

**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência**

**DOROTÉIA FERNANDES DA SILVA**

**PERFIL DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS NO  
CENTRO MAIS VIDA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS EM 2011**

**Belo Horizonte**  
**2013**

**Dorotéia Fernandes da Silva**

**PERFIL DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS NO  
CENTRO MAIS VIDA DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS EM 2011**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Medicina Preventiva e Social

Orientadora: Profa. Elizabeth Costa Dias

Co-orientador: Prof. Edgar Nunes de Moraes

**Faculdade de Medicina - Universidade Federal de Minas Gerais**

**Belo Horizonte - Minas Gerais**

**2013**

Silva, Dorotéia Fernandes da.

S586p Perfil de dependência dos idosos atendidos no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais em 2011 [manuscrito]. / Dorotéia Fernandes da Silva. - - Belo Horizonte: 2013. 69f.: il.  
Orientadora: Elizabeth Costa Dias.  
Co-Orientador: Edgar Nunes de Moraes  
Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Avaliação Geriátrica. 2. Idoso Fragilizado. 3. Pessoas com Deficiência. 4. Cuidadores. 5. Inquéritos Epidemiológicos. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Dias, Elizabeth Costa. II. Moraes, Edgar Nunes de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. I V. Título.

NLM: WT 141

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

### **Reitor**

Prof. Clélio Campolina Diniz

### **Vice-Reitora**

Profª. Rocksane de Carvalho Norton

### **Pró-Reitor de Pós-Graduação**

Prof. Ricardo Santiago Gomez

### **Pró-Reitor de Pesquisa**

Prof. Renato de Lima dos Santos

### **Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Francisco José Penna

### **Vice-Diretor da Faculdade de Medicina**

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

### **Coordenador do Centro de Pós-Graduação**

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

### **Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação**

Profª. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

### **Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social**

Prof. Dr. Antonio Leite Rachid

### **Coordenadora do Programa de Pós-graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência**

Profª. Dra. Elza Machado de Melo

### **Colegiado**

Prof. Vitor Hugo de Melo

Profª. Elizabeth Costa Dias

Profª. Eliane Costa Dias

Prof. Luiz Henrique Duczmal

Prof. Antônio Alves Leite Radicchi

Profª. Izabel Christina Friche Passos

Profª. Andréa Maria Silveira

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profª. Cristiane de Freitas Cunha

Prof. Joaquim Antônio César Mota

### **Representante Discente**

Kleber Rangel Silva

Plínio Lucius

## **DEDICATÓRIA**

À memória dos meus pais Raimunda e Francisco, que continuarão a  
iluminar o meu caminho.

Aos idosos e seus cuidadores, que com suas histórias de vida, me  
ensinam aprender a aprender, a questionar o que sei e buscar novos  
conhecimentos.

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

Ao Professor Horácio Pereira de Faria, pela contribuição indispensável neste trabalho, pela disponibilidade, pela dedicação na construção do banco de dados e pela competência técnica na arte de ensinar.  
Obrigada!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por permitir-me, concluir mais esta etapa em minha vida.

À professora Dra. Elizabeth Costa Dias, orientadora, grande pesquisadora, pela disponibilidade, compreensão, ensinamentos e pela grande contribuição ao Instituto Jenny de Andrade Faria. Obrigada!

Ao Professor Dr. Edgar Nunes de Moraes co-orientador, pela competência disponibilidade, compreensão e ensinamentos e pelo grandioso trabalho em prol da geriatria e gerontologia. Obrigada!

À Professora Elza Machado Melo, coordenadora deste Mestrado, pela competência, coragem e capacidade de aglutinar as diferenças, no aprimoramento e construção de conhecimentos. Obrigada!

À Prof. Dra. Jandira pela contribuição. Obrigada!

À Mariza, bibliotecária, pelo compromisso, disponibilidade, dedicação e competência.

À minha querida família: irmãos, sobrinhos, cunhada Fernanda, pelo apoio e carinho.

A minha segunda família, Maria da Cruz (*in memoriam*), irmãos, pela contribuição na minha formação pessoal e profissional.

À Danielle, pela generosa contribuição na organização do banco de dados.

À Branca, pela amizade, disponibilidade, apoio e contribuições.

Aos amigos e colegas de trabalho: Fátima e Cláudio, Marilene, Nídia, Maura, Juliana e Raquel, pelo apoio e contribuições.

Aos coordenadores do Serviço Social Daniela, Flávia e Guilherme pelo apoio.

À Marta, pela parceria e troca de experiências.

Aos colegas de mestrado pelo compartilhamento de experiências, e pelo aprendizado.

À Thaís, Madu e Maria Helena pelo apoio.

A todos do Centro de Referência do Idoso, equipe interprofissional, equipe administrativa e coordenação pelo apoio.

À Chica, exemplo de competência humana e técnica para todo o corpo de pessoal do Hospital das Clínicas pela contribuição no meu trabalho no HC.

Aos "gigantes da geriatria": Prof. Anielo Greco Rodrigues dos Santos, Prof. Edgar Nunes de Moraes, Profa. Marília Campos de Abreu Marino, pelo apoio, incentivo e ensinamentos durante todos estes anos no serviço de geriatria.

**“Conto ao senhor é o que eu sei e o senhor não sabe; mas principal quero contar é o que eu não sei se sei e que pode ser que o senhor saiba”.**

**Guimarães Rosa (1986)**



## RESUMO

**Objetivos:** Caracterizar o perfil dos idosos atendidos no Centro Mais Vida do Instituto Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, entre 02 de janeiro e 31 de dezembro de 2011. **Material e Métodos:** Foram estudados os registros de 881 planos de cuidado referentes aos atendimentos realizados. Utilizou-se análise estatística descritiva das variáveis de interesse, descrição das frequências e avaliação da significância estatística das diferenças com o teste Qui-Quadrado. **Resultados:** A idade variou de 60 a 107 anos, com média de 77 anos. A frequência de declínio funcional nas atividades de vida diária (AVD) foi de 23,5% nas básicas (ABVD) e 54,6% nas instrumentais (AIVD) com diferencial segundo a escolaridade e o sexo em todas as faixas etárias e a frequência de idosos frágeis foi de 92,1%. A incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a incontinência urinária e problemas de comunicação, aparecem em mais de 50% da população estudada. Foi descrito o perfil dos idosos para cada distrito sanitário quanto às variáveis: dependência nas AVD, fragilidade, polipatologia e polifarmácia **Conclusão:** Os resultados encontrados apontam a importância do estudo da dependência e da fragilidade como instrumento para o planejamento de assistência aos idosos com vistas a prevenir ou amenizar a incapacidade funcional agregando qualidade de vida à longevidade e contribuindo para a qualificação dos cuidadores formais ou informais. A estratificação por Distritos Sanitários (DS) permite o planejamento e o aprimoramento no próprio serviço e na rede municipal de assistência ao idoso. Produtos originados desta dissertação: este trabalho deu origem a três artigos que serão submetidos a periódicos.

**Palavras chave:** Idoso. Dependência. Fragilidade. Declínio funcional. Incapacidade funcional, Cuidador.

## ABSTRACT

**Objectives:** The purpose of the present work is to characterize the profile of elderly individuals at the Centro Mais Vida of the Instituto Jenny de Andrade Faria at Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Minas Gerais, from January 2<sup>nd</sup> to December 31<sup>st</sup>, 2011. **Material and Methods:** The registers of eight hundred and eighty-one care plans were studied. The descriptive statistics of the variables of interest, frequency description and the assessment of the statistical significance of differences with the Chi-square test were used. **Results:** The age has ranged from 60 to 107 years, with a mean of 77 years. The frequency of functional decline in the activities of daily living (ADLs) was 23.5% in the basic activities (BADL), and 54.6% in the instrumental activities (IADLs), with differences related to schooling and sex within all the age groups. The frequency of frail elderly individuals was 92.1%. Cognitive impairment, postural instability, urinary incontinence and communication problems are observed in more than 50% of the studied population. The elderly profile was described for each health district as to the following variables: dependence in ALDs, fragility, polypathology and polypharmacy. **Conclusion:** The results point to the importance of the study of dependence and fragility as an instrument for elderly caregiving planning with the purpose of preventing or mitigating the functional disability adding life quality to longevity and contributing to the qualification of formal or informal caregiving professionals. Health District (HD) stratification allows for planning and improvement in-service and municipal elder care network. Outcome of the present dissertation: this study gave rise to three articles that will be submitted to a journal.

**Keywords:** Elderly. Dependence. Fragility. Functional decline. Functional disability. Caregiver.

## LISTAS DE ABREVIATURAS

AAVD .....	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABS .....	Atenção Básica à Saúde
AGA.....	Avaliação Geriátrica Ampla
AIVD.....	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS .....	Atenção Primária à saúde
AVD .....	Atividades de Vida Diária
AVDB .....	Atividades Básicas de Vida Diária
BVS .....	Biblioteca Virtual em Saúde
CERAD.....	Consortium to Establish A Registry for Alzheimer's Disease
CIF .....	Classificação Internacional de Funcionalidade
CIF-A.....	Canadian Initiative on Frailty and Aging
CMV .....	Centro Mais Vida
CRI .....	Centro de Referência do Idoso
DEPE .....	Diretoria de Ensino e Pesquisa
ESF .....	Equipe de Saúde da Família
HC-UFMG.....	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IJAF .....	Instituto Jenny de Andrade Faria
ILPI.....	Instituição de Longa Permanência para Idosos
LILACS.....	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEEN.....	Mini Exame do Estado Mental
NUGG .....	Núcleo de Geriatria e Gerontologia
OMS .....	Organização Mundial de Saúde
ONU .....	Organização das Nações Unidas
OPAS .....	Organização Pan-Americana de Saúde
PMV .....	Programa Mais Vida
PNAD .....	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI.....	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SES-MG.....	Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
SISREG.....	Sistema de Regulação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.
SMSA-PBH.....	Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte
SUS .....	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Características dos idosos atendidos no IJAF, Belo Horizonte, 2011 .....	35
TABELA 2	Distribuição dos idosos por sexo segundo os distritos sanitários .....	37
TABELA 3	Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, dependência e fragilidade segundo o sexo .....	39
TABELA 4	Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, dependência e fragilidade segundo as faixas etárias .....	40
TABELA 5	Relação entre fragilidade e as variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, sexo e escolaridade.....	41
TABELA 6	Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, dependência e fragilidade.....	43

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Distribuição percentual da população idosa do município de Belo Horizonte e da amostra do estudo segundo a faixa etária e gênero, Belo Horizonte, 2011 .....	36
GRÁFICO 2	Distribuição dos idosos atendidos no IJAF segundo o distrito sanitário e amostra representativa, Belo Horizonte, 2011 .....	49
GRÁFICO 3	Distribuição percentual dos idosos segundo sua condição e distrito sanitário, Belo Horizonte, 2011 .....	50
GRÁFICO 4	Comprometimento das AVD básicas segundo o distrito sanitário .....	51
GRÁFICO 5	Comprometimento das AVD instrumentais segundo o distrito sanitário, Belo Horizonte, 2011 .....	52
GRÁFICO 6	Distribuição percentual dos idosos segundo o número de patologias e o distrito sanitário, Belo Horizonte, 2011 .....	53

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3	OBJETIVOS .....	24
3.1	Objetivo geral .....	24
3.2	Objetivos específicos .....	24
4	MÉTODO .....	25
4.1	Revisão bibliográfica .....	28
4.2	Material de estudo e fonte de informação .....	29
4.3	Amostra.....	30
4.4	Construção do banco de dados .....	30
4.5	Testes estatísticos .....	33
4.6	Requisitos éticos .....	34
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	35
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
	REFERÊNCIAS.....	57
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados .....	62
	ANEXO A - Plano de Cuidados.....	63
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética.....	65
	ANEXO C - Aprovação DEPE .....	66
	ANEXO D - Ata de Aprovação .....	67
	ANEXO E - Folha de Aprovação .....	68

## 1 INTRODUÇÃO

Estima-se que até 2025 o Brasil seja o sexto país em população de idosos no mundo. Neste cenário, a fragilidade e a dependência são grandes desafios a serem enfrentados pelos responsáveis pela atenção ao idoso. Entretanto, ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso e suas particularidades (WHO, 2005). O aumento da expectativa de vida tem acarretado o crescimento do número de idosos mais idosos, com 80 anos e mais. Este é um grupo mais vulnerável, e seu crescimento é acompanhado pelo aumento da carga de doenças, agravos não transmissíveis crônico-degenerativos e de incapacidades (CALDAS, 2003; LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008). É também um grupo que demanda com maior frequência a ajuda de terceiros para o desempenho das atividades do dia a dia.

A dependência resulta do declínio nas atividades de vida diária (MORAES, 2012a). Ela decorre da incapacidade funcional, que pode ser definida pela dificuldade ou pela necessidade de ajuda para realizar as atividades cotidianas básicas ou mais complexas, para a vida independente na comunidade e tarefas relacionadas à mobilidade (ALVES et al., 2008).

A capacidade funcional é considerada um novo paradigma de saúde. Portanto, além de saber se os idosos são portadores de doenças crônicas, é importante saber se estas doenças estão controladas, e quais os meios disponíveis para controlá-las. Quando não controladas, podem levar à incapacidade funcional, prejudicando ou mesmo impedindo o convívio social acarretando consequências para o idoso, sua família e a sociedade (ALVES et al., 2007; MORAES et al., 2010; RAMOS, 2003).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a incapacidade é classificada como deficiência, limitações de atividades e restrições na participação social de uma pessoa, representando as condições de saúde como doenças, lesões e traumas, entre outras e os fatores contextuais, que abrange os pessoais. Ela descreve situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições e organiza esta informação em dois eixos: funcionalidade e

incapacidade. Os aspectos positivos referem-se à capacidade de integridade de função, estrutura, atividades e participação e os negativos à deficiência e limitações da atividade e restrição da participação, a incapacidade (OMS, 2004).

A autonomia é a capacidade de agir e tomar decisões de acordo com as próprias convicções. A independência pode ser conceituada como a habilidade de realizar as decisões e as funções da vida cotidiana, e viver independente na comunidade com ou sem ajuda de outros. Para Moraes (2012a), autonomia e independência traduzem o funcionamento integrado dos sistemas funcionais principais, que são: cognição, humor, mobilidade e comunicação e são assim conceituados:

**Cognição:** capacidade mental de compreender e resolver os problemas do cotidiano; **humor:** é a motivação necessária para atividades e/ou participação social. Inclui, também, outras funções mentais como o nível de consciência, a senso-percepção e o pensamento; **mobilidade;** a capacidade individual de deslocamento e de manipulação do meio onde o indivíduo está inserido. Depende da capacidade de alcance/preensão/pinça (membros superiores), postura /marcha/transferência (membros inferiores), capacidade aeróbica e continência esfinteriana; **comunicação:** é a capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias, sentimentos e está intimamente relacionada à habilidade de se comunicar. Depende de visão, audição, fala, voz e motricidade orofacial (MORAES, 2012a, p.10, grifos do autor).

Na avaliação do idoso quanto à funcionalidade global, o primeiro ponto a ser abordado são as atividades de vida diária, que são medidas através de instrumentos específicos. Existem várias escalas, mas as mais conhecidas e mais utilizadas são as escalas de Katz et al. (1963) e as escalas de Lawton e Brody (1969) (AYKAWA; NERI, 2005; MORAES, 2012a).

O acometimento das atividades de vida diária (AVD) define o grau de dependência que pode ser classificado em: atividades básicas de vida diária (ABVD):

- a. **independência** - ter capacidade funcional para realização de todas as atividades de vida diária;
- b. **semidependência** – representa o comprometimento de, pelo menos uma das atividades influenciadas pela cultura de aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro);



- c. **dependência incompleta** – apresenta comprometimento de uma das atividades vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de ser dependente para banhar-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade;
- d. **dependência completa** – apresenta comprometimento de todas as AVD inclusive para alimentar-se sozinho e representa o grau máximo de dependência funcional (MORAES, 2012a).

As AIVD envolvem tarefas mais complexas que as básicas e estão relacionadas às atividades no domicílio, e indicam a capacidade de viver sozinho na comunidade. Quanto à gravidade do declínio funcional podem ser classificadas em **dependência parcial** – acometimento de pelo menos uma das funções; **dependência completa** - incapacidade para todas as funções.

Outro aspecto relevante é a fragilidade, considerada como uma condição de vulnerabilidade, resultante de condições crônicas de saúde que levam ao declínio funcional, (MORAES, 2012a). Vários estudos referem-se às controvérsias e ao desafio de estabelecer o conceito de fragilidade, com vistas ao seu reconhecimento e intervenções eficazes (MORAES et al., 2010; TEIXEIRA; NERI, 2005) e esta complexidade é um desafio para os profissionais da geriatria e gerontologia e para os serviços de saúde.

A fragilidade constitui um processo multidimensional que envolve fatores biológicos, psicológicos e sociais, acarretando vulnerabilidade e incapacidade funcional, dependência, hospitalização, institucionalização, culminado com a morte. Entretanto, estudos têm comprovado que intervenções clínicas interprofissionais podem prevenir ou postergar respostas adversas (TEIXEIRA; NERI, 2005). A efetividade desta prevenção se dá a partir do estabelecimento de critérios que identifiquem os fatores da fragilidade de modo a orientar as intervenções pertinentes. Uma estratégia para é a avaliação geriátrica ampla (AGA) ou avaliação multidimensional do idoso.

O estudo da dependência e da fragilidade faz-se oportuno, considerando o rápido processo de envelhecimento, a incidência e a evolução das doenças crônico-degenerativas e as implicações do comprometimento da capacidade funcional, pois a incapacidade aumenta a vulnerabilidade e a dependência na velhice, comprometendo o bem estar e a qualidade de vida dos idosos (ALVES et al., 2007).

Outro aspecto importante quando se fala de dependência funcional é o cuidado e conseqüentemente os cuidadores. As incapacidades resultam na necessidade de ajuda parcial, até o cuidado integral, implicando na necessidade do auxílio de cuidador, e esse muitas vezes também é idoso e frágil, portanto prestando cuidados, quando deveria recebê-los. Outra situação encontrada com muita frequência é a prestação de cuidados por familiares não idosos, mas sem condições para prestar o cuidado seja por problemas de saúde, física ou mental, ou por carências de conhecimento de informações e meios adequados.

A prevalência de doenças e agravos crônicos não transmissíveis geralmente limita a funcionalidade do idoso, causando dependência e a conseqüente necessidade de cuidados, que determinam, por sua vez, quais cuidados são necessários, quem deve provê-los e de que maneira devem ser realizados (DUARTE et al., 2010).

A legislação brasileira estabelece que a prioridade de atendimento à pessoa idosa deve se dar preferencialmente na família (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; BRASIL, 2003). Desta forma a dependência se traduz em uma carga dupla de necessidades: para o idoso e para a família. Para o idoso que precisa de cuidados e para a família que precisa de apoio, informação e recursos materiais e financeiros.

Essa recomendação muitas vezes é inadequada, “pois delegar à família a função de cuidar necessita de clareza sobre a estrutura familiar, o tipo de cuidado a ser executado, o tempo necessário, as características da doença e o acompanhamento profissional” (KARSH, 2003, p.861). Desta forma a prevenção das doenças crônicas e degenerativas, a assistência à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares representam novos desafios para o sistema de saúde no Brasil (KARSH, 2003).

Este estudo busca descrever o perfil dos idosos atendidos no Instituto Jenny de Andrade Faria – Ambulatório Especializado em Saúde do Idoso do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, com ênfase nos aspectos da dependência, incapacidades e a relação com as variáveis sócio-demográficas.

Espera-se que o estudo possa contribuir para se conhecer melhor esse grupo populacional, suas demandas e necessidades e para a melhor compreensão das incapacidades. Este conhecimento poderá auxiliar no aprimoramento do serviço, na qualificação do cuidado e dos cuidadores e subsidiar a formulação de políticas públicas que atendam as velhas e novas demandas, decorrentes do rápido processo de envelhecimento da população.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que resulta da melhoria das condições gerais de vida, da acentuada queda nas taxas de mortalidade e fecundidade, e de causas relacionadas com a transição epidemiológica, além da melhoria dos serviços de saúde.

A transição epidemiológica configura a mudança nos padrões de morbidade, invalidez e morte, pela substituição ou superposição das doenças transmissíveis, pelas doenças crônicas e suas complicações. Pode-se citar como exemplo as sequelas do acidente vascular encefálico, as fraturas após quedas, as doenças cardíacas, a doença pulmonar obstrutiva crônica, as consequências do diabetes: amputações e cegueira e a dependência causada pelas demências. Tanto a transição demográfica quanto a epidemiológica ocorre de modo desigual na população, demonstrando a heterogeneidade nas formas de adoecimento dependência e morte (CHAIMOWICZ, 2006).

A população brasileira envelhece rapidamente e nessa população, a parcela “mais idosa, muito idosa ou em velhice avançada” com 80 anos e mais, é a que mais cresce. Este subgrupo representa aproximadamente 14% da população idosa e 1,5% da população brasileira, e as projeções para 2040 indicam que corresponderão a um quarto da população idosa e 7% da população total, somando cerca de 13,7 milhões (CAMARANO; MELO, 2010).

O envelhecimento da população idosa é um grande desafio a ser enfrentado pelas políticas para esse seguimento, principalmente na área de saúde. Essa parcela da população geralmente apresenta grande carga de doenças, crônicas, limitações funcionais, consomem mais recursos de saúde (CALDAS, 2003, LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008) e geram gastos para a família, esses ainda não conhecidos no Brasil (CALDAS, 2003).

Desta forma é importante o papel das políticas públicas para o cuidado da população que envelhece. A 1ª Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, em

1982, elaborou o Plano Internacional de Viena (ONU, 1982), que contem 62 pontos e abrangendo as questões de desenvolvimento, melhoria da saúde e bem estar na velhice, habitação e meio ambiente. Em 1991, o documento Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, destaca a independência, participação, cuidado e autorrealização como importantes para a qualidade de vida deste segmento da população.

A segunda Assembleia Mundial realizada em Madri 20 anos depois, com objetivo de estabelecer uma política internacional de envelhecimento para o século XXI, destacou a questão da prioridade às pessoas mais velhas, melhorando a saúde e o bem estar na velhice: promoção do envelhecimento saudável, a participação ativa dos idosos na sociedade e criação de um entorno propício e favorável.

A partir dessas recomendações a Organização Mundial de Saúde elaborou o documento Envelhecimento Ativo uma Política de Saúde (WHO, 2005) que define a manutenção da autonomia e da independência como a principal meta para indivíduos e governantes no processo de envelhecimento, e destaca a promoção da qualidade de vida, não só para os que estão envelhecendo, mas também para as pessoas frágeis e incapacitadas que demandam cuidados.

Em 2005, no Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu o Pacto em Defesa da Vida, na agenda de compromissos pela saúde, definindo três prioridades de fundamental importância para o planejamento de saúde da pessoa idosa: a saúde da pessoa idosa; a promoção de saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa define a Atenção Básica/Programa de Saúde da Família como a porta de entrada da população idosa, que será referenciada para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade (BRASIL, 2006a).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) tem como diretrizes: a promoção do envelhecimento o ativo e saudável; atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo das ações intersetoriais, visando a integralidade da atenção; e como meta final a saúde de todos os idosos, principalmente, as pessoas idosas, mais frágeis com maior risco de vulnerabilidade (BRASIL, 2006b)

Esta política considera que o conceito de saúde para o indivíduo idoso se orienta pela condição de autonomia e independência mais do que pela presença ou ausência de doença orgânica; e que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida, é a perda de sua capacidade funcional.

Entretanto, mesmo sendo a legislação brasileira, avançada no que diz respeito aos cuidados com a população idosa, e tenha se tornado cada vez mais abrangente, no Brasil, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte da face oculta da opinião pública (KARSH, 2003). Portanto, são necessários estudos que contribuam com novas propostas de assistência que respondam a essas questões.

Para a assistência a idosos hoje, é importante a busca de conceitos e metodologias de abordagem para a avaliação de condições de saúde, como: dependência/incapacidade funcional, fragilidade, comorbidades, dentre outras.

A dependência é considerada como a dificuldade ou incapacidade para a realização das atividades necessárias para viver independente (ALVES et al., 2008). O comprometimento das AVD atividades de vida diária básicas ou instrumentais afeta a funcionalidade do idoso, levando ao processo incapacitante (DUARTE, 2005, 2006 apud DUARTE et al., 2010), que por sua vez pode ser causado por doenças crônicas não controladas (DUARTE et al., 2010).

As ABVD e as AIVD são reconhecidas por diversos estudos como os principais indicadores de incapacidade funcional (ALVES et al., 2008). As ABVD envolvem as tarefas mais simples e referentes ao autocuidado como: alimentar-se, usar o banheiro, ter continência, locomover-se, tomar banho, etc. e geralmente são medidas pela Escala de Katz et al. (1963). As AIVD representam as tarefas mais complexas, com fazer compras, cozinhar, arrumar a casa, usar o telefone, usar transporte, tomar remédio, lavar roupa e ter habilidade para lidar com as próprias finanças. Essas funções permitem a vida independente na comunidade e são medidas pela Escala de Lawton e Brody (1969).

Existem ainda as atividades avançadas de vida diária (AAVD), como dirigir carro, cantar, viajar, etc., essas embora não sejam fundamentais para a vida independente, são indicadoras de maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental (AYKAWA; NERI, 2005).

Geralmente quanto maior o número de AVD comprometidas mais severa é a incapacidade “a prevalência de dificuldades ou necessidade de ajuda para realizar ABVD é inferior às demais medidas de incapacidade funcional” (ALVES et al., 2008, p.1204). Estudo de revisão de literatura sobre incapacidade funcional concluiu que não existe um método universal para operacionalizar a incapacidade funcional, sendo indispensável a explicitação do conceito e instrumentos utilizados em seus estudos (ALVES et al., 2008).

Outro grande problema de saúde que acomete os idosos é a fragilidade. O conceito de fragilidade ainda não tem um consenso. Segundo pesquisadores na área da saúde a fragilidade é uma condição multifatorial, caracterizada por vulnerabilidade aos efeitos adversos (FRIED et al.; 2004; ROCKHOOD et al., 2005). Pesquisas vêm sendo desenvolvidas nesta área buscando operacionalizar um conceito de fragilidade e ampliar conhecimentos com vistas à prevenção e tratamento.

Dois grupos desenvolvem pesquisas, um nos Estados Unidos, que trabalha com a fragilidade física, com as propostas de marcadores de mobilidade e incapacidade e o fenótipo, este representado pelos indicadores: perda de peso, exaustão, diminuição da preensão, baixo nível de atividade física e lentidão medida pela velocidade de marcha, e busca diferenciar a síndrome fisiológica das entidades clínicas comorbidade e incapacidade. Outro grupo, no Canadá, o *Canadian Initiative on Frailty and Aging* (CIF-A), em parceria com outros países busca conceituar; elaborar estratégias de prevenção e tratamento e recomendações para políticas de saúde e a diferenciação de conceitos (TEIXEIRA et al., 2005).

Segundo Fried et al. (2001), embora possam ocorrer simultaneamente; a fragilidade, a comorbidade e a incapacidade são condições clínicas distintas. Incapacidade é considerada a dificuldade ou dependência de outros para a realização das

atividades de vida diária, básicas ou instrumentais. Comorbidades é presença de duas ou mais doenças identificadas por um diagnóstico médico, a partir de critérios estabelecidos. É um grande desafio, identificar, avaliar e tratar o idoso frágil, pessoa idosa que sofreu um declínio funcional, resultado da combinação doença e idade. A fragilidade tem alta prevalência com o avançar do envelhecimento, entre 10 e 25% acima de 65 anos e 46% acima de 85 anos e apresentam alto risco para efeitos adversos, como institucionalização, quedas, hospitalização e morte (HEKMAN, 2006).

De acordo com a PNSPI considera-se frágil ou em situação de fragilidade o idoso que:

- a. vive em instituição de longa permanência (ILPI);
- b. encontra-se acamado;
- c. esteve internado recentemente por qualquer razão;
- d. apresente doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional, acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputações de membros;
- e. encontra-se pelo menos com uma incapacidade funcional básica, ou viva situações de violência doméstica;
- f. idade de 75 anos ou mais conforme literatura. Critérios passíveis de serem modificados de acordo com a realidade local (BRASIL, 2006b).

Estudos sobre fragilidade têm sido desenvolvidos no Brasil, e uma dificuldade encontrada é a falta de instrumentos padronizados segundo um conceito universal (FHON et al., 2012 ).

A dependência e a fragilidade constituem desafios no processo de envelhecimento, tornando-se questões indispensáveis quando se pensa, organiza ou estabelece serviços voltados para a população idosa. O feito que poucas pessoas conseguiram há algumas décadas, é hoje uma realidade para muitos: chegar à velhice, mesmo nascendo e vivendo nos países em desenvolvimento (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Desta forma esse tema necessita ser contemplado nas políticas de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde do idoso.



O aumento da longevidade precisa ser acompanhado pela manutenção e melhoria da qualidade de vida. Ações para que as pessoas mais velhas se mantenham ativas e saudáveis, principalmente nos países em desenvolvimento, são fundamentais (WHO, 2005). Políticas e programas são necessários para manter e promover o envelhecimento ativo, para prevenir e retardar incapacidades e doenças crônicas e manter o bem estar apesar da presença de alguma doença e/ou incapacidade.

O envelhecimento populacional brasileiro vem se acentuando aceleradamente. Ele decorre da melhora das condições de vida e saúde, de saneamento e infraestrutura básica, avanços da medicina e tecnologia (RODRIGUES; RAUTH, 2006). Entretanto, esses avanços não têm sido acompanhados de medidas de promoção de saúde e prevenção das doenças, de forma suficiente para alcançar a melhoria da qualidade de vida da população idosa, no âmbito social e de saúde.

Os comprometimentos advindos da longevidade estão frequentemente associados à incapacidade funcional, fragilidade e comorbidades e têm implicações para o cotidiano do próprio indivíduo, de sua família, da sociedade e do poder público. Assim, o conhecimento sobre incapacidade funcional permite a criação, execução e atualização de programas específicos de atenção ao idoso, uma vez que é um importante indicador do estado de saúde (RAMOS, 2003; DEL DUCA et al., 2009).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar o perfil dos idosos encaminhados pela Atenção Primária de Belo Horizonte para atendimento no Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, no período de janeiro a dezembro de 2011, quanto à dependência funcional e as incapacidades.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a. Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos idosos atendidos pelo Instituto Jenny de Andrade Faria (IJAF).
- b. Caracterizar o perfil de dependência funcional e das incapacidades dos idosos atendidos.
- c. Caracterizar o perfil de dependência e outras variáveis dos idosos por distrito sanitário.

## 4 MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo, transversal, retrospectivo realizado a partir dos dados coletados dos planos de cuidado das pessoas idosas encaminhadas pela Atenção Básica à Saúde do município de Belo Horizonte/MG para atendimento no Centro Mais Vida, (CMV) no Instituto Jenny de Andrade Faria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Geras (IJAF/HC/UFMG) no ano de 2011, tendo como foco de atenção, a dependência e incapacidades desses idosos.

Local do estudo: Centro Referência do Idoso do Hospital das Clínicas da UFMG/Programa Mais Vida-CRI/HC/UFMG-PMV.

O Hospital das Clínicas da UFMG presta serviço especializado ao idoso desde 1996, com a criação do Ambulatório de Geriatria. Em 1999 foi instituído o Núcleo de Geriatria e Gerontologia (NUGG-HC), responsável pela integração das ações voltadas para o envelhecimento na UFMG. As atividades do ambulatório têm caráter interdisciplinar e conta com a atuação da fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem, fonoaudiologia, medicina, odontologia, educação física, acupuntura, psiquiatria, psicologia, neuropsicologia, nutrição, serviço social.

Em 2003, este trabalho foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, sendo credenciado como primeiro Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso do Estado de Minas Gerais e responsável pelo programa de assistência aos portadores de doença de Alzheimer no Estado. Em 5 de abril de 2010, foram inauguradas as novas instalações do Centro de Referência em Saúde do Idoso do HC-UFMG recebendo o nome de Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso. O Instituto representa um marco para a atenção ao idoso em Minas Gerais.

Em setembro de 2010, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) credenciou o serviço como "Centro Mais Vida da Macrorregião Centro I" para o município de Belo Horizonte, com a atribuição de desenvolver o Programa

Mais Vida. O PMV tem como foco o idoso frágil que é encaminhado pela Atenção Primária/Equipe Saúde da Família (APS/ESF).

Os Centros Mais Vida (CMV) são Centros de Referência em Atenção Secundária Especializada que têm por missão “a assistência especializada, por equipe multidisciplinar de saúde, à população idosa frágil,” encaminhada pela atenção primária. Outra atribuição do Centro é a formação de recursos humanos (MINAS GERAIS, 2011).

O PMV é um projeto do Governo estadual, considerado prioritário. No Município de Belo Horizonte o Programa ocorre em uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado-SES/MG, a Secretaria Municipal de Saúde SMS/PBH e o HC/UFGM. Visando um padrão de excelência nas ações de saúde e proporcionar longevidade com autonomia e independência à população de idosos, os Centros Mais Vida têm como atribuição:

- a. executar o papel de centro de referência de atenção secundária, com vistas ao diagnóstico clínico e funcional da população referenciada, considerando suas competências e complexidades, para o Sistema Único de Saúde com habilitação nas áreas ambulatorial e serviços de apoio diagnóstico;
- b. contar com toda equipe multiprofissional conforme critérios populacionais observando as atribuições de cada categoria profissional;
- c. disponibilizar equipe multidisciplinar para avaliação da população acima de 60 anos adscrita a cada macrorregião referenciada pela rede de atenção primária à saúde, considerada de risco alto ou frágil (idoso de risco alto/idoso frágil), de acordo com critérios da linha guia “Atenção à saúde do Idoso”. Ou que apresente dúvida diagnóstica, falha terapêutica e/ou complicações;
- d. atender idosos frágeis da macrorregião sede de cada Centro Mais Vida;
- e. prover atendimento inicial a microrregiões segundo critérios populacionais, de malha viária, de presença de recursos humanos capacitados para atenção qualificada ao idoso e de sistema logístico de apoio estruturado estendendo gradualmente a toda a macrorregião.

**Critérios de encaminhamento para geriatria (Prorama Mais Vida): idoso frágil**

- I. Idoso com 80 anos ou mais.
- II. Idoso com 60 anos ou mais que apresente no mínimo uma das características abaixo:
  - Polipatologia (cinco diagnósticos ou mais);
  - Polifarmácia (cinco medicamentos ou mais ao dia);
  - Imobilidade parcial ou total;
  - Incontinência urinária ou fecal;
  - Instabilidade postural (quedas de repetição);
  - Incapacidade cognitiva;
  - História de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar;
  - Dependência nas atividades básicas de vida diária;
  - Insuficiência familiar: alta vulnerabilidade social (MORAES, 2012b).

A avaliação multidimensional do idoso propicia a elaboração do plano de cuidados que é encaminhado para a equipe atenção básica, na rede, referência-contrarreferência na qual o Programa Mais Vida está inserido

A atuação do IJAF está organizada de acordo com o modelo do SUS em Belo Horizonte, comportando-se como ponto de atenção secundária da rede municipal de saúde para a pessoa idosa e fazendo o matriciamento das ações desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS).

**População alvo**

Idosos com 60 anos ou mais encaminhados pela Atenção Primária do município de Belo Horizonte/MG, em 2011.

## **Etapas do estudo**

### **4.1 Revisão bibliográfica**

Realizou-se pesquisa da produção técnico-científica publicada no período de 2002 a 2012, no tema atenção à saúde do idoso, dependência e fragilidade. As bases de dados utilizadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol em Ciência da Saúde (IBECS); Literatura Internacional em Ciências da Saúde e Biomédica (MEDLINE); Revisões Sistemáticas de Colaboração Cochrane – (Biblioteca COCHRANE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) nos idiomas português, espanhol e inglês, em busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). As consultas foram realizadas no período de janeiro a outubro de 2012, e realizado refinamento das estratégias de busca nos meses de outubro e dezembro de 2012.

Os descritores foram obtidos a partir da consulta às bases de dados e de leituras prévias de artigos, conforme descritos a seguir com os respectivos sinônimos: assistência a idosos: sem sinônimo; idosos: pessoa idosa; idosos de 80 anos ou mais octogenários, nonagenários, centenários, idoso com 80 ou mais anos, idosos de 80 anos e mais; idoso fragilizado: idosos fragilizados, idoso dependente, idosos dependentes, idoso com deficiência funcional, idoso débil, idoso debilitado, idosos debilitados. Foram utilizados também os termos livres: incapacidade funcional, dependência funcional, funcionalidade e terceira idade.

A seleção foi feita com base na leitura dos resumos dos artigos encontrados. Foram considerados como critérios de inclusão: os assuntos de maior relação e pertinência com a temática estudada; textos completos; artigos redigidos em português, inglês ou espanhol disponibilizados nas bases de dados pesquisadas. Foram excluídos artigos publicados em outros idiomas, textos incompletos e aqueles não disponíveis nas bases pesquisadas.

Foram consultadas também as fontes de dados: <http://scholar.google.com.br>, e documentos publicados pela ONU/OPAS e Brasil sobre políticas para pessoas idosas; livros e capítulos de livros de relevância sobre o tema estudado.

Os artigos selecionados foram organizados em uma planilha contendo as seguintes informações: data, base de dados, idioma, título/referência, palavras-chave, resumo e ano de publicação para melhor organização do estudo e será elaborado um artigo de revisão de literatura.

#### **4.2 Material de estudo e fonte de informação**

Foram utilizadas as informações contidas nos planos de cuidado dos idosos atendidos no IJAF no ano de 2011 (ANEXO A). Não houve consulta aos prontuários clínicos dos pacientes.

O plano de cuidados é um instrumento de interação na rede de cuidados. “É uma estratégia utilizada para a organização do cuidado onde se definem claramente quais são os problemas de saúde do paciente” (MORAES, 2012b). Ele norteia o tratamento a ser realizado considerando a categoria médica e não médica (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutrição, serviço social, enfermagem, farmácia, odontologia, etc.) sendo elaborado após todas as avaliações interdisciplinares e realização dos exames complementares.

O instrumento registra um retrato clínico da pessoa idosa assistida, o diagnóstico funcional global, que consta de problemas de saúde/diagnósticos. As intervenções mais adequadas com as respectivas justificativas e quais os profissionais e equipamentos de saúde são necessários. As indicações envolvem ações preventivas e/ou promocionais, curativas e/ou paliativas e reabilitadoras. O Plano abrange os seguintes aspectos: ABVD: (tarefas mais simples como: tomar banho, vestir-se, usar o banheiro sozinho, controle de esfíncter, transferir-se e alimentar-se); AIVD: (controlar finanças, fazer compras, preparar as refeições, sair sozinho, arrumar a casa, etc.) Para o diagnóstico dos principais sistemas funcionais, cognição, humor, mobilidade e comunicação, são utilizados os seguintes testes: Mini

Exame do Estado Mental (MEEM); reconhecimento de figuras; lista de palavras do CERAD; fluência verbal; teste do relógio; escala geriátrica de depressão; avaliação do membro superior: ombro, braço, antebraço e mão; *timed up and go test*; teste de Romberg, *Nudge test*, equilíbrio unipodálico; Snellen modificado; teste do sussurro e avaliação de voz fala e deglutição. O plano de cuidados é resultado das informações do protocolo de avaliação multidimensional do idoso.

### **4.3 Amostra**

Foram selecionados aleatoriamente 894 planos de cuidados de um universo de 4.574 planos referentes aos atendimentos realizados no ano de 2011. A amostra foi estratificada segundo o distrito sanitário ao qual pertence o centro de saúde que realizou o encaminhamento. O erro amostral considerado foi de 3%. Foram excluídos 13 planos pela ausência de todos os dados necessários, sendo a amostra final constituída de 881 planos de cuidado.

### **4.4 Construção do banco de dados**

Para a construção do banco de dados foram cumpridas as seguintes etapas:

- a. elaboração de uma listagem dos pacientes por ordem alfabética. A fonte de informação dos dados foi o Sistema de Regulação da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (SISREG-PBH);
- b. exclusão da relação as consultas não realizadas;
- c. elaboração de listagem dos pacientes atendidos no IJAF no período de janeiro a dezembro de 2011 por distrito sanitário, em ordem alfabética;
- d. elaboração de cálculo amostral da população;
- e. seleção de 894 planos de cuidado por estratificação segundo os Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte considerando um erro amostral de 3% (BARBETTA, 2002);
- f. identificação dos planos de cuidados de acordo com os números selecionados aleatoriamente;



- g. substituição pelo número anterior no caso de não localização do plano de cuidado;
- h. seleção dos números aleatórios por meio da função “aleatório” do programa Microsoft Excel, versão 2003;
- i. elaboração de um instrumento para coleta de dados, pré-teste do instrumento e realização das adequações necessárias do instrumento após o pré-teste, em seguida criou-se a “máscara” do instrumento de coleta para digitação dos dados no pacote estatístico SPSS versão 20;
- j. busca dos Planos de Cuidado no sistema de Informação do IJAF;
- k. alimentação do banco de dados pela digitação das informações coletadas dos planos de cuidado;
- l. checagens da consistência da digitação;
- m. checagem do banco de dados.

### Variáveis estudadas

As variáveis estudadas estão descritas no quadro 1.

#### QUADRO 1 - Variáveis estudadas

Variáveis	
AVD básicas	(1) semidependencia (2) dependência incompleta (3) dependência completa
AVD instrumentais	(1) dependência parcial (2) dependência total
Dependencia	(1) sim (2) não
Idade	(1) 60 a 69 anos (2) 70 a 79 anos (3) 80 anos e mais
Sexo	(1) masculino (2) feminino
Escolaridade	(1) analfabeto (2) ensino fundamental (3) ensino médio e superior
Cognição comprometida	(0) não (1) sim
Humor comprometido	(0) não (1) sim
Mobilidade/alcance-preensão-pinça comprometida	(0) não (1) sim
Mobilidade/postura-marcha-transferência comprometida	(0) não (1) sim
Continência urinaria comprometida	(0) não (1) sim

Continua

Quadro 1 - conclusão

<b>Variáveis</b>	
Continência fecal comprometida	(0) não (1) sim
Visão comprometida	(0) não (1) sim
Audição comprometida	(0) não (1) sim
Voz/fala comprometida	(0) não (1) sim
Alterações do sono	(0) não (1) sim
Alteração do estado nutricional	(0) não (1) sim
Saúde bucal comprometida	(0) não (1) sim
Polifarmácia	(1) até 4 medicamentos (2) 5 medicamentos e mais
Dependência	(1) sim (2) não
Polipatologia	(0) até 4 (1) 5 e mais
Subnutrição	(0) não (1) sim
Dependência em ABVD	(0) não (1) sim
Dependência em AIVD	(0) não (1) sim
Classificação do idoso	(1) idoso frágil (2) idoso robusto
Depressão	(0) não (1) sim
Demência	(0) não (1) sim

Fonte: elaborado pela autora.

Foram consideradas as variáveis relacionadas à dependência (e fragilidade de acordo com as definições seguintes).

## **Dependência**

Considera-se o idoso dependente aquele que apresenta declínio funcional e incapacidade funcional para realização de uma ou mais funções das Atividades de Vida Diária (AVD):

- a. **Atividade Básica de Vida Diária (ABVD).** É definida como capacidade funcional para a realização das atividades básicas da vida diária como, por exemplo, alimentar-se, banhar-se vestir-se (KATZ et al., 1963). A dependência para as ABVD podem ser classificadas como semidependência, dependência incompleta e dependência completa (MORAES, 2012);
- b. **Atividade Instrumental de Vida Diária (AIVD).** É definida como capacidade funcional para a realização das atividades instrumentais como, por exemplo:

fazer compras, preparar comida, arrumar a casa, sair de casa desacompanhada, usar o telefone (LAWTON; BRODY, 1969). A dependência para as AIVD podem ser classificadas como dependência parcial e dependência total.

Foi considerado como idoso dependente aquele que possuía qualquer nível de dependência para ABVD e/ou para qualquer nível de AIVD.

### **Fragilidade**

Foram adotados os seguintes critérios para classificar os idosos:

- a. **idoso frágil** - idoso que tenha pelo menos uma das seguintes condições: ter 80 anos ou mais, ter algum nível de dependência para ABVD ou AIVD, ter polipatologia, polifarmácia ou subnutrição (MORAES, 2012a);
- b. **idoso robusto** - idoso que não apresenta condições crônicas de saúde de maior vulnerabilidade e tenha capacidade de gerenciar sua vida, com autonomia e independência (MORAES, 2012a).

### **4.5 Testes estatísticos**

Foi realizada análise estatística descritiva das variáveis de interesse utilizando-se o programa SPSS versão 20; descrição das frequências e avaliação da significância estatística das diferenças com o teste Qui-quadrado.

Foram realizados os seguintes testes estatísticos:

- a. estatística das diferenças entre as frequências. Foi aplicado o teste de Qui-quadrado (LILIENFELD; LILIENFELD, 1980; SPIEGEL, 1979) utilizando a função Descrição das frequências a partir da função analisar → estatísticas descritivas → frequências do pacote estatístico SPSS versão 20;
- b. avaliação da significância analisar → estatísticas descritivas → tabela de referência cruzada do pacote estatístico SPSS versão 20;

- c. o valor mínimo de significância considerado foi de 95% para todos os testes aplicados.

#### **4.6 Requisitos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG, Plataforma Brasil, conforme resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), CAAE – 09099612.3.0000.5149 e Diretoria de Ensino e Pesquisa (DEPE) do HC/UFMG (ANEXO B, C).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos Planos de Cuidado elaborados para os 881 idosos atendidos no PMV, observou-se o predomínio do sexo feminino (73,2%), das faixas etárias de 70-79 (40,5%) e 80 anos e mais anos (40,6%).

Também se observou que 66,5% da população estudada cumpriu apenas o ensino fundamental

A frequência de idosos frágeis foi de 92,1% o que era esperado. O declínio funcional nas atividades de vida diária instrumental foi de 54,6% e nas atividades básicas 23,5%. A incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a incontinência urinária e problemas de mobilidade e comunicação foram observados em mais da metade da população da amostra.

A TAB. 1 apresenta as principais características quanto ao gênero, idade e escolaridade dos idosos atendidos no período pesquisado.

**TABELA 1** - Características dos idosos atendidos no IJAF, Belo Horizonte, 2011

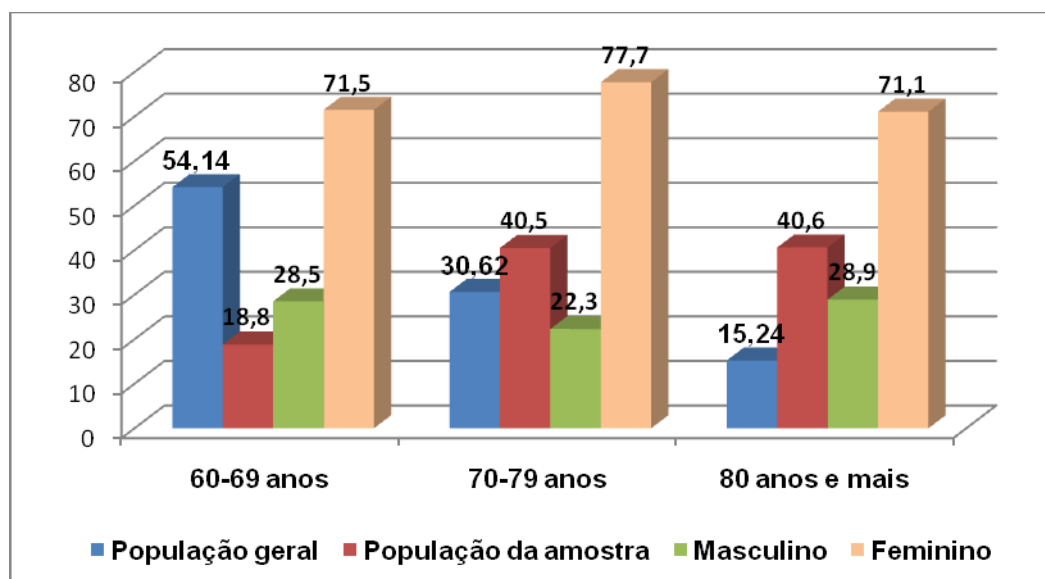
Variáveis	n	%
Sexo N=876		
• Feminino	647	73,9
• Masculino	229	26,1
Idade N=881		
• 60-69	166	18,8
• 70-79	357	40,5
• 80 e mais	358	40,6
Escolaridade N=840		
• Analfabeto	237	28,2
• Ensino fundamental	559	66,5
• Ensino médio e superior	44	5,2

Fonte: dados da pesquisa.

Constatou-se com o estudo que a maioria dos idosos encaminhados era do sexo feminino (73%), resultado bem mais elevado, em relação à população geral do Município de Belo Horizonte, que é de 60% (IBGE, 2011).

Este achado poderia ser explicado pela feminização da velhice, enquanto aumento relativo do número de mulheres na população idosa, fenômeno amplamente descrito na literatura, explicado pela menor mortalidade feminina, maior longevidade das mulheres, e como fenômeno que ocorre com maior frequência nos centros urbanos e que aumenta quando estratificado por subgrupos de idade (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008) o que foi constatado neste trabalho quando estratificado por faixas etárias (GRAF. 1).

**GRÁFICO 1** - Distribuição percentual da população idosa do município de Belo Horizonte e da amostra do estudo segundo a faixa etária e gênero, Belo Horizonte, 2011



Fonte: dados da pesquisa

A maior frequência de mulheres no atendimento realizado pelos serviços públicos de saúde é uma realidade observada, particularmente na APS, origem dos encaminhamentos dos idosos desse estudo (IBGE, 2011) (TAB. 2).

**TABELA 2** - Distribuição dos idosos por faixa etária e sexo segundo os distritos sanitários do Município de Belo Horizonte, 2010

Distrito	60- 69 anos		70-79 anos		80 anos e mais	
	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc
<b>Barreiro</b>	9.094	7.301	4.684	3.419	2.008	986
<b>Centro sul</b>	14.671	11.033	9.288	5.895	6.809	2.956
<b>Leste</b>	10.563	7.244	7.229	4.152	4.381	1.906
<b>Nordeste</b>	10.633	7.955	6.436	3.094	3.479	1.622
<b>Noroeste</b>	14.671	10.314	9.699	5.891	5.489	2.478
<b>Pampulha</b>	7.049	5.183	3.763	2.533	1.778	876
<b>Oeste</b>	11.143	7.962	6.628	4.170	3.660	1680
<b>Norte</b>	6.543	5.104	3.509	2.606	1.699	860
<b>Venda Nova</b>	8.754	6.834	4.458	2.159	1.976	902
<b>Total</b>	92.211	68.930	55.694	35.929	31.279	14.234

Fonte: IBGE, censo 2010

Este achado permite formular pelo menos duas hipóteses: a primeira seria a frequência maior de idosas frágeis na população em geral e a maior longevidade das mulheres. Outra hipótese seria a possibilidade de um subdiagnóstico do idoso frágil masculino em função da falta da busca ativa de idosos frágeis por parte da equipe de saúde. Os homens buscam menos os serviços de saúde na atenção primária e morrem mais precocemente do que as mulheres, embora sejam portadores de mais condições severas e crônicas (GOMES et al., 2007).

Estudos realizados a partir dos dados do Projeto Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) constataram que, embora o sexo masculino tenha menor esperança de vida, tem a vantagem de viver maior proporção de anos sem incapacidade em relação às mulheres. No mesmo estudo verificou-se a presença de limitações funcionais em 14,8% dos homens e 22,5% nas mulheres; 15,6% nos idosos mais novos 60-74 anos e 32,2% nos mais idosos 75 anos e mais (SANTOS, 2003).

A idade dos idosos atendidos no PMV variou de 60 a 107 anos, apresentando média de 77 anos. Foram encontrados resultados diferentes na distribuição dos idosos na

população em geral e na população do estudo em relação à faixa etária. Na população em geral o maior percentual de idosos está na faixa etária de 60 a 69 anos e no estudo, na faixa etária de 80 anos e mais (GRÁF. 2).

Em se tratando de um serviço especializado, este comportamento era esperado. Chamou a atenção, em relação à população do estudo, (GRÁF. 2) a frequência de idosos na faixa etária de 70 a 79 anos que teve uma distribuição bastante semelhante à observada na faixa de 80 anos e mais.

Quanto à escolaridade houve predomínio do ensino fundamental (66,5%) seguido dos analfabetos (28,2%) (TAB.1). Foi observada relação significativa da escolaridade com a idade ( $p < 0,001$ ) e com a fragilidade. Vários estudos relatam que a baixa escolaridade, está associada com baixa qualidade de vida e menor acesso à informação. O Projeto Saúde Bem-Estar e Envelhecimento relata que o rendimento de um idoso com algum grau de escolaridade é mais de cem vezes superior ao de outro idoso que não teve a mesma oportunidade (LEBRÃO; LAURENTI, 2005). Estudo na Região Metropolitana de Belo Horizonte, usando escolaridade como indicador de situação socioeconômica, mostrou que idosos ou adultos com menor escolaridade apresentam piores condições de vida (LIMA-COSTA, 2004).

### **Dependência e fragilidade**

A dependência nas atividades de vida diária básica encontrada foi de 23,5% (207 idosos) nas atividades instrumentais 54,6% (481 idosos) (TAB.3).



**TABELA 3** - Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, dependência e fragilidade

Variáveis	N	n	%
Dependência AVD básica	881	207	<b>23,5</b>
Dependência AVD instrumental	881	481	<b>54,6</b>
Idoso frágil	881	811	<b>92,1</b>
Comprometimento cognição	881	457	<b>51,9</b>
Comprometimento humor	881	459	<b>52,1</b>
Comprometimento preensão	881	44	5,0
Comprometimento postura	881	475	<b>53,9</b>
Comprometimento capacidade aeróbica	881	161	18,3
Comprometimento continência urinária	881	444	<b>50,4</b>
Comprometimento continência fecal	881	122	13,8
Comprometimento visão	881	640	<b>72,6</b>
Comprometimento audição	881	306	34,7
Comprometimento fala	881	92	10,4
Comprometimento do sono	881	380	43,1
Comprometimento da saúde bucal	881	572	<b>64,9</b>
Comprometimento do estado nutricional	881	301	34,2
Depressão	881	329	37,3
Demência	881	231	26,2
Subnutrição	881	22	2,5
Polifarmácia – 5 medicamentos ou mais	722	345	39,2
Polipatologia – 5 patologias ou mais	881	487	<b>55,3</b>

Fonte: dados da pesquisa.

A incapacidade funcional para a execução das atividades de vida diária, tanto as básicas quanto as instrumentais, apresentaram comprometimento progressivo com o avançar da idade (TAB. 4). Na faixa de 80 e mais anos, mais de 30% de declínio nas atividades básicas e quase 70% nas instrumentais. Esses resultados chegam a duas vezes e meia o valor da faixa de 60-69 anos. Esta situação remete à necessidade de políticas e serviços específicos, para esta faixa etária, pois requer maior cuidado.

**TABELA 4** – Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, dependência e fragilidade segundo as faixas etárias

	<b>60-69 anos</b>	<b>70-79 anos</b>	<b>80 anos e +</b>	<b>p</b>
Analfabeto	26,5	24,9	32,4	<b>&lt;0,001</b>
Ensino fundamental	62,3	69,6	65,5	
Médio e superior	11,1	5,6	2,1	
Idoso frágil	78,9	90,2	100,0	<b>&lt;0,001</b>
Dependência de AVD básica	13,3	19,6	32,1	<b>&lt;0,001</b>
Dependência de AVD instrumental	28,3	48,5	69,6	<b>&lt;0,001</b>
Polipatologia	38,0	56,6	62,0	<b>&lt;0,001</b>
Polifarmácia	47,8	55,5	40,1	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento de cognição	32,5	48,5	64,8	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento do humor	56,6	54,3	47,2	0,064
Comprometimento da preensão	4,2	4,5	5,9	0,612
Comprometimento da postura	36,1	48,5	67,6	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento da capacidade aeróbica	15,7	16,0	21,8	0,082
Comprometimento continência urinária	34,3	52,1	56,1	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento continência fecal	8,4	11,5	18,7	0,002
Comprometimento da visão	67,5	72,5	75,1	0,074
Comprometimento da audição	19,3	30,3	46,4	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento da fala	12,7	10,9	8,9	0,403
Comprometimento do estado nutricional	39,2	30,5	35,5	0,122

Fonte: dados da pesquisa.

Estudo realizado na Região Metropolitana da Belo Horizonte mostrou que a prevalência de dificuldade ou da incapacidade total para a realização das AVD aumentou progressivamente com a idade (GIACOMIN et al., 2008).

Em outro estudo realizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte a incapacidade para realizar pelo menos uma ABVD aumentava em 2,5% na faixa de 60-69 anos para 4,6% na faixa de 70-79 anos e 17,3% na faixa de 80 e mais anos. Nas AIVD aumentou de 8,2% para 18,5% e 47,0% nas mesmas faixas etárias (LIMA-COSTA, CAMARANO, 2008). As autoras chamam atenção para o fato de que

a idade, independente de outros fatores, prediz a incapacidade funcional. A dependência nas atividades de vida diária representa uma situação cada vez mais complexa, para o idoso e para a família, principalmente quando o idoso passa a depender de outra pessoa para a realização de atividades, como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, etc., ou seja, a necessidade de cuidador.

Estudos têm mostrado, em relação à dependência, que há diferenças entre homens e mulheres. Estudo realizado por Giacomini et al. (2008) mostrou prevalência de incapacidade para realização de AVD mais alta em mulheres em relação aos homens, entretanto a diferença desapareceu após análise de características intra e extraindividuais. O estudo aponta questões que podem justificar a diferença de gênero: maior longevidade das mulheres em relação aos homens; maior prevalência de condições incapacitantes e devido à mulher reportar maior número de condições de saúde em relação aos homens. No presente estudo não se observou diferença estatisticamente significativa entre os sexos, embora, os homens apresentassem maior comprometimento nas ABVD e as mulheres nas AIVD (TAB. 5). Este resultado corrobora achados de estudos realizados por Del Duca et al. (2009) e Rosa et al. (2003).

**TABELA 5** - Distribuição de frequências das variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, dependência e fragilidade segundo o sexo

	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>p</b>
60 a 69 anos	20,5	18,2	0,096
70 a 79 anos	34,5	42,7	
80 anos e mais	45,0	39,1	
Analfabeto	24,9	29,4	0,090
Ensino fundamental	71,9	64,6	
Médio e superior	3,2	6,0	
Idoso frágil	94,3	91,3	0,150
Dependência de AVD básica	<b>25,3</b>	22,7	0,423
Dependência de AVD instrumental	50,7	<b>54,3</b>	0,349

Continua

Tabela 5 – conclusão

	Masculino	Feminino	p
Polipatologia	51,5	56,4	0,201
Polifarmacia	50,6	46,9	0,400
Comprometimento de cognição	58,5	49,5	<b>0,025</b>
Comprometimento do humor	44,5	54,5	<b>0,009</b>
Comprometimento da preensão	3,9	5,4	0,378
Comprometimento da postura	53,7	53,8	0,984
Comprometimento da capacidade aeróbica	18,3	18,2	0,972
Comprometimento continência urinária	45,0	51,9	0,070
Com comprometimento continência fecal	11,4	14,8	0,191
Com comprometimento da visão	72,9	72,5	0,899
Com comprometimento da audição	40,6	32,5	<b>0,026</b>
Com comprometimento da fala	10,9	10,2	0,760
Com comprometimento do estado nutricional	23,1	38,0	<b>&lt;0,001</b>

Fonte: dados da pesquisa.

O Projeto Epidoso, primeiro estudo longitudinal brasileiro, realizado com idosos da cidade de São Paulo, concluiu que quase metade da população precisava de ajuda para pelo menos uma atividade de vida diária. Em outro estudo realizado com idosos em Ouro Preto, MG (CHAIMOWICZ, 2006), 48% dos idosos apresentaram necessidade de ajuda para pelo menos uma ABVD ou AIVD. Em estudo com dados do Estudo Saúde Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) em São Paulo encontrou-se 19,2% de comprometimento de ABVD em 2000, passando para 26,6% em 2006. Nas AIVD passou de 26,3% para 38,5% (DUARTE et al., 2010).

As limitações nas AVDs são progressivas e dependendo do grau de acometimento demandam 24 horas de cuidados. Estudo de Oliveira et al. (2007) levanta importante discussão sobre necessidade, quantidade, e qualidade de ajuda necessária a idosos dependentes. Segundo Alves et al. (2007), a incapacidade funcional leva à vulnerabilidade e dependência na velhice, prejudicando a qualidade de vida e bem-estar dos idosos, implicando na dinâmica familiar.

Quanto à fragilidade, constatou-se a frequência de 92,1% de idosos frágeis (TAB. 3). Este resultado mostra que os encaminhamentos realizados pelos centros de saúde, seguem os critérios de inclusão estabelecidos.

Na associação das variáveis com o idoso frágil os dados mostraram relação estatística significativa da fragilidade ( $p < 0,001$ ) com a menor escolaridade; e com a maior idade (TAB. 4) e não mostrou associação com o sexo (TAB. 5). Na Tabela 6 encontrou-se relações significativas ( $p < 0,005$ ) da fragilidade com menor escolaridade e com as incapacidades, cognição, mobilidade e comunicação.

**TABELA 6** – Relação entre fragilidade e as variáveis relacionadas ao comprometimento funcional, sexo e escolaridade

	<b>Idoso robusto</b>	<b>Idoso frágil</b>	<b>p</b>
Masculino	18,8	26,8	0,150
Feminino	81,2	73,2	
Analfabeto	16,2	29,3	<b>&lt;0,001</b>
Ensino fundamental	64,7	66,7	
Médio e superior	19,1	4,0	
Comprometimento de cognição	15,7	55,2	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento do humor	45,7	52,4	0,282
Comprometimento da preensão	0	5,4	0,046
Comprometimento da marcha	27,1	56,2	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento da capacidade aeróbica	5,7	19,4	0,005
Comprometimento continência urinária	21,4	52,9	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento continência fecal	1,4	14,9	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento da visão	78,6	72,1	0,246
Comprometimento da audição	14,3	36,5	<b>&lt;0,001</b>
Comprometimento da fala	1,4	11,2	0,010
Comprometimento do estado nutricional	28,6	34,6	0,304

Fonte: dados da pesquisa.

Estes resultados corroboram, em parte, com o estudo realizado por Santos (2008) com amostra de conveniência, que avaliou 113 idosos da comunidade, em Unidades Básicas de Saúde e em um Centro de Referência na Assistência a Saúde de Idosos de um Hospital Universitário. Neste estudo encontrou-se 13,2% de idosos frágeis e esses eram mais velhos, com menor renda, com menor nível educacional, com maior número de doenças e maior dependência nas AVD. No presente estudo os resultados mostraram que a condição de fragilidade é maior nos idosos mais longevos e nos analfabetos, o que também corrobora com estudo de Duarte et al. (2010) com dados do estudo SABE, que de acordo com o modelo de Fried et al. (2001) validado, a condição de fragilidade, foi maior nas mulheres, nos mais idosos e nos analfabetos. A fragilidade refere-se a condições crônicas, declínio funcional estabelecido ou condições de saúde preditoras de declínio funcional (MORAES, 2012a).

Estudo realizado por Fhon et al. (2012), com idosos que vivem na comunidade utilizando a Edmonton Frail Scale (EFS da CIF-A) constatou que 24,6% eram aparentemente vulneráveis, 39,1% apresentava algum nível de fragilidade, sendo 18,3% fragilidade leve, 11,3% fragilidade moderada e 9,6% fragilidade severa. A fragilidade foi mais prevalente no sexo feminino. Outro estudo realizado por Silva et al. (2009) encontrou 20% de frequência de fragilidade e 46,7% de pré-frágeis, resultado acima do que é reportado na literatura, justificado pela peculiaridade da amostra.

### **Sistemas funcionais principais**

Foi observado o comprometimento dos sistemas funcionais principais em mais de 50% da população da amostra, que apresentou comprometimento nos domínios da cognição, humor, postura, continência urinária e visão (TAB. 3). A incapacidade cognitiva foi observada em 52% dos idosos, o humor esteve presente em 51,9%. Problemas de mobilidade foram frequentes na população estudada, seguido pelas alterações da capacidade aeróbica em 161 idosos 18,3% e do alcance / preensão / pinça 5%. Incontinência urinária foi observada em 50,4%, enquanto que a incontinência fecal em 13,8% idosos. Problemas da comunicação foram também

frequentes representados por comprometimento da visão 640 idosos; 72,6%, comprometimento da audição 306 idosos; 34,7% e comprometimento da fala / voz / motricidade orofacial 92 idosos; 10,4%.

A presença de incapacidade cognitiva, distúrbio do humor, comprometimento da audição foram significativamente associados à faixa etária. Todavia, as alterações do humor foram menos frequentes nas faixas mais elevadas (TAB. 4).

Essas condições crônicas de saúde que levam a grandes síndromes geriátricas, e incapacidades, causam grande impacto na saúde e qualidade de vida dos idosos e de sua família cuidadora. As grandes síndromes geriátricas são incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incapacidade comunicativa e incontinências.

As síndromes geriátricas, ou gigantes da geriatria, são importantes aspectos a serem contemplados efetivamente na avaliação do idoso. O não reconhecimento das síndromes implica em uma avaliação inadequada o que muitas vezes leva à polifarmácia e iatrogenia, fatores altamente prejudiciais aos idosos (MORAES et al., 2010).

A frequência de incapacidade cognitiva foi de 52% na amostra. Quando estratificado por faixas etárias encontrou-se resultados crescentes com as faixas etárias, chegando a 64,8% na faixa de 80 anos e mais; na associação com idosos frágeis encontrou-se 55,2%; no sexo masculino 58,5% e no sexo feminino 49,5%. O Estudo SABE constatou aumento progressivo com o aumento da idade, mediante análise das porcentagens das pessoas com pontuação igual ou inferior a 12 pontos no Mini Exame de Estado Mental (MEEM) (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Entre as doenças e condições crônicas que causam a incapacidade cognitiva na população da amostra, a frequência de depressão foi de 37,3%. A depressão é uma doença que causa vários danos ao indivíduo, afeta as dimensões biológica psicológica e social e traz consequências para a pessoa e a família. Embora apresente prevalência alta, é muitas vezes subdiagnosticada e subtratada. Segundo

Silva e Cunha (2008), a depressão em idosos apresenta prevalência que varia de 3 a 5% na comunidade, de 5 a 10% na atenção primária e é maior no sexo feminino. O Estudo SABE encontrou prevalência de 18,1% na população total e diferença importante entre os sexos, sendo 12,7% nos homens e 22,0% nas mulheres. A prevalência foi mais alta nos idosos mais jovens 60-64 anos (19,5%) e 13% nos idosos com 75 anos e mais (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

A frequência de demência foi de 26,2%. Sabe-se que é uma doença que progride com a idade, compromete a autonomia e a independência da pessoa idosa causando profundos transtornos para a família cuidadora e implicando em questões psicológicas, sociais e financeiras. A prevalência de demência é de 1,3% na faixa de 60-69 anos passando para 17% entre 80 e 84 anos e chegando a alcançar próximo de 37,8% acima de 85 anos (NITRINI; CARAMELLI, 2003). Em estudo de revisão de literatura sobre prevalência de demências em diversos continentes realizado por Lopes e Bottino (2002) encontrou-se que a prevalência de demência dobra a cada intervalo de cinco anos nas faixas etárias mais jovens de 70 a 84 anos e aumenta com menos intensidade nas idades mais avançadas e quanto ao sexo a maior prevalência é nas mulheres idosas.

Problemas de mobilidade foram encontrados em 53,9% na população da amostra, aumentou com a idade apresentando relação estatisticamente significativa com as faixas etárias e com o idoso frágil ( $p < 0,001$ ), resultado que corrobora com estudo de Parahyba e Simões (2006), que encontrou alta prevalência de problemas de mobilidade (caminhar 100 metros) e forte correlação com a idade. Quanto ao sexo no presente estudo os resultados foram semelhantes, 53,7% no sexo masculino e 53,8% no sexo feminino.

A incontinência urinária esteve presente em 50,4% da população total da amostra; 52,1% na faixa de 70-79 anos e 56,1% na faixa de 80 e mais anos; 51,9% no sexo feminino e 45% no masculino. Não houve associação com escolaridade. A incontinência urinária aumentou com a idade e foi mais presente no sexo feminino. Estudo de revisão de literatura realizado por Moraes et al. (2010) mostrou que a prevalência aumenta com a idade, é mais prevalente nos mais idosos, e em idosos



que vivem em domicílio e em instituições asilares. O comprometimento da continência urinária, além de outras limitações, prejudica a participação social da pessoa idosa, pois indiretamente compromete sua mobilidade, contribuindo para o isolamento social.

### **Sistemas fisiológicos principais**

Na população estudada, quanto aos sistemas fisiológicos principais, observou-se 43,1% de comprometido do sono (TAB. 3). Com o envelhecimento ocorrem alterações no padrão do sono, que podem ser devidas a problemas médicos, psicológicos, sociais ou farmacológicos (CÂMARA; CÂMARA, 2006; MORAES, 2012).

A saúde bucal apresentou comprometimento em 64,9% (TAB. 3). Este é um importante aspecto na avaliação de saúde da pessoa idosa que, muitas vezes, passa despercebido, seja por desconhecimento, ou por uma avaliação incompleta do idoso e que pode causar-lhe sérios problemas de saúde. (MORAES, 2012a) A saúde bucal é de extrema relevância para a saúde da pessoa idosa, e além dos limites biológicos, tem implicações funcionais, estéticas e sociais, que comprometem a saúde e a qualidade de vida do idoso (RIVALDO et al., 2008):

O estado nutricional apresentou comprometimento em 34,2% (TAB. 3) da população estudada. O baixo peso ou o sobrepeso são prejudiciais à saúde do idoso, portanto a condição nutricional é um fator relevante na avaliação da pessoa idosa e deve ser observada de maneira efetiva pelos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção, nos serviços de atenção básica e especializados. Dentre outros fatores relacionados à importância da manutenção do peso em limites saudáveis, pode-se destacar a prevenção de fraturas e manutenção da independência e qualidade de vida (MORAES, 2012a).

## Doenças crônicas e condições de saúde

A polipatologia apresentou relação estatisticamente significativa quando associada com as faixas etárias (TAB. 4), esteve presente em 55,3% da população da amostra, aumentou com o avançar da idade e, embora não apresentasse relação estatística significativa, foi maior nos idosos que apresentaram menor escolaridade e nos analfabetos. Quanto ao sexo, encontrou-se 56,4% no sexo feminino e 51,4% no sexo masculino. Bonardi et al. (2007) concluíram que nos idosos são predominantes as doenças crônico-degenerativas e que essas doenças muitas vezes se sobrepõem, levando a multipatologias e plurimorbidades. Geralmente não há cura para as doenças crônicas diagnosticadas em idosos e o não acompanhamento e o tratamento adequados podem levar ao comprometimento da independência e declínio da capacidade funcional (RAMOS, 2003). Estudo com dados do Projeto SABE constatou que as doenças crônicas têm forte influência sobre a capacidade funcional do idoso. No referido estudo foi constatado que a presença de hipertensão, doença cardíaca, artropatia e doença pulmonar mostrou que a chance para a dependência das ABVD e AIVD mais que dobrou (ALVES et al., 2007).

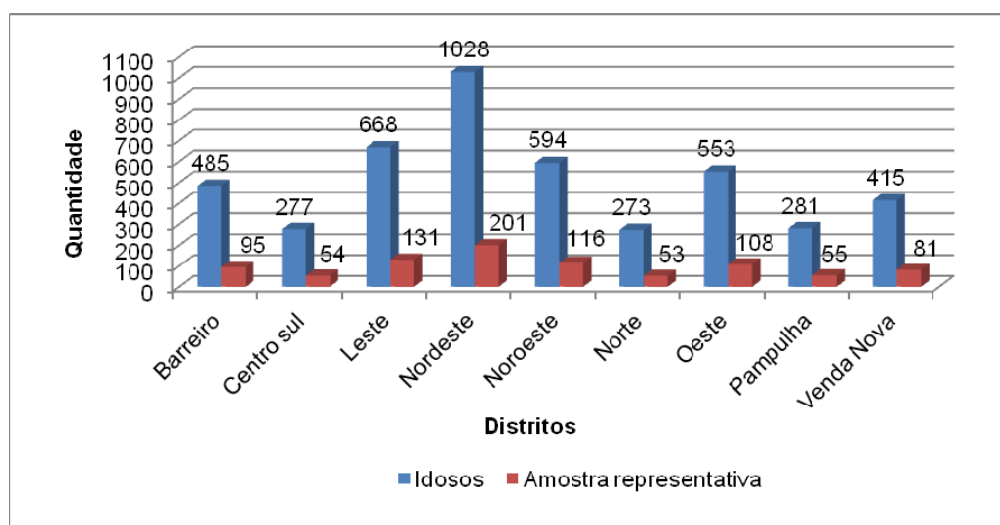
Segundo Bonardi et al. (2007), idosos que vivem em comunidade nos Estados Unidos, possuem uma ou mais doenças crônicas com prevalência de 35,3% na faixa etária de 65 a 79 anos e 70,2% na faixa etária de 80 e mais. As doenças e condições crônicas de saúde geralmente aumentam com a idade e as consequências de suas interações trazem prejuízo para a saúde do idoso, aumentando a possibilidade de eventos adversos.

A polifarmácia foi constatada em 39,2% na população da amostra e apresentou relação estatística significativa ( $p < 0,001$ ) com as faixas etárias, apresentando maior percentual na faixa de 70-79 anos, seguida da faixa de 60-69 anos com 47,8% e não apresentou relação significativa com sexo, e escolaridade, sendo 50,6% no sexo masculino e 46,9% no sexo feminino. Um dos problemas causados pela polifarmácia é a iatrogenia, causada por diversos fatores, dentre eles a quantidade e forma de consumo inadequado de medicamentos.

## Distritos sanitários

Os idosos atendidos no Programa Mais Vida no ano de 2011, foram encaminhados pelos nove Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte, distribuídos conforme demonstrado no GRAF. 2.

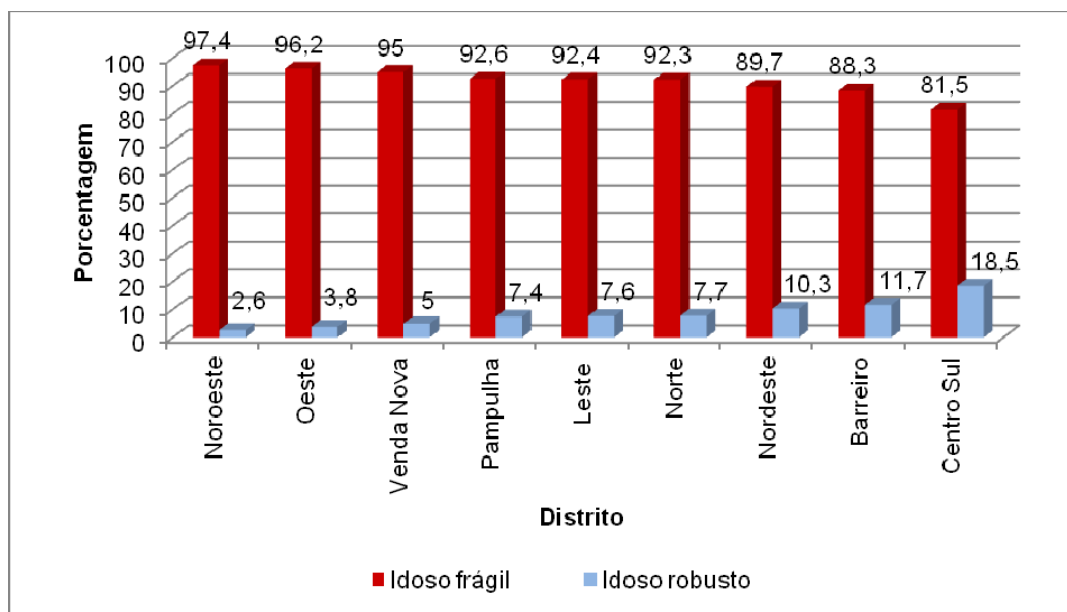
**GRÁFICO 2** - Distribuição dos idosos atendidos no IJAF segundo o distrito sanitário e amostra representativa, Belo Horizonte, 2011



Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à distribuição de idoso frágil segundo os distritos sanitários foram encontrados os seguintes resultados: a frequência de idosos frágeis variou de 81,5% a 97,4%. Observou-se que seis dos nove distritos encaminharam mais de 90% de idosos frágeis, cumprindo os critérios de encaminhamento (GRÁF. 3).

**GRÁFICO 3** - Distribuição percentual dos idosos segundo sua condição e distrito sanitário, Belo Horizonte, 2011



Fonte: dados da pesquisa.

Este é um importante aspecto na avaliação do idoso. A fragilidade é causada por diversos fatores, portanto, além das implicações médicas deve-se considerar as implicações sociais e suas interferências na capacidade funcional. Ele alerta para a importância de estratégias como: tratamento precoce de prejuízos cognitivos e suporte social adequado, pois são fatores que podem contribuir para melhorar os desfechos nos idosos frágeis (HEKMAN, 2006).

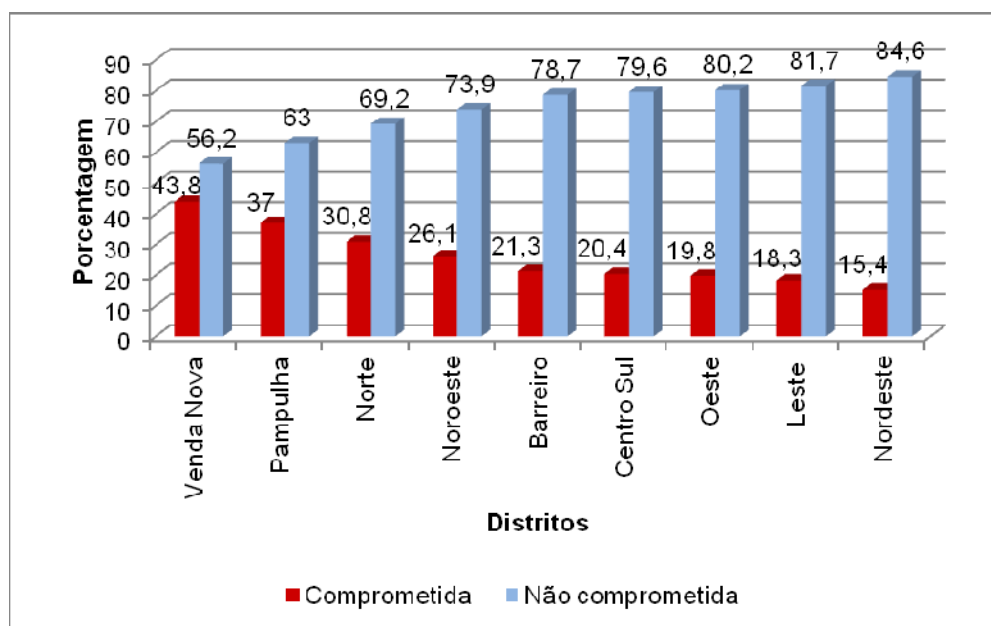
Segundo Teixeira et al. (2006), a fragilidade é um desafio para os profissionais que trabalham com envelhecimento, devido ao seu caráter multidimensional, dificultando uma única definição. Entretanto, já se sabe sobre o impacto da síndrome sobre a vida pessoal, familiar e social dos idosos. Estudos realizados no Canadá e nos Estados Unidos sobre fragilidade buscam ampliar os conhecimentos sobre a síndrome aumentando as chances de prevenção e tratamento. Os dados encontrados podem contribuir para aprimorar as ações e os serviços oferecidos para os idosos.

Um grande desafio é transformar os resultados das pesquisas em melhorias da qualidade da assistência às pessoas idosas, pelos sistemas de saúde e assistência

social diminuindo a prevalência e os efeitos adversos da fragilidade. “O potencial de reversibilidade por intervenções é, talvez, a principal característica que distingue o envelhecimento da fragilidade” (DUARTE et al., 2010, p.138).

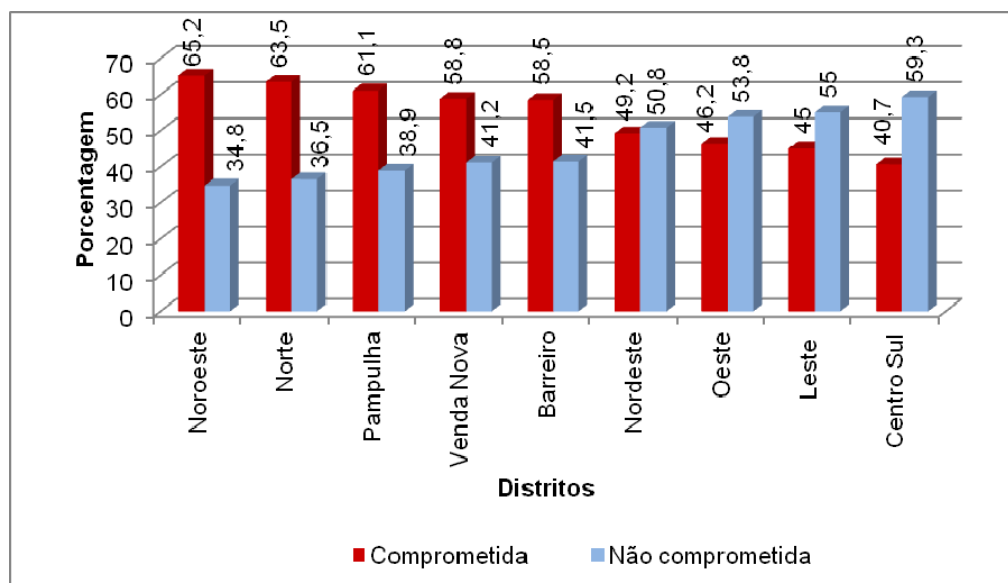
Quanto ao declínio funcional para a execução das atividades de vida diária, o estudo mostrou que a prevalência de dependência nas ABVD variou de 15,4% a 43,8%. Quatro DS estiveram acima da frequência apresentada pela população da amostra que foi 23,5%. Nas AIVD variou de 40,7% a 65,2%. Na população da amostra foi de 54,6%, portanto, cinco distritos estiveram acima do valor da população da amostra e mesmo os quatro distritos que estão abaixo da média possuem índices altos de comprometimento, variando de 40,7 a 49,2% (GRAF. 4, 5).

**GRÁFICO 4 - Comprometimento das AVD básicas segundo o distrito sanitário**



Fonte: dados da pesquisa.

Avaliar o desempenho funcional de idosos tornou-se hoje uma ação necessária em todos os níveis de atenção. Segundo Duarte (2010), é o nível de dependência que determina a necessidade de cuidados, e a condição de dependência é a que mais assusta os idosos. A incapacidade ou a necessidade de ajuda para o desempenho de uma ou mais das ABVD indica a necessidade de ajuda de outra pessoa, tornando esta ajuda onerosa e complexa.

**GRÁFICO 5** - Comprometimento das AIVD segundo o distrito sanitário, Belo Horizonte, 2011

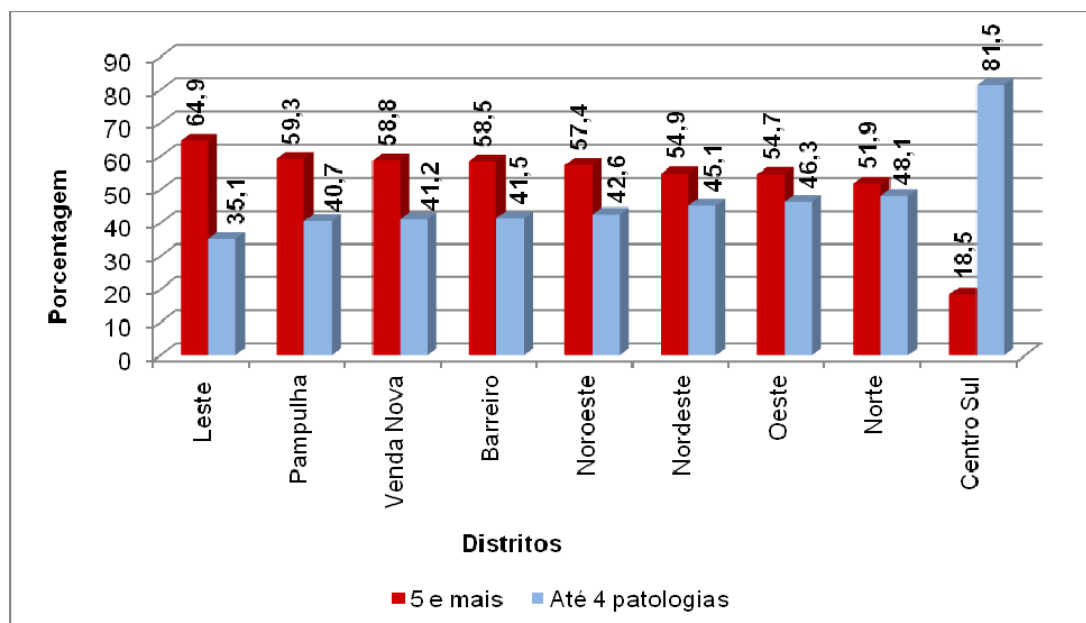
Fonte: dados da pesquisa.

O comprometimento das AVD implica em cuidados; esses geralmente são ofertados informalmente, ou seja, pela família. Essa situação remete a questões como: estrutura familiar, condições econômicas, viver em instituições de longa permanência para idosos (ILPI), contratação de cuidador (DUARTE et al., 2010). Há implicações também quanto à questão do cuidador familiar, quanto à sua condição para prestar os cuidados que se não acompanhada sistematicamente, pode implicar em ações prejudiciais para idoso e para si.

Estudo de revisão de literatura sobre capacitação de cuidadores concluiu que ainda são poucos os programas direcionados ao cuidador. Evidencia que é importante que as iniciativas sejam ampliadas trazendo benefício para o idoso e o cuidador; que os profissionais de saúde, que atendem o idoso dependente, tenham conhecimento sobre envelhecimento e saibam da importância da rede de suporte familiar (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Em oito dos nove distritos a polipatologia esteve presente em mais de 50% dos idosos da amostra por DS, chegando a 64,9% (GRAF. 6).

GRÁFICO 6 - Distribuição percentual dos idosos segundo o número de patologias e o distrito sanitário, Belo Horizonte, 2011



Fonte: dados da pesquisa.

Sabe-se que as condições crônicas são preditoras de incapacidades. O gerenciamento da polipatologia é importante ação na preservação da capacidade funcional do idoso. A polipatologia e as poli-incapacidades são comuns no idoso, devendo ser prontamente reconhecidas e administradas de forma efetiva, evitando iatrogenia (MORAES, 2012a)

Não basta apenas viver mais anos, é preciso que esses anos sejam acompanhados de bem estar e qualidade de vida. Embora o envelhecimento não signifique doenças, os idosos mais idosos constituem um grupo que geralmente apresenta maior probabilidade de doenças, de condições crônicas, de incapacidades e necessidade de cuidados (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2008).

A resposta a essas demandas exigem também a indagação quanto à responsabilidade do grupo familiar e do Estado. As seguintes questões podem ser formuladas: Qual o papel, as possibilidades e a responsabilidade da família cuidadora? Qual o papel e responsabilidade do Estado? Quem assume a responsabilidade quando a família é frágil? O que tem sido ofertado aos cuidadores? Em especial ao cuidador frágil.

## **Limitações do trabalho**

Como limitações neste estudo pode-se citar: a) a natureza dos dados. Pesquisa realizada com dados de idosos de um serviço destinado ao idoso frágil, portanto não foram encontrados estudos específicos na literatura utilizada. Os estudos encontrados e utilizados na discussão são estudos longitudinais de base populacional, portanto utilizados no presente trabalho com o objetivo de discutir o impacto da dependência e fragilidade na qualidade de vida dos idosos e não de uma comparação, impedida pela característica da amostra; b) a falta de preenchimento de todos os campos necessários, impedindo que informações importantes como suporte social e familiar pudessem ser discutidas no presente trabalho e dados sobre cuidadores pudessem ser analisados; c) outras limitações que podem ser apontadas, diz respeito a informações sobre características como estado conjugal e renda e identificação do cuidador, fatores já destacados na literatura como relevantes no processo de envelhecimento. Merece atenção especial a existência ou não de cuidador, situação que têm influência na formulação e implementação de políticas, programas e serviços para as pessoas idosas. Vale destacar que as limitações do item c dizem respeito a estudos e pesquisas que elegerem o plano de cuidado como fonte de dados, situação deste trabalho, pois esses dados fazem parte do protocolo de avaliação multidimensional do idoso utilizado no serviço, portanto os dados são disponíveis em outra fonte.

## **Sugestões e recomendações**

Considerando o contexto do envelhecimento no Brasil, os objetivos do mestrado profissional e a importância do aperfeiçoamento e/ou construção de novos conhecimentos os resultados do estudo permitem recomendar ações como:

- a. aprimoramento da informação sobre existência ou não de cuidador e grau de parentesco no plano de cuidados.
- b. investimento e/ou aprimoramento do reconhecimento da necessidade de cuidadores formais ou informais;



- c. identificar quem são os cuidadores dos idosos frágeis e de suas necessidades para que os mesmos recebam suporte necessário, informação e orientação para prestar os cuidados;
- d. implementar serviços, programas e projetos de assistência aos cuidadores promovendo o cuidado com o cuidador;
- e. organização de retaguarda para esses cuidadores, por meio de programas e serviços, que permitam o cuidado sem a violência estrutural de cuidar sem a condição de fazê-lo, situação que gera a violência física ou psicológica para o idoso ou para o cuidador. Portanto, para o cuidado com a população idosa frágil hoje é imprescindível o cuidado, a preparação e o suporte aos cuidadores;
- f. criação ou aprimoramento de equipamentos da assistência social e de saúde para o atendimento aos idosos dependentes e seus cuidadores;
- g. qualificação permanente das equipes de atenção ao idoso em todos os níveis/setores de atenção quanto à necessidade de conhecimento e utilização efetiva de instrumentos de identificação do idoso frágil, família frágil; e cuidador frágil.

No âmbito da atenção básica é importante promover:

- a. intensificação das ações de prevenção e promoção da saúde do idoso;
- b. estabelecimento de indicadores de saúde que permitam a identificação de idosos com risco de perda funcional para ações efetivas em tempo hábil;
- c. estabelecimento de medidas que aprimorem os mecanismos de referência e contrareferência.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo abordou a dependência com base na capacidade/incapacidade para o desempenho das atividades de vida diária, as incapacidades, a fragilidade e a associação destas características com a idade, sexo e escolaridade.

Os resultados encontrados apontam para a importância do planejamento da assistência e das ações de prevenção ou minimização das consequências da incapacidade funcional agregando qualidade de vida à longevidade e podem contribuir para orientar a qualificação de profissionais e cuidadores informais.

Quanto à fragilidade, presente em 92,1%, era um resultado esperado, por tratar-se de um serviço destinado ao idoso frágil, entretanto, a estratificação por distrito sanitário pode contribuir para o aprimoramento do cuidado considerando as peculiaridades de cada território, tanto para o serviço, quanto para a rede.

Outra situação apontada, ainda que de modo indireto pelos resultados, diz respeito à necessidade da presença de cuidadores capacitados e com condições para auxiliar os idosos frágeis, pois a presença de dependência e fragilidade resulta em cuidados mais intensivos e necessidade de ajuda de terceiros para a realização das atividades do dia a dia.

Considerando as projeções estatísticas sobre o envelhecimento, no Brasil, é pertinente que se antecipe no planejamento e execução de medidas de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde.

Portanto, estudos como esse podem contribuir na reorganização do cuidado no próprio serviço, identificando os problemas e aprimorando as ações. Na rede, fornecendo dados sobre a situação de saúde da população assistida, contribuindo com o aprimoramento da assistência, e a interação de uma rede de serviços.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. et al. A Influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos no município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 23(8):1924-1930, ago, 2007.

ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, n.4, p.1199-1207, 2008.

AYKAWA, A. D.; NERI, A. L. Capacidade funcional. In: NERI, A. N. **Palavras chave em gerontologia**. 2.ed. Campinas: Alínea, 2005. p.29-33;

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 5.ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

BONARDI, G. et al. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Rev. Scientia Médica**, v.17, n.3, p.138-143, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria Nº 2.528** de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: outubro de 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de dezembro de 1988. Texto constitucional de 5 de Outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 64/2010 e Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao67.htm)>. Acesso em: novembro de 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.842** de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Publicado no DOU de 5/1/1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm)>. Acesso em: novembro de 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Federal 10.741** de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Publicado no DOU de 3.10.2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm)>. Acesso em: outubro de 2012.

CALDAS, P. C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.733-781, 2003.

CÂMARA, V. D.; CAMARA, W. Distúrbios do sono no idoso. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

CAMARANO, A. A.; MELLO, J. L. Introdução. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p.13-37.

CHAIMOWICZ, F. Epidemiologia e o envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

DEL DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde pública**, v.43, n.51, p.796-805, 2009.

DUARTE, Y. A. O. et al. **Como estão sendo cuidados os idosos frágeis em São Paulo?** A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Cap. 4: p.123-144.

DUARTE, Y. A. O. **Envelhecimento, funcionalidade e arranjos domiciliares na América Latina e Caribe**. 205f. 2005. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005 apud DUARTE, Y. A. O. et al. **Como estão sendo cuidados os idosos frágeis em São Paulo?** A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Cap. 4: p.123-144.

DUARTE, Y. A. O. et al. O cuidado gerontológico: um repensar sobre assistência em gerontologia. *O Mundo da Saúde*, v.29, n.4, p.566-574, 2006 apud DUARTE, Y. A. O. et al. **Como estão sendo cuidados os idosos frágeis em São Paulo?** A visão mostrada pelo estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Cap. 4: p.123-144.

FHON, J. R. S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul. Enferm.**, v.25, n.4, p.589-594, 2012.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, v.56, n.3, p.146-156, 2001.

FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. **J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.**, v.59, n.3, p.255-263, 2004.

GIACOMIN, C. K. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1260-1270, 2008.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.565-574, mar. 2007.

HEKMAN, P. R. W. O idoso frágil. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1277-1288.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais Estudos e Pesquisas. **Informação Demográfica e Socioeconômica**. Indicadores Sociais Municipais Uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

KARSH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-866, maio-jun. 2003.

KATZ, S. et al. Studies illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. **JAMA**, v.185, p.914-919, 1963.

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

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v.8, n.2, p.127-141, 2005.

LILIENFEL, A. M.; LILIENFEL, D. E. **Foundations of epidemiology**. 2.ed. New York: Oxford University Press, 1980. 375p.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta igualmente, comportamento prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? – Inquérito de saúde da região Metropolitana de Belo Horizonte Minas Gerais, Brasil. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.4, p.201-208, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. Demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2003000300001&ln=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2003000300001&ln=en&nrm=iso)>. Acesso em: novembro de 2012.

LOPES, M. A.; BOTTINO, C. M. C. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo; análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arquivo Neuro Psiquiatria**, v.60, n.1, p.61-69, 2002.

MINAS GERAIS. Programa Mais Vida. **Acrescentar anos à vida e vida aos anos vividos**. 03 de Janeiro de 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/page/320-programa-mais-vida-sesmg>>. Acesso em: 29.11.2012.

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

MORAES, E.N. **Avanços na atenção à saúde do idoso frágil: Programa de Atenção ao Idoso do HC-UFMG**. Oficina de Trabalho Atenção à Saúde do Idoso. Belo Horizonte, 2012b.

MORAES, E. N. *et al.* Principais síndromes geriátricas. **Rev. Med. Minas Gerais**, v.20, n.1, p.54-66, 2010.

MOREIRA, M. D.; CALDAS, P. C. A Importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Rev. de Enfermagem**, v.11, n.3, p.520-525, set. 2007.

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

OLIVEIRA, S. F. D. *et al.* Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.81-89, 2007.

ONU - Organização das Nações Unidas. **Plano de ação internacional de Viena sobre o envelhecimento**. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, Viena, 1982.

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

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

RIVALDO, E. G. *et al.* Envelhecimento e saúde bucal. **Stomatol**, v.14, n.26, 2008.

ROCKWOOD, K. *et al.* A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **CMAJ**, v.173, n.5, p.489-495, 2005.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. *et al.* (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.186-192.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.37, n.1, p.40-48, 2003.

SANTOS, J. L. F. Análise de sobrevividas sem incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **O projeto SABE no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003. Cap.8: p.167-182.

SANTOS, E. G. S. **Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte**: um estudo transversal. 2008. 98f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042012000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042012000300004&script=sci_arttext)>. Acesso em: maio de 2013.

SILVA, S. L. A.; ARANTES, P.; VIEIRA, R. A.; DIAS, R. C. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. **Rev. de Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.16, n.2, p.120-125, abr./jun. 2009.

SILVA, A. S.; CUNHA, G. V. U. Depressão: diagnóstico e tratamento. In: MORAES, N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

SPIEGEL, M. R. **Estatística**. 11.ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 1979. 580p.

TEIXEIRA, I. N.; D'AQUINO, O; NERI, A. L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

WHO - World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

WHO - World Health Organization. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução Amélia Leitão. Lisboa, 2008.

## APÊNDICE A

### PERFIL PACIENTE - MAIS VIDA - IJAF- COLETA DE DADOS NÚMERO DO QUESTIONÁRIO: \_\_\_\_\_

1. INFORMAÇÕES GERAIS			
1 - Coletador:	(1) DO	(2) MT	(3) outro
2 - Data coleta: __/__/__			
3 - Data Nascimento: __/__/__		4 - Idade _____	
5 - Distrito sanitário* _____		6 - Centro de saúde** _____	
7 - Sexo	(2) feminino	(1) masculino	
8 - Escolaridade*** <input type="checkbox"/>			
9 - Possui cuidador	(0) não	(1) sim	(2) não informado
2. DIAGNOSTICO FUNCIONAL GLOBAL			
<b>Autocuidado comprometido</b>			
10 <input type="checkbox"/> Semidependência	11 <input type="checkbox"/> Dependência incompleta	12 <input type="checkbox"/> Dependência completa	
<b>AVD instrumentais comprometidas</b>			
13 <input type="checkbox"/> Dependência parcial		14 <input type="checkbox"/> Dependência completa	
15 <input type="checkbox"/> Cognição comprometida		16 <input type="checkbox"/> Humor comprometido	
<b>Mobilidade comprometida</b>			
17 <input type="checkbox"/> Alcance, preensão, pinça	18 <input type="checkbox"/> Postura, marcha ou transferência	19 <input type="checkbox"/> Capacidade aeróbica	
<b>Continência esfinteriana comprometida</b>			
20 <input type="checkbox"/> Continência urinária		21 <input type="checkbox"/> Continência fecal	
<b>Comunicação comprometida</b>			
22 <input type="checkbox"/> Visão comprometida			
23 <input type="checkbox"/> Audição comprometida			
24 <input type="checkbox"/> Voz, fala ou motilidade orofacial, disfagia			
<b>Outras funções orgânicas</b>			
25 <input type="checkbox"/> Comprometimento saúde bucal			
26 <input type="checkbox"/> Comprometimento sono			
27 <input type="checkbox"/> Estado nutricional			
4. DIAGNÓSTICO DE DOENÇAS/CONDIÇÕES CRÔNICAS-INVESTIGAÇÃO			
07 <input type="checkbox"/> Demência			
08 <input type="checkbox"/> Depressão			
36 <input type="checkbox"/> Subnutrição			

\*Centro de Saúde: verificar tabela anexa

\*Centro de Saúde: verificar tabela anexa

\*\*Distrito sanitário: verificar tabela anexa

\*\*\*Escolaridade: verificar tabela anexa



## ANEXO A



Universidade Federal de Minas Gerais  
 Hospital das Clínicas da UFMG  
 Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG  
 Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção  
 à Saúde do Idoso



CENTRO MAIS VIDA MACRORREGIÃO CENTRO I - BELO HORIZONTE

### PLANO DE CUIDADOS DO IDOSO

Nome	Sexo
Nome da mãe	Prontuário do HC/UFMG:
Idade	Data de Nascimento
Cuidador/Informante	Escolaridade
Médico solicitante	Centro de Saúde/Regional
	Data da consulta

#### 1. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL

DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL					
FUNÇÕES		COMPROMETIMENTO FUNCIONAL			
		NÃO	SIM		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AUTO-CUIDADO		Semi-dependência	Dependência incompleta	Dependência completa
	AVDS INSTRUMENTAIS		Dependência parcial	Dependência completa	
COGNIÇÃO			Transtorno cognitivo leve	Incapacidade Cognitiva	
				Demência	Depressão
HUMOR					
MOBILIDADE	Alcance / Preensão / Pinça				
	Postura/ Marcha/ Transferência		Instabilidade postural TUG:	Imobilidade Parcial Completa	
	Capacidade Aeróbica				
	Continência Urinária		Transitória Permanente Urgência Esforço Transbordamento Mista Funcional		
	Continência Fecal				
COMUNICAÇÃO	Visão				
	Audição				
Outras Funções Orgânicas:	Fala / Voz / Motricidade orofacial				
	Saúde Bucal				
	Estado Nutricional				
Interação Social	Sono				
	Lazer				
	Suporte Familiar				
	Suporte Social				
	Segurança Ambiental				

TUG: Timed up and go test

#### 2. DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES DE SAÚDE (Sistemas Fisiológicos Principais)

### 3.3 Tratamento farmacológico

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações

#### 1. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS

O paciente deverá ser encaminhado para a <b>GERIATRIA DE REFERÊNCIA?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
--	------------	------------

O paciente deverá ser encaminhado para outras <b>ESPECIALIDADES MÉDICAS?</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Especificar:		

A implementação do Plano de Cuidados deverá ser feita em:					
Saúde (SUS)	Sim	Não	Assistência Social (SUAS)	SIM	NÃO
Centro de Saúde (Atenção Primária)			CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)		
NASF			CREAS (Centro de Referência Especializados de Assistência Social)		
Saúde bucal			Grupo de Convivência		
Atenção Domiciliar			Centro Dia		
Centro de Reabilitação			Serviço Regional de Atenção Básica à Família		
Pronto Atendimento			Casa-Lar		
Hospital-Dia			República de Idosos		
Hospice			Programa Cuidador de Idosos		
Hospital			Instituição de Longa Permanência para Idosos		
CTI			Outras:		
Outras:					

## ANEXO B - Aprovação COEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 09099612.3.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Elizabeth Costa Dias**  
Departamento de Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina - UFGM

### DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFGM – COEP aprovou, no dia 27 de novembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Perfil de dependência dos idosos atendidos no Centro Mias Vida da Macrorregião Centro 1 de Belo Horizonte, no ano de 2011"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over a faint, illegible stamp.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral**  
Coordenadora do COEP-UFGM

## ANEXO C - Aprovação DEPE



**Universidade Federal de Minas Gerais**  
**Hospital das Clínicas**

**Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão**

Belo Horizonte, 04 de abril de 2013.

**PROCESSO: Nº 23/13** "PERFIL DE DEPENDENCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO MAIS VIDA DA MACROREGIÃO CENTRO I DE BELO HORIZONTE "

SR(A) PESQUISADOR(A):

Reportando-nos ao projeto de pesquisa acima referenciado, considerando sua concordância com o parecer da Comissão de Avaliação Econômico-financeira de Projetos de Pesquisa do HC e a aprovação pelo COEP/UFMG em 27/11/2012, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional. Solicitamos enviar à DEPE **relatório** parcial ou final, após um ano.

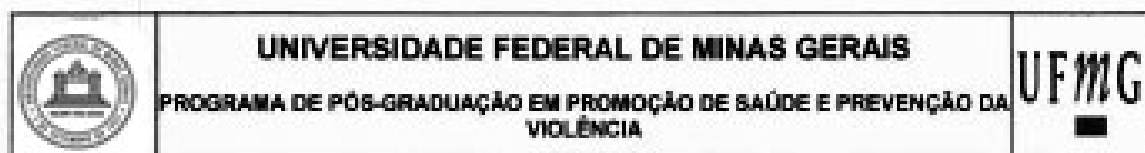
Atenciosamente,



PROF.ª ANDRÉA MARIA SILVEIRA  
Diretora da DEPE/HC-UFMG

À Sr.ª  
Prof.ª Elizabeth Costa Dias  
Depto. Medicina Preventiva e Social  
Faculdade de Medicina - UFMG

## ANEXO D




## ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA DOROTEIA FERNANDES DA SILVA - 2011715410

Realizou-se, no dia 20 de junho de 2013, às 14:00 horas, INSTITUTO JENNY ANDRADE DE FARIA, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PERFIL DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO MAIS VIDA DA MACRO REGIÃO I DE BELO HORIZONTE, NO ANO DE 2011.*, apresentada por DOROTEIA FERNANDES DA SILVA, graduada no curso de SERVIÇO SOCIAL, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Elizabeth Costa Dias - Orientador (UFMG), Prof(a). Fausto Aloisio Pedrosa Pimenta (UFOP), Prof(a). Rodrigo Ribeiro dos Santos (UFMG), Prof(a). Edgar Nunes de Moraes (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:


- Aprovada  
 Aprovada condicionalmente, sujeita a alterações, conforme folha de modificações, anexa  
 Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.  
Belo Horizonte, 20 de junho de 2013.

  
 Prof(a). Elizabeth Costa Dias  
 Doutora - UNICAMP

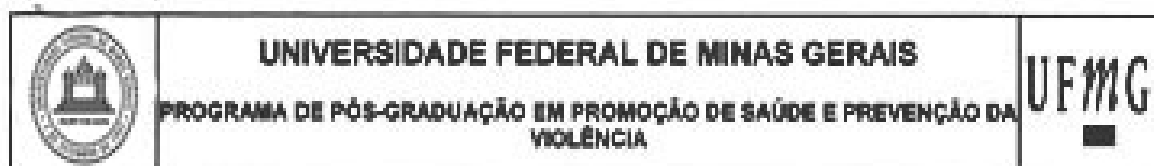
  
 Prof(a). Fausto Aloisio Pedrosa Pimenta  
 Doutor - UFMG

  
 Prof(a). Rodrigo Ribeiro dos Santos  
 Doutor - UFMG

  
 Prof(a). Edgar Nunes de Moraes  
 Doutor - UFMG

  
 CONFERE  
 Centro de Pós-Graduação  
 Faculdade de Medicina - UFMG

## ANEXO E



## FOLHA DE APROVAÇÃO

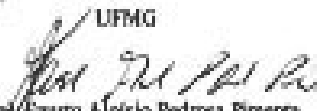
**PERFIL DE DEPENDÊNCIA DOS IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO MAIS VIDA  
DA MACRO REGIÃO I DE BELO HORIZONTE, NO ANO DE 2011.**

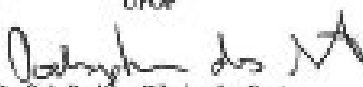
**DOROTEIA FERNANDES DA SILVA**

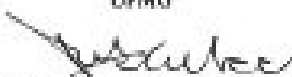
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 20 de junho de 2013, pela banca constituída pelos membros:

  
Prof(a). Elizabete Costa Dias - Orientador  
UFMG

  
Prof(a). Fausto Alosio Pedrosa Pimenta  
UFOP

  
Prof(a). Rodrigo Ribeiro dos Santos  
UFMG

  
Prof(a). Edgar Nunes de Moraes  
UFMG

Belo Horizonte, 20 de junho de 2013.