MÁRCIA REGINA MARTINS ALVARENGA

**Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da
rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo como parte dos requisitos para
obtenção do título de Doutor em
Enfermagem.

Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Maria Amélia de Campos
Oliveira

São Paulo

2008

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.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Alvarenga, Márcia Regina Martins

Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica. / Márcia Regina Martins Alvarenga. – São Paulo, 2008.

236 p.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira

1. Saúde do idoso 2. Atenção à saúde 3. Estudos transversais
4. Condições de saúde I. Título

FOLHA DE APROVAÇÃO

Márcia Regina Martins Alvarenga

Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

() Aprovada

() Reprovada

Data: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^aDr^a Maria Amélia de Campos Oliveira / Presidente – Orientadora

Prof^aDr^a Maria Manuela Rino Mendes – EERP/USP

Prof^aDr^a Marisa Accioly Domingues – EACH/USP

Prof^aDr^a Miako Kimura – EE/USP

Prof^aDr^a Anna Maria Chiesa – EE/USP

Dedicatória

Aos idosos que foram sujeitos desse estudo.

In memoriam

*Alice Moreira Derntl por sua contribuição e exemplo,
Ida Carmo Temple, por ter me confiado duas afilhadas
maravilhosas Giuliana e Giovana,
Amigo Bocardi e
Ao meu pai, por tudo e por estar sempre presente...*

AGRADECIMENTOS

Quero registrar que escrever essas páginas foi tarefa muito difícil, talvez a mais difícil de toda tese, pois cheguei à conclusão que por mais que eu expresse, em palavras, meus agradecimentos às pessoas que contribuíram para que eu chegasse a esse ponto, nenhuma delas terá a força e a sensibilidade suficientes para retratar o que realmente sinto.

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul

- ***Pró- Reitoria de Pós-Graduação – PROPP***

Pelo incentivo do Programa Institucional de Capacitação de Docentes. Em nome de Jorgina Espíndola Ortega de Lima, agradeço a todos os funcionários do setor pela oportunidade concedida e pelo apoio durante meu período de afastamento.

- ***Odival Faccenda***

Como agradecer-lhe por tanta dedicação e paciência? Foram dias incansáveis de trabalho. Você foi exemplo de compromisso e amizade. Não há palavras que possam expressar meu reconhecimento e minha admiração. Desejo-lhe saúde e paz...

- ***Ednéia Albino Nunes Cerchiari***

Para quem apoiou e concretizou a idéia da Oficina de Memória para alguns idosos que foram sujeitos desse estudo e ao mesmo tempo me ajudou a manter minha sanidade mental... O que dizer? Fique com minhas melhores vibrações de carinho.

- ***Curso de Enfermagem***

- ***Professores / Coordenação de Curso***

Em nome de Fabiana Perez Rodrigues e Lourdes Missio agradeço o apoio recebido pela atual coordenação e a anterior. O incentivo de vocês foi fundamental para que o meu processo de doutoramento se concretizasse.

Ao citar nomes, vou correr o risco de esquecer alguém, mas como não reconhecer a amizade, o empenho e o carinho de: Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe, Fabiana Perez Rodrigues, Lourdes Missio, Vivian Rahmeier Fietz, Rogério Dias Renovato, Ana Lúcia Marran, Cibele de Moura Sales, Fabiane Melo Heinen Ganassin, bem como todos aqueles que ficaram na torcida....Roselaine, Marcos Antonio Araújo, Eduardo, Flaviany, Viviane, Luz Marina, Margareth.....

○ ***Secretários Acadêmicos***

Carinho especial para quem teve muita paciência comigo: Maria Zélia de Sousa Oliveira e Ney Aparecido Azambuja... Minha eterna gratidão.

○ ***Acadêmicas***

Ana Maclí Leite Macedo e Cássia da Silva Santos – vocês foram imprescindíveis na coleta dos dados... Abraços fraternos...

Escola de Enfermagem da USP

Aos funcionários e docentes da EE/USP... Muito obrigada! Foi uma honra passar quatro anos na companhia de todos vocês.

• ***Secretaria de PG***

Em nome da Silvana Maximiano agradeço às demais funcionárias da secretaria de Pós-Graduação por toda atenção e orientação recebida. Vocês são extremamente competentes e comprometidas... Abraços afetuosos.

• ***Departamento Enfermagem em Saúde Coletiva***

Tetê...você é o símbolo da simplicidade e do acolhimento. Sentirei saudades!!

Valéria – Socorro... Muito obrigada!!

Abraços fraternos para as professoras Emiko, Renata, Rita e Betinha.

• ***Biblioteca Wanda de Aguiar Horta***

Nadir Aparecida Lopes – exemplo de dedicação e humildade. Fico-lhe muito grata por todo apoio recebido e em seu nome, quero agradecer a todos os funcionários da Biblioteca.

• ***Refeitório***

Meus sinceros agradecimentos a D. Expedita e toda turma do refeitório. Vocês de fato, alimentaram-me... Corpo e alma...

• ***Departamento Enfermagem Médico-Cirúrgico***

Em nome da Dorinha, deixo milhões de abraços a todas as funcionárias do setor.

Ao grupo de pesquisa Qualidade de Vida: profª Vera Lúcia, Márcia, Cristiane, Sammya ... meus sinceros agradecimentos por tudo...

AGRADECIMENTOS

Secretaria Municipal de Saúde de Dourados

Por terem acreditado e apoiado incondicionalmente esse trabalho

Denise da Silva Gualhanone Nemirovsky - Superintendente de Atenção a Saúde

Márcia Adriana Fernandes Fokura de Souza - Enfermeira PACS 106 Seleta

Cristiane Bartz Kruger - Coordenadora Programas Básicos

Roberto Dias Oliveira - Enfermeiro Vigilância epidemiológica

Terezinha Picolo da Silva - Coordenadora Geral da Atenção Básica.

Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária

Por toda colaboração

Ledi Ferla – Secretária Municipal

Bárbara Jandaia de Brito Nicodemos – Coordenadora de Proteção Social Básica

Márcia Floriano – Assistente Social

MUCHAS GRACIAS

Universidad de Barcelona – Escuela Superior de Enfermería

Profesoras: Rosa Girbau, Esperanza Ballesteros, Pilar Torres, Teresa Icart y demás

Adela, Sylvia, Pablo, Angela y Merche

*¡Estimados/as amigos y amigas! Me gustó mucho el período de
convivencia en Barcelona.*

Fue una experiencia fantástica, inolvidable y eterna.

Así que os agradezco a todas porque hoy, una parte de vosotros/as hacen parte de mí.

Deseo lo mejor para todos y todas.

Hasta otro momento.

Abrazos fraternos.

AGRADECIMENTOS FINAIS

Família/Amigos/Família

Impossível fazer agradecimentos individuais. Bem que tentei...

Declaro meu afeto por todos vocês. Minhas melhores vibrações de carinho...

Alcione de Souza, Giovana, Giuliana, Ineizinha, Ramonzito, Gilberto, Fernanda Amendola, Valéria Leonello, Jaqueline Gaspar, Malcom, Karine Leão, Márcia Aparecida Ferreira, Mara de Sordi, Ivis Emília, Dani, Gustavo, Marlete, Lucas, Carlos, Yovana, Luciana Mourão, Maria Elena, Hêlio Fuchigami, Públio, Rafaela, Giuliano, Adriana, Paula Oliveira, Paulo Costa, Márcia Pessoa, Valdir Azevedo, Marli, Paula, Pedro, Álvaro, Andréia, Paulo, Júlia, Henrique, sr. Sebastião, D. Cidinha, João Cirilo, Ivone, João Francisco, Gisele, Ana Lúcia Gomes, Manolo, Rosinha, Ana Rosa, Margozinha, Sueli, Suzana, Lisangela, sr. Francisco, Carminha, Cláudia, Guilhermina, Tia Otávia, Tio Arnaldo, Maria e Edson

ESPECIALMENTE...

Lizete (super mãe, vó amada), Luana (filha queridinha), Thiago (filho do coração), Vânia (Tia Mãe – Xamã), Mário Sérgio (por resgatar-me).

Maria Amélia de Campos Oliveira

Pela confiança, acolhida, o apoio irrestrito e incondicional. Ensinou e orientou mais que um caminho.

Ensinou-me a fazer, ensinou-me a Ser, ensinou-me a essência.

Admiro sua sensibilidade e inteligência.

Que novas possibilidades me permitam continuar ao seu lado, aprendendo sempre.

Maria Manuela Rêno Mendes

Eterna e querida orientadora. Obrigada pelo início e pelos primeiros passos.

Seus estímulos contribuíram e ainda contribuem para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Miaço Kimura

Pelos ensinamentos e oportunidades. Pelo carinho e atenção.

Marisa Acciofy Domingues

Pela dedicação, atenção e carinho que nunca faltaram.

Anna Maria Chiesa

Por ter aceitado a participar da banca e pelas contribuições enriquecedoras

... Umas palavras...

*No que eu acredito
Nem sempre eu digo
Não revelo por medo
Do meu desconhecido
No que eu acredito
Será que pode ser dito?
Será que pode ser lido?
Será compreendido?
Por mim e por você?
No que eu acredito
É o que foi construído
Por mim...
No que eu acredito
Você faz parte.
No que eu acredito?
Em mim e em você.
Muito obrigada por você existir.
Por isso, eu acredito
Em mim e em você.*

Presidente Prudente, SP 2/11/08

Alvarenga MRM. **Avaliação da capacidade funcional, do estado de saúde e da rede de suporte social do idoso atendido na Atenção Básica.** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

RESUMO

Este estudo tem como objeto as necessidades de saúde de idosos atendidos na Atenção Básica. **Objetivo geral:** analisar a capacidade funcional, o estado de saúde e a rede de suporte social de idosos assistidos por Equipes de Saúde da Família no município de Dourados, MS. **Casuística e método:** estudo transversal, com amostra aleatória constituída por 503 idosos assistidos pela ESF. As variáveis independentes foram sociodemográficas e condições de saúde e as dependentes: auto-avaliação de saúde; risco nutricional através do Nutrition Screening Initiative, grau de dependência pela Medida de Independência Funcional, déficit cognitivo pelo Mini-Exame do Estado Mental, sintomas depressivos através da Escala de Depressão Geriátrica. A rede de suporte social foi descrita pelo Mapa Mínimo de Relações do Idoso. A descrição dos dados foi apresentada em frequência absoluta, relativa, média, desvio-padrão. Calculou-se o coeficiente de Alpha de Cronbach para as escalas; teste t-Student para analisar diferenças entre médias de variáveis contínuas; teste Qui-quadrado de Mantel-Haenzsel para as categóricas; teste Qui-quadrado de Pearson para verificar associações e modelo de regressão logística para abordagem multivariada. Todos os resultados foram analisados considerando $p < 0,050$ como diferença significativa. **Resultados:** Houve predomínio do sexo feminino, faixa etária de 60 a 69 anos, viúvos, analfabetos com histórico laboral em atividade agropecuária. Moram acompanhados, são inativos economicamente e 82,5% vivem com até um salário mínimo de renda *per capita*. Quanto às condições de saúde, 74,4% não praticam atividade física e 80,9% não participam de atividades sociais. No último ano, 33,4% relataram episódio de queda. O número de diagnósticos médicos referidos foi 2,9, sendo que 76,1% relataram ser hipertensos e 50,9% auto-avaliaram sua saúde como regular. As variáveis associadas significativamente com auto-avaliação ruim de saúde foram: analfabetismo, não praticar atividade física e portador de hipertensão, insuficiência cardíaca, osteoartrose, depressão e problemas de coluna. Foram encontrados 33,2% dos idosos com alto risco nutricional, 7,6% com algum grau de dependência, 42,7% com déficit cognitivo e 34,4% com sintomas depressivos. As variáveis que se associaram com alto risco nutricional foram: analfabetismo, condições precárias de moradia, renda *per capita* até 0,5 salário mínimo, não praticar atividade física, auto-avaliação ruim da saúde, ser hipertenso, apresentar algum grau de dependência e sintomas depressivos. O modelo de regressão logística identificou como determinantes para algum grau de dependência: sexo masculino, pertencer a faixa etária de 80 anos e mais, condições precárias de moradia, baixa renda *per capita*, não participar de atividades físicas e sociais; para déficit cognitivo: sexo feminino, 80 anos e mais, condições precárias de moradia, não praticar atividade física; para sintomas depressivos: baixa renda *per capita*, não participar de atividade física e social. A rede social é basicamente pequena e constituída prioritariamente pela família em todas as áreas de assistência. **Conclusões:** Os instrumentos usados permitiram fazer uma

leitura das necessidades de saúde e sociais expressas pelos idosos e constatar que estes se encontram em situação de vulnerabilidade.

Implicações para saúde e enfermagem: que os resultados possam estimular os profissionais da Atenção Básica a utilizarem esses instrumentos como meio para captar as necessidades de saúde e sociais.

Palavras-chave: avaliação geriátrica, condições de saúde, saúde do idoso, apoio social, atenção à saúde, saúde da família.

Alvarenga MRM. **Assessment of functional capacity, physical health status and the social support network of elderly patients seen by primary health care providers.** [thesis]. São Paulo: University of São Paulo Nursing School; 2008.

ABSTRACT

This objective of this study was to assess the health needs of elderly patients seen by primary health care providers. **Overall objective:** Assess functional capacity, physical health status and social support network of elderly patients seen by Family Health Teams in the city of Dourados, MS. **Sample population and methods:** cross-sectional study, with a random sample composed of 503 elderly patients served by Family Healthcare Teams. The independent variables were socio-demographic and physical health status characteristics, and the dependent variables were self-evaluation of health, nutritional risk as scored by the Nutrition Screening Initiative, level of independence using the Functional Independence Measure scale, cognitive deficit using the Mini Mental State Examination, and depression symptoms using the Geriatric Depression Scale. The social support network was described using the Minimum Relationships Map for the Elderly. Data were described in terms of absolute and relative frequencies, mean, and standard deviation. The Cronbach Alpha coefficient was calculated for the scale. The Student's t-test was used to analyze the difference between the means of continuous variables. The Mantel-Haenszel chi-square test was used for categories and the Pearson chi-square test was used to verify associations. And a logistical regression model was used for multivariate analysis. All of the results were analyzed using $p < 0.050$ as statistically significant. **Results:** The sample was predominantly female, aged 60 to 69 years, widowed, illiterate, and involved in raising livestock. They do not live alone, are not economically inactive and 82.5% live on less than one minimum salary per capita. With regard to physical health status, 74.4% do not exercise and 80.9% do not participate in social activities. In the past year, 33.4 reported a fall. The number of diagnoses were 2.9, of which 76.1% reported hypertension and 50.9% self-evaluated their general health as average. The variables significantly associated with a poor self-evaluation of health were: illiteracy, no physical exercise, hypertension, cardiac insufficiency, osteoarthritis, depression and back trouble. High nutritional risk was found in 33.2% of the elderly patients, 7.6% reported some level of dependence, 42.7% cognitive deficit and 34.4% depression symptoms. The variables associated with high nutritional risk were: illiteracy, precarious living conditions, per capita income of less than half a minimum salary, no physical exercise, poor self-evaluation of general health, hypertension, some level of dependence and symptoms of depression. The logistic regression model identified the following as determinants for some level of dependence: male sex, over 80 age bracket, precarious living conditions, low per capita income, no physical exercise or social activities; for cognitive deficit: female sex, over 80 years of age, precarious living conditions, no physical exercise; for depression: low per capita income, no physical exercise or social activity. The social network is basically small and made up primarily of family members in all areas of healthcare. **Conclusions:** The instruments employed provided

an assessment of the health and social needs expressed by elderly patients, who were found to be vulnerable. **Implications for health and nursing:** that the results may encourage professionals in Primary Care to use such instruments as a means to capture the health and social needs.

Keys: geriatric assessment, health conditions, health of the elderly, social support, health care, family health.

Alvarenga MRM. **Evaluación de la capacidad funcional, del estado de salud y de la red de apoyo social del anciano atendido en la Atención Primaria.** [tesis]. Sao Paulo: Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo; 2008.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objeto las necesidades de salud de los ancianos atendidos en la Atención Primaria. **Objetivo general:** analizar la capacidad funcional, el estado de salud y la red de apoyo social de ancianos atendidos por Equipos de Salud de la Familia, Dorados, MS. **Casuística y método:** estudio transversal, con muestra aleatoria constituida por 503 ancianos, atendidos por ESF. Las variables independientes fueron sociodemográficas y condiciones de salud y las dependientes: auto-evaluación de la salud; riesgo nutricional por medio del Nutrition Screening Initiative, grado de dependencia por la Medida de Independencia Funcional, déficit cognitivo por el Mini-Examen del Estado Mental, síntomas depresivos por medio de la escala de Depresión Geriátrica. La red de apoyo social fue descrito por medio del Mapa Mínimo de Relaciones del anciano. La descripción de los datos fue presentada en frecuencia absoluta, relativa, media y desvío-estándar. Calculado el Coeficiente de Alpha Cronbach para las escalas; test t-Student para analizar las diferencias entre las medias de variables continuas; test Chi-cuadrado de Mantel-Haebzsel para variables categóricas; test Chi-cuadrado de Pearson para asociación y modelo de regresión logística para abordaje multivariada. Todos los resultados fueron analizados considerandose $p < 0,05$ como diferencia significativa. **Resultados:** Predominó el sexo femenino, entre 60 y 69 años, viudos, analfabetos, histórico laboral en actividad agropecuaria. Viven acompañados, son inactivos económicamente, y 82,5% reciben hasta un sueldo mínimo de renda per cápita. En relación a las condiciones de salud, 74,4% refirieron no practicar actividad física y 80,9% no participaban de actividades sociales, en el último año 33,4% relataron algún episodio de caída. La media de morbilidad crónica fue de 2,9 y 76,1% relataron ser hipertensos y 50,9% realizaron auto-evaluación de salud como regular. Las variables que se asociaron significativamente con la auto-evaluación mala de salud fueron analfabetismo, no practicar actividad física y ser portador de hipertensión, insuficiencia cardíaca, osteoartritis, depresión y problemas de columna. Fueron encontrados 33,2% de ancianos con alto riesgo nutricional, 7,6% con algún grado de dependencia, 42,7% con déficit cognitivo y 34,4% con síntomas depresivos. Las variables que se asociaron con alto riesgo nutricional fueron: analfabetismo, condiciones precarias de moradia, renda per cápita hasta 0,5 sueldo mínimo, no practicar actividad física, auto-evaluación mala de la salud, ser hipertenso, presentar algún grado de dependencia y síntomas de depresión. El modelo de regresión logística identificó como determinantes para algún grado de dependencia: el sexo masculino, 80 años de edad o más, condiciones precarias de moradia, bajo sueldo per cápita, no participar de actividades físicas y sociales; para déficit cognitivo: sexo femenino, 80 años o más, condiciones precarias de moradia, no practicar actividad física y social. La red social es básicamente pequeña y

constituída prioritariamente por la familia en todas las áreas de la asistencia.

Conclusiones: Los instrumentos usados permitieron hacer una lectura de las necesidades de salud y sociales expresadas por los ancianos y constatar que ellos se encuentran en situación de vulnerabilidad. **Implicaciones para la salud y para enfermería:** que los resultados puedan estimular a los profesionales de la Atención Primaria para utilizar los instrumentos como medio de captar las necesidades de salud y sociales.

Palabras-clave: evaluación geriátrica, condiciones de salud, salud del anciano, apoyo social, atención de la salud, salud de la familia.

LISTA DE FIGURAS

Figura	Título	Página
4.1	Localização geográfica do estado de Mato Grosso do Sul	55
4.2	População residente em Mato Grosso do Sul segundo a cor de pele. Censo IBGE 2000.	56
4.3	Perímetro urbano de Dourados	57
4.4	Localização das Unidades Básicas de Referência	61
4.5	Evolução do CMG em Dourados/MS, 2004-2007	64
4.6	Evolução das principais causas de morte em Dourados/MS, 2004-2007	65
4.7	Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional, em MIF total, domínios, dimensões e categorias com as respectivas pontuações.	77
5.1	Distribuição da frequência dos idosos segundo a naturalidade por UF.	96
5.2	Frequência das doenças autoreferidas pelos idosos atendidos pela ESF. Dourados/MS, 2008.	102
5.3	Déficit cognitivo em relação à variável escolaridade (Box plot).	129
5.4	Síntese dos resultados do MMRI	149
7.1	Representações das variáveis sociodemográficas e de estado de saúde que se associaram com auto-avaliação ruim de saúde, alto risco nutricional, grau de dependência, déficit cognitivo e sintomas depressivos. Dourados, 2008.	188

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título	Página
4.1	Distribuição da população indígena segundo as etnias em Mato Grosso do Sul, 2007	56
4.2	Distribuição dos idosos residentes no município de Dourados por sexo e faixa etária. Dourados/MS, dezembro de 2007	60
5.1	Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Dourados/MS, 2008	95
5.2	Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo ocupação anterior de acordo com CBO. Dourados/MS, 2008	97
5.3	Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo características socioeconômicas. Dourados/MS, 2008	99
5.4	Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo hábitos de saúde, atividade física e participação social. Dourados/MS, 2008	101
5.5	Análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e auto-avaliação de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS. 2008	104
5.6	Análise da associação entre as condições de saúde e a auto-avaliação de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008	107
5.7	Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo o risco nutricional, o grau de dependência funcional, distúrbio cognitivo e sintomas depressivos Dourados/MS, 2008	109
5.8	Distribuição das respostas afirmativas às questões da determinação do risco nutricional dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	111

LISTA DE TABELAS

5.9	Análise da associação entre risco nutricional e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008	113
5.10	Análise da associação entre risco nutricional e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008	115
5.11	Análise da associação entre risco nutricional e capacidade funcional, estado cognitivo, sintomas depressivos dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008	117
5.12	Descrição da escala de Medida de Independência Funcional (dimensões, domínios e MIF total) para os idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	119
5.13	Comparação entre o escore médio (e desvio padrão) das dimensões e dos domínios da Medida de Independência Funcional, segundo o sexo dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	120
5.14	Análise da associação entre o grau de dependência (MIF Total) e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	121
5.15	Análise da associação entre o grau de dependência (MIF total) e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008	123
5.16	Análise da associação entre o grau de dependência (MIF total) e risco nutricional, estado cognitivo, sintomas depressivos dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008	125
5.17	Resultados do Modelo de Regressão Logística para grau de dependência com as variáveis identificadas como determinantes pelo método de backward, teste Wald. Dourados, 2008	126
		128

LISTA DE TABELAS

5.18	Distribuição da frequência dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família segundo o desempenho cognitivo. Dourados/MS, 2008	128
5.19	Análise da associação entre o estado cognitivo (MEEM) e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	130
5.20	Análise da associação entre déficit cognitivo (MEEM) e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	132
5.21	Análise da associação entre déficit cognitivo (MEEM) e risco nutricional, grau de dependência e sintomas depressivos dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	134
5.22	Resultados do Modelo de Regressão Logística para déficit cognitivo com as variáveis identificadas como determinantes pelo método de backward, teste Wald. Dourados, 2008.	135
5.23	Distribuição dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família segundo os itens respondidos da Escala de Depressão Geriátrica. Dourados/MS, 2008	137
5.24	Análise da associação entre sintomas depressivos (EDG) e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	138
5.25	Análise da associação entre sintomas depressivos (EDG) e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	140
5.26	Análise da associação entre sintomas depressivos (EDG) e o risco nutricional, grau de dependência e déficit cognitivo dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008	142
5.27	Resultados do Modelo de Regressão Logística para sintomas depressivos com as variáveis identificadas como determinantes pelo método de backward, teste Wald. Dourados, 2008	143

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
AVD	Atividades da vida diária
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMG	Coeficiente de Mortalidade Geral
CPOD	Dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EACS	Estratégia de Agente Comunitário de Saúde
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MEEM	Mini-Exame do Estado Mental
MIF	Medida de Independência Funcional
MMRI	Mapa Mínimo de Relações do Idoso
MS	Mato Grosso do Sul
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NSI	The Nutrition Screening Initiative

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OR	Odds Ratio
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral a Família
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SABE	Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SEMASES	Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária de Dourados
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SM	Salário Mínimo
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

Resumo	
Abstract	
Resumen	
Lista de Figuras	
Lista de Tabelas	
Lista de abreviaturas e siglas	
1. INTRODUÇÃO	24
1.1. Envelhecimento populacional	25
1.2. Desigualdades sociais no processo de envelhecimento	28
1.3. O idoso e as políticas públicas no Brasil	30
1.3.1 Atenção à saúde da pessoa idosa	30
1.3.2 Proteção social à pessoa idosa	33
1.4. Assistência ao idoso na Atenção Básica à Saúde	35
1.4.1 Avaliação da capacidade funcional do idoso na Atenção Básica	37
1.4.2 Avaliação da rede de suporte social do idoso	39
2. OBJETIVOS	43
3. REFERENCIAL TEÓRICO	45
4. CASUÍSTICA E MÉTODO	53
4.1 Tipo de pesquisa	54
4.2 Local do estudo	54
4.2.1 Estado de Mato Grosso do Sul	54
4.2.2 Dourados: história e indicadores básicos	57
4.2.2.1 Sistema Municipal de Saúde	60
4.2.2.2 Sistema Municipal de Assistência Social	66
4.3 Casuística	68
4.4 Etapas da pesquisa	69
4.5 Descrição dos instrumentos de medida	72
4.5.1 Dados de caracterização da amostra	73
4.5.2 The Nutrition Screening Initiative - NSI	73
4.5.3 Medida de Independência Funcional – MIF	76

4.5.4	Mini-Exame do Estado Mental – MEEM	79
4.5.5	Escala de Depressão Geriátrica – EDG	81
4.5.6	Mapa Mínimo de Relações do Idoso – MMRI	82
4.6	Variáveis do Estudo	84
4.6.1	Variáveis independentes	85
4.6.2	Variáveis dependentes	90
4.7	Tratamento e análise dos dados	90
4.8	Aspectos éticos	92
5	RESULTADOS	93
5.1	Perfil sociodemográfico	94
5.2	Estado de saúde	100
5.3	Auto-avaliação de saúde	103
5.4	Instrumentos de medida	109
5.4.1	The Nutrition Screening Initiative	110
5.4.2	Medida de Independência Funcional	118
5.4.3	Mini-Exame do Estado Mental	128
5.4.4	Escala de Depressão Geriátrica	136
5.5	Mapa Mínimo de Relações do Idoso	144
6	DISCUSSÃO	150
6.1	Perfil sociodemográfico	151
6.2	Estado de saúde	158
6.3	Auto-avaliação de saúde	165
6.4	Instrumentos de medida	166
6.4.1	The Nutrition Screening Initiative	166
6.4.2	Medida de Independência Funcional	172
6.4.3	Mini-Exame do Estado Mental	175
6.4.4	Escala de Depressão Geriátrica	177
6.5	Mapa Mínimo de Relações do Idoso	180
7	CONCLUSÕES	185
8	IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E A ENFERMAGEM	193
9	REFERÊNCIAS	202
	APÊNDICES	221
	ANEXOS	227

Introdução

1. INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto as necessidades de saúde de idosos atendidos na Atenção Básica. Sua finalidade é oferecer subsídios para a elaboração de protocolos para a avaliação dessas necessidades, particularmente no que toca à avaliação da capacidade funcional e da rede de suporte social.

Parte da premissa que o processo de envelhecimento da população brasileira é norteado pelo movimento da vida social no espaço histórico-político.

Este capítulo aborda a importância e as conseqüências do processo de envelhecimento populacional brasileiro do ponto de vista demográfico e epidemiológico, bem como as políticas públicas voltadas para a pessoa idosa, com destaque para as desigualdades sociais entre os idosos. Em seguida, apresenta a estrutura da assistência na Atenção Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família, para atender o idoso, principalmente em relação à avaliação da capacidade funcional. Destacam-se as políticas voltadas para a proteção à pessoa idosa e por último, apresenta-se a necessidade de identificar a rede de suporte social do idoso na Atenção Básica.

1.1. Envelhecimento populacional

A explosão demográfica do século XX foi marcada pelo aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais. A expectativa média de vida ao nascer aumentou 20 anos desde 1950 e, neste início de século, chega a 66

anos, prevendo-se que aumente mais 10 anos até 2050 (Agar Corbinos, 2001).

Os países da América Latina e Caribe também têm experimentado profundas transformações demográficas, destacando-se a diminuição da taxa de crescimento geral da população que, de um crescimento anual de 2,7% no período de 1950 a 1955, passou para 1,5% na atualidade. Em contraste, tais países experimentaram uma elevação expressiva do número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

O envelhecimento como fenômeno populacional não se refere a indivíduos ou a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz aumento do peso relativo das pessoas acima de uma determinada idade considerada como definidora do início da velhice. Esse limite inferior varia em cada sociedade e depende não somente de condições biológicas, mas de condicionantes econômicos, ambientais, científicos e culturais (Palloni, Peláez, 2003).

Mudanças no padrão demográfico acarretam importantes implicações para as políticas sociais, especialmente para as políticas de saúde. No Brasil, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas acarretaram o crescimento das taxas de incapacidades físicas e/ou mentais entre os idosos, fato que representa muitos desafios para as famílias e para a sociedade brasileira (Rabelo, Neri, 2005).

Os idosos, particularmente os mais velhos, constituem o segmento da população brasileira que mais cresce. Entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60 a 69, 70 a 79 e 80 ou mais anos aumentou cerca de duas a quatro vezes mais (28%, 42% e 62%, respectivamente) que a população

mais jovem do País (14%) (Lima-Costa et al., 2003).

As transformações demográficas fazem parte do processo de mudança social e econômica que o Brasil tem experimentado ao longo das últimas quatro décadas. O fenômeno, denominado transição demográfica, exige mudança qualitativa das formas de organização da sociedade, ao mesmo tempo em que serve de marco para as mudanças culturais e econômicas que devem acompanhar esse processo (Frenk, 1997).

A transição demográfica caracteriza-se pela passagem de uma situação de mortalidade e fecundidade altas, com uma população predominantemente jovem e em grande expansão, para uma situação em que tanto a mortalidade quanto a fecundidade reduzem-se.

A compreensão do conceito de transição epidemiológica é útil e necessária para a organização da atenção à saúde, pois se refere às mudanças, em longo prazo, nos padrões de morte, enfermidades e incapacidades que caracterizam uma população específica e que geralmente acompanham as transformações demográficas, sociais e econômicas mais amplas (Frenk, 1991).

O modelo tradicional de atenção médica tende a aumentar a expectativa de vida, mas o prolongamento da vida muitas vezes é acompanhado pelo aumento da prevalência de enfermidades crônicas e incapacidades. Frente à transição epidemiológica, o desafio que se coloca para o sistema de saúde brasileiro é melhorar a qualidade da vida e não apenas prolongá-la.

1.2. Desigualdades sociais do processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento é um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas que apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, o tempo e o espaço. O envelhecimento tem suas especificidades marcadas pela posição de classe de indivíduos e grupos sociais, assim como pela cultura e condições socioeconômicas e sanitárias das coletividades.

Ainda são poucos os estudos que buscam investigar a desigualdade social em saúde, especialmente entre os idosos. Nos países desenvolvidos, há evidência empírica da presença de desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços médicos favoráveis aos idosos que pertencem a grupos sociais privilegiados.

As questões de gênero, por exemplo, sinalizam para diferenças biológicas na determinação dos problemas de saúde e constituem mediadores sociais, culturais, políticos e econômicos na determinação de experiências diferenciadas entre indivíduos pertencentes a um mesmo contexto social. Ainda assim, as desigualdades de gênero entre os idosos têm sido objeto de poucos estudos nos países em desenvolvimento. (Barreto et al., 2002)

Estudos desenvolvidos por Barreto et al. (2002) constataram que existem importantes diferenças de gênero com relação a indicadores de saúde e de condições de vida entre idosos no Brasil. Esses autores consideram que existem desigualdades de gênero entre homens e mulheres idosos que não são explicadas pela idade e/ou condição de residência. Mulheres idosas apresentam melhores indicadores de condição de moradia

e renda domiciliar *per capita*, mas os piores indicadores de renda pessoal e escolaridade. Em relação à saúde, as mulheres idosas apresentam piores indicadores de saúde, autonomia e mobilidade física e maior frequência de consultas médicas.

No Brasil, nas últimas décadas, o aumento da esperança de vida ocorreu em todas as idades, mas foram sempre mais expressivos para as mulheres. A diferença na esperança de vida entre os sexos aumentou de 7,2 anos para 7,8 anos, o que tem levado ao aumento expressivo do contingente feminino entre os idosos (Barreto et al., 2002).

É importante que a dimensão do gênero seja incorporada aos estudos da saúde dos idosos, pois as diferenças entre homens e mulheres idosas são complexas e vão além das questões biológicas. O conhecimento da realidade e das necessidades específicas de cada gênero é fundamental para orientar os serviços de saúde a reconhecer e abordar homens e mulheres idosas na sua individualidade e integralidade.

Homens e mulheres vivem e envelhecem de forma diferente. É como velhos que as pessoas falam, mas também como avós, como moradores de uma cidade, mulheres ou homens, indivíduos de uma determinada camada social de uma determinada profissão (Barros, 2006).

É igualmente importante reconhecer as transformações sociais na ótica dos próprios idosos, pois nas suas histórias de vida encontram-se as possibilidades para compreensão das mudanças sociais e das transformações dos valores nas famílias (Barros, 2006).

As desigualdades em saúde na velhice expressam também condições

socioeconômicas e hábitos adotados ao longo da vida. Como os idosos apresentam um estado de saúde mais vulnerável e como a fração da renda gasta com saúde é maior para esse grupo populacional, a investigação sobre a presença dessas desigualdades é um subsídio importante para a definição de políticas públicas e sociais.

Faz-se necessário que profissionais de saúde conheçam o processo de envelhecimento da população brasileira, norteados pela análise do movimento da vida social e no espaço histórico-político nacional e regional, apropriando-se de amplos recursos para avaliar as necessidades de saúde desse segmento populacional.

1. 3 O idoso e as políticas públicas no Brasil

1.3.1. Atenção à saúde da pessoa idosa

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, em atenção às diretrizes do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, de 1982, incluiu alguns parágrafos dedicados à conquista de direitos da pessoa idosa. Em 1992, o Ministério da Saúde propôs um Programa de Atenção à Saúde do Idoso, que foi implantado e operacionalizado em alguns estados da Federação.

Face à necessidade de uma legislação direcionada especificamente aos idosos, em janeiro de 1994, a Lei 8.842/94 instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), que tem por objetivo *“assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”*. Esses direitos básicos devem ser concretizados a partir de políticas sociais na área da saúde, promoção e assistência social,

educação, trabalho, previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer.

A PNI tornou-se um marco na definição de um novo paradigma, porém, ainda não se firmou no âmbito dos direitos sociais, uma vez que os recursos financeiros destinados para sua execução são insuficientes (Borges, 2003).

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), sancionado em outubro de 2003, garantiu e ampliou os direitos dos brasileiros com mais de 60 anos por ser ainda mais abrangente que a PNI. Considerou os mais velhos como prioridade absoluta e instituiu penas aplicáveis a quem desrespeitar ou abandonar cidadãos idosos.

Em 1999, o Ministério da Saúde já havia elaborado a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), por meio da Portaria 1.395 (revogada em 19/10/2006). Segundo essa Portaria, coube ao setor saúde prover o acesso dos idosos aos serviços e às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. A própria Portaria, na sua introdução, afirmava que o idoso, em relação às outras faixas etárias, consome muito mais recursos do sistema de saúde e que esse maior custo nem sempre é revertido em seu benefício, uma vez que o mesmo não recebe uma abordagem médica e psicossocial adequada nos serviços de saúde e tampouco é submetido a triagem rotineira para fins de reabilitação (Brasil, 1999; Brasil, 2002).

A PNSI apresentava dois eixos norteadores: medidas preventivas, com especial destaque para a promoção do envelhecimento saudável e manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível, o que implica a valorização da autonomia e a

preservação da independência física e mental do idoso.

Para o alcance dos seus propósitos, a Política Nacional de Saúde do Idoso definiu diretrizes que devem nortear todas as ações no setor saúde e indicou as responsabilidades institucionais para seu alcance. As diretrizes essenciais enfatizaram 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 especializados, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio a estudos e pesquisas.

Na PNSI (Brasil, 1999), a capacidade funcional foi definida como:

A capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação devem objetivar a melhoria da capacidade funcional ou, no mínimo, a sua manutenção e, sempre que possível, a recuperação desta capacidade que foi perdida pelo idoso. Trata-se, portanto, de um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

A implantação dessa Política demanda a definição e a readequação de planos, programas, projetos e atividades do setor saúde que, direta ou indiretamente, relacionem-se com o seu objeto, ou seja, a saúde e o bem-estar dos idosos brasileiros (Souza, 2004).

1.3.2. Proteção social à pessoa idosa

Ainda que a Constituição Federal de 1988 tenha proposto uma política de assistência ao idoso, ações efetivas só se iniciaram depois da implantação de um arcabouço legal, representado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993, a Política Nacional do Idoso em 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 em 03 de julho de 1996, o Estatuto do Idoso de 2003 e a Política Nacional de Assistência Social, de 2004 (Brasil, 2004; Lemos, Medeiros, 2006).

A Constituição de 1988 introduziu um conceito novo – de Seguridade Social – que inclui a saúde, a previdência social e a assistência social, sendo esta última um direito do cidadão e dever do Estado. A assistência social é uma política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e privada, para garantir o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos e grupos sociais. A LOAS instituiu benefícios, serviços, programas e projetos destinados ao enfrentamento da exclusão social dos segmentos mais vulnerabilizados da população (Brasil, 2005).

A aprovação da Política Nacional de Assistência Social permitiu instituir o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) que é a estratégia de construção de um sistema de proteção social que deve garantir segurança, proteção, promoção social, qualificação profissional, equidade, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários às famílias em situação de vulnerabilidade, sendo um direito universal.

O SUAS pressupõe a organização de uma rede de serviços, ações e benefícios de diferentes complexidades, tendo como foco prioritário de

atenção as famílias, seus membros, indivíduos e o território como base de organização. Os serviços passam a ser definidos pela complexidade, pelas funções que desempenham, pelo número de pessoas que dele necessitam e, assim, estão divididos em proteção social básica e proteção social especial (Brasil, 2004).

A proteção social básica tem caráter preventivo frente a situações de risco social, com o objetivo de processar a inclusão de pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade social, nas políticas públicas, no mundo do trabalho e na vida comunitária e societária.

A proteção social especial desenvolve ações sócio-assistenciais voltadas às famílias e às pessoas que se encontram em situação de risco pessoal e social em decorrência de abandono, violência física e psíquica, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, entre outros.

No atendimento às necessidades específicas dos idosos, os sistemas de suporte social são essenciais, sendo classificados em formais e informais. Entende-se por sistema formal os serviços de atendimento ao idoso que incluem hospitais, instituições de abrigamento, atendimento domiciliar, programas formais de capacitação de pessoal voltados ao atendimento dessa população. Já o sistema informal ou rede social pessoal compreende as redes de relacionamentos entre membros da família, amigos, relações de trabalho, de inserção comunitária e de práticas sociais (Lemos, Medeiros, 2006; Sluzki, 1997).

1.4. Assistência ao idoso na Atenção Básica de Saúde

No Brasil dos anos 90, o setor saúde passou por profundas transformações, decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde. Em 1993, o Ministério da Saúde reuniu coordenadores com vasta experiência em Atenção Primária à Saúde, voltada às coletividades e às famílias, para discutir estratégias para a reorganização do modelo assistencial, visando a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS. Como resultado, o Ministério da Saúde propôs a estratégia da Saúde da Família, fundamentada na promoção da saúde (Protti, 2002).

O Programa Saúde da Família, hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) em suas diretrizes centrais, busca garantir a integralidade da assistência por meio do envolvimento responsável de todos os trabalhadores de saúde, reunidos em equipe multiprofissional, tendo por base o conhecimento da clientela em adstrição territorial como meio para pensar a atenção aos usuários nos aspectos promocionais, preventivos e de recuperação da saúde.

Uma das responsabilidades desta estratégia é a atenção à saúde do idoso, pois o provimento de cuidados ao idoso na Atenção Básica tem como foco a família e objetiva sua vinculação às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde (Silvestre, Costa Neto, 2003).

A atuação do profissional de saúde na Atenção Básica pressupõe o conhecimento detalhado da realidade das famílias da área de abrangência do serviço, nos aspectos físicos e mentais, demográficos e sociais. Cabe às equipes identificar os problemas de saúde prevalentes na área de abrangência e construir junto com as famílias um diagnóstico psicossocial

que detecte situações de vulnerabilidade familiar para subsidiar o planejamento, a organização e o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, avaliando continuamente seus resultados.

Para tanto, é necessário que os profissionais tenham uma visão integral do indivíduo e da família, com base na identificação de suas necessidades e potencialidades, valendo-se de uma prática tecnicamente competente e humanizada que inclui ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Silvestre, Costa Neto, 2003).

A Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo uma revisão nas diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção em função da implantação da Estratégia Saúde da Família - ESF e Estratégia Agentes Comunitários de Saúde – EACS (Brasil, 2006a)

A Atenção Básica passou a ser caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Nessa proposta, o desenvolvimento das ações de saúde deve-se dar por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, dirigidas a populações de territórios bem delimitados e realizadas por equipes de saúde que assumem a responsabilidade sanitária pelo território, considerando as condições de vida e saúde dos grupos sociais que nele vivem (Brasil, 2006a).

1.4.1. Avaliação da capacidade funcional do idoso na Atenção

Básica

Pesquisa realizada na década de 90, com a finalidade de identificar o perfil dos idosos residentes no município de São Paulo, revelou que 86% dos entrevistados, nos seus domicílios, referiam pelo menos uma doença crônica, 47% requeriam ajuda parcial ou total para realizar pelo menos uma das atividades cotidianas e 7% necessitavam de ajuda para realizar sete ou mais atividades da vida diária, demandando assistência constante e relativamente especializada. O ônus do cuidado dessas pessoas tem recaído sobre as famílias, ocultando uma importante demanda por políticas sociais e de saúde. Numa família com poucos recursos econômicos, cuidar de um idoso dependente pode se tornar insustentável (Ramos et al., 1993).

Estudo também realizado em São Paulo, com o intuito de apreender a demanda por cuidado domiciliário em Unidades de Saúde da Família, evidenciou que, dentre as 7.980 pessoas com algum tipo de incapacidade e dependência, 2.672 foram classificadas nos graus quatro e cinco da Escala de Cruz Roja de Madrid, necessitando, portanto, de cuidados no domicílio. Do total de 1.866 pessoas com incapacidade severa, 1.045 tinham 60 anos e mais e entre eles, predominavam as mulheres com incapacidades (Duayer, Oliveira, 2005).

O projeto SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), coordenado pela Organização Pan-Americana de Saúde, teve o objetivo de coletar informações sobre as condições de vida dos idosos (60 anos e mais) residentes em áreas urbanas de metrópoles de sete países da América Latina e Caribe – entre elas o município de São Paulo, e avaliar diferenciais

de coorte, gênero e socioeconômicos com relação ao estado de saúde, acesso e utilização de cuidados de saúde. Utilizou um questionário padronizado, aplicado a 2.143 pessoas, sendo que a maioria dos entrevistados eram mulheres, 13,2% das quais viviam sós (Lebrão e Laurenti, 2005).

Nesse estudo, a avaliação do estado mental, pelo Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), encontrou 6,9% de deterioração cognitiva (usando como ponto de corte escore de 12/13, caso/não caso) e 18,1% de depressão, segundo a Escala de Depressão Geriátrica. As auto-avaliações de saúde mostraram que 53,8% dos entrevistados consideravam a sua saúde regular ou má. Dentre as doenças mais freqüentes estavam a hipertensão (53,3%); a artrite, artrose ou reumatismo, 31,7%; e o diabetes, 17,9%.

A grande maioria dos idosos não apresentou dificuldades nas atividades básicas de vida diária (80,7%), e entre aqueles que apresentaram, a maior parte tinha dificuldades em uma ou duas atividades. Foram apresentados dados dos arranjos domiciliares encontrados, do acesso e utilização de serviços de saúde, e relativos à renda e condição de trabalho. Os autores concluíram que as condições de saúde dos idosos residentes no município de São Paulo eram preocupantes e que havia insuficiências do sistema de seguridade social (Lebrão e Laurenti, 2005).

Os estudos apresentados ressaltam a importância da avaliação da capacidade funcional como sinônimo de avaliação ampla da saúde da pessoa idosa, ou seja, identificar as habilidades físicas, funcionais e mentais e as condições de rede de suporte social do idoso, por meio do uso de

instrumentos de rastreio para detectar problemas cognitivos e emocionais ou questionário com enfoque multidimensional que fornece simultaneamente dados sociodemográficos, avaliação da percepção subjetiva, saúde física, mental, independência no dia-a-dia, suporte social e familiar e utilização de serviços de saúde (Ramos, 2003).

A nutrição também é outro aspecto importante na avaliação de saúde dos idosos, uma vez que se trata de um grupo especialmente vulnerável aos distúrbios nutricionais e às suas inúmeras conseqüências, em geral relacionadas a agravos à saúde. A relação entre saúde e estado nutricional vem sendo continuamente reconhecida e intensamente pesquisada, tanto por estudos que apontam a obesidade como um importante problema de saúde pública, por sua associação positiva com as doenças crônicas e degenerativas, quanto por aqueles que identificam a desnutrição com o risco de morte precoce (Rosa, 2005).

Para Sampaio (2004), condições que interferem no estado nutricional do idoso estão relacionadas principalmente a idade (sensibilidade olfativa e gustativa diminuída, problemas na cavidade oral, supressão do apetite, ingestão inadequada de alimentos), doenças, efeitos farmacológicos, capacidade funcional diminuída, problemas psiquiátricos, problemas sociais (isolamento emocional e pobreza) e estilos de vida (redução da atividade física, tabagismo e conhecimento nutricional inadequado).

1.4.2. Avaliação da rede de suporte social do idoso

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou mesmo promover a saúde física e mental dos idosos. Os efeitos positivos do

suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família - emocional ou funcional (Ramos, 2002). Matsukura, Marturano, Oishi (2002) destacam a associação entre suporte social e níveis de saúde e/ou a presença de serviços sociais funcionando como ajuste “protetor” frente ao risco de doenças induzidas por estresse.

Sluzki (1997) define rede de suporte social como o “conjunto de pessoas significativas para o indivíduo, que o diferencia da massa anônima da sociedade”. Redes de suporte social também podem ser conceituadas como “conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber”. Essas relações existem ao longo de todo o ciclo vital, porém sua estrutura e funções sofrem alterações.

A rede social pode ser avaliada quanto às características estruturais e às funções dos vínculos e dos atributos de cada vínculo e pode ser registrada na forma de mapa mínimo que inclui todos os indivíduos com quem uma determinada pessoa interage (Sluzki, 1997).

As características estruturais incluem tamanho (número de pessoas que compõem a rede), densidade (conexão entre os membros), composição ou distribuição (que proporção do total de membros da rede está localizada em cada círculo), dispersão (a distância entre os membros), homogeneidade ou heterogeneidade demográfica e sociocultural (os membros segundo sexo, idade e nível socioeconômico) (Sluzki, 1997; Lemos, Medeiros, 2004).

O tipo predominante de intercâmbio interpessoal entre os membros da rede determina as suas funções, que incluem: companhia social (estar junto, realizar atividades conjuntas), apoio emocional (atitude emocional positiva, clima de compreensão), guia cognitivo e de conselho (compartilhar

informações pessoais ou sociais), regulação social (interações que lembram e reafirmam responsabilidades e papéis), ajuda financeira e de serviços (incluindo os serviços de saúde) e de acesso a novos contatos (abre portas para a conexão com pessoas e redes, como os centros de convivência).

Desta forma, cada vínculo também pode ser analisado de acordo com seus atributos, quanto à função predominante que o caracteriza: versatilidade (quantas das funções a pessoa amiga desempenha), reciprocidade (se o indivíduo assistido também desempenha função equivalente), intensidade (ou compromisso da relação, definida como grau de intimidade), frequência dos contatos e história da relação (Sluzki, 1997).

No atendimento às necessidades específicas da pessoa idosa, os sistemas de suporte social são essenciais. São classificados pela Gerontologia em sistemas formais e informais. Os sistemas formais são compostos pelos serviços de hospital-dia, centro de convivência, centro-dia, atendimento domiciliar e instituições de longa permanência. Os informais incluem o grupo familiar e a comunidade (amigos e vizinhos) (Lemos, Medeiros, 2004).

A família é o contexto social mais próximo no qual os indivíduos estão envolvidos e os relacionamentos mantidos pelos co-residentes em seus arranjos domiciliares têm grande relevância para a saúde. Há necessidade de conhecer o processo social pelo qual as atuais estruturas familiares demandam e fornecem sistemas de apoio formal e informal aos idosos (Rosa, 2005). Entrevistas com as famílias são fontes muito ricas em informações e propiciam grande interação entre os envolvidos.

De modo geral, os pesquisadores reconhecem que o apoio social é

um constructo multidimensional, com diferentes aspectos ou dimensões, ainda não totalmente elucidados (Rosa, 2005). A revisão da literatura sobre escalas ou índices de apoio social sugere que nenhuma é inteiramente adequada e que a confiabilidade, a validade e os fatores estruturantes dos instrumentos existentes nem sempre são conhecidos.

Entretanto, há falta de instrumentos devidamente testados que auxiliem os profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica, a direcionar seu olhar para além dos indivíduos, buscando compreender o apoio social como um componente essencial do planejamento da assistência (Brasil, 2006b).

Assim sendo, este estudo propõe a oferecer subsídios para a compreensão das necessidades de saúde de idosos atendidos na Atenção Básica, por meio da avaliação de sua capacidade funcional, seu estado de saúde e rede de suporte social.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL: Analisar a capacidade funcional, o estado de saúde e a rede de suporte social de idosos assistidos pelas Equipes de Saúde da Família de Dourados/MS.

2.2 ESPECÍFICOS:

2.2.1 Descrever o perfil sociodemográfico e econômico do idoso, suas condições de saúde, risco nutricional, grau de dependência funcional, distúrbio cognitivo e sintomas depressivos.

2.2.2 Descrever a rede de suporte social do idoso.

2.2.3 Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico, econômico e a auto-avaliação de saúde do idoso.

2.2.4 Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico, econômico, as condições de saúde e o risco nutricional.

2.2.5 Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico, econômico, as condições de saúde e o grau de dependência funcional.

2.2.6 Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico, econômico, as condições de saúde e distúrbio cognitivo.

2.2.7 Analisar a associação entre o perfil sociodemográfico, econômico, as condições de saúde e sintomas depressivos.

2.2.8 Analisar a associação entre risco nutricional, grau de dependência funcional, distúrbio cognitivo e sintomas depressivos.

REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

As bases teóricas que norteiam este estudo estão fundamentadas nos conceitos e categorias gerais do campo da Saúde Coletiva, especificamente as concepções de ser humano, processo saúde-doença e necessidades de saúde.

O ser humano é concebido, neste trabalho, como um ser de natureza social cuja humanidade provém da sua vida em sociedade, construída pelos próprios homens no seio da cultura.

Na análise marxista, a condição humana é produto do desenvolvimento histórico e social que transformou os seres biológicos em seres efetivamente humanos. Foram os seres humanos que criaram sua “humanidade”, à medida que passaram de forma hominizada (biológica) para a forma humanizada (social) de construção do mundo.

O processo de humanização é descrito por Leontiev (1978) e teve principalmente dois momentos: hominização e humanização. A “hominização” resultou da passagem do homem primitivo, submetido às leis biológicas de evolução, à vida numa sociedade organizada, com base no trabalho. Essa passagem modificou a natureza dos seres humanos e marcou o início de um desenvolvimento que, diferentemente dos animais, estava e está submetido não mais às leis biológicas, mas às leis sócio-históricas.

O processo de humanização começou a ser produzido sob a influência do desenvolvimento do trabalho e da comunicação mediada pela linguagem. O desenvolvimento biológico (modificações da constituição

anatômica, do cérebro, dos órgãos dos sentidos e da linguagem) tornou-se dependente do desenvolvimento da produção da vida material, entendida como processo social que se desenvolve segundo leis sócio-históricas (Leontiev, 1978; Forattini, 2000).

Ao se tornar sujeito da transformação da natureza por meio do trabalho, o ser humano ficou submetido à ação de duas leis: as leis biológicas, em virtude das quais os seus órgãos se adaptaram às condições e às necessidades do trabalho, e as leis sócio-históricas, que regeram o desenvolvimento da própria produção e os fenômenos por ela produzidos. Pode-se dizer que cada indivíduo “aprende” a ser humano. O que a natureza lhe dá ao nascer não lhe basta para viver em sociedade e tornar-se humano. É preciso que ele se aproprie do que foi alcançado no decurso do desenvolvimento histórico das sociedades humanas, pois as características humanas que parecem ser tão naturais são construções sociais e não são transmitidas geneticamente, como, por exemplo, a fala ou a escrita (Leontiev, 1978; Melo-Filho, 1995). À apropriação das construções humanas criadas no decurso da história chamamos de “humanização”.

O desenvolvimento da natureza desemboca num salto qualitativo do mundo biológico para o mundo social quando o trabalho consciente e a linguagem aparecem como manifestações do gênero humano que se distingue dos animais por haver alcançado a capacidade de refletir conscientemente a realidade e de preconceber ou imaginar os bens que produz. Essa condição outorga à espécie humana a condição de ser histórica e inaugura a fase do movimento social. O processo de “hominização/humanização” levou milhões de anos e teve como

determinante o trabalho, que é a forma de organização da vida social, tanto no conjunto global de uma sociedade, quanto nos seus grupos particulares (Leontiev, 1978; Forattini, 2000).

A reprodução social é um processo dinâmico determinado por um sistema de contradições que ocorrem em vários domínios integrados: o processo de trabalho e o de consumo, eixo da reprodução, a vida organizativa e consciencial-cultural, e a vida de relações com o entorno.

A relação do natural e do social ocorre em três dimensões. As contradições entre o saudável (valores de uso) e o destrutivo (padecimento de processos destrutivos ou contra-valores) correspondem aos três domínios (Campaña, 1997):

- **o geral:** relativo à sociedade como sua expressão mais desenvolvida e complexa em instâncias estruturadas, como o trabalho e o consumo, instâncias políticas, como a capacidade organizacional de cada grupo, e instâncias ideológicas, como o grau de consciência, tanto da sociedade mais ampla quanto do grupo;

- **o particular:** próprio dos grupos socioeconômicos que desenvolvem padrões distintos de relações sociais e culturais que determinam a relação entre o ambiente e as condições genéticas e fisiológicas típicas que os caracterizam em classes sociais ou grupos específicos e,

- **o singular:** relativo às pessoas em seus ambientes e espaços determinados, no qual se inscrevem os processos do fenótipo e genótipo.

Para Leontiev (1978), as desigualdades entre os homens não provém

das suas diferenças biológicas naturais. São produto das desigualdades econômicas das classes e da diversidade consecutiva das suas relações com as aquisições que encarnam todas as aptidões e faculdades da natureza humana, formados no decurso de um processo sócio-histórico.

O processo saúde-doença no ser humano não é mero fenômeno biológico, e sim um processo sócio-biológico integrado e dinâmico, determinado por leis biológicas e sociais.

Nessa perspectiva, o envelhecimento não é apenas um processo natural, individual e universal, como quer a visão biológica, e sim o produto da integração dos potenciais de fortalecimento e desgaste que ocorrem ao longo da vida¹.

Se para Minois cada sociedade tem o velho que merece, na visão marxista pode-se inferir que cada sociedade “produz o envelhecimento” nos âmbitos econômico, político, cultural e social, haja vista que a história da velhice no ocidente, desde a antiguidade é marcada por contrastes e ambigüidades. A velhice é, portanto, retrato de um processo de desgaste fisiológico, psicológico, cultural e social num determinado momento histórico.

Em algumas sociedades ou grupos sociais, o velho é visto e tratado como sábio, provedor, que detém o poder e o conhecimento, sendo então, rodeado de prestígio (principalmente se for letrado). Em outras, o idoso é desvalorizado, desprezado e discriminado, principalmente em razão do declínio físico.

Minois relata que através dos tempos, a velhice foi tratada como

¹ Adotou-se o conceito de desgaste como a perda de capacidades biopsíquicas efetivas e ou potenciais. Laurell AC. Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. In: Rodríguez MI. (coord) Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del persona de salud. Serie desarrollo de recursos humanos, n° 101. OPAS/OMS: Washington/EUA, 1994. p 10.

sinônimo de cessação da atividade e ruptura com o processo de trabalho e que, os idosos que recebiam assistência eram aqueles que tinham acumulado bens (material e cultural), enquanto os velhos pobres e incultos tinham de trabalhar até quando suas forças e fé assim permitiam. A estes últimos cabia a boa ou a má proteção da família, e se, por infelicidade vivessem sozinhos, acabavam por integrar as fileiras dos mendigos, o que incluía fracos, doentes, órfãos, loucos, etc.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas, o velho ocupa um lugar social e familiar enquanto pode exercer uma atividade produtiva. Para Minois, prevalece ainda, a contradição entre o discurso politicamente correto sobre a velhice e o papel efetivo representado pelos velhos na sociedade, na economia, na política e na arte.

Para Campaña (1997), o perfil de reprodução social diz respeito ao conjunto da vida social e é caracterizado pelas formas de trabalhar e consumir, pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para produzir a vida social, pela forma em que transformam a natureza, pelo modo como realizam a distribuição e o intercâmbio dos bens socialmente produzidos, pelas instituições que geram e pelo nível de organização e de consciência que alcançaram. O perfil de saúde-doença alude aos padrões ou características dos grupos sociais em relação à constituição biológica e mental que os seres humanos adquirem de acordo com o perfil de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais.

O princípio de determinação social do processo saúde-doença é dialético e pressupõe espaços de liberdade, multiplicidade de mediações, lugar para a vontade coletiva e individual, luta permanente e contradição.

Perfis de saúde-doença referem-se aos perfis de contradições entre os elementos potenciadores e os elementos negadores da saúde em grupos e situações sociais típicos.

Essa forma de compreender o perfil de saúde-doença dos grupos sociais tem correlação com os conceitos de necessidades humanas e necessidades de saúde na perspectiva materialista dialética. Para viver é preciso satisfazer necessidades, mediante processos de trabalho. Assim, há consubstancialidade e circularidade entre as necessidades e os processos de trabalho instaurados para satisfazê-las. Nessa perspectiva, as necessidades não são naturais nem iguais, assim como são desiguais a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho (Mendes-Gonçalves, 1992).

Para Mendes-Gonçalves (1992), necessidades humanas são sempre necessidades de reprodução do modo de produção. Necessidades de saúde são, portanto, necessidades de reprodução social que, por não serem naturais nem gerais, são necessidades de classe, ou seja, são diferentes para os diversos grupos sociais existentes, definidos pela sua inclusão na divisão social do trabalho que determina os diferentes modos de viver.

Assim, tomar necessidades de saúde como objeto das práticas em saúde implica adotar o conceito que considera a inserção dos indivíduos em diferentes grupos sociais. O objeto das práticas em saúde é amplo, abrangendo além da dimensão biológica, as dimensões: cultural, econômica, ecológica, política, todas elas submetidas ao modo de produção (Campos, Mishima, 2005).

Mandu e Almeida (1999) enfatizam a importância da utilização do

conceito de necessidades como base teórica na reconstrução das práticas em saúde que tenham como perspectiva a melhoria da qualidade da assistência à saúde, compreendida como um direito social, especialmente as práticas concernentes à Enfermagem. Orientadas pela concepção marxista, assumem que satisfazer necessidades de saúde implica superar o atendimento limitado às necessidades existenciais ou de preservação da vida de modo a incluir as necessidades propriamente humanas, relativas à capacidade do ser humano de se auto-determinar.

Estas autoras afirmam que ampliar o conceito de necessidades de saúde que norteia as práticas em saúde que incidem principalmente no âmbito biológico é necessário ampliar o objeto das práticas em saúde. Para tal, sugerem a utilização de instrumentos que favoreçam uma identificação e análise mais abrangente das diferentes necessidades de saúde dos indivíduos, tendo em conta suas diferentes inserções sociais (Mandu, Almeida, 1999).

Este conjunto de conceitos apresentados proporciona a base para uma nova maneira de pensar a saúde e a doença, bem como os determinantes sociais que caracterizam o processo de envelhecimento, porque incluem explicações para os achados universais de que a morbidade e a mortalidade obedecem a um gradiente que abarca as classes sócio-econômicas, de tal forma que menores rendas ou status social podem estar associados a uma pior condição de saúde ou qualidade de vida.

Frente ao exposto, esse trabalho será norteado pelas seguintes questões: Como captar as necessidades de saúde de idosos atendidos na Atenção Básica? Em que medida, instrumentos de medida padronizados

prestam-se a essa captação?

CASUÍSTICA E MÉTODO

4. CASUÍSTICA e MÉTODO

4.1 Tipo de pesquisa

Estudo primário, exploratório, observacional, do tipo transversal (de prevalência) em que a população estudada foi constituída pela amostra aleatória de idosos com 60 anos e mais, residentes em Dourados/MS e cadastrados por equipes de Estratégia Saúde da Família (Hochman et al. 2005; Newman et al. 2003; Bastos, Duquia 2007).

4.2 Local do estudo

4.2.1 Estado de Mato Grosso do Sul

Mato Grosso do Sul é o segundo maior estado da região Centro-Oeste, com uma área de 357.124,962 km² (Figura 4.1). Limita-se ao norte com Mato Grosso, a nordeste com Goiás e Minas Gerais, a leste com São Paulo, a sudeste com o Paraná e faz fronteira com Paraguai ao sul e sudoeste e com a Bolívia a oeste (Gressler, 2005).

Composto por 78 municípios, apresenta baixa densidade demográfica, de 6,42 hab./km², principalmente se comparado com o Rio de Janeiro, menor em área total (43.696,054 km²), mas com 352,58 hab./km². A contagem populacional de 2007, identificou 2.265.274 habitantes e, destes, 202.579 (8,9%) tinham 60 anos e mais (IBGE. 2007).

Figura 4.1 - Localização geográfica do estado de Mato Grosso do Sul

A esperança de vida ao nascer da população sul-matogrossense é de 73,5 anos, semelhante à da região Centro-Oeste e superior à do país que, em 2006, era de 72,4 anos. De acordo com o IBGE e a Secretaria de Estado do Meio Ambiente, das Cidades, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia (SEMAC), a maior parte da população declarou-se de cor branca, ainda que constituída por pessoas de diversas origens e etnias. A Figura 4.2 apresenta a distribuição populacional por cor (Mato Grosso do Sul, 2007).

Figura 4.2. População residente em Mato Grosso do Sul segundo a cor de pele. Censo IBGE 2000. Fonte: Mato Grosso do Sul, 2007.

Destaca-se que a população indígena no Estado é a segunda maior do Brasil, com 61.525 índios, entre aldeados (que moram nas reservas) e não aldeados, conforme a distribuição na Tabela 4.1:

Tabela 4.1 – Distribuição da população indígena segundo as etnias em Mato Grosso do Sul, 2007.

Etnia	População (n)	%
Terena e Atikum	18.985	30,8
Kadiwéu e Kinikinaua	1.475	2,4
Guató e Kamba	475	0,8
Guarani e Kaiowá	40.480	65,8
Ofaié	110	0,2
Total	61.525	100,0

Fonte: Mato Grosso do Sul, 2007

A taxa de urbanização em Mato Grosso do Sul é de 84,1% e a população economicamente ativa é estimada em 1.246.000 pessoas. Dessas, cerca de 60% recebem até dois salários mínimos, sendo a agropecuária a principal atividade econômica do Estado (Mato Grosso do Sul, 2007).

4.2.2 Dourados: história e indicadores básicos

O município de Dourados (Figura) situa-se a 120 km da fronteira Brasil-Paraguai e a 214 km da capital Campo Grande, sendo constituído pela sede, Dourados, e por oito distritos: Itaum, Panambi, São Pedro, Indápolis, Guaçu, Vila Formosa, Vila Vargas e Picadinha.(Mato Grosso do Sul, 2007)

Figura 4.3: Perímetro Urbano de Dourados

Antes da chegada do colonizador branco, as terras que hoje pertencem ao município de Dourados eram habitadas pelas tribos Terena e Kaiwá, cujos descendentes hoje são encontrados na aldeia indígena localizada ao lado do perímetro urbano. Com o término da Guerra do Paraguai (1870), teve início o povoamento mais efetivo na região, que já tinha sido percorrida pelos espanhóis e pelos bandeirantes em busca de riquezas naturais.

A fixação da população deu-se à medida que chegavam à região ex-combatentes gaúchos, em sua maioria fugitivos das consequências da Revolução Federalista, ocorrida no Rio Grande do Sul entre 1893 e 1895; pelo desenvolvimento da cultura pastoril, praticada principalmente por famílias mineiras; a construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, de 1904 a 1914, que atraiu paulistas para região, e pela ação da companhia Mate Laranjeira, que deteve o monopólio da exploração dos ervais em toda a região, entre os anos de 1882 e 1924 (Gressler, 2005; Mato Grosso do Sul, 2007; Campestrini, Guimarães, 2002).

Em 1909, pioneiros deram início à criação de um patrimônio que recebeu o nome de São João Batista de Dourados, depois Vila das Três Padroeiras. Em 1914, criou-se o Distrito da Paz e, em 1923, o governo do Estado de Mato Grosso reservou 50.000 hectares de terra para o patrimônio da povoação de Dourados. Em 20/12/1935, o Decreto Estadual de nº 30 elevou-a à categoria de município, desmembrado de Ponta Porã (Gressler, 2005).

Dados da Secretaria Municipal de Planejamento e Meio Ambiente

informam que dos 45.176 domicílios douradenses recenseados em 2000, 74,1% possuíam abastecimento de água pela rede pública, 86,9% tinham o lixo coletado e 26,9%, acesso ao esgoto. A taxa de urbanização em 2005 era de 90,9% com densidade demográfica de 40,37 hab./km² (Mato Grosso do Sul, 2007).

O Censo do IBGE de 2000 retratou que dos 131.948 habitantes com 10 anos e mais, 52.664 (39,9%) não possuíam rendimentos e 45.794 (34,7%) ganhavam até dois salários mínimos. Esse baixo poder aquisitivo é confirmado pelo Coeficiente de Gini de 0,62% e pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,788 (Mato Grosso do Sul, 2007).

Em 2007, o IBGE de 2007 registrou uma população de 181.869 habitantes no município. O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) que, em seu site, divulga informações demográficas e socioeconômicas, estimou que em 2007 Dourados apresentava uma população idosa residente de 15.753 pessoas, que representavam 8,7% da população total (Brasil. DATASUS, 2008). A Tabela 4.2 apresenta a distribuição dos idosos por sexo e faixa etária.

Tabela 4.2 – Distribuição dos idosos residentes no município de Dourados por sexo e faixa etária. Dourados/MS, dezembro de 2007.

Faixa Etária em anos	Masculino		Feminino	
	N	%	n	%
60 a 69	4.293	57,3	4.598	55,7
70 a 79	2.291	30,6	2.536	30,7
80 e mais	907	12,1	1.128	13,6
Total	7.491	100,0	8.262	100,0

Fonte: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

4.2.2.1 Sistema Municipal de Saúde

O Plano Diretor de Regionalização de Mato Grosso do Sul dividiu o Estado em três regiões (Campo Grande, Dourados e Três Lagoas). Dourados é o município pólo da região sul, servindo de referência em assistência na atenção especializada e hospitalar de baixa, média e alta complexidade para 34 municípios vizinhos. Dispõe de oito hospitais, sendo seis conveniados ao Sistema Único de Saúde, com 482 leitos, e duas instituições privadas, com 171 leitos.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Município em 1998, inicialmente com duas equipes. Atualmente, a Atenção Básica dispõe de três Unidades Básicas de Referência, 23 Unidades Básicas de Saúde da Família na área urbana e sete na zona rural. Após 10 anos de implantação, a ESF conta com 31 equipes ESF, na área urbana e cinco na rural. Existem nove Estratégias de Agente Comunitário de Saúde (EACS), sendo sete no perímetro urbano e dois nas reservas indígenas.

Em 2008, as Unidades Básicas de Referência (Figura 4.4) foram reestruturadas para comportar as três equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF Seleta e Santo André são compostos por médico ginecologista, pediatra, psicóloga, fisioterapeuta e farmacêutica. O NASF Vila Rosa conta com nutricionista, porém não possui fisioterapeuta.

O NASF foi aprovado no Conselho Municipal de Saúde e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em 2008, porém, no momento aguarda o credenciamento do Ministério da Saúde.

As Unidades Básicas de Saúde da Família localizam-se em bairros afastados do centro, constituídos basicamente por trabalhadores do setor agropecuário, do comércio e da indústria, sendo que em algumas dessas áreas predominam famílias com baixo poder aquisitivo.

Em agosto de 2008, as equipes ESF e EACS de Dourados proporcionavam cobertura populacional de 65,0% e haviam cadastradas 31.690 e 3.399 famílias, respectivamente.

Figura 4.4: Localização das Unidades Básicas de Referência

Dentre os profissionais que atuam nas ESF e EACS, há 35 médicos, 39 enfermeiros, 04 coordenadores, 72 auxiliares de enfermagem, 269 agentes comunitários, 35 odontólogos e 38 auxiliares de consultório dentário².

A Atenção Especializada é composta por diversas unidades e programas, a saber:

- Ambulatório de Saúde Mental: oferece consultas médicas psiquiátricas;
- Centro de Atenção Psico-Social em Saúde Mental: equipe formada por psicólogas, terapeuta ocupacional e enfermeira.
- Centro de Atenção Psico-Social Álcool e Drogas para o atendimento de pacientes alcoolistas, usuários de drogas e tabagistas.
- Residência Terapêutica destinada a pacientes psiquiátricos.
- Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador que atende trabalhadores formais e informais, acidentes de trabalho, faz acompanhamento psicológico e vigilância em saúde do trabalho.
- Serviço de Atendimento Especializado para atendimento de usuários soropositivos para HIV/Aids e Centro de Testagem e Aconselhamento. Disponível a qualquer pessoa que tenha se exposto a uma situação de risco, oferece teste gratuito e aconselhamento pré e pós testagem.

² Informação fornecida por Terezinha Picolo da Silva - Coordenadora Geral da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados, em entrevista concedida à pesquisadora na data de 05/11/2008.

- Centro de Controle de Hepatopatias destinado a pacientes com hepatopatias e patologias gástricas.
- Complexo PAM (Posto de Atendimento Médico) que inclui o Centro Especializado em Hipertensão e Diabetes, no qual pacientes hipertensos e diabéticos são atendidos por endocrinologista e nutricionista. Alberga ainda o Programa de Saúde do Idoso que, por falta de geriatra no município, só dispõe de uma enfermeira. Oferece serviços de fisioterapia, raios X, imunização e consultas de neurologia. É também um Centro de Referência para Tuberculose e Hanseníase, um Centro Especializado da Criança e do Adolescente em risco físico ou emocional e abriga o Programa de Ostomizados, que realiza recepção, cadastro e orientação sobre os critérios para o fornecimento de bolsas coletoras e cuidados com a ostomia.
- Centro de Atendimento à Mulher é a unidade secundária, referência para a realização de mamografia, ultra-som obstétrico e morfológico, densiometria óssea, planejamento familiar e atendimento à gestante de alto risco.
- Centro Homeopático para crianças e adultos.
- SAMU - serviço de atendimento móvel de urgência pré-hospitalar 24 h.
- Ambulatório de Especialidades do Hospital Universitário

Dourados apresentou em 2007 o menor Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) dos últimos quatro anos, com uma redução de 19,2% (vide

Figura 4.5) em relação ao ano anterior³.

Mesmo assim o município ainda mantém seu CMG acima 4,5 por mil habitantes, o que expressa a sensibilidade do Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM.

Figura 4.5 - Evolução do CMG em Dourados/MS, 2004-2007
Nota: Coeficiente por 1.000 habitantes.

As cinco primeiras causas de óbito no município não apresentaram alteração no período analisado (vide Figura 4.6), com exceção das mortes por neoplasias e causas externas que, nos dois primeiros anos do período apresentaram um equilíbrio, com o subsequente aumento das causas externas de óbito.

³ Dourados. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007. Dourados; 2008.

Figura 4.6 - Evolução das principais causas de morte em Dourados/MS, 2004-2007
 Fonte: Dourados. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2007.Dourados;2008.

O SIM municipal apresentou um índice de 0,5% de causas mal definidas, valor este 28,5% menor que o ano anterior, o que reflete a sensibilidade do sistema municipal na definição de causas de óbito. A mortalidade por sexo foi maior em homens (61,8%) do que em mulheres (38,2%), fato relacionado principalmente as mortes por causas externas.

Em 2007, as principais causas de internação hospitalar foram: gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório, doenças infecciosas e parasitárias, causas externas (lesões, envenenamentos) e doenças do aparelho digestivo, totalizando 14.141 internações. As pessoas com 60 anos e mais responderam por 2.993 internações, ou seja, 21,2% do total (Brasil, 2007).

Também em 2007, a imunização para os idosos superou a meta pactuada de 70%, ou seja, 11.661 pessoas (87,49%) foram vacinadas contra a gripe no município.

4.2.2.2 Sistema Municipal de Assistência Social

A Secretaria Municipal de Assistência Social e Economia Solidária (SEMASES) de Dourados foi criada em 2000 e as ações voltadas para a pessoa idosa são recentes. A Política Municipal da Pessoa Idosa foi promulgada em 29 de novembro de 2004, através da Lei nº 2.717, e a partir dessa data foi instituído o Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa (Dourados, 2004).

O município possui uma rede de suporte social reduzida frente à demanda significativa de idosos que necessitam de atenção especializada, tanto na área social quanto de saúde. Em junho de 2008, a rede formal de atendimento e proteção social destinada aos idosos em Dourados era constituída por entidades governamentais e não governamentais, a saber⁴:

- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social, órgão público municipal que oferece serviços continuados de proteção básica de assistência social a famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social. É a porta de entrada dos usuários à rede de proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social. No total, são cinco unidades no município, sendo quatro na zona urbana e uma na reserva indígena, todas localizadas em áreas de vulnerabilidade social. Todas possuem o Programa de Atenção Integral a Família – PAIF, que promove o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, com o suporte de uma equipe multiprofissional que orienta a família sobre garantia de direitos,

⁴ Informação fornecida por Bárbara Nicodemos – Coordenadora de Proteção Social Básica da SEMASES

inserção nos serviços socio-assistenciais da rede de proteção social básica (Brasil, 2006c).

- CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social, unidade pública municipal de prestação de serviços especializados e continuados a indivíduos e famílias com direitos violados. Promove a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar a ação para os seus usuários, envolvendo um conjunto de profissionais e processos de trabalhos que devem ofertar apoio e acompanhamento individualizado especializado (Brasil, s/d). Há apenas um CREAS no município, que centraliza o atendimento do Disque-denúncia contra a violência à pessoa idosa, o Programa Viva Mulher (Centro de Atendimento à mulher vítima de violência), o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, o Centro de Atendimento ao Adolescente em medidas socioeducativas e liberdade assistida e o Programa de enfrentamento ao abuso e a exploração sexual de crianças e adolescentes.
- Centro de Convivência do Idoso André Chamorro é administrado pelo município, atende pessoas com idade acima de 55 anos, de ambos os sexos, independentes fisicamente, com ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida por meio de atividades físicas (Projeto Ativa-idade, com ginástica, natação, hidroginástica e capoterapia), de lazer, culturais (Projeto Encantando, com coral, grupo de teatro e de poesia), de cidadania (Projeto Está Tudo no Estatuto), bem como de geração de renda (Projeto Fazendo Arte,

com cursos de qualificação profissional). Também realiza atendimento de serviço social com visita domiciliar e expedição de carteira de transporte intermunicipal. Em média, 700 idosos são beneficiados mensalmente por esses projetos.

- Lar do Idoso: instituição de natureza privada, de longa permanência, com capacidade para atender 50 idosos. Desenvolve ações de saúde (higiene e alimentação), lazer e recreação.
- Pastoral do Idoso: composta por voluntários da Igreja Católica que fazem visitas de cunho religioso a pessoas idosas e auxiliam nos cuidados de higiene de idosos acamados, oferecendo-lhes ainda ajuda material, na forma de medicamentos e fraldas geriátricas.

4.3 Casuística

Das 31 equipes ESF existentes na área urbana, 28 participaram do estudo, uma vez que, por ocasião da coleta de dados, nem todas estavam consolidadas, ou seja, não possuíam os cadastros das famílias residentes na área de abrangência.

Foi utilizado como critério de inclusão, pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas nas equipes ESF, tendo sido excluídos os idosos incapazes de se comunicar, os indígenas residentes nas aldeias e também aqueles que se recusaram a participar ou a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

O tamanho inicial da amostra foi calculado em 454 idosos, considerando o nível de significância de 5%, para detectar diferenças de

pelo menos 10% com poder do teste de 80%. O cálculo baseou-se em uma proporção de 0,192 idosos com incapacidade funcional na população acima de 60 anos (Duarte, 2003).

Para o cálculo dos idosos por equipes, utilizou-se a técnica de amostragem aleatória simples. Foram sorteados 672 idosos e, destes, cinco recusaram-se a participar do estudo, 135 não se encontravam no domicílio no momento da coleta de dados e 29 foram excluídos pela incapacidade de se comunicar, resultando em 503 participantes.

4.4 Etapas da pesquisa

Para a captação dos sujeitos da pesquisa, foram dados os seguintes passos:

a) houve o sorteio aleatório das equipes de Saúde Família com o intuito de organizar um cronograma de coleta, sendo estabelecido o período de cinco a sete dias para cada ESF;

b) o cronograma com a relação das ESF foi encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde de Dourados para que a mesma divulgasse-o entre as equipes (Apêndice 1);

c) cada equipe foi contatada por telefone pela pesquisadora para agendamento do início das atividades;

d) feito o agendamento, a pesquisadora comparecia à UBSF para explicar o objetivo do estudo aos enfermeiros e agentes comunitários de saúde, apresentar o questionário sociodemográfico e econômico, bem como

os instrumentos de medida e o mapa mínimo de relações do idoso;

e) realizava-se então o sorteio aleatório dos prontuários de família, tendo sido utilizado para isso o programa Microsoft Excel™ versão 97-2003. Em média, eram sorteados 18 números que correspondiam ao número do prontuário das famílias cadastradas. Os números sorteados variaram de 1 a 150, sem reposição. Cada número sorteado equivalia ao número do prontuário de família de uma microárea. Assim, ao sortear o número 15, por exemplo, este correspondia à família 15 em todas as seis microáreas (excepcionalmente, havia equipes com sete microáreas). Este método visou garantir pelo menos um idoso por microárea;

f) quando havia idoso no prontuário sorteado, este era separado. Nos casos em que não havia idosos em nenhum dos 18 prontuários sorteados, optou-se por escolher outros, acrescentando e diminuindo um ao número sorteado, até conseguir pelo menos um idoso por microárea. Por exemplo: sorteado o prontuário 15, sem idoso, acrescentava-se e ou se diminuía um o número sorteado (15), o que resultava nos prontuários 16 e 14, verificando em seguida se havia idosos nessas famílias. O número total de prontuários sorteados e idosos entrevistados pode ser verificado no Apêndice 2;

g) após ter em mãos a relação dos prontuários, utilizava-se os dados da Ficha A do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que é preenchida pelos ACS no momento do cadastramento da família. O SIAB possui informações sobre o número de pessoas que vivem na mesma residência, seus nomes, sexo, data de nascimento e idade, ocupação, alfabetização e patologias, bem como a situação de moradia e saneamento,

se alguém na família possui plano de saúde, os meios de transporte mais utilizados e a participação da família em grupos comunitários;

h) de posse dessas informações, agendava-se o dia e o horário para entrevistar os idosos.

O estudo foi realizado por meio de entrevistas domiciliares, na presença do ACS ou do enfermeiro(a) da Equipe Saúde da Família (ESF). Utilizou-se um questionário estruturado (Apêndice 3) para as variáveis sociodemográficas e econômicas, acrescido dos testes de rastreio. Um estudo piloto foi efetuado com 30 idosos para definir adaptação do questionário e colocar os entrevistadores em contato direto com a situação real.

O período da coleta de dados ocorreu entre junho de 2007 a março de 2008 e o tempo gasto nas entrevistas variou entre 20 e 85 minutos (média de 40,7 minutos, $dp = 10,4$ e mediana = 40).

Quanto aos entrevistadores:

- em nove equipes a coleta foi realizada somente pela pesquisadora responsável pelo estudo;
- em 16, a coleta da dados contou com a participação de duas acadêmicas da graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e uma auxiliar de enfermagem que foram treinadas pela pesquisadora por um período de 20 horas (teoria e prática). As acadêmicas e a auxiliar de enfermagem só foram liberadas para coletar os dados

sozinhas depois que o índice de concordância entre as aplicações (parte prática) foi igual ou superior a 70%.

- nas equipes 15, 16 e 28, também foram entrevistadores os agentes comunitários de saúde e a enfermeira da equipe 16. Ressalta-se que as ACS e a enfermeira não realizaram as entrevistas sozinhas. Todas foram acompanhadas pela pesquisadora, pelas acadêmicas ou pela auxiliar de enfermagem que já haviam sido previamente capacitadas⁵.

4.5 Descrição dos instrumentos de medida

A avaliação do estado funcional, em suas múltiplas dimensões, é vital para avaliar as necessidades de saúde do idoso. Envolve aspectos complexos e variados, de modo a estimar sua capacidade para realizar atividades rotineiras.

A revisão de literatura sobre o tema nas bases de dados DEDALUS, LILACS, MEDLINE e SCIELO, referente ao período de 1993 a agosto de 2006, permitiu identificar 86 pesquisas que fizeram referência a 108 instrumentos diferentes, assim distribuídos: funcionamento físico (23), mental (43), estado geral ou qualidade de vida (42). Os instrumentos mais usados foram: Índice de Katz, Escala de Barthel, Escala Lawton e Brody,

⁵ As equipes 15, 16 e 28 foram escolhidas pela Superintendência da Atenção Básica como projeto unidades-piloto para a implantação de instrumentos padronizados para a avaliação do estado de saúde de idosos. Assim, a pesquisadora ministrou um curso de capacitação para os enfermeiros e ACS das equipes envolvidas, o que ocorreu paralelamente a esse estudo. Após o curso, como parte do treinamento prático, enfermeiros e agentes realizaram visitas para a aplicação dos instrumentos, sempre sob a supervisão da pesquisadora, das acadêmicas ou da auxiliar de enfermagem previamente capacitadas.

Medida de Independência Funcional (MIF), Escala de Depressão Geriátrica, Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e SF-36.

Dentre as escalas específicas para acompanhar pacientes com incapacidades, a MIF foi o instrumento mais citado e, por ser validada e adaptada para a realidade brasileira, foi eleita para uso neste estudo. Seguindo o mesmo critério, a Escala de Depressão Geriátrica e o Mini-Exame do Estado Mental também foram selecionados.

4.5.1 Dados de caracterização da amostra

O instrumento elaborado para coletar os dados sociodemográficos, econômicos e as condições de saúde do idoso pode ser encontrado no Apêndice 3.

4.5.2 The Nutrition Screening Initiative – NSI – Determinação do Risco Nutricional: Anexo 1

Vários instrumentos têm sido usados na tentativa de identificar os idosos desnutridos ou em risco nutricional. O *The Nutrition Screening Initiative* (NSI) é uma escala de risco nutricional composta por dez perguntas, auto-aplicável, criada para ser utilizada na atenção primária à saúde com o objetivo de despertar a consciência sobre problemas nutricionais, mesmo não sendo capaz de prever a mortalidade (Staab, Hodges, 1996; Acuña, Cruz, 2004).

O NSI foi desenvolvido em 1991, nos Estados Unidos da América (EUA), por organizações (farmacêuticas, de suplemento alimentar, American Dietetic Association, The American Academy of Family Practice) com a

finalidade de identificar indivíduos, com 65 anos e mais, em risco nutricional. Uma lista com dez itens foi criada para que o próprio idoso pudesse determinar sua saúde nutricional (Posner et al. 1993; Bryan, Jones, Russel, 1998). Esta lista com 10 itens é conhecida como determinação da saúde nutricional pelo próprio idoso (DETERMINE Your Nutritional Health Checklist) sendo classificada como NSI I. Os profissionais de saúde, médicos e nutricionistas utilizam o NSI I I que compreende avaliação de peso, altura, circunferência abdominal, prega cutânea, exames bioquímicos e uso de testes de rastreio para déficit cognitivo e sintomas depressivos (The Nutrition Screening Initiative, 1994; Rush, 1997).

O NSI ou “Determinação da Saúde Nutricional” possibilita identificar indivíduos com riscos de deficiências nutricionais como consequências de doenças crônicas, incapacidades funcionais, isolamento social, consumo de alimentos inadequados, alcoolismo, problemas mentais, uso excessivo de medicamentos e perda de peso involuntária (Najas, Nebuloni, 2005).

A soma dos pontos permite diferenciar os idosos em três grupos: baixo risco nutricional: 0 a 2 pontos; risco moderado: 3 a 5 pontos e alto risco: 6 pontos ou mais.

A pontuação e a condição nutricional determinam a seguinte conduta: idosos com 0 a 2 pontos devem ser reavaliados em seis meses, os que obtiverem de 3 a 5 pontos devem ser reavaliados em três meses e aqueles com seis pontos ou mais devem ser encaminhados ao médico, nutricionista ou assistente social (Posner et al. 1993; Staab, Hodges, 1996; Najas, Nebuloni, 2005).

Esse instrumento é utilizado rotineiramente nos EUA e em outros

países, como Espanha e Turquia, por ser simples e poder ser administrado tanto por um profissional de saúde como por um membro da família. (Bryan, Russell, 1998; Casimiro, Lorenzo, Usán, 2001; Berner 2003; Kucukerdonmez et al. 2005).

Em New England (EUA), foi desenvolvido um estudo com 749 idosos com idade a partir de 70 anos para avaliar a acurácia do NSI. Os pesquisadores concluíram que os pontos de corte para risco baixo ou sem risco (0 a 2), risco moderado (3 a 5) e alto risco ($\geq$ a 6), apresentaram sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo de 45,8%, 84,8% e 55,6%, respectivamente, na detecção de riscos nutricionais decorrentes de baixa ingestão de nutrientes e de problemas de saúde entre idosos não institucionalizados, além de comprarem que é de fácil utilização. Ressaltaram que o NSI não é uma ferramenta para diagnóstico clínico e nem se destina a substituir uma abrangente avaliação do estado nutricional. No entanto, o instrumento permite identificar pessoas com baixa ou inadequada ingestão alimentar (Posner et al. 1993).

No Brasil, entretanto, seu uso ainda é muito restrito. Foi usado no Projeto Passo Fundo-RS, que teve por objetivo descrever os indicadores de saúde de idosos participantes de grupos da Terceira Idade. Dos 338 idosos investigados, 27,8% apresentavam risco nutricional moderado e 16,6%, risco nutricional alto (Stobbe et.al. 2005).

Nos países em desenvolvimento, a exemplo do Brasil, onde existem dificuldades em mensurar o risco nutricional e seu impacto na saúde pública ou na prática clínica, é fundamental a utilização de instrumentos que indiquem o risco nutricional de maneira relativamente acurada, rápida e

pouco onerosa.

Assim, o NSI faz parte do conjunto de medidas para diagnosticar o risco nutricional de idosos no município de São Paulo desde 2004, de acordo com o Decreto nº 44.828 que dispõe sobre a garantia de educação nutricional à população carente e ao idoso (São Paulo, 2004a).

4.5.3 Medida de Independência Funcional – MIF: Anexo 2

A MIF é um indicador de incapacidade que avalia a intensidade da assistência ofertada por uma terceira pessoa à pessoa incapacitada. Foi desenvolvida na década de 80 do século XX, com o intuito de padronizar conceitos sobre incapacidade para produzir um instrumento único, capaz de avaliar o processo de reabilitação de forma global dos pacientes, com ênfase nas atividades cotidianas.

A versão brasileira da MIF foi validada por Riberto et al. (2001; 2004) e apresenta propriedades psicométricas comprovadas, sensibilidade para detectar pequenas alterações funcionais e mensurar não apenas o que o idoso é capaz de fazer, mas o quanto necessita da ajuda de terceiros para executar as suas atividades.

O instrumento é composto por 18 categorias, agrupadas em seis dimensões: autocuidado, controle de esfínteres, transferências, locomoção, comunicação e cognição social. No total, são 18 atividades da vida diária, medidas numa escala de sete níveis. Cada categoria englobada nas dimensões tem uma pontuação de 1 a 7, sendo que 1 indica dependência completa (assistência total) e 7, independência completa.

Os itens do domínio motor estão subdivididos em dimensões de

autocuidado, controle de esfíncteres, transferências e locomoção. O domínio cognitivo, divide-se nas dimensões de comunicação e cognição social. A Figura 4.7 apresenta a MIF com suas respectivas pontuações.

	DOMÍNIOS	DIMENSÕES	CATEGORIAS
			Alimentação
			Higiene Pessoal
		AUTOUIDADO	Banho
		6 a 42 pontos	Vestir-se acima da cintura
			Vestir-se abaixo da cintura
	MIF		Uso do vaso sanitário
	MOTOR		
	91 pontos	CONTROLE	Controle da urina
		ESFINCTERES	Controle das fezes
		2 a 14 pontos	
MIF TOTAL			
			Leito, cadeira, cadeira de rodas
		MOBILIDADE	Vaso sanitário
126 pontos		3 a 21 pontos	Banheira ou chuveiro
		LOCOMOÇÃO	Marcha/cadeira de rodas
		2 a 14 pontos	Escadas
		COMUNICAÇÃO	Compreensão
	MIF	2 a 14 pontos	Expressão
	COGNITIVA		
	35 pontos	COGNIÇÃO	Interação social
		SOCIAL	Resolução de Problemas
		3 a 21 pontos	Memória

Figura 4.7 - Organização esquemática da composição da Medida de Independência Funcional, em MIF total, domínios, dimensões e categorias com as respectivas pontuações.

A pontuação adquirida em cada área é somada, gerando dois subtotais, para as funções motora e cognitiva, respectivamente. Com a soma de ambos, obtém-se a pontuação final, com mínimo de 18 pontos, que caracteriza um nível de dependência elevado, e máximo de 126, que revela

independência completa.

Os subescores dos níveis de dependência são assim classificados, segundo Ricci, Kubota, Cordeiro (2005):

- 18 pontos: dependência completa (requer assistência total)
- 19 a 60 pontos: dependência modificada (necessita de assistência de até 50% na realização da tarefa)
- 61 a 103 pontos: dependência modificada (necessita de assistência de até 25% na realização da tarefa)
- 104 a 126 pontos: independência modificada/completa.

Este estudo adotou o seguinte critério quanto ao nível de dependência funcional: independência modificada/completa (escore da MIF total ≥ 104) ou com algum grau de dependência (escore da MIF total < 104).

Na literatura científica nacional e internacional há poucos estudos sobre a evolução do quadro funcional de pacientes atendidos em domicílio. Registra-se aqui o estudo de Amendola, Oliveira, Alvarenga (2008), que utilizaram a MIF para a avaliação da independência funcional de idosos atendidos na Atenção Básica. As autoras avaliaram a associação entre a percepção subjetiva da qualidade de vida de cuidadores familiares de pacientes dependentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família, bem como as características sociodemográficas, de saúde, grau de sobrecarga percebida e grau de dependência funcional do paciente, sendo utilizada a MIF para descrever esse último item. Essa investigação foi realizada no município de São Paulo, com 66 pacientes que obtiveram a média de 57,82, na MIF total, portanto, essa amostra foi caracterizada como dependência

modificada.

4.5.4 Mini-Exame do Estado Mental - MEEM: Anexo 3

A demência constitui importante problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento, daí a necessidade de realizar estudos sobre sua incidência e prevalência. A cada cinco anos de aumento da idade, a prevalência de demência dobra: de 3% aos 70 anos, alcança 20% a 30% aos 85 anos. As dificuldades metodológicas para sua avaliação decorrem da necessidade de adequação sociocultural dos instrumentos utilizados para o rastreio e definição dos casos (Scazufca et al., 2002; Charchat-Fichman et al., 2005).

Desenvolvido por Folstein e col., o MEEM é um teste de rastreio para detectar a deterioração cognitiva. Fornece informações sobre diferentes dimensões, tais como orientação, memória de curto prazo (imediata e atenção), memória de evocação, cálculo, praxia, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Foi denominado “mini” porque concentra apenas aspectos cognitivos da função mental e exclui humor e funções mentais anormais (Almeida, 1998).

O MEEM é composto por diversas questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: orientação para tempo (5 pontos), orientação para local (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), lembrança das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos), e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore pode variar de um mínimo de zero pontos, que indica o maior grau de comprometimento cognitivo do

indivíduo, até o máximo de 30 pontos, que atesta a melhor capacidade cognitiva. (Almeida 1998; Brucki et al. 2003).

No Brasil, na primeira versão do MEEM, utilizada por Bertolucci, observou-se influência clara e forte da escolaridade sobre os escores totais (Bertolucci et al., 1999). Constatou-se que vários subitens do MEEM sofriam influência da escolaridade, entre eles as orientações temporal e espacial, a atenção, a leitura, a cópia dos pentágonos e a escrita (Herrera Junior et al. 2002; Brito-Marques, Cabral Filho, 2004) . Em razão disso, adotou-se neste estudo a versão proposta por Brucki et al. (2003), com mudanças nas questões de orientação temporal e espacial.

No item atenção e cálculo, em vez de solicitar aos idosos que soletrassem a palavra MUNDO (de forma invertida ODNUM), tarefa muito difícil para indivíduos com menor escolaridade, optou-se pelo uso do sete seriado. Trata-se de uma seqüência de subtração, ou seja, subtrai-se sete de 100 e depois segue o cálculo subtraindo-se sempre sete dos resultados obtidos até chegar no valor 65 [$100-7=93$, $93-7=86$, $86-7=79$, $79-7=72$, $72-7=65$] (Brucki et al., 2003).

O MEEM tem sido muito usado no Brasil para rastreamento epidemiológico, tanto em estudos em comunidades quanto em hospitais, ambulatorios e instituições de longa permanência. Pontuações diferentes para os variados graus de escolaridade foram propostas, dadas as influências regionais, culturais e socioeconômicas (Nitrini et al., 2005).

O presente estudo adotou como pontos de corte os escores 19/20 (caso/não caso) para os idosos analfabetos e 24/25 (caso/não caso) para os alfabetizados, independentemente dos anos de estudos completos e

categorizou os resultados em normal ou com déficit cognitivo (Brucki et al., 2003; Nitrini et al., 2005).

4.5.5 Escala de Depressão Geriátrica - EDG: Anexo 4

Os idosos apresentam maior risco de depressão e demência. A depressão é uma das doenças que pode levar à perda da autonomia funcional. Diversos estudos internacionais e nacionais têm evidenciado uma prevalência alta de sintomas depressivos nessa população, variando de 10 até 36,8%, resultados que sofrem influência de sexo, idade, escolaridade e nível econômico (Veras, Coutinho, 1991; Snowdon, 2002; Scazufca et al., 2002; Silvestre, Costa Neto, 2003; Barros et al., 2006)

Nesse sentido, é importante pesquisar depressão em todos os pacientes idosos e um dos instrumentos mais utilizados para isso é a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG), que possui versões validadas, com 30, 15, 4 e 1 itens. A versão reduzida, de 15 itens, mostra-se bastante adequada tanto para uso na prática clínica como na pesquisa, já que seu tempo de aplicação é reduzido (Almeida, Almeida, 1999a; 1999b).

A EDG foi desenvolvida para a população idosa, de tal modo que seus itens levam em conta as características da depressão nesses indivíduos. Dependendo da população-alvo, pode ser auto-aplicada ou aplicada por pessoal sem formação médica ou psiquiátrica. Permite que os entrevistados classifiquem os itens como presentes ou ausentes por meio de respostas dicotômicas sim/não.

Estudos brasileiros demonstraram que a versão brasileira da EDG-15

oferece medidas válidas para o diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com os critérios da CID-10 e DSM-IV. O ponto de corte 5/6 (não caso/caso) para a GDS-15 foi o que apresentou melhor equilíbrio, obtendo sensibilidade de 81% e especificidade de 71% (Paradela, Lourenço, Veras, 2005; Castelo, 2004).

Assim, nesta pesquisa optou-se pelo ponto de corte 5 e os escores entre 0 e 5 foram categorizados como normal (sem sintomas depressivos) e escores maiores ou iguais a 6, como sintomas depressivos (Cerqueira, 2003; Paradela, Lourenço, Veras, 2005; Brasil, 2006b).

4.5.6 Mapa Mínimo de Relações do Idoso - MMRI: Anexo 5

A rede social pessoal pode ser definida como a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou aquelas que se diferenciam da massa anônima da sociedade (Sluzki, 1997). Pode ser registrada na forma de um mapa mínimo que inclui todos as pessoas com quem o indivíduo interage.

O mapa pode ser sistematizado em quatro quadrantes que representam a família, os amigos, a comunidade e as relações com os serviços de saúde e/ou social. Sobre esses quadrantes inscrevem-se três áreas, a saber:

- um círculo interno de relações mais próximas, cujos contatos sejam realizados pelo menos uma vez por semana;
- um círculo intermediário de relações pessoais que envolve encontros que ocorrem pelo menos uma vez por mês;

-
- um círculo externo de conhecimento e contatos ocasionais, pelo menos uma vez por ano.

Os relacionamentos significativos são dispostos nos círculos para simbolizar os diversos graus de proximidade. Para configurar um mapa de relações são necessários dois conceitos: a proximidade do relacionamento, segundo a percepção do pesquisado, e a frequência com que o contato ocorre.

O Mapa Mínimo de Relações de Sluzki atende esses dois conceitos fundamentais e foi adaptado e modificado por Domingues para identificar a rede de suporte social de idosos, após ter sido submetido a um processo de adequação a essa população, passando então a ser denominado Mapa Mínimo de Relações do Idoso (MMRI). Foi submetido à análise de um grupo de especialistas para validação consensual pela técnica Delfos (Domingues, Derntl, Ourique, 2005).

O MMRI apresenta as seguintes vantagens sobre outros tipos de instrumentos: é de rápida aplicação, pode ser aplicado por qualquer profissional de uma equipe multiprofissional e, por ser gráfico, permite a identificação e a visualização dos vínculos significativos mencionados pelo idoso (Domingues, Derntl, 2005).

Pode ser categorizado estruturalmente pelo tamanho, ou seja, pelo número de pessoas efetivamente significativas para o idoso. Segundo Sluzki, há indicativos que as redes de tamanho médio são mais efetivas que as redes pequenas ou muito numerosas. As redes mínimas proporcionam situações de sobrecarga ou tensão para os familiares, principalmente os

cuidadores, enquanto que as redes muito numerosas correm o risco da inafetividade, baseada na suposição de que “alguém” já deve estar cuidando do problema (Sluzki, 1997).

O tamanho da rede de suporte social corresponde ao número de registros no MMRI, segundo a percepção do idoso. Além do tamanho, esse instrumento permite conhecer a amplitude dos relacionamentos significativos mencionados em cada quadrante, ou seja, pela composição (membros da família e da comunidade), por círculo (frequência de contatos) e por função desempenhada. Dessa forma, seguindo a orientação de Domingues (2004) definiu-se neste estudo como rede **pequena** a presença de até duas pessoas no primeiro círculo; **média**, entre três e cinco pessoas, e **grande**, acima de seis pessoas nesse círculo. O tamanho da rede foi obtido pela divisão do número total de pessoas citadas no primeiro círculo pelo número de idosos pesquisados.

4.6 Variáveis do Estudo

Borrell (1997) apresenta um conjunto de indicadores para estudar desigualdades sociais em saúde: de nível socioeconômico (ocupação, renda, possuir ou não casa própria, possuir ou não saneamento básico e educação); de saúde (morbidade) e de utilização de serviços de saúde. Segundo a autora, os mais usados são o estado de saúde e a limitação da atividade (doenças crônicas, limitações das atividades por causa de transtorno crônico, número de dias de atividade restringida por pessoa, estado de saúde percebido, número de visitas ao médico, número de vezes de entradas no hospital, consumo de tabaco e frequência de atividade

física).

4.6.1 Variáveis independentes

As variáveis sociodemográficas e econômicas escolhidas para esse estudo foram:

- Naturalidade: sigla do Estado ou do país de origem.
- Tempo de residência em Dourados: em anos completos.
- Idade: categorizada por faixa etária de 60 a 69, 70 a 79 e 80 anos e mais.
- Sexo: masculino ou feminino.
- Cor da pele: autodeclarada e classificada⁶ em branca, parda (indígena e amarela) e preta.
- Escolaridade: registrada em anos completos de estudo e depois categorizada em analfabetos e alfabetizados (1^a a 4^a; 5^a a 8^a séries do Ensino Fundamental; Ensino Médio e Ensino Superior).
- Estado civil: solteiro, união consensual, viúvo e separado (divorciado ou desquitado).
- Tempo de viuvez: em anos completos.
- Arranjo familiar: se mora sozinho ou acompanhado.
- Número de filhos nascidos e número de filhos vivos.
- Religião: (qual e se pratica) – católico, protestante ou evangélico, outras, não tem.

⁶ Em seus estudos demográficos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) oferece cinco opções para a auto-declaração da cor da pele: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. Embora a designação preto refira-se à cor e negro, à raça, para fins demográficos, a população negra é constituída pela somatória de pretos e pardos. Porém, essa classificação padece de limitações, uma vez que a designação pardo engloba mulatos, caboclos, morenos, cafuzos e similares, que não se enquadram necessariamente como negros. Neste estudo, optou-se por apresentar separadamente os dados de pretos e pardos (incluindo nessa categoria: indígenas e amarelos). Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. Estudos Avançados 2004;18(50):57-60

- Ocupação⁷ anterior: agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. Após a identificação da ocupação exercida ela foi categorizada de acordo com Classificação Brasileira de Ocupações, nas categorias:
- Grupo 1 – agrupa os empregos que compõem as profissões que estabelecem as regras e as normas de funcionamento para o país, estado e município, organismos governamentais de interesse público e de empresas.
- Grupo 2 – agrega os empregos que compõem as profissões científicas e das artes de nível superior.
- Grupo 3 – agrega os empregos que compõem as profissões técnicas de nível médio.
- Grupo 4 – agrega aqueles que trabalham em rotinas e procedimentos administrativos internos e os que atendem ao público.
- Grupo 5 – compreende as ocupações que prestam serviços às pessoas, serviços de proteção e segurança, venda de mercadorias em comércio e mercados. Consistem em serviços relacionados a viagens, trabalhos domésticos, restaurantes, cuidados pessoais, proteção às pessoas e bens e manutenção da ordem pública.

⁷ A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) é o documento normalizador do reconhecimento da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. Segundo CBO, ocupação é um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo). Fonte: Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego – MET – Classificação Brasileira de Ocupações – CBO. 2002. Livro 1 p4-5.

- Grupo 6 – agrega trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca.
- Grupo 7 – estão compreendidos os trabalhadores da produção de bens e serviços industriais inclusive da construção civil.
- Tempo em que exerceu a ocupação anterior: em anos completos.
- Ocupação atual: atividade que exerce atualmente e há quanto tempo.
- Se ativo ou inativo economicamente. Quando inativo, qual benefício recebido (aposentadoria, pensão, benefício de prestação continuada, outros, nenhum).
- Número de pessoas que residem no domicílio.
- Renda familiar: resultado, em reais, dos ganhos de todos os membros da residência, sendo posteriormente classificada em número de salários mínimos (SM⁸): até 1 SM, entre 1 e 2 SM, e acima de 2 SM.
- Renda *per capita*: resultado da renda familiar dividida pelo número de pessoas que residem com o idoso, classificada em número de salários mínimos (SM): até 0,5 SM, entre 0,6 a 1 SM e acima de 1 SM.
- Posse da residência: se própria, alugada ou cedida;
- Condições de moradia (boa, regular ou precária)⁹ e número de cômodos.

⁸ Salário Mínimo vigente na época da coleta dos dados: R\$ 380,00.

⁹ Características das habitações – (Barata et al., 1997 p.206-7): Boa: construção com material apropriado, uso privativo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupa e composição mínima de quatro cômodos, com utilização de todos os quartos como dormitórios; Regular: construção com material apropriado, uso privativo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas e composição de até três cômodos ou composição mínima de quatro cômodos com utilização dos quartos não como dormitórios e Precária: construção com material

- Saneamento básico: abastecimento de água (rede pública, poço ou nascente), destino das fezes e urina (esgoto, fossa séptica ou a céu aberto) e destino do lixo (coletado, queimado ou enterrado, depositado a céu aberto).
- Classe econômica¹⁰ (Anexo 6): adotou-se o critério de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), de 2003, que considera a quantidade de bens (televisão em cores, rádio, banheiro, automóvel, empregada mensalista, aspirador de pó, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer ou geladeira duplex) e o grau de instrução do chefe de família. Assim, as classes foram distribuídas em A1, A2, B1, B2, C, D e E.
- Rede de suporte social: MMRI.

As variáveis escolhidas para representar as condições de saúde foram:

- Hábitos de vida: tabagismo (sim/não) e etilismo (sim/não).
- Atividade física: se pratica (sim/não), qual e quantas vezes por semana.
- Atividade social: se não participa, grupo religioso e outros.
- AVDs: ter deixado de realizar quaisquer das atividades básicas da vida diária (AVD) por motivo de saúde nas duas últimas semanas: banho, higiene pessoal, vestir-se, uso do banheiro, andar e alimentar-se. Expresso em sim ou não.

adaptado ou uso coletivo de banheiro, cozinha ou tanque de lavar roupas e composição de, pelo menos, um quarto, uma sala, uma cozinha e um banheiro.

¹⁰ A versão de 2003 foi válida até o dia 31/12/2007. A partir de 01/01/2008 entra em vigor nova versão. Esse estudo adotou a versão 2003 em todo período de coleta de dados (junho de 2007 a março de 2008).

- História e frequência de hospitalizações nos últimos seis meses. expresso em sim ou não.
- Número de vezes que procurou atendimento de saúde no mesmo período.
- Queda: se sofreu queda nos últimos 12 meses. Expressa em sim ou não. Em caso afirmativo, a frequência e o local.
- Se a residência possui (sim/não):
 - a) escadas ou degraus;
 - b) tapetes soltos;
 - c) corrimão (barra de segurança) no banheiro.
- Plano de saúde particular: expresso em sim ou não.
- Diagnósticos médicos referidos: expressos em sim ou não: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico (AVC/seqüelas), insuficiência cardíaca, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC - enfisema ou bronquite), osteoartrose, osteoporose, depressão, distúrbios digestivos, problemas de coluna (hérnias e desvios) e incontinência urinária.
- Número de diagnósticos médicos referidos.

4.6.2 Variáveis dependentes

- a) Auto-avaliação de saúde, expressa em três categorias: muito boa/boa, regular, ruim/muito ruim.
- b) Risco Nutricional: sem risco, risco moderado e alto risco.
- c) Grau de Dependência Funcional: expresso em independente e com algum grau de dependência.
- d) Distúrbio Cognitivo: normal e com distúrbio cognitivo.
- e) Sintomas Depressivos: normal e com sintomas depressivos.

4.7 Tratamento e análise dos dados

Inicialmente a análise dos dados foi feita através da apresentação analítica dos resultados em frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo.

Foi calculado o coeficiente de Alpha de Cronbach para avaliar a consistência interna dos escores, sendo indicativo de consistência interna aceitável o valor $\alpha > 0,7$ (Oviedo, Campo-Arias, 2005; Streiner, 2003) e correlação item-total $> 0,4$ (McHorney et al., 1994).

Aplicou-se análise bivariada, utilizando-se o teste de hipóteses para diferenças entre médias (t de Student) para variáveis contínuas e o teste de diferença de proporções (Qui-quadrado de Mantel-Haenzsel) para variáveis categóricas.

Para verificar a associação entre duas variáveis categóricas utilizou-se o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson. Como procedimento alternativo, nos casos em que ocorreu uma frequência esperada menor que dois ou quando mais de 20% das frequências esperadas foram menores que cinco,

aplicou-se o teste exato de Fischer, nas tabelas 2X2 e associação linear por linear em tabelas envolvendo mais de duas linhas ou colunas.

Em seguida, para verificar se as associações observadas entre as variáveis estudadas são próprias delas mesmas ou interferência de terceiras procedeu-se a uma abordagem multivariada através do modelo de regressão logística. Escolha feita em virtude de se adequar à necessidade de controle de múltiplas variáveis de confusão e de se ter utilizado, como variável resposta, um evento binário. Optou-se por transformar todas as variáveis independentes com mais de duas categorias em variáveis do tipo indicadora “dummy”, o que também se prestou à obtenção de “odds ratios” específicos para determinadas categorias de exposição, de interesse para o estudo. O modelo foi estimado com as variáveis que obtiveram, no teste qui-quadrado, valores de p menores ou iguais a 20%. O método de seleção utilizado foi o de trás para frente, *backward*, determinando-se, então, os coeficientes de regressão logística, as razões de chances e seus intervalos de confiança a 95%. O ajuste do modelo foi verificado pelo teste de Wald. Os dados foram analisados por meio do *software* SPSS for Windows, versão 13.0 (SPSS – Statistical Package for the Social Sciences. Inc., Chicago, Estados Unidos).

Os níveis das variáveis de exposição, que foram submetidos à análise, foram definidos *a priori* de acordo com o protocolo de pesquisa. Todos os resultados foram analisados considerando-se o valor de $p < 0,05$ como diferença significativa. (Dawson, Trapp, 2003)

4.8 Aspectos éticos

Os procedimentos utilizados não apresentaram riscos ou prejuízos para os sujeitos da pesquisa. Foram cumpridas as exigências da Resolução 196/96 e a participação de cada idoso foi autorizada pelo mesmo ou por seu responsável legal, por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 4).

O Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo aprovou o estudo (processo nº 593/2006 – Anexo 7) e a Secretaria Municipal de Saúde de Dourados autorizou sua realização.

Todos os resultados que denotavam risco à saúde do idoso entrevistado foram notificados à respectiva equipe de saúde e também à Superintendência da Atenção Básica do município para que fossem investigados. Para definir quais os dados passíveis de notificação, adotou-se o seguinte critério:

- Risco Nutricional: maior que 6.
- Medida de Independência Funcional: MIF total menor que 104.
- Mini-Exame do Estado Mental: menor que 20 (analfabeto e alfabetizado).
- Escala de Depressão Geriátrica: maior que 5.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 Perfil sociodemográfico

As características sociodemográficas dos 503 idosos entrevistados encontram-se reunidas na Tabela 5.1, na qual se observa maior concentração de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, com baixa escolaridade e predomínio do sexo feminino.

A média de idade foi de 72,6 anos ($dp=8,03$) para o masculino e 70,9 anos para o feminino, sendo que esta última foi significativamente menor ($t=2,28$; $p=0,023$). A média de anos de estudo foi de 1,6 ($dp=2,4$; mínimo de zero e máximo de 16 anos). Foram registrados 95 (35,6%) analfabetos entre os idosos do sexo masculino e 172 (64,4%) entre o do sexo feminino.

Entre os 216 viúvos, a média de tempo de viuvez foi de 15,0 anos ($dp=11,4$) e 180 (83,3%) eram mulheres. Entre os que conceberam filhos, a média de nascidos vivos foi de 6,5 ($dp=3,9$) e, no momento da entrevista, a média de filhos vivos era de 5,2 ($dp=2,9$).

Para aqueles que professaram algum tipo de religião, 370 (75,4%) freqüentavam o culto religioso.

Tabela 5.1 - Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo características sócio-demográficas. Dourados/MS, 2008.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	156	31,0
Feminino	347	69,0
Faixa Etária		
60 a 69 anos	233	46,3
70 a 79 anos	191	38,0
80 anos e mais	79	15,7
Etnia/Cor da pele		
Branca	365	72,6
Preta	56	11,1
Parda	82	16,3
Estado Civil		
Viúvo	216	42,9
União consensual	208	41,4
Separado	65	12,9
Solteiro	14	2,8
Escolaridade		
Analfabeto	267	53,1
1ª a 4ª série E.Fund.	187	37,2
5ª a 8ª série E.Fund.	42	8,3
Ensino Médio/Superior	7	1,4
Religião		
Católico	284	56,5
Evangélico	196	39,0
Outras	11	2,1
Não tem	12	2,4
Total	503	100

Quanto à naturalidade, 176 (35,0%) eram oriundos da região sudeste, 160 (31,8%) da região nordeste, 132 (26,2%) da centro-oeste, 26 (5,2%) do sul, seis (1,2%) da região norte, dois (0,4%) do Paraguai e um (0,2%) não informou a naturalidade. Duzentos e setenta e cinco (54,7%) idosos viviam em Dourados pelo menos há 30 anos (média=31,8; dp=19,5 e mediana = 30). Ressalta-se que todos os idosos eram naturais de cidades interioranas, relatando ter nascido em sítios ou fazendas e que desde muito cedo foram trabalhar na lavoura com os pais. A Figura 5.1 apresenta a distribuição dos idosos de acordo com a naturalidade.

Figura 5.1 - Distribuição da frequência dos idosos segundo a naturalidade por (UF)

A Tabela 5.2 apresenta a distribuição dos idosos entrevistados de acordo com a ocupação anterior, com base na Classificação Brasileira de Ocupação (CBO). A totalidade dos homens referiu ter exercido atividade laboral pregressa por um tempo médio de 32,7 anos (dp=15,3). As 262 mulheres que exerceram atividade fora do lar, o fizeram por um tempo médio

de 29,0 anos (dp=15,2) sendo a mediana de 30 anos para ambos os sexos. Ressalta-se que o tempo de atividade profissional não coincide com o tempo de contribuição previdenciária, haja vista que 76 (15,1%) inativos não recebiam benefício algum e 25 (5,0%) recebiam o *Benefício de Prestação Continuada*, no valor de um salário mínimo, destinado a quem tem mais de 65 anos de idade, sem direito à Previdência Social e com renda *per capita* inferior a 1/4 do SM.

Tabela 5.2 - Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo ocupação anterior de acordo com CBO. Dourados/MS, 2008.

Ocupação – Atividade na área	N	%
Sexo Masculino		
Grupo 6 – setor agropecuário	85	54,5
Grupo 5 – serviços pessoais e à coletividade	34	21,8
Grupo 7 – construção civil	28	17,9
Grupo 7 – trabalhadores das indústrias	4	2,6
Grupo 4 – serviços administrativos	5	3,2
Total	156	100
Sexo Feminino		
Grupo 6 – setor agropecuário	137	39,5
Grupo 5 – serviços pessoais e à coletividade	113	32,5
Grupo 3 – técnicas de nível médio	1	0,3
Grupo 4 – serviços administrativos	8	2,3
Grupo 2 – profissões científicas – nível superior	3	0,9
Nenhuma atividade - “do lar”	35	24,5
Total	347	100
Total	503	100

Em relação aos domicílios, verificou-se que 439 (87,3%) eram próprios, 421 (83,7%) de tijolos, 333 (66,2%) com cinco a sete cômodos, 121

(24,1%) com até quatro cômodos e apenas 49 (9,7%) com mais de sete cômodos; 410 (81,5%) recebiam fornecimento de água pela rede pública e o restante utilizava poços artesianos; 416 (82,7%) residências tinham fossa séptica, 84 (16,7%) possuíam esgoto encanado e em apenas três (0,6%) os dejetos eram descartados a céu aberto. O lixo era coletado pela prefeitura em 496 (98,6%) domicílios e somente sete (1,4%) queimavam-no. A Tabela 5.3 apresenta outros resultados socioeconômicos.

A média de tempo da ocupação atual foi de 12,9 anos ($dp=11,0$ e mediana=10 anos). Quanto à renda familiar, 163 (32,4%) recebiam um salário mínimo (SM) ou menos por mês, 162 (32,2%) entre um e dois SM e 178 (35,4%), mais que dois SM por mês. Em relação à renda *per capita*, 415 (82,5%) recebiam até um salário mínimo. Observa-se, portanto, que parte dos proventos do idoso estava sendo usada para o sustento das demais pessoas que dividiam a moradia. A esse respeito, verificou-se que o número médio de pessoas que viviam na residência era de 2,9 (mediana=3,0 e $dp=1,6$), sendo que 156 (31,0%) idosos residiam com outra pessoa, 111 (22,0%) com duas pessoas, 60 (12,0%) com três, 45 (9,0%) com quatro e 40 (8,0%) com cinco ou mais pessoas.

Segundo a classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), dentre os idosos pesquisados, 346 (68,8%) situavam-se na classe D, 90 (17,9%) na classe C, 61 (12,1%) na classe E, cinco (1,0%) na classe B2 e apenas um (0,2%) na classe B1.

Tabela 5.3 - Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo características socioeconômicas. Dourados/MS, 2008.

Variáveis	N	%
Arranjo Familiar		
Acompanhado	417	82,9
Sozinho	86	17,1
Condição Econômica Ativa		
Não	470	93,4
Sim	33	6,6
Ocupação Atual		
Aposentado	273	54,3
Pensionista	113	22,5
Outros	41	8,2
Nenhum	76	15,0
Casa Própria		
Sim	439	87,3
Alugada	25	5,0
Cedida	39	7,8
Condições de moradia		
Boa	370	73,5
Regular	101	20,1
Precária	30	6,0
Não informado	2	0,4
Renda Per Capita (Salário Mínimo)		
Até 0,5 SM	153	30,4
0,6 a 1 SM	262	52,1
□ 1 SM	88	17,5
Total	503	100

5.2 Estado de saúde

Em relação aos cuidados com a saúde, verificou-se que apenas 66 (13,1%) possuíam histórico de hospitalização, sendo que destes, 52 (78,8%) haviam sido internados uma única vez nos seis meses anteriores à data da entrevista. Quanto à procura por serviços de saúde, no mesmo período, 437 (86,9%) responderam positivamente, sendo que 238 (47,3%) procuraram quatro vezes ou mais e 199 (39,6%) entre uma e três vezes. Sessenta e seis pessoas (13,1%) referiram não ter procurado os serviços de saúde no período. Destaca-se que 453 (90,1%) dos idosos informaram não possuir plano de saúde privado, contando exclusivamente com serviços próprios do SUS.

A Tabela 5.4 apresenta a distribuição dos entrevistados segundo hábitos de saúde, prática de atividade física e participação social. Dentre os 129 que referiram praticar atividade física, 103 (79,8%) citaram a caminhada e os demais dividiram-se em: andar de bicicleta, ginástica, hidroginástica, yoga, natação e alongamento para a coluna. A proporção dos que realizavam atividade física foi maior entre as mulheres, 63,6% contra 36,4%.

Tabela 5.4 - Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo hábitos de saúde, atividade física e participação social. Dourados/MS, 2008.

Variáveis	N	%
Tabagismo		
Não	429	85,3
Sim	74	14,7
Alcoolismo		
Não	466	92,6
Sim	37	7,4
Prática de Atividade Física		
Não	374	74,4
Sim	129	25,6
Participação Social		
Não	407	80,9
Sim	96	19,1
Total	503	100

Trinta e três (6,6%) idosos deixaram de realizar alguma atividade da vida diária nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista. E, nos últimos 12 meses, 168 (33,4%) entrevistados relataram ter sofrido queda, sendo que destes 92 (54,8%) caíram uma vez, 28 (16,7%) duas vezes, 20 (11,8%) três vezes e 28 (16,7%) quatro ou mais. A faixa etária mais acometida foi de 60 a 69 anos (45,2%) e a maioria (79,8%) das quedas ocorreu entre as mulheres.

Em 100 (59,5%) casos, a queda ocorreu em casa, 36 (21,4%) caíram na rua, 26 (15,5%) caíram tanto em casa quanto na rua e os seis restantes (3,6%), em outros lugares. Apesar da maioria das quedas ter ocorrido no domicílio, 442 (87,9%) dos idosos entrevistados residiam em casas sem escadas, desníveis ou degraus e 272 (54,1%) disseram não haver tapetes soltos pela casa. Entretanto, 493 (98,0%) pesquisados não possuem barra

de segurança no banheiro.

A presença de enfermidades chama a atenção para a ocorrência de quedas. Dentre os 168 idosos que relataram o evento, 58 (34,5%) referiram possuir um ou dois diagnósticos médicos e 66 (39,3%) três ou quatro morbididades, sendo a hipertensão arterial o diagnóstico mais freqüentemente citado (72,6%), seguido de problemas de coluna (49,4%) e osteoartrose (29,8%).

A Figura 5.2 destaca a freqüência das morbididades referidas por todos entrevistados. As doenças mais citadas foram hipertensão arterial (76,1%), problemas de coluna, desvio ou hérnias (41,0%), osteartrose (28,6%), distúrbios digestivos (25,7%), diabetes 20,9% e osteoporose (13,3%).

Figura 5.2 - Freqüência das doenças autoreferidas pelos idosos atendidos pela ESF. Dourados/MS, 2008

Verificou-se que apenas 82 (16,3%) entrevistados referiram apresentar um diagnóstico médico e 29 (5,8%) nada referiram. A média de morbididades referidas foi de 2,9 (dp=1,8) e mediana 3,0 (mín.=0 e máx.=9).

5.3 Auto-avaliação de saúde

Duzentos e cinqüenta e seis (50,9%) idosos avaliaram sua saúde como regular, 194 (38,6%) e como muito boa/ boa e 53 (10,5%) como ruim/ muito ruim. A análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e a auto-avaliação de saúde dos idosos encontra-se na Tabela 5.5.

Quanto à escolaridade, observa-se que auto-avaliação de saúde ruim apresentou diferença significativa entre os analfabetos e alfabetizados, sendo menor para esse último grupo de idosos ($p=0,011$).

A proporção dos idosos que auto-avaliaram a sua saúde como ruim aumentou com a progressão da idade, porém essa diferença estatística mostrou-se marginal ($p=0,050$). Não houve significância estatística para as demais variáveis sociodemográficas e auto-avaliação de saúde.

Tabela 5.5 – Análise da associação entre as variáveis sociodemográficas e auto-avaliação de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS. 2008

Auto-avaliação de Saúde						
Variável	Categoria	MB/Bo a N (%)	Regula r N (%)	Ruim/M R N (%)	Total N (%)	p#
Sexo	Masculino	66	78	12	156	0,274
		(42,3)	(50,0)	(7,7)	(100,0)	
	Feminino	128	178	41	347	
		(36,9)	(51,3)	(11,8)	(100,0)	
Escolaridade	Analfabeto	94	135	38	267	0,011*
		(35,2)	(50,6)	(14,2)	(100,0)	
	Alfabetizado	100	121	15	236	
		(42,4)	(51,3)	(6,3)	(100,0)	
Faixa etária (em anos)	60 a 69	84	128	21	233	0,050
		(36,1)	(54,9)	(9,0)	(100,0)	
	70 a 79	70	100	21	191	
		(36,6)	(52,4)	(11,0)	(100,0)	
	80 e mais	40	28	11	79	
		(50,7)	(35,4)	(13,9)	(100,0)	
Cor da pele	Branca	136	190	39	365	0,799
		(37,2)	(52,1)	(10,7)	(100,0)	
	Preta	22	27	7	56	
		(39,3)	(48,2)	(12,5)	(100,0)	
	Parda	36	39	7	82	
		(43,9)	(47,6)	(8,5)	(100,0)	
Estado Civil	Solteiro	5	8	1	14	0,378
		(35,7)	(57,2)	(7,1)	(100,0)	
	União	72	107	29	208	
		(34,6)	(51,4)	(14,0)	(100,0)	
	Viúvo	90	110	16	216	
		(41,7)	(50,9)	(7,4)	(100,0)	
	Separado	27	31	7	65	
		(41,5)	(47,7)	(10,8)	(100,0)	
Arranjo Familiar	Acompanhado	160	209	48	417	0,285
		(38,4)	(50,1)	(11,5)	(100,0)	
	Sozinho	34	47	5	86	
		(39,5)	(54,7)	(5,8)	(100,0)	

Continua

Continuação

Auto-avaliação de Saúde						
Variável	Categoria	MB/Bo	Regula	Ruim/M	Total	p#
		a	r	R	N	
		N	N	N	(%)	
		(%)	(%)	(%)		
Religião	Católico	105	148	31	284	0,693 ¹
		(37,0)	(52,1)	(10,9)	(100,0)	
	Evangélico	81	98	17	196	
		(41,3)	(50,0)	(8,7)	(100,0)	
	Outras	3	7	1	11	
		(27,3)	(63,6)	(9,1)	(100,0)	
	Nenhuma	5	3	4	12	
		(41,7)	(25,0)	(33,3)	(100,0)	
Condição Econômica Ativa	Não	179	241	50	470	0,701
		(38,1)	(51,3)	(10,6)	(100,0)	
Casa Própria	Sim	15	15	3	33	0,794 ¹
		(45,5)	(45,5)	(9,0)	(100,0)	
	Sim	169	223	47	439	
		(38,5)	(50,8)	(10,7)	(100,0)	
	Alugada	9	14	2	25	
		(36,0)	(56,0)	(8,0)	(100,0)	
	Cedida	16	19	4	39	
		(41,0)	(48,7)	(10,3)	(100,0)	
Condições de moradia	Boa	145	188	37	370	0,411
		(39,2)	(50,8)	(10,0)	(100,0)	
	Regular	42	48	11	101	
		(41,6)	(47,5)	(10,9)	(100,0)	
	Precária	7	18	5	30	
		(23,3)	(60,0)	(16,7)	(100,0)	
Renda per capita	Até 0,5 SM	56	78	19	153	0,561
		(36,6)	(51,0)	(12,4)	(100,0)	
	0,6 – 1 SM	99	139	24	262	
		(37,8)	(53,0)	(9,2)	(100,0)	
	□ 1 SM	39	39	10	88	
		(44,3)	(44,3)	(11,4)	(100,0)	

¹ Associação linear por linear

p# <0,050

*significativo estatisticamente

Em relação ao hábito de beber e os que mencionaram fumar e avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim, não houve diferença significativa quando comparados ao grupo de idosos que não bebiam ou fumavam, conforme apresentado na Tabela 5.6.

Dentre os 129 idosos que praticavam atividades físicas, 47,3% auto-avaliaram sua saúde como muito boa/boa e 5,4%, como ruim/muito ruim. Já entre os 374 que não praticavam, 35,6% avaliaram sua saúde como muito boa/boa e 12,3%, como ruim/muito ruim, diferença estatisticamente significativa ($p=0,017$).

A participação em atividades sociais não se mostrou significativamente associada com a auto-avaliação da saúde.

A Tabela 5.6 destaca a associação entre as morbidades referidas pelos idosos e a auto-avaliação de saúde. Observa-se que as doenças que influenciaram significativamente a auto-avaliação foram: hipertensão, insuficiência cardíaca, DPOC, problemas de coluna, osteoartrose, osteoporose, depressão e distúrbios digestivos.

Tabela 5.6 – Análise da associação entre as condições de saúde e a auto-avaliação de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008.

Auto-avaliação de Saúde						
Variável	Categori	MB/Boa	Regular	Ruim/MR	Total	p#
	a	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Tabagismo	Não	166 (38,7)	220 (51,3)	43 (10,0)	429 (100,0)	0,661
	Sim	28 (37,8)	36 (48,6)	10 (13,5)	74 (100,0)	
Alcoolismo	Não	176 (37,8)	238 (51,1)	52 (11,2)	466 (100,0)	0,181
	Sim	18 (48,6)	18 (48,6)	1 (2,7)	37 (100,0)	
Atividade Física	Não	133 (35,6)	195 (52,1)	46 (12,3)	374 (100,0)	0,017*
	Sim	61 (47,3)	61 (47,3)	7 (5,4)	129 (100,0)	
Participação Social	Não	155 (38,1)	206 (50,6)	46 (11,3)	407 (100,0)	0,509
	Sim	39 (40,6)	50 (52,1)	7 (7,3)	96 (100,0)	
Hipertensão	Não	67 (55,8)	44 (36,7)	9 (10,2)	120 (100,0)	<0,001
	Sim	127 (33,1)	212 (55,4)	44 (11,5)	383 (100,0)	
Infarto Miocárdio	Não	189 (38,7)	249 (51,0)	50 (10,2)	488 (100,0)	0,369 ¹
	Sim	5 (33,3)	7 (46,7)	3 (20,0)	15 (100,0)	
AVC/seqüelas	Não	188 (38,8)	245 (50,6)	51 (10,5)	484 (100,0)	0,802
	Sim	6 (31,6)	11 (57,9)	2 (10,5)	19 (100,0)	
Insuficiência Cardíaca	Não	183 (40,3)	228 (50,4)	43 (9,5)	454 (100,0)	0,011*
	Sim	11 (22,5)	28 (57,1)	10 (20,4)	49 (100,0)	

Continua

continuação

Auto-avaliação de Saúde						
Variável	Categori	MB/Boa	Regular	Ruim/MR	Total	p#
	a	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Diabetes	Não	162 (40,7)	195 (49,0)	41 (10,3)	398 (100,0)	0,157
	Sim	32 (30,5)	61 (58,1)	12 (11,4)	105 (100,0)	
DPOC	Não	187 (39,7)	240 (51,0)	44 (9,3)	471 (100,0)	0,002*
	Sim	7 (21,9)	16 (50,0)	9 (28,1)	32 (100,0)	
Osteoartrose	Não	160 (44,5)	165 (46,0)	34 (9,5)	359 (100,0)	<0,001*
	Sim	34 (23,6)	91 (63,2)	19 (13,2)	144 (100,0)	
Osteoporose	Não	183 (42,0)	212 (48,6)	41 (9,4)	436 (100,0)	<0,001*
	Sim	11 (16,4)	44 (65,7)	12 (17,9)	67 (100,0)	
Depressão	Não	190 (39,2)	247 (52,9)	48 (9,9)	485 (100,0)	0,024 [†]
	Sim	4 (22,2)	9 (50,0)	5 (27,8)	18 (100,0)	
Distúrbio Digestivo	Não	162 (43,3)	183 (48,9)	29 (7,8)	374 (100,0)	<0,001*
	Sim	32 (24,8)	73 (56,6)	24 (18,6)	129 (100,0)	
Problemas de coluna	Não	134 (45,1)	137 (46,1)	26 (8,8)	297 (100,0)	<0,001*
	Sim	60 (29,1)	119 (57,8)	27 (13,1)	206 (100,0)	
Incontinência Urinária	Não	178 (39,7)	225 (50,2)	45 (10,1)	448 (100,0)	0,254
	Sim	16 (29,1)	31 (56,4)	8 (14,5)	55 (100,0)	

[†] Associação linear por linear

p# <0,050

*significativo estatisticamente

5.4 Instrumentos de medida

A Tabela 5.7 apresenta os resultados encontrados nos diversos instrumentos aplicados.

A pontuação média do risco nutricional ficou em 4,6 pontos (dp=3,4 e mediana=4,0). Na MIF total, a média foi de 118,2 pontos (dp=12,9), sendo que a MIF motora e a MIF cognitiva obtiveram as médias de 85,5 e 32,7 pontos (dp=10,3 e dp=3,8), respectivamente. O MEEM obteve média de 21,9 (dp=5,2 e mediana=23) e a EDG teve média de 4,8 (dp=2,7 e mediana=4).

Tabela 5.7 – Distribuição dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família, segundo o risco nutricional, o grau de dependência funcional, distúrbio cognitivo e sintomas depressivos Dourados/MS, 2008.

Variável	N	%
NSI		
Baixo risco (0 – 2)	152	30,2
Moderado (3 – 5)	184	36,6
Alto risco (6 - 21)	167	33,2
MIF		
Algum grau de dependência (<104)	38	7,6
Independência modificada/completa (104 - 126)	465	92,4
MEEM		
Normal	288	57,3
Com déficit (analfabeto <20; alfabetizado <25)	215	42,7
EDG		
Normal (0 – 5)	330	65,6
Sintomas depressivos (6 – 15)	173	34,4
Total	503	100,0

5.4.1 The Nutrition Screening Initiative

O coeficiente Alfa de Cronbach para esse questionário foi de 0,405, o que o torna pouco aceitável do ponto de vista da consistência. Os itens q1, q3, q6, q9 e q10 apresentaram coeficiente de correlação item-total maior que 0,4, enquanto que nos itens q2 e q5 os coeficientes situaram-se entre 0,3 e 0,4; nos itens q7 e q8, entre 0,1 e 0,3 e, no item q4, o coeficiente de correlação foi menor que 0,1. Mesmo suprimindo o item q4, o valor de alfa ficou em 0,411, o melhor resultado obtido.

Ainda que tais coeficientes possam indicar que o instrumento não consegue medir adequadamente o que se propõe, em razão do baixo valor da consistência interna, a Tabela 5.8 apresenta a contribuição dos dados do instrumento para a prática clínica. Trata-se da frequência dos idosos que responderam afirmativamente às questões do instrumento. Observa-se que as questões um e oito concentraram o maior número de respostas.

No momento da entrevista, além de perguntar ao idoso se a presença da doença fez com que mudasse seu hábito alimentar, também houve o questionamento sobre o tipo de alimento que estava consumindo, com o intuito de identificar o seu entendimento sobre a enfermidade referida e a respectiva dieta. Quando se verificava que o entrevistado apresentava dúvidas ou tinha dificuldades em seguir a dieta prescrita, eram dadas as orientações pertinentes e o fato comunicado às chefias das equipes ESF.

Entre os 235 respondentes da primeira questão, 71 (30,2%) haviam reduzido somente o sal, 57 (24,2%) diminuíram a gordura, 43 (18,3%) reduziram o sal e a gordura e apenas 36 (15,3%) referiram ter diminuído o

consumo do açúcar. Tais resultados são incompatíveis com o número de idosos hipertensos e diabéticos.

Tabela 5.8 – Distribuição das respostas afirmativas às questões da determinação do risco nutricional (pelo NSI) dos idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

Questões	N	%
1. Eu tenho alguma doença que fez com que eu mudasse meu hábito alimentar no tipo e na quantidade de alimentos?	235	46,7
2. Eu faço menos de duas refeições por dia?	32	6,4
3. Eu como poucas frutas, legumes, verduras, leite ou substitutos?	126	25,0
4. Eu bebo três ou mais doses de cerveja, vinho, aguardente ou licor quase todos os dias?	10	2,0
5. Eu apresento algum problema bucal que dificulte minha alimentação?	95	18,9
6. Eu tenho problemas financeiros que me dificultam a compra de alimentos?	91	18,1
7. Eu me alimento sozinho a maior parte do tempo?	140	27,8
8. Eu uso três ou mais medicamentos diferentes por dia?	230	45,7
9. Eu ganhei ou perdi cerca de cinco quilos nos últimos seis meses involuntariamente?	144	28,6
10. Algumas vezes, eu tenho dificuldades físicas para fazer compras, cozinhar e/ou alimentar-me sozinho?	133	26,4

Dos 126 idosos que responderam afirmativamente à questão três, 38 (30,1%) referiram que não consumiam frutas, legumes, verduras, leite e seus derivados por não terem recursos financeiros.

Em relação ao item cinco do questionário, sobre a saúde bucal, quando a resposta era afirmativa, investigava-se qual o problema estava dificultando a alimentação. Foram constatadas 13 queixas por dentes cariados, 48 pela ausência de dentes, 31 por problemas na prótese dentária e 28 por outros problemas (dor de dentes e gengivite, entre outros). O número de queixas superou o total de 95 respondentes.

Quando a resposta do item oito era afirmativa, perguntava-se ao idoso qual a quantidade de medicamentos ingerida por dia, o que resultou na média diária de 4,5 (dp 1,6) medicamentos, sendo registrado o máximo de 10 medicamentos diferentes ao dia. Na questão nove, foi possível identificar que a maior parte (75,0%) dos respondentes havia perdido peso involuntariamente.

Cinquenta e cinco idosos (10,9%) receberam a pontuação mínima (zero) e apenas uma pessoa atingiu 17 pontos, sendo esse o maior score.

A Tabela 5.9 apresenta a análise da associação do risco nutricional e as variáveis sociodemográficas. Observa-se que o risco nutricional mostrou associação significativa com escolaridade ($p=0,001$), condições de moradia ($p=0,001$) e renda *per capita* mensal ($p<0,001$). Quanto maior a escolaridade, menor a proporção de idosos com risco nutricional alto. O mesmo se observa em relação às condições de moradia e à renda *per capita*.

Idosos com baixo risco nutricional manifestaram percepção positiva acerca da própria saúde, enquanto aqueles com alto risco nutricional consideraram sua saúde ruim.

Tabela 5.9 – Análise da associação entre risco nutricional (pelo NSI) e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008

Variável	Categoria	Risco Nutricional				p#
		Baixo	Moderado	Alto	Total	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo	Masculino	55 (35,3)	54 (34,6)	47 (30,1)	156 (100,0)	0,249
	Feminino	97 (27,9)	130 (37,5)	120 (34,6)	347 (100,0)	
Escolaridade	Analfabeto	77 (28,8)	87 (32,6)	103 (38,6)	267 (100,0)	0,020*
	Alfabetizado	75 (31,8)	97 (41,1)	64 (27,1)	236 (100,0)	
Faixa etária	60 a 69 anos	76 (32,6)	81 (34,8)	76 (32,6)	233 (100,0)	0,857
	70 a 79 anos	54 (28,3)	72 (37,7)	65 (34,0)	191 (100,0)	
	80 anos e +	22 (27,9)	31 (39,2)	26 (32,9)	79 (100,0)	
Cor da pele	Branca	116 (31,8)	137 (37,5)	112 (30,7)	365 (100,0)	0,072
	Preta	9 (16,0)	23 (41,1)	24 (42,9)	56 (100,0)	
	Parda	27 (32,9)	24 (29,3)	31 (37,8)	82 (100,0)	
Estado Civil	Solteiro	4 (28,6)	5 (35,7)	5 (35,7)	14 (100,0)	0,418
	União	69 (33,2)	79 (38,0)	60 (28,8)	208 (100,0)	
	Viúvo	62 (28,7)	81 (37,5)	73 (33,8)	216 (100,0)	
	Separado	17 (26,2)	19 (29,2)	29 (44,6)	65 (100,0)	
Arranjo Familiar	Acompanhado	131 (31,4)	152 (36,5)	134 (32,1)	417 (100,0)	0,368
	Sozinho	21 (24,4)	32 (37,2)	33 (38,4)	86 (100,0)	

Continua

continuação

		Risco Nutricional				p#
Variável	Categoria	Baixo	Moderado	Alto	Total	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Religião	Católico	84 (29,6)	105 (37,0)	95 (33,5)	284 (100,0)	0,660 [†]
	Evangélico	59 (30,1)	69 (35,2)	68 (34,7)	196 (100,0)	
	Outras	4 (36,4)	6 (54,5)	1 (9,1)	11 (100,0)	
	Nenhuma	5 (41,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	12 (100,0)	
Condição Econômica	Não	140 (29,8)	174 (37,0)	156 (33,2)	470 (100,0)	0,663
Ativa	Sim	12 (36,4)	10 (30,3)	11 (33,3)	33 (100,0)	
Casa Própria	Sim	134 (30,5)	164 (37,4)	141 (32,1)	439 (100,0)	0,295
	Alugada	8 (32,0)	10 (40,0)	7 (28,0)	25 (100,0)	
	Cedida	10 (25,6)	10 (25,6)	19 (48,7)	39 (100,0)	
Condições de moradia	Boa	121 (32,7)	144 (38,9)	105 (28,4)	370 (100,0)	0,001*
	Regular	26 (25,7)	33 (32,7)	42 (41,6)	101 (100,0)	
	Precária	5 (16,7)	6 (20,0)	19 (63,3)	30 (100,0)	
Renda per capita	Até 0,5 SM	39 (25,5)	45 (29,4)	69 (45,1)	153 (100,0)	<0,001*
	0,6 – 1 SM	76 (29,0)	105 (40,1)	81 (30,9)	262 (100,0)	
	> 1 SM	37 (42,0)	34 (38,6)	17 (19,3)	88 (100,0)	

[†] Associação linear por linear p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

As Tabelas 5.10 e 5.11 analisaram a associação entre risco nutricional e condições de saúde. Houve associação significativa com o fumo (p=0,025), ausência de atividade física (p=0,001), auto-avaliação de saúde

ruim ($p<0,001$), com hipertensão arterial ($p=0,004$), infarto do miocárdio ($p=0,044$), insuficiência cardíaca ($p<0,001$), diabetes ($p<0,001$), osteoartrose ($p=0,013$), incontinência urinária ($p=0,013$) e distúrbios digestivos ($p=0,002$). Também houve relação significativa entre risco nutricional, dependência funcional (MIF Total - $p<0,001$) e sintomas depressivos (EDG – $p<0,001$).

Tabela 5.10 - Análise da associação entre risco nutricional e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008.

Variável	Categoria	Risco Nutricional				p#
		Baixo N (%)	Moderado N (%)	Alto N (%)	Total N (%)	
Tabagismo	Não	120 (28,0)	164 (38,2)	145 (33,8)	429 (100,0)	0,025*
	Sim	32 (43,2)	20 (27,0)	22 (29,7)	74 (100,0)	
Alcoolismo	Não	137 (29,4)	173 (37,1)	156 (33,5)	466 (100,0)	0,356
	Sim	15 (40,5)	11 (29,7)	11 (29,7)	37 (100,0)	
Atividade Física	Não	97 (25,9)	140 (37,4)	137 (36,6)	374 (100,0)	0,001*
	Sim	55 (42,6)	44 (34,1)	30 (23,3)	129 (100,0)	
Participação Social	Não	118 (29,0)	153 (37,6)	136 (33,4)	407 (100,0)	0,120
	Sim	34 (35,4)	31 (32,3)	31 (32,3)	96 (100,0)	
Auto-avaliação de saúde	Muito boa/Boa	79 (40,7)	69 (35,6)	46 (23,7)	194 (100,0)	<0,001*
	Regular	67 (26,2)	98 (38,3)	91 (35,5)	256 (100,0)	
	Ruim/ Muito ruim	6 (11,3)	17 (32,1)	30 (56,6)	53 (100,0)	

continua

Continuação

Risco Nutricional						
Variável	Categoria	Baixo N (%)	Moderado N (%)	Alto N (%)	Total N (%)	p#
Hipertensão	Não	50 (41,7)	41 (34,2)	29 (24,2)	120 (100,0)	0,004*
	Sim	102 (26,6)	143 (37,3)	138 (36,0)	383 (100,0)	
Infarto Miocárdio	Não	151 (30,9)	179 (36,7)	158 (32,4)	488 (100,0)	0,044 ¹ *
	Sim	1 (6,7)	5 (33,3)	9 (60,0)	15 (100,0)	
AVC/seqüelas	Não	150 (31,0)	174 (36,0)	160 (33,1)	484 (100,0)	0,135 ¹
	Sim	2 (10,5)	10 (52,6)	7 (36,8)	19 (100,0)	
Insuf. Cardíaca	Não	146 (32,2)	170 (37,4)	138 (30,4)	454 (100,0)	<0,001*
	Sim	6 (12,2)	14 (28,6)	29 (59,2)	49 (100,0)	
Diabetes	Não	141 (35,4)	137 (34,4)	120 (30,2)	398 (100,0)	<0,001*
	Sim	11 (10,5)	47 (44,8)	47 (44,8)	105 (100,0)	
DPOC	Não	145 (30,8)	171 (36,3)	155 (32,9)	471 (100,0)	0,568
	Sim	7 (21,9)	13 (40,6)	12 (37,5)	32 (100,0)	
Osteoartrose	Não	121 (33,7)	130 (36,2)	108 (30,1)	359 (100,0)	0,013*
	Sim	31 (21,5)	54 (37,5)	59 (41,0)	144 (100,0)	
Osteoporose	Não	136 (31,2)	162 (37,2)	138 (31,7)	436 (100,0)	0,158
	Sim	16 (23,9)	22 (32,8)	29 (43,3)	67 (100,0)	
Depressão	Não	148 (30,5)	178 (36,7)	159 (32,8)	485 (100,0)	0,560 ¹
	Sim	4 (22,2)	6 (33,3)	8 (44,4)	18 (100,0)	

continua

Continuação

		Risco Nutricional				p#
Variável	Categoria	Baixo N (%)	Moderado N (%)	Alto N (%)	Total N (%)	
Distúrbio Digestivo	Não	128 (34,2)	133 (35,6)	113 (30,2)	374 (100,0)	0,002*
	Sim	24 (18,6)	51 (39,5)	54 (41,9)	129 (100,0)	
Problemas de coluna	Não	87 (29,3)	110 (37,0)	100 (33,7)	297 (100,0)	0,863
	Sim	65 (31,6)	74 (35,9)	67 (32,5)	206 (100,0)	
Incontinência Urinária	Não	144 (32,1)	163 (36,4)	141 (31,5)	448 (100,0)	0,013*
	Sim	8 (14,5)	21 (38,2)	26 (47,3)	55 (100,0)	

[†] Associação linear por linear p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

Tabela 5.11 – Análise da associação entre risco nutricional (pelo NSI), capacidade funcional, estado cognitivo e sintomas depressivos dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008.

		Risco Nutricional				p#
Variável	Categoria	Baixo N (%)	Moderado N (%)	Alto N (%)	Total N (%)	
MIF Total	Independência	151 (32,5)	170 (36,6)	144 (31,0)	465 (100,0)	<0,001 [†]
	Algum grau dep.	1 (2,6)	14 (36,8)	23 (60,5)	38 (100,0)	
MEEM	Normal	96 (33,3)	106 (36,8)	86 (29,9)	288 (100,0)	0,109
	Déficit cognitivo	56 (26,0)	78 (36,3)	81 (37,7)	215 (100,0)	
EDG	Normal	124 (37,6)	119 (36,1)	87 (26,4)	330 (100,0)	<0,001*
	Sintomas depres	28 (16,2)	65 (37,6)	80 (46,2)	173 (100,0)	

[†] Associação linear por linear p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

5.4.2 Medida de Independência Funcional

A média da pontuação em cada domínio e da escala total está disposta na Tabela 5.12, assim como a análise da consistência interna dos domínios através do coeficiente do Alpha de Cronbach. O valor de Alpha da escala total foi muito satisfatório ($\alpha = 0,942$). A correlação item-total apresentou todos os itens coeficiente de correlação de Spearman acima de 0,56, revelando contribuição efetiva destes itens na composição do instrumento.

A pontuação observada com a aplicação da MIF mostrou escores médios elevados, principalmente no total, o que representa significativa independência funcional dos entrevistados. Somente um idoso atingiu 21 pontos, sendo esta a menor pontuação.

As dimensões com as médias mais baixas foram a locomoção e a cognição social. Na dimensão locomoção, a atividade “escada” destacou-se como aquela em que os idosos mais necessitam de supervisão ou ajuda, ainda que mínima e a média foi de 5,5 ($dp=1,9$). Na dimensão cognição social, as atividades “resoluções de problemas”, com média de 6,0 ($dp=1,7$), e “memória”, com média de 6,2 ($dp=1,04$), foram as que apresentaram médias mais baixas, classificadas como independência modificada.

Tabela 5.12 - Descrição da escala de Medida de Independência Funcional (dimensões, domínios e MIF total) para os idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

Dimensões	Média (dp)	Mín./Máx. observado	Mediana	Alpha de Cronbach
Autocuidado	40,1 (5,0)	6- 42	42,0	0,951
Controle de esfíncteres	13,3 (1,6)	2- 14	14,0	0,758
Transferências	20,2 (2,2)	3 – 21	21,0	0,926
Locomoção	11,9 (2,6)	2 – 14	13,0	0,675
Comunicação	13,7 (1,2)	4 – 14	14,0	0,908
Cognição social	19,1 (2,9)	4 – 21	20,0	0,713
MIF Total	118,2 (12,9)	21 – 126	123,0	
Domínio MIF Motor	85,5 (10,3)	13 – 91	89,0	0,949
Domínio MIF Cognitiva	32,7 (3,8)	8 – 35	34,0	0,801

*dp: desvio padrão

A classificação dos idosos segundo o grau de dependência, avaliados pela MIF, revelou que a maioria apresentava independência modificada/completa para as atividades da vida diária. Dentre as 38 pessoas que apresentaram dependência modificada, 30 (6,0%) precisavam de assistência de até 25% para realização das tarefas, enquanto que oito (1,6%) apresentaram dependência modificada de até 50%. Como nenhum dos idosos apresentou dependência total, decidiu-se pela classificação “sem dependência” e “algum grau de dependência”.

A proporção de idosos com algum grau de dependência para atividades da vida diária foi significativamente maior entre os homens, principalmente nas dimensões autocuidado e transferências, conforme observado na Tabela 5.13

Tabela 5.13 – Comparação entre o escore médio (e desvio padrão) das dimensões e dos domínios da Medida de Independência Funcional, segundo o sexo dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008.

Dimensões	Sexo		T de Student ¹
	Masculino (dp)	Feminino (dp)	Z(p)
Autocuidado	38,9 (6,8)	40,6 (3,9)	-2,99 (0,003)*
Controle de esfínteres	13,2 (2,2)	13,4 (1,2)	-1,17 (0,242)
Transferências	19,7 (3,2)	20,4 (1,5)	-2,40 (0,017)*
Locomoção	11,7 (3,0)	12,0 (2,4)	-0,97 (0,331)
Comunicação	13,6 (1,2)	13,7 (1,2)	-0,45 (0,651)
Cognição social	19,1 (3,0)	19,0 (2,9)	0,18 (0,860)
Domínio MIF motor	83,5 (14,2)	86,4 (7,8)	-2,37 (0,019)*
Domínio MIF cognitiva	32,7 (3,9)	32,7 (3,7)	-0,01 (0,996)
MIF total	116,3 (16,3)	119,1 (10,9)	-2,01 (0,046)*

¹Não assumindo variâncias iguais.

(*) Diferença Estatisticamente significativo para $p < 0,050$

A tabela 5.14 apresenta a análise da associação do grau de dependência pela variação da MIF e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 5.14 - Análise da associação entre o grau de dependência (MIF Total) e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

MIF – TOTAL					
Variável	Categoria	Independência mod./completa N (%)	Algum grau dependência N (%)	Total N (%)	p#
Sexo	Masculino	137 (87,8)	19 (12,2)	156 (100,0)	0,008*
	Feminino	328 (94,5)	19 (5,5)	347 (100,0)	
Escolaridade	Analfabeto	239 (89,5)	28 (10,5)	267 (100,0)	0,008*
	Alfabetizado	226 (95,8)	10 (4,2)	236 (100,0)	
Faixa etária	60 a 69 anos	223 (95,7)	10 (4,3)	233 (100,0)	<0,001*
	70 a 79 anos	180 (94,2)	11 (5,8)	191 (100,0)	
	80 anos e +	62 (78,5)	17 (21,5)	79 (100,0)	
	Branca	339 (92,9)	26 (7,1)	365 (100,0)	
Cor da pele	Preta	51 (91,1)	5 (8,9)	56 (100,0)	0,835
	Parda	75 (91,5)	7 (8,5)	82 (100,0)	
Estado Civil	Solteiro	14 (100,0)	0 (0,0)	14 (100,0)	0,689
	União	193 (92,8)	15 (7,2)	208 (100,0)	
	Viúvo	199 (92,1)	17 (7,9)	216 (100,0)	
	Separado	59 (90,8)	6 (9,2)	65 (100,0)	

continua

continuação

MIF - TOTAL					
Variável	Categoria	Independência mod./completa N (%)	Algum grau dependência N (%)	Total N (%)	p#
Arranjo familiar	Acompanhado	383 (91,8)	34 (8,2)	417 (100,0)	0,263 [†]
		82 (95,3)	4 (4,7)	86 (100,0)	
Religião	Católico	260 (91,5)	24 (8,5)	284 (100,0)	0,521 [†]
		182 (92,9)	14 (7,1)	196 (100,0)	
	Evangélico	11 (100,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	
		12 (100,0)	0 (0,0)	12 (100,0)	
	Nenhuma	433 (92,1)	37 (7,9)	470 (100,0)	
		32 (97,0)	1 (3,0)	33 (100,0)	
Condição Econômica Ativa	Sim	407 (92,7)	32 (7,3)	439 (100,0)	0,686 [†]
		22 (88,0)	3 (12,0)	25 (100,0)	
Casa Própria	Alugada	36 (92,3)	3 (7,7)	39 (100,0)	
		349 (94,3)	21 (5,7)	370 (100,0)	
Condições de moradia	Boa	94 (93,1)	7 (6,9)	101 (100,0)	<0,001*
		20 (66,7)	10 (33,3)	30 (100,0)	
	Regular	151 (90,4)	16 (9,6)	167 (100,0)	
		113 (89,7)	13 (10,3)	126 (100,0)	
Renda <i>per capita</i>	Até 0,5 SM	201 (95,7)	9 (4,3)	210 (100,0)	0,062
		113 (89,7)	13 (10,3)	126 (100,0)	
	0,6 – 1 SM	201 (95,7)	9 (4,3)	210 (100,0)	
		113 (89,7)	13 (10,3)	126 (100,0)	

[†] Associação linear por linear p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

Houve associação significativa entre algum grau de dependência com sexo (masculino), escolaridade (analfabetos), faixa etária (mais idosos) e condições de moradia (precária).

Tabela 5.15 – Análise da associação entre o grau de dependência (MIF total) e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008.

MIF – TOTAL					
Variável	Categoria	Independência mod./completa N (%)	Algum grau dependência N (%)	Total N (%)	p#
Tabagismo	Não	399 (93,0)	30 (7,0)	429 (100,0)	0,251
	Sim	66 (85,8)	8 (10,8)	74 (100,0)	
Alcoolismo	Não	430 (92,3)	36 (7,7)	466 (100,0)	0,607 ¹
	Sim	35 (94,6)	2 (5,4)	37 (100,0)	
Atividade Física	Não	340 (90,9)	34 (9,1)	374 (100,0)	0,026 ^{1*}
	Sim	125 (96,9)	4 (3,1)	129 (100,0)	
Participação Social	Não	370 (90,9)	37 (9,1)	407 (100,0)	0,007 ^{1*}
	Sim	95 (99,0)	1 (1,0)	96 (100,0)	
Auto-avaliação de saúde	Muito boa/Boa	178 (91,8)	16 (8,2)	194 (100,0)	0,010*
	Regular	243 (94,9)	13 (5,1)	256 (100,0)	
	Ruim/ Muito ruim	44 (83,0)	9 (17,0)	53 (100,0)	
Hipertensão	Não	111 (92,5)	9 (7,5)	120 (100,0)	0,979
	Sim	354 (92,4)	29 (7,6)	383 (100,0)	
Infarto do Miocárdio	Não	450 (92,2)	38 (7,8)	488 (100,0)	0,261 ¹
	Sim	15 (100,0)	0 (0,0)	15 (100,0)	

continua

Continuação

MIF TOTAL					
Variável	Categoria	Independência mod./completa N (%)	Algum grau dependência N (%)	Total N (%)	p#
AVC/seqüelas	Não	457 (94,4)	27 (5,6)	484 (100,0)	<0,001*
	Sim	8 (42,1)	11 (57,9)	19 (100,0)	
Insuficiência Cardíaca	Não	420 (92,5)	34 (7,5)	454 (100,0)	0,865 ¹
	Sim	45 (91,8)	4 (8,2)	49 (100,0)	
Diabetes	Não	370 (93,0)	28 (7,0)	398 (100,0)	0,515
	Sim	95 (90,5)	10 (9,5)	105 (100,0)	
DPOC	Não	438 (93,0)	33 (7,0)	471 (100,0)	0,074
	Sim	27 (84,4)	5 (15,6)	32 (100,0)	
Osteoartrose	Não	332 (92,5)	27 (7,5)	359 (100,0)	0,964
	Sim	133 (92,4)	11 (7,6)	144 (100,0)	
Osteoporose	Não	401 (92,0)	35 (8,0)	436 (100,0)	0,306 ¹
	Sim	64 (95,5)	3 (4,5)	67 (100,0)	
Depressão	Não	450 (92,8)	35 (7,2)	485 (100,0)	0,136 ¹
	Sim	15 (83,3)	3 (16,7)	18 (100,0)	
Distúrbio Digestivo	Não	347 (92,8)	27 (7,2)	374 (100,0)	0,628
	Sim	118 (91,5)	11 (8,5)	129 (100,0)	
Problemas de coluna	Não	274 (92,3)	23 (7,7)	297 (100,0)	0,847
	Sim	191 (92,7)	15 (7,3)	206 (100,0)	
Incontinência Urinária	Não	420 (93,8)	28 (6,2)	448 (100,0)	0,002*
	Sim	45 (81,8)	10 (18,2)	55 (100,0)	

† Associação linear por linear p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

Os dados apresentados na Tabela 5.15 permitiram verificar que a falta de prática de atividade física, ausência de participação social, a auto-avaliação ruim da saúde, a presença de acidente vascular cerebral (seqüelas) e incontinência urinária associaram-se significativamente com a medida de independência funcional total dos idosos.

A Tabela 5.16 revela que o alto risco nutricional e a presença de déficit cognitivo e de sintomas depressivos interferem significativamente no quadro dos idosos que apresentam algum grau de dependência.

Tabela 5.16 – Análise da associação entre o grau de dependência (MIF total) e risco nutricional, estado cognitivo, sintomas depressivos dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, Dourados/MS, 2008.

MIF – TOTAL					
Variável	Categoria	Independência mod./completa n (%)	Algum grau dependência n (%)	Total n (%)	p#
NSI	Baixo risco	151	1	152	<0,001*
		(99,3)	(0,7)	(100,0)	
	Moderado	170	14	184	
Nutricional	Alto	(92,4)	(7,6)	(100,0)	<0,001*
		144	23	167	
	Normal	(86,2)	(13,8)	(100,0)	
MEEM	Normal	282	6	288	<0,001*
		(97,9)	(2,1)	(100,0)	
	Déficit cognitivo	183	32	215	
EDG	Normal	(85,1)	(14,9)	(100,0)	<0,001*
		321	9	330	
	Sintomas depressivos	(97,3)	(2,7)	(100,0)	
		144	29	173	<0,001*
		(83,2)	(16,8)	(100,0)	

p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

Os efeitos das variáveis condições de moradia, faixa etária, sexo, renda *per capita*, prática de atividade física e participação social foram mantidos no modelo de análise multivariável.

Os resultados da análise do modelo de regressão logística apresentados na Tabela 5.17 mostraram as variáveis que permaneceram no modelo final.

Tabela 5.17 – Resultados do Modelo de Regressão Logística para grau de dependência com as variáveis identificadas como determinantes pelo método de backward, teste Wald. Dourados, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	Coef.(B)	OR [IC95%]	Valor de p
Sexo	Feminino		1	
	Masculino	0,99	2,69 (1,26 – 5,74)	0,010*
Faixa etária	60-69 anos		1	
	70-79 anos	0,34	1,40 (0,92 – 2,13)	0,116
	80 e mais	1,49	4,44 (2,50 – 7,89)	<0,001*
Renda per capita	>1 SM		1	
	0,6 – 1 SM	0,88	2,41 (0,93 – 6,29)	0,072
	Até 0,5 SM	0,98	2,66 (1,05 – 6,74)	0,039*
Condições de moradia	Boa		1	
	Regular	- 0,01	0,99 (0,39 – 2,57)	0,99
	Precária	1,90	6,67 (2,50 – 17,83)	<0,001*
Atividade física	Sim		1	
	Não	1,24	3,44 (1,08 – 10,91)	0,036*
Participação social	Sim		1	
	Não	1,86	6,40 (0,83 – 49,45)	0,075
Constante		- 7,153	0,001	< 0,001

Estimativas: Razão de verossimilhança do log = 206,253; R^2 de Nagelkerke = 0,284.

Ajuste do modelo. $X^2_{(9)} = 62,338$; $p < 0,001$.

Porcentagem de classificação correta global = 92,4%.

(*) Diferença Estatisticamente significativa para $p < 0,050$

As variáveis identificadas como determinantes para grau de dependência nos idosos foram: ser do sexo masculino e pertencer a faixa etária de 80 anos e mais que elevaram as chances cerca de quatro vezes. As condições precárias de moradia contribuíram aumentando as chances de dependência em 6,7 vezes. Não praticar atividade física também aumentou as chances de dependência.

Em relação às 38 pessoas que apresentaram dependência modificada, todas tinham pelo menos uma doença crônica referida, sendo que a média foi de 3,76 ($dp=2,03$) e 14 pessoas (36,8%) tinham de três a quatro morbididades. A hipertensão arterial, os problemas e desvios de coluna, a osteoartrose foram as mais prevalentes, com 76,3%, 39,5%, 28,9%, respectivamente. Destaca-se que 24 (63,2%) idosos tinham história de quedas.

Todas as categorias da dimensão autocuidado tiveram médias abaixo de 4,85 sendo a atividade “banho” a menor, com 4,11 ($dp=1,87$). Na dimensão locomoção, a atividade “escada” destacou-se como aquela em que os idosos necessitavam de mais ajuda. A média foi de 1,79 ($dp=1,53$), ou seja, precisavam de mais 50% de auxílio para que a atividade fosse realizada. Na dimensão cognição social, “resoluções de problemas” obteve média de 2,74 ($dp=1,87$) e “memória”, média de 4,13 ($dp=1,66$).

5.4.3 Mini-Exame do Estado Mental

O MEEM apresentou boa confiabilidade da consistência interna ($\alpha = 0,796$). A correlação item – total, acima de 0,4 em todos os itens, revelou uma contribuição efetiva de cada item na composição do instrumento.

Para determinar o ponto de corte em relação aos idosos que apresentaram déficit cognitivo utilizaram-se os valores propostos por Bruck et al., bem como os valores medianos da amostra, tal como apresentado na Tabela 5.18. Nos indivíduos analfabetos, considerou-se déficit cognitivo o escore total menor que 20 pontos e, entre os alfabetizados, escores totais inferiores a 25 pontos.

Tabela 5.18 - Distribuição da freqüência dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família segundo o desempenho cognitivo. Dourados/MS, 2008

Variável	Mini-Exame Estado Mental				
Escolaridade	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	t (p)
Analfabeto	267	19,6	20,0	5,2	12,6 (<0,001)
Alfabetizado	236	24,6	25,0	3,7	

Observou-se, ainda, conforme os dados apresentados na Figura 5.3 que existe assimetria acentuada à esquerda com muitos valores discrepantes, o que caracteriza uma tendência de agravamento no déficit cognitivo. Pontuações extremas foram comunicados à chefia da ESF para investigação, pois sugerem estágios avançados de déficit cognitivo (demência).

Figura 5.3 - Déficit cognitivo em relação à variável escolaridade (Box plot)

Adotando os pontos de corte 20 para analfabetos e 25 para os alfabetizados, foram identificados 215 (42,7%) idosos com déficit cognitivo, dos quais 116 (54,0%) eram analfabetos e 99 (46,0%), alfabetizados.

Ao analisar os itens do MEEM em que os idosos apresentaram maior grau de dificuldade, observou-se que 388 (77,1%) não conseguiram copiar o desenho, 329 (65,4%) não escreveram a frase completa, 224 (44,5%) não obedeceram ao comando escrito de fechar os olhos e 206 (41,0%) erraram todos os cálculos.

A Tabela 5.19 destaca a análise da associação do estado cognitivo e as variáveis sociodemográficas.

Tabela 5.19 – Análise da associação entre o estado cognitivo (MEEM) e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

MEEM					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Déficit Cognitivo N (%)	Total N (%)	p#
Sexo	Masculino	100 (64,1)	56 (35,9)	156 (100,0)	0,037*
	Feminino	188 (54,2)	159 (45,8)	347 (100,0)	
Faixa etária	60 a 69 anos	151 (64,8)	82 (35,2)	233 (100,0)	<0,001*
	70 a 79 anos	112 (58,6)	79 (41,4)	191 (100,0)	
	80 anos e +	25 (31,6)	54 (68,4)	79 (100,0)	
Cor da pele	Branca	212 (58,1)	153 (41,9)	365 (100,0)	0,830
	Preta	31 (55,4)	25 (44,6)	56 (100,0)	
	Parda	45 (54,9)	37 (45,1)	82 (100,0)	
	Solteiro	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (100,0)	0,428
Estado Civil	União	126 (60,6)	82 (39,4)	208 (100,0)	
	Viúvo	118 (54,6)	98 (45,4)	216 (100,0)	
	Separado	38 (58,5)	27 (41,5)	65 (100,0)	
Arranjo Familiar	Acompanhado	232 (55,6)	185 (44,4)	417 (100,0)	0,106
	Sozinho	56 (65,1)	30 (34,9)	86 (100,0)	

Continua

Continuação

MEEM					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Déficit Cognitivo N (%)	Total N (%)	p#
Religião	Católico	162	122	284	0,978
		(57,0)	(43,0)	(100,0)	
	Evangélico	112	84	196	
		(57,1)	(42,9)	(100,0)	
	Outras	7	4	11	
		(63,6)	(36,4)	(100,0)	
Condição Econômica Ativa	Nenhuma	7	5	12	0,041*
		(58,3)	(41,7)	(100,0)	
	Não	263	207	470	
		(56,0)	(44,0)	(100,0)	
	Sim	25	8	33	
		(75,8)	(24,2)	(100,0)	
Casa Própria	Sim	253	186	439	0,715
		(57,6)	(42,4)	(100,0)	
	Alugada	15	10	25	
		(60,0)	(40,0)	(100,0)	
	Cedida	20	19	39	
		(51,3)	(48,7)	(100,0)	
Condições de moradia	Boa	231	139	370	<0,001*
		(62,4)	(37,6)	(100,0)	
	Regular	44	57	101	
		(43,6)	(56,4)	(100,0)	
	Precária	12	18	30	
		(40,0)	(60,0)	(100,0)	
Renda per capita	Até 0,5 SM	87	66	153	0,062
		(56,9)	(43,1)	(100,0)	
	0,6 – 1 SM	141	121	262	
		(53,8)	(46,2)	(100,0)	
	> 1 SM	60	28	88	
		(68,2)	(31,8)	(100,0)	

† Associação linear por linear p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

Verificou-se que, entre os idosos do sexo masculino a proporção daqueles com déficit cognitivo foi significativamente menor do que no sexo feminino ($p=0,037$). A faixa etária dos mais idosos ($p<0,001$), a inatividade econômica ($p=0,041$) e as condições precárias de moradia ($p<0,001$), também interferiram significativamente no déficit cognitivo dos idosos.

A Tabelas 5.20 analisou a associação do estado cognitivo com as condições de saúde, sendo identificada associação estatisticamente significativa entre a falta de prática de atividade física ($p=0,012$), a participação social ($p=0,011$) e auto-avaliação ruim da saúde ($p=0,020$).

Tabela 5.20 – Análise da associação entre déficit cognitivo (MEEM) e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

		MEEM			p#
Variável	Categoria	Normal N (%)	Déficit Cognitivo N (%)	Total N (%)	
Tabagismo	Não	245 (57,1)	184 (42,9)	429 (100,0)	0,873
	Sim	43 (58,1)	31 (41,9)	74 (100,0)	
Alcoolismo	Não	264 (56,7)	202 (43,3)	466 (100,0)	0,331
	Sim	24 (64,9)	13 (35,1)	37 (100,0)	
Atividade Física	Não	202 (54,0)	172 (46,0)	374 (100,0)	0,012*
	Sim	86 (66,7)	43 (33,3)	129 (100,0)	
Participação Social	Não	222 (54,5)	185 (45,5)	407 (100,0)	0,011*
	Sim	66 (68,8)	30 (31,2)	96 (100,0)	
Auto-avaliação de saúde	Muito boa/Boa	103 (53,1)	91 (46,9)	194 (100,0)	0,020*
	Regular	161 (62,9)	95 (37,1)	256 (100,0)	
	Ruim/ Muito ruim	24 (45,3)	29 (54,7)	53 (100,0)	

Continua

Continuação

		MEEM			p#
Variável	Categoria	Normal N (%)	Déficit Cognitivo N (%)	Total N (%)	
Hipertensão	Não	66	54	120	0,567
		(55,0)	(45,0)	(100,0)	
	Sim	222	161	383	
		(58,0)	(42,0)	(100,0)	
Infarto Miocárdio	Não	278	210	488	0,454
		(57,0)	(43,0)	(100,0)	
	Sim	10	5	15	
		(66,7)	(33,3)	(100,0)	
AVC/seqüelas	Não	278	206	484	0,678
		(57,4)	(42,6)	(100,0)	
	Sim	10	9	19	
		(52,6)	(47,4)	(100,0)	
Insuf. Cardíaca	Não	263	191	454	0,353
		(57,9)	(42,1)	(100,0)	
	Sim	25	24	49	
		(51,0)	(49,0)	(100,0)	
Diabetes	Não	233	165	398	0,256
		(58,5)	(41,5)	(100,0)	
	Sim	55	50	105	
		(52,4)	(47,6)	(100,0)	
DPOC	Não	271	200	471	0,625
		(57,5)	(42,5)	(100,0)	
	Sim	17	15	32	
		(53,1)	(46,9)	(100,0)	
Osteoartrose	Não	199	160	359	0,191
		(55,4)	(44,6)	(100,0)	
	Sim	89	55	144	
		(61,8)	(38,2)	(100,0)	
Osteoporose	Não	244	192	436	0,135
		(56,0)	(44,0)	(100,0)	
	Sim	44	23	67	
		(65,7)	(34,3)	(100,0)	
Depressão	Não	279	206	485	0,526
		(57,5)	(42,5)	(100,0)	
	Sim	9	9	18	
		(50,0)	(50,0)	(100,0)	
Distúrbio Digestivo	Não	208	166	374	0,205
		(55,6)	(44,4)	(100,0)	
	Sim	80	49	129	
		(62,0)	(38,0)	(100,0)	
Problemas de coluna	Não	165	132	297	0,355
		(55,6)	(44,4)	(100,0)	
	Sim	123	83	206	
		(59,7)	(40,3)	(100,0)	

Continua

Continuação

MEEM					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Déficit Cognitivo N (%)	Total N (%)	p#
Incontinência Urinária	Não	261 (58,3)	187 (41,7)	448 (100,0)	0,195
	Sim	27 (49,1)	28 (50,9)	55 (100,0)	
p# <0,050		(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050			

A Tabela 5.21 identificou associação estatisticamente significativa entre déficit cognitivo com presença de algum grau de dependência ($p<0,001$) e sintomas depressivos ($p=0,013$).

Tabela 5.21 – Análise da associação entre déficit cognitivo (MEEM) e risco nutricional, grau de dependência e sintomas depressivos dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

MEEM					
Variável	Categoria	Normal n (%)	Déficit Cognitivo n (%)	Total n (%)	p#
NSI	Baixo risco	96	56	152	0,109
		(63,2)	(36,8)	(100,0)	
	Risco	Moderado	106	78	
Nutricional		(57,6)	(42,4)	(100,0)	
		Alto	86	81	167
			(51,5)	(48,5)	(100,0)
MIF Total	Independência	282	183	465	<0,001*
		(60,6)	(39,4)	(100,0)	
	Algum grau de dependência	6	32	38	
EDG		(15,8)	(84,2)	(100,0)	
		Normal	202	128	330
		(61,2)	(38,8)	(100,0)	
	Sintomas depressivos	86	87	173	
		(49,7)	(50,3)	(100,0)	
p# <0,050		(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

Os efeitos das variáveis condições de moradia, faixa etária, arranjo familiar, sexo, prática de atividade física e participação social foram mantidos no modelo de análise multivariável.

Os resultados da análise da regressão logística, apresentados na Tabela 5.22, mostram as variáveis que permaneceram no modelo final. As variáveis identificadas como condições de risco na presença de déficit cognitivo em idosos foram: pertencer à faixa etária acima dos 80 anos (4,4 vezes maior para os idosos octogenários), pertencer ao sexo feminino e morar acompanhado, que aumentou a chance em cerca de duas vezes, a condição de habitação regular ou ruim, que dobrou tal chance, enquanto a falta de atividade física aumentou a chance em 64%.

Tabela 5.22 – Resultados do Modelo de Regressão Logística para déficit cognitivo com as variáveis identificadas como determinantes pelo método de backward, teste Wald. Dourados, 2008.

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	Coef.(B)	OR [IC95%]	Valor de p
Sexo	Masculino		1	
	Feminino	0,54	1,71 (1,13 – 2,61)	0,012
Faixa etária	60-69 anos		1	
	70-79 anos	0,34	1,40 (0,92 – 2,13)	0,116
	80 e mais	1,49	4,44 (2,50 – 7,89)	<0,001
Arranjo familiar	Sozinho		1	
	Acompanhado	0,53	1,69 (1,00 – 2,85)	0,048
Condições de moradia	Boa		1	
	Regular	0,84	2,32 (1,45 – 3,72)	<0,001
	Precária	0,91	2,48 (1,10 - 5,57)	0,028
Atividade física	Sim		1	
	Não	0,50	1,64 (1,05 – 2,57)	0,029
Participação social	Sim		1	
	Não	0,45	1,56 (0,94 – 2,60)	0,084
Constante		- 2,439	0,087	< 0,001

Estimativas: Razão de verossimilhança = 622,008; R.L. $X^2_{(8)} = 61,851$; $p < 0,001$; R^2 de Nagelkerke = 0,156; Porcentagem de classificação correta global = 67,1%.

5.4.4 Escala de Depressão Geriátrica

O valor de Alpha de Cronbach da EDG foi satisfatório ($\alpha = 0,737$). A correlação item-total apresentou três itens abaixo de 0,4: a questão 11 *“acha que é maravilhoso estar vivo agora?”*, com $r_s = 0,22$; a questão nove *“prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?”*, com $r_s = 0,25$, e a questão 15 *“acha que tem muita gente em situação melhor?”*, com $r_s = 0,36$. Os demais itens apresentaram coeficiente acima de 0,4, revelando uma contribuição efetiva destes itens na composição do instrumento.

Ao analisar as respostas de cada item da EDG, observou-se que as questões 2, 9 e 15 foram respondidas afirmativamente por 70%, 72,4% e 84,1% dos idosos, respectivamente. A Tabela 5.23 retrata a distribuição da frequência dos idosos em relação a cada item respondido e apenas as questões 4 e 9 apresentaram diferenças significativas entre os sexos.

Com base na Escala de Depressão Geriátrica, 173 (34,4%) idosos apresentaram sintomas depressivos, sendo 158 (31,4%) classificados como leves ou moderados (entre 6 a 10 pontos) e 15 (3,0%) como sintomas graves (entre 11 a 15 pontos).

Tabela 5.23 - Distribuição dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família segundo os itens respondidos da Escala de Depressão Geriátrica. Dourados/MS, 2008.

EDG 15 Questões	Sim / Não	Total (%)	SEXO		<i>Mantel- Haenszel</i> $\chi^2(p)$
			Masc. (%)	Fem. (%)	
1. Sente-se satisfeito com a vida?	Não	8,5	7,1	9,2	0,003(0,955)
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim	70,0	70,5	69,7	0,314(0,575)
3. Acha sua vida vazia?	Sim	40,2	42,9	38,9	0,028(0,867)
4. Aborrece-se com frequência?	Sim	41,2	33,9	44,7	4,383(0,036)*
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Não	9,9	8,3	10,7	0,000(0,998)
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim	46,9	41,0	49,6	1,668(0,197)
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Não	15,9	14,1	16,7	0,033(0,856)
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim	20,3	16,7	21,9	0,074(0,786)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	72,4	64,1	76,1	8,315(0,004)*
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim	26,8	28,8	25,9	0,265(0,607)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Não	2,8	0,6	3,7	1,163(0,281)
12. Vale a pena viver como vive agora?	Não	6,4	8,3	5,5	1,033(0,310)
13. Sente-se cheio de energia?	Não	18,9	19,9	18,4	0,000(0,993)
14. Acha que sua situação tem solução?	Não	13,9	14,1	13,8	0,048(0,826)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	84,1	85,3	83,6	0,943(0,331)

* diferença significativa ($p < 0,050$).

A Tabela 5.24 analisa a associação dos sintomas depressivos e as variáveis sociodemográficas. Observou-se que os sintomas depressivos estão associados significativamente com inatividade econômica ($p=0,027$), más condições de moradia ($p=0,002$), residência alugada ou cedida

($p=0,027$) e baixa renda per capita ($p=0,007$).

As análises apresentadas na Tabela 5.25 permitiram verificar que, entre os idosos que praticam atividade física, a presença de sintomas depressivos foi significativamente menor que naqueles que não praticam. O mesmo ocorreu em relação àqueles que relataram ter participação social ativa.

Tabela 5.24 – Análise da associação entre sintomas depressivos (EDG) e as variáveis sociodemográficas dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

Escala de Depressão Geriátrica					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Sint. depressivos N (%)	Total N (%)	p#
Sexo	Masculino	108 (69,2)	48 (30,8)	156 (100,0)	0,296
	Feminino	222 (64,0)	125 (36,0)	347 (100,0)	
Escolaridade	Analfabeto	166 (62,2)	101 (37,8)	267 (100,0)	0,085
	Alfabetizado	164 (69,5)	72 (30,5)	236 (100,0)	
Faixa etária	60 a 69 anos	153 (65,7)	80 (34,3)	233 (100,0)	0,265
	70 a 79 anos	131 (68,6)	60 (31,4)	191 (100,0)	
Cor da pele	80 anos e +	46 (58,2)	33 (41,8)	79 (100,0)	0,209
	Branca	232 (63,6)	133 (36,4)	365 (100,0)	
	Preta	42 (75,0)	14 (25,0)	56 (100,0)	
	Parda	56 (68,3)	26 (31,7)	82 (100,0)	

continua

Continuação

Escala de Depressão Geriátrica					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Sint. depressivos N (%)	Total N (%)	p#
Estado Civil	Solteiro	11	3	14	0,419
		(78,6)	(21,4)	(100,0)	
	União	141	67	208	
		(67,8)	(32,2)	(100,0)	
	Viúvo	134	82	216	
		(62,0)	(38,0)	(100,0)	
Arranjo familiar	Separado	44	21	65	0,309
		(67,7)	(32,3)	(100,0)	
	Acompanhado	269 (64,5)	148 (35,5)	417 (100,0)	
	Sozinho	61	25	86	
		(70,9)	(29,1)	(100,0)	
Religião	Católico	186	98	284	0,694
		(65,5)	(34,5)	(100,0)	
	Evangélico	131	65	196	
		(66,8)	(33,2)	(100,0)	
	Outras	7	4	11	
		(63,6)	(36,4)	(100,0)	
Condição Econômica	Nenhuma	6	6	12	0,027*
		(50,0)	(50,0)	(100,0)	
	Não	302	168	470	
		(64,3)	(35,7)	(100,0)	
	Sim	28	5	33	
		(84,8)	(15,2)	(100,0)	
Casa Própria	Sim	296	143	439	0,027*
		(67,4)	(32,6)	(100,0)	
	Alugada	16	9	25	
		(64,0)	(36,0)	(100,0)	
	Cedida	18	21	39	
		(46,2)	(53,8)	(100,0)	
Condições de moradia	Boa	258	112	370	0,002*
		(69,7)	(30,3)	(100,0)	
	Regular	56	45	101	
		(55,4)	(44,6)	(100,0)	
	Precária	14	16	30	
		(46,7)	(53,3)	(100,0)	
Renda per capita	Até 0,5 SM	88	65	153	0,007*
		(57,5)	(42,5)	(100,0)	
	0,6 – 1 SM	174	88	262	
		(66,4)	(33,6)	(100,0)	
	> 1 SM	68	20	88	
		(77,3)	(22,7)	(100,0)	

p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

Tabela 5.25 - Análise da associação entre sintomas depressivos (EDG) e as condições de saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008.

Escala Depressão Geriátrica					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Sint. depressivos N (%)	Total N (%)	p#
Tabagismo	Não	279 (65,0)	150 (35,0)	429 (100,0)	0,605
	Sim	51 (68,9)	23 (31,1)	74 (100,0)	
Alcoolismo	Não	301 (64,6)	165 (35,4)	466 (100,0)	0,129
	Sim	29 (78,4)	8 (21,6)	37 (100,0)	
Atividade Física	Não	232 (62,0)	142 (38,0)	129 (100,0)	0,006*
	Sim	98 (76,0)	31 (24,0)	374 (100,0)	
Participação Social	Não	254 (62,4)	153 (37,6)	407 (100,0)	0,006*
	Sim	76 (79,2)	20 (20,8)	96 (100,0)	
	Muito boa/Boa	158 (81,4)	36 (18,6)	194 (100,0)	
Auto-avaliação de saúde	Regular	159 (62,1)	97 (37,9)	256 (100,0)	<0,001*
	Ruim/ Muito ruim	13 (24,5)	40 (75,5)	53 (100,0)	
Hipertensão	Não	86 (71,7)	34 (28,3)	120 (100,0)	0,136
	Sim	244 (63,7)	139 (36,6)	383 (100,0)	
Infarto do Miocárdio	Não	320 (65,6)	168 (34,4)	488 (100,0)	1,000
	Sim	10 (66,7)	5 (33,3)	15 (100,0)	
AVC/seqüelas	Não	326 (67,4)	158 (32,6)	484 (100,0)	<0,001*
	Sim	4 (21,1)	15 (78,9)	19 (100,0)	

Continua

Continuação

Escala Depressão Geriátrica					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Sint. depressivos N (%)	Total N (%)	p#
Insuficiência Cardíaca	Não	300 (66,1)	154 (33,9)	454 (100,0)	0,602
	Sim	30 (61,2)	19 (38,8)	49 (100,0)	
Diabetes	Não	260 (65,3)	138 (34,7)	398 (100,0)	0,887
	Sim	70 (66,7)	35 (33,3)	105 (100,0)	
DPOC	Não	315 (66,9)	156 (33,1)	471 (100,0)	0,035*
	Sim	15 (46,9)	17 (53,1)	32 (100,0)	
Osteoartrose	Não	243 (67,7)	116 (32,3)	359 (100,0)	0,148
	Sim	87 (60,4)	57 (39,6)	144 (100,0)	
Osteoporose	Não	293 (67,2)	143 (32,8)	436 (100,0)	0,075
	Sim	37 (55,2)	30 (44,8)	67 (100,0)	
Depressão	Não	326 (67,2)	159 (32,8)	485 (100,0)	<0,001*
	Sim	4 (22,2)	14 (77,8)	18 (100,0)	
Distúrbio Digestivo	Não	260 (69,5)	114 (30,5)	374 (100,0)	0,002*
	Sim	70 (54,3)	59 (45,7)	129 (100,0)	
Problemas de coluna	Não	209 (70,4)	88 (29,6)	297 (100,0)	0,009*
	Sim	121 (58,7)	85 (41,3)	206 (100,0)	
Incontinência Urinária	Não	296 (66,1)	152 (33,9)	448 (100,0)	0,531
	Sim	34 (61,8)	21 (38,2)	55 (100,0)	

p# <0,050

(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050

A Tabela 5.25 destaca a associação significativa para os idosos que auto-avaliaram sua saúde como ruim e os que referiram antecedentes de acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, depressão, distúrbios digestivos e problemas de coluna (desvios e hérnia). Também houve relação entre a presença de sintomas depressivos e o alto risco nutricional, algum grau de dependência e o déficit cognitivo (Tabela 5.26).

Tabela 5.26 - Análise da associação entre sintomas depressivos (EDG) e o risco nutricional, grau de dependência e déficit cognitivo dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. Dourados/MS, 2008

Escala Depressão Geriátrica					
Variável	Categoria	Normal N (%)	Sint. depressivos N (%)	Total N (%)	p#
NSI	Baixo risco	124	28	152	<0,001*
		(81,6)	(18,4)	(100,0)	
	Moderado	119	65	184	
		(64,7)	(35,3)	(100,0)	
	Alto	87	80	167	
		(52,1)	(47,9)	(100,0)	
MIF Total	Independência	321	144	465	<0,001*
		(69,0)	(31,0)	(100,0)	
	Algum grau depend.	9	29	38	
		(23,7)	(76,3)	(100,0)	
MEEM	Normal	202	86	288	0,017*
		(70,1)	(29,9)	(100,0)	
	Déficit cognitivo	128	87	215	
		(59,5)	(40,5)	(100,0)	
p# <0,050		(*) Diferença Estatisticamente significativa para p<0,050			

Os resultados da análise da regressão logística, apresentados na Tabela 5.27, mostram as variáveis que permaneceram no modelo final. As variáveis identificadas como determinantes na presença de sintomas

depressivos em idosos foram: possuir renda *per capita* até 0,5 SM aumenta as chances quase em duas vezes, não consumir bebidas alcoólicas cerca de duas vezes e meia, ausência de religião, ausência de atividade física e não participar de atividades sociais foram de 1,73 - 1,71 - 1,98 vezes, respectivamente. A condição de habitação também se apresentou como fator de risco, porém com significância limítrofe.

Tabela 5.27 – Resultados do Modelo de Regressão Logística para sintomas depressivos com as variáveis identificadas como determinantes pelo método de backward, teste Wald.
Dourados, 2008

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	Coef.(B)	OR [IC95%]	Valor de p
Renda per capita	> 1 SM		1	
	0,6 – 1 SM	0,19	1,21 (0,73 – 1,98)	0,463
	Até 0,5 SM	0,59	1,80 (1,14 – 2,84)	0,011
Condições de moradia	Boa		1	
	Regular	0,47	1,60 (0,99 – 2,59)	0,054
	Precária	0,67	1,96 (0,89 – 4,30)	0,093
Atividade física	Sim		1	
	Não	0,54	1,71 (1,06 – 2,74)	0,027
Participação social	Sim		1	
	Não	0,28	1,98 (1,14 – 3,45)	0,016
Consome álcool	Sim		1	
	Não	0,86	2,36 (1,01 - 5,53)	0,047
Possui religião	Sim		1	
	Não	0,55	1,73 (1,11 – 2,69)	0,016
Constante		- 2,962	0,052	< 0,001

Estimativas: Razão de verossimilhança do log = 596,018; R^2 de Nagelkerke = 0,113.
Ajuste do modelo: $X^2_{(8)} = 42,124$; $p < 0,001$. Porcentagem de classificação correta global = 65,7%.

5.5 Mapa Mínimo de Relações do Idoso

Os indicadores de suporte social investigados mostraram uma importante participação da família e da comunidade no cuidado aos idosos, verificada nas várias modalidades de apoio que recebem (visita, companhia, limpeza da casa, cuidados pessoais, apoio financeiro).

Relativamente à primeira questão do MMRI, “*quais as pessoas que o (a) visitam pelo menos uma vez por semana (freqüentemente), uma vez por mês (pouco freqüentemente), e uma vez por ano (raramente)?*”. Constatou que no primeiro círculo de proximidade, das visitas semanais, a participação da família foi de 69,2%, seguida pelos membros da comunidade (7,1%), amigos (8,3%) e serviço social e de saúde (5,4%), representado majoritariamente pelos ACS.

O tamanho da rede social dos idosos entrevistados foi considerado médio (média de 3,8 com $dp=2,7$ e mediana=3,0), composto por três a cinco pessoas, sendo que 31 (6,2%) idosos não recebiam nenhuma visita na semana, 154 (30,6%) possuíam rede social de tamanho pequeno, 197 (39,2%) rede de tamanho médio e 121 (24,0%) rede social grande. O número máximo de contatos semanais registrado foi de 17.

Por ordem de freqüência, a rede de contatos sociais incluiu: filhos com uma participação de 48,8%, netos com 12,4%, outros parentes (noras, genros, sobrinhos) com 5,8% e irmãos com 2,2% de participação. A rede de contatos das mulheres mostrou-se relativamente maior do que a dos homens, composta, em média, por 4,0 pessoas ($dp= 2,9$), enquanto que, para os homens, a média foi de 3,3 pessoas ($dp= 2,4$). As idosas também recebiam mais visitas da comunidade, especialmente da vizinhança.

No círculo intermediário, a presença da família continuou sendo a mais freqüente, seguida pelo serviço social e de saúde, comunidade e amigos (42,7%, 35,9%, 14,6% e 6,8%, respectivamente). Entretanto, no quadrante representado pelos serviços social e de saúde, os ACS foram os que mais visitaram os idosos.

No último círculo, destacou-se a presença da família com 60,8%, dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e dentistas), que representaram 33,5% dos contatos, da comunidade e dos amigos, com 4,5% e 1,2%, respectivamente. Não houve referências aos profissionais do serviço social do município.

A segunda pergunta, *“com quem o (a) senhor (a) pode contar se desejar ou precisar de alguém para lhe fazer companhia, pelo menos: uma vez por semana (freqüentemente), uma vez por mês (pouco freqüentemente), e uma vez por ano (raramente)?”*, apresentou menor número de participantes, porém, em todos os círculos, destacou-se a presença maciça da família (96,4%, 88,9% e 100,0%, na semana, mês e ano, respectivamente). O tamanho dessa rede foi considerado pequeno, uma vez que a média de pessoas que faziam companhia aos idosos foi de 2,3 (dp= 1,6 e mediana= 2,0), igual para homens e mulheres. O número mínimo de contatos foi zero, no caso de 21 idosos (4,2%), 308 (61,1%) idosos possuíam rede de suporte de tamanho pequeno, 152 (30,2%) de tamanho médio e 22 (4,4%) idosos rede social com mais de 6 componentes. O número máximo encontrado foi uma rede composta por 11 pessoas.

No círculo intermediário, a presença da família foi de 88,9%, sendo os filhos os mais presentes (42,6%), seguidos de netos (23,2%), cônjuges

(17,0%), outros parentes (11,6%) e irmãos (2,0%); porém 482 (95,8%) idosos referiram não poder contar com nenhuma pessoa para lhes fazer companhia, pelo menos uma vez por mês. O mesmo ocorreu no último círculo em que 21 idosos (4,2%) podiam contar com pelo menos uma pessoa por ano, para lhe fazer companhia.

A questão três, *“a quem o(a) senhor (a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos: uma vez por semana (freqüentemente), uma vez por mês (pouco freqüentemente), e uma vez por ano (raramente)?”*, revelou uma rede pequena, pois ao dividir o total de 798 pessoas que prestavam auxílio aos idosos pelo número de entrevistados, obteve-se a média de 1,6 pessoas ($dp = 1,1$ e mediana=1,0). O mínimo de contatos foi zero para 40 (8,0%) idosos; 394 (78,3%) idosos possuíam uma rede social pequena, 63 (12,5%) uma rede social de tamanho médio e apenas seis (1,2%); uma rede social grande. A média de contato para as mulheres foi de 1,6 pessoas, ($dp = 1,2$) e, para os homens, de 1,5 ($dp = 0,9$).

A família continuou sendo a rede de suporte social mais freqüente (78,4%) e as filhas (39,3%), netas (10,2%), esposas e noras (ambas com 9,6%) foram as maiores responsáveis por esse tipo de auxílio. A presença masculina também se fez presente, embora em menor número, representada por maridos (5,0%), filhos (9,6%), netos (2,5%) e outros parentes (2,2%). Dos membros da comunidade, destacaram-se a presença de empregadas domésticas (6,1%), vizinhas (4,1%), membros do grupo religioso (0,3%) e amigas (1,5%).

Já no círculo intermediário, 474 (94,2%) idosos afirmaram não ter ninguém para ajudá-los nos serviços da casa e 495 (98,4%) referiram o mesmo no último círculo.

A pergunta quatro, *“a quem o(a) senhor (a) recorre ou recorrerá se precisar de ajuda para os cuidados pessoais, como por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar, se deitar, pelo menos: uma vez por semana (freqüentemente), uma vez por mês (pouco freqüentemente), e uma vez por ano (raramente)?”*, também evidenciou uma rede de suporte social pequena, com média de 1,6 pessoas (dp=1,2 e mediana= 1,0). Para 56 (11,1%) idosos, não havia nenhuma pessoa com quem pudessem contar formal ou informalmente, 359 (71,4%) possuíam uma rede social pequena, 85 (16,9%) rede social tamanho médio e três (0,6%), rede social grande. Entre as mulheres, a média de pessoas foi de 1,6 e, para os homens, de 1,7 (dp= de 1,1 e 1,2, respectivamente).

Verificou-se que, para esses idosos, a família ainda é a maior provedora de cuidados (com 93,3%), principalmente os filhos de ambos os sexos (63,6%), dentre os quais se sobressaíram as filhas (46,8%). As esposas apareceram com 8,6% e os maridos, com 4,4%. A participação das netas (4,5%) foi o dobro da dos netos. Outros parentes representaram 8,6% e, juntos, irmãs e irmãos perfizeram 1,4%, sendo a presença das irmãs de 1,2%. As vizinhas representaram 3,9% e as prestadoras de serviços, somente 1,5%. Também foram mencionados amigos (0,8%), membros de grupos religiosos (0,3%) e ACS (0,2%).

No círculo intermediário, foram identificados 50 (9,9%) idosos contando com o apoio da família, principalmente dos filhos (73,8%). No

último círculo, apenas 10 idosos referiram poder contar com um filho ou filha, pelo menos uma vez por ano, para ajudar nos cuidados pessoais.

A última questão, *“quem ajuda ou ajudaria o (a) senhor (a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar aluguel da casa, pagar uma conta, comprar comida, remédio, etc., pelo menos: uma vez por semana (freqüentemente), uma vez por mês (pouco freqüentemente), e uma vez por ano (raramente)?”*, confirmou a família como a principal rede de apoio em todos os círculos de proximidade.

O tamanho da rede de auxílio financeiro também foi considerado pequeno, uma vez que a média foi de 1,2 pessoas ($dp=1,2$ e mediana=1,0). Para 163 (32,4%) idosos não existia rede de suporte social na semana, 274 (54,5%) tinham rede social pequena, 62 (12,3%) possuíam rede de tamanho médio e quatro (0,8%), rede social grande. Verificou-se que as mulheres idosas podiam contar com o auxílio financeiro de 1,3 pessoa ($dp=1,2$) e os homens, com 1,0 ($dp=1,1$). Esse auxílio provinha principalmente de filhos (76,5%), cônjuges (8,2%), outros parentes (5,7%), netos (3,6%) e irmãos (1,6%). Os vizinhos representaram 2,9%, os amigos 1,1% e os grupos religiosos, 0,3%.

Alguns idosos justificaram que os filhos ganhavam pouco ou que moravam longe e por isso tinham dificuldades para ajudá-los, observação que revela o baixo poder aquisitivo familiar. Outros diziam que só podiam contar com Deus.

No círculo intermediário, 415 idosos (82,5%) afirmaram não poder contar com ninguém para auxílio financeiro. E, entre os 88 (17,5%) idosos que recebiam apoio financeiro, os filhos foram responsáveis por 85,2% da

ajuda oferecida. Como apoio formal, uma idosa declarou obter ajuda simultânea da Rede Feminina de Combate ao Câncer e da Secretaria de Assistência Social e Economia Solidária de Dourados, da qual recebia uma cesta básica de alimentos, de cada instituição.

No último círculo, 402 (79,9%) idosos não contam com nenhuma ajuda e o empréstimo consignado (sistema formal) foi citado por 23 pessoas (15,4%) como alternativa para obter recursos financeiros.

Em síntese, o quadro 5.4 destaca que a rede de suporte social dos entrevistados era formada, predominantemente, pela família em todas as modalidades de apoio e que o tamanho da rede é pequeno para a maioria das questões abordadas.

Quadro 5.4 – Síntese dos resultados do MMRI

Modalidade de apoio	Maior Provedor	Tamanho da Rede
	FAMÍLIA	
1 – Quem visita	69,2%	39,2% - M
2 – Quem faz companhia	96,4%	61,1% - P
3 – Ajuda doméstica	78,4%	78,3% - P
4 – Cuidados pessoais	93,3%	71,4% - P
5 – Ajuda financeira	95,6%	54,5% - P

DISCUSSÃO

6. DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico

A divisão territorial do estado brasileiro de Mato Grosso (MT), em 1977, deu origem ao Estado de Mato Grosso do Sul (MS), como resultado de um movimento, iniciado em 1934, em defesa da autonomia da região sul do Estado. Contribuíram para sua criação as rivalidades políticas originadas das profundas diferenças econômicas, sociais e culturais entre as regiões sul e norte. O desejo das classes sociais dominantes do sul de Mato Grosso de governar o território e dispor do aparato administrativo aliou-se ao interesse do governo federal de contar com a contribuição do novo Estado para o plano nacional de desenvolvimento, por meio do incremento na agropecuária, setor básico da economia dessa região (Campestrini, Guimarães, 2002).

O sul e o norte do Estado de Mato Grosso estão separados não apenas pelas distâncias relacionadas ao espaço territorial e geográfico, mas pelo volume de capital cultural e social manifestados pelas formas de colonização, caracterização da cultura, ocupação e mecanismos de desenvolvimento. O desenvolvimento econômico da região sul ocorreu depois da Guerra do Paraguai (1864-1870), alavancado por migrantes procedentes de São Paulo, Paraná e do Rio Grande do Sul e intensificou-se com a expansão da pecuária e a exploração da erva-mate (Gressler, 2005).

A trajetória de vida dos idosos desse estudo acompanha a história da colonização de MS e de Dourados, pois tanto a maioria dos homens quanto das mulheres entrevistados trabalharam na lavoura, em média 30 anos. Esse resultado é compatível com as pesquisas que analisam o perfil

demográfico relacionado ao processo de envelhecimento brasileiro, sejam elas desenvolvidas nos grandes centros urbanos ou em municípios menores (Martin, Cordoni, Bastos, 2005; Pereira, Curioni, Veras, 2003; Bini, 2006; Maciel, Guerra, 2007).

A população brasileira, que na década de 1940 era principalmente rural, hoje é, em sua maioria, urbana. O grau de urbanização seguiu uma trajetória logística com valores próximos a 30% em 1940, alcançando em torno de 81% em 2000. No Censo de 2000, cerca de 37% dos homens idosos brasileiros e 23% das idosas haviam exercido ocupações ligadas às atividades agropecuárias (Camarano, 2004).

O censo de 2000 registrou que mais de 70% da população de Mato Grosso do Sul é oriunda de outros estados brasileiros, 36,02% de São Paulo, 19,35% do Paraná, 6,80% de Minas Gerais, 5,53% do Rio Grande do Sul. Mato Grosso responde por 4,65% dos habitantes e Pernambuco, por 4,56% (Mato Grosso do Sul, 2007).

As características sociodemográficas dos idosos entrevistados assemelham-se às tendências observadas nos estudos populacionais brasileiros: a maioria declara-se branca, católica (participante dos cultos semanais), com acentuado predomínio do sexo feminino, em consequência da sobremortalidade masculina, caracterizando a feminização do envelhecimento, grande número de filhos, baixa escolaridade, principalmente entre as mulheres, maior proporção de viúvas quando comparado ao estado conjugal do sexo masculino e pouca participação em atividades sociais (Lima-Costa et al., 2001; Pereira, Curioni, Veras, 2003; Camarano, 2005; Lemos, Souza, Mendes, 2006; Paskulin, Viana, 2007; Jóia,

Ruiz, Donalísio, 2008).

Bini constatou a prevalência de famílias numerosas, em que 39,4% dos entrevistados tiveram seis ou mais filhos. Pilger, em estudo desenvolvido em Veranópolis, constatou que 38,4% dos entrevistados tiveram 6 filhos ou mais, com média de 5,0 filhos vivos, quantidade semelhante a 35,02% dos sujeitos do Relatório do RS que tiveram seis ou mais filhos (Bini, 2006; Pilger, 2006). Para Saad, a quantidade de filhos pode expressar uma maior rede em potencial de apoio social informal. No município de São Paulo, o estudo SABE identificou que 32% dos idosos tinham de 3 a 4 filhos vivos e 25%, cinco ou mais filhos (Saad, 2003).

A convivência familiar é visível, tanto em Dourados quanto em Porto Alegre,RS (78,1%), Santa Bárbara do Sul,RS (71,2%), São Paulo,SP (87,0%), Alecrim,RS (82,2%), Maringá,PR (82,5%), Passos,MG (89,9%), Veranópolis,RS (53,9%) e Bambuí,RS (84,1%). Na Espanha, apenas 14,2% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos vivem sozinhos, com destaque para as mulheres (19,6%) em relação aos homens (6,9%) (Lima-Costa et al., 2001; Ortiz, 2002; Saad, 2003; Bini, 2006; Pilger, 2006; Lemos, Souza, Mendes, 2006; Paskulin, Viana, 2007; Meireiles et al., 2007; Leite et al., 2008).

Trabalhos nacionais e internacionais têm mostrado que a co-residência não se dá apenas por necessidades dos idosos. Em muitos casos, ela ocorre pela necessidade da população mais jovem, que permanece economicamente dependente de seus pais por períodos mais longos. A inconstância do mercado de trabalho, o maior número de anos

passados na escola e a instabilidade das relações afetivas estão entre as causas freqüentemente evocadas para explicar essa situação dos jovens. (Camarano, Ghaouri, 2002; Ortiz, 2002; Andrade, De Vos, 2002; Saad, 2003)

Os países da América Latina e do Caribe experimentaram profundas transformações demográficas, cujas expressões distintas são a diminuição do crescimento da população (de 2,7% anual no período de 1950-1955 para 1,5% anual no início do século 21) e o crescente envelhecimento das estruturas por idade. Essas mudanças demográficas podem ser explicadas pela acelerada queda da taxa de fecundidade, especialmente nos meados da década de 1960, bem como pela redução da taxa de mortalidade no mesmo período. A taxa de fecundidade na América Latina e Caribe em 1970 era de cerca de 5,0 filhos por mulher e, em 2000, já estava por volta de 2,6. (CEPAL, 2005).

O mesmo ocorreu no Brasil, ou seja, houve declínio expressivo das taxas anuais de crescimento da população, determinado principalmente pela redução da fecundidade. Em 1940, a taxa de fecundidade era de 6,20 filhos por mulher, em 1991 foi de 2,73 e em 2004, passou para 2,04. Este fato também foi observado na região Centro-oeste, porém com a taxa de crescimento mais elevada que a média nacional, fato explicado pelo reflexo da expansão das atividades econômicas, em decorrência do influxo migratório (Carvalho, Garcia, 2003; RIPSa, 2008).

A média de anos de estudos para os idosos brasileiros em 2000 era de 3,4 anos, e o estado de Mato Grosso do Sul registrou média inferior à nacional, de 2,8 anos (Camarano, 2005). Desta forma, em 2000, MS tinha 36% dos idosos como analfabetos, sendo que a taxa era maior entre as

mulheres: 40,2% contra 32% do sexo masculino (Mato Grosso do Sul, 2007).

Até a década de 50 do século passado, no Brasil, a educação era considerada privilégio de poucos, uma vez que, culturalmente, cabia aos homens o sustento do lar e às mulheres, a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, portanto, não havia a necessidade de aprender a ler e escrever. Outro fator determinante para o analfabetismo era a dificuldade de acesso à escola, principalmente no meio rural, uma vez que as escolas localizavam-se nos povoados ou na vila mais próxima (Bini, 2006).

A escolaridade é um indicador preciso do nível socioeconômico de uma população por estar relacionada às possibilidades de acesso a empregos e renda, utilização dos serviços de saúde e à receptividade aos programas educacionais e sanitários (Lemos, Souza, Mendes, 2006; Jóia, Ruiz, Donalísio, 2008). Os idosos analfabetos são cinco vezes mais susceptíveis a dependência (Rosa et al., 2003).

Os rendimentos dos idosos pesquisados foram semelhantes aos ganhos da população de Dourados. As informações do município sobre classe de rendimento, em 2000, apontam que de um total de 131.949 habitantes com idade superior a 10 anos, 39,9% não possuíam rendimentos, enquanto 16,5% recebiam até um salário mínimo e 18,3% entre um a dois salários (Mato Grosso do Sul, 2007).

Dentre os idosos brasileiros, predominam os aposentados, com baixa renda mensal e *per capita*, sendo que as mulheres possuem renda inferior a dos homens. Segundo o IBGE, a distribuição dos responsáveis idosos por classes de rendimento ainda se encontra extremamente concentrada nos estratos de renda inferiores (Lima-Costa et al., 2001; Campino, Cyrillo, 2003;

Camarano, 2005; Bini, 2006; Paskulin, Vianna, 2007; Jóia, Ruiz, Donalísio, 2008).

Para Soares et al. (2006), no Brasil entre 1995 e 2004, houve redução da desigualdade de renda e da pobreza em decorrência dos programas de transferência de renda, tais como o Bolsa Família e o Benefício de Prestação Continuada. Os idosos de Dourados, entretanto, quando categorizados pelas classes sociais, assemelham-se aos estudos de Floriano (2004), em que 57,3% encontravam-se nas classes D e E. Siqueira et al. (2007), em que 45,3% situavam-se na classe E e 33,7% na D, Santos et al. (2007) com 69% distribuídos nas classes D e E, e diferenciam-se dos achados de Paskulin e Vianna (2007) que encontraram 20,8% nas classes D e E, 33,7% na classe C e 37,9% na classe B.

A Classificação Econômica é um indicador socioeconômico que visa estimar o potencial de compra das famílias em áreas urbanas e segmentar o mercado em classes sociais, sendo considerado um critério objetivo. Segundo o critério adotado, as pessoas ou famílias pertencentes à classe E são consideradas muito pobres (ABEP, 2003). As baixas condições econômicas e de escolaridade, bem como a situação conjugal de viuvez, são condições que expõem as idosas à vulnerabilidade (Marin et al., 2008).

Esses achados levam a crer que idosos de municípios menores ou residentes em áreas periféricas das grandes cidades apresentam *status* social semelhante. Os idosos constituem um segmento da população particularmente vulnerável ao estado de pobreza, devido ao fato de a produtividade e o emprego declinar em certo momento da vida. A partir deste momento, as pessoas ficam mais dependentes de outras fontes de renda,

como aposentadorias, pensões e/ou da ajuda de parentes, para manter o seu padrão de vida. No entanto, as pensões não contributivas atendem mais de seis milhões de idosos e têm um impacto social que vai muito além do benefício direto a estes “aposentados”, situados entre os brasileiros mais pobres. São pessoas que trabalharam como camponeses, sem direitos trabalhistas, no sistema informal da economia e que se beneficiam dessas pensões, mesmo não tendo contribuído para o sistema de seguro social. Por menor que seja o valor desse benefício, com frequência é a única fonte de renda regular de toda a família, servindo para aquisição de alimentos, roupas e medicamentos para todos os membros da casa (Kalache, 2007).

Cabrera (2006) argumenta que se envelhece conforme se viveu, pois considera que as mudanças na esfera social quando o indivíduo chega à velhice estão determinadas por sua conduta social prévia. A posição do idoso na sociedade modifica-se ao longo do curso de sua vida, a depender de condições biológicas, padrões de conduta, personalidade e do papel social desempenhado, porém é determinada pelo sistema social e o momento histórico em que vive.

Mesmo com baixo nível de escolaridade e econômico, constatou-se que em Dourados, a maioria dos idosos entrevistados possuía casa própria, ou seja, que lhes foi possível adquirir algum patrimônio ao longo da vida. Esses achados assemelham-se aos estudos de Lemos, Souza e Mendes (2006), Pilger (2006), Bini (2006) e Costa, Nakatani, Bachion (2006).

Os resultados quanto às condições de habitação e saneamento básico dos idosos entrevistados são compatíveis com as informações gerais do município de Dourados, onde 74,1% da população geral recebe

abastecimento de água pela rede pública e apenas 25,5%, por nascentes ou poço. Quanto às instalações sanitárias, somente 19,7% da população douradense é atendida pela rede geral de esgoto e 68,5% utiliza fossa rudimentar. O lixo é coletado em 86,9% dos domicílios particulares (Mato Grosso do Sul, 2007). Essas características são semelhantes às dos idosos de Santa Bárbara do Sul, onde 100% recebiam água encanada e energia elétrica, 97,2% tinham o lixo coletado e 66,2% utilizavam fossa séptica, além de 92,3% residirem em casas próprias, 81,7% com mais de quatro cômodos e 41,5% de alvenaria (Bini, 2006). No município de Veranópolis, Pilger (2006) constatou que 87,1% das casas possuíam rede de esgoto, 97,8% tinham o lixo coletado, 99,6% dispunham de luz elétrica. Entretanto, Floriano (2004) verificou que, em Campinas, 59,8% dos idosos assistidos por uma equipe de Saúde da Família, residiam em bairro sem saneamento básico e em casas de péssimas condições, embora 74,4% morassem em casa própria.

No Brasil, existem fortes evidências de que as condições de saúde da população idosa são influenciadas pela sua situação socioeconômica (Lima-Costa et al., 2003).

6.2 Estado de saúde

Em relação aos hábitos de vida, foi possível constatar que os resultados encontrados em Dourados corroboram os estudos realizados por Bini (2006); Lebrão, Laurenti (2003); Paskulin, Viana (2007); Jóia, Ruiz e Donalísio (2008), ou seja, a maioria dos idosos não fuma e não bebe. No entanto, os idosos douradenses realizam menos atividades físicas, mesmo a

caminhada, atividade mais freqüente em todas as pesquisas. Em Veranópolis, por exemplo, 49,6% dos idosos realizavam atividades físicas e 19% participavam de atividades sócio-recreativas (Pilger, 2006).

A prevalência de inatividade física em idosos também foi constatada no município de São Paulo, onde apenas 26,5% dos idosos entrevistados no estudo SABE, realizavam atividades físicas regularmente, sendo que os homens faziam mais exercícios do que as mulheres, em todas as faixas etárias. O estudo também identificou que a inatividade aumentava acentuadamente com a idade (Barbosa, Lebrão, Marucci, 2007).

A ocorrência de internações, nos últimos 12 meses, foi mencionada por 21, 22 e 33% dos idosos com 60-69 anos, 70-79 e 80 anos e mais, em Bambuí, MG (Lima-Costa et al., 2001). A procura pelos serviços de saúde aumentou significativamente com a idade. Em São Paulo, 77,3% dos idosos buscaram algum tipo de serviço de saúde nos últimos quatro meses que antecederam a entrevista (Cesar, Paschoal, 2003). No município de Santa Bárbara do Sul, 90,1% haviam procurado por consulta médica nos últimos seis meses, sendo que desses, 66,4% o fizeram na rede pública de serviços de saúde e 30,5% dos entrevistados relataram internação hospitalar, no último ano (Bini, 2006).

Ressalta-se que a procura por serviços de saúde públicos também está associada ao nível de escolaridade e econômico. Em São Paulo, cerca de 60% dos idosos com até quatro anos de estudos buscaram assistência em serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde e, entre aqueles que possuíam mais de 12 anos de escolaridade, 63,2% procuraram atendimento em serviços privados (Cesar, Paschoal, 2003).

Em Veranópolis, 81,9% dos idosos que haviam procurado consulta médica nos últimos seis meses, tiveram o posto de saúde do bairro como a primeira opção de assistência e 27,6% relataram internação hospitalar no último ano (Pilger, 2006).

Os problemas de saúde e o uso de serviços de saúde aumentam com a idade, portanto, faz-se necessário conhecer as tendências em saúde da população idosa. Entre os indicadores utilizados nos sistemas de informações para o monitoramento das condições de saúde e seus determinantes entre os idosos, destacam-se: percepção da saúde, presença de doenças crônicas, limitações das atividades da vida diária, estilos de vida e quedas (Veras, 2007). Esses são alguns indicadores usados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que é realizada pelo IBGE com intuito de realizar o monitoramento ou a vigilância das condições de saúde e seus determinantes para subsidiar a proposição de políticas sociais para idosos (Lima-Costa, Loyola Filho, Matos, 2007).

Resultados da PNAD de 2003 registraram que 25,6% dos idosos brasileiros tinham três ou mais doenças crônicas, 48,8% eram hipertensos, 27,3% referiram artrite ou reumatismo e 13,0% diabetes.

Em São Paulo, no Projeto SABE, 48,0% das mulheres idosas declararam sofrer de três ou mais doenças, enquanto entre os homens esse percentual foi de 33,0%. Quanto à prevalência de doenças crônicas, 53,3% relataram ser hipertensos, 31,7% referiram artrite, artrose ou reumatismo, 17,9% disseram-se diabéticos e 19,5% portadores de problemas cardíacos (Lebrão, Laurenti, 2003).

Em Porto Alegre, 80,6% dos idosos atendidos por uma Equipe de

Saúde da Família queixaram-se de problemas de saúde, sendo a hipertensão arterial referida por 50% dos pesquisados; 22,4% informaram problemas osteomusculares e 16,3%, diabetes melitus (Souza, Moraes, Barth, 2006).

Floriano (2004) identificou que 46,3% dos idosos de Campinas referiram entre três a quatro doenças e 30,5%, cinco ou mais. A hipertensão foi referida por 73,2%, as doenças osteoarticulares por 51,2%, o diabetes foi mencionado por 30,5% e 17,1% tinham alguma doença digestiva. Dados semelhantes foram encontrados em Santa Bárbara do Sul, onde 73,0% dos idosos eram hipertensos, 35,1% referiram problemas de coluna, 28,8% reumatismo, 24,6% problemas cardíacos, 15,5% diabetes e 14,8%, problemas digestivos (Bini, 2006).

Outras pesquisas realizadas nas regiões sudeste, sul e nordeste do Brasil retratam o mesmo quadro. A maioria dos idosos refere pelo menos uma doença crônica, sendo a hipertensão arterial a mais incidente (Firmo, Barreto, Lima-Costa, 2003; Lima-Costa, Barreto, Giatti, 2003; Alves, Rodrigues, 2005; Lobo, 2005; Lemos, Souza, Mendes, 2006; Maciel, Guerra, 2007; Jóia, Ruiz, Donalísio, 2008).

Os acidentes entre os idosos, principalmente as quedas, são eventos importantes devido à maior vulnerabilidade dessa parcela da população, resultando em comprometimentos de gravidade variável, desde restrição das atividades a maior isolamento social, com declínio da condição de saúde e dependência funcional. Além de dano físico e psicológico, esses acidentes geram um aumento dos custos com cuidados de saúde, expressos pela utilização de serviços especializados e aumento de internações. Assim, são

as várias pesquisas que analisam as quedas em pessoas idosas, tanto no que diz respeito à epidemiologia, etiologia, fatores de risco associados, quanto em relação às consequências desses eventos (Coutinho, Silva, 2002; Perracini, Ramos, 2002; Lebrão, Laurenti, 2003; Gawryszewski, Jorge, Koizumi, 2004; Biazin, 2005; Fabrício, Rodrigues, 2006; Siqueira et al., 2007).

Para Gonzalez, Marin, Pereira (2001) que tinham por objetivo descrever a prevalência de quedas e fraturas nos últimos seis meses entre idosos que vivem em comunidade, encontraram essa ocorrência em 16,6% dos pesquisados, sendo mais freqüente também nas mulheres e nos mais velhos, idade igual ou superior a 75 anos. Os fatores associados foram: presença de limitação funcional, idade ≥ 75 , maior número de doenças crônicas. Identificaram ainda que os locais das quedas restringiam-se à rua (43,6%) e dentro de casa (43,0%).

Perracini e Ramos (2002) identificaram 32,7% dos idosos que referiram pelo menos uma queda no inquérito realizado, na cidade de São Paulo e 13,9% que sofreram quedas recorrentes. Nesse estudo, as chances para quedas aumentaram quando o idoso: era do sexo feminino, tinha antecedentes de fratura, comprometimento progressivo das atividades físicas e autopercepção de saúde ruim ou muito ruim.

As quedas foram mencionadas por 28,6% dos idosos entrevistados em São Paulo pelo Projeto SABE, sendo mais freqüentes nas pessoas com idade acima de 75 anos e nas mulheres, sendo que entre elas, 22,3% tinham diagnóstico de osteoporose.

Em um estudo realizado em 41 municípios com mais de 100 mil

habitantes, dos 4.003 idosos pesquisados, 34,8% relataram quedas nos últimos 12 meses, sendo que 55,0% caíram somente uma vez. Nesse estudo, a queda foi mais freqüente entre as mulheres, viúvos, de classe econômica mais baixa e os mais idosos. O evento também estava associado ao sedentarismo, autopercepção de saúde ruim e maior consumo de medicamentos (Lebrão, Laurenti, 2003; Siqueira et al., 2007).

Outras pesquisas, nacionais e internacionais, revelam quadros semelhantes quanto ao perfil da pessoa idosa que relata quedas e fatores associados (Parrilla et al., 2004; Guimarães, Farinatti, 2005). O Projeto SABE na América Latina e Caribe estimou a prevalência e os fatores de risco de quedas em idosos, em sete cidades, analisando um total de 9.765 sujeitos. A prevalência de quedas variou de 21,6% em Bridgetown (Barbados) a 34,0% em Santiago (Chile). A análise pelo modelo de regressão destaca o sexo feminino, o aumento da faixa etária, os sintomas depressivos as limitações funcionais como variáveis associadas (Reyes-Ortiz, Snih, Markides, 2005).

Em Barcelona, um estudo realizado no Centro de Atención Primaria de Salud Maragall, verificou que 36% dos idosos entrevistados haviam caído pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. O perfil encontrado foi semelhante: idosos do sexo feminino (55%), que viviam sozinhos (33,5%), possuíam pelo menos uma enfermidade crônica (98%) e consumiam medicamentos (93%). Destaca-se que essa pesquisa identificou como fatores de risco as doenças do sistema circulatório, a ingestão diária de três medicamentos ou mais, ser mulher e viver só. A média de doenças e de uso de medicamentos foi de 3,49 e 3,28, respectivamente (Moreno-Martinez et

al., 2005).

Fabício e Rodrigues (2006) descreveram as mudanças referidas por 47 idosos após ocorrência de quedas relacionadas à capacidade funcional e constataram que, antes da queda, 2% do total precisava de ajuda total para caminhar fora de casa. Após a queda, esse índice elevou-se para 23%. Segundo a percepção de todos os idosos entrevistados, a queda teve um impacto significativo nas suas vidas por criar ou aumentar a dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária.

Na Universidade Aberta da Terceira Idade da UERJ, foram pesquisadas as variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir de diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente, tendo sido constatado que 27,9% apresentavam história de queda, especialmente as mulheres e aqueles que consumiam quatro ou mais medicamentos. Os diagnósticos de enfermagem entre esses idosos foram: 53,2% para pressão arterial elevada, 65,6% para visão alterada, 69,3% para dores articulares e 35,0% para perda de equilíbrio (Moreira et al., 2007).

Na Espanha, foi realizada uma revisão sistemática de estudos observacionais sobre quedas em idosos, com idade igual ou superior a 64 anos, no período de 1980 a 2006, sendo incluídas 13 investigações de relevância e que traçaram o seguinte perfil: a incidência acumulada ficou em torno de 14,4%, com maior frequência no sexo feminino e idosos de idade mais avançada; o uso de vários medicamentos é um fator de risco, assim como a diminuição da função física (perda do equilíbrio durante a marcha), diabetes, incontinência urinária, seqüelas físicas de acidente vascular cerebral, problemas de visão e déficit cognitivo (Gama, Conesa, Ferreira,

2008).

É consenso que as quedas representam um importante problema para os idosos e para a saúde pública, uma vez que repercutem em graves conseqüências para o indivíduo e em altos gastos de cuidados de saúde, sendo necessário investigar os diversos fatores que levam aos acidentes externos com a pessoa idosa. Gawryszewski, Jorge, Koizumi (2004) e Mathias, Jorge, Andrade (2006) analisaram as taxas de morbidade hospitalar por causas externas dos idosos e constataram que as quedas são as mais freqüentes.

6.3 Auto-avaliação de saúde

A percepção do idoso em relação ao seu estado de saúde é um indicador relevante de seu bem-estar e é útil para avaliar suas necessidades de saúde, sendo ao mesmo tempo um preditor consistente de sobrevivência para essa população. Portanto, a auto-avaliação da saúde está sendo um dos indicadores mais utilizados nas pesquisas gerontológicas (Lima-Costa, Loyola Filho, Matos, 2007).

Em 2003, os resultados da PNAD, evidenciaram que 43,6% dos idosos avaliaram sua saúde como muito boa/boa. Entretanto, o aumento gradual da idade piora a percepção de saúde (ruim/muito ruim). No município de Santa Bárbara do Sul, 49,3% perceberam sua saúde como muito boa/boa. No nordeste brasileiro, 46,2% dos idosos auto-avaliaram a saúde como muito boa/boa. No entanto, em Veranópolis, apenas 27,6% dos pesquisados referiram sua saúde como muito boa/boa, enquanto 64,2% considerou-a regular (Lima-Costa, Loyola Filho, Matos, 2007; Maciel,

Guerra, 2007; Bini, 2006; Pilger, 2006).

No SABE, 46,0% dos entrevistados consideraram sua saúde muito boa/boa, sendo maior a proporção de homens que auto-avaliam a saúde como boa. A presença de doenças crônicas associada ao sexo do idoso foi o determinante mais fortemente relacionado à autopercepção de saúde no Município de São Paulo. Para os homens, a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco 10,53 vezes maior de uma percepção ruim da própria saúde. Para as mulheres, esse risco foi 8,31 vezes maior (Alves, Rodrigues, 2005).

A autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional, estando fortemente associada com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde.

6.4 Instrumentos de medida

6.4.1 The Nutrition Screening Initiative

A análise da confiabilidade de um instrumento é necessária sempre que o mesmo é aplicado numa população pela primeira vez. O intuito é avaliar se o instrumento (escala ou questionário) é consistente para essa nova amostra populacional. Sendo assim, todos os instrumentos usados nesse estudo foram submetidos a análise de confiabilidade através do cálculo da consistência interna por meio do Alpha de Cronbach.

Os resultados do questionário de “Nutrition Screening Initiative” foram classificados como inaceitáveis pela literatura, uma vez que o Alpha de Cronbach ficou em 0,405 e 0,411 com a retirada do item q4. Segundo

Nunnally e Bernstein (1994), quando existem respostas que são raras, ou seja, ficam abaixo de 5% do restante, a eliminação desse item (ou itens) pode ajudar a elevar o Alpha. Ainda assim, neste caso o resultado manteve-se insatisfatório (0,411). Os mesmos autores orientam que quando o resultado de Alpha é muito baixo, não há razão para se aplicar outros testes (estimativas de confiança, como a correlação), porque os resultados também serão baixos.

Switzer et al. (1999) apontam que valores de Alpha entre 0,50 e 0,80 são aceitáveis durante a construção do instrumento e recomendam rever o número de itens, assim como o conceito teórico que embasa o constructo (Oviedo, Campo-Arias, 2005).

A decisão de manter esse instrumento nessa pesquisa, bem como realizar a análise de seus resultados está pautada no fato de que foram consultadas várias referências, principalmente internacionais, em que o valor de Alpha não é mencionado. Entretanto, os resultados desses estudos são coerentes e as populações investigadas geralmente são grandes.

Em que pesem as limitações mencionadas, os resultados em Dourados, revelaram certo equilíbrio no número de idosos nos três grupos do NSI (baixo, moderado e alto), cerca de 30% em cada grupo. Tal fato assemelha-se ao estudo nacional realizado no município de Gravataí-RS, mas diverge do Projeto Passo Fundo-RS, cujos resultados indicaram 55,6% de idosos com baixo risco, 27,8% com risco moderado e 16,6% com risco alto (Leal, 2002; Stobbe et al., 2005).

Pesquisa transversal e multicêntrica realizada na Espanha, envolvendo 1.320 idosos com mais de 65 anos, identificou 46,2% das

mulheres e 43,2% dos homens com alto risco nutricional (Casimiro, Lorenzo, Usah, 2001). Esses resultados são semelhantes aos do estudo desenvolvido em Ankara, Turquia, em que 36,9% das mulheres e 34,3% dos homens idosos foram classificados com risco nutricional elevado (Kucukerdonmez et al., 2005). Em Oklahoma, Estados Unidos da América, pesquisa epidemiológica com 8.892 idosos identificou 38% com risco moderado e 18% com alto risco nutricional (Quigley, Hermann, Warde, 2008). Em Singapura, o NSI foi utilizado para determinar o risco nutricional de 2.605 pessoas com idade entre 55 e 98 anos, sendo encontradas 25,5% com risco moderado e 4,6% com alto risco (Yap, Niti, 2007).

Estudos nacionais e internacionais corroboram os resultados da presente investigação, referentes à associação entre o alto risco nutricional e mudanças ocorridas na alimentação dos idosos em decorrência de doenças, comer sozinho, uso de três ou mais medicamentos por dia, alteração do peso corpóreo nos últimos seis meses e dificuldade para sair e comprar alimentos, cozinhar ou se alimentar sozinho (Sahyoun et al., 1997; Groot et al., 1998; Leal, 2002; Sharkey, 2002; Brownie, Myers, Stevens, 2007; Quigley, Hermann, Warde, 2008).

Apesar de o NSI ser um instrumento estruturado, outras informações relevantes sobre as condições de saúde dos idosos foram obtidas ao final da sua aplicação, ocasião em que um diálogo informal era estabelecido com o idoso entrevistado. Nesses momentos, foi possível identificar o entendimento e as dúvidas que o idoso e seus familiares tinham sobre a dieta alimentar, principalmente quando hipertensos e diabéticos; o desconhecimento a respeito dos serviços odontológicos oferecidos pela equipe de saúde bucal

das Unidades Básicas de Saúde da Família, bem como os do município; checar os medicamentos prescritos e como estes estavam sendo ministrados. As orientações eram feitas e registradas no diário de campo e depois comunicadas à enfermeira responsável da equipe da ESF.

Estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal do idoso brasileiro confirmam as precárias condições de saúde bucal dessa população. O estudo de revisão sistemática conduzido por Colussi e Freitas (2002), encontrou o Índice de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente) de 26,8 a 31, com grande participação do componente extraído (84%) e alta prevalência de edêntulos (68%).

Em 2004, o Ministério da Saúde brasileiro publicou o documento intitulado “Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal” para direcionar a reorganização da atenção em saúde bucal em todos os níveis de atenção e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo o cuidado como eixo de reorientação do modelo assistencial. Com esse documento, o Ministério da Saúde postulava uma concepção de saúde não centrada somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos condicionantes que a colocam em risco (Brasil, 2006d).

Desde 2006, observa-se o esforço do Ministério da Saúde para promover maior integração da saúde bucal nos serviços de saúde em geral, a partir da conjugação de saberes e práticas voltadas para a promoção e vigilância em saúde, a revisão das práticas assistenciais e a incorporação da abordagem familiar. A intensidade das doenças bucais, o estado de conservação dos dentes e a prevalência de edentulismo são reflexos,

principalmente, das condições de vida e do acesso às ações e serviços em saúde bucal, com forte componente social (Brasil, 2006d).

Por muitos anos, em Dourados, houve carência de oferta de cuidados dentários voltados para as características e as peculiaridades do idoso. Desde 2004, cada equipe da ESF trabalha com uma equipe de saúde bucal, constituída por um odontólogo e um técnico de higiene dentária, que atuam com medidas educativas, preventivas e reabilitadoras, no caso específico do edentulismo. O município possui um Centro de Especialidades Odontológicas, serviço público e gratuito que realiza atendimentos na área de periodontia, endodontia, odontopediatria e cirurgia buco-maxilar.

Os resultados deste estudo também mostraram associação entre risco nutricional e doenças crônicas, como hipertensão arterial, diabetes e insuficiência cardíaca, enquanto a pesquisa de Gravataí-RS apresentou associação entre risco nutricional e neoplasias e a de Passo Fundo-RS, com hipertensão, osteoporose e doença ósseo-articular (Leal, 2002; Stobbe et al., 2005).

Neste estudo, o maior percentual de risco nutricional foi encontrado entre os idosos analfabetos, com menor renda familiar e *per capita*. Na investigação de Gravataí, não houve diferença significativa entre essas variáveis, mas a pesquisa do Alabama constatou associação entre alto risco nutricional, sexo feminino, cor de pele (preta), baixa escolaridade e renda (Leal, 2002; Locher et al., 2005).

No Japão, foi realizada uma pesquisa envolvendo 381 idosos que foram avaliados quanto ao risco nutricional associados à capacidade funcional, auto-avaliação de saúde, distúrbios cognitivos e sintomas

depressivos. Os pesquisadores concluíram que o estado emocional é um fator importante para a manutenção do quadro nutricional dos idosos, pois os resultados revelaram alto risco nutricional associado a sintomas depressivos, auto-avaliação da saúde ruim, local de moradia e ter poucos membros na família (Takahashi, 2006).

Foi desenvolvida uma investigação na Coréia do Sul para determinar a relação entre risco nutricional e comprometimento cognitivo em idosos que viviam na comunidade. Foram pesquisados 2.934 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, sendo submetidos a várias avaliações: risco nutricional, mini-exame do estado mental, medida de pressão sanguínea, exames bioquímicos do sangue e índice de massa corporal. Do total, 66,2% apresentaram baixo risco nutricional (≤ 2) e o restante, risco moderado ou alto. As análises revelaram associação entre alto risco nutricional e presença de déficit cognitivo, ou seja, quanto maior o índice do NSI, menor era o escore do MEEM. Os determinantes que aumentaram o risco foram: idade, sexo feminino, baixo nível educacional e menor número de membros na família. Os autores ressaltaram que duas questões respondidas afirmativamente, aumentaram o risco relativo, a saber: q5 *“Eu apresento algum problema bucal que dificulte minha alimentação”* e q10 *“Algumas vezes, eu tenho dificuldades físicas para fazer compras, cozinhar e/ou alimentar-me sozinho”*. (Lee et al., 2008).

6.4.2 Medida de Independência Funcional

A Medida de Independência Funcional (MIF) foi traduzida e validada para a língua portuguesa, no Brasil, em 2000. A análise da consistência interna, nos estudos brasileiros, é alta e aceitável, caracterizada por valores acima de 0,70 (Kawasaki, Diogo, 2005; Paula, 2007; Scattolin, Diogo, Colombo, 2007).

Os trabalhos brasileiros publicados estão relacionados, na sua maioria, a pacientes em assistência domiciliária, por não terem condições de saúde e sociais para comparecer aos serviços ambulatoriais. Há ainda estudos com pacientes em tratamento em ambulatórios de Geriatria, ou hospitalizados, tal como em publicações internacionais (Lopes et al., 2007; Ricci, Kubota, Cordeiro, 2005; Ricci et al. 2006; Biazin, 2005; Paula, 2007; Ostwald, Swank, Khan, 2008; Scattolin, Diogo, Colombo, 2007; Caplang et al., 2006; Petruskeviciene, Krisciunas, 2008; Thomas et al., 2007; HersHKovitz, Brill, 2007).

No presente estudo, a discussão será norteadada pela prevalência de incapacidades nos idosos, frente às atividades básicas (AVD) e as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) que sejam comuns entre a MIF e outras escalas, como Katz, Barthel, Lawton & Brody e OARS-MFAQ (Older Americans Resources and Services Program Multidimensional Functional Assessment Questionnaire) com destaque para os estudos de base populacional e com equipes de Saúde da Família.

Os resultados indicaram prevalência de incapacidade funcional de 7,6%, com predomínio da dependência modificada para assistência de terceiros de até 25%.

Na região metropolitana de Belo Horizonte, estudo de base populacional constatou que 84% dos idosos eram totalmente independentes para seis AVD: banhar-se, vestir-se/despir-se, alimentar-se, ir ao banheiro, caminhar dentro de casa, transferência da cama para cadeira e vice-versa. (Giacomin et al., 2008)

Maciel e Guerra (2007) verificaram que 86,8% dos idosos avaliados pelo índice de Katz, eram totalmente independentes e que os fatores associados que influenciaram os resultados foram idade, história de internação hospitalar, função cognitiva alterada, presença de sintomas depressivos e auto-avaliação da saúde ruim.

Em Guatambu/SC, a prevalência de algum tipo de incapacidade funcional (leve, moderada, grave ou total) foi igual a 30,5%, sendo que para os idosos analfabetos a prevalência foi cerca de duas vezes maior. As pessoas com idade mais avançada, do sexo feminino, de baixa renda, com autopercepção de saúde ruim e condições clínicas desfavoráveis, também apresentaram maior prevalência de incapacidades. O mesmo ocorreu com aqueles que foram hospitalizados ou que sofreram algum tipo de acidente (Santos et al.,2007).

Farinasso et al. (2006) buscaram caracterizar a percepção de saúde, a capacidade funcional e a prevalência de morbidade em uma área atendida por ESF, em Jandaia do Sul,PR. Encontraram uma prevalência de incapacidade funcional de 22,1%, sendo que as atividades mais comprometidas foram “subir e descer escadas” e “andar perto de casa”. Em outro estudo realizado em Goiânia,GO, Costa et al. (2006) identificaram uma prevalência de incapacidade funcional de 42,1%, sendo que dentre aqueles

que necessitam de ajuda para AVD, 75% apresentavam incontinência urinária ocasional, 45% dificuldades para subir e descer escada e 25%, incontinência fecal ocasional.

Em Santa Bárbara do Sul/RS, 7,8% dos idosos precisavam de algum tipo de ajuda para realizar a higiene pessoal, bem como para movimentar-se, 7,7% apresentavam dificuldades para deambular sozinhos e 5% precisavam de auxílio para se alimentar (Bini, 2006).

Em Goiânia, Araújo e Bachion (2005) estudaram idosos de uma comunidade atendida por uma Equipe de Saúde da Família e constataram que a média de patologias referidas era de 2,61: 57,3% tinham hipertensão arterial, 25,3% reumatismo e 24,0% osteoporose. Os diagnósticos de enfermagem mais incidentes foram: mobilidade física prejudicada (92,0%), fadiga (48,0%), intolerância para atividade física ou insuficiência de energia fisiológica ou psicológica (45,3%) e capacidade diminuída para andar (44,0%).

Alquézar et al.(2007) em um estudo realizado em Zaragoza (Espanha), verificaram que os homens eram menos dependentes que as mulheres, os viúvos apresentavam maior nível de dependência moderada ou severa, e que a idade influenciava o nível de dependência. As AVD em que os idosos mais necessitavam de ajuda foram banho, andar e vestir-se.

Para Bonardi (2006) apresentar duas ou mais doenças crônicas e/ou ter alterações das funções cognitivas comprometem significativamente a capacidade funcional para as AVD.

6.4.3 Mini-Exame do Estado Mental

O MEEM aplicado em Dourados apresentou boa consistência interna, tal como no estudo de Lourenço, Veras, Ribeiro (2008). As diferenças encontradas na literatura nacional e internacional quanto ao critério de ponto de corte dificultam a comparação dos resultados, mesmo assim, há consenso em que idade, escolaridade e sexo feminino estão diretamente associados ao comprometimento cognitivo.

Em Santo Antonio de Pádua/RJ, a prevalência foi de 19,2% e a idade, a escolaridade e o sexo feminino foram fatores associados ao comprometimento cognitivo e funcional (Laks et al., 2005). Enquanto em Viçosa/MG, o estudo com idosos freqüentadores de um programa para terceira idade, revelou 36,5% de prevalência de declínio cognitivo, sendo que aqueles com menos de um ano de escolaridade tinham 3,83 vezes mais chances de apresentar o déficit cognitivo que os que tinham de 1 a 4 anos de estudo (Machado et al., 2007).

No Rio de Janeiro, estudo com 303 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos constatou associação significativa entre as variáveis, faixa etária, escolaridade e renda e o declínio cognitivo (Lourenço, Veras, 2006).

Estudo de coorte desenvolvido em área rural da China, com indivíduos com idade a partir de 50 anos, usando o MEEM, constatou prevalência de 5,3% de quadros de demência, havendo diferenças significativas entre sexo feminino, escolaridade (analfabeto) e idade superior aos 70 anos (Zhou et al., 2006).

Em Ribeirão Preto/SP, um estudo de base populacional com 1.145

idosos investigou a prevalência de déficit cognitivo e incapacidade funcional. Os autores adotaram a orientação de Brucki et al. (2003) para ponto de corte do MEEM. A prevalência de comprometimento cognitivo e funcional foi de 18,9% e as variáveis que se associaram significativamente foram: sexo feminino, viuvez, faixa etária, baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo (classes econômicas D e E), acidente vascular cerebral, traumatismo craniano, epilepsia, depressão e uso de álcool (Lopes et al., 2007).

Estudo longitudinal, multicêntrico, realizado na Inglaterra com indivíduos a partir dos 65 anos, para determinar o índice de comprometimento cognitivo e funcional de idosos que viviam em comunidades carentes, identificou prevalência de déficit cognitivo de 16% e 10% para mulheres e homens, sendo que a incapacidade funcional esteve presente em 37% e 23% do sexo feminino e masculino, respectivamente. As variáveis socioeconômicas que se associaram significativamente em ambos os comprometimentos foram: sexo (feminino), baixa escolaridade, faixa etária (mais velhos), tipo de ocupação (serviços manuais) e classe econômica (menos favorecida). O estudo ainda constatou que os idosos que viviam em áreas desfavorecidas economicamente, independentemente do próprio status social e econômico, tinham mais chances de apresentar déficit cognitivo e funcional (Basta et al., 2007).

Vieira et al. (2003) investigaram 286 idosos de 65 anos e mais atendidos em um Ambulatório de Atenção Primária na cidade de Havana, em Cuba, tendo constatado que 27 (9,4%) apresentavam déficit cognitivo. As variáveis significativamente associadas foram: sexo feminino, faixa etária, escolaridade, hábitos de fumar e hipertensão arterial. Poucos estudos

abordam o grau de dificuldade dos idosos em responder cada item do MEEM. Porém, essa mesma investigação constatou que entre os 27 (9,4%) idosos com déficit cognitivo, 100% apresentaram dificuldade na memória de evocação, 96,2% com o cálculo e 85,1% na área da linguagem.

Como o fator cultural e educacional interfere no resultado do MEEM, foi proposto um MEEM modificado para indivíduos analfabetos, com alterações nos itens cálculo e cópia do desenho. Os pesquisadores observaram que os escores do MEEM modificado foram mais elevados que os resultados do MEEM tradicional, concluindo que essa modificação pode auxiliar a prevenir resultados falso-positivos e falso-negativos, além de constatarem que os idosos com mais de 8 anos de instrução formal são protegidos contra a redução de suas capacidades para solucionar testes cognitivos (Brito-Marques, Cabral Filho, 2004; Brito-Marques, Cabral Filho 2005).

6.4.4 Escala de Depressão Geriátrica

A confiabilidade da Escala de Depressão Geriátrica foi aceitável em Dourados. Os resultados encontrados são corroborados por estudos nacionais e internacionais (Almeida, Almeida, 1999a; 1999b; Chaaya et al., 2008). A correlação item-total variou entre 0,147 a 0,501 em um estudo americano, em que a EDG foi aplicada com 960 idosos, sendo que nessa pesquisa o Alpha de Cronbach foi de 0,749 (Friedman, Heisel, Delavan, 2005; Maluscan et al., 2006).

No contexto da Estratégia de Saúde de Família, destaca-se o trabalho dos profissionais de saúde voltado para a assistência integral e contínua a

todos os membros da família cadastrada. Quanto aos idosos, cabe identificar precocemente os agravos mais freqüentes e buscar rápida intervenção, bem como medidas de reabilitação. Assim, estabelece-se como uma das muitas atribuições comuns da equipe: *“o conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas”* (Silvestre, Costa Neto, 2003). No entanto, estudo realizado em Pelotas/RS constatou que 76,6% dos idosos entrevistados em seus domicílios afirmaram que na última consulta médica não haviam sido questionados sobre seu estado de humor ou sentimentos de tristeza (Gazalle, Hallal, Lima, 2004).

A depressão é um distúrbio da área afetiva ou do humor com forte impacto funcional em qualquer faixa etária. Por ser de natureza multifatorial, envolve diversos aspectos biológicos (fragilidade na saúde decorrente de doenças crônicas), sociais (pobreza, solidão, modificações no suporte social) e psicológicos (perdas de entes queridos e de papéis sociais).

Em pessoas com 65 anos e mais, a depressão é considerada um problema de saúde por ter conseqüências graves que infligem sofrimento aos pacientes, promovendo aumento do nível de dependência, afetando também os cuidadores, elevando os custos dos cuidados de saúde. É um quadro pouco reconhecido em unidades de atenção primária e sua prevalência varia entre 17% a 30% de acordo com as formas de avaliação adotadas (Gordilho, 2002; Menon, Custódio, 2005; Irigaray, Schneider, 2007).

Em Dourados, a prevalência de sintomas depressivos foi de 34,4%, maior entre as mulheres e viúvos, associada positivamente com baixa renda,

precárias condições de moradia, inatividade física, ausência de participação social, auto-avaliação de saúde ruim e presença de algumas doenças.

Snowdon (2002) considera que as mulheres são mais vulneráveis à depressão e que vivem mais isoladas socialmente. Para o autor, a pobreza, viver sozinho e deterioração física são variáveis que predis põem o idoso à depressão.

Em São Paulo, o Projeto SABE identificou a prevalência de 18,1% de depressão, sendo que as mulheres alcançaram o maior índice maior. Na cidade do México, o estudo SABE constatou 66,0% de sintomas depressivos e que a depressão estava associada positivamente com baixa renda, auto-avaliação da saúde ruim, quedas, hipertensão arterial, incontinência urinária e baixo consumo alimentar (Lebrão, Laurenti 2005; Ávila-Funes, Garant, Aguilar-Navarro, 2006).

Em Jandaia do Sul/PR, pesquisa realizada para verificar a ocorrência de estados depressivos entre idosos atendidos por uma equipe de ESF encontrou uma prevalência de 29,0% de sintomas leves ou moderados, sendo o maior índice verificado entre mulheres na faixa etária de 70 a 74 anos, viúvos, aposentados, menor instrução, baixa renda, ausência de laços conjugais e de atividades de lazer (Nardi, Andrade, 2005). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo desenvolvido em Santa Cruz/RN (Maciel, Guerra, 2007).

No Japão, estudo de coorte prospectivo investigou a prevalência de depressão em idosos segundo condições econômicas e região de moradia, constatando que maiores índices de sintomas depressivos para os que viviam na área rural, mais velhos, menos instruídos, com mais

incapacidades para AVDs e que auto-avaliaram a saúde como ruim (Muriata et al., 2008).

Broekman et al. (2008) identificaram 7,9% de depressão entre idosos asiáticos, de etnias chinesa, malaia e indiana. Essa pesquisa também revelou que 19,9% dos entrevistados pontuaram na questão dez *“acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas”*, 15,6% no item nove *“prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas”* e 15,5% responderam *“que não vale a pena viver como vivem agora”*, que corresponde a questão 12.

Em Medellín, houve associação positiva para depressão e percepção econômica regular ou ruim, sendo mais prevalentes os itens: insatisfação com a vida, diminuição ou abandono das atividades realizadas anteriormente, sensação de que a vida é menos maravilhosa e crença de que outras pessoas estão em melhores condições (Patiño, Cardona, 2007).

6.5 Mapa Mínimo de Relações do Idoso

A avaliação objetiva da composição familiar e das funções que seus membros exercem é importante porque fornece informações significativas para melhorar o planejamento do cuidado aos idosos, uma vez que a família satisfaz inúmeras necessidades de seus componentes, sejam físicas (alimentação, habitação, cuidados pessoais), psíquicas (auto-estima, amor, afeto) ou sociais (identificação, relação, comunicação, pertencimento a um grupo). O suporte social ajuda os idosos a enfrentar e a se recuperar melhor de enfermidades, estresse e outras experiências difíceis da vida (Castro, Campero, Hernández, 1997; Clemente, 2003; Moragas, 2004; Rabelo, Neri,

2005).

Com o objetivo de analisar o suporte familiar e social de 338 idosos residentes em Alecrim/RS, Leite et al. (2008) utilizaram o *Medical Outcomes Study* que demonstrou que 87,0% dos pesquisados possuíam uma rede familiar e social que lhes fornecia suporte de natureza emocional, material, afetiva e informativa, caracterizando interação social positiva, o que lhes possibilitava bom convívio familiar e social.

Estudo desenvolvido no município de Taquarituba/SP, utilizando o *Medical Outcomes Study*, descreveu as características de apoio social aos idosos residentes em área rural e assistidos pela Estratégia da Saúde da Família. Essa investigação apontou que, quanto maior o número de pessoas no domicílio, maior a frequência do apoio afetivo. Entre os idosos com maior probabilidade de apresentar alguma inadequação de apoio social predominam mulheres, analfabetos, viúvos ou solteiros e de menor renda (Pinto et al., 2006).

Pavarini et al. (2006), ao avaliar a funcionalidade familiar de 93 idosos pertencentes a um Movimento de Alfabetização de Adultos, através do Apgar de Família, para que estes identificassem quem escolheriam para cuidar deles na velhice, constataram que 83,9% dos pesquisados moravam com alguém, predominantemente filhos; os 16,1% que moravam sozinhos recorriam com maior frequência aos filhos ou aos vizinhos e relacionavam-se bem com as pessoas que procuram. A maioria (59,1%) relatou receber ajuda de alguém da família para algumas atividades, entre as quais, ir ao médico, realizar compras e/ou fazer os serviços domésticos. Esse tipo de ajuda era realizado principalmente pelos filhos e filhas. Destacaram que 68,8% dos

idosos diziam-se satisfeitos em poder recorrer à família em busca de ajuda.

A avaliação da estrutura e das funções de redes de apoio social de idosos mexicanos, por meio da Escala de Bem-Estar Subjetivo, ratifica que a família (filhos e cônjuge), amigos e vizinhos são os provedores de cuidados mais freqüentes, seguidos de integrantes de grupos religiosos e, por último, profissionais de saúde. O suporte social formal dos profissionais de saúde é mais freqüente quando avaliado pelo menos alguns dias do mês. Quanto à função de apoio para ajudar a resolver os problemas do dia-a-dia, 35% dos idosos recebem-na dos seus cônjuges, 30,6% dos filhos e 20% relatam não ter ninguém. Em relação à ajuda financeira, 43,8% dos entrevistados contam com os filhos, 18,1% com o cônjuge e 28,1% não tem ninguém. Para acompanhá-los em algum lugar, 37,5% contam com os filhos, 25,6% com os cônjuges e 15,6% não possuem alguém para essa função (Noriega, Quiñones, Guedea, 2005).

Em outro estudo mexicano, 40 idosos internados em um hospital que atende população carente e sem acesso à seguridade social foram entrevistados quanto ao tamanho e ao tipo de apoio social que recebiam. O tamanho da rede foi de 7,5 integrantes, em média (mínimo de dois e máximo de 16 membros), sendo composta mais por mulheres. As redes incluíram, hierarquicamente, os filhos (82,5%), noras e genros (47,5%), cônjuges e netos (37,5%), amigos (30,0%), irmãos (25,0%) e outros parentes (27,5%). Essas fontes de apoio formavam as redes multigeracionais, porque 50,0% incluíam duas e 37,5% três gerações. Quanto ao tipo, houve predomínio do apoio emocional, seguido pelo econômico e, por último, o instrumental. A composição da rede e a quantidade de apoio social recebido estavam

relacionadas ao sexo e ao estado civil. Nesse caso, as mulheres tinham uma rede maior e recebiam mais apoio social do que os homens, bem como os indivíduos casados e viúvos (homens e mulheres) possuíam redes maiores que os solteiros (Robles et al., 2000).

No município de São Paulo, Rosa et al. (2007) utilizaram os índices de frequência e diversidade de contatos, o status de coabitação e a situação conjugal para investigar as redes sociais e a disponibilidade de apoio social instrumental e informal de idosos. Com uma amostra de 1.568 sujeitos, foi possível perceber que as mulheres com 80 anos e mais, ao serem comparadas com as mais jovens, apresentaram menos contatos. O estado civil também influenciou, já que mulheres e homens solteiros tinham mais chances de frequências de contatos mais baixas, assim como os homens mais pobres.

Assim, alguns estudos confirmam que a existência de diferenças na estrutura das relações sociais quanto ao sexo, idade, estado civil, renda *per capita*, escolaridade e auto-avaliação de saúde estão associadas com a estrutura e o tipo de apoio social entre os idosos. Essas relações manifestam-se desigualmente entre sexo e as características sociodemográficas (Pearlin, 1989; Due P et al., 1999; Nebot et al. 2002; Rosa et al, 2007)

As investigações apresentadas confirmaram a assertiva que o suporte social abrange políticas e redes sociais de apoio compostas por família e grupos sociais que têm como finalidade contribuir para o bem-estar das pessoas. A criação de políticas incluindo as redes de apoio para os idosos dependentes ou não, sua família e a assistência aos idosos que não

dispõem de cuidados familiares e programas com intuito de minimizar os efeitos das doenças crônicas são os meios de promover, recuperar e manter a saúde dessa parcela da população (Araújo et al., 2006; Rosa et al., 2007; Leite et al., 2008).

CONCLUSÕES

7. CONCLUSÕES

Estudos sobre capacidade funcional de idosos ajudam a compreender como o processo de envelhecimento manifesta-se em diferentes grupos sociais. A avaliação do estado de saúde, por sua vez, é um poderoso indicador do processo saúde-doença em idosos.

Considera-se que a presente investigação alcançou os objetivos propostos tanto do ponto de vista acadêmico, ao permitir a elaboração desta tese, quanto da prática clínica, uma vez que os informes contínuos enviados à Secretaria Municipal de Saúde de Dourados durante a coleta de dados levaram à implantação de medidas para atender as necessidades dos idosos envolvidos. A entrega de um relatório final à Secretaria, assim como a apresentação dos seus resultados aos trabalhadores da área da saúde, ensejaram reflexões sobre o modelo assistencial adotado pelo Município para o atendimento desse grupo populacional.

Ao revelar o perfil das pessoas idosas assistidas pela Estratégia da Saúde da Família em Dourados, este estudo poderá vir a subsidiar a implementação de respostas apropriadas às suas necessidades.

Verificou-se que, em síntese, tais idosos são, predominantemente:

- ✓ de cor branca,
- ✓ do sexo feminino,
- ✓ viúvos (mulheres, em grande maioria),
- ✓ analfabetos,
- ✓ católicos,
- ✓ residentes em Dourados há mais de 30 anos,

-
- ✓ antigos trabalhadores rurais,
 - ✓ proprietários de residências de alvenaria, em boas condições, com água encanada, fornecida pela rede pública, dotadas de fossa séptica e cujo lixo é coletado pela prefeitura municipal,
 - ✓ co-residentes, na mesma moradia, com cerca de três pessoas, em média,
 - ✓ situados na classe econômica D,
 - ✓ economicamente inativos,
 - ✓ com renda familiar *per capita* mensal de até um salário mínimo,
 - ✓ não fazem uso de álcool ou fumo,
 - ✓ não praticam atividade física ou social,
 - ✓ avaliam sua saúde como regular,
 - ✓ referem cerca de três diagnósticos médicos e ingerem mais de quatro medicamentos por dia,
 - ✓ portadores de hipertensão arterial,
 - ✓ com problemas do sistema músculo-esquelético,
 - ✓ usuários de serviços de saúde da rede própria do SUS (públicos) e
 - ✓ procuraram tais serviços nos últimos seis meses.

O quadro 7.1 apresenta as associações estatisticamente significativas entre as variáveis socioeconômicas e de estado de saúde com as variáveis: auto-avaliação ruim de saúde, alto risco nutricional, grau de dependência, déficit cognitivo e sintomas depressivos.

Quadro 7.1- Representação das variáveis sociodemográficas e de estado de saúde que se associaram com auto-avaliação ruim de saúde, alto risco nutricional, grau de dependência, déficit cognitivo e sintomas depressivos. Dourados, 2008.

	A-A Ruim	Analf.	S/AF	S/PS	Fx. 80 anos	Cond. Precar.	Renda 0,5 SM	HAS
A-A Ruim	-	X	X	-	-	-		X
NSI	X	X	X	-	-	X	X	X
MIF	X	X	X	X	X	X	-	-
MEEM	X	X	X	X	X	X	-	-
EDG	X	-	X	X	-	X	X	-

A-A (auto-avaliação de saúde); Analf. (analfabeto); S/AF (sem atividade física)
S/PS (sem participação social); Fx. (faixa etária); Cond.Precar. (condições precárias)
HAS (hipertensão arterial sanguínea)

O aumento da população idosa requer maior qualificação dos profissionais dos serviços de saúde da Atenção Básica para compreender a realidade do indivíduo, de sua família e da rede que lhe dá suporte social. A visita domiciliária realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde permite não apenas o levantamento de condições sociais e sanitárias das famílias, mas a aplicação de instrumentos padronizados específicos que contribuem para a captação das necessidades dos idosos e o monitoramento de suas condições de saúde.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa permitiram a leitura das necessidades de saúde e sociais expressas pelos idosos entrevistados e seus familiares, quando presentes. Foi possível captar necessidades relacionadas a condições de vida (moradia, saneamento básico, renda, escolaridade e alimentação), acesso aos serviços sociais e de saúde (informação e uso) e grau de autonomia.

Na população estudada, verificou-se que as idosas apresentavam maior prevalência de distúrbios cognitivos, enquanto os homens eram mais

dependentes quanto à funcionalidade.

A auto-avaliação de saúde é um poderoso indicador de mortalidade por ser uma expressão subjetiva de condições objetivas de vida e saúde. Neste estudo, os idosos que avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim também apresentaram alto risco nutricional, algum grau de dependência, déficit cognitivo e sintomas depressivos. Portanto, são idosos que necessitam de acompanhamento mais próximo e freqüente das equipes da ESF.

A determinação do risco nutricional por meio do NSI pode ser o primeiro passo para detectar alterações do estado nutricional, uma vez que permite identificar rapidamente mudanças na ingestão de alimentos em decorrência de presença de doenças, uso de medicação, dificuldades econômicas e sociais, assim como condições de saúde bucal e alteração rápida do peso corpóreo. Assim, é relevante analisar cuidadosamente cada quesito que compõe o NSI. Ressalta-se, porém, que a determinação do risco nutricional pelo NSI não substitui as medidas antropométricas, nem outros parâmetros nutricionais.

A MIF, além de avaliar o grau de dependência para as AVDs, permite o acompanhamento e o controle da funcionalidade, de modo que sua aplicação na Atenção Básica é viável e necessária. Foi possível detectar que em Dourados/MS, os idosos com algum grau de dependência têm como determinantes o baixo grau de instrução, a auto-avaliação ruim de saúde, a idade avançada e as precárias condições de moradia. Destaca-se que a MIF associou-se significativamente com todas as outras escalas - risco nutricional, déficit cognitivo e sintomas depressivos.

Cabe um olhar cuidadoso sobre a associação entre dependência e ausência de atividade física e participação social, uma vez que se identificou associação significativa com seqüelas de acidente vascular cerebral e incontinência urinária. Entretanto, pode-se tratar de causalidade reversa: os idosos podem não praticar tais atividades em razão de algum déficit motor ou vice-versa.

O sexo feminino, a baixa escolaridade, a idade avançada, as más condições de moradia aumentam as chances dos idosos desenvolverem déficit cognitivo. Este estudo evidenciou ainda as dificuldades desses idosos quanto à praxia construtiva (habilidade grafomotora) e a linguagem escrita.

A EDG também mostrou associação significativa com as demais escalas e foi a que apresentou o maior número de variáveis associadas, ou seja, os idosos com sintomas depressivos foram os que apresentaram as seguintes condições de vida: moravam em casas cedidas, tinham baixa renda, eram economicamente inativos, não tinham crença religiosa, avaliavam a própria saúde como ruim e referiram doenças pulmonares, digestivas, problemas músculos-esqueléticos e depressão.

Outro fato que chama a atenção é a inatividade, a falta de motivação e baixa auto-estima de alguns idosos, que se refletem em respostas que ressaltam a interrupção de suas atividades profissionais, de lazer e, algumas vezes, da vida diária, como, por exemplo, a preferência por ficar em casa.

O Mapa Mínimo de Relações do Idoso também se revelou um instrumento de fácil aplicabilidade e sua utilização permitiu constatar que a família foi a maior provedora de cuidados em todos os círculos de proximidade. Verificou-se ainda a pequena participação dos serviços sociais

e de saúde na rede de suporte social dos idosos pesquisados. Os serviços de saúde foram representados pelos ACS e o serviço social do município esteve praticamente ausente nas respostas dos entrevistados, que contam com redes pequenas face as suas necessidades sociais e de saúde.

Em que pesem algumas limitações deste estudo, referidas ao final destas conclusões, foi possível detectar situação de vulnerabilidade em que se encontram esses idosos, quando se considera suas chances de exposição ao adoecimento, resultantes de um conjunto de aspectos que não são exclusivamente individuais, mas também coletivos e contextuais.

Os idosos desta investigação são produtos do desenvolvimento histórico-social do país, do estado de Mato Grosso do Sul e do município de Dourados, cuja origem e evolução estão pautadas na política econômica baseada no latifúndio e na agropecuária. Ainda hoje, o País, o Estado e o Município apresentam problemas sociais relacionados à propriedade da terra, como é o caso da reforma agrária e da demarcação das áreas indígenas, ao saneamento básico e também à educação, cultura e lazer.

O perfil de saúde-doença refere-se aos padrões de trabalho e consumo de um determinado grupo social e, além das características singulares relativas à constituição biológica e mental dos indivíduos, retrata os perfis de produção e reprodução social, expressos em escolaridade, renda e papéis de gênero, entre outros, próprios das sociedades em que os indivíduos desenvolveram-se como seres sociais.

Espera-se que os resultados desta investigação ofereçam subsídios para elaboração de protocolos de avaliação e acompanhamento de necessidades de saúde e sociais a serem utilizados na Atenção Básica e na

assistência social, pois fornecer respostas apropriadas às necessidades dos idosos implica superar o atendimento limitado às necessidades existenciais ou de reprodução biológica (Heller, 1986).

Quanto às limitações do estudo, o uso de diversos instrumentos, ao mesmo tempo em que permitiu uma análise multidimensional, por outro, demandou um esforço de concisão na apresentação dos resultados. Tampouco foi possível incluir no texto as percepções e anotações de campo, pois isso iria requerer análises qualitativas que excederiam os objetivos propostos.

IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E A ENFERMAGEM

8. IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE E A ENFERMAGEM

Entre tantas inquietações que surgiram deste estudo, optou-se por ressaltar duas: como captar e monitorar necessidades de saúde e sociais das pessoas idosas na Atenção Básica? E como dar voz a essas pessoas?

Para responder à primeira questão, lança-se uma proposta para captação das necessidades sociais e de saúde dos idosos assistidos na Atenção Básica por equipes da ESF, a saber:

- a) Incorporar a Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa, que consta do Caderno de Atenção Básica - nº 19 do Ministério da Saúde, páginas 48 e 49, com a finalidade de identificar problemas de saúde coletiva condicionantes do declínio funcional.
- b) A partir dos resultados obtidos nessa avaliação multidimensional e frente a agravos sociais ou de saúde (queda, diagnósticos médicos, ocorrência de perdas ou luto, entre outros), fazer uso de algum dos instrumentos padronizados utilizados neste estudo, de acordo com o caso, para avaliação nutricional, de funcionalidade, cognição ou sintomas depressivos, e descrever a rede de suporte social utilizando o MMRI.
- c) Após essa avaliação, elaborar metas para um plano de intervenção para utilização no nível local, pela equipe da ESF e estabelecer critérios para monitoramento e avaliação. Propõe-se uma ficha nominal para esse fim (exemplo 1).
- d) E, por fim, notificar os achados à Vigilância à Saúde e ao gestor, por meio de um quadro-síntese com o intuito de identificar os grupos de idosos mais acometidos e a prevalência dos agravos,

de modo a direcionar as atividades de saúde e integrar outros setores públicos e mobilizar os privados, bem como alocar recursos humanos e equipamentos (exemplo 2).

Exemplo 1 – Proposta de Ficha nominal (individual) para a pessoa idosa, a ser preenchida pela ESF a partir da captação das necessidades sociais e de saúde obtidas da ficha Tipo A e dos instrumentos para risco nutricional, funcionalidade, déficit cognitivo, sintomas depressivos e rede de suporte social .

Tamanho da Rede Social	Auto-Avaliação de Saúde	Escalas	Determinantes sociais
Sem rede = 4 pontos	Muito Boa / Boa = Zero	NSI (0 -2) = 0 (3 -5) = 1 (6 e +) = 2	Analfabeto (X) Sim () Não
Pequena = 3	Regular = 1	MIF Indep. Mod/completa = 0 Algum grau dep. = 1	Renda <i>per capita</i> (X) até 1 SM () acima de 1 SM
Média = 2	Ruim/ Muito ruim = 2	MEEM Normal = 0 Déficit = 1	Arranjo familiar () sozinho (X) acompanhado
Grande = 1		EDG Normal = 0 Sintomas = 1	Condições moradia () Boa () Regular (X) Precária
TOTAL (mín.=1 máx.=11) = 7			

Obs: Pontuam-se os resultados das escalas, da auto-avaliação e da rede social.

Exemplo 2 – Proposta de quadro-síntese a ser preenchida pela ESF e enviada para a vigilância à saúde e gestor. Contém o resumo da situação de saúde por ESF.

EQ	NSI			MIF		MEEM		EDG		MMRI			
	SR	Mo	AI	In	De	N	Def.	N	SD	SR	P	M	G
12	1	4	10	15	0	8	7	5	10	3	10	2	0
20	4	9	5	15	3	11	7	12	6	5	11	2	0
35	4	9	7	18	2	13	7	16	4	1	17	2	0

EQ = Número da equipe ESF

Os números apresentados representam a quantidade de sujeitos avaliados e os respectivos resultados. Neste exemplo, a Equipe 12 avaliou 15 pessoas idosas, sendo que dez apresentam alto risco nutricional, não há dependentes funcionais, sete apresentam déficit cognitivo e dez têm sintomas depressivos. Três idosos não possuem rede social, dez possuem uma rede pequena, dois têm uma rede de tamanho médio e não há idosos com uma rede social grande.

A segunda inquietação é: como dar voz aos idosos usuários dos serviços? Como empoderar as pessoas idosas a fim de que possam vocalizar suas necessidades sociais e de saúde? Como resgatar sua autonomia, inseri-las em dinâmicas grupais, valorizando seu processo de envelhecer, a partir desses resultados apresentados?

É preciso que se invista no idoso, aproveitando suas experiências e permitindo-lhes expressar seus conflitos, angústias e perspectivas. O que de fato ele pode e gostaria de fazer?

O município de Dourados carece de recursos sociais e de saúde para atender essa parcela populacional. É necessário pensar na implantação do Centro-Dia e na contratação de profissionais (enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, geriatra, nutricionista e assistentes sociais) para investir em medidas terapêuticas e alternativas que visem resgatar a auto-estima, promover a saúde, prevenir ou retardar processos mórbidos e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Durante a realização deste estudo, graças ao convênio de mobilidade internacional entre a Universidade de São Paulo e o Banco Santander, foi possível conhecer o modelo assistencial para atendimento ao idoso existente em Barcelona, Espanha. Medidas alternativas de assistência à pessoa idosa permitem que o idoso permaneça mais tempo em convívio com a família, oferecem suporte ao cuidador e proporcionam condições para que o idoso que reside sozinho permaneça em seu domicílio com segurança.

O sistema espanhol utiliza diversas modalidades de serviços integrados, descritos a seguir (Alvarenga et al.,2007):

- Hospital Dia: serviço ambulatorial de assistência multiprofissional de destinado a pessoas com incapacidade física ou psíquica que requerem tratamento integral antes de retornar ao domicílio. Conta com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.
- Programa Atenção Domiciliar com Equipe de Suporte (PADES): é uma ferramenta para melhorar a atenção domiciliar prestada aos idosos enfermos, doentes crônicos com dependência e pacientes terminais. Trata-se de uma equipe de reforço que tem como objetivo melhorar a qualidade da assistência, sendo um elemento de suporte para os profissionais da Atenção Primária à Saúde e das Unidades Básicas de Assistência Social, servindo de conexão entre os diferentes recursos assistenciais existentes na comunidade.

- Serviço de Ajuda em Domicílio: programa individualizado, de caráter preventivo e reabilitador, que articula um conjunto de serviços e técnicas de intervenção profissionais voltadas para atenção pessoal, doméstica, de apoio psicossocial e familiar, bem como relações com o entorno, prestados no domicílio de idosos com algum grau de dependência. Os serviços oferecidos são muito diversificados, envolvendo desde a realização de tarefas domésticas até a atenção pessoal na ajuda com as atividades da vida diária, passando pelo cuidado e o apoio às pessoas com elevado grau de dependência, restrições de mobilidade, uso de sondas etc. Promove ainda atividades de integração social.
- Centro-Dia: recurso social e de saúde que apóia o idoso e seus familiares. Durante o dia, oferece atenção às necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais a idosos afetados por diferentes graus de dependência. Promove a autonomia e a permanência do idoso em seu entorno habitual. Oferece serviços de atenção social (acolhimento, relações com a família e orientação), atenção à saúde psico-física (reabilitação, terapia ocupacional, higiene pessoal, orientação nutricional), socialização e participação social. Distingue-se do Hospital-Dia porque este conta com um componente mais específico de avaliação das condições de saúde, recuperação funcional, controle clínico e de enfermagem, enquanto o Centro-Dia tem como função principal manter a situação funcional e diminuir a sobrecarga dos

cuidadores. É um recurso que depende mais de serviços sociais que de saúde.

Esses diferentes equipamentos integram-se por meio de uma instância articuladora denominada Centro Sócio-Sanitário (CSS) que oferece serviços sociais e de saúde que visam a reabilitação, prevenção, cuidados paliativos suporte social aos idosos e seus cuidadores para promover a máxima autonomia dos pacientes.

Nesse contexto, destaca-se o papel da Enfermeira Comunitária de Enlace, que tem como atribuição otimizar os recursos de ambos sistemas (social e de saúde) tomando decisões sobre a utilização dos diferentes equipamentos, promovendo a comunicação entre eles e articulando suas possibilidades assistenciais em um plano individualizado para atender as necessidades dos idosos.

A Enfermeira de Enlace coordena e direciona os casos de pessoas com dependência para os vários serviços sócio-sanitários existentes. Ela visita os pacientes nos hospitais antes da alta, avalia o quadro do ponto de vista clínico, funcional, mental e social; discute com o próprio paciente e seus familiares o melhor recurso disponível na comunidade para a continuidade de seu tratamento, bem como realiza visitas domiciliárias para avaliar a situação de pessoas com perdas funcionais e dependência e propor medidas alternativas de assistência. Em síntese, a Enfermeira de Enlace é o “elo” entre os diversos serviços disponíveis, sejam eles sociais (centro-dia, tele-assistência, serviço de atendimento ao domicílio, entre outros) ou de saúde (unidades de atenção primária, centros de saúde ou

hospitais).

A Enfermagem exerce um papel de relevância na identificação e no monitoramento das condições de saúde de diferentes grupos sociais. No Brasil, com a implantação da Estratégia Saúde da Família, a Atenção Básica passou a contar com equipes formadas por médicos e enfermeiras, na proporção de 1:1, permitindo assim às enfermeiras assumir uma função mais assistencial em substituição ao papel gerencial que tradicionalmente desempenhavam nas Unidades Básicas de Saúde. Dessa forma, ampliou-se a ação clínica das enfermeiras, ao mesmo tempo em que se ampliaram as demandas assistenciais para as equipes, que passaram a atuar de forma proativa, identificando necessidades de saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais do território e não mais no atendimento à demanda espontânea.

A atenção à saúde do idoso na rede de Atenção Básica, em especial o cuidado no domicílio, representa mais um desafio para o Sistema de Saúde, particularmente para as equipes da ESF. À enfermeira cabe um papel de extrema relevância nesse processo, pelas características próprias de sua ação profissional: o monitoramento das condições de vida e saúde de indivíduos, famílias e grupos sociais, a identificação de suas necessidades sócio-sanitárias, a proposição de um projeto de intervenção, pactuado com os diferentes sujeitos envolvidos, e o provimento de cuidados à saúde, seguido da avaliação dos resultados alcançados.

Este estudo representa um esforço para oferecer subsídios para a elaboração de protocolos para a avaliação das necessidades, principalmente, a avaliação da capacidade funcional e da rede de suporte

social.

Fica aberto o espaço para novas investigações. Certamente, o compromisso continua...

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresa de Pesquisa. [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2007 jun 15]. Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf

Acuña K, Cruz T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2004;48(3):345-61.

Agar Corbinos L. Envejecimiento en América Latina Y el Caribe: hechos sociodemográficos y reflexiones éticas. *Acta Bioeth.* 2001;7(1):27-41.

Almeida OP. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 1998;56(3B):605-12.

Almeida OP, Almeida SA. Short version of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatric Psychiatry* 1999a; 14(10):858-865

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999b;57(2-B):421-26

Alquézar AL, Aranda ER, Sánchez AS, Herrero JCG. Capacidad funcional para las actividades de la vida diaria en las personas mayores que acudieron a centros de convivencia en Zaragoza capital en 2005. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81(6):625-636

Alvarenga MRM, Pérez EB, Torres MP, Oliveira MAC. Assistência ao idoso no Sistema de Saúde da Catalunha: lições a aprender. *R Enferm UERJ.* 2007;15(3):457-62

Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17(5/6):333-41.

Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):266-72.

Andrade F, De Vos S. An analysis of living arrangements among elderly women in Brazil. In: 1ª Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil; 2002; Ouro Preto, MG, Brasil.

Araújo LAO, Bachion MM. Diagnósticos de enfermagem do padrão mover em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2005;39(1):53-61.

Araújo SSC, Freire DBL, Padilha DMP, Baldisserotto J. Suporte social, promoção de saúde e saúde bucal na população idosa no Brasil. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2006;9(18):203-16.

Ávila-Funes JA, Garant MP, Aguilar-Navarro S. Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Rev Panam Salud Pública.* 2006;19(5):321-30.

Barata RR, Barreto ML, Almeida Filho N, Veras RP, organizadores. *Eqüidade e saúde: contribuições da epidemiologia.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997.

Barbosa AR, Lebrão ML, Marucci MF. Prevalência de inatividade física em idosos do município de São Paulo. *Revista Digital.* [texto na internet]. 2007;11(105): 1-9. [citado 2008 ago 12]. Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos_site/Prevalenciadeinatividadefisica

Barreto SM, Giatti L, Uchoa E, Costa-Lima MF. Gênero e desigualdades em saúde entre idosos brasileiros. In: 1ª Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil; 2002; Ouro Preto; MG, Brasil.

Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006;11(4):911-926.

Barros MML. Envelhecimento, cultura e transformações sociais. In: Py L, Pacheco JL, Sá JLM, Goldman SN. *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais.* 2ª ed. Campinas: Setembro; 2006. p. 39-56.

Basta NE, Matthews FE, Chatfield MD, Brayne C. Community-level socioeconomic status and cognitive and functional impairment in the older population. *Eur J Public Health.* 2007;18(1):48-54.

Bastos JLD, Duquia RP. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Cienc Med.* 2007;17(4):229-32.

Berner YN. Assessment tools for nutritional status in the elderly. *Isr Med Assoc J.* 2003;5(3):365 -7.

Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci S, Juliano I. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 52(1):1-7.

Biazin DT Avaliação da capacidade funcional pós-trauma em idosos [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

Bini R. Estudo multidimensional sobre a população de idosos do município de Santa Bárbara do Sul [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

Bonardi G. Fatores associados à incapacidade funcional numa amostra de idosos de Porto Alegre, RS [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

Borges MCM. O idoso e as políticas públicas e sociais no Brasil. In: Von Simson ORM, Néri AL, Cachioni M (orgs.). As múltiplas faces da velhice no Brasil. Campinas: Alínea, 2003. p.80-104.

Borrell C. Métodos utilizados no estudo das desigualdades sociais em saúde. In: Barradas RB, organizador. Condições de vida e situações em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p.167-95.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Centro de Referência Especializado de Assistência Social: guia de orientação. Brasília; [s.d.].

Brasil. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social. Brasília; 2004. p. 29-36.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM, publicada em 26 de março de 2006.[texto na internet]. Brasília; 2006a. [citado em 2006 set 28]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/legislacao>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília; 2006b. (Caderno de Atenção Básica, n. 19).

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social. Orientações técnicas para o Centro de Referência de Assistência Social. Brasília; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde bucal. Brasília; 2006d. (Caderno de Atenção Básica, n.17).

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação de Atenção Básica. [texto na Internet]. Brasília; 2007. [citado 2007 jul. 15]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS [homepage na Internet]. Brasília; 2008. [citado 2008 maio 30]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1395/GM, publicada em 10 de dezembro de 1999. [texto na internet]. Brasília; 1999. [citado em 2006 set 28]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/legislacao>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas. Brasília, DF, 2002. 104p.

Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Perfil dos municípios brasileiros. Assistência Social, 2005.

Brito-Marques PR, Cabral Filho JE. The role of education in mini-mental state examination. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(2-A):206-11.

Brito-Marques PR, Cabral Filho JE. Influence of age and schooling on the performance in a modified Mini-Mental State Examination version: a study in Brazil Northeast. *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63(3-A):583-587

Broekman BFP, Nyunt SZ, Niti M, Jin AZ, KO SM, Kumar R, et al. Differential item functioning of the Geriatric Depression Scale in an asian population. *J Affect Disord*. 2008;108(3):285-90.

Brownie S, Myers SP, Stevens J. The Value of Australian Nutrition Screening Initiative for older Australians: results from a national survey. *J Nutr Health Aging* 2007;11(1):20-25.

Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto I. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3-B):777-81.

Bryan F, Jones JM Russel L. Reliability and validity of a nutrition screening tool to be used with clients with learning difficulties. *J Hum Nutr Diet*. 1998;11(1):41-50.

Cabrera AJR. Mirando la vejez a través del cristal sociológico. *Revista Electrónica de Geriatria y Gerontología*. [texto na internet] 2006;8(1):2-13. [citado 2006 jun 26]. Disponível em: [http:// www.geriatrianet.com](http://www.geriatrianet.com)

Camarano AA. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.

Camarano AA. Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos; 2005. p.17-24.

Camarano AA, Ghaouri SK. Famílias com idosos: ninhos vazios? In: 1ª Oficina de Trabalho sobre Desigualdades Sociais e de Gênero em Saúde de Idosos no Brasil; 2002; Ouro Preto; MG, Brasil.

Campaña A. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre condições de vida em saúde. In: Barata RB. (org). Condições de vida e situações de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p115-65

Campestrini H, Guimarães AV. História de Mato Grosso do Sul. 5ª ed. Campo Grande: Instituto Histórico e Geográfico de Mato Grosso do Sul; 2002.

Campino ACC, Cyrillo DC. Situação de ocupação e renda. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003 p.241-255.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. Cad. de Saúde Pública. 2005;21(4):1260-68

Caplang A, Coconis J, Board N, Sayers A, Woods J. Does home treatment affect delirium? A randomised controlled trial of rehabilitation of elderly and care at home or usual treatment. Age Ageing 2006;35(1):53-60

Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: enfoque demográfico. Cad. Saúde Pública, 2003;19(3):725-733.

Casimiro C, Lorenzo AG, Usán L. Evaluación del riesgo nutricional em pacientes ancianos ambulatorios. Nutr Hosp. 2001;16(3):97-103.

Castelo MS. Validade da Escala de Depressão Geriátrica em Unidades Primárias de Saúde na cidade de Fortaleza, CE [dissertação]. Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará; 2004.

Castro R, Campero L, Hernández B. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos Rev Saúde Pública. 1997;31(4):425-35.

CEPAL. Comisión Económica para la América Latina y el Caribe. Naciones Unidas [texto na internet]. Chile: 2005. Panorama Social de América Latina. Cap.II. Transformaciones demográficas en América Latina y el Caribe y consecuencias para las políticas públicas. [citado 2006 set 26]. Disponível em: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones>

Cerqueira ATAR. Deterioração cognitiva e depressão. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003 p.141-166

Cesar CLG, Paschoal SMP. Uso de serviços de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003 p.227-237

Chaaya M, Sibai AM, Roueiheb Z, Chemaitelly H, Chahine LM. Validation of the arabic version of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15). *Int Psychogeriatr* 2008;20(3):571-81.

Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(12):79-82

Clemente MA. Redes sociales de apoyo em relación al proceso de envejecimiento humano: revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria Rev Psicol Cienc Afines*. 2003;20(1):31-60.

Colussi CF, Freitas SFT. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(5):1313-20.

Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver AVD e AIVD. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):43-8.

Coutinho ES, Silva SD. Uso de medicamentos como fator de risco para fratura grave decorrente de queda em idosos. *Cad. Saúde Pública* 2002;18:1359-66.

Dawson B & Trapp RG. Bioestatística básica e clínica. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill: 2003.

Domingues MARC. Mapa Mínimo de Relações: instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2004.

Domingues MA, Derntl AM, Ourique SAM. Odontogeriatría: conhecendo o universo social do idoso. Mapa Mínimo de Relações: adaptação de um instrumento gráfico para identificar a rede de suporte social do idoso. *J Bras Odonto*. 2005;1(1):8-18.

Domingues MA, Derntl AM. Rede de Suporte Social. In: Jacob Filho W. Avaliação global do idoso: Manual da Liga do GAMIA. São Paulo: Atheneu; 2005. p.159-170.

Dourados. Prefeitura Municipal de Dourados. Lei nº 2.717 de 29 de novembro de 2004 que dispõe sobre a Política Municipal da Pessoa Idosa. [texto na internet]. Dourados:2004.[citado 2008 mar 28]. Disponível em: <http://www.dourados.ms.gov.br>

Duarte YAO. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.183-200.

Duayer MF, Oliveira MAC. Cuidados domiciliários no SUS: uma resposta às necessidades sociais de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência. *Revista Saúde em Debate* 2005;29:198-209.

Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relation strain *Social Science & Medicine* 1999;48:661-673.

Fabrício SCC, Rodrigues RAP. Percepções de idosos sobre alterações das atividades da vida diária após acidentes por queda. *Rev Enferm UERJ*. 2006;14(4):531-7.

Farinasso ALC, Marques S, Rodrigues RAP, Haas VJ. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do Programa Saúde da Família. *Rev Gaúcha Enferm*. 2006;27(1):45-52.

Firmo JOA, Barreto SM, Lima-Costa MF. The Bambuí health and aging study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad.Saúde Pública* 2003;19(3):817-827.

Floriano, PJ. O perfil de idosos assistidos por uma equipe de saúde da família do Centro de Saúde de Sousas, no município de Campinas, SP. [dissertação]. Campinas. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2004.

Forattini OP. O ser e ser humano. São Paulo: Edusp, 2000. p.65-94.

Frenk J. La Transición Epidemiológica en América Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam*. 1991;111(6):485-96.

Frenk J. Transiciones: vidas, instituciones, ideas. *Salud Pública de México*. 1997;39(2):144-150.

Friedman B, Heisel MJ, Delavan RL. Psychometric properties of the 15-item Geriatric Depression Scale in functionally impaired, cognitively intact, community-dwelling elderly Primary Care patients *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:1570-1576.

Gama ZAS, Conesa AG, Ferreira MS. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. *Rev Esp Salud Pública* 2008;82:43-56.

Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. *Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(1):97-103.

Gazalle FK, Hallal PC, Lima MS. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26(3):145-49.

Giacomin KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MFL. Estudo de base populacional de fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, MG, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24(6):1260-70.

Gonzalez GC, Marin PPL, Pereira GZ. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. Rev Med Chile. 2001;129(9):1021-30.

Gordilho A. Depressão, ansiedade, outros distúrbios afetivos e suicídio. In: Freitas EV (org). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.204-215.

Gressler LA, Vasconcelos LM. Mato Grosso do Sul: aspectos históricos e geográficos. Dourados: L. Gressler; 2005.

Groot LC, Beck AM, Schroll M, van Staveren WA. Evaluating the DETERMINE your nutritional health checklist and the Mini Nutritional Assessment as tools to identify nutritional problems in elderly europeans. Eur J Clin Nutr. 1998;52(12):877-83.

Guimarães JMN, Farinatti PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. Rev Bras Med Esporte. 2005; 11(5):299-305.

Heller A. Teoria de las necesidades en Marx. Barcelona: Península. 1986. 182p.

Herrera Junior E, Caramelli P, Silveira ASB, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2002;16(2):103-8.

Hershkovitz A; Brill S. The association between patients' cognitive status and rehabilitation outcome in a geriatric day hospital. Disabil Rehabil. 2007;29(4):333-7

Hochman B, Nahas FX, Oliveira Filho RS, Ferreira LM. Desenhos de pesquisa. Acta Cir Bras [periódico na Internet]. 2005 [citado 2007 maio 15]; 20 Suppl 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Contagem da população, 2007. Rio de Janeiro; 2008. [citado 2008 jul 28]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem_2007/contagem.pdf

Irigaray TQ, Schneider RH. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. Rev Psiquiatr Rio Gde Sul. 2007;29(1):19-27.

Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2008;17(3):187-94.

Kalache A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. *Cad. Saúde Pública*. 2007;(10):2503-2505

Kawasaki K, Diogo MJDE. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiátrica* 2005;12(2):55-60

Kucukerdonmez O, Koksai E, Rakicioglu N, Pekcan G. *Saudi Med J*. 2005;26(10):1611-16.

Laks J, Batista EMR, Guilherme ERL, Contino ALB, Faria MEV, Rodrigues CS, Paula E, Engelhardt E. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly *Arq Neuropsiquiatr* 2005;63(2-A): 207-212

Leal SMC. Análise da associação entre o escore nutricional (Nutrition Screening Initiative – NSI) e aspectos da saúde de idosos socialmente ativos [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.

Lebrão ML, Laurenti R. Condições de saúde. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 75-91.

Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.

Lee KS, Cheong HK, Kim EA, Kim KR, Oh BH. Nutritional risk and cognitive impairment in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2008. In press.

Leite MT, Battisti IDE, Berlezi EM, Scheuer AI. Idosos residentes no meio urbano e sua rede de suporte familiar e social. *Texto Contexto Enferm*, 2008;17(2):250-57

Lemos M, Souza NR, Mendes MMR. Perfil da população idosa cadastrada em uma unidade de saúde da família. *Rev Min Enferm*. 2006;10(3):218-25.

Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan, 2006. p892-97.

Leontiev A. O desenvolvimento do psiquismo, Lisboa: Horizonte, 1978. p.260-84

Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JOA, Uchoa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian Elderly: the Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). *Rev Panam Salud Publica*. 2003;13(6):387-94.

Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na PNAD. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):735-43.

Lima-Costa MF, Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E. Projeto Bambuí: um estudo epidemiológico de características sociodemográficas, suporte social e indicadores de condição de saúde dos idosos em comparação aos adultos jovens. *Inf Epidemiol SUS*. 2001;10(4):147-61.

Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998-2003) *Cad Saúde Pública*. 2007;23(10): 2467-78.

Lobo GL. Perfil epidemiológico do idoso: experiência de uma unidade de saúde do Programa Saúde da Família em Curitiba. *Rev Bras Med Fam Com*. 2005;1(3):49-59.

Locher JL, Ritchie CS, Roth DL, Baker PS, Bodner EV, Allman RM. Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Soc Sciec Med*. 2005;60(4):747-61.

Lopes AB, Gazzola JM, Lemos ND, Ricci NA. Independência funcional e os fatores que influenciam no âmbito de assistência domiciliária ao idoso. *Rev.Bras Geriatr Gerontol* [periódico na internet] 2007;10(3) [citado 2008 mai 29]. Disponível: <http://www.unati.uerj.br>

Lopes MA, Hototian SR, Bustamante SEZ, Azevedo D, Tatsch M, Bazzarella MC, et al. Prevalence of cognitive and functional impairment in a community sample in Ribeirão Preto, Brazil. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22(8):770-6.

Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* 2006;40(4):712-9.

Lourenço RA, Veras RP, Ribeiro PCC. Confiabilidade teste-reteste do Mini-Exame do Estado Mental em uma população idosa assistida em uma unidade ambulatorial de saúde. *Rev. Bras. Geriatr Gerontol* [periódico na internet] 2008;11(1) [citado 2008 out 30]. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br>

Machado JC, Ribeiro RCL, Leal PFG, Cotta RMM. Avaliação do declínio cognitivo com as características socioeconômicas dos idosos em Viçosa, MG. *Rev. Bras Epidemiol* 2007;10(4):592-605.

Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):178-89.

Maluscan JT, Maeki RS, Pinedo LV, Malpartida HK, Falconi LH, Zevallos JC, et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Med Per*. 2006;23(3):144-7.

Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da Enfermagem. *Rev Bras Enf*. 1999;52(1):54-66.

Marin MJS, Cecílio LCO, Rodrigues LCR, Ricci FA, Druzian S. Diagnósticos de Enfermagem de idosas carentes de um Programa de Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008;12(2):278-84.

Martin GB, Cordoni Junior L, Bastos YGL. Aspectos demográficos do processo de envelhecimento populacional em cidade do sul do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14(3):151-8.

Matsukura TS, Marturano EM, Oishi J. O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Rev Lat Am Enferm*. 2002; 10(5):675-681.

Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em municípios da região sul do Brasil. *Rev Lat Am Enferm*. 2006;14(1):17-24.

Mato Grosso do Sul. Secretaria de Estado do Meio Ambiente, das Cidades, do Planejamento, da Ciência e Tecnologia Superintendência de Planejamento. Indicadores básicos de Mato Grosso do Sul; 2007 [texto na Internet]. Campo Grande: Banco de Dados do Estado – BDE/MS; 2007. [citado 2008 maio 15]. Disponível em: <http://www.semec.ms.gov.br> <http://tabnet.datasus.gov.br>

McHorney CA, Ware Junior, JE, Lu JFR, Sherbourne CD. “The MOS 36-item Short-form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups”. *Med Care*. 1994;32(1):40-66.

Meireles VG, Matsuda LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. *Saúde Soc*. 2007;16(1):69-80.

Melo-Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: a saúde, o indivíduo e a História. *Cad Saúde Pública*, 1995;11(1):5-33.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde. Cadernos CEFOR, 1. Série textos/SP, 1992/ Mimeo.

Menon MA.e Custódio O. Transtornos ansiosos e depressivos. In: Ramos LR Toniolo Neto J. Guia de Geriatria e Gerontologia. Série guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri/SP: Manole, 2005. p.143-154.

Minois G. História da velhice no Ocidente. Lisboa:Teorema; 1999.

Moragas RM. Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida. 2ª ed. São Paulo: Paulinas; 2004.

Moreira MD, Costa AR, Felipe LR, Caldas CP. Variáveis associadas à ocorrência de quedas a partir de diagnósticos de enfermagem em idosos atendidos ambulatorialmente. Rev Lat Am Enferm. 2007;15(2):311-7.

Moreno-Martinez NR, Ruiz-Hidalgo D, Burdoy-Joaquim E, Vazquez-Mata G. Incidencia y factores explicativos de las caídas en ancianos que viven en La comunidad. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40 Supl 2:11-7.

Muriata C, Kondo K, Hirai H, Ichida Y, Ojima T. Association between depression and sócio-economic status among community-dwelling elderly in Japan: The AICHI Gerontological Evaluation Study (AGES). Health Place 2008;14(3):406-14.

Najas M, Nebuloni CC. Avaliação do estado nutricional. In: Ramos LR. Guia de geriatria e gerontologia. Barueri: Manole; 2005. p. 299-314.

Nardi EF, Andrade OG. Estados depressivos entre idosos na comunidade, Jandaia do Sul, PR, Brasil. Arq Ciênc Saúde UNIPAR. 2005;9(2):109-16.

Nebot M, LaFuente JM, Tomas Z, Borrel C, Ferrando J. Efecto protector del apoyo social en la mortalidad en población anciana: un estudio longitudinal. Rev Esp Salud Publica. 2002;76(6):673-82.

Newman TB, Browner WS, Cummings SR, Hulley SB. Delineando um estudo observacional: estudos transversais e de caso-controle. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2003. p.127-40.

Nitrini R, Caramelli P, Bottino CMC, Damasceno BP, Brucki SMD, Anghinah R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. Recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia. Arq Neuropsiquiatr. 2005;63(3-A):720-7.

Noriega JAV, Quinones TIS, Guedea MTD. Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social em adultos mayores. *Rev Intercont Psicol Educ*. 2005;7(2):57-78.

Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric Theory*. 3ªed. New York: McGraw-Hill. 1994. p.248-262.

Oliveira F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Est Avançados*. 2004;18(50):57-60.

Ortiz LP. Indicadores sociales. In: *Envejecer en España: II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. IMSERSO: Madrid. 2002.

Ostwald SK; Swank PR; Khan MM. Predictors of functional independence and stress level of stroke survivors at discharge from inpatient rehabilitation. *J Cardiovasc Nurs* 2008;23(4):371-7.

Oviedo HC, Campo-Arias A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Rev Colombiana Psiquiatr*. 2005;34(4):572-80.

Palloni A, Peláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO. *SABE. Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 15.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):918-23.

Parrilla Ruiz FM, Vargas Ortega DA, Cárdenas Cruz DP, Martínez Cabezas S, Días Castellanos MA, Cárdenas Cruz A. Factores de riesgo, precipitantes, etiología y consecuencias de las caídas en el anciano. *Med Fam*. 2004;5(1):31-4.

Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(5):757-68.

Patiño FA, Cardona D. Depresión en un grupo de jubilados participantes en programas de actividad física y/o asociaciones de la Universidad de Antioquia, Medellin, 2005. *Invest Educ Enferm*. 2007;25(1):82-8.

Paula JAM. Avaliação do idoso: capacidade funcional, independência e sua relação com outros indicadores de saúde. [tese]. Campinas. Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

Pavarini SCI, Tonon FL, Silva JMC, Menciondo MSZ, Barham EJ, Filizola CLA. Quem irá empurrar minha cadeira de rodas? A escolha do cuidador familiar do idoso Rev Eletrônica Enferm [periódico na Internet]. 2006 [citado 2008 jul. 15];8(3). Disponível em: <http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/ree/v8n3/v8n3a03.pdf>

Pearlin LI. The sociological study of stress. J Health Soc Behavior 1989;30(3):241-256

Pereira RS, Curioni CC, Veras R. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002. Texto sobre Envelhecimento [periódico na Internet]. 2003 [citado 2008 maio 18];6(1). Disponível em: http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000100004&lng=pt&nrm=iso

Perracini MR, Ramos LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. Rev Saúde Pública. 2002;36(6):709-16.

Petruseviciene D; Krisciunas. .Evaluation of activity and effectiveness of occupational therapy in stroke patients at the early stage of rehabilitation. Medicina (Kaunas). 2008;44(3):216-24.

Pilger JW. Perfil do idoso atendido por um Programa de Saúde da Família em Veranópolis, RS [dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Católica do Rio Grande do Sul; 2006.

Pinto JLG, Garcia ACO, Bocchi SCM, Carvalhaes MABL, Características de apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. Ciência & Saúde Coletiva 2006;11(3):753-64.

Posner BM, Jette AM, Smith KW, Miller DR. Nutrition and health risks in the elderly: The Nutrition Screening Initiative. Am J Public Health. 1993;83(7):972-78.

Protti ST. A saúde do idoso sob a ótica da equipe do PSF. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2002.

Quigley KK, Hermann JR, Warde WD. Nutritional risk among Oklahoma Congregate meal participants. J Nutr Educ Behav. 2008;40(1):89-93.

Rabelo DF, Neri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. Psicol Estudo. 2005;10(3):403-12.

Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003;19(3):793-8.

Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública* 1993;27(2):87-94.

Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias* 2002;4(7):156-75.

Reyes-Ortiz CA, Snih AS, Markides KS. Falls among elderly persons in Latin America and the Caribbean and among elderly Mexican-Americans. *Rev Panam Salud Publica*, 2005;17(5/6):362-9.

Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistela LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátr*. 2001;8(1):45-52.

Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SS, Sakamoto H, Pinto PPN, Battistela LR. Validação da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. *Acta Fisiátr*. 2004;11(2):72-6.

Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observadores sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):655-62

Ricci NA, Lemos ND, Orrico KF, Gazola JM. Evolução da independência funcional de idosos atendidos em Programa de Assistência Domiciliária pela óptica do cuidador. *Acta Fisiátr* 2006;13(1):27-32

RIPSA. Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2ªed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

Robles L, Curiel GR, García LMC, Coles LC, Medrano MSG, González MS. Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, México. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):557-60.

Rosa TEC. Determinantes do estado nutricional de idosos do município de São Paulo: fatores socioeconômicos, redes de apoio social e estilo de vida. [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005.

Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.

Rosa TEC, Benício MHDA, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007;23(12):2982-92.

Rosa TEC, Benício MHDA, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(1):40-8.

Rush D. Nutrition screening in old people: its place in a coherent practice of preventive health care. *Annu. Rev. Nutr.* 1997;17:101-25.

Saad PM. Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento: o Projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 203-10

Sahyoun NR, Jacques PF, Dallal GE, Russell RM. Nutrition Screening Initiative checklist may be a better awareness/educational tool than a screening one *J Am Dietetic Assoc.* 1997;97(7):760-4.

Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. *Rev Nutr Campinas.* 2004;17(4):507-14.

Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance on the elderly instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(4):879-86.

Santos KA, Koszuoski R, Costa JSD, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(11):2781-88.

São Paulo. Prefeitura da Cidade de São Paulo. Decreto n. 44.828, de 4 de Junho de 2004. Dispõe sobre a garantia de educação nutricional à população carente e ao idoso. São Paulo; 2004a. [citado 2008 jun. 5]. Disponível em: <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0001>

São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem: atenção à saúde do idoso. 2004b p.36

Scattolin FAA, Diogo MJDE, Colombo RCR. Correlação entre instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde e independência funcional em idosos com insuficiência cardíaca. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(11):2705-15.

Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS, et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(6):773-8.

Sharkey JR. The interrelationship of nutritional risk factors, indicators of nutritional risk and severity of disability among home-delivered meal participants. *Gerontol Soc Am.* 2002;42(3):373-80.

Silvestre JA, Costa Neto MM. Abordagem do idoso em Programas de Saúde da Família. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(3):839-47.

Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados Rev Saúde Pública. 2007;41(5):749-56.

Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.

Snowdon J. How high in the prevalence of depression in old age? Rev Bras Psiquiatr. 2002;24 Supl 1:42-7.

Soares FV, Doares S, Medeiros M, Osório RG. Programas de transferências de renda no Brasil: impacto sobre a desigualdade. IPEA: Texto para discussão nº 1228: Brasília, 2006.

Souza AMV. Tutela jurídica do idoso: a assistência e a convivência familiar. Campinas: Alínea, 2004. 245p.

Souza LM, Morais EP, Barth QCM. Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Brasil. Rev Lat Am Enferm. 2006;14(6):79-85.

Staab AS, Hodges LC. Essentials of Gerontological Nursing: adaptation to the aging process. 1ª ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1996.

Stobbe JC, Nascimento NM, Bruscatto N, Piccoli JCE, Backes LM, Cruz IBM. Projeto Passo Fundo-RS: indicadores de saúde de participantes de um grupo de terceira idade. RBCEH Rev Bras Ciênc Envelh Hum. 2005;2(1)89-101.

Streiner DL Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency J Pers Assess. 2003;80(1):99-103.

Switzer GE, Wisniewski SR, Belle SH, Dew MA, Schultz R. Selecting, developing and evaluating research instruments. Soc Psychiatry Epidemiol 1999;34:399-409.

Takahashi R. Nutritional risk in community-dwelling elderly long-term care insurance recipients. Jpn J Geriatr. 2006;43(3):375-82.

The Nutrition Screening Initiative. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice. Washington, DC: The Nutrition Screening Initiative; 1994.

Thomas DR; Marren K; Banks W; Morley J. Do objective measurements of physical function in ambulatory nursing home women improve assessment of functional status? J Am Med Dir Assoc 2007;8(7):469-76.

Veras RP. Fórum: envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2463-66.

Veras RP, Coutinho ESF. Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. Rev Saúde Pública. 1991;25(3):209-17.

Vieira NG, Rodríguez BMB, Iglesias MTGM, Fernández BY, Zaldívar AG. Caracterización clínica de pacientes com deterioro cognitivo Rev Cubana Med 2003;42(1):12-7.

Yap KB, Niti M. Nutrition screening among community-dwelling older adults in Singapore. Singapore Med J. 2007;48(10):911-6.

Zhou DF, Wu CS, Qi H, Fan JH, Sun XD, Como P. Prevalence of dementia in rural China: impact of age, gender and education. Acta Neurologica Scandinavica. 2006;114:273-80.

APÊNDICES

Apêndice 1

CRONOGRAMA PARA COLETA DE DADOS 2007/2008

Márcia Regina M. Alvarenga - UEMS/USP

JUNHO	1ª Quinzena	Equipes: 22 e 29
	2ª Quinzena	Equipes: 22 – 35 e 21
JULHO	1ª Quinzena	Equipes: 35 e 21
	2ª Quinzena	Equipes: 24 e 30
AGOSTO	1ª Quinzena	Equipes: 30 – 14 e 16
	2ª Quinzena	Equipes: 16 – 20 e 26
SETEMBRO	1ª Quinzena	Equipes: 26 - 12 e 28
	2ª Quinzena	Equipes: 28 - 13 e 15
OUTUBRO	1ª Quinzena	Equipes: 17 e 31
	2ª Quinzena	Equipes: 18 – 32 e 19
NOVEMBRO	1ª Quinzena	Equipes: 19 – 33 e 23
	2ª Quinzena	Equipes: 23 – 25 e 27
DEZEMBRO	1ª Quinzena	Equipes: 34 e 36
	2ª Quinzena	Equipes 37
FEVEREIRO		
	2ª Quinzena	Equipe 23 e 25
MARÇO	1ª Quinzena	Equipes 32 – 36 - 39
	2ª Quinzena	Equipes 37 – 40

APÊNDICE 2 - PRONTUÁRIOS SORTEADOS E IDOSOS PESQUISADOS

EQUIPE	NOME ESF	PRONT. PESQ.	ID. VISITADOS	RECUSADOS	AUSENTES	S/ COND. ENTR.	ENTREVISTADOS
12	Cachoeirinha	77	19	0	2	2	15
13	Cachoeirinha	98	26	0	4	2	20
14	Hilda	88	30	0	10	4	16
15	Cuiabazinho	85	24	0	3	3	18
16	Flórida II	186	49	0	12	0	37
17	Vila São Brás	108	18	0	3	0	15
18	Pq. Nações II	94	28	0	8	1	19
19	Pq. Nações II	100	35	0	14	2	19
20	Pq. Nações I	91	25	0	6	1	18
21	João Paulo II	94	25	0	7	0	18
22	Maracanã	89	21	1	3	0	17
23	Maracanã	90	23	0	1	1	21
24	Jd. Piratininga	97	19	0	1	2	16
25	Maracanã/Canaã	98	22	0	3	1	18
26	Carisma	97	20	0	4	0	16
27	Joquéi Clube	98	15	0	2	0	13
28	Hilda	104	23	0	3	1	19
29	Bem-Te-Vi	85	14	1	1	0	12
30	Izidro Pedrozo	97	33	1	11	0	21
31	Izidro Pedrozo	102	23	0	6	3	14
32	Izidro Pedrozo	88	20	0	3	0	17
33	Vila Vieira	76	20	0	4	0	16
34	Pq. Lago II	70	21	0	3	1	17
35	Ouro Verde	91	30	2	7	1	20
36	Ouro Verde	90	26	0	5	2	19
37	Ouro Verde	76	17	0	2	0	15
39	Altos do Indaiá	96	26	0	6	0	20
40	Cuiabazinho – II	88	20	0	1	2	17
TOTAL		2653	672	5	135	29	503

UEMS / ESCOLA DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - USP

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Hora início entrevista:	Hora término:	Tempo:	(Minutos)
NOME:		Número instrumento:	
Reside em Dourados/MS - há quanto tempo?			(Em anos)
Data de nascimento:	Idade:	Sexo: Fem. (1) Mas (0)	
Naturalidade/município:		UF:	
Raça/Cor: (1) Branca - (2) Preta - (3) Parda - (4) Amarela - (5) Indígena			
Escolaridade:			
(Anos de estudo completos. Analfabeto = apenas assina o nome - colocar "zero")			
Estado civil: s(1) c(2) v(3) d/s(4)			
Tempo de viuvez:		em anos	
Arranjo Familiar - com quem mora: (1) só - (0) acompanhado.			
Número de filhos nascidos:		Número filhos vivos:	
Religião: católico (1) - protestante/evangélico (2) - espírita (3)			
outras (4) - não tem (5)		Praticante ? Sim (0) Não (1)	
Ocupação anterior:		Ocupação atual:	
Por quanto tempo:	(em anos)	Há quanto tempo:	(em anos)
Condições econ.: ativo: sim(1) não (0) inativo: apo (1) pens (2) outros (3) nenhum (4)			
RENDA FAMILIAR MENSAL: R\$			
Número de pessoas que residem na moradia:		Renda per capita: R\$	
Residência ⇒ Tipo: Tijolo/Adobe (1) - Madeira (2) - Outro (3)			
especificar _____			
Número de cômodos/peça por casa:			
Posse da residência ⇒ Própria (1) - Alugada (2) - Cedida (3)			
Condições de moradia: Boa (1) - Regular (2) - Precária (3)			
Abastecimento água: Rede Pública (1) - poço ou nascente (2) - outros (3)			
Destino fezes e urina: Esgoto (1) - fossa séptica (2) - céu aberto (3)			
Destino do lixo: coletado (1) - Queimado/enterrado (2) - Céu aberto (3)			
Faz uso de álcool: N (0) - S (1) - Há quanto tempo:			
Faz uso de tabaco: N (0) - S (1) - Há quanto tempo:			
Pratica atividade física: N (1) - S (0): Frequência ____ (vezes por semana)			
Qual: _____			
Atividade social: não participa (0) - grupo religioso (1) - associações (2) - outros (3) especificar _____			
Auto-avaliação da Saúde			
Em geral, o (a) senhor (a) diria que a sua saúde é:			
(1) Muito boa - (2) Boa - (3) Regular - (4) Ruim - (5) Muito ruim			

Deixou de realizar alguma AVD (banho, higiene pessoal, vestir-se, uso banheiro, andar, alimentar-se) nas últimas duas semanas: N (0) Sim (1) Quais:

História de hospitalizações nos últimos 6 meses: N(0) - S(1)

Frequência 1 vez(1) - 2 vezes(2) - 3 vezes(3) - 4 vezes ou mais(4)

Quantas vezes procurou atendimento médico nos últimos 6 meses?

Nenhuma (0) - 1 vez (1) - 2 vezes (2) - 3 vezes (3) - 4 vezes ou mais (4)

Sofreu queda nos últimos 12 meses? N(0)- S(1) **Quantas vezes?** ____ **Onde?** ____

Na sua casa há: Escadas? N(0)- S(1) - Tapetes soltos? N(0)- S(1) -

Corrimão no banheiro? N(0)- S(1)

Tem algum plano de saúde privado? S(0) N(1)

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS (AUTOREFERIDO)

1) Hipertensão	2) D. Isq.Coração	3) AVC/DCV - seqüelas	4) Insuf.Cardiaca
5)Diabetes	6) DPOC (br/enf)	7) Osteoartrose	8) Osteoporose
9) Incon.Urinária	10) Depressão	11)Dist.digestivos	12) Prob. Coluna/desvios/ hérnias

➤ **Outras observações do entrevistador:**

➤ **Outras informações cedidas pelo entrevistado** _____

ESCORES DAS ESCALAS						
MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL 0 a 21:				MIF TOTAL(18 a 126):		
MOTOR:						
Autocuidado:		Controle Esf.:		Transferências:		Locomoção:
COGNITIVA						
Comunicação:				Cognição social:		
MINI EXAME DO ESTADO MENTAL 0 a 30:						
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - 0 a 15:						
CLASSE ECONÔMICA						
A1	A2	B1	B2	C	D	E

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Márcia Regina M. Alvarenga, enfermeira, professora da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul e aluna do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de divulgação científica cujo título é **Avaliação da Capacidade Funcional do Idoso e da Rede de Suporte Social na Atenção Básica**.

A finalidade da investigação é caracterizar o perfil de idosos e identificar suas necessidades de saúde, usando os questionários: Medida de Independência Funcional - que avalia autocuidado; Exame do Estado Mini-Mental e o Teste do Desenho do Relógio - que avaliam o estado mental; Escala de Depressão Geriátrica - que enfoca a depressão; Mini Avaliação Nutricional para detectar risco alimentar; além de um questionário sobre dados sócio-demográficos. O cuidador poderá ser o porta-voz do paciente nas entrevistas, questionários e na assinatura deste termo.

Sua colaboração é muito importante para a identificação dessas necessidades. Esclareço que sua participação é voluntária, as informações serão tratadas de forma anônima e confidencial e não haverá qualquer tipo de prejuízo a você ou ao seu familiar, caso se recuse a participar ou decida desistir da participação a qualquer momento.

Caso sinta necessidade de entrar em contato comigo ou com a orientadora para qualquer esclarecimento, os telefones e endereços para contato são:

Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul – Curso de Enfermagem. Rodovia Dourados-Itahum, Km 12 – Aeroporto – Dourados/MS. CEP. 79804-970. **Fones: (67) 3411-9141 ou 81256436**

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2º andar, Endereço do CEP-EE/USP: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419,- CEP 01061-970 - São Paulo - SP – **E-mail: cep@ee.usp.br** Tel: (11) 3061 7652

.....
Nome do paciente ou responsável:

Nº do documento de identidade:

Endereço:

Telefone:

.....
Declaro que, após ter convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Dourados, ____ de ____ de ____.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura da Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO 1 – DETERMINAÇÃO DO RISCO NUTRICIONAL

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / USP
ESCOLA DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

Nome: _____ Data: ____/____/____ Instrumento: _____

DETERMINE SUA SAÚDE NUTRICIONAL

QUESTÕES	SIM	PTS
1. Eu tenho alguma doença que fez com que eu mudasse meu hábito alimentar no tipo e na quantidade de alimentos ?		2
2. Eu faço menos de duas refeições por dia ?		3
3. Eu como poucas frutas, legumes, verduras, leite ou substitutos ?		2
4. Eu bebo 3 ou mais doses de cerveja, vinho, aguardente ou licor quase todos os dias ?		2
5. Eu apresento algum problema bucal que dificulte minha alimentação ?		2
6. Eu tenho problemas financeiros que me dificultam a compra de alimentos ?		4
7. Eu me alimento sozinho a maior parte do tempo ?		1
8. Eu uso 3 ou mais medicamentos diferentes por dia ?		1
9. Eu ganhei ou perdi cerca de 5 quilos nos últimos 6 meses involuntariamente ?		2
10. Algumas vezes, eu tenho dificuldades físicas para fazer compras, cozinhas e/ou alimentar-me sozinho ?		2

Pontuação:

0 – 2	BOM	Baixo risco nutricional
3 – 5	MODERADO	Risco nutricional
6 ou mais	ALTO	Risco nutricional

ANEXO 2 - MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL – MIF

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL - UEMS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / USP
ESCOLA DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

Nome: _____ Data: / / Instrumento: _____

NÍVEIS	7. Independência completa (em segurança e em tempo normal).		SEM AJUDA
	6. Independência modificada (ajuda técnica).		
	Dependência Modificada		AJUDA
	5. Supervisão		
	4. Dependência Mínima (Indivíduo ≥ 75%)		
3. Dependência Moderada (Indivíduo ≥ 50%)			
	2. Dependência Máxima (Indivíduo ≥ 25%)		
	1. Dependência Total (Indivíduo ≥ 0%)		
DATAS			
AUTOCUIDADO			
A. Alimentação			
B. Higiene Pessoal			
C. Banho (lavar o corpo)			
D. Vestir-se acima da cintura			
E. Vestir-se abaixo da cintura			
F. Uso do vaso sanitário			
CONTROLE DE ESFINCTERES			
G. Controle da Urina			
H. Controle das Fezes			
MOBILIDADE/TRANSFERENCIAS			
I. Leito, cadeira, cadeira de rodas			
J. Vaso Sanitário			
K. Banheira ou chuveiro			
LOCOMOÇÃO			
L. Marcha / cadeira de rodas		M -	M -
		C -	C -
M. Escadas			
COMUNICAÇÃO			
N. Compreensão		A -	A -
		V -	V -
O. Expressão		V -	V -
		N -	N -
COGNICAO SOCIAL			
P. Interação social			
Q. Resolução de problemas			
R. Memória			
TOTAL			
Nota: Não deixe nenhum espaço em branco. Se não for possível avaliar, marque 1.			

ANEXO 3 – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL - UEMS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / USP
ESCOLA DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

Nome:

Data: / /

Instrumento:

I. ORIENTAÇÃO TEMPORAL	PONTOS	ACERTOS
1. Que dia é hoje?	1	
2. Em que mês estamos?	1	
3. Em que ano estamos?	1	
4. Em que dia da semana estamos?	1	
5. Qual a hora aproximada? (variação ± 1 hora)	1	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL		
6. Em que local nós estamos? (apontar para o aposento)	1	
7. Que local é este? (apontar ao redor. Sentido mais amplo).	1	
8. Em que bairro estamos ou o nome da rua mais próxima?	1	
9. Em que cidade estamos?	1	
10. Em que Estado estamos?	1	
II. REGISTRO DE MEMÓRIA DE FIXAÇÃO		
11. Eu vou dizer três palavras e você vai repeti-las a seguir: Vaso – carro – tijolo. 01 ponto para cada palavra repetida acertadamente na primeira tentativa, embora possa repeti-las até 3 vezes para aprendizado.	3	
III. ATENÇÃO E CÁLCULO		
12. Subtração de sete sucessivamente (100-7; 93-7; 86-7; 79-7; 72-7= 65).	5	
13. Ou Soletrar a palavra Mundo ao contrário / ODNUM	1	
IV. MEMÓRIA DE EVOCÇÃO		
14. Recordar as três palavras repetidas anteriormente.	3	
V. LINGUAGEM		
15. Nomear dois objetos (aponte um lápis/caneta e o relógio)	2	
16. Repetir uma frase: “Nem aqui, nem ali, nem lá”.	1	
17. Comando verbal: “Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre ao meio (1 ponto) e coloque no chão (1 ponto)”	3	
18. Seguir o comando escrito: “Feche os olhos”	1	
19. Escrever uma frase completa.	1	
PRAXIA CONSTRUTIVA		
20. Copiar o desenho	1

Fonte: Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. Arq Neuropsiquiatr 2003;61(3-B):777-781.

Orientação temporal - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Que dia é hoje?
- . Em que mês estamos?
- . Em que ano estamos?
- . Em que dia da semana estamos?
- . Qual a hora aproximada? (considere a variação de mais ou menos uma hora)

Orientação espacial - pergunte ao indivíduo: (dê um ponto para cada resposta correta)

- . Em que local nós estamos? (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)
- . Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
- . Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima
- . Em que cidade nós estamos?
- . Em que Estado nós estamos?

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: carro, vaso, tijolo (dê um ponto para cada palavra repetida acertadamente na 1ª vez, embora possa repeti-las até três vezes para o aprendizado, se houver erros). Use palavras não relacionadas.

Cálculo: subtração de setes seriadamente (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65). Considere 1 ponto para cada resultado correto.

Se houver erro, corrija-o e prossiga. Considere correto se o examinado espontaneamente se auto-corrigir.

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir. Um ponto para cada.

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (relógio, caneta). Um ponto para cada.

Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: .Nem aqui, nem ali, nem lá..

Considere somente se a repetição for perfeita (Um ponto)

Comando: Pegue este papel com a mão direita (1 ponto), dobre-o ao meio (1 ponto) e coloque-o no chão (1 ponto). Total de 3 pontos. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.

Leitura: mostre a frase escrita - FECHE OS OLHOS - e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.(Um ponto)

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. Se não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos (Um ponto).

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos (Um ponto)

ANEXO 4 – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL - UEMS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO / USP
ESCOLA DE ENFERMAGEM / PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM
ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Nome:

Data: / /

Instrumento:

1. Sente-se satisfeito com a vida?	Sim	Não
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim	Não
3. Acha sua vida vazia?	Sim	Não
4. Aborrece-se com frequência?	Sim	Não
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim	Não
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	Sim	Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim	Não
12. Vale a pena viver como vive agora?	Sim	Não
13. Sente-se cheio de energia?	Sim	Não
14. Acha que sua situação tem solução?	Sim	Não
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	Não
Pontuação: 1 ponto para cada resposta em negrito. Normal: 0 a 5 pontos Provável Depressão Leve: 6 a 10 pontos Provável Depressão Grave: 11 a 15 pontos.		

Fonte: Vieira EB. Koenig AM. Avaliação Cognitiva. In: Freitas EV.et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.1154.

ANEXO 5 - MMR - MAPA MÍNIMO DE RELAÇÕES DO IDOSO

Nome: _____ Data: _____ Instrumento: _____

ABREVIÇÕES UTILIZADAS PARA O REGISTRO DAS RESPOSTAS

Amigos , Sistema de	Família	Comunidade
•	eo – esposo	cc - membros de centro de convivência
	ea – esposa	cl - membros de clubes de lazer ou serviço
	fa – filha	gr - membros de grupos religiosos
	fo – filho	gt - membros de grupos de terceira idade
	ia – irmã	ed - empregada doméstica
	io – irmão	ps - prestadores de serviços
	na – neta	vi – vizinhos
	no – neto	o – outros
	o – outros	

PERGUNTAS A SEREM FORMULADAS PARA REGISTRO NO MMR

1) Quais as pessoas que o(a) visitam pelo menos **uma vez por semana (freqüentemente)**?

1.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** que o visitam pelo menos **uma vez por mês (pouco freqüentemente)**?

1.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** que o visitam pelo menos **uma vez por ano (pouco freqüentemente)**?

2) Com quem o(a) senhor(a) pode contar, se desejar ou precisar, para lhe fazer companhia, **pelo menos uma vez por semana (freqüentemente)**?

2.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** que lhe fazem companhia pelo menos **uma vez por mês (pouco freqüentemente)**?

Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** que lhe fazem companhia pelo menos **uma vez por ano (pouco freqüentemente)**?

3) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, pelo menos **uma vez por semana (freqüentemente)**?

3.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidar das coisas da casa, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, **pelo menos uma vez por mês (pouco freqüentemente)**?

3.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, arrumar, limpar, cozinhar ou fazer compras, **pelo menos uma vez por ano (pouco freqüentemente)**?

4) A quem o(a) senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, pelo menos uma vez por semana (freqüentemente)?

4.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar **pelo menos uma vez por mês (pouco freqüentemente)**?

4.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda para cuidados pessoais, como, por exemplo, trocar de roupa, tomar banho, comer, se levantar ou se deitar, **pelo menos uma vez por ano (pouco freqüentemente)**?

5) Quem ajuda ou ajudaria o(a) senhor(a) financeiramente se precisar de auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc., pelo menos uma vez por semana (freqüentemente)?

5.1) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc. **pelo menos uma vez por mês (pouco freqüentemente)**?

5.2) Além da(s) pessoa(s) já mencionada(s), quais as **outras pessoas** a quem o senhor(a) recorre ou recorreria se precisar de ajuda financeira, como, por exemplo, auxílio para pagar o aluguel da sua casa, pagar uma conta, comprar remédio, comida etc, **pelo menos uma vez por ano (pouco freqüentemente)**?

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL – UEMS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
ESCOLA DE ENFERMAGEM – PROGRAMA DE PG

ANEXO 6 - Critério de Classificação Econômica Brasil

Nome: _____ **Data:** _____ **Instrumento:** _____

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do Chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial Incompleto	2
Colegial Completo / Superior Incompleto	3
Superior Completo	5

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	PONTOS	TOTAL BRASIL (%)
A1	30 – 34	1
A2	25 – 29	5
B1	21 – 24	9
B2	17 – 20	14
C	11 – 16	36
D	6 – 10	31
E	0 – 5	4

Fonte: ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – 2003 – www.abep.org

ANEXO 7

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 12 de dezembro de 2006.

Ilm.^a Sr.^a

Márcia Regina Martins Alvarenga

Ref.: Processo nº 593/2006/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DO IDOSO E REDE DE SUPORTE SOCIAL NA ATENÇÃO BÁSICA”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Dulce Maria Rosa Gualda
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo