY, P.A.; WILSON, R.S.; BENNETT, D.A. Musculoskeletal Pain and Incident Disability in Community-Dwelling Elders. **Arthritis care & research** n. 62, v. 9, p. 1287-1293, 2010.
- CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.** n. 27, v. 1, p. 232-235, 2010.
- CAMARANO, A.A. O novo paradigma demográfico. **Ciênc. Saúde coletiva**. n. 15, v. 12, p. 3446-3446, 2013.
- CARNEIRO, R.S.; FALCONE, E.; CLARK, C.; PRETTE, Z.D.; PRETTE, A.D. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica** n. 2, v. 20, p.229-237, 2007.
- CARVALHO, J.A.M.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad Saude Pública** n. 19, v. 3, p. 725-733, 2003.

CAWTHON, P.M.; BLACKWELL, T.L.; CAULEY, J.A.; ENSURD, K.E.; DAM, T.T.; HARRISON, S.L.; PETERS, K.W.; MACKEY, D.C. Objective assessment of activity, energy expenditure, and functional limitations in older men: the Osteoporotic Fractures in Men study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci** n. 68, v. 12, p. 1518-1524, 2013.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. Mastectomia e sexualidade: Uma revisão integrativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica** n. 25, v. 2, p. 339-349, 2012.

COSTA E SILVA, M.D., GUIMARÃES, H.A.; TRINDADE FILHO, E.M.; ANDREONI, S.; RAMOS, L.R. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. **Rev. Saúde Pública** n. 45, v. 6, p. 1137-1144, 2011.

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

ERTEL, K.A.; GLYMOUR, M.M.; BERKMAN, L.F. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative US elderly population. **American Journal of Public Health**. n. 7, v. 98, p. 1215-1220, 2008.

FIGUEIREDO, C.S.; ASSIS, M.G.; SILVA, S.L.A.; DIAS, R.C.; MANCINI, M.C. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study. **Braz. J. Phys. Ther** n.7, v. 3, p.297-306, 2013.

GIACOMIN, K.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F.. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 6, v. 24, p. 1260-1270, 2008.

INOUYE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.CI. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto contexto enferm**. n. 17, v. 2, p. 350-357, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESSTATÍSTICA. **Sobre a condição de saúde dos idosos**: indicadores selecionados. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

KUAT-DEFO, B. Facteurs associés à la santé perçue et à la capacité fonctionnelle des personnes âgées dans la préfecture de Bandjounau Cameroun. **Cahiers Québécois de Démographie** n. 1, v. 34, p. :1-46, 2006.

LACERDA, R.T.O.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S.R. Uma análise bibliométrica da literatura sobre estratégia e avaliação de desempenho. **Gestão & Produção**. n. 19, v. 1, p. 59-78, 2012.

LINJAKUMPU, T.; HARTIKAINEN, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELA, S.L.; ISOAHO, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **Journal of Clinical Epidemiology** n. 55, v. 8, p. 809-817, 2002.

MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. n. 2, v. 10, p. 178-189, 2007.

MATA, M.S.; COSTA, F.A.; SOUZA, T.O.; MATA, A.D.S.; PONTE, J.F. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. n. 16, v. 1, p. 221-230, 2011.

MCLAUGHLIN, D.; LEUNG, J.; PACHANA, N.; FLICKER, L.; HANKEY, G.; DOBSON, A. Social support and subsequent disability: it is not the size of your network that counts. **Age Ageing** n. 41, v. 5, p. 674-677, 2012.

MECHLING, H.; NETZ, Y. Aging and inactivity-capitalizing on the protective effect of Planned physical activity in old age. **European Review of Aging and Physical Activity**. n. 6, p. 89-97, 2009.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm** n. 17, v. 4, p. 758-764, 2008.

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

MOTA, M.S.P.; FERREIRA, C.M.; JANEIRO, D.I.; QUEIROZ, I.R., QUEIROZ, M.S.R. Diagnóstico de uma população da terceira idade. **Estud. interdiscipl. Envelhec.** n. 15, v. 2, p. 255-264, 2010.

NOGUEIRA, S.L.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.E.F.P.L.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, A.Q.; PEREIRA, E.T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. bras. fisioter.** n. 14, v. 4, p. 322-329, 2010.

NUNES, D.P.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A.; BIANCHION, M.M.; SOUZA, M.R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. n. 6, v. 15, p. 2887-2898, 2010.

NYBO, H.; PETERSEN, H.C.; GAIST, D.; JEUNE, B.; ANDERSEN, K.; McGUE, M. et al. Predictors of mortality in 2,249 nonagenarians - the Danish 1905 - cohort survey. **J Am Geriatr Soc**. n. 51, v. 10, 2003.

PADOLFI, M.B.; PLAZZOLLA, L.P.; LOUZADA, L.L. Prevalência de polifarmácia em idosos residentes em instituição de longa permanência de Brasília, Distrito Federal. **Brasília Med**. n. 47, v. 1, p. 53-58, 2010.

PAGATTO, V.; NAKATANI, A.Y.K.; SILVEIRA, E.A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. n. 8, v. 27, p. 1593-1602, 2011.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** n. 4, v. 11, p. 967-974, 2006.

PEREIRA, G.N.; BASTOS, G.A.N.; DEL DUCA, G.F.; BOS, A.J.G. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cad. Saúde Pública** n. 28, v. 11, p.2035-2042, 2012.

PETITI, L.; AZAD, N.; BYSZEWSKI, A.; SARAZAN, F.; POWER, B. Non-pharmacological management of primary and secondary insomnia among older people: review of assessment tools and treatments. **Age and Ageing** n. 32, p.19-25, 2003.

QUEIROZ, B.M; COQUEIRO, R.S.; LEAL NETO, J.S.; BORGATTO, A.F.; BARBOSA, A.R.; FERNANDES, M.H. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva** n. 8, v. 19, p. 3489-3496, 2014.

RISSATO, M.A.R. **Eventos adversos relacionados a medicamentos no contexto hospitalar**: revisão da literatura. [Dissertação]. São Paulo, São Paulo, 2005.

SANTANA, F.J.; LIMA, M.C.A.M. Prevalência de quedas e dor musculoesquelética em idosos. **Saúde Meio Ambient** n. 3, v. 2, p. 80-89, 2014.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, L. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** n. 8, v. 1, n. 102-106, 2010.

SPIRA, A.; CIVINSKY, K.; REBOJ, G.W.; PUNJABI, N.M.; STONE, K.L.; HOLLIER, T.A.; ENSURD, K.; YAFFE, K. Poor Sleep Quality and Functional Decline in Older Women. **Journal of the American Geriatrics Society** n. 60, v. 6, p. 1092–1098, 2012.

STILWELL, S.; MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; WILLIAMSON, K. Evidence-based practice: step by step. **Am J Nurs** n. 110, v. 5, p. 41-47, 2010.

TOLEDO, M.M. **Vulnerabilidade dos adolescentes ao HIV/AIDS**: revisão integrativa [Dissertação]. São Paulo, São Paulo, 2008.

VERAS, R.P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública** n.43, v. 3, p.548-554, 2009.

_____. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública** n. 46, v. 6, p. 929-934, 2012.

WARBURTON, DER, NICOL, C.N.; BREDIN, S.S.D. Health benefits of physical activity, the evidence. **Canadian Medical Association Journal** n. 6, v. 7, p. 801-809, 2006..

ZANDONAI, A.P.; CARDOZO, F.M.C.; NIETO, I.N.G.; SAWADA, NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. **Rev. Eletr. Enf** n. 12, v, 3, p. 554-561,2010.

Tabela 1. Artigos encontrados e selecionados, segundo base de dados. Recife (PE), 2015.

Bases de dados	Artigos encontrados	Artigos selecionados	Artigos excluídos	Artigos Incluídos
MEDLINE	628	17	10	7
LILACS	30	7	2	5
BDENF	6	0	0	0
IBECS	4	0	0	0
TOTAL	668	24	12	12

Quadro 1. Categorização dos artigos incluídos na revisão quanto ao título, autor principal, ano de publicação, país de origem, base de dados, periódico e características metodológicas. Recife, 2015 (continua).

	Título	Autor principal	Ano de publicação	País	Base de dados	Periódico	Desenho de estudo/Nível de evidência	Objetivos
1	The relationship between sarcopenia, undernutrition, physical mobility and basic activities of daily living in a group of elderly women of Mexico City	Alva et al	2013	México	Medline	Nutr Hosp. 2013;28:514-521	Estudo transversal/6A	Identificar a prevalência de sarcopenia e subnutrição em idosas e avaliar a associação entre sarcopenia e mobilidade, e sarcopenia e atividades de vida diária.
2	Objective assessment of activity, energy expenditure, and functional limitations in older men: the osteoporotic fractures in men study	Cawthon et al	2013	EUA	Medline	J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013;68(12):1518–1524	Estudo de coorte/4A	Determinar se o gasto energético total, o tempo gasto em atividade física moderada ou superior, ou o tempo gasto em comportamentos sedentários estão associados com o risco de limitações funcionais auto-relatadas em homens mais velhos.
3	Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: Longitudinal study	Figueiredo et al	2013	Brasil	Lilacs	Braz J Phys Ther. 2013;17(3):297-306.	Estudo de coorte/4A	Comparar as alterações funcionais e cognitivas que ocorrem em idosos da comunidade ao longo de um período de 6 meses e analisar as variáveis demográficas relacionadas com o aumento, manutenção e redução dos resultados funcionais e cognitivos.

Quadro 1. Categorização dos artigos incluídos na revisão quanto ao título, autor principal, ano de publicação, país de origem, base de dados, periódico e características metodológicas. Recife, 2015 (continuação).

	Título	Autor principal	Ano de publicação	País	Base de dados	Periódico	Desenho de estudo/Nível de evidência	Objetivos
4	Disability in the oldest-old: incidence and risk factors in the 90+ study	Berlau et al	2012	EUA	Medline	Am J Geriatr Psychiatry 2012;20(2):159–168	Estudo de coorte/4A	Medir a incidência de incapacidade funcional em indivíduos com idade de 90 anos e mais e examinar fatores que podem aumentar o risco de dependência.
5	Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos	Pereira et al	2012	Brasil	Lilacs	Cad. Saúde Pública 2012; 28(11):2035-2042	Estudo transversal/6A	Estimar a prevalência de incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos residentes numa comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, assim como investigar quais os aspectos socioeconômicos e demográficos estão associados a esse evento.
6	Social support and subsequent disability: it is not the size of your network that counts	McLaughlin et al	2012	Austrália	Medline	Age and Ageing 2012;41(5):674-677	Estudo de coorte/4A	Investigar o efeito do tamanho da rede social, e do apoio social subjetivo sobre a subsequente dependência em um grupo de mulheres e homens mais velhos residentes na comunidade.
7	Factores asociados al estado funcional en personas de 75 o más años	Arnau et al	2012	Espanha	Medline	Gac Sanit. 2012;26(5):405–413	Estudo transversal/6A	Identificar os fatores associados ao estado funcional em uma população de idosos

	de edad no dependientes							de 75 ou mais sem dependência grave.
--	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------

Quadro 1. Categorização dos artigos incluídos na revisão quanto ao título, autor principal, ano de publicação, país de origem, base de dados, periódico e características metodológicas. Recife, 2015 (conclusão).

	Título	Autor principal	Ano de publicação	País	Base de dados	Periódico	Desenho de estudo/Nível de evidência	Objetivos
8	Poor sleep quality and functional decline in older women	Spira et al	2012	EUA	Medline	J Am Geriatr Soc. 2012; 60(6):1092–1098.	Estudo de coorte/4A	Determinar se a qualidade do sono, medida objetivamente, prevê o comprometimento das atividades instrumentais de vida diária, o declínio na força de preensão palmar e velocidade da marcha em mulheres mais velhas.
9	Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas	Costa e Silva et al	2011	Brasil	Lilacs	Rev Saúde Pública 2011;45(6):1137-44	Estudo transversal/6A	Identificar fatores associados à perda funcional em idosos residentes na zona urbana de Maceió.
10	Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidioso	D’Orsi et al	2011	Brasil	Lilacs	Rev Saúde Pública 2011;45(4):685-92	Estudo de coorte/4A	Identificar fatores de risco para perda da capacidade funcional de idosos.
11	Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos	Nogueira et al	2010	Brasil	Lilacs	Braz J Phys Ther. 2010;14(4): 322-9	Estudo transversal/6A	Investigar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos, biológicos e de saúde, nutricionais, de relações sociais e da autoavaliação da saúde sobre a capacidade funcional de idosos longevos (80 anos e mais).

12	Musculoskeletal pain and incident disability in community-dwelling elders	Buchman et al	2010	EUA	Medline	Arthritis Care Res 2010;62(9): 1287–1293.	Estudo de coorte/4A	Testar a hipótese de que o número de áreas de dor musculoesquelética relatada se relaciona à incidência de incapacidade funcional.
----	---	---------------	------	-----	---------	---	---------------------	--

4.2. ARTIGO ORIGINAL

Fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos na Atenção Primária à Saúde do Recife

Factors associated with functional capacity of oldest old assisted in Primary Health Care of Recife

RESUMO

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional de idosos longevos (80 anos ou mais) e identificar seus fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal com 172 idosos longevos, não institucionalizados, assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife (PE) em 2015, selecionados por amostra probabilística sistemática. Foram avaliados dados sociodemográficos, econômicos e clínicos coletados por meio de entrevistas domiciliares, aferição de medidas antropométricas e buscas nos prontuários. Para análise bivariada foi empregado o teste qui-quadrado de Pearson, considerando o nível de significância $p < 0,05$, e para a multivariada, foi construída uma árvore de decisão a partir do algoritmo *Exhaustive CHAID*. **Resultados:** A prevalência de dependência funcional na amostra correspondeu a 78,5%. Na análise bivariada, contribuíram para esse desfecho: faixa etária ($p=0,020$), comprometimento cognitivo ($p=0,008$), situação nutricional ($p<0,001$), doenças neurológicas ($p<0,001$), sintomatologia depressiva ($p<0,001$), saúde autopercebida ($p<0,001$) e rede de apoio social ($p=0,032$), permanecendo como fatores associados na análise multivariada faixa etária ($p=0,049$), sintomatologia depressiva ($p=0,003$) e autoavaliação negativa da saúde ($p=0,000$). **Conclusão:** Ter 80 anos ou mais, assim como apresentar sintomas depressivos e avaliar a própria saúde de forma negativa foram fatores que se mostraram associados à capacidade funcional inadequada em idosos longevos comunitários. A alta prevalência de dependência na amostra evidencia a necessidade de ações voltadas à manutenção da capacidade funcional de idosos, especialmente os longevos, como preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

Palavras-chave: Idoso de 80 Anos ou Mais. Atividades Cotidianas. Avaliação Geriátrica. Atenção Primária à Saúde. Árvores de Decisões.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the functional capacity of the oldest old (80 and over) and identify their associated factors. **Methods:** Cross-sectional study with 172 oldest old, non-institutionalized, assisted by the Family Health Strategy of Recife (PE) in 2015, selected by systematic random sample. We evaluated demographic, economic and clinical data collected through home interviews, anthropometric measurements and searches in the medical records. For bivariate analysis was used Pearson's chi-square test, considering the significance level of $p < 0.05$, and for multivariate, a decision tree was constructed from the Exhaustive CHAID algorithm. **Results:** The prevalence of functional dependence in the sample corresponds to 78.5%. In the bivariate analysis, contributed to this outcome: age ($p = 0.020$), cognitive impairment ($p = 0.008$), nutritional status ($p < 0.001$), neurological disorders ($p < 0.001$), depressive symptoms ($p < 0.001$), health self-perceived ($p < 0.001$) and social support network ($p = 0.032$), remaining as associated factors in the multivariate analysis, age ($p = 0.049$), depressive symptoms ($p = 0.003$) and negative self-rated health ($p = 0.000$). **Conclusion:** Having 80 years or more, as well as present depressive symptoms and assess their health negatively were factors that were associated with inadequate functional capacity in community-dwelling oldest old. The high prevalence of dependence in the sample highlights the need for actions aimed at maintaining functional capacity of older people, especially the oldest old, as recommended by the National Health Policy for the Elderly.

Key words: Aged, 80 and Over. Activities of Daily Living. Geriatric Assessment. Primary Health Care. Decision Trees.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida, o segmento constituído por pessoas idosas mais longevas, indivíduos com 80 anos e mais, passou a representar o subgrupo etário que mais cresce no mundo (IBGE, 2008). Entretanto, a progressão do número de pessoas muito idosas, traz a preocupação com o aumento de fragilizados e dependentes funcionais (MINAYO, 2012) além da elevação dos custos com assistência à saúde.

O termo capacidade funcional se refere à manutenção das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma e se relaciona diretamente à habilidade de executar atividades de vida diária (AVD), fundamentais para a garantia da autopreservação e sobrevivência do indivíduo (MORAES, 2012). A sua perda predispõe o idoso à fragilidade, dependência, quedas e institucionalização, representando fator de risco independente para hospitalização e morte entre idosos longevos (REIS & TORRES, 2011).

A avaliação da capacidade funcional surge como um novo paradigma na saúde da pessoa idosa, pela viabilidade de manutenção desses indivíduos ativos, independentes e autônomos por mais tempo e participando ativamente da sociedade, mesmo na existência de doenças (CARDOSO & COSTA, 2010).

Recife é a terceira capital do país com maior proporção de idosos (IBGE, 2002), prevalecendo aqueles que dependem da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (TAVARES, GUIDETTI, SAÚDE, 2008)⁴. Diante desta realidade, a presente pesquisa objetivou avaliar a capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife e sua associação com as variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas.

MÉTODOS

Estudo quantitativo de corte transversal com idosos longevos não institucionalizados, de ambos os sexos, assistidos pelas equipes de Saúde da Família da Microrregião 4.2 do Município de Recife/PE. A população de longevos foi identificada a partir do levantamento de todos os prontuários de idosos existentes nas unidades de saúde do território, correspondendo a 485 indivíduos com idade mínima equivalente a 80 anos.

O presente estudo representa um recorte da pesquisa “Envelhecimento bem sucedido em idosos longevos e fatores associados”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (CAEE n.º 34900514.0.0000.5208) em outubro de 2014, cuja amostra foi calculada considerando a estimativa populacional da variável dependente igual a 31,3196, margem de erro de 3,7644 e grau de confiança de 95%, totalizando 172 indivíduos.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de abril e agosto de 2015, sendo excluídos os idosos hospitalizados nesse período. Foram realizadas entrevistas domiciliares utilizando questionário semiestruturado para registro das informações, ordenado em blocos temáticos: dados sociodemográficos, econômicos e clínicos.

A capacidade funcional foi avaliada a partir do Índice de Barthel (MINOSSO et al, 2010) e os pontos de corte adotados nesse estudo são os propostos por Azeredo & Matos (2003). Para fins de análise, a variável funcionalidade foi agregada em três categorias: dependência grave (0 a 60 pontos), dependência moderada (61 a 99 pontos) e independência (100 pontos).

A capacidade cognitiva foi avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), com pontos de corte para escolaridade proposto por Bertolucci et al (1994). Para identificar o apoio de familiares e amigos, recebido e percebido pelo idoso, utilizou-se a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LUBBEN, 1988). No rastreamento de sintomatologia depressiva, o recurso escolhido correspondeu a Escala de Depressão Geriátrica com 15 itens (GDS-15) (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999), já a informação referente à saúde autopercebida foi categorizada como positiva (excelente, muito boa e boa) e negativa (regular e ruim).

A presença de risco nutricional foi averiguada a partir da Miniavaliação Nutricional (MAN) (KAYSER et al, 2009). Para cálculo do Índice de Massa Corporal ($\text{peso}/\text{altura}^2$), o peso foi obtido utilizando-se balança digital portátil da marca G-Teck, modelo Glass 8, com capacidade máxima de 150 kg e graduação de 100 em 100 g. A estatura foi estimada a partir da medida da altura do joelho com o auxílio de um estadiômetro portátil com 1000 mm de comprimento da marca Carci, utilizando as equações propostas por Chumlea, Guo e Steinbaugh (1987).

Os idosos que apresentavam déficit cognitivo que os impediam de fornecer as informações sobre autopercepção de saúde, rede de apoio social e sintomatologia depressiva não participaram dessa etapa da avaliação, por se tratarem de instrumentos em que o próprio idoso precisaria ser o respondente, estando representados nas tabelas na categoria “não se aplica”.

Para a tabulação e análise dos dados foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 19.0. A associação entre as variáveis independentes e a capacidade funcional foi avaliada por meio de análise bivariada com emprego do teste Qui-Quadrado de Pearson, com nível de significância de 5%. Na análise multivariada foi gerada uma árvore de decisão utilizando o algoritmo

“*Exhaustive CHAID*” que se baseia em testes de associação qui-quadrado sucessivos, onde a partir de uma lista de possíveis desfechos, se delinea um caminho da associação mais influente para a menos influente, reduzindo uma decisão complexa a um número finito de elementos simples com relação a variável dependente.

De acordo com Carneiro et al (2014), árvores de decisão são estruturas hierárquicas que a partir de um banco de dados particionam repetidamente a base em subconjuntos, cada vez fornecendo um resultado parcial que alimentará a etapa seguinte do processo, tornando a árvore menos complexa e mais compreensível. No topo da estrutura tem-se o nó raiz e abaixo os nós internos, esses representam nós de decisão e cada um contém um teste sobre uma variável independente, cujos resultados formam os ramos da árvore. Os nós da extremidade da árvore representam valores de predição para a variável dependente ou distribuições de probabilidade desses valores.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo correspondeu a 172 idosos, com média de idade de 85,5 anos, variando de 80 a 100 anos ($\pm 4,39$), destes, 138 (80,2%) eram do sexo feminino. As variáveis sociodemográficas mais prevalentes foram raça/cor branca (40%), idoso sem companheiro (82%), ter 1 a 4 anos de escolaridade (43%) e renda mensal individual de 1 a 2 salários mínimos (76,8%), oriunda de aposentadoria em 68% dos casos (Tabela 1).

Quanto às características clínicas, 48,3% da amostra apresentou algum grau de comprometimento cognitivo e 44,8% dos idosos estavam com risco de desnutrição. Em relação ao diagnóstico de condições crônicas, registradas nos prontuários, a hipertensão arterial foi a mais prevalente (73,3%), seguida da diabetes mellitus (33,7%) (Tabela 2).

A sintomatologia depressiva foi observada em aproximadamente 21% dos idosos e 36% dos respondentes classificaram sua saúde de forma negativa, apesar de 43% dos entrevistados mencionarem ter boa rede de apoio social (Tabela 2).

Em relação à capacidade funcional, a partir do Índice de Barthel, os idosos foram classificados com dependência moderada (28,5%), dependência muito leve (25,5%), dependência total (12,2%), dependência grave (12,2%) e 21,6% dos idosos eram independentes para a realização das AVD. Após a agregação dos resultados, 24,4% dos idosos foram identificados com dependência grave e 54,1% com

dependência moderada, enquanto que 21,5% dos participantes eram independentes (Figura 1).

Na análise bivariada (Tabelas 3 e 4), a capacidade funcional mostrou associação estatisticamente significativa com a faixa etária ($p=0,020$), presença de comprometimento cognitivo ($p=0,008$), situação nutricional ($p<0,001$), presença de doenças neurológicas ($p<0,001$), sintomatologia depressiva ($p<0,001$), saúde autopercibida ($p<0,001$) e rede de apoio social ($p=0,032$).

A Figura 1 apresenta os resultados obtidos a partir da análise multivariada, por meio da construção de uma árvore de decisão, a fim de testar a associação entre a capacidade funcional e as variáveis independentes. Os fatores que conjuntamente ajudaram, da melhor forma, a explicar a variável dependente foram: faixa etária, autopercção de saúde e presença de sintomatologia depressiva.

O “nó raiz” corresponde à capacidade funcional agregada em níveis funcionais, evidenciando alta prevalência (78,5%) de capacidade funcional inadequada (dependência grave e dependência moderada) na população estudada. De acordo com o modelo, a faixa etária foi o fator que mais interferiu na presença de dependência funcional, sendo observada prevalência de 56,9% entre os idosos na faixa dos 80 a 90 anos e de 46,4% entre os nonagenários e centenários.

Em relação às variáveis autopercção de saúde e presença de sintomatologia depressiva, 34,9% dos idosos entre 80 e 90 anos de idade avaliaram sua própria saúde como não satisfatória, desses 78,3% apresentavam capacidade funcional inadequada. Quanto àqueles com mais de 90 anos de idade, apenas 2,9% ($n=5$) não apresentaram sintomatologia depressiva, entretanto, 40% desses se apresentavam com dependência para as AVD.

O modelo demonstra um nível de assertividade de 57% para a árvore de decisão, entretanto, considerando os três níveis da variável resposta, há uma assertividade de 31% no tocante à dependência grave, 88,2% em relação à dependência moderada e 8,1% para a independência. Em síntese, com as variáveis disponíveis que se associaram com a capacidade funcional a árvore de decisão foi capaz de prever adequadamente a dependência moderada.

DISCUSSÃO

No que diz respeito às variáveis sociodemográficas e econômicas, observa-se semelhança entre o perfil dos idosos entrevistados com a população de outros estudos (SILVA, MARIN, RODRIGUES, 2015; PORCIÚNCULA et al, 2014). O predomínio de mulheres idosas observado caracteriza o fenômeno da feminização da velhice, atribuído a menor mortalidade feminina, por essas buscarem mais os serviços de saúde e estarem menos expostas aos acidentes, violência e comportamentos de risco em relação aos homens (CHAIMOWICZ, 2011).

Apesar de não apresentar significância estatística neste estudo, é oportuno enfatizar que a escolaridade e a renda são inversamente proporcionais à capacidade funcional, portanto, quanto menores os níveis educacionais e econômicos, maiores as possibilidades de desenvolver dependência para as AVD (ALVES, LEITE, MACHADO, 2010).

A faixa etária foi a única variável sociodemográfica que na análise bivariada mostrou associação significativa com a capacidade funcional. Estudos como o Del Duca, Silva e Hallal (2009) indicam que ter 80 anos ou mais é um fator que se associa às perdas funcionais. Os autores encontraram prevalência de dependência para as AVD 3,46 vezes maior nos longevos quando comparados àqueles na faixa dos 60 aos 64 anos de idade. Entretanto, a relação entre capacidade funcional inadequada e idades mais avançadas, não deve ser vista como uma consequência do envelhecimento por si só, uma vez que se observam idosos independentes entre os mais velhos.

A associação entre comprometimento cognitivo e capacidade funcional inadequada aqui registrada também foi relatada por Macêdo et al (2012) em estudo prévio com 215 idosos, onde a prevalência para o evento correspondeu a 14,9%. Indivíduos com déficits de memória e atenção podem ter prejudicadas as capacidades de aprender e lembrar informações necessárias ao autocuidado, favorecendo as internações hospitalares e limitações funcionais (HAJDUK et al, 2013). O avançar da idade parece aumentar o risco de desenvolver déficit cognitivo.

Nesta pesquisa, cerca de 50% dos entrevistados apresentavam risco nutricional, com associação positiva à capacidade funcional inadequada na análise bivariada. A relação entre risco nutricional e a incapacidade é bidirecional, já que a dependência interfere na situação nutricional, ao comprometer a habilidade de alimentar-se, assim como, condições nutricionais desfavoráveis oportunizam o déficit funcional (SOUZA et

al, 2014).

As doenças crônicas são frequentes entre os idosos e intervêm de sobremaneira na capacidade funcional desse grupo, como observado por Giacomini et al (2008) ao verificarem associação estatisticamente significativa entre hipertensão, diabetes e capacidade funcional. No presente estudo, essas foram as patologias mais frequentes, contudo, a presença de doenças neurológicas foi a única condição mórbida que apresentou associação com a variável dependente na análise bivariada, corroborando com a pesquisa de Ribeiro et al (2015).

Rede de apoio social pode ser definida como as interações pessoais, formais e informais, por onde se recebe informações, suporte emocional, instrumental e material, e se interage socialmente de forma positiva (SALGADO, 2010). Essas relações sociais tendem a diminuir com o avançar da idade com a perda de papéis sociais, aposentadoria, viuvez e morte de amigos e familiares, com dano a autoestima e propensão ao desamparo (RODRIGUES & SILVA, 2013). Na presente pesquisa, a maior parte dos idosos referiu rede de apoio social satisfatória, cujo efeito protetor contra a dependência funcional foi comprovado por estudo anterior com idosos (D'ORSI, XAVIER, RAMOS, 2011).

A elevada prevalência de capacidade funcional inadequada, em torno de 79% dos entrevistados, é semelhante à observada no estudo de Brito et al (2014) cujos cenário e população foram similares aos desta pesquisa. A exemplo do estudo de Nascimento et al (2011), no modelo multivariado ficou evidenciada forte associação entre capacidade funcional inadequada e ter 80 anos ou mais, autopercepção negativa da saúde e presença de sintomatologia depressiva.

Neste estudo, entre os indivíduos com menos de 90 anos, a capacidade funcional inadequada esteve associada à autoavaliação negativa da saúde, enquanto que entre os mais velhos (≥ 90 anos), o declínio funcional se associou a presença de depressão. Os sintomas depressivos acarretam prejuízo à qualidade de vida e interferem negativamente na funcionalidade da pessoa idosa, comprometendo sua capacidade de autocuidado. Registra-se que a própria dependência funcional se comporta como preditora da depressão em idosos (LIMA, SILVA, RAMOS, 2009), caracterizando assim uma relação de “mão dupla”.

A autopercepção de saúde reproduz a imagem subjetiva que o próprio indivíduo tem sobre seus aspectos físicos, cognitivos e emocionais e tem sido descrita na literatura como um indicador confiável de incapacidade funcional e mortalidade em populações

idosas (SILVA et al, 2011). Markland et al (2009) sugerem que com o avançar da idade a possibilidade de classificar sua própria saúde de forma negativa aumenta.

A presente pesquisa apresenta como limitações o fato das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) não terem sido avaliadas, tendo em vista que hierarquicamente essas são as tarefas que primeiro sofrem declínios, por demandarem maior integridade física e cognitiva (FREITAS et al, 2012). Além disso, o próprio desenho de estudo adotado não permite inferir relação causal entre a variável dependente e as independentes, sendo apenas possível sugerir associação entre elas.

CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa identificam uma alta prevalência de dependência funcional para AVD na amostra e sua forte associação com a faixa etária, sugerindo que ter 80 anos ou mais representa um fator que predispõe idosos longevos a desenvolver déficit funcional e dependência. Grande parte dos idosos avaliados apresentaram sintomatologia depressiva e autopercepção negativa da saúde, condições que afetam a motivação para cuidar de si, aderir ao tratamento e a hábitos saudáveis, influenciando de forma adversa a capacidade funcional.

Conhecer os fatores envolvidos na dependência funcional possibilita a melhor compreensão desta condição e subsidia o planejamento de ações que estimulem o envelhecimento saudável e ativo, mesmo na presença de doenças, como recomenda a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, cuja capacidade funcional surge como novo modelo de atenção a esse segmento.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq NeuroPsiquiatr** n. 57, v. 2-B, p. 421-426, 1999.

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev Saúde Pública** n. 44, p.468-78, 2010.

AZEREDO, Z; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa** n.3, v. 4, p.199-204, 2003.

BERTOLUCCI, P.H.; BRUSCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq Neuropsiquiatr** n. 52, v. 1, p. 1-7, 1994.

BRITO, T.A.; FREITAS, R.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.S.; JESUS, C.S. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioter Pesq** n. 21, v. 4, p. 308-313, 2014.

CAMPOLINA, A.G.; CICONELLI, R.M. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. **Rev Panam Salud Publica** n.19, v.2, p.128-136, 2006.

CARDOSO, J.H.; COSTA, J.S.D.C. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Ciênc Saúde Colet.** n. 15, v. 6, p.2871-78, 2010.

CARNEIRO, T.V.; PROTÁSIO, A.P.L.; VALENÇA, A.M.G.; MORAES, R.M.M. Avaliação mediante árvore de decisão da qualidade do atendimento de pacientes oncológicos pediátricos. **Revista Baiana de Saúde Pública** n.38, v. 4, p.882-896, 2014.

CHUMLEA, W.C.; GUO, S.S.; STEINBAUGH, M.L. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility impaired or handicapped persons. **Journal of American Dietetic Association** n. 12, v. 94, p. 1385-1388, 1987.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública** n. 43, v. 5, p. 796-805, 2009.

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

FREITAS, R.S.; FERNANDES, M.H.; COQUEIRO, R.S.; REIS JUNIOR, W.M.; ROCHA, S.V.; BRITO, T.A. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta paul. enferm** n. 25, v. 6, p.933-939, 2012.

GIACOMIN, K.C.; PEIXOTO, S.V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M.F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** n. 24, v. 6, p. 1260-1270, 2008.

HAJDUK, A.M.; LEMON, S.C.; MCMANUS, D.D.; LESSARD, D.M.; GURWITZ, J.H.; SPENCER, F.A.; GOLDBERG, R.J.; SACZYNSKI, J.S. Cognitive impairment and self-care in heart failure. **Clin Epidemiol** v. 5, p.407-416, 2013.

KAISER, M.J.; BAUER, J.M.; RAMSCH, C.; UTER, W.; GUIGOZ, Y.; CEDERHOLM, T et al. MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. **J Nutr Health Aging** n. 13, v. 9, p.782-8, 2009.

- LIMA, M.T.R.; SILVA, R.S.; RAMOS, LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. **J Bras Psiquiatr** n.58, v.1, p.1-7, 2009.
- LUBBEN, J. Assessing social networks among elderly populations. **Family & Community Health** n. 11, p. 42-52, 1988.
- MACÊDO, A.M.L.; CERCHIARI, E.A.N.; ALVARENGA, M.R.M.; FACCENDA, O.; OLIVEIRA, M.A.C. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul Enferm** n. 25, v. 3, p.358-63, 2012.
- MARKLAND, A.D.; GERETY, M.B.; GOODE, P.S.; KRAUS, S.R.; CORNELL, J.; HAZUDA, H.P. Urinary incontinence in community-dwelling older Mexican American and European American women. **Arch Gerontol Geriatr** n. 48, v. 2, p.232-237, 2009.
- MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública** n. 28, v. 2, p.208-209, 2012.
- MINOSSO, J.S.;M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem** n. 2, v. 23, p.218-223, 2010.
- NASCIMENTO, C.M.; RIBEIRO, A.Q.; COTTA, R.M.M.; ACURCIO, F.A.; PEIXOTO, S.V.; PEIORE, S.E.; FRANCESCHINI, S.C.C. Factors associated with functional ability in brazilian elderly. **Archives of Gerontology and Geriatrics** v. 54, p.e89–e94, 2012.
- PORCIÚNCULA, R.C.R.; CARVALHO, E.F.; BARRETO, K.M.L.; LEITE, V.M.M. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Rev. bras. geriatr. Gerontol** n.17, v. 2, p.315-325, 2014.
- REIS, L.A.; TORRES, G.V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Rev Bras Enferm** n. 64, v. 2, p.274-80, 2011.
- RIBEIRO, D.K.M.N.; GRDEN, C.R.B.; LENARDT, M.H.; MICHEL, T; SETOGUCHHI, L.S.; OLIVEIRA, E.S.O. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. **Rev Esc Enferm USP** n.49, v. 1, p.89-95, 2015.
- RODRIGUES, A.G.; SILVA, A.A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Rev. bras. geriatr. gerontol** n. 16, v. 1, p.159-170, 2013.
- SILVA, S.P.Z.; MARIN, M.J.S.; RODRIGUES, M.R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Rev Gaúcha Enferm** n. 36, v. 3, p.42-8, 2015.
- SILVA, H.O.; CARVALHO, M.J.A.D.; LIMA, F.E.L.; RODRIGUES, L.V. Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** 2011;14(1):123-134.
- SOUSA, K.T.; MESQUITA, L.A.S.; PEREIRA, L.A.; AZEVEDO, C.M. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** n.19, v. 8, p. 3513-3520, 2014.
- TAVARES, D.M.S.; GUIDETTI, G.E.C.B.; SAÚDE, M.I.B.M. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. **Revista Eletrônica de Enfermagem** n. 10, v. 2, p.299-309, 2008.

Tabela 1. Caracterização da amostra de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas. Recife, PE, 2015.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
Até 84 anos	80	46,5
Mais de 84 a 90 anos	64	37,2
Acima de 90 anos	28	16,3
Sexo		
Masculino	34	19,8
Feminino	138	80,2
Situação conjugal		
Sem companheiro (a)	141	82,0
Com companheiro (a)	31	18,0
Escolaridade		
Analfabeto	52	30,2
1-4 anos	75	43,6
Acima de 4 anos	45	26,2
Renda*		
Até 1 salário mínimo	22	12,7
Mais de 1 a 2 salários mínimos	132	76,8
Mais de 2 a 4 salários mínimos	15	8,8
Acima de 4 salários	3	1,7
Raça		
Branca	69	40,1
Preta	33	19,2
Amarela	5	2,9
Parda	65	37,8
Situação Previdenciária		
Aposentado (a)	117	68
Aposentado (a) e Pensionista	8	4,7
Pensionista	47	27,3

*Salário vigente no ano de 2014 (R\$ 724,00).

Tabela 2. Caracterização da amostra de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, segundo variáveis clínicas. Recife, PE, 2015.

VARIÁVEIS	N	%
Comprometimento cognitivo		
Ausente	89	51,7
Presente	83	48,3
Situação nutricional		
Normal	63	36,6
Risco nutricional	77	44,8
Desnutrição	32	18,6
Hipertensão arterial		
Ausente	46	26,7
Presente	126	73,3
Diabetes mellitus		
Ausente	114	66,3
Presente	58	33,7
Doenças cardiovasculares		
Ausente	133	77,3
Presente	39	22,7
Osteoporose		
Ausente	134	77,9
Presente	38	22,1
Osteoartrose		
Ausente	135	78,5
Presente	37	21,5
Doenças neurológicas		
Ausente	144	83,7
Presente	28	16,3
Doenças respiratórias		
Ausente	158	91,9
Presente	14	8,1
Neoplasias		
Ausente	167	97,1
Presente	5	2,9
Depressão (GDS)*		
Não se aplica	72	41,9
Ausente	63	36,6
Presente	37	21,5
Saúde autopercebida*		
Não se aplica	72	41,9
Negativa	62	36,0
Positiva	38	22,1
Rede de apoio social*		
Não se aplica	72	41,9
Boa rede social	74	43,0
Rede social insuficiente	26	15,1

*72 indivíduos foram classificados com déficit cognitivo que os impediam de responder a esses instrumentos de avaliação.

GDS: *Geriatric Depression Scale*.

Tabela 3. Análise bivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, em relação às variáveis sociodemográficas. Recife, PE, 2015. (continua)

Variáveis	Dependência Grave		Dependência Moderada		Independência		Total		IC95%	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Faixa Etária										0,020
	Até 84 anos	20	25,0	41	51,3	19	23,8	80	100	(24,44;28,89)
	Mais de 84 a 90 anos	9	14,1	41	64,1	14	21,9	64	100	(17,89;24,78)
	Acima de 90 anos	13	46,4	11	38,3	4	14,3	28	100	(7,90; 10,76)
Sexo										0,688
	Masculino	7	20,6	18	52,9	9	26,5	34	100	(9,73;12,94)
	Feminino	35	25,4	75	54,3	28	20,3	138	100	(42,55;49,45)
Situação Conjugal										0,811
	Sem companheiro (a)	35	24,8	77	54,6	29	20,6	141	100	(43,48;50,52)
	Com companheiro (a)	7	22,6	16	51,6	8	25,8	31	100	(8,92;11,75)
Escolaridade										0,466
	Analfabeto	11	21,1	30	57,7	11	21,2	52	100	(14,90;19,77)
	1 a 4 anos	17	22,7	44	58,7	14	18,7	75	100	(21,95;28,05)
	Acima de 4 anos	14	31,1	19	42,2	12	26,7	45	100	(14,14;15,86)
Renda										0,177
	Até 1 salário mínimo	3	13,6	11	50,0	8	36,4	22	100	(5,95;8,71)
	Mais de 1 a 2 salários	31	23,5	75	56,8	26	19,7	132	100	(40,24;47,75)
	Mais de 2 a 4 salários	6	40,0	6	40,0	3	20,0	15	100	(4,28;5,71)
	Mais de 4 salários	2	66,7	1	33,3	0	0	3	100	(0,08;1,92)

Tabela 3. Análise bivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, em relação às variáveis sociodemográficas. Recife, PE, 2015. (conclusão)

CAPACIDADE FUNCIONAL										
Variáveis		Dependência Grave		Dependência Moderada		Independência		Total	IC95%	P
Raça/Cor										0,140
	Branca	25	36,2	31	44,9	13	18,8	69	100	(21,23;24,76)
	Preta	4	12,1	22	66,7	7	21,2	33	100	(8,31;13,68)
	Amarela	1	20	3	60	1	20	5	100	(0,84;2,49)
	Parda	12	18,5	37	56,9	16	24,6	65	100	(19,00;24,33)
Situação Previdenciária										0,079
	Aposentado (a)	28	23,9	65	55,6	24	20,5	117	100	(35,65;42,34)
	Aposentado (a) e Pensionista	5	62,5	3	37,5	0	0	8	100	(1,24;4,09)
	Pensionista	9	19,1	25	53,2	13	27,7	47	100	(13,72;17,61)

Utilizou-se o teste qui-quadrado, considerando o nível de significância $p < 0,05$.

Tabela 4. Análise bivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, em relação às variáveis clínicas. Recife, PE, 2015. (continua)

CAPACIDADE FUNCIONAL										
Condições Clínicas	Dependência Grave		Dependência Moderada		Independência		Total		IC95%	P
	N	%	N	%	N	%	N	%		
Comprometimento Cognitivo										0,008
Ausente	13	14,6	55	61,8	21	23,6	89	100	(25,88;33,44)	
Presente	29	34,9	38	45,8	16	19,3	83	100	(25,72;29,60)	
Situação Nutricional										<0,001
Normal	4	6,3	35	55,6	24	38,1	63	100	(17,83;24,16)	
Risco Nutricional	17	22,1	50	64,9	10	13,0	77	100	(21,77;29,56)	
Desnutrido	21	65,6	8	25,0	3	9,4	32	100	(8,03;13,29)	
Hipertensão Arterial										0,645
Ausente	13	28,3	25	54,3	8	17,4	46	100	(13,27;17,39)	
Presente	29	23,0	68	54,0	29	23,0	126	100	(38,78;45,21)	
Diabetes										0,546
Ausente	25	21,9	63	55,3	26	22,8	114	100	(34,75;41,24)	
Presente	17	29,3	30	51,7	11	19,0	58	100	(17,29;21,37)	
Doença Cardiovascular										0,548
Ausente	30	22,6	73	54,9	30	22,6	133	100	(40,88;47,77)	
Presente	12	30,8	20	51,3	7	17,9	39	100	(11,31;14,68)	

Tabela 4. Análise bivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, em relação às variáveis clínicas. Recife, PE, 2015. (continuação)

Condições Clínicas		CAPACIDADE FUNCIONAL								IC95%	P
		Dependência Grave		Dependência Moderada		Independência		Total			
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Osteoporose											
	Ausente	30	22,4	73	54,5	31	23,1	134	100	(41,27;48,05)	0,410
	Presente	12	31,6	20	52,6	6	15,8	38	100	(10,84;14,49)	
Osteoartrose											
	Ausente	32	23,7	74	54,8	29	21,5	135	100	(41,53;48,46)	0,907
	Presente	10	27,0	19	51,4	8	21,6	37	100	(10,79;13,87)	
Doença Neurológica											
	Ausente	22	15,3	87	60,4	35	24,3	144	100	(43,41;52,58)	<0,001
	Presente	20	71,4	6	21,4	2	7,1	28	100	(6,47;12,19)	
Doença Respiratória											
	Ausente	38	24,1	85	53,8	35	22,2	158	100	(49,09;56,23)	0,777
	Presente	4	28,6	8	57,1	2	14,3	14	100	(3,36;5,97)	
Neoplasia											
	Ausente	39	23,4	91	54,5	37	22,2	167	100	(51,87;59,45)	0,138
	Presente	3	60,0	2	40,0	0	0	5	100	(0,57;2,75)	
Depressão (GDS)*											
	Não se aplica	35	48,6	32	44,4	5	6,9	72	100	(20,88;27,11)	<0,001
	Ausente	3	8,1	27	73,0	7	18,9	37	100	(8,95;15,71)	
	Presente	4	6,3	34	54	25	39,7	63	100	(17,89;24,10)	

Tabela 4. Análise bivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, em relação às variáveis clínicas. Recife, PE, 2015 (conclusão)

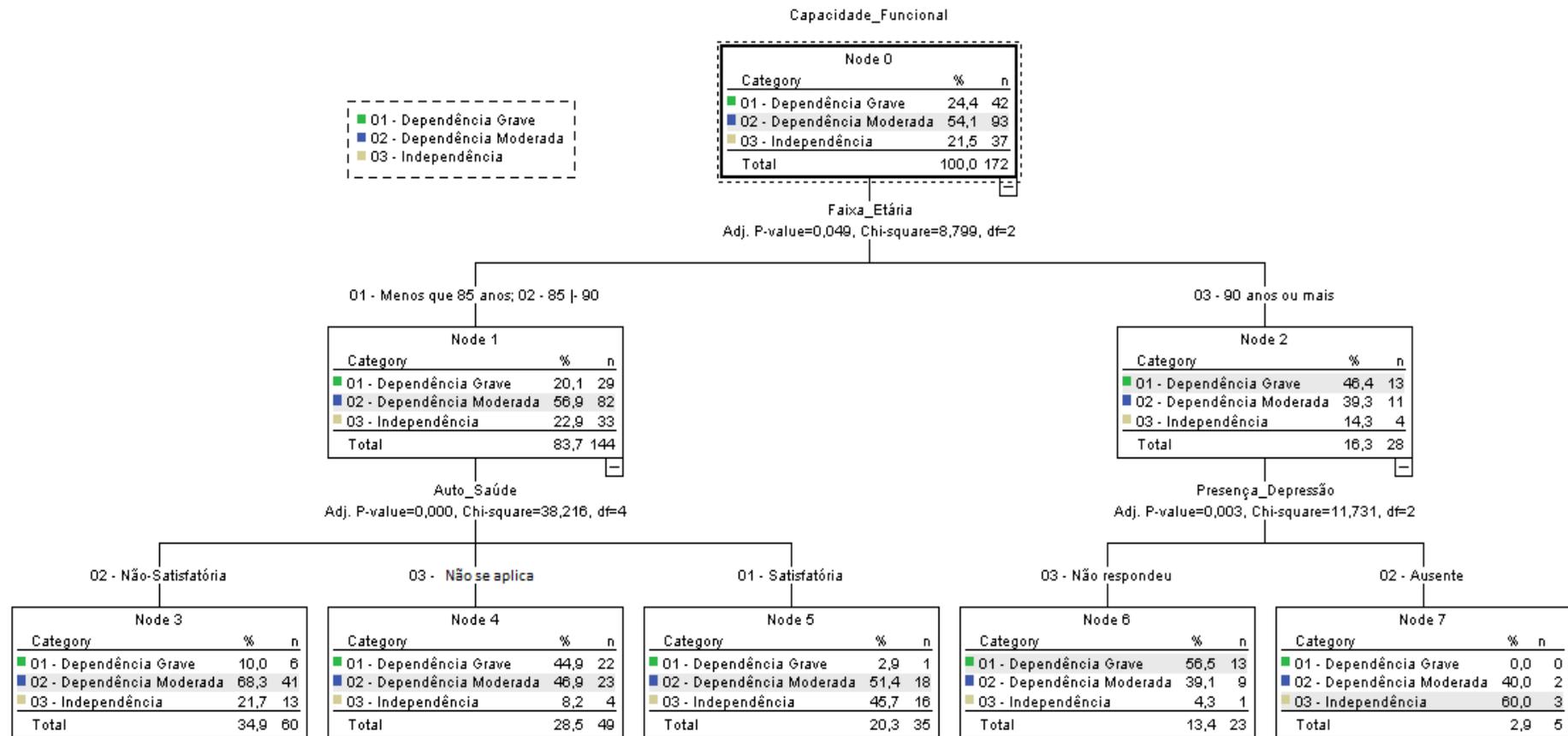
Condições Clínicas	Capacidade Funcional						Total	IC95%	P
	Dependência Grave		Dependência Moderada		Independência				
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Saúde Autopercebida*									<0,001
Não se aplica	35	48,6	32	44,4	5	6,9	72	100	(20,88;27,11)
Negativa	6	9,7	42	67,7	14	22,6	62	100	(16,82;24,50)
Positiva	1	2,6	19	50,0	18	47,4	38	100	(10,04;15,29)
Rede de Apoio Social*									0,032
Não se aplica	35	48,6	32	44,4	5	6,9	72	100	(20,88;27,11)
Rede de apoio insuficiente	2	7,7	21	80,8	3	11,5	26	100	(5,31;12,02)
Boa rede de apoio	5	6,8	40	54,1	29	39,2	74	100	(21,33;27,99)

Utilizou-se o teste quiquadrado, considerando o nível de significância $p < 0,05$.

GDS: *Geriatric Depressive Scale*

*72 indivíduos foram classificados com déficit cognitivo que os impediam de responder a esses instrumentos de avaliação.

Figura 1. Análise multivariada dos fatores associados à capacidade funcional de idosos longevos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do Recife, por meio da árvore de decisão utilizando o algoritmo *Exhaustive* CHAID. Recife, PE, 2015.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacidade funcional representa um importante indicador das condições de vida e saúde da pessoa idosa, avaliá-la permite ao profissional de saúde compreender como os mais velhos estão vivendo os anos adicionais ganhos com a longevidade. Na prática, a avaliação da funcionalidade ainda é um desafio, tendo em vista que na Atenção Primária à Saúde, a efetivação das medidas para a manutenção da capacidade funcional e estímulo ao envelhecimento ativo e saudável esbarram na escassez de profissionais especializados na atenção gerontogeriatrica.

No presente estudo, a prevalência de dependência funcional para AVD foi alta, o que pode estar relacionado às características da população predominantemente formada por mulheres, viúvos, com baixa escolaridade e renda, aposentados, com multimorbidades crônicas e dependentes da assistência à saúde prestada pelo SUS. Ter 80 anos ou mais, avaliar sua própria saúde de forma negativa e apresentar sintomas depressivos ocasionaram perdas funcionais na população estudada.

Diante deste panorama, torna-se essencial a formação permanente de profissionais do SUS quanto a avaliação da capacidade funcional e detecção de seus fatores associados, visando o planejamento de ações para além da atenção centrada no controle de doenças, priorizando medidas de promoção da saúde e prevenção de enfermidades e agravos, preservando a independência e a autonomia dos idosos, reduzindo custos com internações, conforme preconiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

REFERÊNCIAS

- ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007.
- ALVES, L.C.A.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o Método de Grade of Membership. **Cad Saúde Pública** v. 24, n. 3, p.535-546, 2008.
- ARAÚJO, D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, n. 21, v. 4, p. 533-538, 2012.
- ASSIS, M. Aspectos Sociais do Envelhecimento. In: SALDANHA, A.L.; CALDAS, C.P. **Saúde do idoso**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p.11.
- AZEREDO, Z; MATOS, E. Grau de dependência em doentes que sofreram AVC. **Revista da Faculdade de Medicina de Lisboa**, Lisboa, n. 3, v. 4, série 8, p.199-204, 2003.
- BARRETO, K.M.L. **Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde**: um estudo da população idosa. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- BEN-EZRA, M; SHMOTKIN, D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study. **J Am Geriatr Soc**. 2006, n. 54, v. 6, p.:906-911.
- BERTOLUCCI, P.H.; BRUCKI, S.M.; CAMPACCI, S.R.; JULIANO, Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. **Arq Neuropsiquiatr**, n. 52, v. 1, p. 1-7, 1994.
- BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 2.528, de 19 de outubro de 2006**. A prova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.
- BULGARELLI, A.F.; PINTO, I.C.; RODRIGUES JUNIOR, A.L.; MANCO, A.R.X. Estudo das queixas sobre saúde bucal em uma população de idosos na cidade de Ribeirão Preto - SP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, n. 2, v. 12, p. 175-191, 2009.

CAMARANO, A.A. O novo paradigma demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 12, p. 3446-3446, 2013.

_____. PASINATO, M.T. **Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina**. Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas. Rio de Janeiro, 2007.

CARNEIRO, T.V.; PROTASIO, A.P.L.; VALENÇA, A.M.G.; MORAES, R.M.M. Avaliação mediante árvore de decisão da qualidade do atendimento de pacientes oncológicos pediátricos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.38, n.4, p.882-896, 2014.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, 2003.

CASTANHARO, R.C.T.; WOLFF, L.D.G. O autocuidado sob a perspectiva da Terapia Ocupacional: análise da produção científica. **Cad. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 175-186, 2014.

CHAIMOWICZ, F (org). **Saúde do Idoso**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. 167 p.

CHUMLEA, W.C.; GUO, S.S.; STEINBAUGH, M.L. Prediction of stature from knee height for black and White adults and children with application to mobility impaired or handicapped persons. **Jornal of American Dietetic Association** n. 12, v. 94, p. 1385-1388, 1987.

CINCURA C; PONTES NETO, O.M.; NEVILLE, I.S. et al. Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: the role of cultural adaptation and structured interviewing. **Cerebrovascular Diseases**, New York, n. 2, v.27, 2009.

COUTINHO, L.A.C.R. Alterações nas atividades de vida diária no idoso ativo segundo o protocolo de medida de independência funcional. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, Rio de Janeiro, n. 6, v.4, 09-18, 2012.

CUNHA, F.C.M.; CINTRA, M.T.G.; CUNHA, L.C.M.; COUTO, E.A.B.; GIACOMIN, K.C. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, 2009.

DEL DUCA, G.F.; SILVA, M.C.; HALLAL, P.C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública** 2009;43(5):796-805.

DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRÃO, M.L. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 2, v.41, p.317-25, 2007.

DUARTE, E.C.; BARRETO, S.M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde** Brasília, v. 21, n. 4, 2012.

ERCOLE, F.F.; MELO, L.S.; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão integrativa versus revisão sistemática. **Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, n. 18, v. 1, p. 9-11, 2014.

EVANS, B.C.; CROGAN, N.L. Building a scientific base for nutrition care of hispanic nursing home residents. **Geriatric Nursing**, n. 27, p. 273-279, 2006.

FERREIRA, O.G.L.; MACIEL, S.C.; SILVA, A.O.; SÁ, R.C.N.; MOREIRA, M.A.S. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

FIEDLER, M.M.; PERES, K.G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, v. 2, p. 409-415, 2008.

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH, P.R. Mini-mental state: a practical method for reading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Philadelphia, v. 12, p. 189-98, 1975.

FRANCIULLI, S.E.; RICCI, N.A.; LEMOS, N.D.; CORDEIRO, R.C.; GAZOLLA, J.M. The geriatric day-care assistance mode: functional effects in a six month multidisciplinary health care program. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 12, v. 2, p. 373-380, 2007.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. População e perfil sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea, 2013.

GUEDES, D.V.; SILVA, K.C.A.; BANAHTO, E.F.C.; MOTA, M.M.P.E. Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. **HU Rev.**, Juiz de Fora, n. 33, v. 4, p. 105-111, 2007.

HASSE, M. O corpo e o envelhecimento: imagens, conceitos e representações. In: BARREIROS, J.; ESPANHA, M.; CORREIA, P. (Orgs.). **Atividade Física e Envelhecimento**, Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana, 2006.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I. Octogenários e cuidadores: perfil sócio-demográfico e correlação da variável qualidade de vida. **Texto contexto – Enfermagem**, Florianópolis, n. 2, v. 17, p. 350-357, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050. Revisão 2008.** Estimativas populacionais. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

_____. **Resultado do universo: características da população e domicílios**, Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf> Acesso em 8 out 2014

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro; 2010b. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/>> Acesso em 8 out 2014

_____. **Resultados preliminares do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro; 2012. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>> Acesso em 8 out 2014.

_____. **Projeção da população por sexo e idade: Brasil 2000-2060**. Unidades da federação 2000-2030. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

KAISER, MJ. et al. MNA-International Group. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): A practical tool for identification of nutritional status. **Journal of Nutrition Health and Aging**, New York, v.13, p. 782-788, 2009.

KALACHE, A. O Século do envelhecimento e sociedade que queremos construir. **Revista Direitos Humanos**, Brasília, v. 3, p. 30-35, 2009.

KATZ, S.; FORD, A.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of the American Medical Association**, n. 12, p. 914-919, 1963.

KUZNIER, T.P. **O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, n. 3, v. 9, p.179-186, 1969.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.12, n.27, p.795-807, 2008.

LIN, S.W.; CHEN, S.C. Parameter determination and feature selection for C4.5 algorithm using scatter search approach. **Soft Computing** v. 16, n. 1, p. 63-75, 2012.

LISBOA, C.R.; CHIANCA, T.M.C. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 3, v. 65, p. 482-488, 2012.

LUBBEN, J. Assessing social networks among elderly populations. **Family & Community Health**, v. 11, p. 42-52, 1988.

MACÊDO, A.M.L.; CERCHIARI, E.A.N.; ALVARENGA, R.M.; FACCENDA, O; OLIVEIRA, M.A.C. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 3, v.25, p.358-63, 2012.

MAHONEY, F.I., BARTHEL, D.W. Functional evaluation: the Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, Baltimore, n. 14, p. 61-65, 1965.

MARCHI, A.C.B.; SCHNEIDER, C.M.; OLIVEIRA, L.A. Implicações sociais na velhice e a depressão. **Unoesc & Ciência**, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 149-158, 2010.

MASON, A; LEE, R. **O envelhecimento da população e a economia geracional**: principais resultados. Organização das Nações Unidas. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. Santiago do Chile: ONU, 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, n. 17, v. 4, p. 758-764, 2008.

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

MINOSSO, J.S.M.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n. 2, v. 23, p. 218-223, 2010.

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

_____. **Avaliação multidimensional do idoso**: instrumentos de rastreio. Belo Horizonte: Folium, 2008.

NASCIMENTO, S.; LIMA, L.R.; VOLPE, C.R.G.; FUNGHETTO, S.S.; KARNIKOWISKI, M.G.O.; STIVAL, M.M. Ability of aged to perform activities of daily living: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v. 9, n.2, p. 1-5, 2010.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Einstein**, São Paulo, n. 6, supl. 1, p. S4-S6, 2008.

NERI, A.L.; RESENDE, M.C. Ajustamento psicológico e Perspectiva de velhice pessoal em adultos com deficiência física. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p.767-776, 2009.

NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**, v. 6, n. 1, 2010.

NOGUEIRA, S.L.; RIBEIRO, R.C.L.; ROSADO, L.E.F.P.L.; FRANCESCHINI, S.C.C.; RIBEIRO, A.Q.; PEREIRA, E.T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Rev. bras. fisioter.** São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Comissão Econômica para a América Latina e Caribe. **Envelhecimento e desenvolvimento em uma sociedade para todas as idades**. Santiago do Chile: ONU, 2007.

_____. **Assembleia Mundial sobre Envelhecimento**: resolução 39/125. Viena: ONU, 1982.

PARAHYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 4, v. 11, p. 967-974, 2006.

PORCIÚNCULA, R.C.R. **Perfil socioepidemiológico de idosos longevos em Recife, Nordeste do Brasil**. Recife. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RECIFE. **Plano Municipal de Saúde 2010/2013**. Secretaria Municipal de Saúde do Recife. Recife, 2009.

_____. Sistema de Informações de Atenção Básica. Recife, 2013.

_____. **Desenvolvimento humano no Recife**: Atlas municipal, 2005. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2005/>>. Acesso em 09 set 2014.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE - RIPSA. **Demografia e Saúde**: contribuições para análise da situação e tendências. Brasília. Organização Pan-americana da Saúde. 2009.

RIBEIRO, O.; TEIXEIRA, L.; DUARTE, N.; AZEVEDO, M.J.; ARAÚJO, L.; BARBOSA, S.; PAÚL, C. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.217-234, 2012.

RICCI, N.A.; KUBOTA, M.T.; CORDEIRO, R.C. Concordância de observações sobre capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 655-662, 2005.

ROSA, L.H.T. **Estudo dos fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos da comunidade de Barra Funda – RS, Brasil**. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica), Porto Alegre, 2007.

ROUGEMONT, F.R. Da longevidade à velhice. **Primeiros Estudos**, São Paulo, n. 2, p. 12-27, 2012.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

_____; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 6, v. 63, p. 1035-1039, 2010.

SANTOS, M.I.P.O; GRIEP, RH. Capacidade funcional de idosos atendidos em um programa do SUS em Belém (PA). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 18, p. 753-761, 2013.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SILVA, G.A.; MENEZES, A.M.; MONTEIRO, C.G.; BARRETO, S.M. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. In: VICTORA, C.G.; LEAL, M.C.; BARRETO, M.L.; SCHMIDT, M.I.; MONTEIRO, C.A. (org.). **Saúde no Brasil**. Série The Lancet. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

SHAH, S.; VANCLAY, F.; COOPER, B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. **Journal of Clinical Epidemiology**, Oxford, n. 8, v.42, p.703-709, 1989.

SILVA, A.H. **Idosos de ILPIs**: análise da capacidade funcional e aptidão funcional. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

TEIXEIRA, I.N.D.A.O.; NERI, A.L. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v.19, n.1, p.81-94, 2008.

VASCONCELOS, A.M.N.; GOMES, M.M.F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, n. 21, v. 4, p. 539-548, 2012.

VERAS, R.P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 231-238, 2012a.

_____. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 46, v. 6, p. 929-34, 2012b.

_____. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, n. 43, v. 3, p. 548-54, 2009.

YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.; ADEY, M. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res** v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

APÊNDICE A**ROTEIRO DE ENTREVISTA****QUESTIONÁRIO N° _____****A) DADOS PARA IDENTIFICAÇÃO**

01. Nome: _____	
02. N° do Prontuário: _____	Telefones: _____
Endereço: _____	
03. Em caso de comprometimento cognitivo, responsável por oferecer as informações (nome e parentesco): _____	
Entrevistador: _____	Data da entrevista: ____/____/____

B) DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS

04. Data de nascimento: ____/____/____	05. Idade (anos completos): _____
06. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	07. Situação conjugal: (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) ou tem companheiro (a) (3) Viúvo (a) (4) Separado (a) ou divorciado (a)
08. Qual a sua escolaridade? (anos de estudo com aprovação) (1) Analfabeto (2) 1-4 anos (3) 5-8 anos (4) 9-11 anos (5) Acima de 11 anos	09. Rendimento individual mensal: (1) Sem renda (2) Menos de 1 salário mínimo (até R\$ 724,00) (3) De 1-2 salários (de R\$ 724,00 a R\$ 1.448,00) (4) De 2-4 salários (de R\$ 1.448,00 a R\$ 2.896,00) (5) Mais de 4 salários (mais de R\$ 2.896,00)
10. Situação previdenciária: (1) Aposentado (2) Pensionista	

C) COMORBIDADES

11. DOENÇAS CRÔNICAS REGISTRADAS EM PRONTUÁRIO		
Hipertensão arterial sistêmica	(0) Ausente	(1) Presente
Diabetes	(0) Ausente	(1) Presente
Doenças cardiovasculares	(0) Ausente	(1) Presente
Osteoporose	(0) Ausente	(1) Presente
Osteoartrose	(0) Ausente	(1) Presente
Doenças neurológicas	(0) Ausente	(1) Presente
Doenças respiratórias	(0) Ausente	(1) Presente
Neoplasia	(0) Ausente	(1) Presente
Depressão	(0) Ausente	(1) Presente

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados**, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Márcia Carrera Campos Leal - Endereço para contato: Departamento de Medicina Social da UFPE - Av. Prof. Moraes Rego, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE. CEP: 50670-901, E-mail: marciacarrera@hotmail.com, Telefone: (81): 21268550.

Este Termo de Consentimento pode conter informações que o/a senhor/a não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte à pessoa que está lhe entrevistando para que o/a senhor/a esteja bem esclarecido (a) sobre sua participação na pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite em fazer parte do estudo, rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa o (a) Sr. (a) não será penalizado (a) de forma alguma. Também garantimos que o (a) Senhor (a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

O objetivo avaliar o envelhecimento bem-sucedido em idosos maiores de 80 anos assistidos na Atenção Básica e os fatores associados a esse envelhecimento. O (a) Sr. (a) responderá a uma entrevista sobre a sua condição física e emocional por meio de instrumento de avaliação da área de envelhecimento.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Porém, poderá trazer benefícios, como por exemplo, melhorias para a qualidade de vida do idoso, pois ajudará a aumentar os conhecimentos na área da assistência ao idoso não institucionalizado, além disso, durante a entrevista o senhor (a) poderá fazer perguntas e esclarecer suas dúvidas.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

As informações (entrevistas) serão armazenadas em armário particular, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada para participar desta pesquisa. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidos pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE C**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)**

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados**, como voluntário (a).

Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Impressão digital

Assinatura do participante ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:

Assinatura:

Nome:

Assinatura:

ANEXO A

D) ESCALA DE AVALIAÇÃO COGNITIVA

12. MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)**ORIENTAÇÃO:**

Dia da semana (1 ponto)
 Dia do mês (1 ponto)
 Mês (1 ponto)
 Ano (1 ponto)
 Hora aproximada (1 ponto)
 Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto)
 Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)
 Bairro ou rua próxima (1 ponto)
 Cidade (1 ponto)
 Estado (1 ponto)

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não correlacionadas, posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.
 Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente.
 1 ponto para cada cálculo correto.

EVOCAÇÃO

Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente.
 (1 ponto por palavra)

LINGUAGEM

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



Fonte: *Folstein, 1975*

Pontuação MEEM: _____	
12. Classificação de comprometimento cognitivo segundo escolaridade	
Analfabetos	Igual ou abaixo de 13
Baixa e média escolaridade (1-8 anos)	Igual ou abaixo de 18
Alta escolaridade	Igual ou abaixo de 26
Paciente atual: <input type="checkbox"/> Ausência de comprometimento cognitivo <input type="checkbox"/> Presença de comprometimento cognitivo Fonte: Bertolucci et al, 1994	

E) AVALIAÇÃO FUNCIONAL

13. ÍNDICE DE BARTHEL	
ALIMENTAÇÃO 0. Dependente. Necessita ser alimentado por outra pessoa. 5. Necessita de ajuda para cortar a carne, passar manteiga, porém, é capaz de comer sozinho. 10. Independente. Capaz de comer por si só em tempo razoável (<i>A comida pode ser preparada por outra pessoa</i>).	
BANHO 0. Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão. 5. Independente. Capaz de se lavar inteiro, de entrar e sair do banho sem ajuda e de fazê-lo sem que outra pessoa supervisione.	
HIGIENE PESSOAL 0. Dependente. Necessita alguma ajuda com o cuidado pessoal. 5. Independente. Realiza todas as atividades de higiene pessoal sem ajuda (barbear, dentes, rosto, cabelo).	
VESTIR-SE 0. Dependente. Necessita de alguma ajuda. 5. Necessita ajuda, mas consegue fazer uma parte sozinho. 10. Independente. Capaz de vestir-se e despir-se sem ajuda (incluindo botões, zíper, laço, etc.).	
INTESTINO 0. Incontinente (ou necessita de enemas). Mais de um episódio semanal de incontinência. 5. Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana). 10. Contínente (não apresenta episódios de incontinência).	

<p>SISTEMA URINÁRIO 0. Incontinente ou cateterizado. 5. Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 h). 10. Contínente (por mais de 7 dias).</p>	
<p>USO DO SANITÁRIO 0. Dependente. 5. Necessita ajuda parcial, mas consegue fazer algumas coisas sozinho. 10. Independente (senta-se, levanta-se, penteia-se, limpa-se, veste-se sem ajuda).</p>	
<p>TRANSFERÊNCIA (<i>cadeira-cama e vice e versa</i>) 0. Incapaz. Não tem equilíbrio para manter-se sentado. 5. Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), consegue sentar-se. 10. Pouca ajuda (verbal ou física) 15. Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas).</p>	
<p>MOBILIDADE (<i>deambulação em superfícies planas</i>) 0. Imóvel. 5. Independente na cadeira de rodas, incluindo os cantos. 10. Caminha com a ajuda (verbal ou física) de uma pessoa. 15. Independente (mas pode utilizar qualquer auxiliar da locomoção, ex: bengala, muleta, andador).</p>	
<p>ESCADAS 0. Incapaz. 5. Necessita ajuda (verbal ou física) ou supervisão. 10. Independente (Sobe/desce escadas com apoio do corrimão ou dispositivos auxiliares da marcha, ex: bengala, muleta).</p> <p>Fonte: <i>Mahoney & Barthel, 1965</i></p>	

Pontuação: _____	
13. Classificação da capacidade funcional	
Dependência total	() entre 0-20
Dependência grave	() entre 21-60
Dependência moderada	() entre 61-90
Dependência leve	() entre 91-99
Independência	() 100

Fonte: *Azaredo & Matos, 2003.*

F) AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

15. MINI-AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN) – VERSÃO BREVE	
<p>A) Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido à perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?</p> <p>0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão</p>	
<p>B) Perda de peso nos últimos 3 meses</p> <p>0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso</p>	
<p>C) Mobilidade</p> <p>0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula, mas não é capaz de sair de casa 2 = normal</p>	
<p>D) Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses?</p> <p>0 = sim 2 = não</p>	
<p>E) Problemas neuropsicológicos</p> <p>0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos</p>	
<p>F1) Índice de Massa Corporal (IMC = peso [kg] / estatura [m²]):</p> <p>0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23</p>	
<p>SE O CÁLCULO DO IMC NÃO FOR POSSÍVEL, SUBSTITUIR A QUESTÃO F1 PELA F2. NÃO PREENCHA A QUESTÃO F2 SE A QUESTÃO F1 JÁ TIVER SIDO COMPLETADA.</p> <p>F2) Circunferência da Panturrilha (CP) em cm</p> <p>0 = CP menor que 31 3 = CP maior ou igual a 31</p> <p>Fonte: <i>Kaiser, 2009</i></p>	

15. Pontuação: _____	
Estado nutricional normal	() 12-14 pontos
Risco nutricional	() 8-11 pontos
Desnutrição	() ≤ 7 pontos

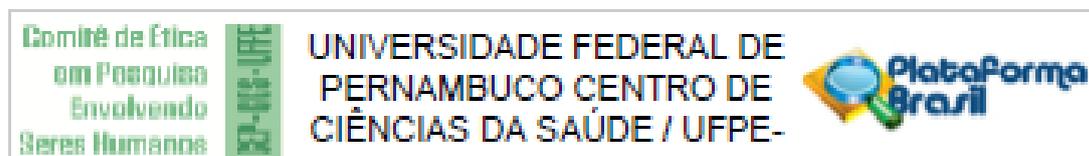
G) ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

16. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS	
As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento.	
INSTRUÇÕES: Para cada questão, escolha a opção que mais se assemelha ao que você está sentindo nas últimas semanas.	
1. Você está basicamente satisfeito com sua vida?	Sim () Não ()
2. Você se aborrece com frequência?	Sim () Não ()
3. Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	Sim () Não ()
4. Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim () Não ()
5. Você sente que sua situação não tem saída?	Sim () Não ()
6. Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	Sim () Não ()
7. Você acha que sua situação é sem esperanças?	Sim () Não ()
8. Você acha maravilhoso estar vivo?	Sim () Não ()
9. Você sente que sua vida está vazia?	Sim () Não ()
10. Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	Sim () Não ()
11. Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	Sim () Não ()
12. Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	Sim () Não ()
13. Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	Sim () Não ()
14. Você se sente cheio de energia?	Sim () Não ()
15. Você se sente feliz a maior parte do tempo?	Sim () Não ()
TOTAL DE RESPOSTAS EM NEGRITO:	

Classificação:	
Ausência de depressão	() menor que 5
Depressão menor	() entre 5 e 10
Depressão maior	() a cima de 10

Fonte: Yesavage, 1983.

ANEXO B



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO EM IDOSOS LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS

Pesquisador: Márcia Câmara Campos Leal

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34900514.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 818.705

Data da Relatoria: 10/10/2014

Apresentação do Projeto:

Indicado no relatório inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado no relatório inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado no relatório inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado no relatório inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado no relatório inicial.

Recomendações:

s/recomendação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.745-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2128-8588 E-mail: cepc@ufpe.br

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
--	---	---	---

Continuação do Parecer: 818.705

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer do protocolo em questão e o pesquisador está autorizado para iniciar a coleta de dados.

Projeto foi avaliado e sua **APROVAÇÃO** definitiva será dada, após a entrega do relatório final, na **PLATAFORMA BRASIL**, através de "Notificação" e, após apreciação, será emitido Parecer Consubstanciado.

RECIFE, 03 de Outubro de 2014

Assinado por:

GERALDO BOSCO LINDOSO GOUTO
(Coordenador)

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS	
Bairro: Cidade Universitária	CEP: 50.740-600
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2128-8588	E-mail: cepcos@ufpe.br

ANEXO C



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Maria de Fátima Lima Knappe, Edson Rios D'Angelo, Antonio Carlos Moura de Albuquerque Melo e Jaqueline Maria de França** mestrandas/os em gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e **Maria Gabrielle Santos Nunes e Sarah de Souza Mendonça** mestrandas em saúde pública da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE a desenvolverem pesquisa no Distrito Sanitário IV, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Envelhecimento bem-sucedido em idosos longevos e fatores associados," sendo orientadas/os por **Márcia Camra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo e Carla Cabral dos Santos Accioly Lins**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em Compact Disk (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 26 de setembro de 2014.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DCE/S40TES/SES/DFCR
Município de Recife, PE, Brasil

