UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

NATÁLIA MINTO GODINHO BENEDETTI

Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial

Ribeirão Preto
2013

NATÁLIA MINTO GODINHO BENEDETTI

Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Idoso

Orientadora: Profa. Dra. Sueli Marques

Ribeirão Preto
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

BENEDETTI, NATÁLIA MINTO GODINHO

Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial/Natália Minto Godinho Benedetti; orientador: Sueli Marques - Ribeirão Preto, 2013.

164 p. : il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental

Orientador: Sueli Marques

1. Idoso. 2. Doenças Crônicas. 3. Autocuidado. 4. Terapia Ocupacional

Benedetti, Natália Minto Godinho

Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação
Enfermagem Fundamental.

Aprovado em:

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

Prof. Dr. _____
Instituição: _____

AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente **a Deus**, por sempre me direcionar o caminho certo a seguir, por nunca permitir que minha fé e esperança se acabassem, colocando ao meu lado amigos de luz.*

*À minha mãe, **Sônia Regina Minto**, por me ensinar todos os valores que hoje trago comigo, sempre se mostrando uma mulher guerreira, exemplo de força em minha vida.*

*À minha irmã, **Bruna Minto do Carmo**, por me mostrar o lado bom e fácil das coisas, por ser minha grande companheira nesta existência.*

*Ao **Ênio Luiz do Carmo**, por fazer parte da história de nossa família de maneira tão divertida e verdadeira, tornando-se uma pessoa muito querida.*

*Ao meu marido, **Maurício Benedetti**, por tudo o que me proporciona, pelo amor de todos os dias, pela segurança de estar ao seu lado, pela amizade e companheirismo. Seu apoio e carinho foram imprescindíveis. Obrigada pela oprotunidade de caminharmos juntos.*

*Aos meus maiores tesouros, meus filhos, **Helena Minto Benedetti e Pedro Minto Benedetti**, por me presentearem com suas existências, por me proporcionarem a oportunidade de ser mãe e desfrutar da melhor sensação do mundo. Vocês são minha vida.*

*À **Miriam Ap. Benedetti**, minha sogra, pelo apoio incondicional de todas as horas.*

*À minha orientadora **Prof. Dra. Sueli Marques**, por me receber e orientar com tanta paciência e transmitir segurança sempre. Agradeço pelos ensinamentos que adquiri e por, muitas vezes, acreditar mais em mim do que eu própria. A essência de toda vivência que tive nesse período me acompanhará ao longo da minha jornada profissional.*

*Aos **idosos** que participaram do estudo, pela disponibilidade e auxílio, reforçando meu respeito, carinho e prazer de trabalhar com os mais velhos.*

*Aos geriatras responsáveis pelos ambulatórios, locais de estudo, **Dr. Eduardo Ferrioli, Dr. Paulo Fernandes Formighieri, Dr. Silvio Ramos Bernardes da Silva Filho e Dr. Eduardo Borges de Oliveira**, toda a colaboração foi essencial para a realização deste trabalho.*

"Bom mesmo é ir à luta com determinação,
abraçar a vida com paixão,
perder com classe e vencer com ousadia,
pois o triunfo pertence a quem se atreve...
E a vida é muito para ser insignificante".
(Charles Chaplin)

RESUMO

BENEDETTI, N. M. G. **Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial**. 2013. 164 f Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Com o processo de transição demográfica vem ocorrendo o crescimento da população idosa e, consequentemente, mudanças no perfil epidemiológico, caracterizado pela alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que podem comprometer o desempenho para as atividades cotidianas, especialmente, a capacidade para o autocuidado, gerando prejuízos para a autonomia e dependência, fatores que refletem negativamente em todos os âmbitos da vida do idoso. Assim, os objetivos deste estudo foram: caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial, segundo variáveis sociodemográficas, arranjo e suporte familiar; identificar a capacidade cognitiva; identificar a capacidade para o autocuidado e verificar a associação entre a capacidade para o autocuidado e as variáveis sociodemograficas e cognição. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, transversal e exploratório. Realizado com idosos atendidos em dois Ambulatórios de Geriatria, de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista. Para a coleta de dados utilizou-se o Mini Exame do estado Mental, a Classificação de Idosos quanto a Capacidade para o Autocuidado e uma ficha de dados complementares. Participaram do estudo 117 idosos; média de idade 79,8 anos; 75,2% eram mulheres; 54,7% sabiam ler/escrever informalmente ou possuía o primário incompleto; 77,8% eram aposentados e 63,2% procedentes da cidade de Ribeirão Preto. Quanto ao arranjo familiar e potencial de rede de suporte 13,7% viviam com cônjuge/filhos(as) e 12,8% viviam sozinhos, 10,3% com o cônjuge e 8,5% com filhos(as)/netos(as)/genro/nora; 26,5% relacionavam-se com os filhos de uma a duas vezes por semana e 25,6% quase todos os dias. Em caso de doença 93,1% referiram possuir alguém que cuide, sendo que 71,8% indicaram as filhas; o número médio de doenças foi de 4,4; as mais prevalentes foram, hipertensão arterial (74,3%), dislipidemias (37,6%), osteoporose (35,9%), demências (34,2%) e diabetes mellitus (27,3%). Quanto a avaliação cognitiva, 79,5% possuíam déficit cognitivo. No que se refere ao autocuidado, 71,1% dos idosos do ambulatório I apresentaram dificuldades tanto para o desempenho das atividades básicas da vida diária (ABVDs) quanto para as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), no entanto, verificou-se maior necessidade de ajuda para a realização das AIVDs para os idosos de ambos os ambulatórios estudados. As ABVDs que os idosos mais requeriam ajuda foram, banho (45,3%), cuidados com pele/cabelos/unhas/dentes/face (47,0%) e vestuário (47,0%); as atividades mais compensadas com estratégias para minimizar as dificuldades foram, continência (32,5%) e locomoção (37,6%). Para as AIVDs, 55,5% necessitavam de ajuda para tomar medicamentos e 50,4% nas tarefas domésticas; somente 9,4% compensam a atividade de tomar medicação, ou seja, os participantes adotaram mais práticas de compensação para as ABVDs do que para as AIVDs. Conhecer a capacidade de autocuidado dos idosos possibilita aos profissionais de saúde, em especial ao terapeuta ocupacional, o planejamento de intervenções voltadas tanto para os idosos quanto para os cuidadores, com a finalidade de prevenir, melhorar ou recuperar práticas de autocuidado prejudicadas, otimizando a qualidade de vida de ambos.

Descritores: Idoso, Doenças Crônicas, Autocuidado, Terapia Ocupacional,

ABSTRACT

BENEDETTI, N. M. G. **Self-Care Ability of Elderly Patients in Outpatient Care**. 2013. 164 p. Master's Thesis. Univerity of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2013.

The demographic transition process has entailed the growth of the elderly population and, consequently, changes in the epidemiological profile, characterized by the high prevalence of non-transmissible chronic conditions that can compromise the performance of daily activities, especially the self-care ability, impairing the autonomy and dependence, which are factors that negatively influence all spheres of these people's lives. Hence, the objectives in this study were: to characterize the elderly people in outpatient care according to sociodemographic variables, family arrangement and support; to identify the cognitive ability; to identify the self-care ability and verify the association between the self-care ability and the sociodemographic and cognitive variables. A quantitative, descriptive, cross-sectional and exploratory study was undertaken. The participants were elderly patients attended at two Geriatric outpatient clinics of a Tertiary General Hospital in the interior of the State of São Paulo, Brazil. To collect the data, the Mini-Mental State Examination, the Self-Care Ability Classification of Elderly and a complementary data form were used. In total, 117 elderly participated, with a mean age of 79.8 years, 75.2% women; 54.7% were able to read/write informally or had not finished their primary education; 77.8% were retired and 63.2% came from the city of Ribeirão Preto. As to the family arrangement and potential support network, 13.7% lived with their partner/children and 12.8% alone, 10.3% with their partner and 8.5% with children/grandchildren/son-in-law/daughter-in-law; 26.5% interacted with their children once or twice per week and 25.6% almost every day. In case of illness, 93.1% indicated having a caregiver, 71.8% indicating their daughter; the mean number of illnesses was 4.4; the most prevalent conditions were arterial hypertension (74.3%), dyslipidemias (37.6%), osteoporosis (35.9%), dementias (34.2%) and diabetes mellitus (27.3%). In the cognitive assessment, 79.5% had a cognitive deficit. As regards self-care, 71.1% of the elderly at outpatient clinic I experienced difficulties to perform the basic activities of daily living (BADLs) as well as the instrumental activities of daily living (IADLs), although it was verified that the elderly at both outpatient clinics under study needed more help to perform the IADLs. The BADLs the elderly most needed help with were bathing (45.3%), care for skin/hair/nails/teeth/face (47.0%) and dressing (47.0%); the activities that were most compensated for through strategies to minimize the difficulties were continence (32.5%) and locomotion (37.6%). For the IADLs, 55.5% needed help with medication intake and 50.4% with housework; only 9.4% compensated for the medication intake, that is, the participants adopted more compensation practices for the BADLs than for the IADLs. Knowing the elderly patients' self-care ability allows health professionals, especially occupational therapists, to plan interventions focused on the elderly as well as their caregivers, with a view to preventing, improving or recovering impaired self-care practices, thus optimizing both groups' quality of life.

Descriptors: Aged, Chronic Disease, Self-care, Occupational Therapy

RESUMEN

BENEDETTI, N. M. G. **Capacidad para el Autocuidado de Ancianos en Atención Ambulatoria**. 2013. 164 h. Disertación (Maestría) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

El proceso de transición demográfica viene acompañado por el crecimiento de la población anciana y, consecuentemente, cambios en el perfil epidemiológico, caracterizado por la alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles que pueden comprometer el desempeño para las actividades cotidianas, especialmente la capacidad para el autocuidado, perjudicando la autonomía y dependencia, factores que influyen negativamente en todos los ámbitos de la vida del anciano. Así, las finalidades de este estudio fueron: caracterizar los ancianos en atención ambulatoria, según variables sociodemográficas, arreglo y soporte familiar; identificar la capacidad cognitiva; identificar la capacidad para el autocuidado y verificar la asociación entre la capacidad para el autocuidado y las variables sociodemográficas y cognición. Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, trasversal y exploratorio. Desarrollado con ancianos atendidos en dos Ambulatorios de Geriatría, de un Hospital General Terciario del interior del Estado de São Paulo, Brasil. Para recolectar los datos fueron utilizados el Mini Examen del Estado Mental, la Clasificación de Ancianos respecto a la Capacidad para el Autocuidado y una ficha de datos complementares. Participaron del estudio 117 ancianos; edad media 79,8 años; 75,2% era mujer; 54,7% sabía leer/escribir informalmente o poseía el primario incompleto; 77,8% era jubilado y 63,2% procedente de la ciudad de Ribeirão Preto. Respecto al arreglo familiar y potencial de red de soporte, 13,7% vivía con pareja/hijos(as) y 12,8% vivía solo, 10,3% con la pareja y 8,5% con hijos(as)/netos(as)/yerno/nuera; 26,5% se relacionaba con los hijos de una o dos veces por semana y 25,6% casi todos los días. En caso de enfermedad, 93,1% refirió tener alguien que cuida, siendo que 71,8% indicó las hijas; el número medio de enfermedades fue 4,4; las más prevalentes fueron hipertensión arterial (74,3%), dislipidemias (37,6%), osteoporosis (35,9%), demencias (34,2%) y diabetes mellitus (27,3%). Respecto a la evaluación cognitiva, 79,5% poseía déficit cognitivo. Con relación al autocuidado, 71,1% de los ancianos del ambulatorio I presentaron dificultades tanto para el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (ABVDs) como para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs), pero se verificó mayor necesidad de ayuda para la práctica de las AIVDs para los ancianos de ambos ambulatorios estudiados. Las ABVDs que los ancianos más requerían ayuda fueron baño (45,3%), cuidados con piel/cabellos/uñas/dientes/faz (47,0%) y vestuario (47,0%); las actividades más compensadas con estrategias para minimizar las dificultades fueron continencia (32,5%) y locomoción (37,6%). Para las AIVDs, 55,5% necesitaba de ayuda para tomar medicamentos y 50,4% en las tareas domésticas; solamente 9,4% compensa la actividad de tomar medicación, o sea, los participantes adoptaron más prácticas de compensación para las ABVDs que para las AIVDs. Conocer la capacidad de autocuidado de los ancianos posibilita a los profesionales de salud, especialmente al terapeuta ocupacional, planificar intervenciones orientados tanto a los ancianos como a los cuidadores, con objeto de prevenir, mejorar o recuperar prácticas de autocuidado perjudicadas, optimizando la calidad de vida de ambos.

Descriptores: Anciano, Enfermedad Crónica, Autocuidado, Terapia Ocupacional,

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Pontuação atribuída ao idoso segundo nível funcional..... 56

Quadro 2 Descrição das estratégias utilizadas pelos idosos para compensar as dificuldades no desempenho para as AVDs..... 81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade-Brasil-1991/2010..... 19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo as variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto, 2013..... 61

Tabela 2 Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo a principal atividade profissional exercida anteriormente, Ribeirão Preto, 2013..... 62

Tabela3 Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo a procedência dos recursos financeiros atuais, Ribeirão Preto, 2013..... 63

Tabela 4 Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo o arranjo doméstico e familiar e potencial rede de suporte, Ribeirão Preto, 2013..... 64

Tabela 5 Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo a frequência com que se relacionavam com filhos, vizinhos, amigos, associações/grupos/instituições e outros parentes, Ribeirão Preto, 2013..... 65

Tabela 6 Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo o grau de satisfação com a frequência dos relacionamentos, Ribeirão Preto, 2013..... 66

Tabela 7 Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo o grau de satisfação com o relacionamento com as pessoas da família que residiam com o idoso, as que não residiam, com amigos e vizinhos. Ribeirão Preto, 2013..... 66

Tabela 8 Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo as pessoas que cuidavam deles em caso de doença, Ribeirão Preto, 2013..... 67

Tabela 9 Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo as doenças diagnosticadas e registradas nos prontuários médicos, Ribeirão Preto, 2013..... 68

Tabela 10 Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, de acordo com a avaliação cognitiva pelo MEEM, segundo as variáveis idade, sexo, avaliação da memória atual e avaliação da memória comparada há um ano atrás, Ribeirão Preto, 2013..... 70

Tabela 11 Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por frequência, grau de importância e satisfação, segundo as ABVDs, AIVDs, tipos de lazer, trabalho remunerado e não remunerado, Ribeirão Preto, 2013..... 73

Tabela 12 Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo a variação de pontos observados, média e desvio-padrão para as AVDs, Ribeirão Preto, 2013..... 77

Tabela 13 Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo níveis de dificuldade para as ABVDs e AIVDs, Ribeirão Preto, 2013..... 79

Tabela 14 Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo as pessoas que ajudam o idoso na realização das AVDs, Ribeirão Preto, 2013..... 82

Tabela 15 Associação entre a variável dificuldade para as ABVDs e as varáveis faixa etária, sexo e avaliação da memória atual, dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, Ribeirão Preto, 2013..... 84

Tabela 16 Associação entre a variável dificuldade para as AIVDs e as varáveis faixa etária, sexo e avaliação da memória atual, dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, Ribeirão Preto, 2013..... 86

Tabela 17 Associação entre a variável déficit cognitivo e as varáveis pessoa que ajuda o idoso nas atividades cotidianas, dificuldades para as ABVDs e AIVDs, dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, Ribeirão Preto, 2013..... 88

LISTA DE SIGLAS

AAVDs	Atividades Avançadas da Vida Diária
ABVDs	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVDs	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AOTA	American Occupational Therapy Association
AVDs	Atividades de Vida Diária
CICAc	Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado
CID 10	Classificação Internacional de Doenças
DCNT	Doenças Crônicas não Trasmissíveis
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estastística
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MPAS	Ministèrio da Previdência e Assistência Social
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SABE	Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TO	Terapia Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO..... 15
1.1 Envelhecimento humano e populacional..... 16
1.2 Doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades..... 23
1.3 Instrumentos de avaliação do idoso..... 27
1.4 Políticas de saúde para o idoso..... 35
1.5 Autocuidado e envelhecimento..... 40
1.6 O papel da terapia ocupacional no envelhecimento..... 46

2. OBJETIVOS..... 50

3. MATERIAL E MÉTODO..... 52
3.1 Delineamento do estudo..... 53
3.2 Local do estudo..... 53
3.3 População e amostra..... 54
3.4 Coleta de dados..... 54
3.4.1 Pré-teste..... 57
3.4.2 Entrevistas..... 58
3.5 Análise dos Dados 58
3.6 Aspectos éticos..... 59

4. RESULTADOS..... 60
4.1 Características sociodemográficas dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria..... 61
4.2 Características do arranjo doméstico e familiar e potencial rede de suporte dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria..... 63
4.3 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo..... 69
4.4 Características relacionadas à capacidade de autocuidado dos idosos participantes do estudo, para as atividades de vida diária.. 72
4.5 Apresentação das associações entre as varáveis estudadas..... 83

5. DISCUSSÃO..... 90
5.1 Características sociodemográficas dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria..... 91
5.2 Características do arranjo doméstico e familiar e potencial rede de suporte dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria 96
5.3 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo..... 106
5.4 Características relacionadas à capacidade de autocuidado dos idosos participantes do estudo, para as atividades de vida diária 107

6. CONCLUSÕES..... 118

REFERENCIAS..... 123

APÊNDICES..... 148

ANEXOS..... 153

1. INTRODUÇÃO

1.1 Envelhecimento humano e populacional

O envelhecimento humano é um processo de transformações do organismo caracterizado por mudanças biopsicossociais e culturais que se iniciam antes da velhice propriamente dita, é um processo continuo da vida humana (CAMPELO E PAIVA; CARVALHO; LUNA, 2007). Pode ser considerado como dinâmico e progressivo, conceituado como um conjunto de modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas, que perduram até o último ciclo da vida, a velhice. Contudo, esta fase resulta da interação entre aspectos sociais, saúde física e mental, independência para as tarefas da vida diária, suporte familiar e independência econômica (PAPALÉO NETTO, 2006; FARINASSO et al.; 2006).

Para Caldas (2003) o envelhecimento humano configura-se como senescência, ou seja, processo em que as mudanças nas funções orgânicas acontecem de forma gradual e o individuo mantém suas capacidades físicas e mentais preservadas frente às mudanças ocorridas. Já quando ocorrem perdas que afetam expressivamente a vida do idoso, esse processo é denominado senilidade, que por sua vez, é o conjunto de alterações decorrentes de situações de doenças que podem acompanhar o individuo ao longo deste processo (FARFEL, 2008).

Pereira et al. (2004) mencionam que o processo de envelhecer depende significativamente do estilo de vida do individuo e não é uniforme, pois conforme os aspectos biológicos e fisiológicos apresentam modificações, estes são particulares a cada pessoa. É nesse contexto que emergem experiências e características próprias e peculiares, resultantes da trajetória de vida, algumas têm maior dimensão e complexidade que outras, integrando assim a formação do indivíduo idoso (MENDES, 2005).

Apesar de não haver um marcador biológico preciso que demonstre quando o envelhecimento de fato se inicia, a idade cronológica é um fator importante a ser considerado no contexto do envelhecimento, pois mensura a passagem do tempo decorrido em dias, meses e anos desde o nascimento, e nela são fixadas propriedades que podem ser medidas e contadas (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Por meio da idade a pessoa passa a ter direitos como a aposentadoria, às políticas

de saúde destinadas aos idosos, a lugares preferenciais, entre outros. Ainda, de acordo com Schneider e Irigaray, (2008) o conceito de idade é multidimensional, uma vez que existem variações quanto ao estado de saúde, à participação social, aos aspectos psicológicos e níveis de independência entre os idosos que possuem a mesma idade, ou seja, a idade cronológica em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo.

De acordo com Sequeira e Silva (2002) a mesma idade cronológica pode comportar particularidades distintas quanto ao envelhecimento entre os indivíduos, ou seja, enquanto uns tendem a apresentar padrões habituais do processo de envelhecimento que refletem em prejuízo na vida cotidiana devido as alterações biopsicossociais, outros tendem a alcançar um elevado nível de funcionalidade nestes aspectos, mesmo com a presença de algumas mudanças próprias do envelhecimento. Acrescentam, que essas diferenças podem ser explicadas pela combinação de fatores internos (genéticos, pessoais e comportamentais) e externos (ambientais e sociais).

Ao conceituar o termo idoso a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1974) considera a idade e o grau de desenvolvimento do país, determinando assim, para países desenvolvidos, o limite de 65 anos ou mais de idade, e para os países em desenvolvimento, 60 anos ou mais. Neste sentido, especialistas da área do envelhecimento classificam os idosos em três grupos: os idosos jovens (65 a 74 anos), idosos velhos (75 a 84 anos) e idosos mais velhos (85 anos ou mais) (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Embora esta categorização seja usual, cada vez mais as pesquisas revelam que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea.

A população vem envelhecendo de modo crescente em todo o mundo, e este fenômeno é resultante de um processo gradual de transição demográfica (LITVOC, 2004), e em conjunto com as transformações epidemiológicas configura-se como um dos mais importantes acontecimentos do século XX, conhecido como envelhecimento populacional, que pode ser definido como as modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte, que caracterizam uma população (CHAIMOWICZ, 2005).

As mudanças sociais, culturais e econômicas são fatores que contribuem para esse cenário e se relacionam, também, ao aumento da expectativa de vida da

população, acompanhada pela diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, caracterizando-se como transição demográfica. (CAMARANO; KANSO, 2010; KALACHE, 2008).

Nos países desenvolvidos a transição demográfica aconteceu de forma gradual acompanhada de crescimento socioeconômico constante durante muitas décadas e gerações, decorrente da urbanização das cidades, melhores condições sanitárias e de higiene ambiental (KALACHE, 2008; VERAS, 2009). Nos países em desenvolvimento esse processo vem acontecendo em menor espaço de tempo e em meio a um incremento socioeconômico precário (KALACHE; KELLER, 2000).

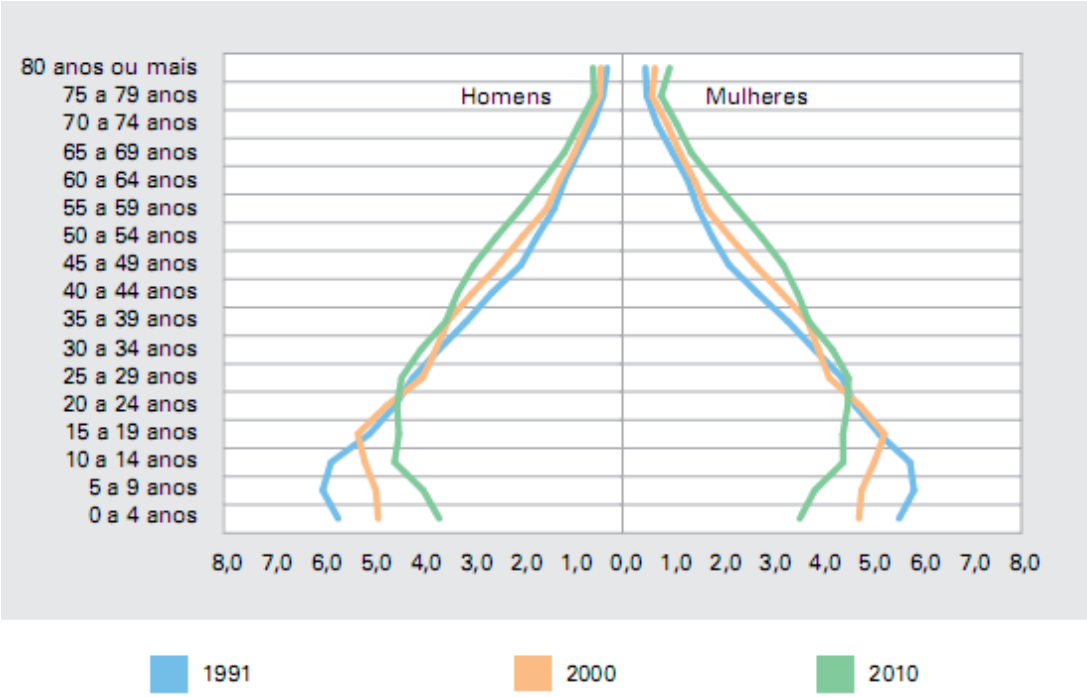
No Brasil o envelhecimento populacional é resultado, sobretudo do intenso movimento migratório iniciado na década dos anos 60, reforçado pela industrialização que possibilitou maior acesso da população ao serviço de saúde e saneamento, colaborando para a diminuição do índice de mortalidade (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2005).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2009), o número de pessoas com 60 anos ou mais no mundo em 2006 era de 650 milhões, e estima-se que para 2025 esse número alcance 1,2 bilhões de pessoas idosas, chegando a 2 bilhões em 2050.

O ritmo de crescimento da população idosa no Brasil tem sido sistemático e consistente, como demonstra a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2009), segundo a qual no ano de 1999 havia um total de 6,4 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (3,9% da população total), enquanto que em 2009 a população atingiu um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

Ao analisar as três pirâmides etárias relativas aos anos de 1991, 2000 e 2010 (Gráfico 1), verifica-se importantes mudanças ocorridas na estrutura etária da população residente no país nas duas últimas décadas; o acentuado estreitamento da base ao mesmo tempo em que o ápice se torna cada vez mais largo, decorre do contínuo declínio dos níveis de fecundidade e, em menor parte, da queda da mortalidade no período (IBGE, 2010).

.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

Gráfico 1 - Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade-Brasil-1991/2010

Os Estados com maior número de idosos residentes são o Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Distrito Federal e São Paulo, sendo considerados os mais "envelhecidos" do país. O Estado de São Paulo, em 2009, possuía 4.771.436 idosos, o que correspondia a 11,6% do total da população residente, 41.262.199 habitantes (IBGE, 2010).

A cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, no mesmo período, apresentava 604.682 habitantes e a população com 60 anos ou mais de idade era equivalente a 12,6% deste total, ou seja, 76.272 idosos (IBGE, 2010).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU, 2009), entre os anos de 2000 e 2005, dentre os diversos países em desenvolvimento, o Brasil apresentou um crescimento acelerado do número de idosos velhos, mais especificamente dos 80 aos 84 anos de idade. Essa população deverá apresentar as maiores taxas de crescimento, 4,3% ao ano em 2020, passando a representar

aproximadamente 16% da população idosa (CARVALHO; WONG, 2008).

A expectativa de vida, no ano de 2009, em países como Estados Unidos e Japão era de 79,2 e 82,2 respectivamente; já no Brasil a expectativa de vida no mesmo ano era de 73,5 anos e, segundo projeções do IBGE (2010) em 2050 alcançará o patamar de 81,29 anos. A expectativa de vida ao nascer para o sexo feminino é maior em relação à do sexo masculino; enquanto a dos homens é de 69,73 anos, a das mulheres é de 77,32 anos, uma diferença de 7,59 anos (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional traz repercussões nos âmbitos demográfico, econômico, social e cultural (CHAIMOVICZ, 2006; VERMELHO; MONTEIRO, 2003).

Nos resultados obtidos pela PNAD (2009) foi possível constatar a prevalência do sexo feminino na população idosa, totalizando 55,8% de mulheres. Dados do Censo Demográfico, realizado em 2010, também evidenciaram relação maior de mulheres idosas em comparação aos homens idosos, sendo de 96,9 homens para cada 100 mulheres, resultando no excedente de 3.941.819 mulheres em relação ao número total de homens, acentuando-se a tendência histórica do predomínio feminino na composição por sexo da população no Brasil, já que em 2000 esse indicador era de 96,0 homens para cada 100 mulheres. A Região Norte é a única que apresenta em sua composição populacional o número de homens superior ao de mulheres (IBGE, 2010).

A feminilização na velhice se deve a fatores como: o menor consumo de álcool e tabaco por elas, que está associado às doenças cardiovasculares e aos diferentes tipos de neoplasias; as mulheres apresentam melhor percepção da doença e uso mais constante dos serviços de saúde; o atendimento médico-obstétrico; as diferenças na exposição aos riscos como os acidentes domésticos e de trabalho, os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios que são, em conjunto, quatro vezes mais frequentes para os homens do que para as mulheres (PEREIRA; CURIONI; VERAS, 2003). Porém, segundo Parahyba e Simões (2006) essa longevidade feminina não significa que as mulheres desfrutem de melhores condições de saúde, ou seja, elas tendem a possuir maiores dificuldades funcionais do que os homens, vivendo, portanto mais tempo com suas limitações.

Em relação à escolaridade, os idosos brasileiros com menos de um ano de instrução representam um percentual de 30,7%, o que é considerado baixo,

apesar do índice de analfabetismo estar diminuindo progressivamente (IBGE, 2010). Siqueira (2007) relata que a baixa escolaridade limita o usufruto de bens e produtos culturais e a defesa dos próprios direitos, além de refletir na vida social do individuo. Além disso, apresenta forte relação com a capacidade funcional do idoso e com outros fatores sociodemográficos (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005).

Quanto à renda dos idosos brasileiros, pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar per capta de até meio salário mínimo e 66% já se encontravam aposentados (IBGE, 2010). Como salienta Guzmán (2002) o acesso à renda permite ao indivíduo a garantia de padrões de qualidade de vida e a adoção de posição mais segura de si próprio, o que proporciona maior sentido à vida, inclusive experimentando maior valorização dentro da família e na sociedade e, consequentemente, melhores condições de saúde.

Neste sentido, Mendes (2005) ressalta aspectos importantes relacionados ao envelhecimento como a aposentadoria e o arranjo familiar, visto que, a aposentadoria, muitas vezes, representa uma descontinuidade; há uma ruptura com o passado e o homem deve ajustar-se a uma nova condição de vida e de ocupação.

É por meio da atividade de trabalho que o individuo organiza sua rotina, estabelece planos, metas, laços afetivos, garantindo sua independência e produtividade, o que reflete diretamente na autoestima e, também, na maneira como cuida de si e dos outros (RODRIGUES et al., 2005). Sendo assim, os mesmos autores mencionam que o trabalho é um importante elemento na construção da identidade pessoal.

Dessa forma, o papel ocupacional que o idoso experimenta com a chegada da aposentadoria e a situação econômica que será vivenciada na fase da velhice, são permeados de incertezas para a maioria dos idosos. Existem valores intrínsecos associados a essa nova situação, que se inter-relacionam com a historia de vida, as relações com a sociedade, a autoestima e o modo de enfrentamento de novas situações (ALVARENGA et al., 2009).

Outro aspecto relevante com consequências para o contexto do envelhecimento populacional são as mudanças no arranjo familiar do idoso, uma vez que, segundo Mendes (2005) o ambiente familiar pode determinar características e comportamentos do idoso, influenciando na dinâmica de vida. Para Camarano e El Ghaouri (2002) as famílias que possuem idosos em sua composição podem ser divididas em dois grupos: *famílias de idosos*, em que o idoso é o próprio chefe ou

cônjuge e *famílias com idosos*, em que os idosos residem na mesma casa na posição de parentes do chefe.

Com relação às mudanças nos arranjos familiares, a família brasileira era caracterizada pelo padrão de casal com filhos, tipicamente patriarcal. No entanto, essa forma de organização vem se modificando e tipos alternativos de arranjos tornaram-se frequentes, tais como os de mulheres com filhos, homens com filhos, mulheres solteiras e de idosos vivendo sozinhos, entre outros (MEDEIROS; OSORIO, 2002). Além disso, as famílias estão menores e com número maior de idosos em sua composição (CAMARANO; PASSINATO, 2007).

Essas mudanças estão ligadas à modernização, dentre elas a maior participação da mulher no mercado de trabalho, a redução do número de componentes da família, o surgimento de novos papéis de gênero e, também, a maior longevidade. Vale mencionar que em 2000, 24,1% das famílias brasileiras tinham pelo menos uma pessoa idosa na mesma casa (CAMARANO; EL GHAOURI, 2002). Em 2007, havia cerca de 6,7 milhões de famílias unipessoais existentes no país, sendo que 40,8% delas eram formadas por pessoas com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2010).

O aumento do número de idosos na população gera, também, aumento da procura pelos serviços de saúde, devido a alta prevalência das doenças crônicas não transmissívies (DCNTs). No Brasil, observa-se, desde as últimas quatro décadas do século XX, o processo de transição que vem ocasionando alterações significativas no perfil das doenças que atingem a população (MALTA et al., 2006). Este fenômeno, denominado transição epidemiológica, é caracterizado pelas mudanças nos padrões de morbimortalidade, principalmente pelo declínio das doenças infectoparasitárias e aumento das DCNTs (PASCHOAL; FRANCO; SALLES, 2005).

Esse processo resulta em modificações do perfil de saúde da população, ou seja, ao invés de processos agudos com resolução rápida, por cura ou óbito, predomina a incidência de DCNTs e suas complicações, o que implica em anos de utilização dos serviços de saúde (NASRI, 2008).

A presença de DCNTs gera com frequência incapacidade funcional e dependência do idoso, o que reflete na maior necessidade de suporte familiar e social, bem como em cuidados de longa duração, gerando maiores gastos para o setor da saúde, portanto, é importante mencionar a necessidade da implantação de

medidas preventivas contínuas no âmbito da saúde, essenciais para a manutenção da qualidade de vida desta população (PASCHOAL, 1996). Desta forma, as DCNTs tornam-se causas significativas e dispendiosas de invalidez e incapacidade, refletindo diretamente no contexto de vida do idoso (OMS, 2002).

Observa-se que as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população remetem a considerações sobre a relevância da funcionalidade para o processo de envelhecimento humano, uma vez que questões relacionadas à capacidade funcional, dependência, autonomia e morbidade representam implicações sobre a qualidade de vida dos idosos.

1.2 Doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades

As DCNTs são as principais causas de morte e incapacidade em todo mundo (GORDILHO et al., 2000). São aquelas que se caracterizam por possuir etiologia múltipla, vários fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa, e também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais, sendo elas, entre outras, as doenças cardiovasculares, as cerebrovasculares, as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, o diabetes mellitus, além das desordens mentais e neurológicas consideradas como doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade (OMS, 2006).

As principais DCNTs que acometem os idosos são: as doenças cardiovasculares, as sequelas de doenças cerebrovasculares, doenças osteoarticulares, respiratórias, digestivas, neoplasias, diabetes *mellitus*, condições de saúde mental, cegueira e diminuição da visão (OMS, 2005).

Segundo o projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) realizado no município de São Paulo, iniciado em 2000, com 2.143 idosos da comunidade, evidenciou-se a prevalência de 52,85% de hipertensão arterial, 30,55% de artrite/artrose/reumatismo, 18,30% de diabetes, 18,20% de problemas cardíacos, 13,45% de osteoporose, 12,0% de doença pulmonar, 6,90% de acidente vascular encefálico e 2,90% de tumor maligno, sendo que a maioria dos idosos declarou

possuir três ou mais doenças (LEBRÃO; DUARTE, 2003).

No ano de 2008, em um levantamento suplementar da saúde, constatou-se que somente 22% das pessoas com 60 anos ou mais de idade declararam não possuir alguma doença crônica e para aqueles com 75 anos ou mais, esta proporção cai para 19%; quase a metade (48,9%) dos idosos relatou possuir mais de uma doença crônica e, no subgrupo de 75 anos ou mais, a proporção atingia mais da metade (54,0%) (IBGE, 2008).

Segundo Alwan et al. (2010) dos 57 milhões de óbitos no mundo em 2008, 33 milhões (58%) foram devido às DCNTs, com destaque para as doenças cardiovasculares, o diabetes, os cânceres e as doenças respiratórias crônicas. Nos Estados Unidos estas doenças foram as responsáveis por mais de 80% de todos os óbitos (FRIES, 2002), no Brasil essa porcentagem atinge cerca de 72% das causas de morte, atingindo fortemente as camadas de menor poder aquisitivo e grupos vulneráveis, como idosos e a população de baixa escolaridade e renda (SCHIMIDT et al., 2011).

Além de ser a principal causa de morte no Brasil, as DCNTs são responsáveis por 80% das internações hospitalares, constituindo um grave problema de saúde pública (BRASIL, 2011).

Gordilho et al. (2000) mencionam que, no contexto do envelhecimento populacional, as DCNTs representam consequências onerosas pelo fato de serem complexas e por afetarem diretamente a independência do individuo. Ressalta-se, ainda, que em decorrência delas a dependência para a realização das atividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos, elevando-se para cerca de 50% para os idosos com 90 anos ou mais de iddade (BRASIL, 2006).

Neste sentido, ao sistema de saúde brasileiro caberá atender a crescente demanda por procedimentos diagnósticos e terapêuticos relacionados às DCNTs, principalmente as doenças cardiovasculares e as neurodegenerativas, o que implica em maior demanda por serviços de reabilitação física e mental; para isso é necessário estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos com alto risco de perda funcional e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional (LIMA-COSTA; BAREETO; GIATTI, 2003).

O termo capacidade funcional é definido por Gordilho et al. (2000) como “a manutenção das habilidades físicas e mentais para uma vida independente e

autônoma". A independência é entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária, como também a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda (OMS, 2002). Já o termo dependência é reconhecido como um estado em que o individuo é incapaz de viver de maneira satisfatória sem a ajuda de outra pessoa, sendo que, as dependências observadas nos idosos resultam tanto das alterações biológicas quanto das mudanças no contexto social (DUARTE et al., 2010).

Veras (2001) ressalta que a manutenção da capacidade funcional dever estar integrada. Favorecendo a autonomia, a independência física e mental, visto que, a autonomia é definida como uma forma de liberdade pessoal, na qual os indivíduos têm o direito de determinar o curso de vida, ou seja, tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferencias, porém nem todo idoso dependente perde sua autonomia.

Como menciona Rocha (2010) a saúde da população idosa está diretamente relacionada à sua capacidade de realizar de forma autônoma as AVDs, contribuindo para o conceito de funcionalidade como aspecto importante na saúde do idoso, ou seja, não se limitando somente à presença de enfermidades.

Entretanto, vale ressaltar a existência das comorbidades associadas às DCNTs entre os idosos, representando um fator fortemente associado às incapacidades funcionais que levam a dependência para as atividades cotidianas. Duarte et al. (2010) definem comorbidade como a manifestação concomitante de dois ou mais processos patológicos não necessariamente relacionados entre si, capazes de causar ou agravar doenças ou, ainda, de dificultar o tratamento das mesmas.

Yang (2005) define incapacidade funcional como a inabilidade ou a dificuldade de realizar tarefas que fazem parte do cotidiano do ser humano e que, normalmente, são indispensáveis para uma vida independente na comunidade. A incapacidade funcional é uma condição multifatorial que difere em relação a causas, natureza, forma de aparecimento, ritmo e implicações sociais, consistindo mais em um processo do que em um estado estático (FREEDMAN; MARTN; SCHOENI, 2002).

Verbrugge e Jette (1994) propõem um modelo teórico em relação ao processo de tornar-se incapaz, considerando três aspectos: fatores predisponentes (características sociodemográficas); fatores intra-individuais (estilo de vida, atributos

psicossociais, mudanças de comportamento, maneiras de lidar com as dificuldades, com as doenças e com as modificações de atividades que podem afetar o processo de incapacidade); e fatores extra-individuais (intervenções dos serviços de saúde e de reabilitação, uso de medicamentos, suportes externos e ambiente físico e social).

Do ponto de vista epidemiológico, a incapacidade é geralmente mensurada por meio do relato de dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as AVDs (FREEDMAN; MARTN; SCHOENI, 2002), que se dividem em: atividades básicas da vida diária (ABVD) relacionadas à algumas tarefas próprias do autocuidado (banho, vestuário, uso do toalhete, transferências posturais, continência, alimentação, locomoção e comunicação); atividades instrumentais da vida diária (AIVD) necessárias para levar uma vida independente na comunidade (uso do telefone, preparo de refeições tarefas domesticas, entre outras) e as atividades avançadas da vida diária (AAVD) marcadoras de atos mais complexos como as atividades de lazer, contatos sociais, trabalho, entre outros (CALDAS, 2003). Ressalta-se que as atividades de autocuidado não se restringem apenas às ABVDs, ou seja, cuidar de si próprio faz parte de todo contexto de vida do indivíduo, envolvendo desde as atividades básicas até as mais complexas, levando-se em consideração que tais atividades contribuem para a sobrevivência e o bem estar das pessoas.

Em estudo multicêntrico coordenado e patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001), o Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), foi conduzido em sete centros urbanos na América Latina e Caribe: Bridgetown (Barbados); Buenos Aires (Argentina); São Paulo (Brasil); Santiago (Chile; Havana (Cuba); Cidade do México (México) e Montevidéu (Uruguai), durante o período de 1999 a 2000. Cada amostra por pais constituiu de 1500 a 2000 idosos. A maior prevalência de incapacidade para as AIVDs foram encontradas em São Paulo (33,8%) e a mais baixa em Montevidéu (12,0%). Santiago registrou a maior prevalência de incapacidade para as ABVDs (34,7%) e Bridgetown (16,9%) a menor. A incapacidade para as ABVDs (20%) e AIVDs (29%) nas sete amostras, demonstrou correlação positiva com a idade e o sexo, ou seja, os padrões de incapacidade variaram conforme a idade e o sexo (PALLONI; WONG; PELÁEZ, 2005).

Os resultados encontrados no Estudo Sabe, realizado na cidade de São Paulo, mostraram que 19,2% dos idosos indicaram possuir dificuldades para

desempenho das ABVDs, sendo que 70,5% apresentaram dificuldade em uma ou duas atividades e 29,5% em três ou mais; 26,3% apresentaram dificuldade nas AIVDs, sendo 58,2% em uma ou duas delas e 41,8% em três ou mais (LEBRÃO; DUARTE, 2003; LEBRÃO; LAURENTI, 2005). O estudo revelou, ainda, que na análise por gênero, as dificuldades para o desempenho das AVDs foram mais evidenciadas para as mulheres (22,5%) do que para os homens (14,8%); e na análise por faixa etária, a proporção de idosos com limitações funcionais era de 15,6% entre os idosos mais jovens (60 a 74 anos) e 32,2% entre os mais longevos (≥ 75 anos), revelando piora do desempenho com o avançar da idade (aumento no comprometimento funcional em três ou mais atividades), sendo mais acentuado entre as mulheres.

A relevância da manutenção e recuperação da capacidade para o desempenho das AVDs, vem sendo discutida entre os profissionais da área da saúde e, a adequada avaliação funcional dos idosos possibilita o conhecimento da real situação de independência dos mesmos, viabilizando o planejamento de ações, pela equipe multiprofissional, com vistas à promoção da reabilitação e/ou manutenção da independência e autonomia.

1.3 Instrumentos de avaliação do idoso

A dimensão do estado funcional do idoso é primordial na avaliação geriátrica. São vários os instrumentos que avaliam a funcionalidade e apresentam objetivos diversos. Vale ressaltar que o conceito de funcionalidade é definido por Hansen et al. (2011) como a capacidade de determinar e executar atividades de vida diária, considerando-se as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações das atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive.

Os instrumentos e as escalas que avaliam a funcionalidade podem ser utilizados como medidas de saúde geral ou específica, servir como instrumento de pesquisa, triagem ou avaliação clínica, medir graus de dependência mais graves, e/ou até incapacidade para funções físicas e sociais, portanto, a escolha de um ou

mais instrumentos depende do ambiente operacional e dos objetivos a serem atingidos (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

Os mesmos autores referem, ainda, que os vários instrumentos para avaliar a funcionalidade dos idosos, em geral, investigam o potencial do idoso para a execução da atividade (capacidade funcional). Dentre eles, destaca-se o Índice de Katz, construído por Sidney Katz, publicado em 1963 e a adaptação transcultural para o português realizada por Lino et al., (2008), trata-se de um instrumento de medida do desempenho para as ABVDs que consta de seis itens, obedecendo a seguinte hierarquia de complexidade: alimentação, controle de esfíncteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho. A Escala de Lawton e Brody (1969) é um instrumento que avalia a performance para as AIVDs, constando de sete itens: uso de telefone, viagens, compras, preparo das refeições, trabalho domestico, uso de medicações, e manuseio de dinheiro. Foi adaptada para o contexto brasileiro por Santos e Virtuoso Junior (2008).

Outros instrumentos como a Medida de Independência Funcional (MIF) traduzido para a língua portuguesa no Brasil por Riberto et al. (2001) tem como objetivo avaliar a carga de cuidados demandada por uma pessoa para a realização de uma série de tarefas motoras e cognitivas da vida diária (RIBERTO et al., 2004); o índice de Barthel construído por Mahoney (1958) e validado para o Brasil por Minosso et al. (2010) que avalia a independência funcional em tarefas como cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações, também vem sendo utilizados em estudos com idosos. De acordo com Gomes e Diogo (2004) a escolha do instrumento deve ser criteriosa, visto que existem diversas opções disponíveis na literatura. Sendo assim, ele deve atender as necessidades propostas.

Almeida (2004) com o objetivo de identificar a capacidade dos idosos em relação às praticas de autocuidado, elaborou com base em critérios teóricos e metodológicos, o instrumento denominado Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado (CICAc), considerando que é um instrumento especifico de terapia ocupacional em gerontologia, possibilita a investigação e elaboração de um plano de intervenção satisfatório ao idoso.

O instrumento foi validado no Brasil por Almeida (2004) e sua confiabilidade avaliada por Almeida et al. (2008), com idosos atendidos em Unidades Básicas de Saúde, na cidade de São Paulo. As áreas abordadas no instrumento são: perfil social, arranjo doméstico e potencial rede de suporte, universo

ocupacional e capacidade funcional. Os dados obtidos apoiam o planejamento, desenvolvimento e a avaliação da assistência pelo terapeuta ocupacional, fornecendo referenciais válidos e confiáveis sobre a capacidade dos idosos para o autocuidado (ALMEIDA, 2008).

A indicação de validade do instrumento foi obtida por meio dos resultados da validação de seu conteúdo empregando-se a técnica Delphi, onde foi ajustado em três etapas, resultando na versão grupal. O julgamento foi realizado por especialistas, onde a primeira etapa foi apreendida por meio de escalas de opinião, comentário e sugestões, na segunda e terceira foram mantidos no instrumento somente itens aprovados por 70% ou mais dos especialistas. Os itens da versão grupal obtiveram índice médio de aprovação de 93,3% para conteúdo e 86,7% para enunciado. Devido à elevada quantidade de combinações de respostas presentes no instrumento, para a análise de estabilidade e consistência interna se fez necessário o agrupamento de respostas, o que resultou na versão simplificada do instrumento (ALMEIDA, 2008).

Na analise de concordância foi utilizada a metodologia baseada em coeficientes Kappa, utilizando o critério que estabelece valores de Kappa abaixo de 0,4 como concordância fraca; entre 0,4 e 0,8, moderada e, acima de 0,8, excelente. No instrumento grande parte das respostas mostraram concordância de moderada a excelente, com 60% das medidas maiores que 0,8 e apenas 7% menores ou iguais a 0,4. O coeficiente Kappa em média foi alto com 75% dos valores superiores a 0,65 e mais de 50% igual a 1,0, indicando concordância perfeita. Na analise de consistência interna foi utilizado o coeficiente alpha de Cronbach, onde valores maiores ou igual 0,7 foram considerados indicativos de consistência interna. Segundo Almeida (2008), só foi possível realizar o calculo de alpha de Cronbach para as escalas ordinais com um mesmo numero de pontos e sem valores omissos, sendo essas as áreas de Capacidade Funcional e Perfil Social, apresentando consistência interna para as atividades básicas e instrumentais da vida diária resultando em 0,713 e 0,704 respectivamente (ALMEIDA, 2008).

A versão simplificada produto final de validação, possibilita classificar os idosos de forma sucinta e simplificada quanto a capacidade funcional para as ABVDs e AIVDs e caracteriza-los quanto aos demais aspectos do autocuidado (ALMEIDA, 2008).

Dessa forma, o instrumento possibilita ao terapeuta ocupacional, a

elaboração e implementação de programas com enfoque preventivo, recuperativo e/ou adaptativo, contribuindo para a melhor qualidade de vida do idoso.

Considerando o conceito de capacidade funcional outro aspecto que merece ser avaliado e que influencia diretamente no desempenho do sujeito é a cognição. Aspecto este que compreende o funcionamento mental, que implica habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas de pensamentos, e a capacidade de produzir respostas a estímulos externos (CANÇADO; HORTA, 2002). Os mesmos autores complementam que tais habiliddaes sao influenciadas por características próprias do individuo, como a escolaridade, comportamentos, saúde, quantidade de estímulos a que é exposto, além de aspectos psicoemocionais e socioculturais.

O termo é definido por Grieve (2010) como a compreensão de um conjunto de atos e comportamentos para alcançar determinado objetivo como, por exemplo, ser capaz de escolher e vestir uma roupa para um evento. Esta ação envolve aspectos de cognição que incluem a memória, praxia, atenção, planejamento, comportamento, raciocínio entre outros.

Como salienta Bee (1997) no envelhecimento não patológico, ou seja, quando o idoso não apresenta doenças que afetam sua funcionalidade, algumas mudanças cognitivas são sutis ou até inexistentes, entretanto, podem ocorrer declínios importantes na medida em que as habilidades não são exercitadas. Papalia (2000) ressalta que em idosos saudáveis, as mudanças no cérebro geralmente são modestas e fazem pouca diferença no desempenho funcional.

Quando existe um problema relacionado com o sistema nervoso central, pode haver prejuízos na cognição o que compromete o desenvolvimento de habilidades, e pode interferir na capacidade de aprender, compreender e lembrar. O processamento mais lento de informações propicia que os idosos não entendam quando informações são apresentadas muito rapidamente ou sem muita clareza (ARGIMOM, 2006).

Portanto, a cognição também pode ser avaliada e testada, para isso é necessário um instrumento que forneça bons parâmetros, como é o caso do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), instrumento utilizado mundialmente, foi elaborado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975). A avaliação fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar as áreas cognitivas como, orientação

temporal, orientação espacial, registros de palavras, atenção e calculo memória, linguagem e capacidade construtiva visual (BRUCKI et al., 2003).

Vale ressaltar que o MEEM é utilizado em diversas pesquisas científicas com o intuito de avaliar a capacidade cognitiva do individuo, especialmente, no que se refere à população idosa, como é demosntrado no estudo realizado por Lima; Souza e Silva; Ramos (2009), com 1167 idosos, de uma coorte urbana na cidade de São Paulo, cujo objetivo era analisar a associação entre sintomatologia depressiva e outros indicadores de capacidade funcional, após 15 anos de seguimento dos sujeitos. O estudo avaliou os idosos utilizando instrumentos padronizados e dentre eles o MEEM, com a finalidade de avaliar a capacidade cognitiva dos idosos. Segundo os autores o instrumento é considerado apropriado para este propósito, porém ressaltam que por ser um instrumento de rastreio do comprometimento das funções cognitivas, não é possivel concluir diagnósticos de demência dos indivíduos. Outros estudos como o de Diniz; Volpe; Tavares (2006); Marino et al. (2009); Macedo et al. (2012), também utilizaram o MEEM para avaliar a capacidade cognitiva de idosos.

A incapacidade funcional, bem como as limitações cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade de forma isolada não prediz incapacidade (LOLLAR; CREWS, 2002), da mesma forma não é apenas a incapacidade que leva à dependência, mas sim o somatório da incapacidade com as necessidades do idoso (CALDAS, 2003).

A condição de dependência assusta a maior parte das pessoas, uma vez que se vive em um contexto cultural, no qual a autonomia e a independência são primordiais para a qualidade de vida (DUARTE et al., 2010). Para Duarte, Lebrão e Lima (2005) o nível de dependência do idoso é que determina quais cuidados serão necessários. Acrescentam que, o cuidado é fornecido na maioria das vezes pela rede de suporte informal, ou seja, família, vizinhos ou amigos. No entanto, Yuaso (2002), Alvarez e Gonçalves (2001) mencionam que é comum a responsabilidade do cuidado incidir em um dos membros da família, o qual é denominado cuidador principal, sendo que, os outros membros que auxiliam nos cuidados complementares, são denominados cuidadores secundários.

O cuidado prestado envolve aspectos do contexto de vida tanto do idoso quanto do cuidador, uma vez que, a relação de cuidado é permeada por

sentimentos, habilidades para realizar as atividades com o outro, compreensão, entre outros. Tais aspectos podem afetar a rotina de ambos, sendo necessária a estruturação dessa dinâmica para a eficácia do processo.

É sabido que nas últimas décadas, ocorreu uma mudança importante no perfil das famílias, cada vez menores, e no potencial da dedicação do cuidado, portanto, a nova composição familiar influencia na capacidade das famílias de cuidar de seus familiares idosos, o que por sua vez, demanda maior atenção para as políticas públicas de cuidados a essa população (LOUVISON; ROSA, 2012).

Neste sentido, Lloyd-Sherlock (2004) destaca a necessidade dos profissionais da área de saúde reconhecer a importância do cuidador, de proporcionar orientações e apoio para o cuidado no domicílio. Vale destacar que cabe ao Governo, ao Estado e a família a responsabilidade do cuidado ao idoso dependente (PNI, 1996).

Compreender os fatores que contribuem para a incapacidade funcional e dependência do idoso pode auxiliar no planejamento de políticas públicas na (re)organização de estratégias mais eficazes quanto à terapêutica, bem como o desenvolvimento de um plano assistencial adequado e realista que poderá reduzir os custos com o serviço de saúde e minimizar a carga sobre a família e/ou cuidador (ALVES et al., 2007; DUARTE, 2003). Mesmo porque, ressalta-se que a dependência pode não ser um estado permanente, mas sim dinâmico, sendo que sua evolução pode modificar-se ou até ser prevenida se houver ambiente e assistência adequada (CALDAS, 2003).

É importante observar que o envelhecimento pode também significar uma vida saudável e sem comprometimentos significativos. Assim, se faz necessário conhecer o nível da capacidade funcional do idoso que, como relata Nasri (2008) representa um paradigma de saúde para essa população.

Apesar das alterações biopsicossociais típicas do envelhecimento, esse processo pode cursar e ser vivenciado pelo idoso com bem estar, saúde e qualidade de vida, mesmo porque envelhecer não significa adoecer, visto que há possibilidades de idosos longevos sem comprometimentos significativos na funcionalidade e/ou na autonomia, podendo administrar suas próprias vidas.

Diante do cenário onde o envelhecimento é reconhecido como um curso de vida uma fase da vida, é primordial o desenvolvimento de estratégias e programas que estimulem e colaborem para o melhor enfrentamento e aceitabilidade

pelo individuo frente ao envelhecimento, demonstrando a possibilidade da preservação da autonomia e independência no processo de envelhecer saudável.

Neste sentido, em meados dos anos 90 surgiu o conceito de envelhecimento bem-sucedido descrito por Rowe e Kahn (1997) com a finalidade de identificar estratégias para que a população idosa assumisse melhor comportamento para o enfrentamento do processo de envelhecer. Os autores estabeleceram que o envelhecimento bem-sucedido engloba três componentes principais: baixa probabilidade de doença e incapacidade, altos níveis de capacidade funcional, física e cognitiva e engajamento ativo com a vida.

Baltes (1991) desenvolveu um modelo teórico, denominado de adaptação bem-sucedida, pressupondo o envelhecimento como um processo que requer adaptação. Para o autor, envelhecer satisfatoriamente depende do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do individuo, que poderá enfrentar diferentes graus de ajustamentos às perdas inerentes ao processo de envelhecimento.

No lastro desta discussão emerge o conceito de envelhecimento ativo, adotado pela Organização Mundial de Saúde, também nos anos 90. No ano de 2002 o conceito entra em vigor e é definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2002, pg. 14).

É, portanto, reconhecida a influência de um conjunto de determinantes que interagem continuamente para o envelhecimento ativo, como fatores econômicos, comportamentais e pessoais, relacionados ao meio ambiente físico, social e aos serviços de saúde; transversalmente influenciados por aspectos relativos a gênero e cultura (ASSIS, 2005).

Segundo Ferreira et al. (2010) o envelhecimento ativo corresponde ao equilíbrio biopsicossocial e à integralidade do ser humano que está inserido em um contexto social e que, embora experimente as consequências do envelhecimento, ainda é capaz de desenvolver as suas potencialidades. Acrescentam que mesmo admitindo a existência de perdas durante o seu processo, o envelhecimento de maneira ativa deve ser estimulado entre os idosos, pois é sinônimo de vida plena e com qualidade.

Além disso, a OMS (2006) recomenda que políticas de saúde na área de envelhecimento levem em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais,

além do ambiente físico e acesso a serviços).

Estudo realizado por Ferreira et al. (2010) em João Pessoa, Paraíba, com 100 idosos funcionalmente independentes, com objetivo de descrever as representações sociais dos idosos sobre o envelhecimento ativo e saudável; evidenciaram que os participantes do estudo associavam o envelhecimento como positivo quando se encontrava vinculado a capacidade de realizar atividades relacionadas aos afazeres domésticos (cuidar da casa), a participação na família e nas atividades de lazer; já a visão negativa sobre o envelhecimento relacionou-se com as limitações para as AVDs e a incapacidade para o convívio em grupos sociais.

Nesta perspectiva o envelhecimento saudável passa a ser resultante da interação multidimensional entre saúde física, mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003).

Veras (2009) reforça a necessidade de implementação de programas e práticas que promovam o envelhecimento saudável. Afinal, o grau de desenvolvimento humano de uma população, associado às políticas de promoção em saúde, podem retardar o desenvolvimento de doenças e incapacidades, auxiliando na manutenção da independência do idoso para as atividades do cotidiano, principalmente no que se refere ao autocuidado, que por sua vez, refletem claramente na autonomia, e bem estar do idoso. Acrescenta que, a velocidade dos processos de transição demográfica e epidemiológica desencadeia mudanças no âmbito da saúde e em vários aspectos da vida do individuo, o que gera uma serie de questões a serem repensadas pelos gestores e pesquisadores da área da saúde.

Estes aspectos geram desafios e necessidades de programas e estratégias de políticas públicas de saúde que possam suprir as consequências dessas transições em curso (SHARAMM et al., 2004). A mudança no perfil epidemiológico da população “configura-se em um desafio para as autoridades sanitárias, em especial no que tange à implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema” (GORDILHO e col. 2000, p. 16).

1.4 Políticas de saúde para o idoso

O envelhecimento populacional proporciona aumento na incidência e prevalência de diversas doenças e, consequentemente, elevada demanda para os serviços de saúde pelos idosos, gerando maior necessidade de consultas e de atendimento especializado. Esta situação aponta para a necessidade de maior atenção no que se refere ao planejamento de serviços de saúde para os idosos, uma vez que, além de suas especificidades, representam uma parcela significativa e crescente da população (FARO, 2006).

A preocupação com as políticas de saúde em relação ao idoso surgiu nos anos 80, durante o processo de reformulação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir desta década, iniciou-se a ampliação dos recursos para a saúde dos idosos, entretanto, em uma organização de trabalho predominantemente centrada no atendimento médico individual e direcionado às doenças crônico-degenerativas. Esta situação relaciona-se, por um lado, com o aumento das doenças crônicas na década de 80 e, por outro com, a forma como o Brasil se desenvolveu para promover a saúde da população (LIMA et al., 2000).

Em 1982 aconteceu a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena, tendo como foco o envelhecimento populacional, da qual resultou a aprovação de um plano global de ação, o Plano de Viena, movimento este que representou um avanço na área (LOUVISON; ROSA, 2012). Ainda, segundo as autoras no mesmo ano em que ocorreu a assembleia mundial o Brasil decreta o Ano Nacional do Idoso, mostrando para a sociedade os problemas que a população idosa demandava. No ano de 1986, foi criado o primeiro Conselho Estadual do Idoso, no Estado de São Paulo, e em decorrência houve uma mobilização popular, sobretudo dos aposentados e pensionistas, o que repercurtiu em um novo conceito tanto para os direitos à previdência quanto à saúde.

No ano de 1994 foi criada a Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994, e regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996, a partir da regulamentação do SUS, com o objetivo de assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmar seu direito à

saúde nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 1994; 1996). Vale ressaltar, as disposições do artigo 3º desta lei, que trata o envelhecimento populacional como uma questão de interesse da sociedade em geral e reconhece a necessidade de considerar as diferenças econômicas, sociais e regionais existentes no país na formulação de políticas direcionadas aos idosos (IBGE, 2002).

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (Brasil, 1999).

Essa política assume objetivos como o de permitir o envelhecimento saudável, o que significa preservar a autonomia e a capacidade funcional dos idosos; além de estabelecer diretrizes que norteiam os planos propostos, sendo elas: a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas na área do envelhecimento (GORDILHO et al, 2000). Além disso, orienta o processo contínuo de avaliação que deve acompanhar o desenvolvimento da PNSI, mediante o qual deverá ser possível os eventuais redimensionamentos que venham a ser ditados pela prática (BRASIL, 1999).

No ano de 2003 ocorreu a aprovação do Estatuto do Idoso, elaborado com participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos, que amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. O Capítulo IV do Estatuto reza, especificamente, sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003).

Considerando a necessidade de que o setor saúde dispusesse de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso; em 2006, aconteceu a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consenso com os princípios e diretrizes do SUS. Algumas das diretrizes desta política são a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral,

integrada à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; estímulo à participação e fortalecimento do controle social (BRASIL, 2006).

Entre os programas e modalidades de atendimento especializado direcionado à pessoa idosa a PNI cita os centros e grupos de convivência (consiste no fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais), os centros-dia (proporciona atendimento das necessidades básicas, mantém o idoso com a família, reforça o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e socialização), as instituições de longa permanência para o idoso (atende pessoas com 60 anos ou mais, em regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado), as casas-lares (residência participativa destinada a idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência); além dos atendimentos domiciliares (atendimento prestado no domicílio da pessoa idosa com algum nível de dependência), os ambulatórios de geriatria e os leitos em hospitais constituindo a enfermaria geriátrica e os centros de reabilitação (SECRETARIA ESPECIAL DOS DIRETOS HUMANOS, 2010).

Conforme disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080 do SUS, de 19 de setembro de 1990, o ambulatório é uma unidade destinada à prestação de assistência em regime de não internação. O atendimento ambulatorial é realizado em clinicas ligadas ou não a hospitais como tais como, Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório, incluindo nesta segmentação as consultas médicas e os exames básicos e especiais (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (1999) descreve que no âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constitui a base da assistência. Para tal, deve-se estabelecer um modelo específico, de modo a alcançar um impacto expressivo na assitência, particularmente na redução das taxas de internações hospitalares, bem como a diminuição de demanda aos serviços de emergência e aos ambulatórios de especialidades. A consulta Geriátrica deve ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir da caracterização de problemas e o tratamento adequado, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdiscilinar.

A abrangência do modelo de consulta geriátrica deve compreender a incorporação de informações que permitam a identificação de problemas não apenas físicos, mas também psicológicos e psiquiátricos, possibilitando assim, a

sensibilização do profissional para questões sociais que fazem parte da saúde do idoso e seu bem estar. Sendo assim, a orientação terapêutica, incluindo mudanças de estilo de vida, deve possibilitar que a consulta geriátrica enfrente os problemas identificados, encontrando alguma forma de alívio e atenuação do impacto funcional, além de fornecer sempre que necessário informações aos pacientes e aos seus acompanhantes a respeito de medidas de prevenção dos agravos à saúde e sobre as ações de reabilitação preventiva e corretiva, considerando o ambiente em que vivem e as condições sociais que dispõem (BRASIL, 1999).

A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde poderá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais: atendimento individual (consulta médica, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicoterapia, dentre outros), atendimento em grupo (atividades educativas em saúde, grupo de orientação, modalidades terapêuticas de habilitação/reabilitação), visita domiciliar por profissional de nível médio ou superior, atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde. O ambulatório pode ser especializado e deve ter uma equipe multiprofissional permanente, composta por especialistas (médico geriatra, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro, assistente social, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, complementada por outros profissionais, a depender da clientela-alvo da unidade de saúde (BRASIL, 1990).

Deluiz (2001) ressalta que a assistência à população idosa deve ser intrinsicamente interdisciplinar, pois o processo de envelhecimento permeia todos os aspectos da vida. Dessa forma, seu campo de saber, competências e responsabilidades confluentes às diversas profissões são caracteristicamente interdisciplinares, ou seja, incluem a participação potencial de vários profissionais da área da saúde, na geriatria e gerontologia.

Guarnieri (2008) completa que o preparo adequado dos profissionais da saúde poderá favorecer o pensar crítico e instigador na busca de novas estratégias para a assistência ao idoso, que necessita de atenção multiprofissional, pois suas necessidades quase sempre são multifatoriais.

Assim, enfocar as competências na atuação junto ao idoso objetiva novos recortes do conhecimento e a contextualização do envelhecimento. Inclui, também, a capacidade de atuação frente à imprevisibilidade e diversidade de situações, almeja o trabalho em equipe multiprofissional e a mobilização de conteúdos diversos buscando a atuação integral do profissional da saúde, das estruturas

organizacionais, e dos arranjos políticos (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Ainda de acordo com o mesmo autor, o trabalho conjunto de todas as instituições envolvidas necessita de determinação política e de melhor discussão com relação às competências necessárias aos diversos profissionais nas várias instâncias, uma vez que, a presença de normas e leis não garantem sua adequação e execução.

Dessa forma, devido a esse panorama, em que o envelhecimento percorre caminhos que levam às modificações no âmbito da saúde, é certo que, cada doença e cada momento desse processo impõem cuidados específicos, de acordo com o grau de incapacidade do idoso (YUASO, 2000).

Estabelecer políticas que permitam avançar na integralidade e que se atentam para as necessidades e vulnerabilidades de determinados grupos populacionais, considerando as desigualdades de gênero e raça como acontecimentos do curso de vida, é um desafio a ser conquistado (LOUVISON; ROSA, 2012).

Como menciona Lima Costa et al. (2000) as políticas sociais para promover a saúde do idoso e garantir o atendimento adequado de suas demandas não são perspectivas para o futuro, mas sim uma necessidade para o presente.

A promoção da saúde é definida como o processo de capacitação da comunidade visando sua qualidade de vida, por meio da maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai além de um estilo de vida saudável, na direção do bem estar global (BRASIL, 2002).

Neste sentido, o cuidado e a educação em saúde prestados à população pelos programas de saúde influenciam no modo como o cuidado de si próprio é realizado ao longo da vida. No que se refere ao idoso este aspecto está fortemente relacionado com as praticas de autocuidado, voltadas para a promoção, recuperação ou adaptação da saúde, funcionalidade e qualidade de vida. É fundamental que as atividades de autocuidado sejam reforçadas pelos serviços e programas de saúde para idosos, visto que são primordiais para a qualidade de vida dos mesmos.

1.5 Autocuidado e envelhecimento

O enfoque das práticas de saúde sofreram mudanças históricas a partir da década de 50, período em que as tendências da psicologia, sociologia, antropologia e, principalmente, da biomedicina apontaram a importância da relação medico-paciente, que deve incluir não somente informações relacionadas à doença, mas considerar referencias socioculturais do paciente, adequando essas informações (MENÉNDEZ, 2009).

Como já mencionado, anteriormente, com o aumento da prevalência das doenças crônicas, houve maior exigência de modificações das politicas de saúde para a aplicação de ações eficazes tanto no âmbito individual quanto comunitário, uma vez que, há a compreensão de que o estilo de vida influencia no processo de envelhecimento e na ocorrência de doenças (MENÉNDEZ, 2009).

A partir da criação e desenvolvimento de modelos e programas voltados para a promoção da saúde, facilita-se a compreensão dos determinantes dos problemas de saúde e a orientação das soluções que respondam às necessidades e interesses das pessoas idosas, além de contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão nos atos de cuidar e agir, favorecendo o alcance dos objetivos propostos para a promoção do autocuidado (SILVA; SANTOS, 2010).

Orem (1991) define autocuidado como a pratica de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham em seu próprio beneficio para manter o bem estar e a vida saudável; o homem é visto como um ser capaz de refletir sobre si mesmo e o ambiente onde está inserido, além de desenvolver habilidades para cuidar de si e de outros indivíduos.

A teoria de autocuidado de Dorothy Orem apresenta-se em três construções teóricas: a teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, sendo que todas estão interligadas tendo como foco principal o autocuidado (FOSTER; JANSSENS, 2000). Na teoria do autocuidado, destacada aqui, Orem (1995) engloba o *autocuidado*, *a atividade de autocuidado* e a *exigência terapêutica de autocuidado*, em que o autocuidado, é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar. Esta atividade constitui uma

habilidade para engajar-se em autocuidado. A exigência terapêutica de autocuidado compõe a totalidade de ações de autocuidado, por meio do uso de métodos válidos e conjuntos relacionados de operações e ações (FOSTER; JANSSENS, 1993).

Nessa teoria incorpora-se o conceito dos requisitos de autocuidado, sendo eles: universais, desenvolvimentais e desvio de saúde. Os universais são comuns aos seres humanos, auxiliando-os em seu funcionamento, estão associados com os processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano; os desenvolvimentais ocorrem quando há a necessidade de adaptação às mudanças que surgem na vida do indivíduo; os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita adaptar-se a tal situação, como a busca e garantia de assistência médica adequada; a conscientização e atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos; a execução de orientações prescritas pelos médicos e conscientização de efeitos desagradáveis dessas medidas; a modificação do autoconceito e autoimagem; o aprendizado da vida associado aos efeitos de condições e estados patológicos, bem como de efeitos de medidas de diagnósticos e tratamentos médicos, num estilo de vida que promova o desenvolvimento contínuo do indivíduo (OREM, 1995).

Quanto aos requisitos de autocuidado, são fundamentais a manutenção e consumo suficiente de ar, água e alimientação; cuidados com eliminação e excreção; manutenção de um equilibrio entre atividade e descanso, entre solidão e interação social; a prevenção de riscos a vida, ao funcionamento e bem estar humano; a promoção do desenvolvimento humano em grupos sociais, limitações humanas conhecidas e o desejo de ser normal (OREM, 1995).

Silva (2001) define a capacidade de autocuidado como a habilidade do indivíduo em executar ações que atendam suas necessidades, estas ações estão sujeitas a alguns fatores como a idade, as experiências de vida, os valores, as crenças e a cultura em que se está inserido, os recursos, o gênero e a educação, sendo denominados fatores condicionantes.

O termo autocuidado foi desenvolvido, segundo Menéndez (2009), a partir da biomedicina e do sanitarismo, especialmente a partir do conceito de estilo de vida, onde se pensava que cada cultura era capaz de gerar não só estilos diferentes de adoecer, mas estilos diferentes de atender a doença. O autor ressalta, ainda, que de todos os conceitos que recuperam a importância das condições de vida como

causa dos adoecimentos e de como atuará positivamente em relação a eles, o estilo de vida é um dos que tiveram maior adesão nas ultimas décadas por sanitaristas e clínicos.

No entanto, o uso do conceito de estilo de vida pelo setor saúde é centrado no individuo. Ao contrario disso, Menéndez (2009) busca compreender um conceito mais amplo denominado de autoatenção, que seria equivalente ao de autocuidado, definido como representações e praticas que a população utiliza tanto individual quanto socialmente para diagnosticar, atender, controlar, aliviar, suportar, curar, solucionar ou prevenir os processos que afetam sua saúde em termos reais ou imaginários, sem a intervenção central, direta e intencional de profissionais, embora possam ser referenciais dessa atividade. Acrescenta, ainda, que a autoatenção implica o uso de uma terapêutica autônoma ou parcialmente autônoma, ou seja, envolve praticas onde sujeito e grupos participam em conjunto com o profissional de diferentes formas de atenção, resultando em um processo de prescrição com autonomia.

Com base no autocuidado como um processo de aprendizagem contínuo Bandeira, Pimenta e Souza (2006) mencionam o autocuidado como uma expressão do saber acumulado pelas pessoas ao longo da vida e, também, um instrumento de adaptação às limitações e às perdas na velhice. O conhecimento da história de vida do idoso, sua posição no seu meio social e na família e o significado que ele determina à sua existência são, ao lado da avaliação da sua capacidade funcional, formas de presumir seu potencial para um determinado grau de autonomia e participação na sociedade.

Sendo assim, o autocuidado pode ser um comportamento autônomo mesmo na presença de algum grau de dependência. Sua adoção como estratégia de cuidado na velhice harmoniza-se com medidas para a efetivação da promoção da saúde, quais sejam, desenvolvimento de atitudes pessoais e da aquisição de habilidades e conhecimentos que permitam adotar condutas favoráveis a saúde (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006).

Para Kickbusch (1996b, p.238) autocuidado é entendido como “o conjunto de medidas para melhorar a própria saúde e bem estar no seio das atividades cotidianas”. Acrescenta que o autocuidado deve ser visto como comportamento social ativo em uma nova perspectiva de saúde pública, ou seja, refere-se a adição de competência e habilidade do ser humano como parte de um

conjunto social, que possui como marco o estilo de vida do individuo baseado no contexto e não somente na responsabilização individual.

O cuidado de si depende, de alguma forma, da autovalorização de cada pessoa como ser singular e como cidadão, em se tratando de idosos o reforço da autoestima e de suas habilidades, mesmo com alguma doença instalada, configura-se como estratégias essenciais no âmbito da saúde dos mesmos (ASSIS, 2005).

Entre os mecanismos de promoção da saúde é possível observar que a prática do autocuidado é fundamental para a manutenção da capacidade funcional de idosos e deve ser incorporada na atenção prestada a eles pelos diversos profissionais da área da saúde, uma vez que, por meio dela o idoso poderá exercer maior controle sobre sua saúde, o seu ambiente e o contexto (LITVOC; DERNTL, 2002).

Um aspecto relevante para os idosos, os cuidadores e os profissionais da saúde é ter conhecimento sobre a habilidade que o idoso possui para realizar as atividades de autocuidado, contribuindo, dessa forma, para a independência e o bem estar do indivíduo. Sabe-se que, conforme o ser humano envelhece tarefas do cotidiano consideradas comuns e, portanto, de fácil execução, vão tornando-se cada vez mais difíceis de serem realizadas, até que o individuo perceba que já depende de outra pessoa para realizar atividades simples de seu dia a dia (ARAUJO, 2003).

Por outro lado, muitas vezes subtrai-se das pessoas idosas a capacidade de autocuidado, em nome da eficiência e proteção. Há, portanto, discussões quanto a influência da idade no autocuidado. Os fatores que não sofrem influência da idade por si só, mas que emergem da estrutura social, cultural ou de vida pessoal moldam o autocuidado, por meio da experiência de adoecer e conclui-se que não é somente a idade, mas os valores adquiridos ao longo da vida e a própria história individual que influenciam nas decisões das pessoas no que diz respeito ao seu próprio cuidado (BANDEIRA; PIMENTA; SOUZA, 2006).

De encontro a essa idéia Fuentes; Mercadante (2012) referem que o cuidar de si, vai além da simples prática dos cuidados físicos, tendo em vista que deve ser entendida como uma escolha autônoma do sujeito, ou seja, a liberdade de escolha do que, como, e quando realizar o “cuidar de si’. Mucida (2009) enfatiza a importância de cada indivíduo buscar sua forma singular de cuidar de si, respeitando as próprias vontades e escolha ao expressar seu jeito de autocuidar-se.

Dessa forma, no que se refere à promoção da saúde no envelhecimento,

operou-se uma ampliação da noção de autocuidado, que adquiriu uma conotação educacional, que considera o potencial do idoso de não apenas aprender, mas também de transmitir aos outros as técnicas de autocuidado (LIMA, 2003). Entendendo, portanto, que o autocuidado pode ser considerado uma estratégia de cuidado para a saúde, o bem estar e a melhora da funcionalidade dos idosos.

O processo educativo de saúde quanto ao autocuidado consiste em projetar no indivíduo a possibilidade de apropriar-se de sua própria experiência e de partilhar as experiências dos outros, o que, para o idoso, significa melhoria das condições de saúde, independência e capacidade de se autocuidar (MARIN et al., 2003). A educação baseia-se no encorajamento e apoio para que as pessoas e grupos sociais tenham maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 2001).

Outro aspecto importante que influencia tanto no autocuidado quanto no âmbito de vida global do idoso é a família, pois no que diz respeito ao papel da família, tanto do ponto de vista legal quanto da organização social, recai sobre ela a responsabilidade pelo cuidado ao idoso (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). É na família que o idoso possui o mais efetivo meio de sustentação e pertencimento, em que o apoio afetivo e de saúde se faz necessário e pertinente e, quando esta se encontra impossibilitada de prestar assistência, o idoso fica mais exposto a situações de morbidade (LEME; SILVA, 1996).

Richards e Lilly (2001) ressaltam que é na família que as pessoas aprendem sobre saúde e doença e, também, onde a maior parte do cuidado é oferecida ou recebida no transcorrer da vida.

Fernandes e Garcia (2009) ressaltam que a família é importante na construção de valores morais, éticos e espirituais, sendo a responsável pela formação de padrões de comportamento. Dentro do contexto familiar existem relações afetivas e pessoais, bem como de proteção e cuidado, sendo que, esse cuidado é realizado muitas vezes pela mulher, vale ressaltar que esse fato é uma atribuição cultural, que coloca a mulher como a principal provedora de suporte e cuidados na família que, geralmente, residem no mesmo domicilio do individuo necessitado (KARSCH, 2003).

Inouye et al. (2010) menciona que o suporte familiar baseia-se em três dimensões principais: a coesão, o grau de aproximação ou separação entre os membros da família; a adaptabilidade, a capacidade da família para lidar com

mudanças em relação às alterações de poder e regras de relacionamento em função do desenvolvimento de novas situações; e por fim, a comunicação familiar que é facilitada pelas habilidades interpessoais na expressão de afeto, escuta, empatia e a capacidade de dividir seus sentimentos uns com os outros.

O suporte da família em relação aos idosos acarreta benefícios tais como, a melhoria da autoestima, minimização do estresse, melhores cuidados e amparos à saúde, influenciando, também, positivamente no bem estar psicológico (SOUZA, MELLO; REZENDE, 2008). Contudo, a assistência excessiva e a frequência das relações sociais dentro da família podem acarretar aspectos negativos ao suporte familiar em função da sobrecarga do cuidador, assim, nem sempre denota qualidade de suporte familiar de forma balanceada e saudável (RAMOS, 2007). Além disso, o excesso de zelo pela família muitas vezes contribui para a progressiva dependência do idoso (MENDES et al., 2005).

É importante destacar que a estrutura e dinâmica da família do idoso, muitas vezes, depende da maneira como se estruturaram durante a vida. (DUARTE, 2001; LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Portanto, para assistir o idoso é imprescindível conhecer a sua situação familiar, ou como se estabelecem as relações intrafamiliares, o arranjo e suporte da família, e como é esta dinâmica de sustentação e de amparo ao idoso (MAZZA; LEFÉFRE, 2005).

A família representa além de tudo, o amparo ao idoso incapacitado de executar as atividades cotidianas, envolvendo portanto, as atividades de autocuidado. O fato é que, muitas vezes, a relação da família e do cuidador com o idoso, torna esse processo mais ameno para ele.

Sabe-se que quando as práticas de autocuidado se encontram prejudicadas podem acarretar sérios prejuízos para a vida do indivíduo, principalmente, o idoso tornando-se um desafio para ele. Assim, é imprescindível o conhecimento de suas limitações para estas atividades, para que seja possível o planejamento de estratégias e de mecanismos de intervenções, objetivando maior grau de autonomia e independência do idoso, dentro de seu contexto de vida.

Em suma, cuidar de si mesmo não é tarefa fácil, principalmente na velhice que é compreendida por um processo de mudança contínua e, que a todo o momento, necessita de reconquista do equilíbrio global (SILVA; SANTOS, 2010).

1.6 O papel da terapia ocupacional no envelhecimento

A Terapia Ocupacional (TO) auxilia nos aspectos do cotidiano do indivíduo idoso, na medida em que atua na antecipação ou na vigência de perdas, auxiliando o idoso a manter ou recobrar o equilíbrio para as atividades em sua vida (ALMEIDA, 2004). Para Leme (2000) a TO significa o tratamento de uma doença ou incapacidade por meio e uso de ocupações particularmente significativas.

Pimentel, Costa e Souza (2011) referem que a TO atua como facilitadora da criação de espaço e tempo para que o paciente, pela manutenção do fazer, crie condições para manter-se ativo, não somente na realização das atividades, mas também, no cumprimento do tratamento terapêutico e nas escolhas, resignificando vivências e trilhando caminhos possíveis. Acrescentam que, resgatar a possibilidade do fazer é resgatar a sua autonomia, a liberdade de escolher, não o que lhe é dado, mas sim o que deseja construir.

As atividades humanas abordadas na profissão são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidades e estabelecem mecanismos internos para sua realização. Elas podem ser desdobradas em etapas, configurando um processo na experiência da vida real do sujeito. A linguagem da ação é um dos modos de conhecer a si mesmo, de conhecer o outro, o mundo, o espaço, o tempo e a cultura em que vive, fatores esses que fornecerão forma e estrutura ao fazer do sujeito (DE CARLO, 2001).

Para Erikson et al. (2004) o terapeuta ocupacional deve focar seus objetivos nas ocupações que de fato são significativas para a pessoa, para que ocorra um processo de adaptação, ou seja, para que ela atinja maior grau de funcionalidade em suas atividades cotidianas, de acordo com seus déficits e potenciais.

A ocupação segundo Kielhofner (1980) desempenha um papel importante na vida humana e influencia o estado de saúde e o bem estar de cada individuo, consistindo na alternância entre os estados de ser, pensar e agir, requerendo equilíbrio dos três na vida diária. Acrescenta que, a falta de ocupação pode resultar na degradação do corpo e mente.

Para a American Occupational Therapy Association (AOTA, 2008) o termo

ocupação é adotado pelos terapeutas ocupacionais para captar dimensão e significado da atividade no cotidiano do individuo. É, portanto, fundamentada na compreensão de que o envolvimento em ocupações estrutura a vida e contribui para a saúde e o bem estar, com enfoque em aspectos do desempenho: subjetivos (emocionais e psicológicos) e objetivos (fisicamente observáveis). Acrescenta que as ocupações refletem na identidade e no senso de competência do sujeito (pessoa, organização ou população), e têm um significado particular para ele. Sendo assim, o termo envolve tudo o que as pessoas fazem para se ocupar, incluindo cuidar de si mesmas, desfrutar da vida e contribuir para a estrutura econômica e social de suas comunidades.

Dessa forma, na atuação com o idoso, são considerados os processos de perdas próprias do envelhecimento, as possibilidades de manutenção de seu estado de saúde, a reabilitação, bem como a otimização das habilidades ainda existentes (LACERDA et al., 2005).

Para Leme (2000) a TO Gerontológica tem como principal objetivo manter o idoso o mais ativo e independente possível por mais tempo, restaurar, manter e melhorar o *status* ocupacional e prevenir futuras perdas funcionais. O autor completa que o foco do tratamento gira em torno de habilidades da vida diária e vida pratica (autocuidado, trabalho e lazer); adaptação do meio ambiente; o uso de equipamentos de autoajuda, entre outros que dependem especificamente de cada um.

A atuação do terapeuta ocupacional com os idosos justifica-se, portanto, na presença ou ausência de prejuízos diante das habilidades remanescentes (ALMEIDA, 2003). Neste sentido, a saúde não significa ausência de doença mas, sim uma condição de bem estar físico, mental e social que leva o indivíduo a apreciar a vida e enfrentar os desafios do seu cotidiano, sendo portanto, entendida pela multiplicidade de aspectos do comportamento humano (PITANGA, 2005).

Sendo as mudanças de ordem física, emocional ou social, inerentes ao processo de envelhecimento, o equilíbrio nas atividades cotidianas é prejudicado de forma que seja necessário que o terapeuta ocupacional atue na antecipação ou vigência destas mudanças, de forma que, o idoso possa manter ou recobrar o desempenho para as atividades que lhes são significativas (ALMEIDA, 2009).

É sabido que podem ocorrer mudanças no processo de envelhecimento, porém as perdas não podem ser vistas como incapacidades, mas, sim como parte

de uma fase da vida, na qual são necessárias adaptações e incremento de novos hábitos de vida buscando uma velhice saudável e prazerosa para o individuo (MAZO et al., 2005).

Informações sobre o universo ocupacional e a capacidade funcional do idoso, devem ser contempladas no processo de avaliação do mesmo. O conhecimento sobre a diversidade das atividades do idoso prevê informações sobre metas, habilidades, preferências, necessidades e desejos, restrições e oportunidades (HORGAS; WILMS; BALTES, 1998).

Almeida (2004) ressalta que no processo de avaliação é importante o reconhecimento de práticas de autocuidado para manter ou melhorar a funcionalidade na vida cotidiana, pois indicam o potencial para a reabilitação e orientam as opções de intervenção.

A reabilitação da pessoa idosa por sua vez, pode ser um processo longo e demorado, com começo, meio e fim. Um processo cujo os princípios envolvem o binômio paciente/cuidador familiar no planejamento e implementação dos cuidados, para o qual a meta é a máxima independência possível e o gerenciamento do autocuidado (FARO, 2006).

Um planejamento adequado de reabilitação possibilita ao indivíduo o melhor nível de autonomia no exercício de suas funções, considerando a totalidade de potenciais do indivíduo, por meio de uma abordagem compreensiva e suporte social, familiar, recreacional e educacional ajustados às necessidades singulares de cada indivíduo (PITTA, 2001).

É necessário o acompanhamento sistemático e a aplicação de escalas específicas para avaliar dificuldades funcionais, a fim de que o profissional de saúde possa intervir adequadamente junto ao idoso, sem torná-lo mais dependente do que realmente se encontra, acelerando a instalação do estado de dependência (PAULA; TAVARES; DIOGO, 1998).

A T.O possui arsenais para que o idoso seja compreendido em sua totalidade, considerando os fatores físicos, ambientais, psicoemocionais e sociais que influenciam o bem estar do idoso e familiares. É fundamental que haja equilíbrio entre as incapacidades, dependência funcional e as capacidades remanescentes, em que a família e o próprio indivíduo devem encontrar mecanismos de cuidados que promovam a autonomia do idoso e que não acarrete sobrecarga física e/ou emocional para ambos.

Diante do exposto, considerando que as mudanças advindas do processo de envelhecimento associadas a presença de DCNTs, podem acarretar aos idosos prejuízos na capacidade funcional, levando-os a experimentar dificuldades para a realização das atividades cotidianas, englobando consequentemente as atividades de autocuidado, sendo elas essenciais para a independência e autonomia dos idosos, além de repercutirem em aspectos emocionais e sociais, questiona-se: Qual é a capacidade para o autocuidado de idosos com DCNTs, atendidos em ambulatórios de Geriatria? Existe influência das variáveis sociodemograficas e cognição na capacidade para as atividades de autocuidado dos idosos?

2. OBJETIVOS

- Caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial, segundo variáveis sociodemográficas, arranjo e suporte familiar;

- Identificar a capacidade cognitiva dos idosos;

- Identificar a capacidade para o autocuidado e;

- Verificar a associação entre a capacidade para o autocuidado e as variáveis sociodemográficas e cognição.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

A pesquisa foi conduzida utilizando-se o método quantitativo, que segundo CHIZZOTTI (2000) prevê a mensuração das variáveis preestabelecidas, procurando verificar e explicar sua influência sobre outras, mediante análise da frequência de incidência e correlações estatísticas.

Adotou-se o estudo descritivo, transversal e exploratório, com a finalidade de observar e descrever os aspectos da situação investigada, envolvendo a predominância, a prevalência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno, buscando descrever os relacionamentos entre as variáveis, sem estabelecer entre elas uma conexão causal (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com idosos (≥ 60 anos) atendidos em dois Ambulatórios de Geriatria, o Ambulatório de Geriatria de Alta Dependência (Ambulatório I) e o Ambulatório de Geriatria (Ambulatório II) de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, integrado ao SUS. Os idosos atendidos no Ambulatório I são considerados, em sua maioria, dependentes e, portanto, necessitam da ajuda de outras pessoas; já no Ambulatório II os idosos apresentam menos comprometimento da sua independência.

Nos dois ambulatórios são atendidos idosos de ambos os sexos com diagnóstico de DCNT. Após a primeira consulta (caso novo) os retornos acontecem, geralmente, a cada três meses. O atendimento no Ambulatório I ocorre às segundas-feiras, no período das 13h30 às 18h00 e são atendidos cerca de 15 idosos por dia, ou seja, aproximadamente, 60 pacientes por mês. No Amulatório II acontece às terças-feiras, no período das 13h30 às 18h00 e são atendidos cerca de 30 idosos por dia, aproximadamente, 120 pacientes por mês.

O atendimento é realizado pelo médico geriatra responsável pelo ambulatório e pelos residentes da geriatria. Os pacientes passam pela consulta médica, são avaliados e os casos discutidos, após são determinadas as condutas

necessárias. Em seguida, são encaminhados para a sala de pós consulta de enfermagem, onde são realizadas as orientações. São atendidos pacientes procedentes de Ribeirão Preto e cidades da região.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi composta pelos idosos (≥ 60 anos), em atendimento nos referidos ambulatórios, independente do diagnostico médico, no período de julho a novembro de 2012, considerando-se os critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais de idade, ambos os sexos e possuir, no momento da entrevista, condições para compreender e responder às questões e/ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliá-lo nas respostas.

Para a seleção da amostra, foi utilizada a amostragem de conveniência, que é um tipo de amostragem não-probabilística, na qual a probabilidade de um indivíduo ser incluído não é conhecida (PAGANO; GAUVREAU, 2006).

Dessa forma, a amostra deste estudo foi constituída por 117 idosos, que atenderam aos critérios de inclusão, sendo 52 participantes do ambulatório I e 65 do ambulatório II, vale ressaltar que nenhum dos participantes abordados foi excluído e não houve recusa.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de julho a novembro de 2012, por meio de entrevista estruturada, dirigida pela pesquisadora, no próprio ambulatório. Para as entrevistas foram utilizados instrumentos de coleta de dados, contendo por ordem de aplicação:

A) Avaliação do estado mental do idoso – MEEM - (ANEXO A) instrumento que pode ser utilizado para detecção de perdas cognitivas, avaliação da evolução de doenças e de resposta ao tratamento (BERTOLUCCI et al., 1994). Costituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação

máxima de 21 pontos, e outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOSTEIN; FOSTEIN; MCHUGH, 1975). Os valores mais altos do escore indicam melhor desempenho cognitivo. Assim, aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - agnosia, afasia, apraxia e habilidade construcional. Foi criado por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e, no Brasil, foi validado por Bertolucci et al. (1994) e modificado por Brucki et al. (2003), sendo amplamente utilizado como instrumento clínico e de pesquisa.

Devido à conhecida influência do nível de escolaridade sobre os escores totais do MEEM, autores como Bertolucci et al. (1994), Caramelli e Nitrini (2000), Brucki et al. (2003) adotam notas de corte diferentes para pessoas com distintos graus de instrução. Como não há consenso em relação a esta temática, para este estudo optou-se por empregar a nota de corte de acordo com os níveis de escolaridade descritos por Brucki et al. (2003), ou seja, 20 pontos para analfabetos; 25 para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 pontos para mais de 11 anos, considerando-se a recomendação de utilização dos escores de cortes mais elevados (NITRINI et al., 2005).

B) Classificação de Idosos quanto a Capacidade para o Autocuidado - CICAc – Versão Simplificada (ANEXO B) elaborado e validado por Almeida (2004) para caracterizar os idosos segundo: a) Arranjo doméstico/familiar e potencial rede de suporte (mora com outras pessoas, com quem, grau de parentesco, número de filhos, frequência, tipo e grau de satisfação com os relacionamentos, quem cuida); b) Perfil social (idade, sexo, escolaridade, atividade profissional, recursos financeiros, percepção da situação econômica atual) c) Universo ocupacional (atividades realizadas todos os dias - ABVD, AIVD, lazer e trabalho - frequência, grau de importância e de satisfação com estas atividades); e d) Capacidade funcional (se apresenta dificuldades nas ABVD, AIVD, lazer e trabalho, tipos de dificuldade, se encontrou estratégias para executa-las ou necessita de auxilio, formas de compensação).

O instrumento também possibilita classificar os idosos quanto à

capacidade funcional para cada uma das atividades que compõem o universo ocupacional separadamente, bem como classificá-los quanto à capacidade funcional para os blocos das atividades básicas e instrumentais da vida diária, também separadamente, ou seja, avalia o desempenho para 17 AVDs, sendo nove atividades básicas (banho, vestuário, uso do toalete, transferências posturais, continência, alimentação, locomoção, cuidados com pele, unhas, cabelo, dentes e face e comunicação) e oito instrumentais (uso do telefone, uso de transporte, compras, preparo de refeição, tarefas domésticas, lavagem de roupas, tomar medicamentos conforme receitados e comparecer ás consultas e, administrar finanças) (ALMEIDA, 2004).

O instrumento avalia a capacidade funcional, em cinco níveis e atribui pontuação de acordo com o nível funcional para cada uma delas, conforme o Quadro 1:

Pontuação	**Nível funcional**
5	Não apresenta dificuldade
4	Apresenta dificuldade - compensa com uma ou mais estratégias
3	Apresenta e faz com dificuldade
2	Apresenta dificuldade - compensa com ajuda
1	Apresenta dificuldade - deixa de fazer

Fonte: ALMEIDA, M. H. M. Validação do Instrumento CICAc (Tese de Doutorado), 2003.

Quadro 1 - Pontuação atribuída ao idoso segundo nível funcional

De acordo com a avaliação o entrevistado recebe uma pontuação para as ABVDs, que varia de nove (deixou de fazer todas elas, que passaram a ser realizadas por outros) considerado dependente, até 45 pontos (não apresenta dificuldades para nenhuma delas) classificado como independente. Da mesma forma, para as AIVDs, cuja pontuação varia entre 8 e 40 pontos. O instrumento possibilita classificar o idoso em linhas continuas, e por meio deste posicionamento identificar uma distância aproximada entre os pontos extremos (ALMEIDA, 2004).

ABVD's **9.....45 pontos**

Deixou de fazer **não apresenta dificuldade**

AIVD's **8.....40 pontos**

Deixou de fazer **não apresenta dificuldade**

Para aplicação do instrumento utilizou-se o quadro de orientações gerais (ANEXO C). Foi solicitada permissão para o uso do instrumento CICAc para a autora, a qual foi concedida (APENDICE A).

C) Ficha de dados complementares (APENDICE B) construída pela pesquisadora, contendo informações sobre: a cidade de origem do idoso, o diagnóstico médico (coletado no prontuário médico), quem respondeu a entrevista e o início e término de cada entrevista.

3.4.1 Pré-teste

O pré-teste foi realizado em junho de 2012 utilizando-se os instrumentos de coleta de dados, com cinco idosos atendidos nos ambulatórios, local de estudo. Os objetivos do pré-teste foram verificar: a clareza das perguntas, entendimento e compreensão dos entrevistados, a coerência das perguntas, a duração das entrevistas, a adequada estruturação dos instrumentos de coleta de dados, levando em consideração a sequência das perguntas, existência de interferência da sequência nas respostas dadas e o espaço deixado para respostas. Possibilita

também averiguar a aplicabilidade de todos os instrumentos de coleta de dados para a população a ser estudada, além de propiciar familiaridade do pesquisador com o instrumento. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004) o pré-teste tem a finalidade de determinar se o instrumento foi formulado com clareza, sem parcialidade e se é eficaz na geração das informações ao qual se destina. Após a realização deste procedimento, não foi identificada a necessidade de de alterações nos instrumentos.

3.4.2 Entrevistas

As entrevistas foram realizadas nos dias e horários de funcionamento dos ambulatórios, ou seja, no Ambulatório I as segundas-feiras das 13h30 às 17h00 e no Ambulatório II as terças-feiras no mesmo horário. Para tanto, a pesquisadora indentificava os idosos por meio de consulta aos prontuários, abordava o idoso e ou cuidador/familiar, momento em que se identificava, realizava os esclarecimentos sobre o estudo, convidando-o para participar do mesmo. Em seguida, apresentava e discutia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), após os esclarecimentos e aquiescência de cada participante, era solicitada a assinatura do idoso ou de seu responsável e entregue uma via do documento aos mesmos. Assim, iniciava-se a entrevista, em uma sala do próprio ambulatório, visando a privacidade, bem como evitar interrupções.

3.5 Análise dos Dados

Para o processamento dos dados, foi elaborada uma planilha no programa computacional *Microsoft Excel*, contendo um dicionário (*codebook)* e duas planilhas que foram utilizadas para a validação por dupla entrada (digitação). Após a digitação e a validação, os dados foram exportados para o *software* estatístico Stata, versão 12 SE, utilizado para realizar todas as análises estatísticas.

Para a descrição da amostra e apresentação dos resultados foram utilizadas tabelas de frequências absolutas e relativas. As variáveis quantitativas de interesse foram

sumarizadas com os parâmetros: média, mediana, desvio padrão, valores máximos e mínimos. As associações entre variáveis categóricas foram estudadas por meio de tabelas com os respectivos cruzamentos, e a eventual significância verificada pelo teste exato de Fisher (SIEGEL; CASTELLAN JR, 2006).

Nos testes foi adotado o valor de 5% para a probabilidade de ocorrência do erro de primeira espécie. Isto é, admitiu-se a existência de associação quando o valor de **p** no teste de Fisher fosse igual ou menor que 0,05.

3.6 Aspectos éticos

Conforme as resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão da Universidade de São Paulo, obtendo aprovação, protocolo nº 03247412.4.0000.5393 (ANEXO D).

O TCLE foi elaborado em linguagem clara, contendo infromações relevantes sobre a pesquisa. Assim, os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e a liberdade de interromper a sua participação na pesquisa, quando e se julgassem necessário. Foram informados, também, de que os resultados da pesquisa seriam destinados à elaboração de um trabalho científico e seria garantido o anonimato.

O projeto de pesquisa foi também encaminhado para a apreciação do Coordenador da Divisão da Clínica Médica Geral e Geriatria do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, com a finalidade de obter sua permissão para o desenvolvimento do estudo com os idosos atendidos nos Ambulatórios de Geriatria, a qual foi concedida (APÊNDICE D).

4. RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria

Participaram deste estudo 117 idosos atendidos em dois Ambulatórios de Geriatria de um Hospital Geral Terciário do interior paulista. No ambulatório I as entrevistas foram realizadas com 52 (44,4%) idosos, sendo que 35 (29,9%) deles responderam às questões com o auxílio do familiar/cuidador, 15 (12,8%) foram respondidas somente pelo familiar/cuidador e 2 (1,7%) responderam sozinhos. No ambulatório II, participaram da entrevista, 65 (55,6%) idosos, 52 (44,4%) responderam sozinhos e 13 (11,1%) com o auxílio do familiar/cuidador. A duração média das entrevistas foi de 32,3 minutos.

A caracterização dos idosos segundo faixa etária, escolaridade, trabalho remunerado e local que residiam, está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo as variáveis sociodemográficas, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Ambulatório I (n=52)				Ambulatório II (n=65)				Total (n=117)	
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade										
60 a 69	3	5,8	0	0,0	9	13,8	3	4,6	15	12,8
70 a 79	7	13,5	4	7,7	16	24,6	5	7,7	32	27,4
80 a 89	21	40,4	8	15,4	21	32,3	7	10,8	57	48,7
90 e +	8	15,4	1	1,9	3	4,6	1	1,5	13	11,1
Escolaridade										
Analfabeto	12	23,1	5	9,6	6	9,2	3	4,6	26	22,2
Lê/escreve ou primário incompleto	18	34,6	8	15,4	30	46,2	8	12,3	64	54,7
Primário completo/ginásio incompleto	6	11,5	0	0,0	10	15,4	3	4,6	19	16,2
Ginásio completo/colegial incompleto	1	1,9	0	0,0	2	3,1	2	3,1	5	4,3
Colegial completo/superior incompleto	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Superior completo	1	1,9	0	0,0	1	1,5	0	0,0	2	1,7
Trabalho Atual Remunerado										
Sim	0	0,0	0	0,0	4	6,2	1	1,5	5	4,3
Não	39	75,0	13	25,0	45	69,2	15	23,1	112	95,7

continua...

Mora em RP										
Sim	28	53,8	7	13,5	31	47,7	8	12,3	74	63,2
Não	11	21,2	6	11,5	18	27,7	8	12,3	43	36,8
Total	**39**	**75,0**	**13**	**25,0**	**49**	**75,4**	**16**	**24,6**	**117**	**100**

conclusão.

Dos 117 (100%) participantes 88 (75,2%) eram mulheres e 29 (24,8%) homens. A idade dos idosos variou entre 61 e 96 anos, com média de 79,8, mediana 81,0 e desvio-padrão 8,0, sendo a faixa etária com maior distribuição a de 80-89 anos, com 57 (48,7%) participantes. Com relação à escolaridade, os anos de estudo variou entre 0 e 15 anos, com média de 2,7, mediana 3,0 e desvio-padrão 2,5, sendo que a maioria 64 (54,7%) sabia ler/escrever informalmente ou possuía o primário incompleto, seguidos de 26 (22,2%) que eram analfabetos. Vale destacar o predomínio de mulheres 48 (41,0%) e 18 (15,4%) entre os que sabiam ler/escrever informalmente ou possuíam o primário incompleto e os analfabetos, respectivamente. Os participantes deste estudo foram indagados com relação à prática de trabalho remunerado atualmente e 112 (95,7%) declaram que não exerciam tal atividade. Quanto à procedência, 78 (66,6%) dos entrevistados mencionaram residir na cidade de Ribeirão Preto e 39 (33,3%) na região deste município.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos de acordo com a principal atividade profissional exercida anteriormente.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo a principal atividade profissional exercida anteriormente, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	**Ambulatório I (n=52)**		**Ambulatório II (n=65)**		**Total (n=117)**	
Profissão	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Dona de casa	12	23,1	8	12,3	20	17,1
Empregada doméstica	10	19,2	12	18,5	22	18,8
Trabalhador rural	9	17,3	14	21,5	23	19,7
Comerciante	4	7,7	4	6,2	8	6,8
Costureira	3	5.8	6	9,2	9	7,7
Mecânico/borracheiro	3	5,8	1	1,5	4	3,4
Motorista/garçom	2	3,8	3	4,6	5	4,3
Eletricista/pedreiro	2	3,8	2	3,1	4	3,4
Parteira/auxiliar de enfermagem	2	3,8	1	1,5	3	2,6
Cabeleireira	2	3,8	1	1,5	3	2,6
Serviços gerais	1	1,9	7	10,8	8	6,8
Secretária	1	1,9	4	6,2	5	4,3
Nunca trabalhou	1	1,9	0	0,0	1	0,9
Professor	0	0,0	2	3,1	2	1,7

Dentre as principais atividades profissionais referidas pelos entrevistados, destacam-se “trabalho rural” com 23 (19,7%), “empregada doméstica” com 22 (18,8%) e “dona de casa” com 20 (17,1%).

A procedência dos recursos financeiros atuais dos idosos pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo a procedência dos recursos financeiros atuais, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Feminino				Masculino			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Recursos Financeiros*								
Salário	3	2,6	85	72,6	0	0,0	29	24,8
Aposentadoria	62	53,0	26	22,2	29	24,8	0	0,0
Pensão	29	24,8	59	50,4	0	0,0	29	24,8
Aluguel	2	1,7	86	73,5	0	0,0	29	24,8
Atividades informais	1	0,9	87	74,4	1	0,9	28	23,9
Recebe ajuda em dinheiro	6	5,1	82	70,1	0	0,0	29	24,8

*Categorias não mutuamente exclusivas

Evidencia-se que a maioria 91 (77,8%) dos entrevistados relatou receber aposentadoria, sendo 62 (53,0%) mulheres e 29 (24,8%) homens. Vale ressaltar que os participantes puderam indicar mais que uma fonte de renda.

Quando indagados sobre como satisfaziam suas necessidades (alimentação, moradia, saúde, entre outras) com a sua situação financeira atual, 39 (33,3%) dos idosos declararam como “mais ou menos”, 36 (30,8%) “bem”, 17 (14,5%) “mau”, 6 (5,1%) “muito mal”, 4 (3,4%) “muito bem” e 15 (12,8%) não responderam.

4.2 Características do arranjo doméstico e familiar e potencial rede de suporte dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria

A distribuição dos idosos segundo o arranjo doméstico e familiar e

potencial rede de suporte pode ser visualizada na Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo o arranjo doméstico e familiar e potencial rede de suporte, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Com quem mora						
Filha(s)	4	3,4	3	2,6	7	6,0
Filho(s)	8	6,8	1	0,9	9	7,7
Filho(s)/filha(s)	3	2,6	1	0,9	4	3,4
Filhos(as)/netos(as)	6	5,1	0	0,0	6	5,1
Filhos(as)/netos(as)/genro/nora	8	6,8	2	1,7	10	8,5
Filhos(as)/genro/nora	4	3,4	0	0,0	4	3,4
Filhos(as)/irmãos	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Filho/cônjuge/sobrinha	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Netos(as)	7	6,0	0	0,0	7	6,0
Netos/genro	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Cônjuge	7	6,0	5	4,3	12	10,3
Cônjuge/filhos(as)	9	7,7	7	6,0	16	13,7
Cônjuge/filhos(as)/genro/nora	4	3,4	0	0,0	4	3,4
Cônjuge/filhos(as)/netos(as)	2	1,7	1	0,9	3	2,6
Irmãos	0	0,0	2	1,7	2	1,7
Irmã/sobrinha/cunhado	0	0,0	1	0,9	1	0,9
Mãe	0	0,0	1	0,9	1	0,9
Prima	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Amigo	1	0,9	0	0,0	1	0,9
Cuidadora	2	1,7	0	0,0	2	1,7
ILPI	5	4,3	4	3,4	9	7,7
Sozinho (a)	14	12,0	1	0,9	15	12,8
Total	**88**	**75,2**	**29**	**24,8**	**117**	**100**

Observa-se que 16 (13,7%) dos participantes do estudo viviam com cônjuge/filhos(as), 15 (12,8%) viviam sozinhos, 12 (10,3%) com o cônjuge e 10 (8,5%) com filhos(as)/netos(as)/genro/nora.

Ressalta-se que 37 (71,1%) das mulheres do ambulatório I moravam com outras pessoas e 2 (3,8%) sozinhas; em relação aos homens, todos eles, ou seja, 13 (25,0%) residiam com outros na mesma casa. Já para o ambulatório II, 37 (56,9%) das mulheres coabitavam com outras pessoas, seguidas de 12 (18,5%) sozinhas e 15 (23,1%) dos homens viviam com alguém e somente 1 (1,5%) morava sozinho.

Quanto a idade das pessoas que moravam com os idosos, foi possível observar que a idade das filhas variou entre 14 e 66 anos, com média de 53,2; a dos filhos entre 8 e 74 anos, média de 34,2; a dos maridos entre 65 e 93 anos, média de 78,0 e a das esposas entre 42 e 85 anos, com média de 69,7.

Constatou se que 32 (61,5%) das mulheres do ambulatório I

mencionaram possuir outros filhos, além dos que residiam com elas e 7 (13,0%) não possuíam; já os homens 8 (15,4%) deles relataram possuir e 5 (9,6%) não. Para os participantes do ambulatório II 44 (67,7%) das mulheres informaram ter outros filhos e 5 (7,7%) não, em relação aos homens 13 (20,0%) tinham outros filhos e 3 (4,6%) não.

A frequência com que os idosos se relacionavam com filhos, vizinhos, amigos, parentes, entre outros, pode ser visualizada na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo a frequência com que se relacionavam com filhos, vizinhos, amigos, associações/grupos/instituições e outros parentes, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Relacionamento com									
	Filhos		Vizinhos		Amigos		Associações/ Grupos/ Instituições		Outros parentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Todos os dias	16	13,7	8	6,8	6	5,1	9	7,7	5	4,3
Quase todos os dias	30	25,6	36	30,8	15	12,8	4	3,4	4	3,4
Uma a duas vezes por semana	31	26,5	30	25,6	29	24,8	35	29,9	22	18,8
De quinze dias a uma vez ao mês	14	12,0	4	3,4	12	10,2	9	7,7	30	25,6
Uma vez a cada dois ou seis meses	9	7,7	1	0,9	8	6,8	1	0,9	9	7,7
De um a dois anos	4	3,4	0	0,0	5	4,3	0	0,0	21	17,9
Nunca	1	0,9	38	32,5	42	35,9	59	50,4	26	22,2

Os dados da tabela acima mostram que 31 (26,5%) dos idosos referiram que se relacionavam com os filhos de uma a duas vezes por semana e 30 (25,6%) quase todos os dias. Vale destacar que 12 (10,2%) deles não possuíam filhos. Quanto ao relacionamento com os vizinhos 38 (32,5%) declararam que nunca se relacionavam com eles e 36 (32,5%) quase todos os dias; 42 (35,9%) mencionaram que nunca se relacionavam com os amigos e 29 (24,8%) de uma a duas vezes por semana. No que se refere a associações, grupos ou instituições 59 (50,4%) afirmaram que nunca se relacionavam e 35 (29,9%) de uma a duas vezes por semana. Com os outros parentes 30 (25,6%) declaram manter contato de 15 dias a uma vez ao mês e 22 (18,8%) de uma a duas vezes por semana.

A distribuição do grau de satisfação em relação a frequência desses relacionamentos estão descritos na Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo o grau de satisfação com a frequência dos relacionamentos, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Grau de Satisfação					
	Satisfeito		Mais ou menos		Insatisfeito	
	n	%	n	%	n	%
Relacionamento com						
Filhos	70	59,8	18	15,4	2	1,7
Vizinhos	98	83,8	3	2,6	0	0,0
Amigos	95	81,2	5	4,3	1	0,9
Associações/grupos/instituições	80	68,4	9	7,7	12	10,2
Outros parentes	80	68,4	14	12,0	7	6,0

Nota-se que 98 (83,8%) declararam sentir-se satisfeitos com a frequência com que se relacionam com os vizinhos, 95 (81,2%) com os amigos e 70 (59,8%) com os filhos.

A distribuição do grau de satisfação com o relacionamento com as pessoas da família que residiam com o idoso, que não residiam, com amigos e vizinhos pode ser observada na Tabela 7.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo o grau de satisfação com o relacionamento com as pessoas da família que residiam com o idoso, as que não residiam, com amigos e vizinhos. Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Grau de Satisfação									
	Muito satisfeito		Satisfeito		Insatisfeito		Muito Insatisfeito		Mora só	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Relacionamento com										
Pessoas da família que moram com o idoso	41	35,0	36	30,8	10	8,5	0	0,0	15	12,8
Pessoas da família que não moram com o idoso	18	15,4	70	59,8	11	9,4	0	0,0		
Amigos	14	12,0	82	70,1	3	2,6	0	0,0		
Vizinhos	13	11,1	85	72,6	0	0,0	1	0,9		

Observa-se que 41 (35,0%) dos idosos declararam estar muito satisfeitos com o relacionamento com as pessoas da família que moravam com eles e 36 (30,8%) estavam satisfeitos. Já com os vizinhos, os amigos e as pessoas da família

que não moravam com o idoso, 85 (72,6%), 82 (70,1%) e 70 (59,8%) deles, respectivamente, relataram estar satisfeitos.

Aos idosos estudados foi perguntado se havia alguém que cuidava deles em situação de doença e quem eram essas pessoas. A Tabela 8 mostra a distribuição dos idosos em relação a estes questionamentos.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por gênero, segundo as pessoas que cuidavam deles em caso de doença, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	**Ambulatório 1 (n=52)**				**Ambulatório 2 (n=65)**				**Total (n=117)**	
	Feminino		**Masculino**		**Feminino**		**Masculino**			
	n	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Existe alguém que cuida?										
Sim	38	73,1	13	25,0	44	67,7	14	21,5	109	93,1
Não	1	1,9	0	0,0	5	7,7	2	3,1	8	6,8
Quem cuida										
Filha (s)	31	59,6	6	11,5	38	58,5	9	13,8	84	71,8
Cuidador Formal	10	19,2	2	3,8	1	1,5	4	6,1	17	14,5
Filho (s)	7	13,5	1	1,9	16	24,6	0	0,0	24	20,5
Cônjuge	4	7,7	5	9,6	4	6,1	6	9,2	19	16,2
Nora/genro	4	7,7	0	0,0	3	4,6	0	0,0	7	6,0
Amigo	1	1,9	0	0,0	1	1,5	0	0,0	2	1,7
Netos (as)	1	1,9	1	1,9	4	6,1	0	0,0	6	5,1
Irmãos	0	0,0	4	7,7	1	1,5	2	3,1	7	6,0
Enteada/sobrinhos	0	0,0	0	0,0	2	3,1	2	3,1	4	3,4

Constata-se que 109 (93,1%) dos entrevistados informaram que, em caso de doença, havia alguém para cuidar deles, sendo 38 (73,1%) das mulheres e 13 (25,0%) dos homens do ambulatório I e 44 (67,7%) das mulheres e 14 (21,5%) dos homens do ambulatório II. Em relação a quem cuida, 84 (71,8%) referiram que seriam cuidados pelas filhas, 24 (20,5%) pelos filhos, 19 (16,2%) pelo cônjuge e 17 (14,5%) por um cuidador formal. Ressalta-se que os participantes poderiam indicar mais que uma pessoa.

O diagnóstico médico, coletado por meio de registro no prontuário de cada um dos entrevistados, foram agrupados de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), conforme descritos na Tabela 9.

Tabela 9 - Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo as doenças diagnosticadas e registradas nos prontuários médicos, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Total	
	n	%
Doenças Segundo Capítulos da CID10*		
Cap. IV Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	102	87,2
Cap. V Transtornos mentais e comportamentais (F00- F99)	81	69,2
Cap. XIII Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	69	59,0
Cap. IX Doenças do aparelho circulatório (100-199)	67	57,3
Cap. VI Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	33	28,2
Cap. XI Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	28	23,9
Cap. X Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	13	11,1
Cap. XIV Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	10	8,5
Cap. XVII Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (Q00-Q99)	10	8,5
Cap. II Neoplasias (tumores) (C00-C97)	7	6,0
Cap. VII Doenças do olho e anexos (H00-H59)	7	6,0
Cap. I Algumas doenças infecciosas e parasitárias (A00-B99)	3	2,6
Cap. XII Doenças da pele e do tecido subcutâneo (L00-L99)	2	1,7
Cap. XVIII Sintoma, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte (R00-R99)	1	0,9
Cap.XXI Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	1	0,9

*Categorias não mutuamente exclusivas

O número de doenças por idoso variou entre 1 e 10, com média de 4,4, mediana 4,0 e desvio-padrão 1,9. Nota-se que houve 102 (87,2%) registros para as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 81 (69,2%) para os transtornos mentais e comportamentais, 69 (59,0%) para doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e 67 (57,3%) para as doenças do aparelho circulatório. Vale ressaltar que um mesmo idoso poderia estar presente em uma ou mais categorias ao mesmo tempo.

Dentre as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas as mais apontadas foram as dislipidemias 44 (37,6%) e o diabetes mellitus tipo dois 32 (27,3%); para os trasntornos mentais e comportamentais, as demências 40 (34,2%) e a depressão 31 (26,5%); quanto as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, a osteoporose 42 (35,9%) e a osteopenia 10 (8,5%); já para as doenças do aparelho circulatório, a hipertensão arterial 87 (74,3%) e o acidente vascular cerebral 24 (20,5%).

4.3 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo

O desempenho dos idosos na avaliação cognitiva por meio do MEEM pode ser observado na Tabela 10.

Tabela 10 - Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, de acordo com a avaliação cognitiva pelo MEEM, segundo as variáveis idade, sexo, avaliação da memória atual e avaliação da memória comparada há um ano atrás, Ribeirão Preto, 2013

MEEM	Ambulatório 1				Ambulatório 2				Total	
	Tem Défict		Não tem		Tem Défict		Não tem			
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Idade										
60 a 69	3	5,8	0	0,0	7	10,8	5	7,7	15	12,8
70 a 79	10	19,2	1	1,9	13	20,0	8	12,3	32	27,4
80 a 89	28	53,8	1	1,9	21	32,3	7	10,8	57	48,7
90 e +	8	15,4	1	1,9	3	4,6	1	1,5	13	11,1
Sexo										
Feminino	36	69,2	3	5,8	34	52,3	15	23,1	88	75,2
Masculino	13	25,0	0	0,0	10	15,4	6	9,2	29	24,8
Avaliação memória atual *										
Boa	16	30,8	0	0,0	21	32,3	8	12,3	45	38,5
Regular	12	23,1	3	5,8	20	30,8	13	20,0	48	41,0
Ruim	4	7,7	0	0,0	2	3,1	0	0,0	6	5,1
Péssima	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	0,9
Não pode responder	15	28,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	12,8
Não sabe	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Avaliação memória comparada um ano atrás										
Melhor	3	5,8	0	0,0	4	6,2	1	1,5	8	6,8
Igual	15	28,8	2	3,8	21	32,3	14	21,5	52	44,4
Pior	13	25,0	1	1,9	19	29,2	6	9,2	39	33,3
Não pode responder	15	28,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	12,8
Não sabe	3	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,6
Total	**49**	**94,2**	**3**	**5,7**	**44**	**67,7**	**21**	**32,3**	**117**	**100,0**

***Teste de associação pela técnica Exata de Fisher, valor significativo $p < 0,05$

Considerando-se os escores por escolaridade propostos por Brucki et al. (2003), que consideram 20 pontos para analfabetos; 25 para pessoas com escolaridade de 1 a 4 anos; 26,5 para 5 a 8 anos; 28 para aqueles com 9 a 11 anos e 29 pontos para mais de 11 anos, neste estudo, dos idosos pesquisados, 93 (79,5%) possuíam déficit cognitivo.

O escore bruto do MEEM variou entre 0 e 30 pontos, com média de 16,4 e desvio-padrão de 8,8 pontos. Entre as mulheres do ambulatório I, a variação foi de 0 a 26 pontos, com média de 10,0 e desvio-padrão 8,4; entre os homens a pontuação variou de 0 a 21, média de 8,6 e desvio-padrão 6,6. No ambulatório II, para as mulheres a variação foi de 3 a 30 pontos, com média de 21,4 e desvio-padrão 4,7; entre os homens variou de 12 a 29, média de 23,3 e desvio-padrão 4,8.

Observa-se na Tabela 10, que 49 (94,2%) dos idosos do ambulatório I apresentaram déficit cognitivo, sendo que 28 (53, 8%) encontravam-se na faixa etária de 80 a 89 anos, 36 (69,2%) eram mulheres e 13 (25,0%) homens, ou seja, todos os homens deste ambulatório que participaram do estudo. No ambulatório II, 44 (67,7%) possuíam déficit cognitivo, 21 (32,3%) deles estavam na faixa etária entre 80 e 89 anos, 34 (52,3%) eram mulheres e 10 (15,4%) homens.

Os resultados referentes à autoavaliação da memória atual evidenciaram que, no ambulatório I, 16 (30,8%) dos idosos que tinham déficit avaliaram sua memória como “Boa” e 12 (23,1%) como “Regular”; os 3 (5,8%) que não tinham déficit a avaliaram como “Regular”. No ambulatório II, 21 (32,3%) dos que tinham déficit declararam sua memória atual como “Boa” e 20 (30,8%) como “Regular”; dos que não apresentavam déficit 13 (20,0%) a declararam como “Regular”.

Quando solicitados a comparar sua memória atual com a de um ano atrás, no ambulatório I, dos idosos que tinham déficit, 15 (28,8%) e 13 (25,0%) relataram estar “Igual” e “Pior”, respectivamente. Já no ambulatório II, dos que apresentavam déficit, 21 (32,3%) e 19 (29,2%) mencionaram estar “Igual” e “Pior”, respectivamente; dos que não apresentavam déficit 14 (21,5%) referiram estar “Igual”.

4.4 Características relacionadas à capacidade de autocuidado dos idosos participantes do estudo, para as atividades de vida diária

Para a investigação do universo ocupacional, os participantes deste estudo foram indagados com relação a frequência, grau de importância e satisfação na realização das ABVDs, AIVDs, tipos de Lazer, trabalho remunerado e não remunerado, o que pode ser visualizado na Tabela 11.

Tabela 11- Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, por frequência, grau de importância e satisfação, segundo as ABVDs, AIVDs, tipos de lazer, trabalho remunerado e não remunerado, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Faz todos os dias		Faz de vez em quando		Não faz		São importantes		Gosta menos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ABVD´s										
Banho	117	100,0	0	0,0	0	0,0	11	9,4	7	6,0
Vestuário	117	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uso do toalhete	112	95,7	4	3,4	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Transferências posturais	115	98,3	2	1,7	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Continência	113	96,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Alimentação	117	100,0	0	0,0	0	0,0	6	5,1	0	0,0
Locomoção	114	97,4	3	2,6	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Cuidados com a pele/cabelos/unhas/dentes	116	99,1	1	0,9	0	0,0	4	3,4	1	0,9
Comunicação	106	90,6	3	2,6	8	6,8	1	0,9	0	0,0
Não respondeu/ não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	25,6	73	62,4
AIVD´s										
Uso do telefone	64	54,7	20	17,1	33	28,2	1	0,9	0	0,0
Uso de meios de transporte	56	47,9	18	15,4	43	36,8	1	0,9	0	0,0
Fazer compras	58	49,6	0	0,0	59	50,4	1	0,9	0	0,0
Preparo da comida	46	39,3	13	11,1	58	49,6	6	5,1	12	10,2
Tarefas domésticas	45	38,5	5	4,3	67	57,3	5	4,3	7	6,0
Lavagem de roupa	47	40,2	2	1,7	68	58,1	1	0,9	2	1,7
Tomar medicamentos e comparecer as consultas	110	94,0	7	6,0	0	0,0	5	4,3	1	0,9
Receber pagamentos e pagar contas	38	32,5	5	4,3	74	63,2	0	0,0	0	0,0,
Não respondeu/não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	25,6	73	62,4
Lazer com interesse										
Físico	7	6,0	4	3,4	106	90,6	1	0,9	1	0,9
Manual	24	20,5	4	3,4	28	23,9	15	12,8	0	0,0
Intelectual	6	5,1	0	0,0	111	94,8	0	0,0	0	0,0
Social	13	11,1	11	9,4	93	79,5	15	12,8	8	6,8

Continua...

Religioso	38	32,5	2	1,7	77	65,8	21	17,9	0	0,0
Artístico	9	7,7	2	1,7	106	90,6	6	5,1	0	0,0
Diversos/TV	51	43,6	0	0,0	66	56,4	15	12,8	0	0,0
Não respondeu/ naõ sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	25,6	73	62,4
Trabalho remunerado										
Informal	2	1,7	0	0,0	115	98,3	1	0,8	0	0,0
Cargo técnico ou administrativo/ profissional liberal	2	1,7	0	0,0	115	98,3	0	0,0	0	
Empregada doméstica	1	0,9	0	0,0	116	99,1	0	0,0	0	0,0
Não respondeu										
Trabalho não remunerado										
Voluntário	1	0,9	0	0,0	116	99,1	0	0,0	0	0,0
Dona de casa	39	33,3	0	0,0	78	66,7	0	0,0	0	0,0
Outro	1	0,9	0	0,0	116	99,1	0	0,0	0	0,0
Não respondeu/ não sabe	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	25,6	73	62,4

conclusão.

Os dados revelam que as ABVDs eram realizadas pela maioria dos idosos na frequência de todos os dias. No entando, com relação a atividade de comunicação 3 (2,6%) a realizavam de vez em quando e 8 (6,8%) não a realizavam. Quanto as AIVDs, dos idosos estudados, 74 (63,2%), 68 (58,1%), 67 (57,3%) e 59 (50,4%) não realizavam as atividades de receber pagamento e pagar contas, lavar roupas, tarefas dosméticas e fazer compras, respectivamente. Para as atividades de lazer, as maiores menções de atividades realizadas todos os dias foram, 51 (43,6%) para atividades diversas/TV, 38 (32,5%) para atividade religiosa e 24 (20,5%) para atividade manual. No que se refere ao trabalho remunerado a maioria não realiza esta atividade; já quanto ao trabalho não remunerado 39 (33,3%) mencionaram ser donas de casa, desempenhando esta funçaõ todos os dias.

Em relação ao grau de importância que os idosos atribuíam para cada uma das atividades, 30 (25,6%) deles não puderam ou não souberam responder e o maior número de menções positivas foi para o conjunto de atividades de lazer, como o religioso 21 (17,9%), o social, o manual e o diversos/TV com 15 (12,8%) para cada um deles. Já quanto as atividades que eles menos gostavam de realizar, 73 (62,4%) não puderam ou não souberam responder, dos que responderam, 12 (10,2%) mencionaram o preparo da comida, 8 (6,8%) o lazer social e 7 (6,0%) o banho. Destaca-se que aos participantes foi permitido citar mais de uma atividade como importantes ou gosta menos.

Quanto às razões sobre porque o idoso considerava determinadas atividades importantes, 82 (70,1%) foi por satisfação pessoal (trazem prazer, mantêm as pessoas ativas, distraem, ocupam o tempo, mantêm a pessoa atualizada, alimentam a vaidade, diminuem a solidão e a carência afetiva, trazem satisfação espiritual, trazem oportunidade de descansar, mantêm a privacidade), 4 (3,4%) por responsabilidade social (promovem senso de utilidade, desempenham comportamentos esperados), e 1 (0,8%) por prevenção de riscos a vida, ao funcionamento e desenvolvimento (são benéficas a saúde física e/ou mental, estimulam o exercício da independência, estão relacionadas com a sobrevivência). Em relação às razões pelas quais os idosos gostam menos de determinadas atividades, 29 (24,8%) mencionaram por razões intrínsecas (acima das capacidades do idoso, não atende as necessidades do idoso), 9 (7,7%) extrínsecas (realizada em condições adversas) e 6 (5,1%) por outras razões.

Para conhecer as atividades cotidianas realizadas pelos idosos estudados, identificar a presença de dificuldade para executá-las, bem como quais são os fatores relacionados às dificuldades, realizou-se uma investigação sobre o desempenho dos idosos para as AVDs.

A Tabela 12 mostra a distribuição dos idosos com relação a variação de pontos observada para as ABVDs e AIVDs.

Tabela 12 - Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo a variação de pontos observados, média e desvio-padrão para as AVDs, Ribeirão Preto, 2013

AVDs	**ABVDs**				**AIVDs**			
	Variação Possível = 9 - 45 pontos			**TOTAL**	**Variação Possível = 8 - 40 pontos**			**TOTAL**
	Primeiro Tercil	Segundo Tercil	Terceiro Tercil		Primeiro Tercil	Segundo Tercil	Terceiro Tercil	
n observado (%)	37 (31,6)	39 (33,3)	41 (35,0%)	117 (100%)	40 (34,2)	38 (32,5)	39 (33,3)	117 (100%)
Variação observada	14 - 26	27 - 39	40 - 45	14 - 45	9 - 11	12 - 30	31 - 40	9 - 40
Média	20,4	33,3	42,8	32,6	9,7	18,8	36,4	21,6
Desvio-padrão	2,8	3,9	1,7	9,6	0,8	5,8	3,1	11,8

A variação de pontos possível para as ABVDs é de 9 a 45, sendo que quanto mais próximo de nove, mais dependente e quanto mais próximo de quarenta e cinco mais independente. A variação total de pontos observada para estas atividades, neste estudo, foi entre 14 e 45, média de 32,6 e desvio padrão 9,6 pontos. Para as AIVDs a variação possível é de 8 a 40 pontos, quanto mais próximo de oito, mais dependente e quanto mais próximo de quarenta, mais independente). A variação total observada, para elas, foi entre 9 e 40, média 21,6 e desvio-padrão 11,8.

Quanto a dependência para as AVDs, neste estudo os idosos foram distribuídos em primeiro tercil, segundo tercil e terceiro tercil. Dessa forma, para as ABVDs, 41 (35%) dos idosos encontravam-se no terceiro tercil (variação observada entre 40 e 45 pontos, média de 42,8, desvio-padrão 1,7), seguidos de 39 (33,3%) no segundo tercil (variação observada entre 27 e 39 pontos, média 33,3, desvio-padrão 3,9). Quanto as AIVDs 40 (34,2%) dos pesquisados encontravam-se no primeiro tercil (variação observada entre 9 e 11 pontos, média 9,7, desvio-padrão 0,8 e 38 (32,5%) no segundo tercil (variação observada entre 12 e 30, média de 18,8 e desvio-padrão 5,8.

Com relação aos níveis de dificuldade para o desempenho das AVDs, os idosos foram classificados em: (ND) não tem dificuldade, (DC) tem suas dificuldades compensadas, com estratégias de autocuidado, (DNC) tem dificuldades não compensadas, mas não requer ajuda e (RA) requer ajuda, conforme proposto por (ALMEIDA; LITVOC; PEREZ, 2012).

Assim, a Tabela 13 mostra a distribuição dos idosos de acordo com os níveis de dificuldade para as AVDs.

Tabela 13 - Distribuição dos idosos (n=117) atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo níveis de dificuldade para as ABVDs e AIVDs, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Ambulatório 1 (n= 52)								Ambulatório 2 (n= 65)							
	ND		DC		DNC		RA		ND		DC		DNC		RA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
ABVD´s																
Banho	1	1,9	2	3,8	0	0,0	49	94,2	43	66,1	13	20,0	5	7,7	4	6,1
Vestuário	0	0,0	0	0,0	4	7,7	48	92,3	38	58,5	16	24,6	7	10,8	4	6,1
Uso do toalete	3	5,8	3	5,8	5	9,6	41	78,8	48	73,8	9	13,8	7	10,8	1	1,5
Transferências posturais	3	5,8	4	7,7	14	26,9	31	59,6	32	49,2	17	26,1	14	21,5	2	3,1
Continência	5	9,6	28	53,8	14	26,9	5	9,6	37	56,9	17	26,1	10	15,4	1	1,5
Alimentação	15	28,8	10	19,2	11	21,1	16	30,8	63	96,9	2	3,1	0	0,0	0	0,0
Locomoção	1	1,9	21	40,4	7	13,5	23	44,2	23	35,4	18	27,7	23	35,4	1	1,5
Cuidados com pele/cabelos/unhas/dentes/face	2	3,8	2	3,8	3	5,8	45	86,5	39	60,0	3	4,6	13	20,0	10	15,4
Comunicação	20	38,5	5	9,6	17	32,7	10	19,2	60	92,3	3	4,6	2	3,1	0	0,0
AIVD´s																
Uso do telefone	6	11,5	2	3,8	2	3,8	42	80,8	40	61,5	6	9,2	5	7,7	14	21,5
Uso de meios de trasnporte	1	1,9	0	0,0	0	0,0	51	98,1	31	47,7	6	9,2	6	9,2	22	33,8
Compras	1	1,9	0	0,0	1	1,9	50	96,2	35	53,8	8	12,3	2	3,1	20	30,8
Preparo da comida	1	1,9	0	0,0	2	3,8	49	94,2	44	67,7	5	7,7	3	4,6	13	20,0
Tarefas domésticas	1	1,9	0	0,0	0	0,0	51	98,1	22	33,8	15	23,1	8	12,3	20	30,8
Lavagem de roupa	1	1,9	1	1,9	0	0,0	50	96,2	34	52,3	5	7,7	8	12,3	0	0,0
Tomar medicamentos/comparecer as consultas	1	1,9	1	1,9	0	0,0	50	96,2	38	58,5	10	15,4	2	3,1	15	23,1
Receber pagamentos/pagar contas	1	1,9	0	0,0	0	0,0	51	98,1	29	44,6	2	3,1	1	1,5	33	50,8

Legenda: ND - não tem dificuldade, DC - tem suas dificuldades compensadas, DNC - tem dificuldades não compensadas, mas não requer ajuda, RA - requer ajuda

Em relação as ABVDs, observa-se na tabela acima que no ambulatório I, 20 (38,5%) dos idosos não apresentavam dificuldades para a atividade de comunicação e 15 (28,8%) para alimentação; 28 (53,8%) possuíam dificuldade para continência, 21 (40,4%) para locomoção e 10 (19,2%) para alimentação, mas adotavam práticas para compensar. Dos idosos que apresentavam dificuldades não compensadas, mas não requeriam ajuda, 14 (26,9%) mencionaram as transferências posturais, outros 14 (26,9%) a continência e 11 (21,1%) a alimentação. Nota-se que a maioria dos idosos do referido ambulatório requeria ajuda para as ABVDs, sendo que 49 (94,2%) necessitavam de ajuda para o banho, 48 (92,3%) para vestuário, 45 (86,5%) para cuidados com pele/cabelos/unhas/dentes/face e 41 (78,8%) para uso do toalete. Quanto as AIVDs, também, a maioria, requeria ajuda para desempenha-las, com destaque para, uso de meios de transporte, tarefas domésticas e receber pagamentos/pagar contas com 51 (98,1%) idosos para cada uma delas, seguidas de fazer compras, lavagem de roupas e tomar medicamentos/comparecer às consultas com 50 (96,2) para cada uma.

Os idosos atendidos no Ambulatório II, mostraram um perfil de maior independência para a realização das AVDs. No que se refere as ABVDs, 18 (27,7%) deles apresentavam dificuldades de locomoção, 17 (26,1%) nas transferências posturais, outros 17 (26,1%) para continência e 16 (24,6%) para vestuário, mas adotavam práticas para compensá-las. Quanto às atividades realizadas com dificuldades, porém não compensadas 23 (35,4%) citaram a locomoção, 14 (21,5%) as trasferências posturais e 10 (15,4%) a continência. Já as atividades nas quais requeriam ajuda para realizá-las, 10 (15,4%) mencionaram os cuidados com pele/cabelos/unhas/dentes/face. Com relação as AIVDs, 15 (23,1%) apresentavam dificuldades para as tarefas domésticas, 10 (15,4%) para tomar medicamentos/comparecer às consultas e 8 (12,3%) para fazer compras, porém as compensavam com estratégias de autocuidado; 8 (12,3%) possuíam dificuldades para as tarefas domésticas e outros 8 (12,3%) para lavagem de roupa, mas não compensavam; 33 (50,8%) necessitavam de ajuda para receber pagamentos/pagar contas, 22 (33,8%) para uso de meios de transportes, 20 (30,8%) para fazer compras e outros 20 (30,8%) para tarefas domésticas.

As formas de compensar as dificuldades para realizar as AVDs citadas pelos idosos do estudo, estão descritas no Quadro 2.

AVDs	Estratégias utilizadas para compensar
Banho	Utilizar banco/cadeira (dispositivos auxiliares); colocação de barras de segurança (modificações ambientais); segurar na janela, apoiar-se na parede (mudanças comportamentais).
Vestuário	Evitar camisas com botões, sentar-se na cama para vestir-se, apoiar-se num móvel (mudanças comportamentais); utilização somente de calças com elástico (dispositivos auxiliares).
Uso do toalete	Assento elevado (dispositivos auxiliares); barras de apoio (mudanças ambientais); apoiar-se na parede (mudanças comportamentais).
Continência	Uso de absorvente e uso de fralda (dispositivos auxiliares).
Alimentação	Uso de recipiente fundo e borda alta (dispositivos auxiliares).
Locomoção	Uso de bengala, andador e cadeira de rodas (dispositivos auxiliares); evitar chinelo de dedo, parar para descansar (mudanças comportamentais).
Compras	Utilização de lupa de aumento (dispositivos auxiliares); fracionar as compras (mudanças comportamentais).
Uso de meios de transportes	Solicitar ajuda de uma pessoa para ler o itinerário do ônibus, parar todos os ônibus e certificar-se com o motorista (mudanças comportamentais).
Tarefas domésticas	Dividir as tarefas, parar para descansar (mudanças comportamentais).
Tomar medicamentos	Utilização de organizador para remédios (dispositivos auxiliares); lembretes (mudanças comportamentais).
Uso do telefone	Aparelhos com números maiores (dispositivos auxiliares).

Quadro 2 - Descrição das estratégias utilizadas pelos idosos para compensar as dificuldades no desempenho para as AVDs.

A distribuição dos idosos com relação às pessoas que o ajudam no desempenho das atividades cotidianas, pode ser observda na tabela 14.

Tabela 14 - Distribuição dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, segundo as pessoas que ajudam o idoso na realização das AVDs, Ribeirão Preto, 2013

Variáveis	Ambulatório 1 (n=52)				Ambulatório 2(n=65)				Total (n=117)	
	Feminino		Mascuino		Feminino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Quem ajuda										
Cônjuge	1	1,9	5	9,6	1	1,5	1	1,5	8	6,8
Irmãos	0	0,0	3	5,8	0	0,0	0	0,0	3	2,6
Filhos/enteados	19	36,5	2	3,8	12	18,4	2	3,1	35	30,0
Genro/nora	2	3,8	0	0,0	1	1,5	0	0,0	3	2,6
Netos	2	3,8	0	0,0	4	6,2	0	0,0	6	5,1
Amigo/conhecido	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,8
Cuidador formal	13	25,0	3	5,8	1	1,5	3	4,6	20	17,1
Não requer ajuda	1	1,9	0	0,0	30	46,1	10	15,4	41	35,0

Evidencia-se que a maioria 40 (34,2%) dos idosos que não requeriam ajuda para a realização das atividades cotidianas, eram atendidos no Ambulatório II. Do total de idsos que recebiam ajuda 35 (30%) deles recebiam a ajuda dos filhos/enteados e 20 (17,1%) de cuidador formal.

4.5 Apresentação das associações entre as varáveis estudadas

A associação entre a variável dificuldades para as ABVDs e as variáveis, faixa etária, sexo e avaliação da memória atual, está apresentada na Tabela 15.

Tabela 15 - Associação entre a variável dificuldade para as ABVDs e as varáveis faixa etária, sexo e avaliação da memória atual, dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, Ribeirão Preto, 2013

ABVD´s	Ambulatório 1						Ambulatório 2						Total	
	1° tercil		2° tercil		3° tercil		1° tercil		2° tercil		3° tercil			
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Faixa Etária *														
60 a 69	3	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	3,1	10	15,4	15	12,8
70 a 79	5	9,6	6	11,5	0	0,0	0	0,0	9	13,8	12	18,5	32	27,4
80 a 89	23	44,2	5	9,6	1	1,9	0	0,0	13	20,0	15	23,1	57	48,7
90 e +	6	11,5	3	5,8	0	0,0	0	0,0	1	1,5	3	4,6	13	11,1
Sexo														
Feminino	28	53,8	10	19,2	1	1,9	0	0,0	22	33,8	27	41,5	88	75,2
Masculino	9	17,3	4	7,7	0	0,0	0	0,0	3	4,6	13	20,0	29	24,8
Avaliação da memória atual														
Boa	11	21,2	5	9,6	0	0,0	0	0,0	9	13,8	20	30,8	45	38,5
Regular	8	15,4	6	11,5	1	1,9	0	0,0	13	20,0	20	30,8	48	41,0
Ruim	2	3,8	2	3,8	0	0,0	0	0,0	2	3,1	0	0,0	6	5,1
Péssima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	0,9
Não pode responder	14	26,9	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	12,8
Não sabe	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Total	**37**	**71,1**	**14**	**26,9**	**1**	**1,9**	**0,0**	**0,0**	**25**	**38,4**	**40**	**61,6**	**117**	**100,0**

*Teste de associação pela técnica Exata de Fisher, valor signficativo $p < 0,05$.

Não houve associação entre a variável dificuldades para as ABVDs e as variáveis, sexo e avaliação da memória atual. Entretanto, observa-se que houve associação entre a presença de dificuldades para as ABVDs e a faixa etária ($p<0,05$), indicando que há evidencias de que a idade mais elevada expõe a pessoa à incapacidades.

É possivel observar, também, que no ambulatório I, com relação as ABVDs, 37 (71,1%) dos idosos encontravam-se no primeiro tercil, sendo que 23 (44,2%) pertenciam a faixa etária entre 80 e 89 anos, 28 (53,8%) eram mulheres, 14 (26,9%) não puderam ou não souberam responder sobre sua memória atual e 11 (21,2%) a avaliaram como “Boa”. Apenas 1 (1,9%) dos idosos pertencia ao terceiro tercil.

No ambulatório II, 40 (61,6%) encontravam-se no terceiro tercil, sendo 15 (23,1%) com idades entre 80 e 89, 27 (41,5%) eram mulheres, 20 (30,8%) avaliaram sua memória como “Boa” e outros 20 (30,8%) como “Regular”. Não houve presença de idosos no primeiro tercil.

A associação entre a variável dificuldades para as AIVDs e as variáveis, faixa etária, sexo e avaliação da memória atual, está descrita na Tabela 16.

Tabela 16 - Associação entre a variável dificuldade para as AIVDs e as varáveis faixa etária, sexo e avaliação da memória atual, dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, Ribeirão Preto, 2013

	Ambulatório 1						Ambulatório 2						Total	
AIVD´s	**1° tercil**		**2° tercil**		**3° tercil**		**1° tercil**		**2° tercil**		**3° tercil**			
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Faixa etária														
60 a 69	1	1,9	2	3,8	0	0,0	1	1,5	1	1,5	10	15,4	15	12,8
70 a 79	7	13,5	4	7,7	0	0,0	0	0,0	7	10,8	14	21,5	32	27,4
80 a 89	21	40,4	7	13,5	1	1,9	2	3,1	13	20,0	13	20,0	57	48,7
90 e +	8	15,4	1	1,9	0	0,0	0	0,0	3	4,6	1	1,5	13	11,1
Sexo														
Feminino	25	48,1	13	25,0	1	1,9	2	3,1	18	27,7	29	44,6	88	75,2
Masculino	12	23,1	1	1,9	0	0,0	1	1,5	6	9,2	9	13,8	29	24,8
Avaliação da memória atual														
Boa	9	17,3	7	13,5	0	0,0	0	0,0	13	20,0	16	24,6	45	38,5
Regular	9	17,3	5	9,6	1	1,9	3	4,6	9	13,8	21	32,3	48	41,0
Ruim	3	5,8	1	1,9	0	0,0	0	0,0	1	1,5	1	1,5	6	5,1
Péssima	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,5	0	0,0	1	0,9
Não pode responder	14	26,9	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	12,8
Não sabe	2	3,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,7
Total	**37**	**71,2**	**14**	**26,9**	**1**	**1,9**	**3**	**4,6**	**24**	**36,9**	**38**	**58,4**	**117**	**100,0**

Não houve associação entre a variável dificuldades para as AIVDs e as variáveis, faixa etária, sexo e avaliação da memória atual.

A Tabela 16 mostra que no ambulatório I, em relação às AIVDs, 37 (71,1%) dos idosos enquadravam-se no primeiro tercil, sendo 21 (40,4%) na faixa etária entre 80 e 89 anos e 8 (15,4%) na de 90 anos e mais, 25 (48,1%) eram mulheres e 12 (23,1%) homens, 14 (26,9%) não puderam ou não souberam responder sobre sua memória atual, 9 (17,3%) a avaliaram como “Boa” e outros 9 (17,3%) como “Regular”. Nota-se que apenas 1 (1,9%) deles encontrava-se no terceiro tercil.

No ambulatório II, 38 (58,4%) dos idosos pertenciam ao terceiro tercil, 14 (21,5%) na faixa etária entre 70 a 79 e 13 (20,0%) entre 80 e 89 anos, 21 (32,3%) avaliaram sua memória como “Regular” e 16 (24,6%) como “Boa”. Apenas 3 (4,6%) idosos encontravam-se no primeiro tercil.

A associação entre a variável déficit cognitivo e as variáveis, pessoa que ajudava o idoso nas atividades cotidiana, dificuldades nas ABVDs e AIVDs, pode ser vizualizada na Tabela 17.

Tabela 17 - Associação entre a variável déficit cognitivo e as varáveis pessoa que ajuda o idoso nas atividades cotidianas, dificuldades para as ABVDs e AIVDs, dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria, Ribeirão Preto, 2013

	Ambulatório 1				Ambulatório 2				Total	
MEEM	**Tem Défict**		**Não tem**		**Tem défict**		**Não tem**			
Variáveis	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Pessoa que ajuda o idoso nas atividades cotidianas *										
Cônjuge	6	11,5	0	0,0	2	3,1	0	0,0	8	6,8
Irmãos/primos/cunhados	3	5,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	2,6
Filhos/enteados/sobrinhos	20	38,5	1	1,9	11	16,9	3	4,6	35	29,9
Genro/nora	2	3,8	0	0,0	1	1,5	0	0,0	3	2,6
Netos	2	3,8	0	0,0	2	3,1	2	3,1	6	5,1
Amigo/conhecido	1	1,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Cuidador formal	15	28,8	1	1,9	4	6,2	0	0,0	20	17,1
Não requer ajuda	0	0,0	1	1,9	24	36,9	16	24,6	41	35,0
ABVD´s *										
Primeiro tercil	37	71,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	37	31,6
Segundo tercil	12	25,0	2	3,8	18	27,7	7	10,8	39	33,3
Terceiro tercil	0	0,0	1	1,9	26	40,0	14	21,5	41	35,0
AIVD´s *										
Primeiro tercil	35	67,3	2	3,8	3	4,6	0	0,0	40	34,2
Segundo tercil	14	26,9	0	0,0	17	26,2	7	10,8	38	32,5
Terceiro tercil	0	0,0	1	1,9	24	36,9	14	21,5	39	33,3
Total	**49**	**94,2**	**3**	**5,7**	**44**	**67,7**	**21**	**32,3**	**117**	**100,0**

*Teste de associação pela técnica Exata de Fisher, valor significativo $p < 0,05$.

Nota-se que houve associação entre déficit coginitivo e as variáveis, pessoa que ajudava o idoso, dificuldades nas ABVDs e AIVDs ($p<0,05$), indicando que há evidencias de que os idosos com déficit cognitivo necessitam mais de cuidados.

De fato, no Ambulatório I, 20 (38,5%) dos idosos com déficit cognitivo recebeiam a ajuda dos filhos/enteados e 15 (28,8%) de cuidador informal; 37 (71,1%) deles encontravam-se no primeiro tercil de ABVDs e 35 (67,3%) no primeiro tercil de AIVDs.

Já no ambulatório II, dos idosos com déficit cognitivo, 24 (36,9%) não necessitavam de ajuda, 11 (16,9%) recebiam ajuda filhos/enteados; 26 (40,0%) e 24 (36,9%) estavam no terceiro e segundo tercis, de ABVDs, respectivamente; 24 (36,9%) e 17 (26,2%) encontravam-se no terceiro e segundo tercis de AIVDs.

5. DISCUSSÃO

Os dados analisados neste estudo e obtidos com os 117 idosos atendidos em dois Ambulatórios de Geriatria de um Hospital Geral Terciário do interior paulista serão discutidos a seguir.

5.1 Características sociodemográficas dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria

Neste estudo, dos 52 idosos entrevistados no ambulatório I, 67,3% deles responderam às questões com o auxílio do familiar/cuidador e para 28,8% as questões foram respondidas pelo familiar/cuidador. No ambulatório II, dos 65 idosos, 80,0% responderam sozinhos e 20,0% com o auxílio do familiar/cuidador. Dados que revelam o maior grau de comprometimento dos idosos atendidos no Ambulatório I.

Houve predomínio (75,2%) de mulheres na amostra estudada, dados que corroboram com estudos desenvolvidos por Nunes et al. (2009), Bandeira, Melo, Pinheiro (2010), Suassuna et al.(2012).

Esta sobrerepresentação feminina se deve a fatores relacionados à maior longevidade entre as mulheres, pois observa-se que, na medida em que os indivíduos envelhecem, o número de mulheres em relação aos homens se torna superior (BRASIL, 2010). Este fato pode ser explicado devido a eventos tais como, a melhor percepção da doença e uso mais constante dos serviços de saúde pelas mulheres, ou seja, elas se preocupam mais com a saúde do que os homens; as diferenças na exposição aos riscos como os acidentes domésticos e de trabalho, os acidentes de trânsito, os homicídios e os suicídios que são, em conjunto, quatro vezes mais frequentes para os homens do que para as mulheres; ao menor consumo de álcool e tabaco por elas, o que está associado ao desenvolvimento de algumas doenças (BANDEIRA, MELO, PINHEIRO, 2010).

Porém, segundo KUCHEMANN (2012) a longevidade feminina não significa que as mulheres desfrutem de melhores condições de saúde, uma vez que elas tendem a reportar maiores dificuldades funcionais do que os homens, vivendo, portanto, mais tempo com limitações e, em consequência, tornando-se maiores dependentes de cuidados.

A média de idade dos idosos estudados foi de 79,8 anos (dp=8,0), sendo a faixa etária com maior distribuição (48,7%) a de 80-89 anos. Estes achados se assemelham aos encontrados em estudos com idosos na comunidade (SILVA, 2009; PEDRAZZI; RODRIGUES; SCHIAVETO, 2007; GRATÃO, 2013), e difere de outros como os de Linhares et al., (2003), Nunes et al., (2009) e Suassuna et al., (2012), os quais evidenciaram média de idade inferior (71,2 anos) a do presente estudo e a maioria dos idosos encontravam-se no intervalo de idade entre 60 e 69 anos. No entanto, o número de idosos acima de 80 anos vem aumentando consideravelmente, na população brasileira, principalmente, no que se refere ao sexo feminino representando 61% da população de idosos (IBGE, 2011).

Observa-se no Brasil, que esta proporção da população considerada "muito idosa", ou seja, de 80 anos ou mais está aumentando em ritmo acelerado, configurando-se no segmento populacional que mais cresce. De 170,7 mil pessoas em 1940, o contingente "mais idoso" passou para 2,9 milhões em 2010, representando 14,3% da população idosa e 1,5% da população total (CAMARANO; KANSO, 2009). Dada a contínua redução da mortalidade, especialmente nas idades avançadas, espera-se que esse contingente alcance, em 2040, o total de 13,7 milhões, o que significa 6,7% da população total e 24,6% da população idosa (IBGE, 2011). Esses dados podem explicar o predomínio, neste estudo, dos idosos considerados mais velhos.

No que diz respeito a escolaridade, a média de anos de estudo foi de 2,7 (dp= 2,5), sendo que a maioria 54,7% sabia ler/escrever informalmente ou possuía o primário incompleto, com o predomínio (41,0%) de mulheres entre eles. Resultados semelhantes foram econtrados em estudos de Bombardi (2012), Gratão (2013) e Linhares et al. (2003), este último realizado com a clientela do Ambulatório de Geriatria do Hospital Universitário de Brasília, uma amostra constituída, predominantemente, por pacientes do sexo feminino (67,3%) e com escolaridade de até no máximo 4 anos (73,5%).

A baixa escolaridade entre os idosos pode ser um fator limitante, ou seja, implica em dificuldade para entender informações, prescrições médicas e até mesmo situações do cotidiano, tornando-os, muitas vezes, dependentes de outras pessoas para a compreensão, além disso, apresenta forte relação com a capacidade funcional do idoso e com outros fatores sociodemográficos (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005). Este fato se confirma em estudo realizado por Teixeira (2009) com

150 idosos com doenças crônicas, sendo evidenciado que 89,4% deles apresentavam baixo nível educacional, associado a baixa adesão ao tratamento das doenças, tanto pelas menores condições financeiras quanto pela falta de conhecimento.

Uma pesquisa realizada em Boston, EUA, com 3.890 moradores da comunidade, com o objetivo de estabelecer a possível relação entre o baixo nível de escolaridade com o aumento de doenças, especialmente a hipertensão arterial, revelou que o baixo nível educacional pode elevar o risco para o acometimento de HAS e de outras doenças, ao longo da vida (LOUCKS et al., 2011).

Um levantamento realizado por Pouffe (2003) sobre o enfrentamento das desigualdades sociais e de gênero entre idosos no Canadá confirma que idosos com menor escolaridade e de classes socioeconômicas mais baixas, são mais acometidos por doenças, possuem menor expectativa de vida e bem estar emocional prejudicado.

O predomínio de mulheres com nível baixo de escolaridade, neste estudo, pode ser explicado pelo fato de que nos séculos passados as mulheres não tinham acesso a educação básica devido ao papel que ocupavam na sociedade de cuidadoras do lar, do marido e dos filhos, não sendo encorajadas a estudarem (BARRETO; MITRULIS, 2001). Assim, este cenário apresenta repercursões na escolaridade das mulheres idosas dos dias atuais, porém o índice de analfabetismo dos idosos brasileiros vem diminuindo progressivamente (IBGE, 2010).

Quanto à procedência, 63,2% dos idosos atendidos nos referidos ambulatórios residiam na cidade de Ribeirão Preto, SP e 36,8% em cidades da região. Fatores como o hospital ser de caráter terciário e atender outras regiões, a localização do hospital ser na cidade de Ribeirão Preto, bem como o fato desta cidade, no ano de 2009, possuir 45,5% da população total de abrangência da Divisão Regional de Saúde (DRS-XVIII) (Brasil, 2010) podem ter colaborado para estes resultados.

No que se refere à prática atual de trabalho remunerado, 95,7% declaram que não exerciam tal atividade. Observou-se que dentre as principais atividades profissionais exercidas anteriormente pelos entrevistados, houve predomínio de menções para “trabalho rural” (19,7%), “empregada doméstica” (18,8%) e “dona de casa” (17,1%). Este panorama pode ser reflexo do papel que a mulher e o homem ocupavam antigamente, em que grande parte dos homens exercia trabalhos braçais

e as mulheres trabalhos relacionados ao cuidado da casa.

No estudo de Pereira et al. (2010) com o objetivo de analisar o perfil sociossanitário de 211 idosos, em Minas Gerais, foi constado que 47,7% dos idosos exerciam trabalho rural, 17,1% trabalhos relacionados ao cuidado do lar e o restante se dividiam em outras profissões.

Em relação aos recursos financeiros, 77,7% dos idosos estudados recebiam aposentadoria e 24,8% pensão. No estudo de Alvarenga et al. (2011) realizado com 503 idosos, objetivando descrever o perfil sociodemográfico e a rede de suporte social do idoso assistido pela equipe de estratégia saúde da família, evidenciou-se que 54,3% dos idosos recebiam aposentadoria, seguidos de 22,5% pensionistas.

Mendes (2005) ressalta que, a aposentadoria, muitas vezes, acontece como uma descontinuidade, ou seja, há uma ruptura com o passado e o homem deve ajustar-se a uma nova condição de vida e de ocupação. Dessa forma, o papel ocupacional que o idoso experimenta com a chegada da aposentadoria e a situação econômica que será vivenciada na fase da velhice, representam uma gama de incertezas para a maioria dos idosos. Existem valores intrínsecos associados a essa nova situação, que se inter-relacionam com a historia de vida, as relações com a sociedade, a autoestima e o modo de enfrentamento diante de novas situações (ALVARENGA et al., 2009).

O acesso a renda permite ao indivíduo a garantia de padrões de qualidade de vida e a adoção de posição mais segura de si próprio, o que proporciona maior sentido à vida, inclusive experimentando maior valorização dentro da família e na sociedade e, consequentemente, melhores condições de saúde (GUZMAN, 2002).

O estudo de Pouffe (2003), no Canadá, mostra que a redução da renda está associada com a piora da saúde. A maioria dos idosos canadenses experimenta alguma perda de rendimento no momento da aposentadoria, o que pode causar efeitos negativos sobre o estado de saúde das pessoas, pois nas últimas décadas, foi possível perceber que melhorias nas condições de saúde dos idosos têm coincidido com melhorias na situação econômica dos mesmos. Contudo, o sistema público de aposentadoria no Canadá funciona com a finalidade de minimizar as diferenças econômicas e reduzir a baixa renda entre os idosos. Para tanto, o Governo Canadense financia projetos pilotos para testar abordagens

inovadoras que ajudem os trabalhadores mais velhos a permanecerem empregados ou se re-integrarem no mercado de trabalho. Assim, o governo federal desenvolveu um programa de aprendizagem e habilidades que irá permitir que os trabalhadores idosos se atualizem e aprendam novas capacidades para encontrar e/ou manter o emprego.

Outro fator a ser ressaltado acerca da aposentadoria, é a discussão sobre o preparo para aposentar-se, pois acredita-se que a maioria das pessoas não está preparada para tal acontecimento. Justificam que as fantasias e ilusões que surgem diante da idéia de aposentar-se, levam geralmente à ansiedade e ao temor, na medida em que o evento se aproxima e, uma vez, aposentado, ocorre o desencanto e a insegurança (FRANÇA, 2010). O autor ainda ressalta que, esse novo papel social, o de aposentado, tira-lhe a identidade que lhe foi dada por meio da sua atividade de trabalho, pois era conhecido por aquilo que fazia e depois assume o "rótulo" de aposentado, colocado pela sociedade. Toda sua vida profissional se desfaz nesse momento, repercutindo nos aspectos social, emocional e até mesmo na saúde.

Quando indagados sobre como satisfaziam suas necessidades (alimentação, moradia, saúde, entre outras) com a sua situação financeira atual, 33,3% dos idosos desta pesquisa declararam como "mais ou menos" e 30,8% como "bem". Estudo realizado por Fidler; Perez (2008), de base populacional com 345 idosos da comunidade, mostrou que 49,3% dos idosos avaliaram sua situação econômica como "razoável" e 28,1% como "boa", dados que se assemelham aos encontrados por Pereira et al. (2010).

Um estudo com método qualitativo realizado por Almeida, Mochel, Oliveira (2011) com 10 idosos de um grupo de terapia ocupacional, evidenciou que para eles possuir condições financeiras suficientes para cuidar da saúde, da casa, subsidiar o transporte, viajar, entre outros, representa um dos fatores para se ter melhor qualidade de vida na velhice. Portanto, é importante conhecer o nível de satisfação do idoso com relação aos seus recursos financeiros, o que pode estar relacionado com o seu bem-estar.

5.2 Características do arranjo doméstico e familiar e potencial rede de suporte dos idosos atendidos em dois ambulatórios de geriatria

No que concerne ao arranjo doméstico e familiar e potencial de rede de suporte dos idosos estudados, 87,2% deles moravam com outras pessoas, sendo que 13,7% viviam com cônjuge/filhos(as), 12,9% sozinhos (12,0% mulheres e 0,9% homens), 10,3% somente com o cônjuge, o restante distribuíram-se nas categorias com outros parentes como, netos, sobrinhas, irmãos, genro, nora, entre outros, caracterizando arranjos multigeracionais. Estes dados assemelham-se aos encontrados por Pereira et al. (2010) e Pilger, Menon, Mathias (2011), este último explorou as condições sociodemográficas e de saúde dos idosos cadastrados nas unidades básicas de saúde (UBS), do município de Guarapuava, PR e, mostrou que, 86,4% dos idosos moravam com alguém, grande parte em domicílios multigeracionais, residindo com cônjuge e filhos, e/ou netos e/ou genro e nora, 13,6% moravam sozinhos.

A longevidade possibilita maior tempo de convivência familiar com outras gerações, o que reflete na qualidade das relações familiares, já que cada geração possui características e comportamentos distintos incorporados por normas e valores sociais (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007). Os mesmos autores relatam que a geração está relacionada a um determinado ciclo da vida, correspondendo a grupos etários distintos e com certo grau de parentesco na estrutura familiar. Acrescentam que a partir das famílias multigeracionais, surge o convívio intergeracional, possibilitando interações e favorecendo trocas entre idosos, adultos e jovens.

Segundo Camarano (2004), no Brasil a co-residência oferece benefícios para os idosos e seus descendentes e, por isso, está associada a melhores condições de vida. No entanto, os arranjos familiares são complexos e envolvem múltiplos fatores, para além das preferências individuais, como o contexto socioeconômico, as políticas sociais, bem como as características sociodemográficas e de saúde dos seus membros. A consideração desses arranjos indica a situação econômica, de saúde, de funcionalidade e de afetividade dos

residentes, dentro de um contexto sociocultural específico.

Em um estudo exploratório e descritivo realizado em Portugal, com 108 famílias com idosos na sua composição, objetivando descrever o perfil das famílias que acolhem os idosos dependentes, mostrou que com relação ao arranjo doméstico e familiar, ainda, predominou a família nuclear (65,7%), ou seja, família caracterizada pelo idoso, cônjuge e filhos(as) (ARAÚJO; SANTOS, 2012).

Há pouco tempo atrás, a idéia de família estava associada a um modelo, no qual o núcleo era composto pela mulher, o cônjuge e os filhos. No entanto, este modelo tradicional está desaparecendo aos poucos, surgindo novos arranjos familiares, devido a fatores como separações, divórcios, novas uniões, participação crescente da mulher no mercado de trabalho, aumento das famílias chefiadas por mulheres, idosos exercendo chefias de família, entre outros. (KUCHEMANN, 2012). A autora ressalta, ainda, que as mudanças ocorridas acerca dos arranjos familiares, podem interferir na dinâmica do cuidado aos idosos.

Entende-se família como um sistema social composto por duas ou mais pessoas que coexistem dentro do contexto de algumas expectativas de afeição recíproca e responsabilidade mútua, caracterizando-se pelo compromisso e tomada conjunta de decisões e partilha de objetivos (HENSON, 2005).

A família possui especial contribuição na participação dos cuidados de saúde dos idosos, portanto, conhecer o arranjo e suporte familiar dos mesmos, permite analisar quem são as pessoas que fazem parte da rede de suporte informal e, se esses membros da família fornecem alguma forma de apoio para os idosos.

A respeito da idade das pessoas que residem com o idoso, os dados mostraram que a média de idade das filhas foi 53,2 anos, dos filhos 34,2, dos maridos 78,0 e das esposas 69,7 anos. Percebe-se que parte das pessoas que coabitam com os idosos também já são consideradas idosas ou estão se aproximando disso, tal fato, pode refletir em como será o cuidado e suporte familiar do idoso, uma vez que a família exerce papel importante nesse contexto. Sabe-se que quando há um idoso cuidando de outro idoso, o cuidado pode se tornar mais fragilizado, devido às condições físicas, emocionais e de saúde que o cuidador idoso possa experimentar com a idade.

Diogo; Ceolin; Cintra (2005) ressaltam que cada vez mais é possível encontrar pessoas que vivenciam o envelhecimento, assumindo a tarefa de cuidar de outro idoso, e muitas vezes já apresentam alguma alteração na capacidade

funcional e até mesmo na saúde. Os autores completam que nos Estados Unidos da América 60% das cuidadoras informais de idosos são esposas, e 73% delas possuem idade igual ou superior a 65 anos.

Estudos têm encontrado resultados semelhantes, sendo que as cuidadoras ou estão perto de se tornarem idosas no que se refere a idade ou já vivenciam essa fase (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005; OSTWALD, 2009).

Ao leque de arranjos doméstico e familiar cabe mencionar os arranjos unipessoais, ou seja, de pessoas que vivem sozinhas. Apesar de ainda representarem um percentual pequeno em relação à população total, a parcela de idosos morando sozinhos cresceu proporcionalmente em relação ao crescimento da população idosa, sobretudo, as mulheres (LONGO et al., 2012).

Segundo Camarano; El Guaouri (2003), em 2000, 13,5% das mulheres idosas viviam sozinhas. Essa proporção cresce com a idade, atingindo, aproximadamente, 18,0% delas com idade superior a 75 anos e é mais alta entre as mulheres separadas, seguidas das viúvas.

O aumento de arranjos unipessoais é uma tendência mundial e vale tanto para homens como para mulheres. Na Inglaterra, o índice de domicílios habitados por uma única pessoa é de 30%, nos Estados Unidos, alcança 25%, em Nova York, mais da metade da população (50,6%) vive só (BANDEIRA; MELO; PINHEIRO, 2010).

Esse acontecimento pode ser explicado pela redução do número de filhos, aumento dos divórcios, mudanças de estilo de vida e também maior longevidade (LONGO et al.,2012).

Em estudo com 214 idosos residindo na comunidade na cidade de Fortaleza, encontrou-se resultado semelhante ao presente estudo quanto a parecela de idosos morando sozinhos, 11,7% deles (VICTOR et al., 2009).

Para os idosos a opção de morarem sozinhos não necessariamente significa abandono, descaso ou solidão, pode representar maior autonomia, desde que tenham condições financeiras favoráveis e uma boa saúde, pois a distância geográfica com os demais familiares (filhos, netos, irmãos) nem sempre pode ser traduzida por uma menor frequência de contato com os mesmos (KUCHEMAN, 2012). Por outro lado pode associar-se a riscos para alguns idosos afetando a segurança no domicílio e até mesmo auxilio de outros para situações de emergência em relação à saúde.

Bilotta (2010), em estudo transversal, realizado com 302 idosos usuários de um ambulatório de geriatria na Itália, com o objetivo de determinar as principais características sociais, funcionais e clínicas de idosos e encontrar correlatos de fragilidade nesta população, identificou que os idosos que viviam sozinhos eram mais velhos, recebiam menos auxílio de cuidados, tinham piores condições de vida, porém um bom estado cognitivo e funcional, mas um pior estado emocional.

No presente estudo 82,9% dos idosos possuíam outros filhos além daqueles com quem residiam, isso pode refletir um aspecto positivo quanto ao suporte familiar, já que os filhos são componentes importantes na rede de suporte informal, e não ter filhos, ou ter menos filhos pode significar uma diminuição da rede de apoio e do apoio recebido pela família.

O apoio social se caracteriza por ser um processo dinâmico e complexo de funções realizadas por grupos ou pessoas significativas (família, amigos, vizinhos), visando a satisfação das necessidades sociais, promovendo e completando os recursos pessoais que cada um possui (MARTINS, 2005). Para Griep, 2003, rede social se refere a estrutura por meio da qual o apoio social é fornecido e os resultados positivos desta rede dependem da possibilidade de satisfazer as necessidades das pessoas. As redes informais são formadas pelos familiares, vizinhos, amigos, entre outros (NÉRI, 2005; MATSURUKA, 2002).

As famílias, vizinhos e comunidade possuem papel importante no apoio social oferecido ao idoso. A família, em especial, desempenha um papel primordial no manejo de situações decorrentes do envelhecimento, porém com as mudanças ocorridas nas famílias, nas últimas décadas, a contribuição de amigos e vizinhos, é essencial para a formação efetiva de uma rede ativa de proteção ao idoso (Domingues, 2004).

No que tange à frequência dos relacionamentos dos idosos, 26,5% deles referiram que se relacionavam com os filhos de uma a duas vezes por semana e 25,6% quase todos os dias. Destaca-se que 10,2% deles não possuíam filhos, o que pode não ser positivo no que se refere ao suporte familiar, já que os filhos são considerados os principais provedores de cuidados para os idosos e segundo Ramos (2002) a ausência de parentes próximos, como cônjuge ou filhos, está fortemente associada com doenças e mortalidade em idosos.

Quanto ao relacionamento com os vizinhos 32,5% declararam que nunca se relacionavam com eles e 32,5% quase todos os dias; 35,9% mencionaram que

nunca se relacionavam com os amigos 24,8% de uma a duas vezes por semana; 29,9% referiram se relacionar de uma a duas vezes por semana com associações, grupos ou instituições; 25,6% declaram manter contato de 15 dias a uma vez ao mês com outros parentes. No estudo de Domingues et al. (2012) com objetivo de descrever a rede de suporte social dos 117 idosos participantes, constatou-se que as redes de suporte que se mostraram mais presentes e mais referenciadas foram as que contam respectivamente, com familiares, amigos e comunidade.

Alvarenga et al. (2011) em estudo realizado com 503 idosos, cujo objetivo foi descrever a rede de suporte social do idoso atendido por equipes de saúde da família, encontraram que em relação a rede de contatos sociais, os idosos se relacionavam mais frequentemente com os filhos (48,8%), seguidos de outros parentes (12,4%), vizinhos (15,4%) e amigos (8,3%). Assim como no presente estudo, esses dados mostram que os filhos são citados como os principais indivíduos que compõem a rede social do idoso.

Segundo Neri (2005) esses tipos de relações com, amigos, vizinhos, e comunidade, mesmo que com menos frequência, possibilitam que os idosos vivenciem experiências emocionais significativas e efetivas para promover a sensação de bem estar dos mesmos. A comunidade, também é considerada como suporte informal e, de acordo com Ramos (2002), representa o aumento do sentimento de utilidade em idosos, uma vez que, esses contatos fora da família demonstram ser e 8,3% menos pautados de obrigações, por isso, fornecem uma troca equilibrada.

Um dos elementos que integra a estrutura da rede de suporte social é o tamanho dela (DOMINGUES et al., 2012), contudo é possível observar, que para o idoso, a qualidade da rede de suporte não se fundamenta somente pelo o número de pessoas que a compõem, mas sim, pela qualidade das relações que o idoso mantém (NERI, 2005). Osório, Valle (2009) reforçam que quanto mais os idosos compartilham suas vivências diárias com amigos, familiares e comunidade, melhor enfrentarão as adversidades, pois esta rede de suporte é um apoio que contribui para a qualidade de vida do idoso.

Os relacionamentos entre amigos idosos são especialmente benéficos, pois resultam da livre escolha e do compromisso voluntário, representando a livre expressão do afeto (ERBOLATO, 2002) Além disso, o convívio com os amigos possibilita a continuidade de papéis, a troca de experiências de vida e expressão de

sentimentos e segredos (ERBOLATO, 2002; NERI, 2007; DEPS, 2009).

No presente estudo é possível inferir que a relação dos participantes com vizinhos é equilibrada, equanto uns não se relacionam outros mantêm contato frequentemente, já quanto aos amigos e associações/grupos/instituições esse envolvimento é baixo, tal fato, pode ser devido ao círculo social diminuido que os idosos muitas vezes experimentam.

O grau de satisfação dos idosos deste estudo em relação a frequência dos relacionamentos, mostrou que dos que se relacionavam com os vizinhos e amigos 83,8% e 81,2%, respectivamente, declararam sentir-se satisfeitos, assim como em relação a associações/grupos/instituições (68,4%) e outros parentes (68,4%); 15,4% relataram estar “mais ou menos” satisfeitos com a frequência do relacionamento com os filhos e 10,2% insatisfeitos quanto a associações/grupos/instituições.

Aerosa et al. (2010) ressaltam a importância de se conhecer as relações sociais do idoso, desde o espaço micro (relações familiares, parentes e vizinhos) até o macro (participação em clubes e associações comunitárias), isto porque, a participação do idoso na sociedade, é fundamental para que ele continue ativo, conectado com o mundo a sua volta, evitando declínio da autoestima e sentimentos de isolamento e tristeza. Destacam que, esse processo pode refletir no autocuidado do idoso, com repercussões na saúde, no bem estar, assim como em aspectos sociais da vida do idoso.

Os participantes do estudo foram indagados sobre a existência de alguém que cuidasse do idoso em caso de doença, 93,1% relataram que sim, sendo que as pessoas mais citadas foram as filhas (71,8%), os filhos (20,5%), o cônjuge (16,2%) e o cuidador formal (14,5%).

Cuidar ou ser cuidado constitui uma questão central na vida de todo indivíduo; em momentos diversos, todos nós cuidamos ou necessitamos do cuidado de alguém em algum momento da vida. Cuidar significa aproximar-se, estar presente é, pois, uma atividade que possibilita um encontro dialógico entre o ser que cuida e o ser que é cuidado (KUCHEMANN, 2012).

Geralmente, na família, quem desempenha as tarefas de cuidar dos idosos são os filhos, sobretudo as mulheres, obedecendo a normas culturais, segundo as quais cabe a elas a imagem de responsáveis pela organização da vida familiar, o cuidado dos filhos, e dos idosos (FREITAS et al., 2011); independente da

situação de doença ou não em que o idoso se encontre. È a mulher que geralmente cuida do idoso doente, além de realizar atividades fora de casa, como o trabalho remunerado, acumulando muitas vezes seus afazeres (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2006).

Mesmo apesar de todas as mudanças sociais e familiares, dos novos papéis assumidos pelas mulheres no mercado de trabalho, ela ainda é a principal responsável pelo cuidado do lar, destacando-se como a principal cuidadora dos doentes da família (GURGEL; OLIVEIRA; SALLES, 2012).

Apesar da porcentagem mais baixa, 14,5%, observou-se no presente estudo um número expressivo de idosos auxiliados por cuidadores formais, mostrando que essa categoria pode estar crescendo entre os cuidadores de idosos.

Os cuidadores são aqueles que se ocupam em suprir as necessidades de autocuidado e atenção a indivíduos doentes e/ou com certo grau de dependência. São eles quem assume a responsabilidade de cuidar, de dar suporte ou de assistir às necessidades da pessoa cuidada, objetivando a melhoria de sua saúde e o seu bem estar (BRAZ; CIOSAK, 2009). A PNI (1994) define o cuidador como aquela pessoa membro ou não da família, com ou sem remuneração que cuida do idoso doente ou dependente para as atividades rotineiras.

Na tentativa de conceituar cuidadores formais e informais, cuidadores principais e secundários, e os fatores que designam o tipo de cuidado requerido para cada idoso, a literatura aponta fatores como: parentesco (cônjuges), gênero (principalmente as mulheres), proximidade física (viver junto) e a proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos) (KARSCH, 2003).

O cuidador principal é aquele que tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados, no domicílio, ao idoso necessitado. Os cuidadores secundários são familiares, voluntários, e profissionais que prestam atividades complementares (CALDAS, 2002).

A Classificação sugerida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS, 1998), propõe o seguinte perfil para o cuidador formal: pessoa com primeiro grau completo e que fora submetido a treinamento específico, faz o elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade e que, geralmente, exerce atividade remunerada. O cuidador informal é definido como aquela pessoa com ou sem vínculo familiar, não remunerada e que presta cuidados ao idoso no domicílio.

Camarano, Mello (2010) ressaltam que os cuidados informais ou familiares predominam em todo o mundo, mas as mudanças nos arranjos familiares tendem a diminuir essa oferta de serviços, trazendo maior demanda para o sistema de cuidado formal aos idosos.

Pavarini et al. (2005) reforçam que as necessidades de cuidado extrapolam, muitas vezes, as capacidades das famílias. Cresce, portanto, a necessidade de cuidadores formais, com capacitação profissional para o cuidado ao idoso. Nesse sentido, organizações internacionais e a política nacional, apontam para a necessidade da formação de profissionais capacitados para lidar com o universo do envelhecimento.

Neste sentido, surge o projeto de lei do senado nº 284/2011, aprovado em 09/2012, sobre a regularização da profissão do cuidador, o qual dispõe no Art. 2° que poderá exercer a profissão de cuidador de idoso, o maior de 18 anos de idade que tenha concluído o ensino fundamental e que tenha finalizado, com aproveitamento, o curso de cuidador de pessoas, conferido por instituição de ensino reconhecido pelo Ministério da Educação (SECRETARIA ESPECIAL DE EDITORAÇÃO E PUBLICAÇÕES DO SENADO FEDERAL, 2011).

Com relação aos aspectos referentes ao cuidado e aos cuidadores, é relevante atentar para: acesso ao apoio formal e informal, fatores sócio demográficos, situação econômica, condições de moradia e estrutura familiar, perfil do cuidador, seja ele formal ou informal. A literatura aponta que famílias bem assistidas, estruturadas econômica e emocionalmente, podem reagir de forma positiva ao lidar com um idoso que necessite de cuidados, em relação àquelas que possuem mecanismos de enfrentamento emocional e de suporte financeiro deficiente, e não são assistidas adequadamente pelo sistema de saúde pública (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Nesse sentido, é importante direcionar o olhar das políticas públicas para os investimentos em suportes formais e informais específicos para a situação de cuidado, sendo este um caminho para melhorar a autonomia do idoso, diminuir a sobrecarga dos cuidadores e os conflitos familiares que a dinâmica do cuidado, muitas vezes ocasiona. (OLIVEIRA; PEDREIRA, 2012).

Investigou-se também no presente estudo os diagnósticos médicos registrados nos prontuários médicos dos idosos, constatou-se que o número médio de doenças por idoso foi de 4,4 (dp=1,9), caracterizando situação de comorbidade.

Duarte et al. (2010) definem comorbidade como a manifestação concomitante de dois ou mais processos patológicos não necessariamente relacionados entre si, capazes de causar ou agravar doenças, ou ainda de dificultar o tratamento das mesmas.

Para 87,2% dos idosos, houve registros de doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, para 69,2% de transtornos mentais e comportamentais, para 59,0% de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e para 57,3% de doenças do aparelho circulatório. As doenças que mais se destacaram foram a hipertensão arterial sitêmica (74,3%), as dislipidemia 37,6%, a osteoporose (35,9%) as demências (34,2%), o diabetes mellitus (27,3%) e a depressão (26,5%).

Em estudo realizado no Ambulatório de Geriatria mantido pela Liga Acadêmica de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, cujo objetivo foi conhecer o perfil dos idosos atendidos e seu grau de dependência em relação às atividades básicas da vida diária, encontrou-se maiores prevalências de hipertensão arterial sistêmica (49,1%), seguida de doenças osteoarticulares (28,3%), diabetes mellitus (22,6%), doenças cardiovasculares (21,7%), Alzheimer (19,8%) e acidente vascular encefálico (15,1%) (POPIM et al., 2010).

Outro estudo desenvolvido em ambulatório geriátrico de referência, em Salvador, Bahia, também, reportou maiores prevalências de hipertensão arterial (62,2%), osteoartrose (40,0%), incontinência urinária (35,2%), dislipidemia (23,3%), instabilidade postural (22,2%) e diabetes mellitus (17,6%). A maioria (91%) apresentava entre um e cinco problemas crônicos (DUARTE; REGO, 2007).

Dados obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em relação as hospitalizações de pessoas idosas, revelaram que as doenças do aparelho circulatório lideram com 26,1%, seguidas pelas respiratórias 16,3%, destaca-se, ainda, que entre as doenças do aparelho circulatório, a hipertensão arterial e outras morbidades hipertensivas, representaram (1,9%) do total de internações (BRASIL, 2010), existe portanto, uma concordância com os achados do estudo.

Segundo Suassuna et al. (2012), tratando-se de uma população atendida em ambulatório geriátrico, a têndencia é a maior presença de comprometimento das condições de saúde, quando comparada com populações na comunidade, pois o fato de estarem em atendimento ambulatorial, já denota a existência de algum problema de saúde e necessidade de controle do mesmo.

A maioria dos idosos que convive com doenças crônicas e/ou limitações físicas e mentais apresentam vulnerabilidade quanto a capacidade de reagir a estímulos físicos, ambientais, emocionais e sociais, o que também, pode torná-los dependentes de outras pessoas para o cuidado (CALDAS, 2003; NAVARRO; MARCON, 2006).

Contudo, Gordilho (2000) relata que a presença de doenças crônicas não significa que o idoso não possa viver de forma independente e autônoma, uma vez que elas podem ser prevenidas e controladas. Apesar de parte dos idosos apresentar diminuição do desempenho para a realização de atividades cotidianas, outra parcela mantém a autonomia e independência para gerenciar sua vida.

Para tanto, é importante considerar que o idoso, por ser mais propenso a desenvolver diferentes problemas de saúde, necessita de serviços de saúde com profissionais capacitados para o reconhecimento de suas demandas e capazes de elaborar intervenções que promovam melhor qualidade de vida. O olhar do profissional não deve estar voltado apenas para questões biológicas, mas também para as psicossociais, afim de abordar fatores relacionados à doença e às alterações fisiológicas do envelhecimento, bem como perceber se o idoso apresenta algum grau de comprometimento ou dependência de outra pessoa para a realização das atividades do dia a dia (CARVALHAES, 2005; NAVARRO; MARCON, 2006).

Mendes (2012) revela que além da transição demográfica e epidemiológica, o Brasil também passa por um momento de transição do modelo assistencial, que é caracterizada pelo aumento das ações em serviços ambulatoriais, aumento das necessidades de clínicas médica, cirúrgica e de reabilitação, em decorrência do crescimento da população adulta e idosa.

Portanto, faz necessário o entender e compreender os aspectos inerentes ao processo de envelhecimento e investimentos em programas que promovam ações no âmbito da saúde, visando melhores condições de vida para a população, seja com presença ou não de doenças. Dessa forma, acrescenta-se o planejamento de ações educativas direcionadas aos cuidadores de idosos, que atualmente carecem desse tipo de serviço.

5.3 Características relacionadas à capacidade cognitiva dos idosos participantes do estudo

O desempenho dos participantes em relação a cognição foi avaliado por meio do MEEM, 79,5% deles apresentavam déficit cognitivo, o escore médio bruto foi de 16,4 pontos (dp=8,8). Houve diferença da média entre os idosos dos dois ambulatórios, sendo que no Ambulatório I a média para as mulheres foi 10,0 (dp=8,4) e para os homens 8,6 (dp=6,6); enquanto que no Ambulatório II, as mulheres apresentaram média de 21,4 (dp=4,7) e os homens de 23,3 (dp=4,8).

Constatou-se, portanto, que 94,2% dos idosos do ambulatório I apresentaram défict cognitivo, sendo que 53,8% se encontravam-se na faixa etária de 80 a 89 anos, 69,2% eram mulheres e 25,0% homens, ou seja, todos os homens deste ambulatório que participaram do estudo. Já no ambulatório II 67,7% possuíam déficit cognitivo, 32,3% também estavam na faixa estário de 80 a 89 anos, 52,3% eram mulheres e 15,4% homens.

A diferença observada entre os ambulatórios, se deve ao fato de que no Ambulatório I os idosos apresentavam-se mais debilitados, tanto no aspecto físico quanto cognitivo, como pode ser observado, além de apresentarem maior número de demência, apesar disso, o número de idosos com défict cognitivo no Ambulatório II, também, mostrou ser expressivo.

Alguns estudos mostram o predomínio da população feminina entre idosos com declínio cognitivo ou problemas mentais (MACIEL; GUERRA, 2007). Em um estudo realizado por Macedo et al. (2012), com idosos na comunidade foi evidenciado o predomínio de mulheres com déficit cognitivo. Segundo os autores, a explicação pode ser porque a longevidade nas mulheres é mais acentuada, o que também favorece a prevalência de déficit cognitivo, agravo relacionado ao avanço da idade.

Em estudo realizado por Marino et al. (2009) com o objetivo de traçar o perfil dos idosos assistidos em um serviço universitário ambulatorial, dos 327 idosos avaliados, por meio do MEEM, constatou-se a média de 23,73 pontos, valores maiores se comparados ao do presente estudo, e 16,2% possuíram escore que indicava déficit cognitivo, vale ressaltar que o estudo utilizou os pontos de corte

propostos por Bertolucci et al. (1994), que propõe notas de cortes mais baixas do que as utilizadas neste estudo.

Cavalcante et al. (2010) ao avaliar o perfil sócio demográfico e condições de vida de 40 idosos atendidos em um ambulatório de geriatria, utilizando as mesmas notas de corte do presente estudo, evidenciaram que 60% da amostra apresentaram déficit cognitivo, dados que se aproximam deste estudo. Outro estudo que mostra a prevalência de idosos com comprometimento cognitivo atendidos em um ambulatório de geriatria, ou seja, 65,7% da amostra, foi o de Suassuna etal. (2012).

Quanto a avaliação da memória atual 63,1% dos idosos com déficit cognitivo a avaliaram como “boa” e 25,8% dos que não tinham défict como “regular”, dados que podem sugerir melhor percepção daqueles idosos sem défict cognitivo em relação a sua memória.

No estudo realizado em Campinas, com 120 idosos de um ambulatório de geriatria de um hospital escola, os dados mostram que 71,0% deles não apresentavam déficit cognitivo, diferindo do presente estudo, porém na autoavaliação da memória, 66% dos idosos com ou sem déficit a avaliaram como “boa” (PAULA, 2012).

5.4 Características relacionadas à capacidade de autocuidado dos idosos participantes do estudo, para as atividades de vida diária

Para a investigação do universo ocupacional, os participantes deste estudo foram indagados com relação a frequência, grau de importância e satisfação na realização das ABVDs, AIVDs, tipos de lazer, trabalho remunerado e não remunerado.

Observou-se que as ABVDs eram realizadas pela maioria dos idosos na frequência de todos os dias. Quanto as AIVDs, dos idosos estudados, 63,2%, 58,1%, 57,3% e 50,4% não realizavam as atividades de receber pagamento e pagar contas, lavar roupas, tarefas domésticas e fazer compras, respectivamente. Para as

atividades de lazer, as maiores menções de atividades realizadas todos os dias foram, 43,6% para atividades diversas/TV, 32,5% para atividade religiosa e 20,5% para atividade manual. No que se refere ao trabalho remunerado a maioria não realiza esta atividade; já quanto ao trabalho não remunerado 33,3% mencionaram ser donas de casa, desempenhando esta função todos os dias.

Os dados mostram que as ABVDs eram em sua maioria realizadas todos os dias, levando-se em consideração que algumas delas eram realizadas por outras pessoas, ou seja, mesmo quando o idoso não dispunha de condições físicas e/ou mentais para realizá-las, não deixavam de ser desempenhadas, uma vez que são essenciais às necessidades básicas do ser humano. As AIVDs aparecem em menor proporção quanto à freqüência de todos os dias, sugerindo que o desempenho destas tarefas diminui com o envelhecimento. A que se considerar a maior complexidade que envolve a execução destas atividades.

Na avaliação de Fielder (2005), algumas das dificuldades instrumentias referidas pelos idosos como, por exemplo, a tarefa de “usar o telefone” não devem ser relacionadas apenas às limitações físicas dos idosos, visto que o rápido avanço tecnológico nas telecomunicações, com constantes mudanças nos usos dos serviços telefônicos, possivelmente estão dificultando a realização da tarefa pelos idosos. A autora, ainda, ressalta que a escolaridade (nível de informação) e as condições de saúde influenciam na percepção da realidade e das tecnologias limitando esses idosos ao uso, em parte, pela incapacidade funcional, em parte, pela falta de instrução e orientação.

E quando se trata das atividades de lazer maior número de idosos relataram atividades diversas, principalmente, assistir TV, ou seja, consideradas atividades passivas, como constatado também em outros estudos (MCKENNA; BROOME; LIDDLE, 2007; DOIMO; DERNTL; LAGO, 2008).

Os idosos foram questionados também sobre as atividades que consideravam importantes, sendo que 17,9% citaram o lazer religioso e 12,8% o lazer social, manual e assistir TV, respectivamente. Quanto as atividades que gostavam menos, 10,2% citaram o preparo da comida e 6,8% o lazer social. O que pode sugerir que, as atividades que os idosos consideravam importantes são aquelas consideradas prazerosas, devido ao fato que as mais citadas foram as atividades de lazer, e quanto às atividades que gostam menos, um número significativo de idosos não souberam ou não puderam responder.

Os achados sobre as atividades consideradas mais importantes e que os idosos gostavam menos se assemelham com os do estudo realizado no interior de São Paulo, com 322 idosos avaliados em domicílio, cujo objetivo foi conhecer o grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida, em relação às atividades que mais gostavam na vida, 38,7% citaram as de lazer, seguidos de 29,2% atividades diversas e 14,9% as religiosas (RUIZ et al., 2007).

As razões consideradas pelos idosos sobre o porquê determinadas atividades são importantes, para 70,1% foi a satisfação pessoal, considerando que a maioria relatou o motivo de sentirem prazer na realização de tais atividades; em relação às atividades que gostam menos, para 24,8% foram as razões intrínsecas, ou seja, acima da capacidade do idoso ou não atende as suas necessidades.

No que concerne a capacidade para o autocuidado dos participantes, vale ressaltar que os idosos foram distribuídos em tercis, de acordo com o total de pontos que receberam tanto para as ABVDs quanto para as AIVDs, por meio da avaliação pelo instrumento CICAc.

No ambulatório I, com relação as ABVDs, 71,1% dos idosos encontravam-se no primeiro tercil, considerados mais dependentes, sendo que 44,2% pertenciam a faixa etária entre 80 e 89 anos, 53,8% eram mulheres, 21,2% avaliaram a memória atual como “Boa”. Apenas 1,9% dos idosos pertencia ao terceiro tercil, considerado com maior independência. No ambulatório II, 61,6% encontravam-se no terceiro tercil de ABVDs, 23,1% com idades entre 80 e 89, 41,5% eram mulheres, 30,8% avaliaram a memória atual como “Boa”. Não houve presença de idosos no primeiro tercil.

Foi possível notar que não houve associação entre a variável dificuldades para as ABVDs e as variáveis, sexo e avaliação da memória atual. Entretanto, houve associação entre a presença de dificuldades para as ABVDs e a faixa etária ($p<0,05$), indicando que há evidencias de que a idade mais elevada expõe a pessoa à incapacidades.

Em estudo de Popim et al. (2012) realizado em ambulatório de geriatria com 106 idosos, com o objetivo de conhecer o perfil dos idosos e seu grau de dependência em relação às ABVDs, segundo a Escala de Katz, constatou-se que 23,6% dos idosos eram dependentes, 64,0% eram do sexo feminino, sendo que a média de idade da amostra foi de 81,0 anos, dados que se assemelham quanto ao sexo e idade e grau de dependência principalmente, da amostra do ambulatório I,

apesar de apresentar uma porcentagem menor quanto ao grau de dependência para as ABVDs.

Santos et al. (2007) ressalta que a dependência é um fenômeno distinto para homens e mulheres. Algumas diferenças devem-se, provavelmente, ao fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida e, consequentemente, maior tempo para desenvolver doenças crônicas incapacitantes. A literatura apresenta resultados semelhantes (NUNES et al. 2009; AIRES et al., 2010).

Na avaliação dos idosos para o desempenho das AIVDs, no ambulatório I, 71,1% dos idosos enquadravam-se no primeiro tercil, 40,4% na faixa etária entre 80 e 89 anos, 48,1% eram mulheres, 17,3% avaliaram a memória atual como Boa. No ambulatório II, 58,4% dos idosos pertenciam ao terceiro tercil, 21,5% na faixa etária entre 70 a 79 e 20,0% entre 80 e 89 anos, 32,3% avaliaram sua memória como "Regular". Apenas 4,6% encontravam-se no primeiro tercil.

Não houve associação entre a variável dificuldades para as AIVDs e as variáveis, faixa etária, sexo e avaliação da memória atual.

Quando comparado os tercis de ABVDs com os de AIVDs, verificou-se que no ambulatório I, os 53,8% idosos que estavam no primeiro tercil de ABVDs, também encontravam-se no primeiro tercil de AIVDs, indicando dependência para os dois blocos de atividades, contudo, no ambulatório II dos 43,1% que se encontravam no terceiro tercil de ABVDs também se encontravam no terceiro tercil de AIVDs, o que mostra maior independência desta amostra para os dois blocos de atividades. No entanto, pode-se observar que quando se trata de AIVDs os idosos da amostra do ambulatório II, apresentam um nível de dependência maior do que para as ABVDs.

A maior dependência para as AIVDs verificada na população estudada foi condizente com a literatura, na qual autores afirmam que, geralmente, a perda da capacidade funcional tende a ocorrer inicialmente para as AIVDs e, posteriormente, para as ABVDs (TANG; JIANG; FUTATSUKA, 2002). Isso acaba por reduzir ou impedir a autonomia do idoso e sua capacidade para gerenciar a vida. Por outro lado, a dependência para as ABVDs, indica um estágio mais avançado do processo de declínio funcional no qual o idoso apresenta crescente demanda por cuidados (SUNDRÉ et al., 2012).

O alcance da máxima autonomia individual possível considera, no outro extremo, a evidência de um mínimo desejável de competência do idoso para

desempenhar ou administrar as suas atividades cotidianas, ou seja, a autonomia do idoso tem sua base em um determinado grau de competência, ou capacidade funcional, sendo mais significativas nas atividades de autocuidado (DERNTL; WATANABE, 2004).

De acordo com a literatura, com o avançar da idade, a proporção de pessoas com independência diminui, pois o declínio funcional aumenta cerca de duas vezes a cada 10 anos vividos, sendo assim, é maior a probabilidade de idosos com 80 anos ou mais desenvolverem incapacidade em comparação com idosos mais jovens, contribuindo para a dependência do idoso, bem como para o declínio de sua autonomia (GUERRA; FLO; PERRACINE, 2009; ROSA et al., 2003), esse fato pode ser observado neste estudo.

Foi verificado a relação dos idosos nos tercis de ABVDs e AIVDs com a presença ou não de déficit cognitivo. No Ambulatório I, 38,5% dos idosos com déficit cognitivo recebiam a ajuda dos filhos/enteados e 28,8% de cuidador informal, 71,1% deles encontravam-se no primeiro tercil de ABVDs e 67,3% no primeiro tercil de AIVDs, Já no ambulatório II, dos idosos com déficit cognitivo, 36,9% não requeriam ajuda, 40,0% e 36,9% estavam no terceiro e segundo tercis, de ABVDs, respectivamente; 36,9% e 26,2% encontravam-se no terceiro e segundo tercis de AIVDs.

Houve associação entre déficit cognitivo e as variáveis, pessoa que ajudava o idoso, dificuldades nas ABVDs e AIVDs ($p<0,05$), indicando que há evidencias de que os idosos com déficit cognitivo necessitam mais de cuidados.

Estudo realizado por Steen et al. (2001), mostrou que a maioria dos idosos com idade entre 85 e 95 anos era dependente para o desempenho das AVDs e apresentava maior prejuízo na cognição, se comparada com os independentes. Os autores reforçam que o funcionamento cognitivo e a mobilidade são preditores independentes para a dependência funcional na população de idosos com 85 anos e mais de idade.

O déficit da capacidade em realizar as atividades de autocuidado no cotidiano de qualquer indivíduo, especialmente o idoso, gera a dependência que leva à necessidade de ajuda de outras pessoas, pois como já mencionado as atividades de autocuidado são essenciais à sobrevivência.

O autocuidado vai além da simples prática de cuidados físicos, pois há a questão ética do “cuidar de si”, entendida como a escolha autônoma do sujeito, com

o consequente desenvolvimento da liberdade de escolha do quê, como e quando realizar o cuidado de si (FUENTES; MERCADANTE, 2012).

Mucida (2009) enfatiza também, a importância de cada um buscar sua forma singular de cuidar de si, respeitando as próprias vontades e escolhas ao expressar seu jeito de autocuidar-se. Acrescenta, que o autocuidado relaciona-se ao conhecimento do indivíduo, não só acerca de suas limitações físicas, mas de tudo o que o cerca.

O autocuidado e a aprendizagem são atividades estreitamente vinculadas e esta última é a via de aquisição voluntária das condutas favoráveis à saúde. Trata-se de um processo dinâmico, não apenas de recepção passiva de informação e conhecimento (DERNTL; WATANABE, 2004).

O processo de envelhecimento acompanhado das doenças crônicas não transmissíveis gera, muitas vezes, limitações que levam a diminuição da capacidade do idoso em cuidar de si, portanto, quando há um défict na capacidade de realizar essas tarefas, seja parcial ou total, surge a figura do cuidador, que auxilia o idoso na realização das atividades de autocuidado, podendo agir como um ajudante em algumas tarefas ou mesmo desempenhá-las por completo.

Dos idosos que não requeriam ajuda para a realização das atividades cotidianas, 34,2% eram atendidos no Ambulatório II. Do total de idosos que recebiam ajuda 30% deles recebiam a ajuda dos filhos/enteados e 17,1% de cuidador formal. Mais uma vez foi possível observar a presença dos filhos como principais cuidadores, seja em caso de doença como já observado, ou nas atividades cotidianas, observa-se, também, um número expressivo de cuidadores formais neste contexto, mostrando o crescente aumento desses profissionais, dados que corroboram com a literatura (CAMARANO; MELLO, 2010).

Neste sentido, Málaga; Castro Ramirez (2001) cita que necessitar de ajuda para as atividades de vida diária não está associado obrigatoriamente à falta de engajamento no autocuidado, ou seja, não se pode ignorar o impacto que o envelhecimento produz sobre os órgãos dos sentidos, o sistema nervoso e algumas funções cognitivas que podem interferir ou constituir-se em obstáculo para o autocuidado. O que existe, comumente, é uma forte associação entre a quantidade e o tipo de incapacidade e o autocuidado praticado (DERNTL; WATANABE, 2004). As autoras completam que o autocuidado é, de certa forma, a expressão do saber acumulado pela pessoa ao longo da vida. É também um instrumento de adaptação

às limitações e às perdas na velhice.

Verificou-se também no estudo a associação das pessoas que auxiliam o idoso nas atividades de autocuidado com aqueles que tem ou não déficit cognitivo. Constatou-se que os com déficit cognitivo do ambulatório I recebem a ajuda dos filhos/enteados/sobrinhos; já no ambulatório II, uma parte dos que tem déficit informaram não requerer ajuda, ou seja, mesmo apresentando comprometimento cognitivo, desempenham suas atividades de autocuidado sem auxílio de outras pessoas, assim, é possível que quando há alguma dificuldade na realização de determinadas tarefas, ou eles a executam com dificuldade porém as completam ou compensam utilizando estratégias de autocuidado, isso pode significar melhor nível de independência e capacidade funcional dos idosos em comparação com os que deixam de fazer certas atividades e necessitam de terceiros.

A independência, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária e de viver em comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros, envolve a capacidade funcional e favorece a autonomia (WHO, 2005).

Restrepo, Anzola (1994) já mencionavam que o controle de fatores como os comportamentais favoráveis a saúde e a funcionalidade, ou seja, envolvimento em atividades físicas, abstinência do fumo e álcool, uso adequado de medicamentos; e fatores de proteção ambiental relacionados a saúde e a capacidade funcional, como por exemplo, a proximidade de membros da família, adaptações em residências e locais públicos que favoreçam a interação e previnam acidentes (WHO, 2005) configuram-se em estratégias para a promoção da saúde e outras ações, como as práticas de autocuidado.

Segundo Norburn et al. (1995); Gitlin et al. (2002) as adaptações adotadas por idosos ou cuidadores que visam manter ou melhorar a independência funcional nas atividades de vida diária são conceituadas como práticas de autocuidado e envolvem basicamente mudanças comportamentais, ambientais e uso de recursos de tecnologia assistiva, ou dispositivos auxiliares.

Neste sentido, Derntl, Watanabe (2004) mencionam que assim como as dificuldades que os idosos apresentam para desempenhar as atividades de vida diária podem tornar-se barreiras para o autocuidado, elas podem ser minimizadas, ou compensadas pelo uso de equipamentos (por exemplo: bengala, andador, calçadeiras), adaptações no ambiente e mudanças de comportamento (por exemplo, para os que têm incontinência: consumir pouco líquido e ir ao toalete antes de sair

para algum compromisso).

Neste sentido, com o objetivo de identificar as dificuldades para a realização das ABVDs e AIVDs dos participantes e quais dessas atividades são compensadas com práticas que favoreçam o autocuidado, verificou-se que em relação às ABVDs, no ambulatório I, 53,8% dos idosos paresentaram dificuldade, mas adotaram práticas para compensar as dificuldades para continência urinária, 40,4% para locomoção e 19,2% para a alimentação, quanto aos idosos que apresentavam dificuldades não compensadas, mas não requeriam ajuda 26,9% citaram trasnferências posturais seguido de outros 26,9% continência, já 94,2% necessitavam de ajuda de outras pessoas para realizar as atividades de banho e 92,3% para o vestuário.

Percebe-se que nesta amostra a maioria necessitou de ajuda para realizar grande parte das atividades, visto que são idosos considerados mais dependentes em relação a capacidade para o aoutocuidado, porém uma parte adotou práticas para compensar as dificuldades em relação à continência urinária.

Na amostra do ambulatório II, 27,7% adotaram práticas para compensar a atividade de locomoção, 26,1% para transferências posturais e outros 26,1% para continência, quanto as atividades realizadas com dificuldades, porém não compensadas, 35,4% citaram locomoção e 15,4% requeriam ajuda de alguém para os cuidados com pele/cabelos/unhas/dentes/face.

È possível observar que os idosos do ambulatório II adotaram práticas para compensar mais atividades, e que poucos necessitaram de ajuda de outras pessoas, já que foram considerados idosos mais independêntes.

No estudo de Popim et al. (2010) com idosos atendidos em ambulatório de geriatria, por meio do Índice de Katz, verificou-se que para as ABVDs, 23,6% dos idosos eram dependentes para o desenvolvimento de três ou mais atividades como o banho, a troca de vestuário e a realização de higiene pessoal, 88,0% apresentam dependência para transferências, 84,0% eram incontinentes e 80,0% necessitam de ajuda para a alimentação. Estes achados corroboram com os do presente estudo, principalmente, em relação a amostra do ambulatório I.

Vale ressaltar que o estudo por utilizar um instrumento específico de terapia ocupacional e que foi desenvolvido recentemente, apesar de ser um instrumento validado e confiável, ainda não existe na literatura variedade de estudos utilizando o instrumento, o que limita a comparação dos dados, portanto, serão

mencionadas pesquisas que utilizaram outros instrumentos com a finalidade de avaliar a capacidade funcional do idoso para as AVDs.

Com relação as AIVDs os participantes deste estudo necessitavam do auxílio de outras pessoas, como pode ser observado para os idosos de ambulatório I, sendo que 98,1% necessitavam da ajuda de alguém para o uso de meios de transporte, tarefas domésticas e receber pagamentos/pagar contas, somente 3,8% adotavam práticas para compensar o uso do telefone.

No ambulatório II, houve um aumento no número das atividades e de idosos que requeriam ajuda, sendo que, 23,1% possuíam suas dificuldades compensadas para as tarefas domésticas e 15,4% para tomar medicamentos/comparecer às consultas, 12,3% apresentavam dificuldade, mas não compensavam para as atrefas domésticas e 50,8% necessitavam de ajuda de outra pessoa para receber pagamentos/pagar contas, seguido de 33,8% para uso de meios de trasporte.

Estudo realizado por Karsch (2003) indicou que cerca de 40% dos idosos precisavam de algum tipo de ajuda para realizar as tarefas instrumentais da vida diária, e uma parcela menor 10% para as atividades básicas, considerando que os idosos se tornam dependentes primeiramente para as AIVDs, devido a complexidade de algumas tarefas.

Com o intuito de avaliar o grau de dependência para a realização das AIVDs de 64 idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família da periferia de São Luiz do Maranhão, verificou-se que a amostra constitui-se basicamente de idosos independentes (56,3%) para todas as atividades, prevalecendo “cuidar das finanças” (OLIVEIRA et al., 2012). Esses achados contrastam com os do estudo, mesmo em relação a amostra de idosos mais independentes, esse fato pode ser devido à população de idosos no ambulatório já se apresentarem mais vulneráveis às incapacidades, visto a presença das doenças crônicas, bem como o baixo nível educacional e diminuição da rede social.

Em estudo realizado por Almeida; Litvoc; Perez (2012) com 190 idosos usuários de um Centro de Saúde Escola, por meio do instrumento CICAc, foi possível observar que 52,1% dos idosos referiram dificuldades para as ABVDs, destes 29,3% necessitavam de ajuda de outra pessoa para pelo menos uma ABVD, 24,7% não compensavam, porém não requeriam ajuda e 12,1% compensavam as dificuldades com práticas de autocuidado, sendo que as atividades compensadas

mais citadas foram controlar eliminações (35,0%) e locomover-se (27,0%). Para as AIVDs 48,4% apresentaram dificuldade, destes 72,8% requeriam ajuda, 7,9% não compensavam, mas não requeriam ajuda e 5,3% compensavam as dificuldades, principalmente para as atividades fazer compras (23,0%) e realizar tarefas domésticas (11,0%). Quando considerado a totalidade dos participantes nota-se que 15,2% necessitavam de ajuda para as ABVDs e 35,2% para as AIVDs.

Os achados acima corroboram com o do estudo, no que concerne a maior necessidade de ajuda dos idosos para as atividades instrumentais se comparada com as atividades básicas e, no que se refere as atividades compensadas, os idosos adotavam mais práticas de compensação para as atividades básicas do que para as instrumentais, uma vez, estas acabam sendo realizadas por outras pessoas. Em relação às atividades para as quais os idosos do estudo citado, mais adotavam práticas de compensação assemelham-se com os achados do presente estudo, ou seja, para as ABVDs, controle das eliminações e para a locomoção e, para as AIVDs, tarefas domésticas.

Em estudo realizado por Lebrão e Duarte (2003), evidenciou-se que 19,2% dos idosos necessitavam de ajuda nas ABVDs e 26,8% nas AIVDs, já no estudo de Nakatani et al. (2003) encontraram prevalência de incapacidade de 40,9% para as ABVDs e 58,0% para as AIVDs.

Evidenciou-se que quanto as formas de compensação, os idosos estudados, quando adotaram práticas para compensar alguma dificuldade, geralmente optaram por modificações comportamentais, seguidas de dispositivos auxiliares e poucos deles citaram as mudanças relacionadas ao ambiente.

As mudanças comportamentais referem-se a técnicas adaptadas para a realização de atividades, podendo ser reorganizadas ou substituidas por novas atividades, como por exemplo, evitar o uso de escadas e objetos pesados, fracionar compras, ajustar a relaização de atividades às capaciadades do indivíduo ou torná-las mais confortáveis e seguras. As modificações ambientais constituem estratégias compensatórias às dificuldades, como reformas e instalações de barras de segurança e corrimãos ou medidas simples como retiradas de obstáculos (ALMEIDA, LITVOC, PEREZ, 2012).

Ainda de acordo com os mesmos autores, o uso de técnicas adaptadas tem sido apontadas como preferível ao uso de equipamentos, mesmo porque as técnicas conferem ao indivíduo maior flexibilidade, enquanto que os equipamentos

implicam em custos, reparos e aceitação por parte do usuário. Ressaltam que embora as modificações ambientais também se constituam em estratégias compensatórias, os idosos têm dificuldades em identificar fatores ambientais como geradores de incapacidades. Cummings et al. (2001) completa que os idosos não acreditam que modificações ambientais possam diminuir incidência de acidentes.

O dispositivo auxiliar ou de tecnologia assistiva "engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social" (COMITÊ DE AJUDAS TÉCNICAS – ATA, 2006).

Segundo Almeida (2003) as formas de compensação de dificuldades para as atividades de vida diária são estratégias de autocuidado empregadas por pessoas com distintos níveis de capacidade funcional com a finalidade de reduzir lacunas entre ela e as demandas do ambiente.

6. CONCLUSÕES

A realização deste estudo possibilitou caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial, segundo variáveis sociodemográficas, arranjo e suporte familiar; identificar a capacidade cognitiva; identificar a capacidade para o autocuidado e verificar a associação entre a capacidade para o autocuidado e as variáveis sociodemograficas e cognição. No entanto estas características são típicas da amostra estudada e, portanto generalizações devem ser vistas com cautela, com a finalidade de se evitar equívocos.

Os resultados obtidos no estudo com os idosos atendidos em dois Ambulatórios de Geriatria de um Hospital Geral Terciário, do interior paulista, permitiu as seguintes conclusões:

- ✓ - Participaram do estudo 117 idosos atendidos em dois Ambulatórios de Geriatria de um Hospital Geral Terciário do interior paulista. A maioria era do sexo feminino, a média de idade foi de 79,8 anos, com maior distribuição de idosos na faixa etária entre 80 e 89 anos; a média de anos de estudo foi de 2,7, a maior parte sabia ler/escrever informalmente ou possuía o primário incompleto, com predomínio de mulheres entre eles; a maioria era procedente de Ribeirão Preto – SP; houve predomínio de aposentados;
- ✓ - Quanto ao arranjo doméstico e familiar e potencial rede de suporte dos idosos, houve predomínio dos que moravam com cônjuge/filhos(as), viviam sozinhos e residiam somente com o cônjuge; prevaleceram os que declararam se relacionar com os filhos de uma a duas vezes por semana, com os vizinhos quase todos os dias e com os amigos de uma a duas vezes por semana; a maioria informou sentir-se satisfeitos com a frequência e qualidade dos relacionamentos com vizinhos, amigos e filhos; a maior parte informou que, em caso de doença, havia alguém para cuidar deles, com maiores menções foram para as filhas, filhos, cônjuge e cuidador formal;
- ✓ - O número médio de diagnóstico médico por idoso foi de 4,4 e os mais prevalentes entre eles foram: a hipertensão arterial, dislipidemias, osteoporose, demências, diabetes mellitus, depressão e acidente vascular cerebral; a maioria possuía déficit cognitivo, com predomínio de mulheres;
- ✓ - Quanto a capacidade para realizar as atividades cotidianas as ABVDs, a maioria delas era realizada pela maior parte dos idosos na frequência de todos os dias. Quanto as AIVDs, as não realizadas pela maioria deles foram, receber pagamento e pagar contas, lavar roupas, tarefas domésticas e fazer

compras, respectivamente. Para as atividades de lazer, as maiores menções de atividades realizadas todos os dias foram, atividades diversas/TV, atividade religiosa e manual;

- ✓ - Em relação às atividades de autocuidado a média de pontos para as ABVDs foi de 42,8 e para as AIVDs foi de 21,6; no ambulatório I houve predomínio de idosos no primeiro tercil tanto para ABVDs quanto para AIVDs, evidenciando a maior dependência entre eles; no ambulatório II a maior parte se encontrava no terceiro tercil tanto para as ABVDs quanto para as AIVDs, mostrando maior independência entre eles;
- ✓ - Quanto as pessoas que ajudam os idosos nas atividades cotidianas as mais mencionadas foram filhos(as)/enteados e cuidador formal; a maioria dos idosos que não requeriam ajuda eram atendidos no Ambulatório II;
- ✓ - As ABVDs com maiores menções quanto à dificuldade para serem realizadas foram, a continência, a locomoção e a alimentação, para os idosos do ambulatório I e a locomoção, as transferências posturais e a continência, para os idosos do ambulatório II foram; no entanto para estas atividades os idosos utilizaram alguma forma de compensação para favorecer a capacidade de autocuidado;
- ✓ - Para as AIVDs pequena parte dos idosos do ambulatório I adotaram práticas para compensar a atividade de usar o telefone, a maioria requeria ajuda para atividades como uso de meios de transporte, tarefas domésticas e receber pagamentos e pagar contas. No ambulatório I, foi evidenciado a presença de idosos que requeriam ajuda para receber pagamentos e pagar contas e usar meios de transporte e pequena parte compensava suas dificuldades para realizar tarefas domésticas;
- ✓ - As limitações do estudo foram: a diferença do nível funcional entre os idosos dos dois ambulatórios estudados, o que impediu comparações entre eles; a realização de uma categorização mais efetiva dos idosos, devido a pontuação permitida pelo instrumento utilizado para avaliar o autocuidado dos idosos estudados; o grau incapacidades de alguns pacientes, o que fez com que somente os cuidadores respondessem ao questionário, sendo necessário a não compilação de alguns dados referentes às questões pessoais.

Apesar das limitações do estudo foi possível identificar a capacidade para

o autocuidado dos idosos, atendidos em dois ambulatórios de geriatria, com níveis de dependência diferentes, o que reforça a relevância de se conhecer a capacidade de autocuidado dos idosos, por meio da identificação de quais atividades são realizadas pelo próprio idoso, com ou sem dificuldade, além de reconhecer quais as formas de compensação por eles adotadas.

Destaca-se também, a importância de dar visibilidade, neste contexto, ao papel do cuidado, formal ou informal, visto que muitos idosos são auxiliados por eles, que desempenham esta atividade, na maioria das vezes, sozinho e sem preparo adequado para tal função, o que pode gerar sobrecarga, trazendo implicações para a qualidade de vida tanto do cuidador como do idoso.

Assim, cabe aos profissionais da área da saúde incluir os cuidadores e os idosos em programas de treinamento específico, com a finalidade orientar e ensinar, para melhorar, manter ou recuperar as práticas de atividades de autocuidado, visando a independência e autonomia do idoso, bem como o bem estar do cuidador.

Em suma, o estudo contribuiu para a importância de se conhecer o universo ocupacional do idoso, suas capacidades e limitações, principalmente no que se refere às atividades de autocuidado, considerando que o idoso pode viver de maneira independente e autônoma, mesmo com a presença de limitações impostas pela doença ou pelo próprio processo de envelhecimento, adotando estratégias, dispositivos ou até mesmo o auxílio de outra pessoa.

Sendo assim, os profissionais que atuam com a população idosa, especialmente, o terapeuta ocupacional, podem planejar intervenções clinicas mais eficazes, afim de alcançar metas e objetivos importantes para o idoso, facilitando ou melhorando o desempenho das atividades de vida diária, o que, consequentemente, refletirá no melhor cuidado de si próprio. Neste sentido, ressalta-se que o terapeuta ocupacional é um facilitador junto ao idoso que o capacita para fazer o melhor uso possível de suas capacidades, a tomar as próprias decisões, lhe assegurar a conscientização de alternativas realísticas, por meio da atividade, a qual faz parte do processo terapêutico (OKUYAMA, et al., 2009).

A atividade se torna uma estratégia que propicia a vivência do indivíduo, considerando o significado, por meio da expressão de valores, da autoresponsabilidade, da (re)descoberta de competências e habilidades, do compromisso, de sistematicidade, do convívio social, contribuindo, assim para a

melhor percepção de si, refletindo portanto, no autocuidado do idoso. É pelo estímulo ao autoconhecimento e ao autocuidado, que o idoso tem condições de lidar com seus potenciais e, a partir daí, construir uma maneira própria de se relacionar com o meio social, atuando nele de maneira mais autônoma, gerando melhoria na autoestima (BANHATO et al., 2009).

Vale ressaltar que por meio do estudo, percebe-se a necessidade de programas e medidas específicas de orientação e treino dessas atividades, envolvendo o idoso e seu cuidador, enfatizando a importância do suporte de uma equipe multidisciplinar, visando a otimização das atividades de autocuidado no contexto de vida do idoso.

O trabalho suscita importantes informações quanto as dificuldades dos idosos em relação as atividades de autocuidado, bem como as maneiras utilizadas para compensar essas dificuldades, além de fornecer dados que podem auxiliar em planejamentos futuros para saúde e bem estar da população idosa.

Destaca-se também que, por ser tratar de um estudo com delineamento transversal, em que foi realizada uma única avaliação do idoso, sugere-se que estudos longitudinais possam ser desenvolvidos, com a finalidade de realizar avaliações e seguimento dos idosos, bem como intervenções que possam ser mensuradas.

REFERÊNCIAS

AIRES, M.; PASKULIN, L.; MANGANELLI, G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 11-17, 2010.

ALMEIDA, M. H. M. **Validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado**. 2003. 142 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ALMEIDA, M. H. M. Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. **Rev Ter Ocup**, v. 15, n. 3, p.112-20, 2004.

ALMEIDA, M. H. M. Confiabilidade do instrumento para a classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 317-23, 2008.

ALMEIDA, M. H. M.; LITVOC, J.; PEREZ, M. P. Dificuldades para atividades básicas e instrumentais de vida diária, referidas por usuários de um Centro de Saúde Escola do Município de São Paulo. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. Rio de JaneiRo, v. 15, n. 2, p. 7-20, 2012.

ALMEIDA, M. H. M.; SPÍNOLA, A. W. P.; LANCMAN, S. Técnica Delphi: validação de um instrumento para uso do terapeuta ocupacional em gerontologia. **Rev. Ter. Ocup**. Univ. São Paulo, v. 20, n. 1, p. 49-58, jan./abr. 2009.

ALMEIDA, P. M.; MOCHEL, E. G.; OLIVEIRA, M. S. S. O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 99-113, março. 2011.

ALVAREZ, A. M.; GONÇALVES, L. H. T. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 205- 7, maio-ago. 2001.

ALVARENGA, L. N.; KIYAN, L.; BITENCOURT, B.; WANDERLEY, K. S. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, dez. 2009.

ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C.; DOMINGUES, M. A. R. D.; AMENDOLA, F.; FACCENDA, O. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.16, n. 5. Rio de Janeiro, may. 2011.

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C . Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO. M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; DA 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, ago, 2007.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non□communicable diseases: progress and capacity in high□burden countries. The Lancet, 2010.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. Practice Framework: domain and process, 2 ed. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 62, n. 6, nov/dec 2008, p. 625-683.

ARAÚJO, M.O.P.H. **O auto cuidado em idosos independentes residentes em instituições de longa permanência** (Dissertação de Mestrado)-Faculdade de Ciências Medicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2003.

ARAÚJO, I.; SANTOS, A. Las famílias com um adulto mayor: evalución de la cohesión y de la adaptación. **Rev. Enf**, Coimbra, v. 3, n. 6, p. 1-6, mar. 2012.

ARGIMOM, I. L. **Aspectos Cognitivos em idosos** (Resumos-XI Simpósio da ANPEPP) Aval. psicol. Porto Alegre. v.5 n.2. dez, 2006.

AREOSA, S. V.; WICHMANN, F. M. A.; BENITES, L. B.; OHLWEILER, Z. N. C.; ROSS, N. P.; FROEMMING, M. B.; MARION, D. Relações Sociais e familiars do idoso atendido pela Unisc**. RBCEH**. Passo Fundo, v. 7, n. 1, p. 124-134, 2010.

ASSIS, M. Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão para as ações educativas com idosos. **Rev. APS**, v. 8, n. 1, p. 15-24, jan-jun. 2005.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. A Dinâmica dependência-autonomia no curso de vida**.** In: NERI, A. L. (org) **Psicologia do envelhecimento**: temas selecionados numa perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus.1995, p. 276.

BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. A avaliação de risco. In: **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, 2006. v. 1, cap. 2, p. 25-26.

BANDEIRA, L.; MELO. H. P.; PINHEIRO, L. S. “ Mulheres em dados: o que informa a PNAD/ IBGE, 2008. In: **Obeservatório Brasil da Igualdade de Genero**, julho, 2010, p. 107-119.

BANHATO , E. F. C., SCORALICK, N. N., GUEDES, D. V., ATALAIA-SILVA, K. C., MOTA, M. M. P. E. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. **Psicologia: Teoria e Prática**, v.11, n. 1, p. 76-84, 2009.

BARRETO, E. S. S.; MITRULIS, E. Trajetória e desafios dos ciclos escolares no país. **Revista de Estudos Avançados.** São Paulo, v. 15, n. 42, p. 105-142, 2001.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; SANDRA, R. C.; JULIANA, Y**.** O mini-exame do estado mental em uma população geral. **Arq. Neuropsiquiatr**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BILOTA, C. et al. Social vulnerability, mental health and correlates of frailty in older outpatients living alone in the community in Italy. **Aging & Mental Health**, v.14, n.8, p.1024-1036, 2010.

BOMBARDI, M. F. **Capacidade funcional, cognitiva e estado de humor em idosos assistidos no ambulatório de geriatria**. 2012. 59f. Tese (Mestrado)- Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde/ Portaria do Gabinete do Ministro de Estado da Saúde de n° 1395, de 9 de dezembro de 1999, que aprova a **Política Nacional de Saúde do Idoso** e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, n° 237-E, pp. 20-24, seção 1, 13 dez 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**, Série Pactos pela Saúde, v.8, 2006, Brasília- DF.

BRASIL. Lei no. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a Politica Nacional do Idoso**, cria o Conselho Nacional do Idoso e d’/a outras providencias. Disponível em http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual>. Acesso em 20 fev.

2012.

BRASIL. Ministério da Saúde- Portal da saúde Lei 8.080. **Atendimento ambulatorial**, disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sas/sapd/visualizar_texto. Acesso em 20/02/2012.

BRASIL. Lei n. 702. Dispõe de mecanismos para organização e implementação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16. Abril. 2002. Sessão 1, p. 45-50.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios** 2003. Rio de Janeiro: 2004.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas: Tecnologia Assistiva. Brasília : CORDE, 2009. 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**- 2011/ 2022. Brasília DF, julho de 2011.

BRAZ, E. CIOSAK, S. I. O tornar-se cuidadora na senescência. **Esc. Anna Nery**, n. 13, v. 2, p. 372-377, 2009.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arq. Neuropsiquiatr**. São Paulo, v. 61, n. 3, p. 777-781, sep. 2003.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família**. Cad Saúde Publica**, v. 19, n. 3, p. 773-81, 2003.

CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. (Orgs). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. P. 51-71.

CAMARANO, A. A. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60**? (Org.). 2004. Rio de Janeiro (RJ): IPEA. p. 137-67.

CAMARANO, A. A.; EL GUAOURI, S. K. **Famílias com idoso**: ninhos vazios?

Brasília: IPEA, 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira**: velhos e novos resultados. Rio de Janeiro: Ipea. Texto para discussão 1426, out. 2009.

CAMARANO, A. M.; KANSO, A. M. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul**. São Paulo, v.27, n. 1. jan./jun. 2010.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, A. A. **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido?. Rio de Janeiro: Ipea, 2010. cap. 2, p. 67-92.

CAMARANO, A. A.; PASSINATO, M. T. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. In: **IPEA**. Texto para discussão. Rio de Janeiro: IPEA, julh. 2007.

CAMPELO E PAIVA, S. O.; CARVALHO, E. M. F.; LUNA, C. F. A velhice não contemplada: invisibilidade das demandas sociais da pessoa idosa em Fernando de Noronha -Nordeste do Brasil. **Rev. Kairós**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 91-105, dez. 2007.

CANÇADO, F. A. X.; HORTA, M. L. Envelhecimento cerebral. IN: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 13. p. 1112-127.

CARVALHO, R. L.; WONG, L. R. Projetando o número de filhos sobreviventes das idosas brasileiras entre 2000 e 2025. In: **ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 16. 2008. Anais. Caxambu, 2008.

CARVALHES, N. N. Envelhecimento bem sucedido e envelhecimento com fragilidade. In: RAMOS, R. TONIOLO, NETO, J. **Guias de medicina ambulatorial e hospitalar**: UNIFESP- Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Manole, 2005. p. 9-25.

CAVALCANTE, D. S.; BARRETO, D.G.; ARAGÃO, J. M. N.; SILVA, K. G. N.; VOLPE, C. R.G. Perfil Sociodemográfico e condições de vida de idosos atendidos em ambulatório de geriatria. Trabalho apresentado 10◦ Simpósio Nacional de Diagnóstico em Enfermagem- SINADEn, p. 134-137, 2010.

CHAIMOWICZ, F. Envelhecimento populacional e transição epidemiológica no

Brasil. IN: TAVARES, A. **Compendio de neuropsiquiatria geriátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 67-77.

CHAIMOWICZ, F**.** Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 11, p. 106-130.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. v.16. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 164.

CUMMING, R. G.; THOMAS, M.; SZONYI, G.; FRAMPTON, G.; SALKELD, G.; CLEMSON, L. Adherence to occupational therapist recommendations for home modifications for falls prevention. **Am J Occup Ther,** v. 55, n. 6, p. 641-8**,** 2001.

DE CARLO, M. R. PRADO; BARTALOTTI; CELINA, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. Plexus, São Paulo, 2001.

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.** São Paulo, v. 43, n.5, out. 2009.

DELUIZ, N. **Qualificação, competências e certificação**: visão do mundo do trabalho. Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência, 2001, v. 1, n.2, p. 5-15.

DEPS, V. L. Atividade e bem estar psicológico na maturidade. In: NERI, A. L. (Org). **Qualidade de vida e idade madura**. 8. ed. Campinas: Papirus, 2009a. cap. 2, p. 57-82.

DERNTL, A. M.; WATANABE, A. W. Promoção da saúde. Organizadores: LITVOC, J.; BRITO, F. C. 2004. Disponível em www.ciape.org.br. Acesso em 02/07/13.

DINIZ, B. S. O.; VOLPE, F. M.; TAVARES, A. R. Nível educacional e idade no desempenho no Mini exame do Estado Mental em idosos residentes na comunidade. **Rev. Psiq. Clínica**, v. 34, n.1, p.13-17, 2007.

DIOGO, M. J. D.; CEOLIM, M. F.; CINTRA, F. A. Orientações para idosas que cuidam de idosos no domicílio: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 97-102, 2005.

DOIMO, L. A.; DERNTL, A. M.; LAGO, O. C. O uso do tempo no cotidiano das mulheres idosas: um método indicador de estilo de vida de grupos populacionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1133- 1142, jul/ago. 2008.

DOMINGUES, M.A.R.C. **Mapa mínimo de relações**: um instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. Tese [Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

DOMINGUES, M. A.; ORDONEZ, T. N.; TORRES, M. J.; BARROS, T. C.; LIMA-SILVA, T. B.; DE MELO, R. C.; LOPES, A.; YASSUDA, M. S.; CACHIONI, M. Rede de suporte social de idosos do Programa Universidade Aberta àTerceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 7, p. 33-51, 2012.

DOS SANTOS, R. L.; JUNIOR, J. S, V. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Rev. Bras. em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

DUARTE, Y. A. O**. Família** – rede de suporte ou fator estressor: a ótica de idosos e cuidadores familiares. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, São Paulo, 2001.

DUARTE, Y. A. O, Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão, M. L.; YAO, D, organizadoras. **SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento** - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003. p. 185-200.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L.; LIMA, F. D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Rev. Panam**. **Saúde. Publica**, 2005.

DUARTE, Y. A. O.; NUNES, D. P.; CORONA, L. P.; LEBRÃO, M. L. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? Mostrada pelo Estudo SABE. In: CAMARANO, A. A. Organizadora. **Cuidados de longa duração para a população idosa**: um novo risco social a ser assumido. Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A.V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 691-707, 2007.

ERBOLATO, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. In: FREITAS, E. V. et al.

(Orgs). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 115, p. 958- 964.

ERIKSON, A.; KARLSSON, G.; SODERSTOM, M.; THAM, K. A training apartment with electronic aids to daily living: lived experiences of persons with brain damage**.** **Am J Occup Ther**, v.58, n.3, p. 261-7, 2004.

FARFEL. J. M. **Fatores relacionados à senescência e à senilidade cerebral em indivíduos muito idosos**: um estudo de correlação clinicopatologica, São Paulo, 2008. (Tese doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, departamento de patologia.

FARINASSO, A. L. C; MARQUES, S; RODRIGUES, R. A. P; HASS, V. J. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre**, v. 27, n. 1, p. 45-52, 2006.

FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 128-133, 2006.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, T. R. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 57-63, 2009.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; SANTOS, W. S.; MOREIRA, M. A. S. P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, p. 1065-1069, 2010.

FIELDER, M. M. **Prevalência de baixa capacidade funcional entre idosos residentes na zona urbana de Joaçaba** - 2003/2004. Santa Catarina: Universidade do Oeste de Santa Catarina, 2005.

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

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive estate of patient for the clinician. **J. Psychiatr. Res**, Baltimore, v. 12, p. 189-198, 1975.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N. P. D. E.O. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, cap. 7, p. 90-107, 1993.

FOSTER, P. C.; JANSSENS, N. P. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 90-105.

FRANÇA, L. S. **Quando o entardecer chega, o envelhecimento ainda surpreende muitos**. (2010). Disponível em http// www.guiarh.com.br/pp46.html. Acesso em 20/08/13.

FREEDMAN, V. A.; MARTIN, L. G. Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning. **Am J Public Health**, v. 90 , p. 1755-60, 2000.

FREITAS, S. M et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. Campinas: Alínea; 2003. p. 141-64.

FRIES, J. F. **Aging, natural death, and the compression of morbidity**. Bull. WHO, Boston, v. 80, n. 3, p. 245, 2002.

FUENTES, S. A. M. P. S.; MERCADANTE, E. F. Reflexões sobre o autocuidado praticado na velhice. **Revista Ciências em Saúde**, v. 2, n 1, jan. 2012.

GIACOMIM, K. C.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p.1509-1518, set-out, 2005.

GITLIN, L. N.; WINTER, L.; DENNIS, M. P.; CORCORAM, M.; SCHINFELD, S.; HAUCK, W. W. Strategies used by families to simplify tasks for individuals with alzheimer`s disease and related disorders: Psycometric Analysis of Task Management Strategy Index (TMSI). **Gerontologist**, v. 42, n. 1, p. 61-9, 2002.

GOMES, G. C; DIOGO, M. J. D'E. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D'E, NERI, A. L.; CACHIORI, M. Organizadores. **Saúde e qualidade de vida na velhice**. São Paulo: Alinea; 2004, p. 107-32.

GORDILHO, A.; SERGIO, J.; SILVESTRE , J.; RAMOS, L. R.; FREIRE, M. P. A.; ESPÍNOLA, N. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.

GRATÃO, A. C. M. **Sobrecarga vivenciada por cuidadores de idosos na comunidade**. 2010. 160f. Tese (Doutorado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GRIEP, R.H. **Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede e apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde**. 2003. 128 p. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

GRIEVE, J. **Neuropsicologia em Terapia Ocupacional**: Cognição no desempenho ocupacional. 3 ed. São Paulo: Santos, 2010.

GUARNIERI, A. P. O envelhecimento populacional brasileiro: uma contribuição para o cuidar. **Arq Bras Ciênc Saúde,** v.33, n. 3, p. 139-40, 2008.

GUERRA, R. O.; FLÔ, C. M.; PERRACINE, M. R. **Fisioterapia: teoria e prática clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. cap 1, Funcionalidade e Envelhecimento; p. 3-24.

GURGEL, D. A.; OLIVEIRA, F. P. A.; SALLES, H. S. A. Cuidador de idoso doente crônico e suas dificuldades. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 2. p. 129-143, março, 2012.

GUZMÁN, J. M. Redes de apoyo social, comunitário e familiar en personas adultas mayores. **Programa de Envelhecimento e Desenvolvimento**. Celade, Divisão de População Cepal, Nações Unidas. Santiago, Chile, 2002.

HANSEN.; TAVARES, S.; CANDIDO, S.; PIMENTA, F.; MORAIS, E.; REZENDE, N. Classificação internacional de funcionalidade, de doenças e prognostico medico em pacientes idosos. **Rev. Medica de Minas Gerais**, 2011.

HENSON, S. M. H. Enfermagem de cuidados de saúde à família: uma introdução. In: HENSON, S. M. H. **Enfermagem de cuidados de saúde à família teoria, prática e investigação**. Lisboa : Lusociencia; 2005. p. 3-37.

HERÉDIA, V. B. M.; CASARA, M. B.; CORTELLETTI, I. A. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 1, p. 7-28, 2007.

HORGAS, A.L.; WILMS, H.U.; BALTES, M.M. Daily life in very old age: everyday activities as expression of successful living. **Gerontologist**, v.38, n. 5, p. 556-68, 1998.

INOUYE, K.; BARHAM, E. J.; PEDRAZZANI, E. S.; PAVARINI, S. C. I. Percepções de Suporte familiar e qualidade de vida entre Idosos segundo a vulnerabilidade social**. Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 582-592, 2010.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000**. Rio de Janeiro; 2002.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. **Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade (1980-2050):** Revisão 2008. Rio de Janeiro; 2008.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. **Uma análise das condições de vida da população brasileira**. 2009. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/condiçaodevida/indicadoresminimos/sintesei ndicsociais2009/default_tab.shtm. Acesso em 20 fev. 2012.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA- IBGE. Pesquina Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais**, uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, n. 27, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

KALACHE, A.; KELLER, I. "**The Greying World:** A CHALLENGE FOR THE 2ST CENTURY", v. 1, n. 83, p. 33-54. 2000.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1107-11, 2008.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública** , Rep Public Health, v. 19, n. 3, p. 861-6, 2003.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W.; JACKSON, B. A.; JAFFE, M. W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological ans psychosocial function. **Jama**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963.

KICKBUSCH, I. El autocuidado en la promoción de la salud. In: OPS. **Promoción de la Salud una antología**. Washington: OPS, 1996b. p. 235-245.

KIELHOFNER, G. A model of human occupational. Part 2: Ontogenesis from the Perspective of Temporal Adaptation. **American Journal of Occupational Therapy**, v.34, n. 10, p. 657- 663, 1980.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, jan/abr, 2012.

LACERDA, P. F.; GODOY, L. F.; COBIANCHI, M. G.; BACHION, M. M. Estudo de carência de "dor crônica" em idosos de uma comiunidade atendida pelo programa saúde da família em Goiânia. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.7, n. 1 , 2005. Disponível em: http//: www.ufg.br/revista.hm. Acesso em: 08 agost 2011.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, v. 9, p. 179-85, 1969.

LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. SABE – Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. **O Projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo**. Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 127-141, 2005.

LEME, L. E. G.; SILVA, P. S. C. P. O idoso e a família. In: Papaléo Neto M, organizador**. Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 92-7.

LEME, L. E. G**. O envelhecimento**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

LIMA, A. M. M. **Saúde e envelhecimento:** o autocuidado como questão. 2003. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LIMA, A. M. M.; NEMES FILHO, A.; RODRIGUES, E.; TEIXEIRA, R. R. Saúde no envelhecimento. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B, organizadores. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 109-32.

LIMA, M. T. R.; SOUZA E SILVA, R.; RAMOS, L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos**. J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 1, p. 1-7, 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO; GIATTI, L.; UCHOA, E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD's 98). **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p.745-46, 2003.

LIMA-COSTA, M. F. F. A. **A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte**: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE/FIOCRUZ/UFMG), 2004, p. 132.

LINHARES, C. R. C.; COELHO, V. L. D.; GUIMARÃES, R. M.; CAMPOS, A. P. M.; CARVALHO, N. T. Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. **Psic. Refl. e Crit**, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003.

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B.; FILHO, S. T. R.; BUKSMAM, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.103-112, jan, 2008.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento**: prevenção e promoção de saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

LITVOC, J. **Envelhecimento: prevenção e promoção da saúde**. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

LITVOC, J; DERNTL, A. M**.** Capacidade funcional do idoso: significado e aplicações. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Silva GTR, Cunha ICKO. **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe editorial, p.268-319, 2002.

LOLLAR; D. J.; CREWS, J. E. Redefining the role of public health in disability. Annu. **Rev. Public Health**, v. 24, p.195–208, 2003.

LONGO, L. A. F. B.; OLIVEIRA E SILVA, A. B.; MACEDO, D. R.; JURZA, P. H. **Idosos que moram sozinhos em Minas Gerais**: independência ou vulnerabilidade? Trabalho apresentado XVIII Encontro nacional de Estudos Populacionais- ABEP, Águas de Lindóia-SP, nov. 2012.

LOPES DOS SANTOS, R.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da Versao Brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290- 296, 2008.

LOUCKS, E. B.; ABRAHAMOWICZ. M.; XIAO. Y.; LYNCH, J. W. Association of education with 30 year life course blood pressure trajectories: Framingham Offspring Study. **BMC Public Health**; 11: 139- 48, 2011.

LOUVISON, M. C. P., ROSA, T. E. C. Envelhecimento e políticas públicas de saúde da pessoa idosa. In: BERZINS, M. V., BORGES, M. C. **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012. cap. 7, p. 154-79.

LLOYD-SHERLOCK, P. Ageing, development and social protection: generalizations, myths and stereotypes. In: LLOYD-SHERLOCK, P. (Org.). **Living longer**: ageing, development and social protection. London/New York: United Nations Research Institute for Social Development/Zed Books, 2004.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influence of biopsychosocial factors on the functional capacity of the elderly living in Brazil's Northeast. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 2, p. 178-89, 2007.

MACÊDO, A. M. L.; CERCHIARI, E. A. N.; REGINA, M.; ALVARENGA, M.; FACCENDA, O.; OLIVEIRA, M. A. D. C. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 358-63, 2012.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional Evaluation: The Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, v.14, p. 61-65, 1965.

MÁLAGA, H.; CASTRO RAMIREZ, M. L. Como empoderar a los excluídos en nivel local. In: RASTREPO, H. E.; MÁLAGA, H. **Promoción de la salud**: como construir vida saludable. Colômbia, Editorial Médica Panamericana, 2001, p. 120-137.

MALTA, D.; CEZÁRIO, A.; MOURA, L.; MORAIS NETO, O.; SILVA JUNIOR, J. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 15, n. 1, p. 47-65, 2006.

MARIN, M. J. S.; ALCALDE, P. C. C. A.; OTANI, Z. P.; MAZZINI, L. C.; BATISTA, A. P. Estimulando o autocuidado em grupo da terceira idade através de jogo educativo. **Enfermagem Atual**, ano 3, n. 15, p. 15-18, maio/jun. 2003.

MARINO, J. C.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O.; ROCHA, E. C.; MENDES, P. T. S. O perfil do idoso assistido em serviço universitário ambulatorial. **Extensão em Foco**, n. 3, p. 51-56, Curitiba, jan./jun. 2009.

MARTINS, R.M.L. A relevância do apoio social na velhice. Educação, ciência e tecnologia. 2005. Disponível em: <http:/www.ipv.pt/millenium/millenium31/9.pdf>

MATSURUKA, T., MATURANO, E. OISHI, J. O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** p.675-81, 2002

MAZZA, M. P. R.; LEFÉFRE, F. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Rev Bras Cresc Desenv Humano**, v.15, n.1, p. 01-10, 2005.

MAZO, G. Z.; MOTA, J. A. P. S.; GONÇALVES, L. H. T. Atividade física e qualidade de vida de mulheres idosas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, p. 115-118, jan./jun. 2005.

MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R. Mudança nas famílias brasileiras: a composição dos arranjos domiciliares no Brasil 1978 a 1998. Brasília**: IPEA**, 2002.

MENDES, M. R. S.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M; LEITE, R.C. B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enfermagem**, v.18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012. Disponível:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 13 julh 2013.

MENÉNDEZ, E. L. **Sujeitos, saberes e estruturas: uma introdução ao enfoque relacional no estudo da saúde coletiva**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009. 437 p.

MCKENNA, K.; BROOME, K.; LIDDLE, J. What older people do: Time use and exploring the link between role participation and life satisfaction in people aged 65 years and over. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 54, n. 4, p. 273-284, dec, 2007.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. INSTITUTO DE ESTUDOS ESPECIAIS PUC- SP. **Publicação do papel do cuidador familiar. São Paulo**. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS.** Informações de saúde. 2010. Disponível em http://www.datasus.gov.br. Acesso em: 20 jul. 2013.

MINOSSO, J. S. M., AMENDOLA, F. et al. Validação, no Brasil do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem** ,v. 23, p. 218-223, 2010.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. New professional competences in the field of health and the aging Brazilian population: integrality, interdisciplinarity. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.12 n.2. Rio de Janeiro, Mar./Apr. 2007.

MUCIDA, A. **Escrita de uma memória que não se apaga**. Envelhecimento e velhice, Belo Horizonte: Autêntica, 2009, cap 2.

NAKATANI, A. Y. K.; COSTA, E. F. A.; TELES, S. A.; SILVA, L. B.; RÊGO, M. A. B.; SILVA E SOUZA, A. C, et al. Perfil sóciodemográfico e avaliação funcional de idosos atendidos por uma equipe de saúde da família na periferia de Goiânia, Goiás. **Rev Soc Bras Clín Méd**, n. 1, v. 5, p. 131-6, 2003.

NASRI, F. **O envelhecimento populacional no Brasil**. Einstein . 2008; v.6 (supl1), p. 54-56.

NAVARRO, F. M.; MARCON, S. S. Convivência familiar e independência para atividades de vida diária entre idosos de um centro dia. **Cogitare Enferm**, v. 11, n. 3, p. 211-7, 2006.

NERI, A. L. **Palavras-chaves em Gerontologia**, 2005, Campinas-SP, p. 172-200.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: NERI, A. L. (org.) **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar – Campinas, SP: Editora Alínea, 2007, cap. 01, p-13-59.

NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BOTTINO, A. M. A.; DAMASCENO, B. P.; BRUCKI, S. M. D.; ANGHINAH, R. **Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil**: avaliação Cognitiva e Funcional. Arq Neuro-Psiquiatr, 2005, v.63, n. 3-A, p. 720-727.

NORBURN, J. E.; BERNARD, S. L.; KONRAD, T. R.; WOOMERT, A.; DEFRIESE, G. H.; KALSBEEK, W. D, et al. Self-care and assistance from others in coping with functional status limitations among a national sample of older adults. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 50, n. 2, p. 101-9, 1995.

NUNES, M. C. R.; RIBEIRO, R. C.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Rev. bras. Fisioter,** v.13 n. 5 São Carlos Sept./Oct. 2009.

OLIVEIRA, A. M. S.; PEDREIRA, L. C. Ser idoso com incapacidade e seus cuidadores familiares. **Acta Paul. Enferm**, v. 25, n.1. São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; BARROS, M. M. P.; BAIMA, V. J. D.; CUNHA, C. L. F.; SILVA, A. M. Avaliação das atividades instrumentais da vida diária em idosos da periferia de São Luís, Maranhão. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 1, p. 43-47, 2012.

OSTWALD, S. K. Who Is Caring for the Caregiver: Promoting Spousal Caregiver's Health. **Family & Community Health/Supplement**, v.32, n.1S, p. 5 – 14, 2009.

OREM, D. E.; **Nursing: concepts of practice.** 4. ed. St. Louis: Mosby Year Book; 1991. Self-care, self-care requisites, therapeutic self-care demand; p. 117-43

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 4 ed. New York: McGraw-Hill; 1995. 385 p. 91-117.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil.** Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, 2009. Disponível em: http://www.pnud.org.br/atlas/. Acesso em: 22 fev 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Envelhecimento ativo: um Projeto de Saúde Pública. In: **Anais do 2º Encontro Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento**; 2002 Madri, Espanha. Madri: OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Comité de Expertos en Planificación de los Servicios Geriatricos**, Genebra, 1973. Informe. Ginebra, 1974. (Ser. Inf. tecn., 548).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SÁUDE. OMS. **Classificação Internacional de**

doenças e problemas relacionados à saúde. 10° revisão. CID-10. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1994. Cap. XIX-XX, p. 891-1013.

OSÓRIO, L.C.; VALLE, M. E. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

OKUYAMA, A. K., ROSSLER, M. T. F. R., ZAIDEN, M. P., SOUZA. **Intervenção da Terapia Ocupacional auxiliando na manutenção da memória em indivíduos em processo de envelhecimento normal**. Faculdades Salesianas de Lins, 2009. Disponível em: http://www.unisalesiano.edu.br/encontro2009/trabalho/aceitos/PO18095918806.pdf. Acesso em : 20 out 2013.

PAGANO, M.; GAUVREAU, K. **Princípios de bioestatística.** Tradução da 2ª edição norte-americana. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

PAIXAO, JR. C. M; REICHENHEIM, M. E. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 21, n.1, p. 7-19, jan-fev. 2005.

PALLONI, A.; WONG, R.; PELAEZ, M. Autoinforme de salud general en adultos mayors de América Latina y el Caribe: su utilidae como indicador. **Rev Panam Salud Publica**, v. 17, n. 6, p. 323-332, 2005.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E . V et al**. Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. cap. 1, p. 2-12 .

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W. Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: **Artes Médicas**, 2000.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: **Artmed**, 2006.

PAULA, J. A. M.; TAVARES, M. C. G. F., DIOGO, M. J. D. Avaliação funcional em gerontologia. **Rev Gerontologia**, v.6, n. 2, p. 81-8, 1998.

PAULA, A. F. M. **Relação entre capacidade funcional, desempenho cognitivo, sinomas depressivos e evolução para óbito em idosos atendidos no ambulatório de geriatria do Hospital das Clínicas da UNICAMP**.(Dissertação de Mestrado)- UNICAMP, Campinas-SP, 2012.

PAVARINI, S. C. I.; MENDIONDO, M. S. Z.; BARHAM, E. J.; FILIZOLA, C. L. A. A arte de cuidar do idoso: Gerontologia como profissão? **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 398-402, jul/set, 2005.

PARAYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Ver. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383-91, 2005.

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

PASCHOAL, S. M. P; FRANCO, R. P; SALLES, R. F. N. Geriatria e fundamentos clínica e terapeutica. In: CARVALHO FILHO, E. T., PAPALEO NETTO, M. **Epidemiologia do Envelhecimento**. São Paulo: Atheneu Rio; 2005. p. 19-34.

PEREIRA, R. S.; CURIONI, C. C. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002, **Textos Envelhecimento** , v.6 n.1. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2003.

PEREIRA, A. et al. Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinologica**. Ciênc. e Cognição**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 34-53, 2004.

PEREIRA, R. J.; COTTA, R. M.; FRANCESCHINI, S. C.C.; RIBEIRO, R. C. L.; TINOCO, A. L. A.; ROSADO, L. E. F. P. L.; CAMPOS, M. T. F. S. Análise do perfl sociossanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 5-15, 2010.

PEDRAZZI, E. P.C.; RODRIGUES, R. A. P.; SCHIAVETO, F.V. Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, v. 6, n. 6, p. 407-413, out/dez, 2007.

PILGER, C.; MENON, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 19, n. 5, p. 09, set./out. 2011.

PIMENTEL, A. M.; COSTA, M. T. B.; SOUZA, F. R. Terapia Ocupacional na atenção básica: a construção de uma prática. **Rev. Terap. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 2, p. 110-116, maio/ago. 2011.

PITTA, A. M. F. **O Que é a Reabilitação Psicossocial no Brasil, Hoje?** In: __(Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-

26.

PITANGA, F. G.; LESSA, I. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo no lazer em adultos. **Cad Saude Pública**, v. 21, n. 3, p. 870-7, 2005.

POLIT, D.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPIM, R. C.; DELL´ACQUA, M. C. Q.; ANTONIO, T. A.; BRAZ, A. C. G. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em geriatria segundo grau de dependência. **Cienc Cuid Saude**, v. 9, n. 1, p. 21-27, jan/mar. 2010.

POUFFE, L. A. Addressing social and gender inequalities in health among seniors in Canada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 855-860, mai-jun, 2003.

RAMOS, M. P. Apoio Social e Saúde entre Idosos. **Sociologias**, v.7, p. 156-175, 2002.

RAMOS, M. P. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. **Rev. do Departamento de Psicologia** - UFF, v.19, n. 2, p. 397-410, 2007.

RAMOS L. R. Epidemiologia do envelhecimento. IN: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2002. cap. 7, p. 72 - 78.

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

RASTREPO, H. E.; ANZOLA PEREZ, E. Promoción de la salud de los ancianos. In: ANZOLA PEREZ, E.; GALINSK, D.; MORALES E MARTINEZ, F.; SOLAS, A. R.; SANCHEZ AYÉNDE, M. **La atención de los ancianos**: un desafio para los años noventa. Washington (DC): Organizacion Panamericana de la Salud; 1994. p. 383–8.

RIBERTO, M; MIYAZAKI, M. H; JORGE FILHO, D; SAKAMOTO, H; BATTISTELA, L. R. Reprodutibilidade da versão brasileira da medida de independência funcional. **Acta Fisiatr**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M; MIYAZAKI, M. H; JUCÁ, S. S. H; SAKAMOTO, H; POTIGUARA, P; PINTO, N. Validaçao da versão brsileira da medida de independência funcional.

Acta Fisiatr, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, 2004.

RICHARDS, B. S.; LILLY, M. L. Gerontological Family nursing. In: HANSON, S. M. **Family Health Care Nursing**: Theory, Practice and Research. Filadélfia. Davies Publishers, 2001.

ROCHA, S. V. Condição de saúde autorreferida e autonomia funcional entre idosos do Nordeste do Brasil. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 170-174, abr./jun. 2010.

RODRIGUES, M; AYABE, N. H; LUNARDELLI, M. C. F; CANÉO, L. C. A preparação para a aposentadoria: o papel do psicólogo frete a essa questão**. Rev. Bras Orientac Profissional**, v. 6, n. 1, p. 53-62, 2005.

ROSA, T. E.; BENÍCIO, M. H.; LATORRE, M. R.; RAMOS, L. R. Determinant factors of functional status among the elderly. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. 40-8, 2003.

ROWE, J.W.; KAHN, R. L. Sucsseful Ageing. **The Gerontologist**, v. 37, n. 4, p. 433-440, 1997.

RUIZ, T.; MONTEIRO, A.; CORRENTES, E. J.; NETTO, M. C. Avaliação do ggrau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do estado de São. **Revista APS**, v.10, n.1, p. 4-13, jan./jun. 2007.

SÃO PAULO (Estado). Decreto. n. 13.297. de 5 de março de 1979. Dispõe sobre o regulamento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. **Lex**: coletânea de legislação e jurisprudência, São Paulo, 1979. Disponível em : htt//www.hcrp.fmrp.usp.br/sitehc/arqs/pdf/REGULAMENTO_VIGENTE_II.pdf. Acesso em: 25 julh 2013.

SANTOS, K. A.; KOSZUOSKI, R.; DIAS DA COSTA, J. S.; PATTUSSI, M. P. Factors associated with functional incapacity among the elderly in Guatambu, Santa Catarina State, Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 23, n. 11, p. 2781-8. 2007.

SCHARAMM, J. M. A.; DE OLIVEIRA, A. F; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva***,* v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SCHNEIDER, R. H; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out\ dez. 2008.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Health in Brazil 4. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, p. 377, 2011. www.thelancet.com.

SECRETARIA ESPECIAL DE EDITORAÇÃO E PUBLICAÇÕES DO SENADO FEDERAL. **Projeto de Lei do Senado Nº 284**, 2011. Brasília- DF,

SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. **Guia da Pessoa Idosa, dicas e direitos**. 2 ed. 2010.

SEQUEIRA, A.; SILVA, M. N. O bem-estar da pessoa idosa no meio rural. **Análise Psicológica**, v. 3, p. 505-516, 2002.

SIEGEL S; CASTELLAN JR NJ. **Estatística não paramétrica para ciências do comportamento**. (2ª. ed). Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVA, A. C. S.; SANTOS, I. Promoção do autocuidado de idosos para o envelhecer saudável: aplicação da teoria de Nola. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n.4, p. 745-53, out-dez. 2010.

SILVA, J. V. **Adaptação cultural e validação do instrumento de medida de capacidade de autocuidado do "Appraisal of Self-Care Agency Scale (-ASA-A)"**, 2001. Disponível em: http://www.eewb.br/autocuidado/artigos /artigo 2.doc . Acesso em 10 out de 2013. p. 2.

SILVA, S. L. A.; VIEIRA, R. A.; ARANTES, P.; DIAS, R. C. Avaliação da fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de geriatria e gerontologia. **Fisioter. Pesq**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 125-129, 2009.

SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cad Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1629-38, 2006.

SIQUEIRA, M. E. C. Velhice e políticas públicas. In: **Idosos no Brasil**: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade. / organizadora Anita Liberalesso Néri –

São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC-SP, 2007, p. 21-22.

SOUZA, R. F.; SKUBS, T.; BRÊTAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm**. v. 60, n. 3. Brasília, mai/june .2007.

SOUZA, C. S. S. C, MELLO, I. P., REZENDE, R. E. S. O. **Avaliação cognitiva, emocional e disponibilidade e adequação de suporte familiar e social de idosos assistidos no ambulatório do Hospital São Julião**, Campo Grande, MS. maio. 2008. http://www.redepsi.com.br/portal/modules/smartsection/item.php?itemid=1144

SUASSUNA, P. D.; VERAS, R. P.; LOURENÇO, R. A.; CALDAS, C. P. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Rev. Bras. Geriatr**. **Gerontol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 643-650, 2012.

SUNDRÉ, M. R. S.; REINERS, A. A, O.; NAKAGAWA, J. T. T.; AZEVEDO, R. C. S.; FLORIANO, L. A.; MORITA, L. H. M. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 6, p. 947-53, 2012.

TANG, Z.; JIANG, J.; FUTATSUKA, M. An evaluation of transition in functional states among the elderly in Beijing, China. **Environ Health Prev Med**, v. 7, n. 5, p. 211-6, 2002.

TEIXEIRA E. R. **Pisicossomática no cuidado em saúde: atitude transdisciplinar**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.Hospital das Clínicas. **Apresentação do Hospital**. Ribeirão Preto: FMRP-USP; 2010. Disponível em : http://www.hcrp.fmrp.usp.br/gxpsites/hgxpp001?1,16,62,0,P,0,MNU;E;23;1;24;1;MNU. Acesso em 12 jul. 2013.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VERAS, R. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde. **Rev. USP**, São Paulo, v. 51, p. 72-85, 2001.

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

VERBRUGGE, L. M.; JETT, A. M. The disablement process. **Soc Sci Med**., v. 38, n. 1, p.1-14. jan. 1994.

VERMELHO, L. L.; MONTEIRO, M. F. G. Transiçao demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora F. G. Vargas, 2002, cap. 6, v. 1, p. 91-103.

VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C. VASCONCELOS, F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.

WHO-. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

WHO-. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva, World Health Organization, 2009.

YANG, Y.; GEORGE, L. K. Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. **J Aging Health**, v. 17, p. 263-92, 2005.

YUASO, D. R. **Treinamento de cuidadores familiares de idosos de alta dependência em acompanhamento domiciliário**. 2000. Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas. 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Permissão de uso do Instrumento CICAc

Entrada: 43 mensagens não lidas - smarques@eerp.usp.br - 03/23/2012 10:28:12 a... Página 1 de 1

Entrada (43/225)

Voltar | Nova | Responder | Responder | Encaminhar | Encaminhar | Encaminhar | Imprimir | Endereços | Agenda | Web Disco | Terminal | Preferências | Sair

6KB

Lixeira | Lixeira

Mapa de Caracteres iso 8859-1 * --Sel. Timbre p/ resposta-- --APAGAR-- Mover Copiar

◀ 6/225 ▶ html

Data: Thu, 22 Mar 2012 09:58:42 0/00 (PDT)
De: natalia minto <nataliasert@yahoo.com.br>
Para: smarques@eerp.usp.br
Assunto: Fnc: Re: Permissão para utilização do instrumento CICAc

Cabeçalho Completo

Todos os Anexos

Em qui, 22/3/12, **Maria Helena Morgani de Almeida** *<hmorgani@usp.br>* escreveu:

De: Maria Helena Morgani de Almeida <hmorgani@usp.br>
Assunto: Re: Permissão para utilização do instrumento CICAc
Para: "natalia minto" <nataliasert@yahoo.com.br>
Data: Quinta feira, 22 de Março de 2012, 11:46

Cara Natália

Voce tem minha permissão para o usar o instrumento CICAc - Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado em sua pesquisa de mestrado. Solicito que compartilhe os dados oportunamente
A sua diposição
Att

Profa Dra Maria Helena Morgani de Almeida
Curso de Terapia Ocupacional
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
FMUSP
Autora do Instrumento CICAc

Citando natalia minto <nataliasert@yahoo.com.br>:

> Prof. Dra. Maria Helena Morgani de Almeida, solicito vossa permissão para utilizar o instrumento CICAc- Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado em minha pesquisa de mestrado, a qual será realizada com idosos em atendimento ambulatorial.
> Grata.
>
> Natália Minto Benedetti
> Terapeuta Ocupacional
> Mestranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto

Profa Dra Maria Helena Morgani de Almeida
Curso de Terapia Ocupacional
Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional
FMUSP

◀ 6/225 ▶

OpenWebMail version 2.53 Ajuda?

APÊNDICE B - Ficha de Dados Complementares

Data_____

Iniciais do idoso_____ Idade_____

Cidade de Origem_____

Diagnostico Médico:

_____

_____

_____

_____

_____

Pessoa que respondeu os instrumentos

( ) Idoso

( ) Idoso e Familiar / Cuidador

( ) Familiar/ Cuidador

Início_____ Término da entrevista_____

APÊNDICE C

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: **Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial.**

Estamos realizando um estudo com idosos atendidos no ambulatório de Geriatria deste Hospital, com a finalidade de conhecer as características desses idosos e a sua capacidade para realizar as atividades do dia a dia e cuidar de si mesmos, o que poderá contribuir para o planejamento de ações que possam melhorar a qualidade da assistência neste serviço. Dessa forma os objetivos desse estudo são: conhecer o perfil do idoso atendido no Ambulatório de Geriatria deste Hospital, de acordo com a idade, o estado civil, a escolaridade, entre outros, bem como a sua capacidade para cuidar de si próprio e sua capacidade de compreensão.

Desta forma, gostaríamos de convidá-lo para participar voluntariamente deste estudo. A sua participação constará em responder, por meio de uma entrevista, seis (6) questões sobre o relacionamento com familiares, com quem mora, entre outras; seis (6) sobre escolaridade, trabalho, entre outras; seis (6) sobre as atividades que faz todos os dias como alimentação, banho, entre outras; seis (6) sobre as dificuldades para realizar as tarefas do dia a dia e treze (13) sobre sua capacidade de compreensão e memória. A entrevista será realizada pela pesquisadora, num período de, aproximadamente, 40 minutos.

Solicitamos, também, a sua permissão para consultar o seu prontuário afim de obter informação sobre o diagnóstico médico.

O(a) senhor(a) poderá se recusar a participar do estudo, podendo inclusive, retirar-se do mesmo em qualquer momento, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo para o tratamento e/ou seu atendimento neste Hospital.

O senhor(a), também, poderá solicitar novos esclarecimentos sobre o estudo a qualquer momento, se achar necessário. Nossos telefones para contato são: 3237-4720 ou 3441-2625.

No caso de o(a) senhor(a) apresentar algum desconforto durante a entrevista receberá atendimento/acompanhamento dos profissionais que atuam nos referidos ambulatórios.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa cientifica e os dados registrados, em nenhum momento, serão divulgados com a sua identificação. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação em eventos científicos e publicações em revistas científicas.

Sua participação neste estudo não lhe trará despesas, gastos ou danos e nem mesmo nenhuma gratificação.

Este termo de consentimento consta em duas vias que serão assinadas pelos pesquisadores, pelo senhor(a) ou pelo responsável, sendo que uma copia lhe será entregue e a outra ficará sob guarda do pesquisador.

Atenciosamente,

Sueli Marques
(Orientadora)
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - COREn- 61337

Natália Minto Benedetti
Aluna de Pós Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto daUniversidade de São Paulo Av. Bandeirantes, 3.900 Ribeirão Preto.
Crefito– 11876 TO

Eu_____, declaro estar ciente das informações recebidas e concordo em participar desta pesquisa,

_____
Assinatura do Participante

Ribeirão Preto,____ de _____ de_____ .

APÊNDICE D - Permissão para coleta de dados nos ambulatórios de Geriatria

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Ribeirão Preto, 29 de maio de 2012

Prezado Senhor,

Encaminhamos o projeto de pesquisa **"Capacidade para o autocuidado de idosos em atendimento ambulatorial"** para ser apreciado com a finalidade de obter sua permissão para que o mesmo seja realizado com os idosos atendidos no Ambulatório de Geriatria de Alta Dependência e no Ambulatório de Geriatria. Os objetivos do estudo são: caracterizar os idosos em atendimento ambulatorial, segundo as variáveis sociodemográficas, o arranjo e o suporte familiar; identificar a capacidade cognitiva; identificar a capacidade de autocuidado e verificar se existe associação entre a capacidade para o autocuidado, as variáveis sociodemográficas e a cognição. Acreditamos que conhecer a capacidade para o autocuidado dos idosos em atendimento ambulatorial poderá oferecer subsídios à equipe multiprofissional, para o planejamento da assistência aos idosos.

Segue anexo o projeto de pesquisa, incluindo o Instrumento de Coleta de Dados, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Cronograma de Execução.

Sueli Marques

Sueli Marques
Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Natália Minto Benedetti

Natalia Minto Godinho Benedetti
Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem Fundamental
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

De acordo

Prof. Dr. Eduardo Ferriolli
Coordenador da Divisão da Clínica Médica Geral e Geriatria
Departamento de Clínica Médica Faculdade de Medicina

Dr. Eduardo Ferriolli
Clínica Geral e Geriatria
CRM-SP 63.717

ANEXOS

ANEXO A

Mini Exame Do Estado Mental

1) Como o Sr(a) avalia sua memória atualmente?

(1) muito boa (2) boa (3) regular (4) ruim (5) péssima

(6) não sabe

Total de pontos: ☐

2) Comparando com um ano atrás, o Sr (a) diria que sua memória está:

(1) melhor (2) igual (3) pior (4) não sabe

Total de pontos: ☐

ORIENTAÇÃO TEMPORAL:

Anote um ponto para cada resposta certa:

3) Por favor, diga-me:

Dia da semana ( ) Dia do mês ( ) Mês ( ) Ano ( ) Hora aprox. ( )

Total de pontos: ☐

ORIENTAÇÃO ESPACIAL:

Anote um ponto para cada resposta certa

4) Responda:

Onde estamos: consultório, hospital, residência ( )

Em que lugar estamos: andar, sala, cozinha ( )

Em que bairro estamos: ( )

Em que cidade estamos ( )

Em que estado estamos ( )

Total de pontos: ☐

REGISTRO DA MEMÓRIA IMEDIATA:

5) Vou lhe dizer o nome de três objetos e quando terminar, pedirei para repeti-los, em qualquer ordem. Guarde-os que mais tarde voltarei a perguntar: Arvore, Mesa, Cachorro.

A ( ) M ( ) C ( )

Obs: Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara, somente um a vez e anote. Se o total for diferente de três: - repita todos os objetos até no máximo três repetições; - anote o número de repetições que fez _____; - nunca corrija a primeira parte; anote um ponto para cada objeto lembrado e zero para os que não foram lembrados.

Total de pontos: ☐

ATENÇÃO E CALCULO:

6) Vou lhe dizer alguns números e gostaria que realizasse os seguintes cálculos:

100-7;	**93-7;**	**86-7;**	**79-7;**	**72-7;**
____;	____;	____;	____;	____.

(93; 86; 79; 72; 65) **Total de pontos:** ☐

MEMÓRIA RECENTE:

7) Há alguns minutos, o Sr (a) repetiu uma série de três palavras. Por favor, diga-me agora quais ainda se lembra: A ( ) M ( ) C ( )

Obs: anote um ponto para cada resposta correta: Arvore, Mesa, Cachorro.

Total de pontos: ☐

LINGUAGEM:

Anote um ponto para cada resposta correta:

8) Aponte a caneta e o relógio e peça pra nomeá-los: C ( ) R ( )

(permita dez segundos para cada objeto)

Total de pontos: ☐

9) Repita a frase que eu vou lhe dizer (pronunciar em voz alta, bem articulada e lentamente)

"NEM AQUI, NEM ALÍ, NEM LÁ"

☐

Total de pontos:

10) Dê ao entrevistado uma folha de papel, na qual esteja escrito em letras grandes: "FECHE OS OLHOS". Diga-lhe : leia este papel e faça o que está escrito (permita dez segundos).

Total de pontos:

11) Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, pegue com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque no chão.

P ( ) **D ( )** **C ( )**

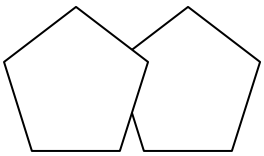
Total de pontos:

12) Pedir ao entrevistado que escreva uma frase em um papel em branco.

O Sr (a) poderia escrever uma frase completa de sua escolha? (contar um ponto se a frase tem sujeito, verbo, predicado, sem levar em conta erros de ortografia ou de sintaxe). **Se o entrevistado não fizer corretamente, perguntar-lhe: "Isto é uma frase/ E permitir-lhe corrigir se tiver consciência de seu erro.** (máximo de trinta segundos).

Total de pontos:

13) Por favor, copie este desenho. (entregue ao entrevistado o desenho e peça-o para copiar). **A ação está correta se o desenho tiver dois pentágonos com intersecção de um ângulo.** Anote um ponto se o desenho estiver correto.



Total de pontos:

Obs: Somente as respostas corretas anotadas nas perguntas de 03 a 13 e anote o total. A pontuação máxima é de trinta pontos.

ANEXO B

Instrumento C.I.C.Ac

Versão Simplificada

*Nome do entrevistado*_____*Data de nascimento* __/__/__
*Nº do prontuário*_____
*Nome do entrevistador*_____ *Data de entrevista*_____

Área de investigação: Arranjo doméstico e familiar do idoso e potencial rede de suporte

Questão 1 -O sr mora com outras pessoas na mesma casa? Sim ( ) Não ( ) Com quem o sr mora?
Identificar todas as pessoas que moram, atualmente, com o idoso

Nome	Grau de parentesco/ Tipo de relacionamento (cônjuge, irmão, filho, neto, amigo, etc)	Sexo		Idade
		Masculino	Feminino	

Questão 2 - O sr tem (outros) filhos? Sim ( ) Não ( )
Identificar todos os filhos vivos que não moram com o idoso

Nome	Sexo		Idade	Onde reside
	Masculino	Feminino		

Questão 3 - Com que freqüência o sr se relaciona com:
Preencher a coluna correspondente à freqüência segundo Legenda abaixo

Tipo de relacionamento	Freqüência
Filhos	
Vizinhos	
Amigos	
Associações/Grupos/Instituições	
Outros Parentes	

Legenda: Freqüência

Todos os dias	*A cada 15 dias*	*1 vez por ano*
Quase todos os dias	*1 vez por mês*	*A cada 2 anos*
2 vezes por semana	*1 vez a cada 2 meses*	*Mais de dois anos*
1 vez por semana	*1 vez a cada 6 meses*	*Nunca*

Questão 4 - O sr está satisfeito com a freqüência com se relaciona com:
Assinale com um X o grau de satisfação corresponde a cada um dos tipos de relacionamento

Tipos de relacionamento	Grau de satisfação		
	Sim	Mais ou menos	Não
Filhos			
Vizinhos			
Amigos			
Associações/Grupos/Instituições			
Outros Parentes			

Questão 5 - Como o sr se sente com a relação que mantém com:
Assinale com um X o grau de satisfação correspondente a cada um dos tipos de relacionamento.
Se o idoso mora só assinale com X para a 1ª linha somente a coluna Mora só

Tipos de relacionamento	Grau de satisfação				
	Muito satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Mora só
As pessoas da família que moram com o sr					
Pessoas da família que não vivem com o sr					
Os amigos					
Os vizinhos					

Questão 6 – Tem alguém que cuida do sr quando o sr fica doente? Sim ( ) Não ( ).
Quem é ou quais são essa(s) pessoa(s)
Identifique todas as pessoas que cuidam do idoso em caso de doença

Nome	Tipo de relacionamento (cônjuge, irmão, filho, neto, amigo, etc)	Sexo		Idade
		Masculino	Feminino	

Objetivo das questões 1,2,3,4,5, e 6:
Descrever o **arranjo doméstico e familiar do idoso e potencial rede de suporte**

Área de investigação: perfil social

Questão 7 - O sr freqüentou escola? Até que ano estudou?
Assinale com um X a escolaridade do entrevistado na coluna à direita

Analfabeto	
Sabe ler/escrever ou primário incompleto	
Primário completo/ginásio incompleto	
Ginásio completo/colegial incompleto	
Colegial completo/curso superior incompleto	
Superior completo	

Questão 8 - Qual sua atividade profissional principal ? **Preencha o campo abaixo:**
_____

Questão 9 - O sr exerce essa atividade profissional atualmente? ( ) Sim ( ) Não
Se a resposta for negativa, aplicar a questão 10

Questão 10 - O sr tem trabalho remunerado atualmente? ( ) Sim ( ) Não. Qual ?
_____
Após registrar o trabalho remunerado atual, procure transportá-lo para o Quadro 1, classificando-o segundo categorias definidas para Trabalho remunerado. As questões da área "Universo Ocupacional" deverão informar sobre o significado atribuído pelo idoso a esse trabalho e as suas outras atividades cotidianas.

Questão 11 - Quais são seus recursos financeiros atualmente?
Assinale com um X os recursos financeiros do entrevistado na coluna à direita (múltipla escolha)
- A aplicação financeira é considerada recurso somente se o entrevistado retirar dinheiro da aplicação para as suas despesas

Salário	
Aposentadoria	
Pensão	
Renda mensal vitalícia	
Aluguel	
Atividades informais	
Aplicação financeira	
Recebe ajuda em dinheiro ou espécie	

Questão 12 - Com a sua situação econômica atual como o sr satisfaz suas necessidades de alimentação, moradia, saúde, etc?
Assinale com um X a forma com o idoso satisfaz suas necessidades, na coluna à direita

Muito bem	
Bem	
Mais ou menos	
Mal	
Muito mal	

Objetivos das questões 7,8,9,10,11 e12: Traçar um **breve perfil social**

Área de investigação : Universo ocupacional

Questão 13 - O que o sr faz todos os dias, desde a hora que acorda até a hora que vai dormir? Procure contar todas as coisas que faz.
Utilize o Quadro 1 para registro das respostas (Objetivo: Conhecer as Atividades cotidianas rotineiras)

Questão 14 - Tem alguma coisa que o sr faz só de vez em quando ?
Utilize o Quadro 1 para registro das respostas (Objetivo: Conhecer as Atividades cotidianas não-rotineiras)

Questão 15 - Das coisas que o sr faz, quais o sr acha que são importantes para o sr ? **15.1.** Por quê?
Utilize o Quadro 1 para registro das respostas à questão 15 e o Quadro 2 para registro de respostas à questão 15.1
Objetivo: Conhecer as atividades importantes e as necessidades a que elas correspondem

Questão 16 - Das coisas que o sr faz, quais gosta menos? **16.1** Por quê?
Utilize o Quadro 1 para registro das respostas à questão 16 e Quadro 3 para registro de respostas à questão 16.1
Objetivo: Conhecer as atividades não prazerosas e as necessidades a que elas não atendem

Quadro1: Quadro resumo para registro de respostas às questões 13,14,15 e16
Identificar atividades que compõe a vida cotidiana do idoso, assinalando-as com X. São atribuídos códigos numéricos (1 a 31) às atividades para facilitar seu registro nos quadros seguintes.

Universo ocupacional	Atividades que...		
	faz todos os dias ou de vez em quando	são importantes	Gosta menos
Atividades de vida diária – Básicas			
1. Banho			
2. Vestuário			
3. Uso do toalete			
4. Transferências posturais			
5. Continência			
6. Alimentação			
7. Locomoção			
8. Cuidados com pele, cabelos, unhas, dentes e face			
9. Comunicação			
Atividades de vida diária – Instrumentais			
10. Uso do telefone			
11. Uso de meios de transporte			
12. Compras (pequenas e grandes compras)			
13. Preparo de comida			
14. Tarefas domésticas (limpeza pesada/manutenção da casa)			
15. Lavagem roupas (Lavar e passar roupas)			
16. Tomar medicamentos conforme receitados e Comparecer às consultas ou outros tratamentos			
17. Receber pagamentos, pagar contas e controlar orçamento			
Lazer , com predomínio de interesse...			
18. Físico			
19. Manual			
20. Intelectual			
21. Social			
22. Religioso			
23. Artístico			
24. Diversos			
Trabalho remunerado - enquadrar resposta à q. 10			
25. Informal			
26. Cargo técnico ou administrativo/profissão liberal			
27. Empregada doméstica			
28. Outro : especifique _____			
Trabalho não remunerado			
29. Voluntário			
30. Dona de casa			
31. Outro. Especifique: _____			

Quadro 2: Registro de respostas à questão 15.1: Porque o idoso acha determinadas atividades importantes.
Preencha a coluna à direita com os códigos numéricos correspondentes às atividades. O idoso pode atribuir importância a todas as suas atividades por uma ou mais razões, nesse caso ao invés de anotar os códigos, preencha a linha(s) correspondente(s) com a palavra todas.

Porque são importantes	Códigos numéricos das atividades
Satisfação pessoal	
Responsabilidade social	
Prevenção de riscos a vida, ao funcionamento e desenvolvimento	
Outras razões : Especifique	

Quadro 3: Registro de respostas à questão 16.1: Porque o idoso gosta menos de determinadas atividades.
Preencha a coluna à direita com os códigos numéricos correspondentes às atividades. O idoso pode referir todas as suas atividades como não – prazerosas por uma ou mais razões, nesse caso ao invés de anotar os códigos, preencha a linha(s) correspondente(s) com a palavra todas.

Porque não gosta (razões)	Códigos numéricos das atividades
Intrínsecas	
Extrínsecas	
Outras razões: especifique	

Área de investigação: Capacidade funcional

Questão 17 - O sr tem dificuldade para fazer algumas das coisas que faz? Que tipo(s) de dificuldade?
Utilize o Quadro 4 para registro de respostas
Objetivos: Conhecer as atividades cotidianas para as quais o idoso apresenta dificuldade(s) e alguns fatores relacionados às dificuldades

Questão 18 - O que o sr faz quanto à dificuldade X: Encontrou um jeito mais fácil de fazer, tem alguém que o ajuda, faz mesmo com dificuldade sem ajuda ou deixou de fazer?
Repita a pergunta 18 para cada dificuldade mencionada e utilize o Quadro 4 para registro de respostas

Questão 19 – Caso tenha encontrado um jeito mais fácil de fazer, como faz? Caso tenha alguém que o ajuda, quem o ajuda ?
Repetir a pergunta 19 para cada uma dificuldades mencionada e utilize o Quadro 4 para registro de respostas
Objetivo das questões 18 e 19: Conhecer as formas de compensação adotadas pelo idoso

Legenda para preenchimento do Quadro 4:

Tipos de dificuldade:	**Códigos para tipos de relacionamento (quando houver alguém que ajude o idoso)**
B/C: Fatores biológicos e comportamentais	1 : Pai,mãe, sogro(a), tio(a)
S/F: Fatores do ambiente social e físico	2 : Cônjuge
O: Outros fatores	3 : Irmãos, primos, cunhados
Formas de compensação	4 : Filhos, enteados, sobrinhos
N: Não apresenta dificuldade	5 : Genro, nora
DC: Apresenta **D**ificuldade mas **C**ompensa com uma ou mais estratégias	6 : Netos
FD: Apresenta e **F**az com **D**ificuldade	7 : Bisnetos
FA: Apresenta dificuldade e **F**az com **A**juda	8 : Amigo, conhecido
DF: Apresenta dificuldade e **D**eixa de **F**azer	9 : Cuidador formal
	10 : Outros: especifique

Quadro 4 : Quadro resumo para registro das respostas às questões 17, 18 e 19

Identifique as atividades para as quais o idoso tenha dificuldades, assinale com X os tipos de dificuldade (múltipla escolha) , se compensa ou não dificuldades e formas de compensação adotadas (múltipla escolha).

Universo ocupacional	Tipos de dificuldade			Formas de compensações				
Atividades de vida diária – Básicas	**B/C**	**S/F**	**O**	**N**	**DC**	**FD**	**FA**	**DF**
1. Banho								
2. Vestuário								
3. Uso do toalete								
4. Transferências posturais								
5. Continência								
6. Alimentação								
7. Locomoção								
8. Cuidados com pele, cabelos, unhas, dentes e face								
9. Comunicação								
Atividades de vida diária – Instrumentais								
10. Uso do telefone								
11. Uso de meios de transporte								
12. Compras (pequenas e grandes compras)								
13. Preparo de comida								
14. Tarefas domésticas (limpeza pesada/manutenção da casa)								
15. Lavagem roupas (Lavar e passar roupas)								
16. Tomar medicamentos conforme receitados e Comparecer às consultas ou outros tratamentos								
17. Receber pagamentos, pagar contas e controlar orçamento								
Lazer , com predomínio de interesse...								
18. Físico								
19. Manual								
20. Intelectual								
21. Social								
22. Religioso								
23. Artístico								
24. Diversos								
Trabalho remunerado - enquadrar resposta à q. 10								
25. Informal								
26. Cargo técnico ou administrativo/profissão liberal								
27. Empregada doméstica								
28. Outro : especifique _____								
Trabalho não remunerado								
29. Voluntário								
30. Dona de casa								
31. Outro. Especifique: _____								

Questão 22 - Tem alguma coisa que o sr gostaria de ter feito em sua vida mas nunca fez ou fez há algum tempo atrás e gostaria de voltar a fazer?

Questão 22.1 - Por que não faz?

Questão 22. 2 - O sr imagina algum jeito de vir a fazê-las?

Utilize o Quadro 6 para registro das respostas à questão 22, 22.1 e 22.2

Objetivo das questões 22, 22.1 e 22.2 : Conhecer as Atividades desejadas, Fatores de Inibição para essas atividades e Formas imaginadas para realizar as atividades desejadas

Quadro 6: Registro das **Atividades desejadas** (resposta à questão 22), dos **Por quês o idoso não faz** (resposta à questão 22.1) e **se imagina algum jeito de vir a fazê-las** (resposta à questão 22.2).

Registre as atividades desejadas (1ª coluna), assinale a(s) coluna(s) correspondente(s) aos fatores de inibição consultando a lista de códigos abaixo (porque não faz) e as formas imaginadas de realização na coluna à direita.

Atividades desejadas	Porque não faz			Formas imaginadas para realização					
	Intrínsecos	Extrínsecos	Outros	Instituição que ofereça	Tempo livre	Mudança de comportamento	Recursos financeiros	Ajuda de alguém	outras

Objetivos:_____

_____

Estratégias de intervenção em T.O:_____

_____

ANEXO C - Instrumento C.I.C.Ac - *Versão Simplificada*

Orientações gerias para aplicação

A versão simplificada do Instrumento CICAc foi elaborada com alternativa a 3° versão grupal do instrumento para aplicação especialmente em UBSs, por apresentar as seguintes características:
. Demanda menor tempo de aplicação facilitando sua incorporação à rotina da UBS (a 3° versão grupal do instrumento requer cerca de uma hora de aplicação ou sua aplicação por áreas de investigação em momentos distintos)
. Aplicação e registro de informações facilitando, uma vez que um menor número de alternativas deverá ser oferecida aos idosos, bem como um menor número de alternativas deverá ser selecionada pelo entrevistador para registro
. Possibilidade de caracterizar idosos segundo um menor número de características ocupacionais e funcionais.
A versão simplificada do instrumento CICAc, compreende o agrupamento de respostas presentes na 3° versão grupal, especificamente nas áreas Universo Ocupacional e Capacidade Funcional. Esses agrupamentos baseiam em reflexões teóricas e nos resultados de pesquisa da validação do intrumento e, serão apresentadas a seguir.

Agrupamento de respostas às questões 13 e 14 Instrumento CICAC 3° versão grupal

Itens	**Agrupamento**
Atividades de Lazer	**Lazer com predomínio de interesse em..**
Caminhar/ Dançar/Praticar esporte	Físico
Bordado/tricô/crochê/cuidar de plantas/costurar	Manual
Leituras/Participar de cursos	Intelectual
Conversar com amigos/sair com amigos/fazer visitas a familiares/fazer visitas a doentes/jogar (jogos de salão)/participar de grupos/viajar/passear	Social
Fazer orações/ir a missa ou reunião religiosa	Religioso
Cantar/ir ao cinema/teatro/pintar	Artístico
Assistir televisão/cuidar de pequenos animais/fazer pequenos consertos em casa/ouvir música/rádio	Atividades de lazer com interesses diversos
Trabalho remunerado	
Informal	Informal
Cargo técnico ou administrativo/profissão liberal	Cargo técnico ou administrativo/profissão liberal
Empregada doméstica	Empregada doméstica
Operário	Operário
Outro: especifique	Outro
Agrupamento de respostas à questão 15.1. Instrumento CICAC 3° versão grupal	
Itens	
Trazem prazer	Satisfação pessoal
Mantém as pessoas ativas	
Distraem	
Ocupam o tempo	
Mantém a pessoa atualizada	Satisfação pessoal
Alimentam a vaidade	
Diminuem a solidão e a carência afetiva	
Trazem satisfação espiritual	
Trazem oportunidade de descansar	
Matém a privacidade	
Promovem senso de utilidade	Responsabilidade social
Desempenham comportamentos esperados	
São benéficas à saúde física e/ou mental	Prevênção de riscos a vida, ao funcionamento e desenvolvimento
Estimilam o exercício da independência	
Estão relacionadas com a sobrevivência	

Outras razões: Especifique	Outras
Agrupamento de respostas às questões 16.1 Instrumento CICAC 3° versão grupal	
Itens	**Agrupamentos**
Acima das capacidades do idoso	Intrínsecas
Não atendem as necessidades do idoso	
Realizada em condições adversas	Extrínsecas
Outras	Outras
Agrupamento de respostas das questões 17,18,19: Instrumento CICAC 3° versão grupal	
Tipos de dificuldade	**Agrupamento**
Tipos de dificuldade: física, sensorial, cognitiva, emocional e restrições clínicas	Fatores biológicos e comportamentais
Tipos de dificuldade: social, econômica, cultural (entre outros) e relativas ao ambiente físico	Fatores do ambiente social e físico
Outros tipos de dificuldades	Outros fatores
Formas de compensação	*Agrupamento*
	Não apresenta dificuldade
Compensa com Modificação Comportamental Compensa com dispositivo auxiliar Compensa com modificação ambiental	Apresenta dificuldade- compensa com uma ou mais estratégias
Faz com dificuldade	Apresenta e faz com dificuldade
Faz com ajuda- supervisão Faz com ajuda- assistência física direta	Apresenta dificuldade- compensa com ajuda
Deixa de fazer	Apresenta dificuldade- deixa de fazer

Agrupamento de respostas das questões 22.1 Instrumento CICAC 3° versão grupal

Itens	agrupamentos
PS: problemas de saúde ANE: atitude negativa em relação ao envelhecimento PR: preocupação excessiva com atribuições/responsabilidades familiares	intrínsecos
FA: falta de apoio familiar	extrínsecos
DF: dificuldade financeira	
DRS: desconhecimento de recursos sociais	
Outros:	outros

Agrupamento de respostas das questões 22.2 Instrumento CICAC 3° versão grupal

Formas imaginadas de realizar as atividades desejadas
Instituição que ofereça Tempo livre Mudança de comportamento Recursos financeiros Ajuda de alguém

Vale destacar que, na presença de incapacidades não compensadas (atividades que o idoso faz com dificuldade, com ajuda ou tem deixado de fazer), sugere-se a aplicação de questões específicas da 3° versão grupal, voltada para o detalhamento das incapacidades: determinação de fatores associados e formas imaginadas para sua realização. Esse detalhamento é especialmente importante quando houver perdas funcionais não compensadas para as atividades básicas e instrumentais de vida diária e atividades importantes para o idoso.

ANEXO D – Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Av. Dr. Eduardo Ribeiro, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 - 16 3602-3393 - 55 - 16 3602-3399 - Fax: 55 - 16 3602-0210
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 128/2012

Ribeirão Preto. 05 de julho de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de julho de 2012.

Protocolo CAAE: 03247412.4.0000.5393

Projeto: Capacidade para o Autocuidado de Idosos em Atendimento Ambulatorial.

Pesquisadores: Sueli Marques
Natália Minto Godinho Benedetti

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Sueli Marques
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP