UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

HELOISE DA COSTA LIMA FERNANDES

O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família

Orientadora: Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira

SÃO PAULO
2010

HELOISE DA COSTA LIMA FERNANDES

O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora:
Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira

SÃO PAULO

2010

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.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Fernandes, Heloise da Costa Lima
O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família / Heloise da Costa Lima Fernandes. -- São Paulo, 2010.
76p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

1. Idosos 2. Acesso aos serviços de saúde 3. Serviços de saúde para idosos 4. Saúde da família - Programa
I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Heloise da Costa Lima Fernandes

O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências.

( ) Aprovada ( ) Reprovada

Data:____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Maria Amélia Campos de Oliveira/ Presidente- Orientadora

---

Profª Drª Márcia Regina Martins Alvarenga - Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Profª Drª Sofia Cristina Iost Pavarini- Coordenadora e docente do Departamento de Gerontologia e do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Dedicatória

Aos meus pais Raimundo e Benice, por todo apoio, amor, afeto e por me incentivarem na busca contínua pelo conhecimento. Queridos! Eu os ouvi quando diziam: - “Filha, saber não ocupa lugar. Estude!”

Dedico a vocês um dos resultados desses anos de estudo.

Agradecimentos especiais às professoras:

Maria Amélia de Campos Oliveira, pela dedicação, paciência, incentivo, confiança e por estar sempre *on line*!

Márcia Regina Martins Alvarenga, pela contribuição fundamental no delineamento metodológico.

Sofia Iost Pavarini, pelo exemplo profissional que me motivou a realizar o mestrado.

Agradecimentos

A realização deste trabalho não seria possível sem a ajuda de inúmeras pessoas, a quem dirijo meu reconhecimento:

Ao Henrique, companheiro de sonhos e de vida, por toda compreensão, paciência, carinho e, sobretudo, por estar sempre tão perto, apesar dos quilômetros de distância!

A Flávia, Rodolfo, Alice e Gael, família linda que me garantiu ânimo, sorrisos e vontade de ir em frente.

À Universidade de São Paulo, pela oportunidade de realizar curso de Mestrado e a todas as professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP que ministraram com dedicação disciplinas importantes para a construção deste conhecimento.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem da USP, especialmente D. Edna, Silvana e D. Terezinha, toda equipe da Biblioteca Wanda de Aguiar Horta e Ricardo (colocar o sobrenome), do Laboratório de Estatística.

À Unidade Básica de Saúde Dom José e à Secretaria de Saúde de Embu das Artes, nas pessoas de Roberto, Laudelina e, especialmente, Martha Toledo, a quem agradeço a oportunidade.

Aos agentes comunitários de saúde que agendaram e acompanharam a realização das entrevistas: Adilson, Ana, Chris, Elaine, Érica, Elton, Heidi, Luciana, Néia, Regiane, Sônia e Wesley. Quantas portas não teriam sido fechadas se não fosse a presença de vocês!

Às integrantes do grupo de pesquisa, Fernanda Amendola e Jaqueline Gaspar, cuja presença solidária tanto colaborou para a realização deste estudo, manifesto minha gratidão.

Aos colegas da Pós-Graduação.

A todos os idosos que foram sujeitos desse estudo.

Meu muito obrigada a todos!

Apresentação

Em 2005, ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, que concluí em 2008. Ao longo do Curso, sob orientação da Profª Dra Sofia Cristina Iost Pavarini, realizei duas iniciações científicas relacionadas à temática do envelhecimento, abordando especialmente o declínio cognitivo e funcional de idosos atendidos por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A primeira delas, intitulada "*Identificando as condições de funcionalidade de idosos cadastrados em uma Unidade do Programa Saúde da Família*", foi um estudo quantitativo com o objetivo de identificar a condição funcional de idosos por meio de instrumentos padronizados de medida, como o Mini-Exame do Estado Mental, o Índice de Katz, o Questionário de Pfeffer e a Escala de Depressão Geriátrica. Utilizamos ainda o Genograma para avaliação da composição familiar.

Os instrumentos utilizados mostraram-se de fácil aplicação e bastante eficazes para a avaliação pretendida, que revelou um grande número de idosos com alterações funcionais, sendo a maior delas a depressão. O genograma mostrou-se particularmente útil para promover a aproximação com as famílias, eficaz para verificar composição familiar dos idosos e para visualizar as relações entre os membros da família. Além disso, revelou as patologias existentes nas famílias.

Os resultados levaram-nos a concluir que a detecção precoce dos problemas de saúde dos idosos, por meio do uso combinado de instrumentos

padronizados e validados, pode contribuir para a redução do impacto que o envelhecimento populacional trará para a saúde pública nos próximos anos.

A segunda investigação, intitulada "*Envelhecimento e demência: um estudo com agentes comunitários de saúde*", teve por objetivo identificar o conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre envelhecimento e demência. As respostas dos ACS à questão: "*O que é idoso e o que é demência*?" revelaram concepções negativas sobre o envelhecimento, definido predominantemente com base no recorte cronológico. A maior parte das concepções sobre demência estava relacionada aos sinais e sintomas dessa síndrome. Alguns agentes manifestaram desconhecimento sobre o assunto ou tinham informações equivocadas sobre o mesmo.

Como inquietação resultante desse estudo ficou a reflexão sobre a necessidade de incluir o tema da gerontologia nos programas de qualificação dos ACS, preparando-os para lidar com os idosos, segmento populacional que apresenta inúmeras demandas aos serviços de saúde.

Entre as muitas contribuições que esses estudos trouxeram para minha formação profissional, destaco sua importância para minha iniciação em pesquisa. Aprendi a utilizar instrumentos de avaliação da funcionalidade em idosos, conheci a realidade dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e constatei os inúmeros desafios impostos pelo envelhecimento populacional a trabalhadores e serviços de saúde.

Ademais, acabei por desenvolver um “olhar gerontológico” para o cotidiano da assistência em saúde e o desejo de continuar estudando aspectos relacionados ao envelhecimento e à Saúde Coletiva.

Em 2009, ingressei no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, na área de concentração de Enfermagem em Saúde Coletiva. Nesse mesmo ano, iniciei minha atuação como enfermeira da Atenção Básica, em uma Unidade de Saúde da Família.

Na prática profissional como enfermeira, constatei a necessidade de intervenções na Saúde do Idoso. Dados do SIAB e os depoimentos dos ACS nas reuniões de equipe frequentemente evidenciavam as necessidades de saúde relatadas por esses idosos.

As disciplinas cursadas no programa de pós-graduação aprofundaram minhas reflexões sobre o tema e levaram-me a questionar:

- Qual a relação entre a condição funcional, a fragilidade dos idosos e o acesso aos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família?

Este estudo buscará verificar se há relação entre o acesso, a condição funcional e a fragilidade dos idosos atendidos em serviços oferecidos pela ESF. Minha expectativa é que esta investigação venha a contribuir para a identificação de estratégias que possam influenciar positivamente o acesso de idosos frágeis aos serviços da Atenção Básica, fomentar o debate sobre esta temática entre equipes da Estratégia Saúde da Família e fornecer dados sobre a saúde do idoso no Município em que atuo, subsidiando a reformulação de políticas públicas voltadas para esse grupo populacional.

Fernandes HCL. **O acesso aos serviços de saúde e sua relação com a capacidade funcional e a fragilidade em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. [dissertação].** São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar a relação entre a capacidade funcional, a fragilidade e o acesso de idosos aos serviços de saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com amostra aleatória constituída por 128 idosos assistidos pela ESF em uma Unidade Básica de Saúde de Embu das Artes, município da região metropolitana de São Paulo. Os instrumentos utilizados foram: questionário para caracterização sóciodemográfica dos idosos; questionário sobre acesso e utilização dos serviços de saúde; Índice de Katz e Escala de Lawton para avaliação da capacidade funcional e a *Edmonton Frail Scale* (EFS) para avaliação de fragilidade. Como resultados, observou-se predomínio de idosos do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, de cor parda, com baixa escolaridade e de religião católica. Foi observado que 81,2% possuíam renda própria. A morbidade mais citada foi a hipertensão arterial. Quanto ao acesso, 84,4% declarou utilizar exclusivamente serviços públicos de saúde e 48,4%, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, tendo como principais causas as barreiras arquitetônicas, citada por 13,3%, e a má qualidade dos serviços, mencionadas por outros 13,3%. A avaliação da capacidade funcional revelou que 68,0% apresentavam independência completa nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), 27,3% apresentavam independência, 55,5% independência parcial e 17,2% dependência total. Com relação à fragilidade, foi verificado que 48,5% não eram frágeis, 21,4% eram aparentemente vulneráveis à fragilidade,13,6% apresentavam fragilidade leve, 6,8% fragilidade moderada e 9,7%, fragilidade severa. Foi verificada associação significativa entre capacidade funcional e acesso, já que a maior parte dos idosos com algum tipo de dependência apresentou dificuldades de acesso. Não foi observada associação entre fragilidade e acesso. Espera-se que os resultados estimulem profissionais da Atenção Básica, especialmente da ESF, a utilizar estes instrumentos de rastreamento na avaliação dos idosos e refletir se os serviços e a forma como são ofertados são acessíveis aos idosos, considerando a condição funcional desse grupo etário.

Palavras-chave: Idoso, Avaliação Geriátrica, Programa Saúde da Família, Fragilidade, Acesso aos Serviços de Saúde.

HCL. **Health service accessibility and its relation with functional capacity and frailty in the elderly assisted by the Family Health Strategy**. **[dissertation].** São Paulo: University of São Paulo School of Nursing; 2010.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the relation between the functional capacity and frailty of elderly individuals' accessibility to the health service provided by the Family Health Strategy. This is a cross-sectional, descriptive study, which had a random sample comprised by 128 elderly individuals assisted by the Family Health Strategy (FHS) at a Primary Health Care Center in Embu das Artes, a city located in the metropolitan area of São Paulo. The instruments used were: Questionnaire for the socio-demographic characterization of the elderly; Questionnaire on the accessibility and utilization of health services; Katz Index and Lawton's Scale to evaluate functional capacity, and the Edmonton Frail Scale (EFS) to evaluate frailty. Results showed that most elderly participants were female, with 69 years of age, brown, with low educational level, and catholic. It was observed that 81.2% had their own income. The most referred morbidity was arterial hypertension. As for the accessibility, 84.4% reported using only public health services, and 48.4% referred facing difficulties regarding health service accessibility, mainly because of architectural barriers, as reported by 13.3%, and the poor quality of services, reported by 13.3%. The functional capacity evaluation revealed that 68% were fully independent for Activities of Daily Living (ADLs), in the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) 27.3% were independent, 55.5% partialy independnet, and 17.2% completely dependent. As for frailty, it was found that 48.5% were non-frail, 21.4% were apparently vulnerable to frailty, 13.6% presented mild frailty, 6.8% moderate frailty and 9.7% severe frailty. It was found there is a significant association between functional capacity and accessibility, the majority of the elderly with some form of dependence had accessibility difficulty. No association was observed between frailty and accessibility. The present study results could encourage primary health care professionals, especially those working with the FHS, to use these screening instruments to evaluate the elderly and analyze whether the services and how they are provided are accessible to the elderly, considering the functional condition of this specific age group.

Keywords: Elderly, Geriatric Assessment, Family Health Program, Frailty, Health Service Accessibility

LISTA DE FIGURAS

Figura	Título	Página
1	Ciclo da fragilidade	**6**
2	Mapa de pobreza e desigualdade nos municípios brasileiros, de acordo com o Coeficiente de Gini, São Paulo - 2003	**17**
3	Vulnerabilidade social no município de São Paulo e no município de Embu. São Paulo, 2000	**18**
4	Taxa de natalidade e população com mais de 60 anos no município de Embu. Embu, 2009	**19**
5	Índice de envelhecimento do município de Embu. Embu- 2009	**19**
6	Evolução da taxa de mortalidade no município de Embu. Embu- 2007	**20**
7	7 - Freqüência das doenças referidas pelos idosos entrevistados. Embu, 2010	**37**
8	Classificação de dependência segundo Katz. Embu, 2010	**38**
9	Distribuição de dependência/independência nos itens do Índice de Katz entre os sexos. Embu, 2010	**39**
10	Pontuação dos idosos na Escala de Lawton. Embu, 2010	**40**
11	Distribuição de independência nos itens da Escala de Lawton. Embu, 2010	**41**

LISTA DE TABELAS

Tabela	Título	Página
1	Distribuição dos idosos residentes no Município por sexo e faixa etária. Embu, 2009	**16**
2	Distribuição do número e porcentagem de idosos atendidos pela Unidade da Estratégia Saúde da Família, segundo características sociodemográficas. Embu, 2010	**31**
3	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e desempenho nas escalas de Katz e Lawton. Embu, 2010	**44**
4	Dificuldade de acesso e desempenho na EFS. Embu, 2010	**45**

SUMÁRIO

1. Introdução 1

1.1 O envelhecimento como fenômeno social 1

1.2 A capacidade funcional dos idosos e o conceito de fragilidade 2

1.3 O acesso dos idosos aos serviços de saúde 7

1.4 A Estratégia Saúde da Família frente às necessidades de saúde dos idosos 11

2. Objetivos 14

3. Casuística e Método 15

3.1 Tipo de Pesquisa 15

3.2 Local do Estudo 15
3.2.1 Embu: história, formação administrativa e indicadores básicos 15
3.2.1.1 Sistema Municipal de Saúde 21

3.3 Casuística 22

3.4 Etapas da pesquisa 23

3.5 Instrumentos para coleta de dados 24
3.5.1 Dados sociodemográficos 24
3.5.2 Acesso 24
3.5.3 Capacidade funcional 25
3.5.4 Fragilidade 27

3.6 Variáveis do Estudo 27
3.6.1 Variáveis indepedentes 27
3.6.2 Variável dependente 28

3.7 Tratamento e análise dos dados 28

3.8 Aspectos éticos 29

4 Resultados 30

4.1 Perfil sociodemográfico 30

4.2 Acesso aos serviços de saúde 32

4.3 Capacidade funcional 38

4.4 Fragilidade 42

4.5 Acesso e funcionalidade 44

4. 6 Acesso e fragilidade 45

5. Discussão 46

5.1Dados sociodemográficos 46

5.2 Funcionalidade 47

5.3 Acesso 50

5.4 Fragilidade 56

5.5 Acesso, capacidade funcional e fragilidade 58

6. Conclusões 60

7.Referências 64

1. INTRODUÇÃO

1.1 O envelhecimento como fenômeno social

O envelhecimento é um fenômeno mundial que tem gerado grandes preocupações, especialmente nos países em desenvolvimento. Neles, chama atenção a rapidez com que se deu o processo de transição epidemiológica, em que doenças infecciosas foram substituídas por enfermidades crônicas e degenerativas.

No Brasil, as modificações na estrutura etária estão ocorrendo de forma radical e acelerada[1-2].

Estudo sobre o envelhecimento populacional no País revela que, a cada ano, 650 mil idosos são incorporados à população brasileira, o país passou a ter um cenário de doenças complexas[1], típicas de países longevos, que requerem cuidados de saúde complexos e contínuos.

Para muitos idosos, especialmente os mais pobres, o aumento da expectativa de vida tem sido marcado por declínio funcional, dependência e incapacidade[3].

O crescimento da população idosa, especialmente com perdas funcionais e dependência, apresenta inúmeros desafios às políticas públicas. Ao Estado e à sociedade, cabe lidar com a necessária transferência de recursos para responder a suas necessidades[4].

No setor saúde, essa pressão se faz sentir de maneira particularmente intensa, dado que os idosos são o segmento populacional que mais utiliza os

serviços de saúde, em razão de doenças crônicas e suas complicações[5-6]. Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 revelou que os gastos com medicamentos apresentaram tendência crescente com a idade[7].

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) situa as pessoas idosas mais frágeis dentre os grupos populacionais com maior vulnerabilidade[8]. Considera ainda que a avaliação da condição funcional é imprescindível na formulação de políticas para a saúde dos idosos. Estudos que visem contribuir para melhorias nas políticas de atenção à saúde do idoso devem ter um olhar atento para o aspecto funcional.

1.2 A capacidade funcional dos idosos e o conceito de fragilidade

O processo de envelhecimento é, em geral, marcado pelo declínio da funcionalidade. Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) da Organização Mundial de Saúde[9], a funcionalidade é identificada por meio das atividades que uma pessoa é ou não capaz de realizar em sua vida diária.

A CIF pauta suas definições de funcionalidade e incapacidade nas condições de saúde dos indivíduos. A funcionalidade está relacionada a aspectos positivos da interação entre um indivíduo com uma determinada condição de saúde e seu contexto ambiental e pessoal. Já a incapacidade é definida como limitações de atividade e restrições na participação, ou seja, as dificuldades que um indivíduo encontra para exercer uma atividade e os problemas relacionados ao enfrentamento de situações da vida real.

A capacidade funcional pode repercutir na vida cotidiana dos idosos e também em sua expectativa de vida[10]. A avaliação da capacidade funcional pode ser feita por meio da análise das atividades básicas e instrumentais da vida diária.

As atividades básicas da vida diária (ABVD) envolvem tarefas relacionadas ao autocuidado, como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, manter controle dos esfíncteres e mobilizar-se. As atividades instrumentais (AIVD) estão relacionadas à cognição e à capacidade do indivíduo levar uma vida com autonomia e independência. Nelas estão incluídas a capacidade de fazer compras, preparar refeições, cuidar da casa, usar o telefone, administrar as próprias finanças e tomar medicamentos[11-12].

A capacidade funcional é um importante indicador de saúde[13], fundamental para subsidiar a criação e a execução de programas na Atenção à Saúde do Idoso. Ainda que o envelhecimento freqüentemente se faça acompanhar por algum grau de déficit funcional, esse comprometimento pode ser minimizado pela promoção da saúde e a prevenção do adoecimento[10].

Outro importante indicador da condição de saúde, aplicável aos idosos, é a fragilidade. Ainda não há um consenso sobre a definição de fragilidade, o que dificulta sua utilização na formulação de estratégias de promoção à saúde. A elaboração de uma definição operacional de fragilidade, que possa ser usada na prática dos serviços de saúde, representa um desafio para os profissionais de saúde, dada característica multidimensional do conceito[14]. Para determinar a condição de fragilidade a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa[8] caracteriza como frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade, acamado, que

vive em instituições de longa permanência, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças causadoras de incapacidade funcional, ou ao menos uma incapacidade funcional básica e vive em situação de violência doméstica.

Existem atualmente dois grupos de pesquisa internacionais trabalhando na definição do conceito de fragilidade e nos instrumentos para sua operacionalização, um deles nos Estados Unidos[15] e outro grupo no Canadá[19], sendo que este último conta com a colaboração de Israel e Japão e países da Europa.

Nos Estados Unidos, Fried e colaboradores[15] definiram fragilidade como uma síndrome em que a reserva energética e a resistência aos estressores apresentam-se diminuídas. A causa da síndrome é o próprio declínio dos sistemas fisiológicos e a diminuição da eficiência da homeostase em situações de estresse, como, por exemplo, variações no estado de saúde. A síndrome é baseada em um tripé de alterações relacionadas ao envelhecimento: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica.

Para operacionalizar esse conceito, Fried et al[16] propuseram um fenótipo da fragilidade clínica composto por cinco elementos: 1) perda de peso não intencional ≥4,5 Kg ou 5% do peso corporal no ano anterior; 2) exaustão avaliada por auto-relato de fadiga, utilizando a escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* (CES-D); 3) diminuição da força de preensão, adaptada ao sexo e ao índice de massa corporal (IMC) e avaliada por meio de dinamômetro na mão dominante; 4) baixo nível de atividade física, ajustado ao sexo e medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal, com base no auto-

relato de atividades e exercícios realizados; 5) lentidão medida pelo tempo gasto em segundos para percorrer 4,6 metros, ajustada para estatura e gênero. Indivíduos com três ou mais dessas características são classificados como frágeis. Aqueles que apresentam uma ou duas características são classificados no estágio pré-frágil, o que indica possuem maior risco de se tornarem frágeis em três ou quatro anos.

Para o grupo norte-americano, a fragilidade expressa o declínio de energia que ocorre em espiral, com potencial decrescente, conseqüência da diminuição das reservas fisiológicas e da desregulação de múltiplos sistemas. A perda de peso, a fraqueza e a lentidão justificam o risco aumentado para as conseqüências da síndrome.

No modelo do Ciclo de Fragilidade proposto por Fried e Walston, representado a seguir (Figura 1), há múltiplos pontos de entrada, incluindo condições subjacentes à síndrome. Para os autores[17], trata-se de uma condição mais freqüente em mulheres, cuja existência predispõe ao aumento de quedas, incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte.

Alguns pesquisadores sugerem que, além da fisiopatologia, há condições sociais que podem agravar a fragilidade, como baixo nível escolar e renda insuficiente[18].

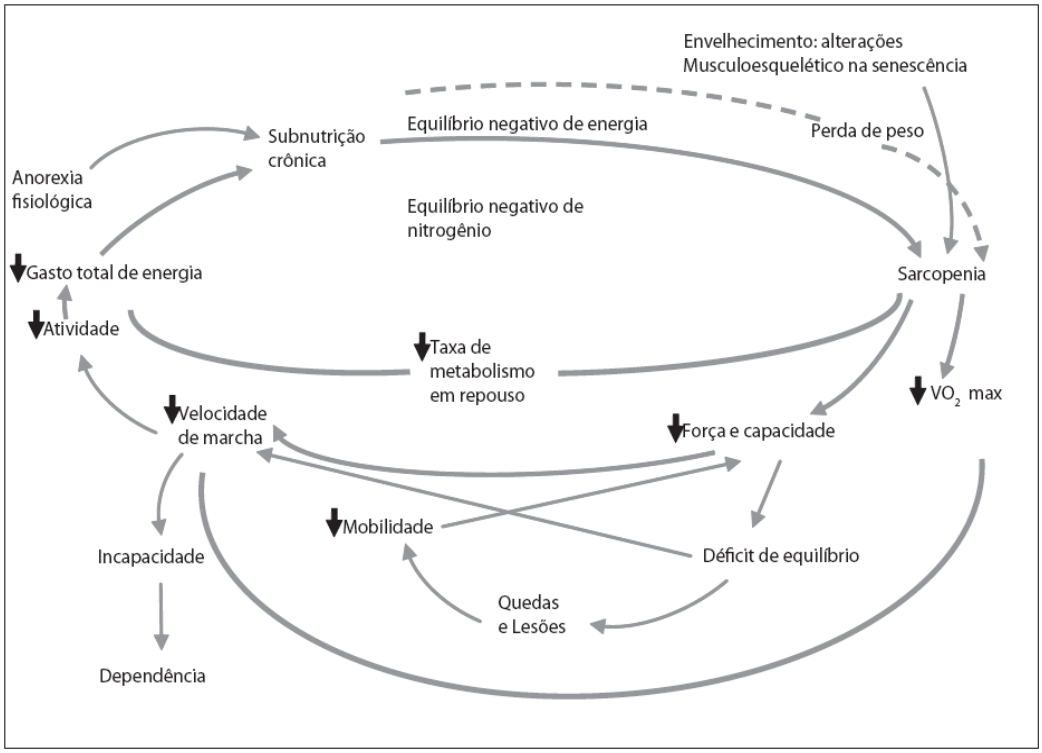


Figura 1 - Ciclo da fragilidade.

Fonte*: Fried LP, Walston W. Approach to the frail eldery patient. In: Kelley's textbook of internal medicine. 4th ed. Philadelphia: Lippicontt Willians & Wilkins; 2000.* Traduzido

Pesquisadores do grupo de estudos do *Canadian Iniciative on Frailty and Aging* (CIF-A) aceitam o modelo do fenótipo de fragilidade, porém consideram-no de utilidade restrita para avaliar a vulnerabilidade relacionada à saúde, que não pode ser separada de elementos também importantes, como cognição, humor e suporte social[19]. Consideram que a fragilidade é um conceito multidimensional e que o fato de ser heterogênea e instável, torna-a ainda mais complexa que a incapacidade ou o envelhecimento[19].

Consideram ainda que a maioria das ferramentas para avaliação da fragilidade é impraticável para o uso de profissionais que desejam avaliar

pacientes no leito, uma vez que utilizam dados clínicos multidimensionais que são característicos de uma avaliação geriátrica ampla.

Com a finalidade de facilitar a avaliação de fragilidade, Rolfson et. al [19] elaboraram uma nova proposta clínica para detecção da fragilidade, a Edmonton Frail Scale (EFS), que avalia nove domínios: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional.

A pontuação máxima da EFS é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Na interpretação dos escores de fragilidade, considera-se que indivíduos com pontuação de 0 a 4 não apresentam fragilidade, de 5 a 6 são aparentemente vulneráveis à fragilidade, de 7 a 8, apresentam fragilidade leve, de 9 a10, fragilidade moderada e, 11 ou mais, fragilidade severa.

A escala foi considerada confiável, válida e de fácil aplicação, mesmo por profissionais não especializados em geriatria ou gerontologia. Recentemente, foi adaptada culturalmente para o português do Brasil[20] . Por essas razões, a EFS será utilizada no presente estudo para a avalição da fragilidade de idosos na Atenção Básica.

1.3 O acesso dos idosos aos serviços de saúde

O grau de autonomia do idoso influencia seu acesso aos serviços de saúde. Acesso é um conceito complexo, cuja definição varia entre diferentes autores.

A dificuldade de encontrar definição consensual para os termos acesso e acessibilidade é apontada por Frenk e Kerr[21]. Os autores relatam que os termos são usados intercaladamente e algumas vezes como equivalentes.

Há, entretanto, os que distinguem acesso e acessibilidade. Em um estudo sobre utilização de serviços de saúde, Louvison[22] verificou que a terminologia preferida pela maioria dos autores é acessibilidade, definida como "característica da oferta de serviços de saúde ou ajuste entre a oferta e a população". Os que optam por utilizar o termo acesso focam suas definições no desempenho do sistema de saúde associado à oferta, em geral relacionada com o momento de ingresso nos serviços de saúde.

Andersen[23] caracteriza acesso como um dos elementos relacionados à organização dos serviços nos sistemas de saúde. Trata-se de uma característica da oferta de serviços, relevante para compreensão de sua forma de utilização. Está relacionada à entrada nos serviços e aos cuidados posteriores, ou seja, à continuidade dos tratamentos propostos. Para Andersen a influência no uso de serviços é mediada por fatores individuais.

Andersen e Newman[24] são os autores mais frequentemente citados em investigações sobre acesso e utilização de serviços de saúde que, em geral, têm por base o estudo clássico realizado por Andersen em 1968. Para esses autores, o acesso aos serviços é mediado por condições individuais como predisposição, capacitação e necessidades de saúde.

A predisposição refere-se a características individuais, como, por exemplo, idade, sexo, nível de escolaridade. A capacitação diz respeito à

capacidade dos indivíduos de procurar e receber serviços de saúde, a depender de suas condições econômicas e da rede de serviços disponíveis. As necessidades expressam a avaliação subjetiva que cada indivíduo faz de sua saúde.

Diante dos diversos conceitos de acesso e acessibilidade presentes na literatura, neste estudo será utilizado o conceito de Starfield[25], que afirma que o uso indistinto dos termos revela ambigüidade. Em seu livro, Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia, Starfield[25] (2004, p 143) define os termos:

> A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Ou seja, este é um aspecto da estrutura de um sistema ou unidade de saúde e este aspecto é necessário para se atingir a atenção ao primeiro contato. Acesso é a forma como a pessoa experimenta esta característica de seu serviço de saúde. A acessibilidade não é uma característica apenas da atenção primária, uma vez que todos os níveis de serviços devem estar acessíveis. Entretanto, os requisitos específicos para a acessibilidade diferem na atenção primária porque este é o ponto de entrada no sistema de serviços de saúde (...). O acesso à atenção é importante na redução de mortalidade e morbidade.

Para Starfield[25], cada novo atendimento a um problema de saúde necessita de uma porta de entrada. Seja qual for o nível de atenção, a porta de entrada deve ser acessível, caso contrário a atenção pode não ser obtida ou simplesmente postergada. Os possíveis resultados da dificuldade de acesso podem ser a piora ou a cronificação do problema, gerando sofrimento para os indivíduos e suas famílias, comprometendo sua qualidade de vida e elevando os gastos para o sistema de saúde.

Starfield considera ainda que a acessibilidade é um elemento importante do acesso. A forma como as pessoas utilizam os serviços de saúde expressa a sua condição de acesso, que pode ser limitada por problemas de acessibilidade.

De modo semelhante, Unglert[26] conceitua o acesso aos serviços de saúde como um sistema complexo que tem como um dos elementos a acessibilidade. Como uma das características dos serviços de saúde, a acessibilidade envolve aspectos geográficos, funcionais, culturais e econômicos.

Em um estudo que investigou a existência de recursos para os idosos na organização da rede de serviços de saúde, Louvison[22] destacou que a escassez de recursos é potencializada por limitações de acesso decorrentes de características próprias dessa população. Outra investigação envolvendo idosos corrobora essa afirmação, ao evidenciar dificuldades de acesso a serviços públicos, sobretudo os de saúde, principalmente em idosos residentes em áreas rurais[27].

Pesquisa sobre acesso de idosos a serviços de saúde bucal destacou a complexidade e a pluralidade da temática, revelando inúmeros obstáculos no acesso aos serviços de saúde, dentre eles aspectos sociodemográficos, de organização e de planejamento das ações de saúde[28].. Investigação sobre o acesso de idosos para tratamento da catarata senil identificou como obstáculos mais freqüentes as condições socioeconômicas, o pouco conhecimento sobre a necessidade de acompanhamento médico e casos em que as despesas do

paciente com os retornos ao serviço impossibilitam o acesso. A idade avançada (80 anos e mais) também se revelou um limitador importante[27].

1.4 A Estratégia Saúde da Família frente às necessidades de saúde dos idosos

O Estatuto do Idoso afirma que o Sistema Único de Saúde - SUS deve assegurar a atenção integral à saúde do idoso, garantindo-lhe acesso universal e igualitário a ações e serviços articulados para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde[29]. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa[8] define que a Atenção à Saúde do Idoso tem como porta de entrada a Atenção Básica/ Saúde da Família.

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi proposto pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo reorganizar a prática assistencial na perspectiva da promoção em saúde. A ESF visa reconstruir o modelo de saúde vigente, com vista a instituir novas práticas sanitárias. Para isso, propõe a organização e a oferta de serviços de saúde a partir do conhecimento da realidade da população atendida, identificando seus problemas e vulnerabilidades.

A ESF busca modificar as práticas de saúde, substituindo o modelo sanitário tradicional, curativo e centrado nas ações do médico, por outro com foco no coletivo, privilegiando ações multi e interprofissionais, com medidas centradas nas famílias e nas coletividades[30]. A política inovadora proposta pela ESF visa diminuir as desigualdades sociais e possibilitar uma cobertura mais equânime dos diferentes grupos sociais[31].

No entanto, nos seus mais 15 anos de existência, a ESF continua a enfrentar desafios na reformulação das formas de “pensar e fazer saúde”, ainda impregnadas pelo modelo tradicional biomédico[31-32]. Além disso, precisa avançar para oferecer ações de promoção e prevenção à saúde como, por exemplo, grupos educativos, assistência domiciliária e ações intersetoriais que auxiliem no enfrentamento dos problemas sociais e de saúde[33.]

Para envolver as comunidades nas ações propostas pela ESF, as equipes de saúde multiprofissionais contam com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais que moram na região de abrangência da Unidade de Saúde da Família e são capacitados para agir como mediadores entre as equipes de saúde e a população da área de abrangência de um determinado serviço de saúde.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa[8] destaca a importância de incorporar na Atenção Básica mecanismos para melhoria da qualidade de vida do idoso, reforçando o envolvimento dos profissionais na atenção domiciliária e ambulatorial. Prevê participação das equipes da Estratégia Saúde da Família na avaliação funcional e psicossocial dos idosos[34].

Estudo realizado em São Paulo com pacientes com perdas funcionais e dependência indica que a Estratégia pode facilitar o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde, uma vez que prevê o contato contínuo das equipes com as famílias da área de abrangência e, sempre que necessário, o atendimento domiciliário. Trata-se de uma modalidade assistencial bastante propícia ao atendimento de pessoas com restrição de mobilidade que, de outra forma, não teriam acesso aos serviços de saúde[35].

Este estudo buscará avaliar o acesso de idosos aos serviços de saúde oferecidos pela ESF, investigando elementos que o influenciam, particularmente a condição funcional e o grau de fragilidade do idoso. Sua finalidade é contribuir para a investigação do acesso de idosos aos serviços de saúde, fomentando reflexões para novos arranjos organizacionais, a fim de adaptar ou aprimorar os serviços, buscando medidas coletivas e individuais que respondam às necessidades de saúde geradas pelo envelhecimento.

2. OBJETIVOS

Geral

- Analisar o acesso de idosos aos serviços de saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família e sua a relação com a capacidade funcional e a fragilidade.

Específicos –

- Descrever as características sociodemográficas de idosos cadastrados na ESF;
- Avaliar a capacidade funcional desses idosos;
- Identificar a presença de fragilidade dos idosos;
- Descrever seu acesso aos serviços de saúde e
- Relacionar capacidade funcional e fragilidade ao acesso desses idosos aos serviços da ESF.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Tipo de Pesquisa

Estudo observacional, descritivo, transversal e de abordagem quantitativa.

3.2 Local do Estudo

Realizado em Embu, município localizado na região metropolitana de São Paulo, que pertence à microrregião de Itapecerica da Serra.

3.2.1 Embu: história, formação administrativa e indicadores básicos

O município de Embu teve sua formação iniciada em 1554, com a fundação pelos jesuítas, da Vila de M´Boy". A palavra M´Boy, quer dizer "cobra grande, hostil", palavra que pode ter sido motivada pela existência de muitas cobras na região[36.]

Em 1628, teve início a construção da Igreja Nossa Senhora do Rosário na Vila de M´boy, em terras doadas por Fernão Dias e Catarina Camacha, em 1624. Nesse período, os padres jesuítas e os índios guaranis foram os primeiros artistas da região, marcando a vocação da cidade, seja na arquitetura da Igreja, na escultura e na pintura de santos de madeira.

A partir de meados do século XX, a comunidade local, liderada por Annis Neme Bassith, começou a desenvolver as atividades artísticas, explorando o turismo como fonte de renda[36].

Em 30 de novembro de 1938, o antigo Distrito de M'Boy passou a ser denominado Embu, pelo Decreto Estadual n° 9775 e em 18 de fevereiro de 1959, foi elevado à categoria de Município com a denominação de Embu[36-37].

Em 1964, com a realização do 1º Salão das Artes, Embu firmou sua tradição artística nacional e internacionalmente. A partir do final da década de 60, a cidade tornou-se atração para os *hippies,* expositores de trabalhos artesanais, dando origem à Feira de Artes e Artesanato que é realizada até os dias atuais, sendo um dos propulsores de turismo na cidade. Trata-se de uma estância turística, o que justifica o fato de ser conhecida também como Embu das Artes[37].

O município de Embu tem densidade demográfica de 3.722,63 hab/km^2. A contagem populacional de 2009 identificou 260.882 habitantes e destes, 15.954 (6,12%) tinham 60 anos e mais[38]. A distribuição desses idosos por sexo e faixa etária é apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos residentes no Município por sexo e faixa etária. Embu, 2009.

Faixa etária Em anos	(N) masculino	%	(N) feminino	%
60 a 64	3.379	46,3	3.506	40,5
65 a 69	1.927	26,4	2.228	25,7
70 a 74	1.103	15,1	1.412	16,3
75 ou mais	891	12,2	1.508	17,4
Total	**7.300**	**100**	**8.654**	**100**

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela

A taxa de urbanização em Embu é de 100% e, em 2000, seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era 0,772, considerado médio.

Nesse mesmo ano, cerca de 18% dos domicílios tinham renda *per capita* de até ½ salário mínimo, o que representa um número bastante grande de pessoas com baixa renda. No município de São Paulo, também no ano 2000, esse índice era de 9%[38]. Em contrapartida, em 2003, o Município alcançou um Coeficiente de Gini de 0,37, que não evidencia a desigualdade social existente.

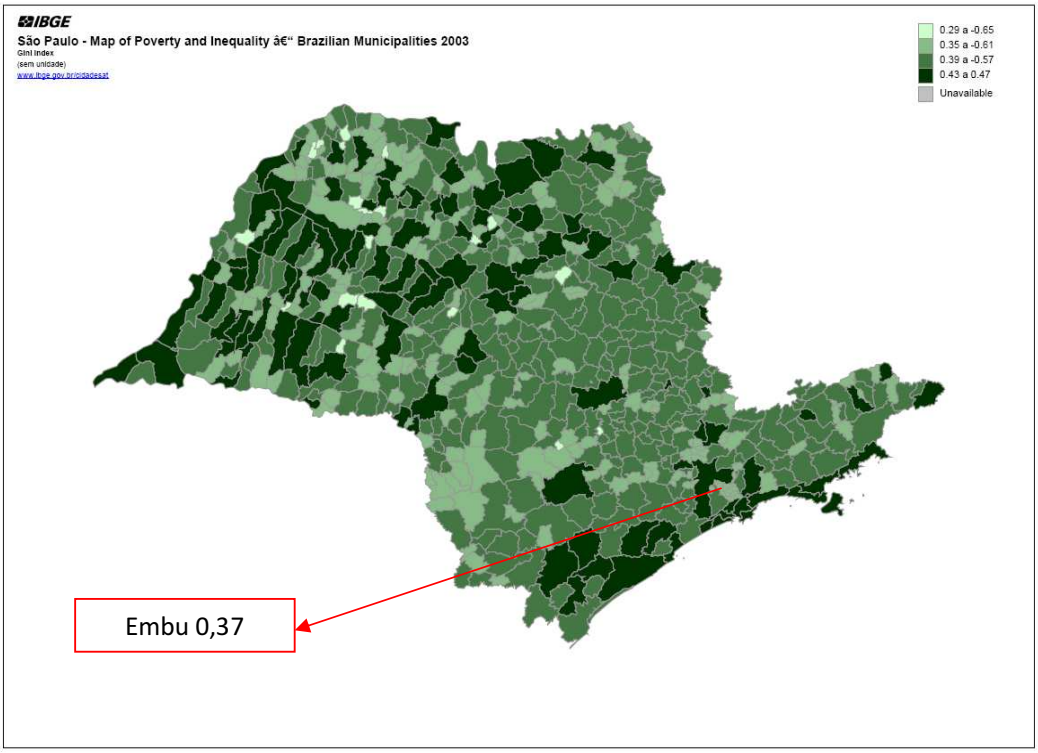


Figura 2 - Mapa de pobreza e desigualdade nos municípios brasileiros, de acordo com o Coeficiente de Gini, São Paulo - 2003

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mapa de pobreza e desigualdade. http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1

O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)[39] é um indicador que permite uma visão detalhada das condições de vida de um determinado município, com a identificação e a localização espacial das áreas que abrigam os segmentos populacionais mais vulneráveis à pobreza.

Baseia-se na compreensão de que as múltiplas dimensões da pobreza precisam ser consideradas em um estudo sobre vulnerabilidade social. Considera que a segregação espacial presente nos centros urbanos contribui para a manutenção dos padrões de desigualdade social. O IPVS busca identificar as áreas de acordo com a vulnerabilidade da população residente.

Com base em informações provenientes do Censo Demográfico 2000, constata-se que no município predominam famílias com vulnerabilidade média, em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio.

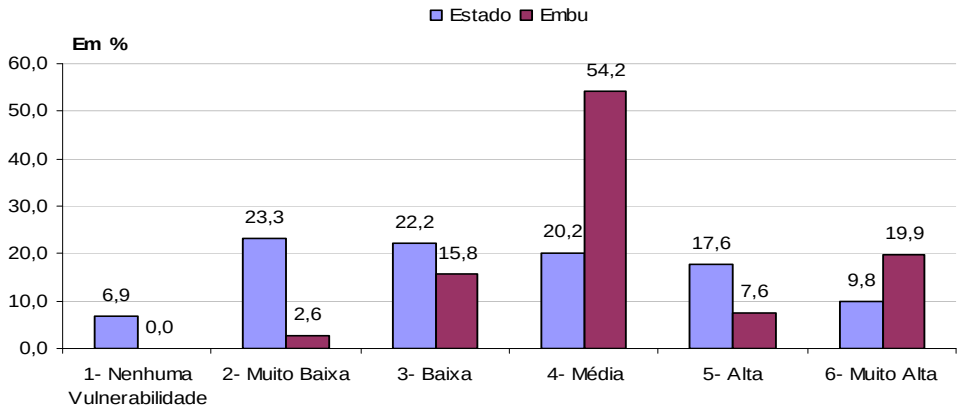


Figura 3 - Vulnerabilidade social no município de São Paulo e no município de Embu. São Paulo, 2000.

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/resultado.php

Dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, de janeiro de 2010, relativos ao Censo de 2000, indicavam que, dos 53.904 domicílios embuenses recenseados, 98,5% tinham o lixo coletado, 95,19% contavam com abastecimento de água da rede pública e 57,82%, com esgoto sanitário. Com relação à escolaridade, na faixa etária de 14 a 25 anos, o número médio de

anos de estudos era de 6,5 anos e cerca de 67% da população possuía menos de oito anos de escolaridade[38].

A observação do índice de natalidade de 1999 a 2007 e da participação de pessoas acima de 60 anos na composição populacional do Município nos últimos dez anos (1999-2009) revela tendência de envelhecimento populacional, confirmada pelo índice de envelhecimento crescente[38].

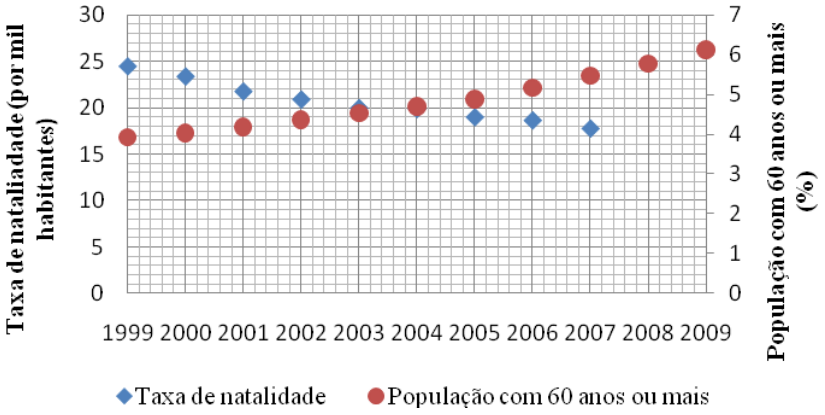


Figura 4- Taxa de natalidade e população com mais de 60 anos no município de Embu. Embu, 2009.

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela

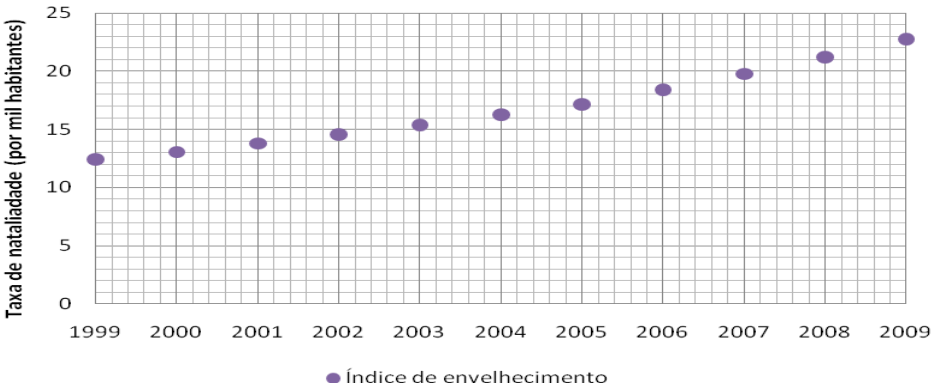


Figura 5 - Índice de envelhecimento do município de Embu. Embu- 2009

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela

Segundo o Relatório de Gestão de 2008[40], as principais causas de internação no Município foram gravidez, parto e puerpério, além de doenças do aparelho cardiorrespiratório. Em 2007, o índice de mortalidade geral foi o menor dos últimos oito anos, como mostra a figura a seguir.

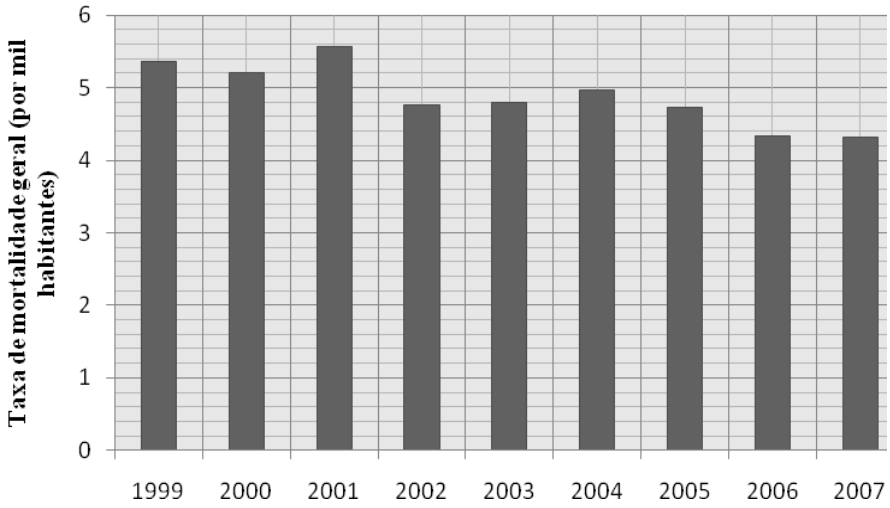


Figura 6 – Evolução da taxa de mortalidade no município de Embu. Embu-2007

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela

Ainda em 2007, as cinco principais causas de óbito no Município foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, algumas doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho respiratório.

O número insuficiente de leitos de internação na clínica médica pode ter aumentado o número de pacientes nas unidades mistas de saúde, que não estão equipadas para atender a essas demandas. Segundo o Relatório de Gestão[40], o número de internações não expressa necessariamente a prevalência de doenças, uma vez que sofre interferência da oferta de leitos de especialidades em hospitais que não estão sob gestão municipal e, portanto, nem sempre estão de acordo com as necessidades da população local.

3.2.1.1 Sistema Municipal de Saúde

O estudo foi realizado em uma das Unidades Básica de Saúde do Município que tem implantada a Estratégia Saúde da Família, por meio de convênio firmado entre o Centro de Estudos e pesquisas João Amorim (CEJAM) e a Prefeitura Municipal de Embu das Artes. A Atenção Básica do Município conta com 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre as quais sete são Unidades da ESF, totalizando 14 equipes de saúde da família que, em outubro de 2009, haviam cadastrado 15.106 famílias, o que correspondia a 56.665 pessoas, das quais 3.839 (6,8%) tinham 60 anos ou mais, conforme dados do Sistema de Atenção Básica (SIAB).

O número de equipes de saúde por UBS varia entre uma e cinco. Cada equipe é formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, quatro a seis ACS. As Unidades contam ainda com equipe de odontologia e técnicos-administrativos[37]. Cabe ressaltar que em uma mesma unidade da ESF pode haver mais de uma equipe de saúde.

Tal como as demais UBS, as Unidades da ESF estão preparadas para realizar exames como eletrocardiograma, coleta de materiais biológicos, coleta de Papanicolaou, Fenilcetonúria (PKU), coleta de escarro, vacinas, curativos, suturas, inalações, testes de gravidez, glicemia capilar, verificação de pressão arterial, agendamento de exames e especialidades, planejamento familiar, fornecimento do cartão SUS e procedimentos odontológicos. Diferentemente das UBS tradicionais, oferecem grupos de educação em saúde, acolhimento e visitas domiciliares, em um modelo de atenção integral ao indivíduo, constituído por ações em defesa da vida coletiva.

3.3 Casuística

A população do estudo foi composta por idosos cadastrados por uma das Unidades da ESF do Município, escolhida de acordo com o interesse do gestor para a realização da pesquisa. Também foi levado em conta o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, tendo sido selecionada uma Unidade localizada em uma região em que o grau de vulnerabilidade é médio, como o predominante no Município, para permitir uma visualização do contexto social mais abrangente.

Inicialmente foi feita uma busca no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do Município, a fim de verificar o número de idosos na UBS selecionada (N=485). Outro levantamento foi feito na própria UBS, a fim de obter a relação das famílias que possuíam membros com 60 anos e mais, uma vez que nem sempre o número de idosos cadastrados pelo SIAB correspondia aos cadastrados na Unidade. Na época, a UBS ainda não realizava a atualização *on line* do SIAB e as informações eram enviadas via malote à Secretaria da Saúde, para então serem inseridas no SIAB. Foram encontrados 432 idosos.

A equação utilizada para calcular o tamanho da amostra necessário para estimar a proporção de idosos considerados não-frágeis foi:

$$n = \frac{z^2_{1-\alpha/2} * p * q}{m^2}$$

com confiança de 95%, margem de erro (m) de 5% e um estimador para p de 50,00%, com q = 1 – p. Assim, o tamanho da amostra foi definido:

$$n = \frac{1{,}96^2 * 0{,}5 * 0{,}5}{0{,}05^2} = 384{,}16 \sim 385$$

Como a população de referência é finita (N = 432), o tamanho da amostra foi corrigido para:

$$n_1 = n\sqrt{\frac{N-n}{N-1}} = 385\sqrt{\frac{432-385}{431}} = 127{,}14 \sim 128$$

A seleção da amostra foi feita a partir de amostragem aleatória simples, todos os 432 participaram do sorteio e foram investigados os 128 primeiros idosos. O critério de exclusão foram os idosos com incapacidade de comunicação e os idosos não encontrados em casa após três visitas consecutivas.

3.4 Etapas da pesquisa

Para captação dos sujeitos da pesquisa, os idosos sorteados foram localizados nas microáreas e foram agendadas datas e horários para realização das entrevistas através dos agentes comunitários de saúde.

A coleta dos dados foi feita por meio de entrevistas domiciliares, realizadas somente pela pesquisadora. Os agentes comunitários de saúde acompanharam todas as entrevistas, tendo sido previamente orientados sobre os objetivos da pesquisa. Utilizou-se um questionário estruturado (Apêndice 1) para as variáveis sociodemográficas e outro questionário estruturado para levantamento de dados sobre o acesso e utilização dos serviços (Apêndice 2), acrescidos de testes de rastreio. Um estudo piloto foi efetuado com12 idosos

para definir adaptação do questionário e colocar a pesquisadora em contato com a situação real.

A coleta de dados foi realizada no período de junho e julho de 2010 e cada entrevista teve duração aproximada de trinta minutos.

Não houve recusa por parte de nenhum dos idosos, porém os sujeitos sorteados que não puderam participar do estudo devido os critérios de exclusão, foram substituídos pelo sujeito seguinte da amostra aleatória. Em alguns domicílios, havia a presença de mais de um idoso, porém somente o idoso sorteado respondia ao questionário.

3.5 Instrumentos para coleta de dados

3.5.1 Dados sociodemográficos

Os idosos foram caracterizados de acordo com variáveis demográficas (sexo, cor da pele, estado civil, número de pessoas que vivem na casa e idade) e socioeconômicas (escolaridade e renda familiar *per capita*) por meio de um questionário.

3.5.2 Acesso

Para investigar o acesso aos serviços os idosos foram utilizadas questões do estudo SABE[41], relacionadas ao uso e ao acesso aos serviços de saúde, adaptadas para a Estratégia Saúde da Família. No questionário sobre acesso, variável dependente desse estudo, a questão principal, de resposta dicotômica (sim/não), foi:

- "O Sr(a) tem alguma dificuldade para ter acesso e utilizar os serviços de saúde quando necessário?

3.5.3 Capacidade funcional

Para a avaliação da capacidade funcional e da dependência foram empregados o Índice de Katz (Anexo 1) e a Escala de Lawton (Anexo 2) por serem instrumentos recomendados pelo Ministério da Saúde para utilização na Atenção Básica.

O Índice de Katz foi criado na década de 50[42] quando cientistas buscavam desenvolver instrumentos de medida que pudessem atribuir significado e quantificar os problemas funcionais dos idosos. Katz e colaboradores constataram que a recuperação de seis atividades cotidianas era semelhante a comportamentos observados em sociedades primitivas e à seqüência de atividades no processo de desenvolvimento infantil, o que sugeria uma "hierarquização das respostas neurológicas e locomotoras".

Katz atuava em uma instituição de longa permanência, o *Benjamim Rose Hospital* e, juntamente com sua equipe, desenvolveu o *Index of Activity Daily Living*[42], instrumento de avaliação da independência funcional dos idosos. O instrumento avaliava atividades como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, controlar esfíncteres (continência) e alimentar-se. Os dados eram registrados em um formulário de avaliação que classificava os idosos em três categorias: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente.

Posteriormente, o instrumento passou a ser chamado de *Index of Independence in Activities of Daily Living*, com base na observação resultante de sua aplicação aos idosos do *Benjamim Rose Hospital.*

A Escala de Katz avalia a independência no desempenho de seis atividades básicas da vida diária e caracteriza o idoso como dependente ou independente. O escore total varia de 0 a 6, sendo que zero indica independência total e 6, dependência para todas as ABVD.

O grau de dependência dos pacientes é associado a letras do alfabeto: A- independente para todas as atividades; B- independente para todas as atividades, menos uma; C- independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional; D- independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se e mais uma adicional; E- independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional, F- independente para todas as atividades, menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, realizar transferência e mais uma adicional; G - dependente para todas as atividades e Outro- dependente em pelo menos duas funções, não classificadas em C, D, E ou F [42-43].

Para avaliação do desempenho nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) foi utilizada a Escala de Lawton, cujo escore total varia de 9 a 27. Quanto menor o valor obtido, maior o grau de comprometimento da pessoa para levar uma vida independente. Cada domínio da escala pode ser pontuado de 1 a 3, sendo 1- dependente, 2- necessita de assistência e 3- independente.

Neste estudo, sujeitos que fizeram 27 pontos foram classificados como independentes para as AIVD; aqueles com pontuação maior que 18 e menor ou igual a 26 foram classificados como parcialmente dependentes e os que apresentaram pontuação menor ou igual a 18 foram classificados como dependentes para as AIVD[44].

3.5.4 Fragilidade

Para avaliar a fragilidade foi utilizada a *Edmonton Frail Scale* (Anexo 3), adaptada culturalmente para a língua portuguesa brasileira. O instrumento considera que indivíduos com pontuação de 0 a 4 não apresentam fragilidade, de 5 a 6 são aparentemente vulneráveis, de 7 a 8, apresentam fragilidade leve, de 9 a10, fragilidade moderada e 11 ou mais, fragilidade severa[20].

3.6 Variáveis do Estudo

3.6.1 Variáveis indepedentes

- Idade: em anos na data da entrevista.
- Sexo: feminino ou masculino.
- Cor da pele: preta, parda, amarela, branca.
- Estado conjugal: casado, solteiro, divorciado/desquitado, viúvo.
- Religião: nenhuma, católica, evangélica, judaica, outra.
- Arranjo familiar: mora sozinho, mora somente com o cônjuge, arranjo intrageracional - mora somente com outros idosos, arranjos trigeracionais, mora com cônjuge e filho, somente com filho(s), mora com cônjuge, filho(s) genro ou nora, mora somente com os netos, mora com não familiares, outros.
- Possui renda própria: sim ou não.
- Fonte de renda: trabalho próprio, aposentadoria, pensão, aluguel, doações, outras.
- Número de pessoas que moram no domicílio, incluindo o idoso
- Renda mensal: líquida em salários mínimos (R$510,00)

- Exercício de atividade remunerada: sim ou não.
- Escolaridade: analfabeto, lê e escreve o próprio nome, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior incompleto.
- Residência: tipo de material utilizado na construção da residência, como tijolo, madeira, outros.
- Posse da residência: própria, alugada, cedida.
- Abastecimento de água: rede pública, poço.
- Destino de fezes e urina: esgoto, fossa séptica, céu aberto.
- Destino do lixo: coletado, queimado, céu aberto
- Capacidade Funcional: expressa em independente ou com algum grau de dependência.
- Fragilidade: não-frágil, aparentemente vulnerável e frágil.

3.6.2 Variável dependente

- Acesso: dificuldade de acesso (sim ou não).

3.7 Tratamento e análise dos dados

Os dados foram processados pelo pacote *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) - versão 18.0. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas e as quantitativas, pela média e desvio padrão.

A associação entre as variáveis qualitativas foi verificada pelo Teste do Qui-Quadrado. A confiabilidade das escalas foi verificada pela estatística Alpha de Cronbach e a normalidade do escore total, pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. O nível de significância utilizado foi de 5% para todos os testes.

3.8 Aspectos éticos

Não houve riscos ou prejuízos para os participantes da pesquisa, que foram informados dos objetivos da investigação e da confidencialidade dos dados, nos termos da Resolução 196/96. Ao concordarem em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 3).

O Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo aprovou o estudo (Anexo 3) e a Secretaria Municipal de Saúde de Embu autorizou sua realização (Anexo 4).

4 RESULTADOS

4.1 Perfil sociodemográfico

As características sociodemográficas dos 128 idosos entrevistados encontram-se reunidas na Tabela 2, na qual se observa predominância de idosos do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 69 anos, de cor parda, com baixa escolaridade e de religião católica.

A média de idade foi de 68,6 (dp= 3,4 anos) para o sexo masculino e 68,9 (dp= 8,4 anos) para o feminino. O nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental incompleto, representado por 72 idosos (56,3%). Os idosos analfabetos totalizaram 31 (24,2%), cinco do sexo masculino e 26 do feminino.

Os arranjos familiares mais freqüentes foram o trigeracional, representado por 34 idosos (26,6%), idosos que residiam com cônjuge e filhos (27 idosos ou 21,1%), somente com cônjuge (23 idosos ou 18%) ou sozinhos (18 idosos ou 14,1%).

Quanto ao número de pessoas no domicílio, 18 idosos (14,1%) residiam sozinhos, 41 (32%) com uma pessoa, 31 (24,2%) com duas, 17 (13,3%) com três, 8 (6,3%) com quatro e 13 (10,2%) com cinco ou mais pessoas. O número médio de pessoas por domicílio foi três.

Tabela 2 - Distribuição do número e porcentagem de idosos atendidos pela Unidade da Estratégia Saúde da Família, segundo características sociodemográficas. Embu, 2010

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	42	32,8
Feminino	86	67,2
Faixa Etária		
60 a 69 anos	77	60,2
70 a 79 anos	37	28,9
80 anos ou mais	14	10,9
Etnia/Cor da pele		
Branca	49	38,3
Preta	27	21,1
Parda	52	40,6
Estado Civil		
Casado	69	53,9
Solteiro	09	7,0
Divorciado	16	12,5
Viúvo	34	26,6
Escolaridade		
Analfabeto	31	24,2
Le e escreve o próprio nome	19	14,8
Ensino Fundamental Incompleto	72	56,3
Ensino Fundamental Completo	05	3,9
Ensino Médio Completo	01	0,8

(Continua)

Religião		
Nenhuma	06	4,7
Evangélico	48	37,5
Católico	68	53,1
Outra	06	4,7
Total	128	100

(Conclusão)

Foi observado que 104 idosos (81,2%) possuíam renda própria, 76 (52,3%) recebiam um salário mínimo (SM)* ou menos por mês, 22 (17,1%) mais de um até dois SM e apenas seis (4,6%), mais de dois SM por mês. A aposentadoria era a principal fonte de renda para 79 idosos (61,7%) e 40 (31,4%) relataram que seus proventos eram a principal ou única fonte de renda da família. A renda *per capita* foi de 0,91 SM.

Verificou-se que 101 (78,9%) domicílios eram próprios, 128 (100%) eram abastecidos por água pela rede pública, 110 (85,9%) contavam com esgotamento sanitário e em 18 (14,1%) os dejetos eram descartados a céu aberto. O lixo era coletado pelo serviço público em 124 (96,9%) das residências e era queimado em quatro (3,1%).

4.2 Acesso aos serviços de saúde

Quando questionados sobre o conhecimento acerca do direito ao uso do SUS, apenas três (2,3%) dos entrevistados apresentaram dúvidas, afirmando desconhecer seu direito de usar serviços próprios do SUS. Dos 128 idosos, 108 (84,4%) declararam utilizar exclusivamente serviços públicos de saúde.

* O valor do salário mínimo por ocasião da coleta de dados era de R$510,00.

Somente 20 (15,6%) informaram contar com plano de saúde privado, sendo que o responsável por arcar com os custos no plano, na maioria dos casos, era o próprio idoso.

Questionados sobre dificuldades de acesso aos serviços de saúde, os idosos puderam escolher entre várias alternativas e até mesmo optar por mais de uma, relatando várias dificuldades de acesso. Sessenta e seis (51,6%) dos idosos não referiram dificuldades.

Para aqueles que responderam positivamente à questão, as principais causas mencionadas foram: má qualidade dos serviços (17 idosos ou 13,3%), barreiras arquitetônicas (17 idosos ou 13,3%), falta de transporte (14 idosos ou 10,9%), distância longa a ser percorrida até os serviços (13 idosos ou 10,2%), falta de recursos financeiros (12 idosos ou 9,4%), dificuldades de locomoção (9 idosos ou 7%) e falta de companhia (5 idosos ou 3,9%).

Parte dos entrevistados (34 idosos ou 26,6%) mencionou outros motivos, além dos enumerados no questionário: demora nos atendimentos, no agendamento das consultas ou no encaminhamento para as especialidades (15 idosos ou 11,7%), falta de médico na Unidade (8 idosos ou 6,2 %), demora para realizar exames e/ou obter resultados (6 idosos ou 4,7%).

Um relatou uma dificuldade pontual, mas ainda assim significativa: em uma situação de emergência em que necessitou de ambulância, ao discar o número de telefone 192, a ligação foi remetida a outro município. De fato, o plantão de ambulâncias de Embu informou que nas ligações efetuadas para o número 192 a partir de um telefone fixo, até mesmo os públicos, o atendimento

da chamada é realizado em Embu, porém quando a chamada é feita de um telefone celular a chamada é direcionada para Itapecerica da Serra, município vizinho.

Outro fez referência a dificuldades de acesso ao Hospital Geral, importante referência para o Município, afirmando que o Hospital não dispõe de número suficiente de cadeiras de rodas, o que atrasa os atendimentos e causa desconforto. Um idoso reclamou da má qualidade do atendimento deste mesmo Hospital.

Outra dificuldade referida por um dos idosos foi o fato de ser cuidador de outro idoso e ter que passar a maior parte do tempo em casa, o que dificulta seu acesso aos serviços de saúde. Outro se queixou da qualidade do transporte público que utiliza para ir às consultas.

Ainda sobre transporte, um entrevistado queixou-se da distância do hospital para onde foi encaminhado. Outro mencionou como dificuldade de acesso aos serviços de saúde o fato de não possuir documentos de identificação pessoal.

Entre os idosos entrevistados, o número de atendimentos em serviços de saúde nos últimos doze meses variou de zero a 100. A média de atendimentos foi de 7,9 (dp= 12,7 atendimentos). Sobre os locais de atendimento, cabe esclarecer que os idosos puderam citar todos utilizados nos últimos doze meses, o que para muitos implicou responder positivamente a mais de uma alternativa.

Os principais locais de atendimento foram: UBS com ESF para 88 (68,8%) idosos, Centros de Especialidades para 48 (37,5%), Pronto-atendimentos 45 (35,2%), Unidades Básicas de Saúde para 25 (19,5%), consultórios particulares 20 (15,6%) e hospitais por motivos cirúrgicos para 10 (7,8%). Nenhum idoso relatou atendimento em Centros de Referência do Idoso.

Com relação ao número de internações, 20 (15,6%) relataram terem sido hospitalizados nos últimos doze meses, 10 (7,8%) por motivo clínico e igual número, por motivo cirúrgico.

Houve ainda 11 (8,6%) idosos que afirmaram não ter buscado atendimento em serviços de saúde no último ano: sete porque avaliaram não ter necessidade e quatro que sentiram necessidade de atendimento, porém não o fizeram, por não gostarem de procurar serviços de saúde.

Sobre o local do último atendimento de saúde, 71 (55,5%) afirmaram que o último atendimento não ocorreu na Unidade ESF. Desses, dezoito (14,1%) foram atendidos em uma UBS próxima, onde já eram atendidos antes da existência da Unidade da ESF. Cabe ressaltar que os 55,5% que não tiveram o último atendimento na Unidade da ESF incluem os idosos que não foram atendidos em nenhum lugar, citados anteriormente.

Foram mencionados ainda o Hospital Geral do Pirajussara (13 idosos ou 10,2%), hospitais privados (11 idosos ou 8,6%), hospitais públicos ou Unidades de Atendimento Médico-ambulatorial - AMA (11 idosos ou 8,6%) e unidades de pronto-atendimento (7 idosos ou 5,5%). Em 57 casos (44,5%), o último atendimento foi realizado na Unidade da ESF.

O número de profissionais envolvidos no último atendimento variou de um a 10. A maior parte dos entrevistados (68 idosos ou 53,1%) relatou ter sido atendido apenas por um profissional. Ao detalhar os atendimentos, pode-se observar que 60 (46,9%) foram realizados exclusivamente por médicos e 49 (38,3%), por médicos e auxiliares de enfermagem. Os atendimentos por enfermeiros somaram 20 (15,6%) e os dos demais profissionais, 11 (8,6%).

Para 117 (91,4%) entrevistados, a qualidade do atendimento variou entre muito bom e bom, sendo o conceito bom atribuído por 79 (61,7%) e muito bom por 38 (29,7%). Atendimento regular foi relatado por 18 (14,1%) e muito ruim, por 3 (2,3%). Não houve menção ao conceito ruim.

Questionados sobre a prescrição de medicamentos no último atendimento, 98 (76,6%) relataram prescrições, sendo que 82 (83,7% dos 98 que tiveram medicamentos prescritos) conseguiram obter as medicações na rede pública de serviços de saúde. Catorze (14,3% dos que tiveram prescrição) conseguiram algumas medicações e outras não, e dois (2% dos que tiveram prescrição) não conseguiram nenhum dos medicamentos prescritos.

As causas foram a indisponibilidade do medicamento na rede pública em seis casos (6,1%) ou outros motivos em sete (7,1%), como o fato de não julgar importante o uso de da medicação ou a falta de recursos financeiros para a compra. Três idosos não souberam informar o motivo, pois o atendimento havia ocorrido há muito tempo. Quarenta e dois entrevistados (42,8% dos que tiveram medicamentos prescritos) tiverem de comprar as medicações. Cabe observar que, dos 57 idosos cujo último atendimento ocorreu na Unidade da ESF, nove (9,2%) tiveram de pagar pela medicação.

O tempo médio de deslocamento do domicílio do idoso ao local onde foi realizado o último atendimento foi de 29 minutos (dp= 32). Cabe observar que a média de deslocamento entre os idosos atendidos na Unidade da ESF e em outros locais variou. Na Unidade ESF, essa média foi de 11 minutos (dp= 10,4), enquanto que em outros locais, essa média alcançou 44,2 minutos (dp=36,1).

O tempo médio de espera por atendimento foi de 38,7 minutos (dp= 47,1), variando de 23,5 minutos (dp=18,7) na Unidade da ESF a 51,6 minutos (dp=58,9) em outros locais. Alguns idosos não precisaram se deslocar, pois receberam visita domiciliária. Outros foram atendidos de imediato em Unidades de Pronto-atendimento.

A Figura 7 reúne as morbidades mais referidas pelos idosos entrevistados: hipertensão arterial (59,3%), diabetes (21%), hipercolesterolemia (7%), problemas cardíacos (5,5%) e problemas de coluna (5,5%).

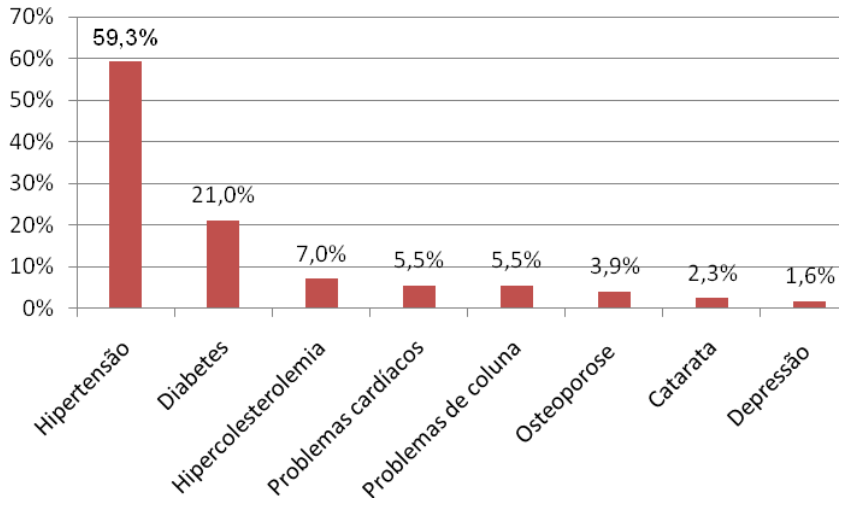
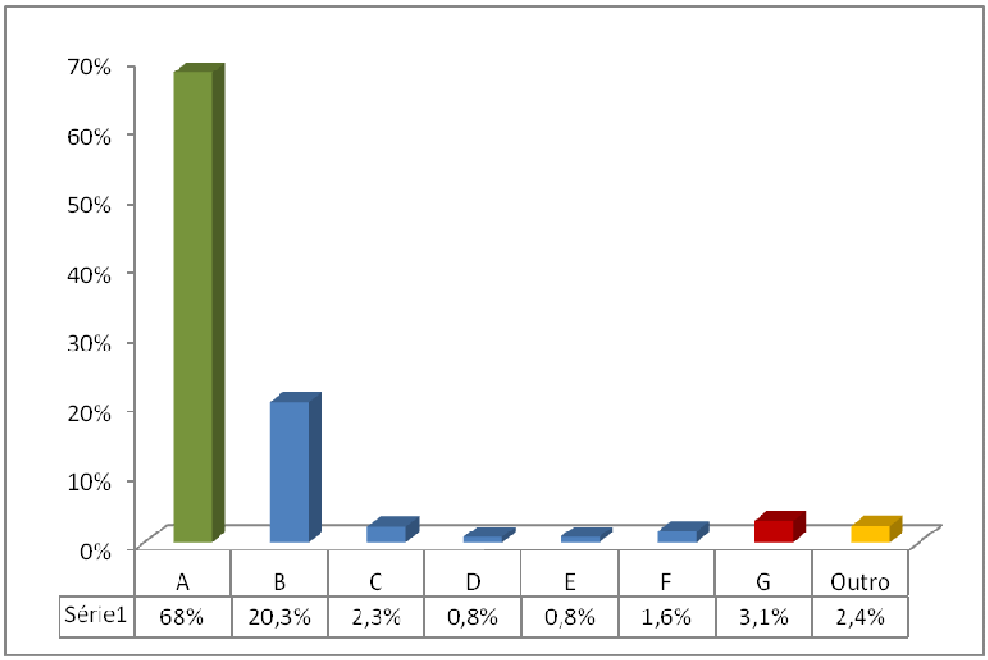


Figura 7 - Freqüência das doenças referidas pelos idosos entrevistados. Embu, 2010

4.3 Capacidade funcional

O Índice de Katz apresentou boa confiabilidade da consistência interna (alpha de Cronbach= 0,883). A avaliação do grau de dependência dos idosos para as ABVD revelou que 87 (68%) apresentavam independência completa, 37 (28,9%), dependência parcial e 4 (3,1%), dependência total. Na classificação final, aqueles com dependência total ou parcial foram agrupados como dependentes, o que resultou em 41 (32%) de idosos com algum grau de dependência, como mostra a figura 8.



A- Independente para todas as atividades.
B-Independente para todas as atividades, menos uma.
C-Independente para todas as atividades, menos banho e mais uma adicional.
D- Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional
E- Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F- Independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G- Dependente para todas as atividades.
Outro- dependente em pelo menos 2 funções, que não se classificam em C,D,E e F.

Figura 8 - Classificação de dependência segundo Katz. Embu, 2010

Dentre as seis ABVD (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentar-se), os idosos mostraram-se mais independentes para alimentação (122 idosos ou 95,3%) e transferência, descrita como movimento de sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa (119 idosos ou 93,0%). A atividade em que foi encontrada maior dependência foi a continência, já que 33 idosos (25,8%) afirmaram ser incontinentes ou apresentar perdas urinárias ou fecais ocasionalmente, conforme observado na figura 9, que apresenta a classificação de dependência e independência nas ABVD entre os itens do Índice de Katz e entre os sexos.

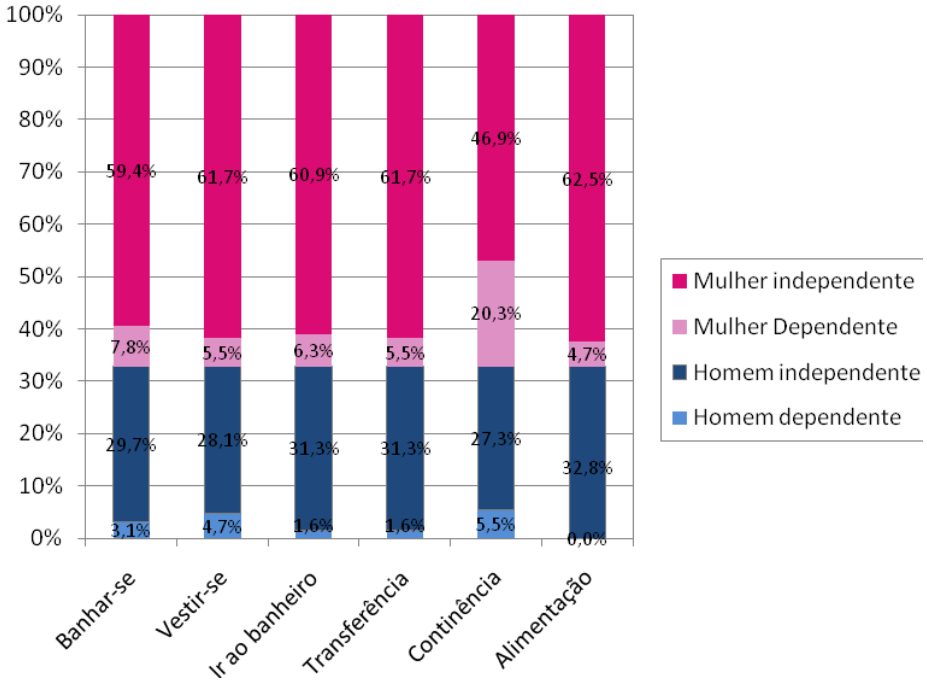


Figura 9 - Distribuição de dependência/independência nos itens do Índice de Katz entre os sexos. Embu, 2010.

Com relação à pontuação no Índice de Katz, os idosos mostraram-se mais independentes para se vestir, alimentar-se, ir ao banheiro e para transferência.

A Escala de Lawton foi utilizada para classificar os idosos segundo grau de dependência para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Esse instrumento apresentou boa consistência interna (alpha de Cronbach= 0,899). A escala apresenta uma pontuação máxima de 27 pontos e, quanto maior a pontuação, maior a independência do idoso nas AIVD. A pontuação média encontrada foi de 22,9 (dp= 5,124) pontos, como mostra a figura 10.

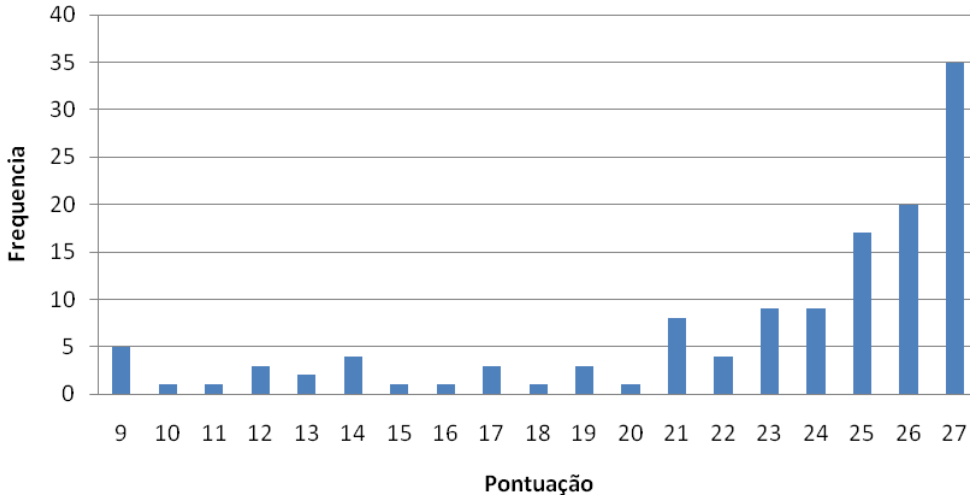


Figura 10 - Pontuação dos idosos na Escala de Lawton. Embu, 2010

Foram classificados como independentes para as AIVD 35 (27,3%) idosos cuja pontuação foi igual a 27. A maior parte da amostra (71 idosos ou 55,5%) foi classificada como parcialmente dependente, com pontuação maior que 18 e menor ou igual a 26. Vinte e dois (17,2%) apresentaram dependência total para as AIVD, com pontuação menor ou igual a 18.

Cada uma das nove funções avaliadas apresentou diferentes perfis de dependência. A maioria declarou-se independente para usar o telefone (99 idosos ou 77,3%), ir a locais distantes usando algum tipo de transporte, sem necessidade de planejamentos especiais (80 idosos ou 62,5%), fazer compras

(85 idosos ou 66,4%), preparar as próprias refeições (103 ou 80,5%), arrumar a casa sem ajuda (93 idosos ou 72,7%), realizar trabalhos manuais domésticos (103 idosos ou 80,5%) e utilizar medicamentos na dose e nos horários corretos (87 idosos ou 68%).

A função em que 34 (26,6%) idosos afirmaram ser mais dependentes foi lavar e passar roupas, pois 16 (12,5%) informaram necessitar de ajuda, caracterizando dependência parcial. Entretanto, 78 (60,9%) declararam independência nessa função.

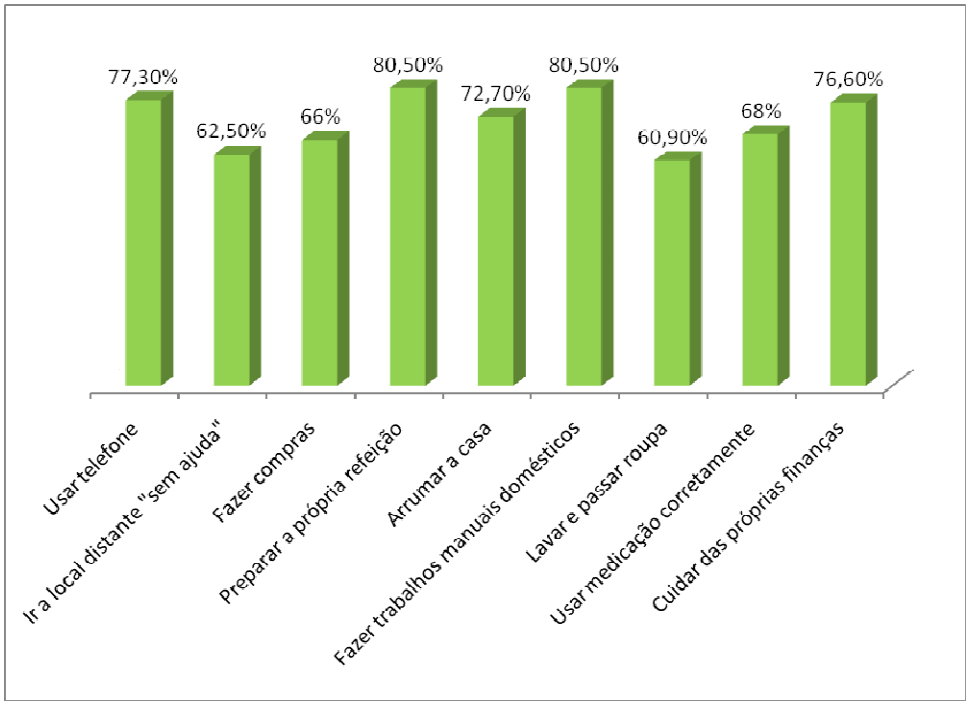


Figura 11 - Distribuição de independência nos itens da Escala de Lawton. Embu, 2010.

4.4 Fragilidade

A Escala de Fragilidade de Edmonton ou Edmonton Frail Scale(EFS) foi usada para classificar os idosos de acordo com seu perfil de fragilidade. O coeficiente Alfa de Cronbach foi aceitável (0,666).

Na avaliação da cognição, por meio do Teste do Relógio, 70 idosos (68% dos 103 que responderam a esse item) apresentaram pontuação sugestiva de déficit cognitivo (2 pontos). Cabe ressaltar que 25 (19,5%) recusaram-se a fazer o teste, manifestando desinteresse ou receio de não conseguir realizá-lo de maneira adequada, e foram excluídos da classificação final entre frágeis e não-frágeis, pois o questionário tornou-se incompleto.

O Teste do Relógio é o primeiro item da EFS e, mesmo quando não foi realizado, ocasionando a eliminação do sujeito da classificação final, deu-se prosseguimento à entrevista, para verificar o desempenho do idoso nos demais domínios. Portanto, a descrição a seguir refere-se às respostas dadas pelos 128 entrevistados, porém, na classificação final da fragilidade, foram utilizados apenas os 103 questionários respondidos na íntegra.

A avaliação do estado geral de saúde foi realizada por meio das perguntas: "*Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)*?" e "*De modo geral, como você descreveria sua saúde*"?

Verificou-se que 20 (15,6%) haviam sido hospitalizados no último ano, 65 (50,8%) avaliaram a própria saúde como excelente, muito boa, ou boa, e 49 (38,3%) consideraram-na razoável e 14 (10,9%), ruim.

No domínio da independência funcional, avaliado pelo número de atividades em que o idoso precisa de ajuda, 83 (64,8%) disseram que não necessitavam de ajuda (preparar refeição, transporte, cuidar da casa, fazer compras, usar telefone, lavar roupa, cuidar do dinheiro e tomar remédios) ou requeriam ajuda em apenas uma. Os demais afirmaram necessitar de ajuda em duas a quatro funções (23 idosos ou 18%) e de cinco a oito (22 ou 17,2%).

O suporte social, avaliado pela pergunta "*Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades*?" revelou que 99 (77,3%) contavam com suporte social expresso por "tinha com quem contar sempre".

Com relação ao uso de medicamentos, constatou-se que 101 (78,9%) não usam cinco ou mais medicações diferentes e prescritas por médico e que 84 (65,6%) não se esqueciam de tomá-las. Quanto à nutrição, avaliada pela perda de peso autorreferida, 95 (74,2%) idosos não relataram perda de peso. Quanto ao humor, 77 (60,2%) referiram que não se sentiam tristes ou deprimidos com frequência.

No domínio da continência, já avaliada anteriormente pela Escala de Katz, 33 (25,8%) referiram incontinência. O desempenho funcional, avaliado pelo teste "Levante e Ande" cronometrado, revelou que a maioria 80 (62,5%) foi capaz de realizar o teste no tempo mínimo, de zero a dez segundos. Dentre os 103 que responderam a todos os itens da EFS, 50 (48,5%) não apresentavam fragilidade, 22 (21,4%) eram aparentemente vulneráveis, 14 (13,6%) apresentavam fragilidade leve, sete (6,8%), fragilidade moderada e 10 (9,7%), fragilidade severa.

4.5 Acesso e funcionalidade

O acesso mostrou-se associado à capacidade funcional, tanto para as ABVD quanto para as AIVD, como mostra a tabela 3.

A maior parte dos idosos independentes para as ABVD, de acordo com o Índice de Katz, negou dificuldades de acesso aos serviços de saúde, enquanto que, entre os dependentes, a maioria referiu dificuldades. Os independentes ou parcialmente dependentes para as AIVD, avaliadas pela Escala de Lawton, tampouco referiram dificuldades. Entre os dependentes, entretanto, a maioria declarou enfrentar dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

Tabela 3 - Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e desempenho nas escalas de Katz e Lawton. Embu, 2010

Variável	**Dificuldade de Acesso**			
	Não	**Sim**	**Total**	***P***
Katz				
Independentes – n (%)*	56 (64,4)	31(35,6)	87(100,0)	
Dependentes - n (%)*	10 (24,4)	31(75,6)	41(100,0)	< 0,001
Lawton				
Independentes - n (%)*	21(60,0)	14 (40,0)	35 (100,0)	
Parcialmente dependentes - n (%)*	41(57,7)	30 (42,3)	71(100,0)	
Dependentes – n (%)*	04(18,2)	18(81,8)	22(100,0)	0,003

***Porcentagem calculada tendo como n total cada categoria: independentes, dependentes, parcialmente dependentes.

4. 6 Acesso e fragilidade

A avaliação de fragilidade realizada por meio da EFS revelou que a maioria dos idosos frágeis referiu dificuldades de acesso, enquanto entre aqueles classificados como não frágeis, a maioria negou dificuldade de acesso. Entre os que apresentaram escore indicativo de “aparentemente vulnerável”, a proporção dos que referiram dificuldade de acesso e os que negaram dificuldade foi a mesma. Não houve associação entre fragilidade e acesso, embora o valor de p esteja próximo da significância, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Dificuldade de acesso e desempenho na EFS. Embu, 2010

Variável	**Dificuldade de Acesso**			
	Sim	**Não**	**Total**	***P***
Fragilidade				
Não-frágil - n (%)*	20 (40,0)	30 (60,0)	50 (100,0)	
Aparentemente vulnerável n (%)*	11 (50,0)	11 (50,0)	22 (100,0)	
Frágil - n (%)*	21(67,7)	10(32,3)	31(100,0)	0,052

*Porcentagem calculada tendo como N total cada categoria: não frágil, aparentemente vulnerável e frágil.

5. DISCUSSÃO

5.1Dados sociodemográficos

As características sociodemográficas dos idosos entrevistados assemelham-se em às tendências observadas nos estudos brasileiros[45-46]. Os entrevistados eram mulheres, em sua maioria, de religião católica e com baixa escolaridade, principalmente as mulheres. Entretanto, a maior parte declarou-se parda, diferentemente do que consta nos dados do IBGE (2010)[47], que identifica o predomínio de brancos na região Sudeste, assim como no Brasil.

A renda domiciliar *per capita* foi 0,91 SM, corroborando os dados do IBGE, que indicam que 43,2% dos idosos brasileiros possuem renda familiar *per capita* de até 1 salário mínimo. Cabe lembrar que esta informação pode estar subestimada, pois nem sempre os entrevistados sabiam informar com precisão a renda familiar. O número expressivo de idosos aposentados que afirmaram contribuir para a renda familiar ou serem os únicos responsáveis pelos proventos da família, corrobora resultados de estudos anteriores [22,48,49].

O número médio de três moradores por domicílio foi semelhante à média nacional[47]. Todos os entrevistados afirmaram ter seus domicílios abastecidos por água da rede pública, acima da média nacional, em que 93,5% dos domicílios têm acesso a serviço de abastecimento de água por rede geral.

Os serviços de saneamento são a representação básica de uma vida digna. No Brasil, 68,3%[47] dos domicílios têm acesso a serviços de esgotamento sanitário por rede coletora, mas esse percentual esconde diferenças entre as regiões.

Na região Sudeste, 90,7%[47] dos municípios conta com esse serviço básico. No presente estudo, em 110 (85,9%) moradias havia esgotamento sanitário e, em 18 (14,1%), os dejetos eram descartados a céu aberto.

A maioria dos moradores (124 ou 96,9%) também afirmou ter o lixo coletado. A média nacional é de 98,5%[47], o que indica a quase universalização desse serviço no país.

5.2 Funcionalidade

Neste estudo, Índice de Katz apresentou boa confiabilidade, expressa pelo valor do coeficiente de Alfa de Cronbach.

Em uma revisão sistemática sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso, Paixão Jr e Reichnheim[50] verificaram que estudos de validade do Índice de Katz possuem resultados de confiabilidade pouco consistentes. Ainda assim, avaliaram-na positivamente, devido à existência de estudos considerados robustos que mencionam a validade conceitual, preditiva e concorrente desse instrumento.

A prevalência de incapacidade para as ABVD, medida pelo Índice de Katz, foi de 32% e a maior parte dos idosos apresentou dependência para apenas uma delas. As funções de urinar e/ou evacuar foram as que apresentaram maior dependência.

A maior parte dos idosos entrevistados era independente para as ABVD, corroborando dados da literatura. Coelho e Ramos[51], em estudo sobre o perfil multidimensional de idosos no Nordeste observaram predomínio de independência para as atividades de vida diária na amostra estudada.

Reyes-Ortiz et. al[52], comparando o desempenho nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, concluíram que a maioria dos idosos de São Paulo apresentava independência para as ABVD. Em relação às AIVD, entretanto, o Brasil (representado por São Paulo) apresentou a maior prevalência de incapacidade, em comparação aos outros países. O estudo foi realizado em sete países da América Latina e ilhas do Caribe e encontrou 33,8% de idosos com dificuldades nas AIVD em São Paulo e 30,3% entre os idosos de Santiago, enquanto em Montevidéo e Bridgetown foram encontradas as menores prevalências, 12% e 18,1%, respectivamente. Montevidéo e Bridgetown também se destacaram por apresentar menor número de idosos com relato de dificuldade para realização das ABVD, enquanto Santiago e Buenos Aires obtiveram as maiores prevalências, de 34,7% e 32,1%, respectivamente.

Neste estudo, na avaliação das atividades instrumentais pela Escala de Lawton, a ocorrência de incapacidade foi mais freqüente nas atividades *lavar e passar roupa*.

Estudo canadense[53], realizado em 2001, analisou a associação entre declínio funcional e declínio cognitivo e concluiu que há relação importante e forte entre o nível cognitivo e a capacidade funcional. Os autores observaram comprometimento das AIVD em indivíduos com pequenas perdas cognitivas. Já as ABVD só foram afetadas em sujeitos com comprometimento cognitivo grave. Marra et al[54] desenvolveram um estudo que avaliou as atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência e seus achados corroboraram a conclusão do estudo canadense. Quanto maior a gravidade da demência, pior o desempenho dos idosos nas ABVD e nas AIVD.

Tavares et. al[55] argumentam que as ABVD estão relacionadas à dependência e à capacidade de autocuidado, enquanto as AIVD relacionam-se à autonomia, à forma como o idoso realiza as atividades cotidianas, dentro e fora do lar, e vive de forma independente na comunidade.

Há, portanto, uma hierarquia das perdas funcionais, em que as AIVD são as primeiras a serem afetadas. Sem acompanhamento adequado e atendimento das necessidades de saúde dos idosos, as perdas funcionais podem comprometer a autonomia dos idosos, assim como sua qualidade de vida, podendo resultar aumento dos gastos financeiros das famílias e do sistema de saúde e, eventualmente, na institucionalização [56]. Estudo realizado em Israel[57], com idosos de 75 anos a 94 anos de idade, concluiu que a incapacidade funcional pode ser um preditor de mortalidade em idosos.

Assim, políticas que retardem a incapacidade devem ser objeto de atenção em saúde pública. A Estratégia Saúde da Família busca apoiar as famílias de idosos com incapacidade funcional, uma vez que a tarefa de cuidar desses idosos recai quase exclusivamente nas famílias.

No Projeto Bambuí, Giacomin, Uchôa e Lima-Costa[58] desenvolveram um estudo sobre o cuidado domiciliário realizado por esposas de idosos com perdas funcionais e dependência, tendo verificado que essas cuidadoras também necessitavam de cuidados em razão das dificuldades decorrentes da sobrecarga. Os resultados evidenciaram ainda que se a família conta com pouco apoio social externo, a situação familiar pode se agravar nos casos de idosos com incapacidade.

5.3 Acesso

Nas respostas sobre utilização dos serviços de saúde, a maioria dos idosos entrevistados afirmou utilizar exclusivamente os serviços públicos, o que evidenciou que, na amostra estudada, havia um contingente importante de dependentes exclusivos de serviços próprios do SUS. Ainda assim, alguns revelaram desconhecimento sobre o direito a cuidados integrais providos pelo Sistema Único de Saúde.

Uma porcentagem menos significativa possuía planos de saúde particulares, e dentre esses, alguns referiram utilizar o sistema privado e o público. Alguns referiram consultar-se em consultórios particulares e também na ESF, onde afirmaram receber prescrição de medicamentos distribuídos na rede pública. Segundo Santos[59], a condição socioeconômica pode ser determinante para a escolha um serviço público, dada a importância de obter gratuitamente os medicamentos prescritos.

Ainda com relação à obtenção de medicação, foi possível observar que, entre os idosos cujo último atendimento ocorreu na ESF e que tiveram prescrição medicamentosa, apenas 9,2% pagou pela medicação. Somados àqueles cujo último atendimento foi realizado em outros locais, a porcentagem dos que tiveram que pagar pela medicação sobe para 42,8%.

Questionados sobre condições que dificultaram o acesso, a maioria das respostas fez referência à acessibilidade, seja por questões geográficas ou de organização. De fato, estudos sobre acesso[60,61] evidenciam a existência de dificuldades relacionadas à distância entre a residência e a unidade de saúde.

Embora a proximidade geográfica não signifique garantia de atendimento[62] e nem seja o principal determinante na escolha do atendimento, o tempo de deslocamento pode afetar o acesso do usuário aos serviços de saúde. Observou-se neste estudo que o tempo de deslocamento ao serviço de saúde foi inferior para os idosos que tiveram seu último atendimento na ESF e aproximadamente quatro vezes superior para os idosos atendidos em outros serviços de saúde.

O tempo de espera por atendimento também se mostrou menor na ESF, aproximadamente a metade de outros serviços de saúde. A demora nos atendimentos foi um dos problemas enumerados entre as dificuldades de acesso. Outros estudos relacionados ao acesso e à utilização dos serviços de saúde[61,63,65] corroboram esse achado, enfocando principalmente o tempo de espera para o agendamento de consultas.

Assim como a espera por atendimento e para agendamento de consultas, outros problemas foram mencionados como obstáculos ao acesso, entre eles a má qualidade do serviço prestado. O tempo de deslocamento e espera foi inferior na Unidade da ESF, se comparado a outros serviços, e foi possível obter gratuitamente a medicação prescrita. Entretanto, a qualidade do atendimento foi julgada insuficiente por alguns dos idosos, chegando a comprometer o acesso. Isso que comprova que o acesso aos serviços de saúde extrapola questões geográficas e socioeconômicas de gastos diretos ou indiretos[26]. Conhecer a avaliação dos usuários sobre o atendimento prestado pode contribuir para elevar a qualidade dos serviços [65,66].

A maioria dos idosos da amostra avaliou positivamente os serviços de saúde. Embora tenham sido relatados problemas que dificultaram o acesso, 91,4% dos idosos avaliou o atendimento como muito bom e bom.

As barreiras arquitetônicas foram citadas por alguns como um obstáculo. A presença dessas barreiras pode ser observada na própria unidade da ESF, um sobrado adaptado para funcionar como uma Unidade de Saúde. Há escadas para acesso ao piso superior, dificultando o acesso, principalmente aos consultórios dentário e ginecológico.

O local de moradia de alguns idosos também foi identificado como uma barreira, em razão do asfaltamento irregular ou inexistente em algumas vias de acesso, principalmente em grandes subidas e em terrenos escorregadios. Lances de escadas sem corrimão também foram mencionados. Essas barreiras, somadas à falta de companhia para sair de casa, relatada por alguns idosos, apareceram como limitantes do acesso.

Para outros, a ausência de transporte suficiente constitui um agravante. Sabe-se que, embora a Unidade de Saúde esteja próxima dos idosos e exista transporte público, o itinerário do ônibus não permite desembarque próximo à UBS e, embora pareça curta, essa distância pode ser importante para um indivíduo idoso com dificuldades de locomoção, tornando o serviço pouco acessível. Nesses casos, as visitas domiciliares aumentam as oportunidades de contato desses idosos com os serviços de saúde.

Também foi mencionada a distância em relação aos serviços de referência para as especialidades, muitas vezes disponíveis apenas em

municípios vizinhos. Outras dificuldades dizem respeito à demora para agendar consultas, realizar exames e obter resultados, além da falta de médico na Unidade, que afeta a oferta de consultas.

Mesmo com o quadro profissional completo, os serviços disponíveis na Unidade nem sempre são compatíveis com a demanda. O mesmo ocorrer com relação aos laboratórios ou centros especializados para realização de exames, cujos recursos mostram-se insuficientes, gerando espera nos atendimentos.

Em estudo sobre acesso e acolhimento[61], Ramos e Lima também verificaram que a demora para agendar consultas e a falta de profissionais médicos apareceram como dificuldades de acesso. Outros estudos também relatam a escassa oferta de consultas médicas na atenção básica [63,67.] Ramos e Lima advogam a necessidade de incentivos para atrair profissionais médicos para a Atenção Básica, onde atuariam em contado direto com as coletividades, o que poderia contribuir para a reversão do modelo curativo especializado.

Na época da realização do estudo, uma das equipes da unidade de saúde não dispunha médico. A coordenação da ESF em Embu afirma que há grande dificuldade para a contratação de médicos generalistas para atuar em unidades da ESF. Atualmente, a equipe conta com um clínico geral e um ginecologista que atendem uma vez por semana e até o momento não foi possível a contratação de um médico generalista.

A ausência do generalista em unidades da ESF dificulta a formação de vínculo, a realização de visitas domiciliárias por médicos e o atendimento médico subseqüente aos grupos educativos.

Com isso, aumenta o número de pacientes sem o acompanhamento de rotina e diminuiu sua motivação para participar das atividades de prevenção em saúde. A ausência desse profissional na Unidade desmotiva a população com relação ao atendimento prestado pela ESF e reforça a idéia de que o atendimento por especialistas é melhor.

Starfield[25] afirma que do médico da atenção primária são esperadas opiniões que facilitem a seleção da melhor fonte de atenção, diminuindo os encaminhamentos, algumas vezes desnecessários. O médico generalista lida com uma variedade maior de doenças que os especialistas e, ao trabalhar com a população da área de abrangência, percebe elementos do contexto das famílias que podem influenciar as manifestações do processo saúde-doença.

Com relação à dificuldade de atendimento do serviço de ambulâncias do Município, relatada por um idoso, isso de fato ocorre para ligações efetuadas por celular para o número 192. Porém, quando é utilizado um telefone fixo, inclusive público, o atendimento é realizado pelo plantão de ambulâncias de Embu.

Neste estudo, a hipertensão arterial foi a morbidade mais referida. Sabe-se que as doenças crônicas e suas complicações exercem impacto significativo nos custos do sistema de saúde[68]. Seu monitoramento contínuo requer que o modelo de atenção à saúde seja baseado na gestão do cuidado, com atenção qualificada para responder às necessidades de saúde geradas.

Estudos demonstram que os idosos utilizam mais os serviços de saúde, especialmente quando apresentam doenças crônicas [22,70]. O Ministério da Saúde do Brasil preconiza uma média de duas a três consultas por habitante

ao ano. A prevalência de consultas médicas entre a população com mais de 15 anos foi de 66% em Santa Catarina e de 70% em Pelotas [70,73].

Na utilização do recordatório de doze meses para identificar o número de atendimentos, a maioria dos idosos teve dificuldade para se lembrar do número exato. Há autores[22,71,72] que consideram que pode haver uma subestimativa dos resultados quando se questiona o número de consultas em período superior a quatro meses.

Buscando não reduzir a atenção primária à oferta de consultas médicas, o questionário fez referência ao número de atendimentos, ao local e aos profissionais envolvidos. Ainda assim, alguns idosos interpretaram atendimento como consulta médica e, mesmo tendo sido esclarecidos, mencionaram predominantemente essas consultas. O número médio de atendimentos foi de 7,9, superior ao número de consultas médicas preconizadas pelo MS, e 91,4% dos idosos entrevistados referiram algum tipo de atendimento à saúde no último ano.

Em São Paulo[22], a prevalência de consultas médicas entre idosos foi de 83,3%[23], reafirmando dados da literatura internacional [75,79,80] de que esse número aumenta com a idade. No presente estudo, internações hospitalares nos últimos doze meses foram referidas por 15,6% dos idosos, à semelhança dos dados encontrados pela PNAD[76].

Entre os idosos que não buscaram atendimento à saúde, a causa principal foi “não necessitar”. A existência dessas falas no estudo aponta para a necessidade de incentivo a ações de promoção e prevenção em saúde, para

que os serviços de saúde não sejam procurados apenas por motivo de doença e a assistência não se restrinja às práticas curativas.

Cecílio et. al[77] recomendam que, mesmo nos atendimentos clínicos individuais, os serviços realizem a vigilância em saúde, visando à atenção integral aos indivíduos e suas famílias e não somente intervenção baseada na queixa-conduta.

5.4 Fragilidade

A EFS mostrou-se rápida e fácil para aplicação na Atenção Básica, especificamente na avaliação domiciliária, requerendo apenas uma fita métrica, o instrumento impresso e a caneta. O Alfa de Cronbach foi semelhante ao do encontrado no estudo canadense de validação da EFS[19] e na sua adaptação cultural para o Brasil[20].

A maioria dos idosos apresentou pontuação indicativa de déficit cognitivo. Estudo[78] brasileiro de tradução, adaptação e validação do Teste do Relógio também constatou que se trata de um teste bastante simples, que pode ser usado como uma forma de rastreio cognitivo breve, uma vez que apresenta correlação com escalas de avaliação cognitiva (MEEM e subtestes da escala WAIS-III). Os idosos do referido estudo negaram dificuldades de compreensão e execução do teste, possivelmente pela boa escolaridade.

Na presente investigação, o desempenho indicativo de déficit cognitivo para a maioria dos idosos da amostra pode estar associado à baixa escolaridade, uma vez que, para compreensão da leitura das horas, é necessário conhecimento dos números. A baixa escolaridade encontrada na

população idosa brasileira pode influenciar o desempenho no Teste do Relógio e as dificuldades apresentadas podem não ser indicativas de déficit cognitivo[79].

A auto-avaliação de saúde foi predominantemente positiva entre os entrevistados. Cabe observar que na EFS, as alternativas de respostas a essa questão são predominantemente positivas e os que avaliam sua saúde como “boa”, “excelente” ou “muito boa” recebem pontuação idêntica. A avaliação regular do estado de saúde foi a segunda mais citada entre os idosos.

A auto-avaliação de saúde é um bom preditor de desfechos indesejados (como a dependência funcional) de mortalidade em idosos, pois reflete a percepção do indivíduo e considera as dimensões biológica, psicossocial e social[80,81]. Assim, os demais domínios da EFS podem ter repercussão sobre a auto-avaliação de saúde.

No item relativo ao suporte social, a maioria referiu “sempre ter com quem contar”. Quando questionados sobre o humor, os idosos também externaram respostas positivas, negando tristeza ou depressão frequentes.

Com relação ao uso de medicação, novamente os resultados obtidos foram positivos, pois a maioria afirmou não se esquecer do horário de administração das medicações, algo bastante importante em uma amostra composta majoritariamente por idosos portadores de doença crônica.

O item de avaliação funcional da EFS mostrou-se eficaz para o rastreio de dependência nas AIVD, apresentando exatamente a mesma prevalência de dependência funcional encontrada pela Escala de Lawton. Entretanto, na Escala de Lawton, a prevalência de independência foi de 27,3%, enquanto no item da EFS, a porcentagem de independentes funcionais aumentou para

64,8%, o que sugere que a escala é eficaz para rastreio de dependência funcional, porém pode superestimar as situações de independência funcional.

Com relação ao estado de geral saúde, o número de internações foi o mesmo que o citado no instrumento de acesso, assim como a avaliação de continência apresentou o mesmo resultado deste item na avaliação de funcionalidade de Katz. A mobilidade, requisito físico fundamental manutenção da independência funcional[82], mostrou-se boa para a maioria dos idosos, indicando menor risco de queda.

Trinta e um (30,1%) idosos foram considerados frágeis, porcentagem encontrada semelhante à encontrado na investigação realizada em Ribeirão Preto, São Paulo[20], que utilizou a EFS. Estima-se que de 10 a 25% de pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos sejam frágeis[83], o que revela que o aumento da fragilidade está relacionado ao avanço da idade.

O envelhecimento populacional é acompanhado do crescimento rápido da prevalência de fragilidade. No estudo SABE, que foi realizado no município de São Paulo e utilizou o fenótipo de fragilidade de Fried[16], a prevalência de fragilidade, que era de 14,1% em 2006, elevou-se para 45,0% apenas dois anos depois[84].

5.5 Acesso, capacidade funcional e fragilidade

A Política Nacional de Atenção à Saúde do Idosa[8] tem como finalidade primordial recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos por meio de ações individuais e coletivas. Considera a Estratégia Saúde da Família como fundamental na Atenção Básica para o suporte qualificado e

constante às famílias que prestam cuidado aos idosos, inclusive aos idosos frágeis. As diretrizes da Política não estão focadas exclusivamente nos idosos frágeis, mas sugerem que a atenção específica e acompanhamentos freqüentes sejam oferecidos aos idosos com potencial para desenvolver fragilidade, ou seja, aqueles que, mesmo independentes, apresentam alguma dificuldade nas AIVD.

Tendo em vista o potencial dos idosos com alguma incapacidade a desenvolver fragilidade[8], o presente estudo se propôs a relacionar o acesso com essas características.

A fragilidade é uma síndrome que envolve aspectos biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais e pode impactar negativamente a vida social, familiar e pessoal dos idosos. Entretanto, pode ser identificada de maneira precoce e, embora seja uma condição progressiva, é possível preveni-la e atenuar seus sintomas[85]. No presente estudo, não houve associação significativa entre fragilidade e acesso aos serviços.

Observou-se, entretanto, associação significativa entre acesso e condição funcional, o que indica a necessidade de planejamento de cuidados para os idosos com perdas funcionais, tendo em vista preservação de sua qualidade de vida e do acesso aos serviços de saúde.

6. CONCLUSÕES

Verificou-se, em síntese, que os idosos atendidos são em sua maioria: do sexo feminino, pardos,com baixa escolaridade, com arranjo familiar trigeracional, proprietários de residências abastecidas por água da rede pública, com esgotamento sanitário e lixo coletado, com renda familiar *per capita* mensal de até um salário mínimo e portadores de hipertensão arterial.

Os instrumentos utilizados mostraram-se de aplicação simples e rápida, podendo ser utilizados pelos trabalhadores da saúde nas visitas domiciliárias para identificar a condição funcional de idosos, a existência de fragilidade e os motivos que dificultam seu acesso aos serviços de saúde.

A avaliação da capacidade funcional através do Índice de Katz e da Escala de Lawton mostrou-se viável e necessária. Na amostra estudada, foi possível constatar o predomínio de idosos independentes para as ABVD e parcialmente dependentes para as AIVD.

A *Edmonton Frail Scale*, instrumento multidimensional de medida para avaliação da fragilidade, traduzida e validada no Brasil, já teve sua aplicabilidade confirmada na prática clínica. Neste estudo, permitiu verificar predomínio de idosos não-frágeis na amostra estudada. Revelou-se uma alternativa viável para a avaliação da fragilidade na Atenção Básica, pois sua aplicação possibilita identificar determinantes e condicionantes para o desenvolvimento da fragilidade em idosos, o que viabiliza ações preventivas.

Com relação ao acesso, a proporção dos entrevistados que utilizou algum serviço de saúde nos últimos doze meses foi de 91,4%, e desses, 15,6%

referiram ter sido hospitalizados. A necessidade mostrou ser o principal fator para busca dos serviços de saúde. Entre os que não buscaram atendimento nos últimos 12 meses, a principal causa referida foi que “não houve necessidade”, revelando pouca adesão desses idosos às atividades preventivas e de promoção à saúde. Sobre os locais de atendimentos, 84,4% afirmaram utilizar exclusivamente os serviços do SUS.

Dificuldades de acesso aos serviços de saúde foram relatadas por 48,4%, sendo as principais causas as barreiras arquitetônicas, a falta de transporte e a distância longa a ser percorrida. Para ter acesso aos serviços de saúde, os idosos muitas vezes precisam superar dificuldades que possivelmente não são vivenciadas pelas demais faixas etárias. Alguns fizeram referência à má qualidade dos serviços.

Ao investigar o tempo de deslocamento até os serviços e tempo de espera para os agendamentos, constatou-se que o idoso atendido na ESF chega mais rápido ao local de atendimento e é atendido mais rapidamente, porém a ESF não é o único local de atendimento dos idosos, tendo em vista que muitos necessitam de serviços especializados de média complexidade.

Este estudo permitiu ainda visualizar diferenças no acesso dos idosos de acordo com sua condição funcional, constatando que aqueles que apresentam alguma incapacidade funcional têm acesso desigual à saúde. Não houve associação significativa entre fragilidade e acesso.

Um dos princípios do SUS é a equidade, segundo a qual todos devem ter igualdade de oportunidades para usar o sistema de saúde de acordo com suas necessidades. Não são os idosos que devem se adequar aos serviços e

sim os serviços que devem envidar esforços para identificar as dificuldades presentes no contexto de vida dos idosos, para melhor atender suas necessidades de saúde.

A Atenção Básica deve estar organizada para diagnosticar precocemente e monitorar o declínio funcional dos idosos, pois, embora essa característica tenha aparecido em menor proporção na população estudada, as incapacidades associaram-se a dificuldades de acesso. Mesmo idosos independentes apresentaram alguma dificuldade no desempenho de algumas atividades da vida diária. Os profissionais de saúde devem propor e apoiar os idosos e suas famílias a implementar alternativas para atenuar o declínio funcional que acompanha a senescência, de modo a preservar a autonomia e a qualidade de vida dos idosos assistidos.

Embora neste estudo não tenha sido verificada associação significativa entre fragilidade e acesso, a avaliação da fragilidade dos idosos pode antecipar a instituição de medidas preventivas para prevenir desfechos indesejáveis, como a incapacidade, o adoecimento ou o agravamento das condições de saúde de idosos, que podem levar a hospitalização, institucionalização e até a morte.

Para aqueles que já apresentam perdas funcionais e dependência, compete aos serviços de saúde propor e instituir medidas que preservem, na medida do possível, sua independência na realização das ABVD ou que facilitem o cuidado realizado no domicílio pelo cuidador familiar. Este, por sua vez, deve ser acolhido pela equipe de saúde, que deve compartilhar as

responsabilidades pelo cuidado ao idoso, para que não recaiam unicamente sobre as famílias.

Considera-se que o estudo alcançou os objetivos propostos e que seus resultados poderão subsidiar as ações das equipes de saúde da ESF da Secretaria de Saúde do município de Embu, a quem serão apresentados, com a finalidade de estimular reflexões acerca do modelo assistencial adotado para atender as necessidades desses idosos.

7.REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa Maria Fernanda, Veras Renato. Saúde pública e envelhecimento. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2010 Nov 16] ; 19(3): 700-701. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300001&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300001.

2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2009 jun [citado 2010 fev 25];43(3):548-54. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/224.pdf

3. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]. 2005 mar [citado 2010 fev 25];10(1):35-46. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf

4. Veras R. A frugalidade necessária: modelos mais contemporâneos. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2004 out [citado 2010 fev 25];20(5):1152-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000500005&script=sci_arttext.

5. Travassos C, Viacava F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2007 out [citado 2010 fev 25];23(10):2490-502. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/23.pdf

6. Lima-Costa Maria Fernanda, Barreto Sandhi Maria, Giatti Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2010 Nov 16] ; 19(3): 735-743. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300006.

7. Lima-Costa Maria Fernanda, Barreto Sandhi Maria, Giatti Luana. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2010 Nov 16] ; 19(3): 735-743. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2003000300006.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [legislação na internet]. Brasília; 2006a [citado 2010 mar 27]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf

9. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001

10. Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2005 jun [citado 2010 fev 25];39(3):383-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24791.pdf

11. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YAO, Diogo MJD. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico: São Paulo. Atheneu; 2000. p. 69-82.

12. Baltes MM, Silvenberg S. A dinâmica dependência-autonomia no curso da vida. In: Neri AL. Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso de vida. Campinas: Papirus; 1995. p. 45-53. (Coleção Viva Idade).

13. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 2003 jun [citado 2010 fev 25];19(3):793-7. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300011&lng=pt . doi: 10.1590/S0102-311X2003000300011.

14. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. J Am Geriatr Soc. 2005; 53(6):1069-70.

15. Fried L, Ferrucci L, Darer J, Williamson J, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2004;59(3):255-63.

16. Fried L, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J et al. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.

17. Fried LP, Walston W. Approach to the frail eldery patient. In: Kelley's textbook of internal medicine. 4th ed. Philadelphia: Lippicontt Willians & Wilkins; 2000.

18. Markle-Reid M, Browne G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. J Adv Nurs. 2003;44(1):58-68.

19. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing. 2006;35(5):526-9.

20. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale - EFS" in a Brazilian elderly sample. Rev Lat-Am Enferm [periódico na Internet]. 2009 dez [citado 2010 abr 17];17(6):1043-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600018&lng=pt.

21. Frenk J, White K. The concept and measurement of acessibility health services research: an anthology. Washington: Pan American Health Organization; 1992 p. 842-55.

22. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 ago [citado 2010 fev 26];42(4):733-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf

23. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.

24. Andersen RM, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1973;51(1):95-124.

25. Starfield B. Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

26. Unglert CVS. Territorialização em sistemas de saúde. In: Mendes EV, organizador. Distrito sanitário. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. p. 221-35.

27. Lima DMG, Ventura LO, Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2005 jun [citado 2010 fev 26];68(3):357-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427492005000300015&lng=pt.

28. Rocha Renata de Andrade Cardoso Pinto, Goes Paulo Sávio Angeiras de. Comparação do acesso aos serviços de saúde bucal em áreas cobertas e não cobertas pela Estratégia Saúde da Família em Campina Grande, Paraíba, Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2010 Nov 16] ; 24(12): 2871-2880. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001200016&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008001200016.

29. Estatuto do Idoso [texto na Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. [citado 2009 set 25]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf

30.Sisson MC. Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a promoção de maior equidade na política de saúde. Saude Soc [periódico na Internet]. 2007 jun [citado 2010 fev 26];16(3):85-91. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n3/08.pdf

31.Matumoto S, Fortuna CM, Mishima SM, Pereira MJB, Domingos NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. Interface-Comun Saúde Educ. 2005;9(16):9-24.

32. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC, Silvia CCF. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm [periódico na Internet]. 2009 fev [citado 2009 ago 17];62(1):113-118. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=pt.

33. Portal da Saúde Atenção Básica. Saúde da família [homepage na Internet]. Brasília; c2009. [atualizado 2009 mar 23; citado 2010 jan 15]. Disponível em: http://200.214.130.35/dab/

34. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Projeto de monitoramento e avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf): relatório final. Pelotas: UFPel; 2006.

35. Gaspar JC, Oliveira MAC, Duayer MFF. Perfil dos pacientes com perdas funcionais e dependência, atendidos pelo PSF no município de São Paulo. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2007 dec [citado 2009 mar 25];41(4): 619-628. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/11.pdf

36. Casa do Artesão [homepage na Internet]. São Paulo; c2009. [atualizado 2009 abr. 17; citado 2009 nov. 25]. Disponível em: http://casadoartesaoembudasartes.blogspot.com/2009/04/historia-de-mboy-hoje-embu-das-artes.html

37. Prefeitura Municipal de Embu das Artes [homepage na Internet]. Embu das Artes; c2009. [atualizado 2009 fev. 18; citado 2009 nov. 25]. Disponível em: http://www.embu.sp.gov.br/

38. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) [homepage na Internet]. São Paulo; c2007. [atualizado 2008 fev. 18; citado 2009 nov 23].Disponível em: http://www.seade.gov.br/

39: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS)[homepage na Internet]*. São Paulo. [atualizado atualizado 2008 fev. 18; citado 2010 nov 16].Disponível em: http://www.seade.gov.br/produtos/ipvs/

40. Embu. Secretaria Municipal de Saúde.Relatório de Gestão 2008. Embu; 2009.

41. Estudo SABE: saúde, bem estar e envelhecimento. Condições de vida e saúde dos idosos do município de São Paulo [texto na Internet]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000. [citado 2010 fev. 18]. Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Extras/Questionario_2006.pdf)

42. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2007 jun [citado 2010 set 30];41(2):317-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en.

43. Katz S, Stroud III MW. Functional assessment in geriatrics. A review of progress and directions. J Am Geriatr Soc. 1989;37(3):267-71.

44. Torres GV, Reis L, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of bahis/Northeast Brazil. Arq. Neuro-Psiquiatr. [periódico na Internet]. 2010 fev [citado 2010 set 02];68(1): 39-43. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/anp/v68n1/a09v68n1.pdf

45. 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.

46. 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.

47. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010 [homepage na Internet]. Brasília (DF); c2010. [citado 2010 nov. 1]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/default.shtm

48.Cyrillo DC, Campino ACC. 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: OPAS; 2003.

49. Camarano AA. Brazilian population aging: differences in well-being by rural and urban areas. Rio de Janeiro: IPEA; 2002. (Texto para discussão, 878).

50. Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Cad Saúde Pública. 2005;21(1):7-19.

51. Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública. 1999;33(5):445-53.

52. Reyes-Ortiz CA, Ostir GV, Pelaez M, Ottenbacher KJ. Cross-national comparison of disability in Latin American and Caribbean persons aged 75 and older. Arch Gerontol Geriatr. 2006;42(1):21-33.

53. Njegovan V, Hing MM, Mitchell SL, Molnar FJ. The hierarchy of functional loss associated with cognitive decline in older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(10):M638-43.

54. Marra TA, Pereira LSM, Faria CDCM, Pereira DS, Martins MAA, Tirado MGA. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. Rev Bras Fisioter [periódico na Internet]. 2007 ago [citado 2010 jun 22];11(4):267-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000400005&lng=pt.

55. Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Miranzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. Texto Contexto Enferm. 2007;16(1):32-9.

56. Pereira LSM. Avaliação pelo fisioterapeuta. In: Maciel A, editor. Avaliação multidisciplinar do paciente geriátrico. Rio de Janeiro: Revinter; 2002. p. 43-86.

57. Ben-Ezra M, Shmotkin D. Predictors of mortality in the old-old in Israel: the cross-sectional and longitudinal aging study. J Am Geriatr Soc. 2006;54(6):906-11.

58. Giacomin KC, Uchôa E, Lima-Costa MF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. Cad Saúde Pública. 2005;21(5):1509-18.

59. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Rev Bras Enferm. 1995;48(2):109-19.

60. Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. Rev Saúde Pública. 1987; 21(5):439-46.

61. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):27-34.

62. Adami NP. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. Rev Paul Enferm. 1993;12(2):82-6.

63. Lima MADS, Ramos DD, Rosa RB, Nauderer TM, Davis R. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários Acta Paul Enferm. 2007;20(1):12-7.

64. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. Cad Saúde Pública. 1998;14(1):61-70.

65. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária à saúde. I - A satisfação do usuário. Cad Saúde Pública. 1998;14(3):623-8.

66. Adami NP. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2000;13(n. esp pt 1):190-6.

67. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde Cad Saúde Pública. 2008;24(supl.1):s100-s110.

68. Firmol JOA, Lima-Costall MF, Uchoa E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos Cad Saúde Pública. 2004;20(4):1029-40.

69. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde publica e envelhecimento [editorial]. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):700-1.

70. Mendoza-Sassi R, Béria JU, Barros AJD. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. Rev Saúde Pública. 2003;37(3):372-8.

71. Richards SH, Coast J, Peters TJ. Patient-reported use of health service resources compared with information from health providers. Health Soc Care Community. 2003;11(6):510-8.

72. Capilheira MF, Santos IS. Fatores individuais associados à utilização de consultas médicas por adultos. Rev Saúde Pública. 2006;40(3):436-43.

73. Costa JSD, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que freqüência. Rev Saúde Pública. 1997;31(4):360-9.

74. Alberts JF, Sanderman R, Eimers JM, Van den Heuvel WJA. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Curaçao. Soc Sci Med. 1997;45(2):213-20.

75. Mapelli V. Health needs, demand for health services and expenditure across social groups in Italy: an empirical investigation. Soc Sci Med. 1993;36(8):999-1009.

76. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Acesso e utilização de serviços de saúde. PNAD 2003. Rio de Janeiro; 2005.

77. Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. (Saúde em Debate, 73).

78. Atalaia-Silva KC, Lourenço RA. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. Rev. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2008 out [citado 2010 out. 17];42(5):930-7.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500020&lng=pt.

79. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Nery AL, Cançado F, Gorzoni ML, Rocha SM. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 58-71.

80. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, Heikkinen E. Is self-rated health comparable across cultures and genders? J Geront Sci Soc Sci. 1998;53(3):S144-S52.

81. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2004 dez [citado 2010 out 18];38(6):827-34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600011&lng=pt. doi: 10.1590/S0034-89102004000600011).

82. Podsiadlo D, Richardon S. The time “Up and Go”: a test basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatric Soc. 1991;39(2):142-8.

83. Bortz WM. A conceptual framework of frailty: a review. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2002;57(5):M283-88.

84. Agência FAPESP. Cada vez mais frágeis [texto na Internet]. São Paulo; c2010. [atualizado 2010 fev. 3; citado 2010 nov. 9]. Disponível em: http://www.agencia.fapesp.br/materia/11717/especiais/cada-vez-mais-frageis.htm

85. Duarte YAO. Indicadores de fragilidade em pessoas idosas visando o estabelecimento de medidas preventivas. Boletim do Instituto de Saúde. Envelhecimento e Saúde. 2009; 47(4): 49-5

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Heloise da Costa Lima Fernandes, enfermeira e aluna do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da Profª Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de divulgação científica cujo título é Capacidade funcional, fragilidade e acesso de idosos atendidos em uma Unidade Básica da Estratégia Saúde da Família

A finalidade da investigação é caracterizar a capacidade funcional, o perfil de fragilidade e o acesso de idosos aos serviços de saúde, usando os seguintes instrumentos: Índice de Katz, que avalia autocuidado; Escala de Lawton, que avalia a capacidade de desenvolver atividades de vida diária; Avaliação da Fragilidade que caracterizará o idoso como frágil ou pré-frágil ou não frágil; questionário sobre acesso aos serviços de saúde e questionário sobre dados sócio-demográficos.

Sua colaboração é muito importante para identificar as condições de saúde de idosos. Esclareço que sua participação é voluntária, as informações serão tratadas de forma anônima e confidencial e não haverá qualquer tipo de prejuízo caso se recuse a participar ou decida desistir da participação a qualquer momento.

Este termo de consentimento será preenchido em duas vias, uma ficará com o(a) Sr(a) e outra comigo. Os resultados desse estudo poderão ser divulgados em revistas e eventos científicos, mas o anonimato dos participantes será mantido.

Caso sinta necessidade de entrar em contato comigo ou com a orientadora para qualquer esclarecimento, os telefone e endereços para contato são: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, 2ºandar.Tel:30617652. Para contato com o Comitê de Ética em pesquisa disponibilizo o endereço eletrônico: edipesq@usp.br.

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.

Embu, ____de _____de 2010.

Assinatura do idoso ou responsável:

Assinatura da pesquisadora:

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Número do questionário:

1) INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome:

Idade: (em anos)

Data de nascimento:___/____/___

Sexo: (0) masculino (1) feminino

Cor da pele: (0) preta (1) parda (2) branca (3) amarela

Estado conjugal: (0) casado (1) solteiro (2) divorciado/desquitado (3) viúvo

Religião: (0) nenhuma (1) Evangélica (2) Católica (3) Judaica (4) Outra

Arranjo familiar: (0) mora sozinho (1) mora somente com o cônjuge (2) arranjo intrageracional - mora somente com outros idosos (3) arranjos trigeracionais (4) cônjuge e filho(s) (5) somente com filho(s) (6) cônjuge, filho(s) genro ou nora (7) somente com os netos (8)não familiares (9) outros**.**

2) PERFIL SOCIAL

Possui renda própria? (0) sim (1)não

Renda proveniente de: (0) trabalho próprio (1) aposentadoria (2)pensão (3)aluguel (4) doações (5) outras

Número de pessoas que moram no domicílio, incluindo o idoso: _____

Qual a renda mensal em salários mínimos (R$ 510,00):

Idoso:_____Família:_____Total (idoso+família):_____

Exerce atividade remunerada? (0) sim (1)não

Escolaridade:(0) analfabeto (1) lê e escreve o próprio nome (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) ensino superior incompleto (7) ensino superior incompleto.

Residência (tipo): (0) Tijolo (1) Madeira (2) Outro ( ). Especificar _____

Posse da residência: (0) própria (1) alugada (2) cedida

Abastecimento de água: (0) Rede pública (1) poço

Destino de fezes e urina: (0) Esgoto (1) Fossa séptica (2) Céu aberto

Destino do lixo: (0) Coletado (1) Queimado (2)Céu aberto

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. O (a) Sr (a) sabe que tem direito a usar o sistema público de saúde (SUS)?
(0)sim (1)não

2. O (a) Sr (a) tem algum plano de saúde além do SUS? (0) sim (1) não

3. Se sim, quem paga pelo plano de saúde? (0) o próprio idoso (1) filho(s) (2) cônjuge (3) outro familiar (4) não familiar

4. O Sr (a) tem alguma dificuldade para ter acesso e usar os serviços de saúde quando necessário? (0)sim (1)não

5. Qual motivo principal?

5a. Falta de recurso financeiro (0)sim (1)não

5b. Falta de transporte (0)sim (1)não

5c. Não tem companhia (0)sim (1)não

5d. Os serviços são ruins (0)sim (1)não

5e. Não consegue se locomover (0)sim (1)não

5f. Barreiras arquitetônicas (0)sim (1)não

5g. Distância (0)sim (1)não

5h. Outros (0)sim (1)não (Se sim, descrever):

_____

6. Quantas vezes nos 12 últimos meses o Sr(a) procurou atendimento de saúde?

7. Onde ocorreram esses atendimentos nos últimos 12 meses?

7a. Pronto atendimento (0)sim (1)não

7b. Hospital por motivos cirúrgicos (0)sim (1)não

7c. Centro de especialidades (0)sim (1)não

7d. Farmácia (0)sim (1)não

7e. Consultório particular (0)sim (1)não

7f. Unidade Básica de Saúde (0)sim. (1)não

7g. Unidade do Programa Saúde da Família (0)sim (1)não

7h. Centros de Referência do Idoso (0)sim (1)não

7i. Outro (0)sim (1)não. Especifique: _____

8. Durante os últimos 12 meses, quantas vezes diferentes esteve internado, pelo menos por uma noite (incluindo casa de repouso) ? _____

9. Se esteve internado, onde ocorreram essas internações nos últimos 12 meses?

9a. Hospital geral por motivos clínicos (0)sim (1)não

9b. Hospital Geral por motivos cirúrgicos ou ortopédicos (0)sim (1)não

9c. Casa de repouso (0)sim (1)não

9d**.** Outro (0)sim (1)não. Especifique: _____

Se não procurou serviços de saúde nos últimos 12 meses:

10. Por que não fez nenhuma consulta médica nos últimos 12 meses?

(0) não precisou (1) precisou, mas não procurou

(2) procurou, mas não conseguiu vaga

11. Das razões abaixo qual foi a principal para que o Sr(a) não procurasse o serviço de saúde?

11a. Não tinha recursos para pagar (0)sim (1)não

11b. Não tinha recursos para pagar o transporte (0)sim (1)não

11c. O tempo da viagem (0)sim (1)não

11d. A espera nos serviços (0)sim (1)não

11e. O problema não era grave (0)sim (1)não

11f. O atendimento é ruim (0)sim (1)não

11g. Automedicou-se (0)sim (1)não

11h. Não conhece os serviços 0)sim (1)não

11i. Não tinha quem o levasse 0)sim (1)não

11j. não gosta de procurar serviços de saúde (0)sim (1)não

11k. não tem tempo (0)sim (1)não

12. Seu último atendimento foi nesta Unidade de Saúde? (0)sim (1)não

Se não, em qual?_____

13. Quantos profissionais da saúde o atenderam da última vez em que o Sr(a) esteve na Unidade? _____

14. Quais foram?

14a. Dentista (0)sim (1)não

14b. Enfermeiro (0)sim (1)não

14c. Agente comunitário (0)sim (1)não

14d. Aux. Enf. (0)sim (1)não

14e. outros (0)sim (1)não. Especifique_____

15. O (a) Sr.(a) considerou este atendimento: (0) muito bom (1) bom (2) regular (3) ruim (4)muito ruim

16. Na consulta realizada nesta Unidade, receitaram medicamentos ou remédios? ( )sim ( )não

17. O (a) Sr.(a)conseguiu os medicamentos ou remédio receitados? (0)sim (1)não (2)alguns sim e outros não

18. Por que não obteve os remédios?

18a. O medicamento não estava disponível na Unidade ( )sim ( )não

18b. Não tinha quem fosse buscá-los ( )sim ( )não

18c. Não tinha recursos para o transporte ( )sim ( )não

18d. Distância –muito longe ( )sim ( )não

18e. Atendimento muito demorado ( )sim ( )não

18f. Falta de tempo para buscá-los ( )sim ( )não

18g. Não achou necessário ( )sim ( )não

18h. Não vai usá-los ( )sim ( )não

18i. Outro. Especifique: _____

19. Teve de pagar por esses remédios? ( )sim ( )não

20. Quanto tempo esperou entre a solicitação da consulta e o atendimento? ___dias

21. Quanto tempo gastou para chegar à Unidade?____minutos

22. Quanto tempo esperou para ser atendido?_____minutos

23. Gostaria de fazer algum outro comentário sobre o acesso a esta Unidade Básica de Saúde da Estratégia Saúde da Família?

_____

_____

_____

_____

ANEXO 1

ESCALA DE KATZ

Classificação:

A: independente para todas as atividades.
B: independente para todas as atividades menos uma.
C: independente para todas as atividades menos banho e mais uma adicional.
D: independente para todas as atividades menos banho, vestir-se e mais uma adicional.
E: independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro e mais uma adicional.
F: independente para todas as atividades menos banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência e mais uma adicional.
G: dependente para todas as atividades.
Outro: dependente em pelo menos 2 funções, que não se classificam em C,D,E e F.

.....

1. Banhar-se: em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de se esfregar em qualquer uma dessas situações. São considerados independentes os idosos que recebem algum auxílio para banhar uma parte específica do corpo como, por exemplo, a região dorsal ou uma das extremidades.

(0) Não recebe assistência.

(0) Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo.

(1) Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.

2.Vestir-se: ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito. A designação de dependência é dada às pessoas que recebem alguma assistência ou que permanecem parcial ou totalmente despidos.

(0) Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.

(0) Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.

(1) Recebe assistência para pegar as roupas ou para se vestir ou permanece parcial ou totalmente despido.

3. Ir ao banheiro: ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Dependentes são aqueles que recém auxílio direto ou que não desempenham a função. Aqueles que utilizam comadre ou papagaio também são considerados dependentes.

(0) Vai ao banheiro, higieniza-se e veste-se após as eliminações, sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite, esvaziando por si mesmo pela manhã).
(1) Recebe assistência para ir ao banheiro, para se higienizar ou para se vestir após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite.
(1) Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar.

4. Transferência: a função é avaliada pelo movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio em qualquer das transferências ou que não executam uma ou mais transferências.

(0) Sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).
(1) Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.
(1) Não sai da cama.

5. Continência: refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de urinar ou defecar. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer das funções. Qualquer tipo de controle externo, como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas classifica a pessoa como dependente.

(0) tem controle sobre as funções de evacuar e urinar
(1) tem acidentes ocasionais. (acidentes= perdas urinárias ou fecais)
(1) necessita de supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.

6. Alimentação: esta função relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar os alimento ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. São considerados dependentes queles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas.

(0) Alimenta-se sem assistência
(1) Alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.
(1) Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado por sonda enteral ou parenteral.

TOTAL:

ANEXO 2

ESCALA DE LAWTON

1.Consegue usar o telefone: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

3. Consegue fazer compras: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

4. Consegue preparar suas próprias refeições: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

5. Consegue arrumar a casa: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

6. Consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

7. Consegue lavar e passar sua roupa: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

8. Consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

9. Consegue cuidar de suas finanças: (3) sem ajuda (2) com ajuda parcial (1) não consegue

TOTAL: _____

ANEXO 3

ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

( ) Idoso ( ) Cuidador familiar

Coluna B ___ x 1 pt = ___	Coluna C ___ x 2 Pt = ___	**TOTAL DE PONTOS: ___/17**

INSTRUÇÕES: Para cada item, marcar apenas uma opção nas Colunas A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na Coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA E FRAGILIDADE.

Método de Pontuação TDR da EFE

O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:

A - Aprovado. Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adicões ou duplicidades,
B - Reprovado com erros mínimos.Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um "erro de espaçamento" existe se após sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para a melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:

a. Algum número está posicionado na porção interior do círculo
b. Há mais ou menos de três números em qualquer dos quadrantes.

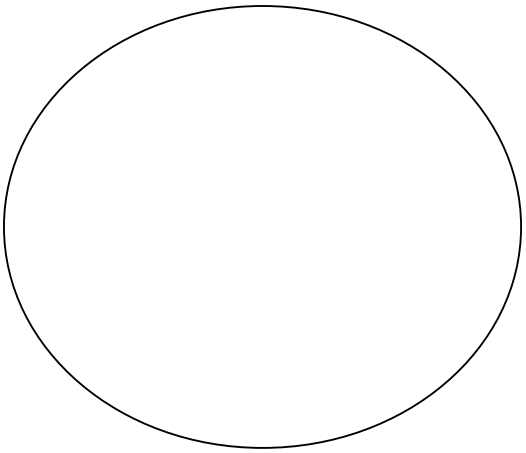
C - Reprovado com erros significantes.

c. Colocação dos ponteiros de hora e minuto fora de curso.
d. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta usar um display digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros.
e. Os números estão amontoados em um extremo do relógio (ex. Qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária.
f. Ocorrem outras distorções quanto à seqüência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros),

Uma reprovação com erros significantes sugere déficit cognitivo.

N.1) Cognição.

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): "Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar "**onze horas e dez minutos**".



(0) Aprovado (1) Reprovado com erros mínimos (2) Reprovado com erros significativos

N.2) – Estado Geral de Saúde.

a) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)?

(0) 0 (1) 1-2 (2) >2

b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa)

(0) Excelente (1) Razoável (2) Ruim

(0) Muito boa

(0) Boa

N.3) Independência Funcional.

Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?

(0) 0-1 (1) 2-4 (2) 5-8

- Preparar refeição (cozinhar)
- Transporte(locomoção de um lugar para outro)
- Cuidar da casa(limpar/ arrumar casa)
- Fazer compras
- Usar telefone
- Lavar roupa
- Cuidar do dinheiro
- Tomar remédios

N.4) Suporte Social.

Quanto você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades?

(0) Sempre (1) algumas vezes (2) Nunca

N.5) Uso de medicamentos.

Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e receitados (pelo médico)?

(0) Não (1) Sim

Algumas vezes você esquece de tomar seus remédios?

(0) Não (1) Sim

N.6) Nutrição

Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas?

(0) Não (1) Sim

N.7) Humor

Você se sente triste ou deprimido(a) com freqüência?

(0) Não (1) Sim

N.8) Continência

Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?)

(0) Não (1) Sim

N.9) Desempenho Funcional

OBSERVAR: PONTUE este item do teste como >20 segundos se:

5. O indivíduo se mostrar relutente ou incapaz de completar o teste

6. Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa

TESTE "LEVANTE E ANDE" CRONOMETRADO: "Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando disser "Vá", por favor, fique em pé e ande normalmente até a marca no chão (aproximadamente 3m de distância), volte para cadeira e sente-se novamente". **(Se for omitir este item, marque o item 3)**

(0) 0-10s (1) 11-20s (2) >20s

ANEXO 4

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 26 de maio de 2010.

Ilm.ª Sr.ª
Heloise da Costa Lima Fernandes

Ref.: Processo nº 915/2010/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Avaliação do acesso de idosos frágeis a serviços da Estratégia Saúde da Família**", 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,

Maria Fat Fernandes

Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 5

Prefeitura Municipal da Estância Turística de Embu das Artes

Secretaria Municipal de Saúde

Embu, 30 de março de 2010.

Ilmos. Senhores,

Eu, Heloise da Costa Lima Fernandes, enfermeira e aluna do curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da Profª Dra. Maria Amélia de campos Oliveira, pretendo desenvolver uma pesquisa com finalidade acadêmica e de divulgação científica cujo título é **Avaliação do acesso de idosos frágeis a serviços da Estratégia Saúde da Família.**

A finalidade da investigação é caracterizar o perfil de fragilidade dos idosos e identificar seu acesso aos serviços de saúde, usando questionários: Índice de Katz, que avalia autocuidado; Escala de Lawton, que avalia a capacidade de desenvolver atividades de vida diária; Avaliação da Fragilidade que caracterizará o idoso como frágil ou pré-frágil ou não frágil; Questionário sobre acesso aos serviços de saúde e questionário sobre dados sócio-demográficos. O cuidador poderá ser o porta-voz do paciente nas entrevistas, questionários e na assinatura deste termo.

A população do estudo será composta por idosos cadastrados por uma das Unidades da ESF do Município. A escolha da Unidade levou em consideração o interesse do gestor para realização do estudo e o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. Assim, foi selecionada uma Unidade localizada em uma região em que o grau de vulnerabilidade é médio, como o predominante no Município, para permitir uma visualização de contexto social mais abrangente.

Assim sendo, solicito autorização para realizar a coleta de dados na UBS Dom José, desta administração municipal.

Heloise da C. L. Fernandes

Heloise da Costa Lima Fernandes

De acordo com as condições acima apresentadas, autorizo a realização da pesquisa "**Avaliação do acesso de idosos frágeis a serviços da Estratégia Saúde da Família**", estudo adequado e de execução relevante.

Drª. Sandra M. F. Barbeiro
Secretária de Saúde
Município de Embu

Sandra Magali Fihlie Barbeiro
Secretária Municipal de Saúde

Roberto Antonio Castro
Coord. Estratégia Saúde da Família

Roberto Antonio Castro