

FLÁVIA NUNES MACHADO

**CAPACIDADE E DESEMPENHO PARA A REALIZAÇÃO
DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA:
UM ESTUDO COM IDOSOS DEPENDENTES**

Belo Horizonte
2010

FLÁVIA NUNES MACHADO

CAPACIDADE E DESEMPENHO PARA A REALIZAÇÃO
DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA:
UM ESTUDO COM IDOSOS DEPENDENTES

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e na Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Sônia Maria Soares.

Belo Horizonte
2010

Machado, Flávia Nunes.
M149c Capacidade e desempenho para as atividades básicas de vida diária
[manuscrito]: um estudo com idosos dependentes. / Flávia Nunes
Machado. - - Belo Horizonte: 2010.
130f.: il.
Orientadora: Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Idoso. 2. Saúde do Idoso. 3. Atividades Cotidianas. 4. Relações
Familiars. 5. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade
e Saúde. 6. Cuidadores. 7. Enfermagem. 8. Dissertações Acadêmicas. I.
Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título.

NLM: WT 100

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Estudos
e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento
Humano da Escola de Enfermagem da UFMG.

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Clélio Campolina Diniz

Vice-Reitora: Rocksane de Carvalho Norton

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Ricardo Santiago Gomez

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa Oliveira

Departamento de Enfermagem Básica – ENB

Chefe: Aidê Ferreira Ferraz

Sub-Chefe: Ann Kristine Jansen

Colegiado de Pós-Graduação

Coordenadora: Tânia Couto Machado Chianca

Sub-Coordenadora: Sônia Maria Soares



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Colegiado de Pós-Graduação
Curso de Mestrado em Enfermagem

Dissertação intitulada *“Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes”*, de autoria da mestranda Flávia Nunes Machado, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Profa. Dra. Sônia Maria Soares – EE/UFMG- Orientadora

Profa. Dra. Elenice Dias Ribeiro de Paula Lima – EE/UFMG– Examinadora

Prof. Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini – UFSCar – Examinador

Belo Horizonte, 20 de setembro de 2010
Av. Alfredo Balena, 190 – Belo Horizonte, MG – 30.130-100 – Brasil
tel.: (31) 3409-9830 – telefax: (31) 3409-9853

Dedicatória

Dedico este trabalho aos idosos e seus familiares
que me instigaram para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, que me ensinaram que o conhecimento
é o bem mais precioso que se pode construir.

A minha irmã Adriana, que sempre acreditou em mim
e vibrou a cada nova conquista.

Aos meus irmãos Vívian e Henrique,
exemplos de persistência e genialidade.

Ao meu companheiro Waldir, que ficou ao meu lado e
me confortou nos momentos mais difíceis.

A minha Tia Francisca e ao meu primo Rafael, que sempre me inspiraram
e incentivaram a prosseguir em meu aprimoramento profissional.

Agradecimentos

À Profª Drª **Sônia Maria Soares**,
por quem tive o privilégio de ser orientada, sempre motivada e destemida, sabiamente
me guiou durante esta trajetória, me auxiliando a superar os percalços e dificuldades.

À **Escola de Especialistas de Aeronáutica**
e a **Subseção de Ensino de Enfermagem**,
em especial ao Cel Carlos Alberto, Maj Leonardo, Maj Daniel, Cap Gabriel,
SO Roberto, SO Rogéria, SO Cláudia Maria, SO Cláudia Duarte,
Sgt Índio, Sgt Bruna e SD Bartelega
sem os quais seria impossível conciliar a FAB com o Curso de Mestrado.

Ao **Centro de Referência do Idoso Caio Benjamin Dias**,
por me acolher e apoiar na realização deste estudo.

À **Escola de Enfermagem da UFMG**,
e a todos os professores, pela oportunidade de aprimoramento pessoal e profissional.

À **Rede SARAH de Hospitais do Aparelho Locomotor**,
que me acolheu quando recém-formada e que, por cinco anos,
me proporcionou a rica convivência com meus colegas, e pacientes,
resultando em aprendizagem e amadurecimento pessoal e profissional.

Ao **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento
Humano da Escola de Enfermagem da UFMG (NEPCHD)**,
que me auxiliou com valiosas contribuições para este trabalho.

Às bolsistas de graduação **Ana Luíza de Aquino** e **Lílian de Oliveira Lana**,
que com disposição e motivação colaboraram com a coleta dos dados.

À Sra. **Regina Helena Veiga Silveira**, que com sua experiência de vida de 84 anos,
supera os estigmas de suas limitações e gentilmente auxiliou na revisão de todo o texto.

Aos meus **pais**, minha irmã **Vívian** e meu irmão **Henrique**,
Que sempre me acolheram e apoiaram em minhas idas e vindas a Belo Horizonte.

Ao meu companheiro **Waldir**, que reencontrei durante esta jornada
e que com amor e paciência aguentou meus devaneios e noites em claro.

Especialmente à minha irmã **Adriana Nunes Machado**,
que me ajudou a desbravar os campos da epidemiologia e pesquisa quantitativa.

E, sobretudo, à **Deus**, que sempre me iluminou
e trouxe todas essas maravilhosas pessoas para enriquecem a minha vida!

Não sei se a vida é curta
ou longa para nós,
mas sei que nada do que vivemos
tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.
Muitas vezes basta ser:
colo que acolhe,
braço que envolve,
palavra que conforta,
silencio que respeita,
alegria que contagia,
lágrima que corre,
olhar que acaricia,
desejo que sacia,
amor que promove.
E isso não é coisa de outro mundo,
é o que dá sentido à vida.
É o que faz com que ela
não seja nem curta,
nem longa demais,
mas que seja intensa, verdadeira,
pura enquanto durar.
Feliz aquele que transfere o que sabe
e aprende o que ensina.

(Cora Coralina)

RESUMO

MACHADO, F. N. **Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes.** Belo Horizonte (MG), 2010. 129p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Uma das consequências das transições demográfica e epidemiológica é a sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades. Apesar de, na velhice, o indivíduo requerer uma maior atenção e zelo por parte de seus familiares, a idéia de cuidar associada ao fazer pelo idoso, ao invés de ajudá-lo em suas incapacidades, o impede de desempenhar o autocuidado com autonomia e da forma mais independente possível. Este estudo transversal, observacional, com amostras selecionadas por conveniência, teve como objetivo geral comparar a capacidade e o desempenho de idosos dependentes para a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD), considerando os fatores ambientais que repercutem em sua independência no contexto familiar. Nos meses de janeiro a março de 2010, foi aplicada a Medida de Independência Funcional (MIF) em 109 idosos atendidos em um Centro de Referência do Idoso localizado em Belo Horizonte, Minas Gerais. Destes, 60 idosos preencheram o critério de dependência estabelecido e foram descritos de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF), por meio do *Checklist da CIF*. Os dados foram submetidos à análise descritiva, inferencial e pareada, utilizando os testes Kolmogorov-Smirnov, T de Student, Coeficiente de Correlação de Pearson, Kruskal-Wallis e Wilcoxon. A média de idade foi de $80,45 \pm 6,871$, com predominância do sexo feminino (74,31%). 55,05% dos idosos foram considerados dependentes para as ABVD. Foi encontrada uma média de $2,9 \pm 1,3$ diagnósticos médicos e da utilização $4,5 \pm 2,3$ medicamentos por idoso. A diferença entre a capacidade e desempenho foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) na maioria das tarefas e ações do cotidiano. A descrição dos fatores ambientais apontou uma grande divergência entre o apoio e as atitudes familiares. Enquanto o apoio de familiares é favorável em 96,6% dos casos, as atitudes são desfavoráveis em 55% das famílias. O estudo demonstrou que a dependência não é influenciada significativamente pelo número de diagnósticos médicos ($p = 0,669$), pela idade ($p = 0,323$) ou pelo número de medicações utilizadas ($p = 0,464$). As dificuldades da família em se reorganizar para cuidar do idoso dependente não impediram que elas ofertassem o apoio necessário ao membro da família com dependência, mesmo que esta oferta significasse a sobrecarga de um único familiar nos cuidados com o idoso (55%). As atitudes dos familiares demonstraram não favorecer o desenvolvimento da funcionalidade do idoso.

Palavras-chave: Idoso. Saúde do Idoso. Atividades Cotidianas. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Relações Familiares. Cuidadores. Enfermagem.

ABSTRACT

MACHADO, F. N. **Capacity and performance for the realization of basic activities of daily living: a study about dependant elderly.** Belo Horizonte (MG), 2010. 129p. Thesis (MA) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais.

One of the consequences of the demographic and epidemiological transitions is the survival of the elderly dependent people on one or more people that supply their necessities. Although in old age individuals require greater attention and care from their families, the idea of caring for the elderly together with doing something for them, rather than helping with their disabilities prevents them from performing their self-care with autonomy and as independently as possible. This cross sectional and observational study, with the use of convenience sampling, aimed to compare the capacity and performance of dependent elderly people to perform the basic activities of daily living (ADLs), considering environmental factors that have an impact on their independence within the family. The Functional Independence Measure (FIM) was applied, from January to March 2010, to 109 elderly people treated at an Elderly Reference Centre located in Belo Horizonte, Minas Gerais. Of these, 60 seniors met the established dependence criteria and were described according to the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), through the ICF Checklist. The data were studied by a descriptive, inferential and paired analysis using the Kolmogorov-Smirnov test, Student T test, Pearson correlation coefficient, and the Kruskal-Wallis and Wilcoxon test. The average age was 80.45 ± 6.871 , with a predominance of the female sex (74.31%). 55.05% of the elderly were considered dependent according to the ADLs. It has been found an average of 2.9 ± 1.3 of medical diagnoses and a 4.5 ± 2.3 of drugs per elderly. The difference between capacity and performance was statistically significant ($p < 0.05$) in most tasks and activities of daily life. The description of environmental factors showed a wide discrepancy between the family support and attitudes. While 96,6% were supported by relatives, attitudes were unfavourable in 55% of the households. The study demonstrated that dependence is not significantly influenced by the number of medical diagnoses ($p = 0.669$), age ($p = 0.323$) or number of medications used ($p = 0.464$). The family difficulties in reorganizing to take care of a dependent elderly did not prevent them to provide the necessary support to the dependent family member, even when this meant the overworking of a single family member (55%). The attitudes of family members did not help the elderly functional development.

Key words: Aged. Health of the Elderly. Activities of Daily Living. International Classification of Functioning, Disability and Health. Family Relations. Caregivers. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	– Pontuação e Níveis de Dependência da MIF.....	40
QUADRO 2	– Pontos de Corte dos Domínios Motor e Cognitivo da MIF.....	41
FIGURA 1	– Interações entre os Componentes da CIF.....	43
GRÁFICO 1	– Idade dos Idosos Avaliados Distribuídos por Nível de Dependência	52
GRÁFICO 2	– Distribuição dos idosos quanto ao Sexo e a Idade.....	53
GRÁFICO 3	– Idade e Presença de Cuidador.....	54
GRÁFICO 4	– Parentesco do Cuidador Primário.....	55
GRÁFICO 5	– Parentesco do Informante.....	56
GRÁFICO 6	– Quantidade de Pessoas Envolvidas no Cuidado com o Idoso.....	57
GRÁFICO 7	– Distribuição da Idade do Cuidador Primário.....	58
GRÁFICO 8	– Distribuição dos Anos de Educação Formal.....	59
GRÁFICO 9	– Pontuação Total da MIF de Acordo com a Idade.....	61
GRÁFICO 10	– Pontuação Total da MIF Versus Pontuação na Tarefa Alimentação.	61
GRÁFICO 11	– <i>Boxplot</i> da Pontuação da MIF em Idosos Dependentes e Independentes.....	62
GRÁFICO 12	– Condições de Saúde mais Prevalentes de Acordo com o CID 10....	64
GRÁFICO 13	– Distribuição do Número de Medicações de Uso Contínuo Utilizadas pelos Idosos.....	67
GRÁFICO 14	– Percepção sobre a Saúde Física dos Idosos.....	71
GRÁFICO 15	– Percepção sobre a Saúde Mental dos Idosos.....	71
GRÁFICO 16	– <i>Boxplot</i> das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Resolução de Problemas e em Tarefas e Demandas Gerais.....	79
GRÁFICO 17	– <i>Boxplot</i> das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Comunicação.....	80

GRÁFICO 18	– <i>Boxplot</i> das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Mobilidade.....	81
GRÁFICO 19	– <i>Boxplot</i> das Diferenças entre Capacidade e Desempenho no Cuidado Pessoal (d5100 a d530).....	82
GRÁFICO 20	– <i>Boxplot</i> das Diferenças entre Capacidade e Desempenho no Cuidado Pessoal (d5400 a d570).....	83
GRÁFICO 21	– <i>Boxplot</i> das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Vida Doméstica e nas Relações Interpessoais Básicas.....	84
GRÁFICO 22	– <i>Boxplot</i> das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Vida Econômica, Comunitária, Social e Cívica.....	84
FIGURA 2	– Interações entre os componentes da CIF.....	85

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	– Estado Matrimonial dos Idosos Dependentes de Acordo com o Sexo...	60
TABELA 2	– Condições de Saúde de Acordo com a CID 10.....	63
TABELA 3	– Distribuição do Número de Medicações de Acordo com o Sexo.....	68
TABELA 4	– Média de Duração das Internações Ocorridas no Último Ano de Acordo com o CID 10.....	69
TABELA 5	– Lesões Significantes com Impacto sobre o Nível de Funcionalidade dos Idosos.....	70
TABELA 6	– Distribuição dos Qualificadores Funções do Corpo.....	74
TABELA 7	– Distribuição dos Qualificadores Estruturas do Corpo.....	75
TABELA 8	– Distribuição dos Qualificadores de Desempenho das Atividades e Participação.....	77
TABELA 9	– Distribuição dos Qualificadores de Fatores Ambientais.....	87

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD	–	Atividades de Vida Diária
AAVD	–	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	–	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	–	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CID-10	–	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CIF	–	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
COEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CR	–	Cadeira de rodas
CRI	–	Centro de Referência do Idoso Professor Caio Benjamin Dias
DEPE	–	Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICF	–	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
MIF	–	Medida de Independência Funcional
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
OPAS	–	Organização Panamericana de Saúde
PNSI	–	Política Nacional de Saúde do Idoso
SAME	–	SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO
SBBG	–	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	–	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	–	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Objetivos.....	27
1.1.1	Objetivo Geral.....	27
1.1.2	Objetivos Específicos.....	27
2	REFERENCIAL TEÓRICO	28
2.1	O idoso, o velho e a velhice.....	29
2.2	Capacidade funcional.....	30
2.3	Limitações de atividade <i>versus</i> autonomia na velhice.....	32
2.4	O cuidado familiar e seu contexto.....	33
3	PERCURSO METODOLÓGICO	35
3.1	Local do estudo.....	36
3.2	Amostra.....	37
3.2.1	Critérios de inclusão.....	37
3.2.2	Cálculo amostral.....	38
3.3	Instrumentação.....	39
3.3.1	Medida de Independência Funcional (MIF).....	39
3.3.2	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	42
3.4	Coleta de dados.....	46
3.4.1	Aspectos éticos.....	46
3.5	Procedimentos para coleta de dados.....	46
3.5.1	Estudo piloto.....	48
3.6	Procedimentos de tratamento e análise estatística.....	48
3.6.1	Consistência do banco de dados.....	48
3.6.2	Análise descritiva e inferencial.....	49
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1	Características sócio-demográficas.....	51
4.2	Nível de dependência.....	60
4.3	Condições de saúde.....	63
4.4	Análise dos componentes da CIF.....	72
4.4.1	Funções e estruturas do corpo.....	72

4.4.2	Atividades e participação.....	75
4.4.3	Fatores Ambientais.....	85
5	Considerações Finais.....	89
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
	ANEXOS.....	106
	APÊNDICES.....	126

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um foco recorrente nas políticas de saúde em todo mundo. No Brasil não tem sido diferente, a transição demográfica ocorre de modo acelerado, com acentuado declínio da natalidade associado ao aumento da expectativa de vida (BELTRÃO *et al.* 2004; OLIVEIRA, V. B., 2006). Segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002) estima-se que o número de idosos duplicará nos próximos 20 anos, ou seja, poderá exceder 30 milhões de pessoas. Comparando o número de idosos ao número de crianças, no período de 1980 a 2000, verifica-se que a proporção de idosos praticamente dobrou neste período, alcançando 30 idosos para cada 100 crianças.

A população de 75 anos ou mais obteve o maior crescimento relativo dentro deste segmento populacional, indicando que a população idosa também está envelhecendo (IBGE, 2002). Outros autores, como Beltrão *et al.* (2004) e Camarano *et al.* (2004) corroboram com os dados do IBGE e referem que, com o aumento da expectativa de vida, a proporção da população de 80 anos ou mais de idade está aumentando, o que altera a composição etária população idosa no País.

Apesar dos progressos da medicina contribuir para a longevidade, a época da vida em que surgem as doenças crônicas e incapacidades permanece inalterada. Os anos de vida ganhos aumentam a proporção de incapacitados e doentes, o que ocasiona ônus à família e o crescimento da demanda dos hospitais e centros de reabilitação (CHAIMOWICZ, 1997).

Portanto, a longevidade acarreta um acréscimo na prevalência das doenças crônico-degenerativas e acentua os índices de morbidade que podem comprometer a funcionalidade física, psíquica e social do indivíduo (YUASO, 2003; THOBER *et al.*, 2005). Segundo Karsch (2003), uma das consequências das transições demográfica e epidemiológica é a sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades.

Em gerontologia, a funcionalidade é o indicador mais adequado para direcionar a assistência ao idoso. Segundo Thober *et al.* (2005, p. 439), o idoso é considerado saudável quando não necessita de “nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar seus afazeres diários, (...) ainda que possua uma ou mais doenças crônicas.” Isto posto, com o

envelhecimento da população e o aumento das doenças crônico-degenerativas, verifica-se a importância do diagnóstico funcional do idoso, que é influenciado pelas consequências das doenças (DI NUBILA; BUCHALA, 2008).

A emergente importância das consequências das doenças na funcionalidade do indivíduo suscitou a elaboração, em 2001, da *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A tradução para a língua portuguesa foi realizada, em 2003, pelo Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Língua Portuguesa, e intitulada *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)* (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

De maneira clara e sucinta, Farias e Buchalla (2005), conceituaram a CIF como uma classificação que

descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p. 189).

Se, por um lado, a assistência à saúde do idoso está pautada em sua funcionalidade, por outro, a CIF nos fornece instrumentos para descrever essa funcionalidade por meio de um modelo biopsicossocial (DI NUBILA; BUCHALA, 2008).

Com a necessidade de reestruturar e fundamentar a assistência ao idoso, o Ministério da Saúde, em 1999, aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI). Esta política, atualizada em 2006 pela Portaria nº 2.528, tem como diretrizes a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade restringida. As diretrizes acima têm como finalidade assegurar ao idoso sua permanência no meio e na sociedade em que vive, desempenhando suas atividades de maneira independente pelo maior tempo possível, e evitando hospitalizações, institucionalizações, ou outras formas de segregação e isolamento (BRASIL, 1999; BRASIL, 2006).

Tem-se observado, na grande maioria das políticas públicas, um movimento que direciona o cuidado para o contexto domiciliar, tendo como seus executores os membros da família, também chamados de cuidadores familiares. Porém, as condições de infraestrutura e

suporte, para que as famílias possam exercer a função de cuidadores informais, ainda não foram efetivamente viabilizadas pelo sistema público (ALVAREZ, 2001; SANTOS, S.M.A., 2003).

A enfermagem na gerontologia tem como função fundamental auxiliar o indivíduo no desenvolvimento de seu potencial para o autocuidado, que deve ser estimulado pelo apoio e envolvimento dos familiares. As atividades mais elementares que se referem ao autocuidado são denominadas atividades básicas de vida diária (ABVD). Estas atividades, fundamentais para a manutenção da independência e da capacidade funcional dos idosos, serão o foco do presente estudo, uma vez que a dependência do idoso para a execução das ABVD é um dos critérios que, segundo a Política Nacional da Pessoa Idosa, classifica o idoso como fragilizado (MORAES *et al.*, 2008).

A criação de parcerias entre os profissionais da saúde e as pessoas próximas aos idosos responsáveis pelos cuidados diretos e pela manutenção das ABVD, emergem como uma estratégia válida a fim de fornecer um cuidado que tenha por objetivo minimizar as perdas funcionais e maximizar o desempenho dos idosos na execução destas atividades (RODRIGUES *et al.*, 2007). Para consolidar a construção de ações neste sentido, é preciso conhecer as necessidades de cuidado da pessoa dependente, e também a realidade dessas famílias, suas demandas, crenças e valores (TORRES, 1998).

Nas revisões bibliográficas sobre a temática cuidado com o idoso, apesar de encontrarmos estudos que reflitam as vivências do cuidador e as dificuldades e recompensas advindas dessa tarefa (ALMEIDA, 2005; PERRACINI, 1994; RATES, 2007; REZENDE, 2008; SANTOS, S.M.A, 2003; SILVA, 2005; SOMMERHALDER, 2001), são raros os estudos que relacionam o cuidado e o incentivo à independência do idoso, ou que identifiquem a sua capacidade e desempenho nas atividades de autocuidado. Pavarini (1997) problematizou a questão da dependência comportamental do idoso institucionalizado, e observou que na maioria das vezes o cuidado prestado naquela instituição, que era realizado geralmente por leigos, mantinha o comportamento de dependência do idoso.

Sommerhalder (2001), em uma pesquisa sobre cuidadores de idosos com incapacidades múltiplas no contexto familiar, afirma que

as crenças vigentes sobre velhice, dependência e cuidado levam à generalização da dependência física para a dependência psicológica, social e

emocional. As incapacidades físicas são estendidas para os domínios psicológico e social; a dependência parcial ou incapacidade moderada, que poderiam ser vividas com certa tranqüilidade, passam a ser vistas como incompetência geral e grave incapacidade. Na medida em que as pessoas acreditam que velhice significa dependência e que as limitações físicas são sinônimo de ter que fazer tudo pelo idoso, a incapacidade biológica passa a ser um precursor importante da dependência comportamental. Nesse contexto, o ambiente social espera incompetência do idoso e por isso oferece e até impõe ajuda, mesmo que ele não necessite ou solicite (SOMMERHALDER, 2001, p.5).

É sabido que o envelhecimento, somado as limitações de atividade, tende a lentificar a execução das atividades cotidianas, e que supervisionar o idoso durante estas atividades demanda tempo e paciência de quem o assiste. Entretanto, encorajar o idoso a desenvolver o seu potencial de independência com segurança é uma intervenção que pode prolongar os anos de vida e prevenir hospitalizações e agravos à saúde, ocasionados pela imobilidade e pelo sedentarismo.

Apesar de, na velhice, o indivíduo requerer uma maior atenção e zelo por parte de seus familiares, a idéia de cuidar associada ao fazer pelo idoso, ao invés de ajudá-lo em suas incapacidades, o impede de desempenhar o autocuidado com autonomia e da forma mais independente possível (PAVARINI, 1997). De acordo com Erikson (1998), os filhos adultos, citado por ele como “elementos mais poderosos”, exercem influência na vida dos idosos e podem interferir diretamente na vida deles, tomando as decisões pelo idoso e limitando-o em sua autonomia. Da mesma maneira, Beauvoir (1990, p. 587), comenta que tratamos os velhos “como objetos, não como sujeitos. Não os consultamos e não levamos em conta o que dizem”. Assim, vemos como os familiares e cuidadores tendem a confundir dependência física com perda da capacidade de decidir, restringindo a participação do idoso nas atividades cotidianas.

Os atos de cuidado que favorece a dependência, associados à perda da autonomia, geram perdas físicas, psíquicas e sociais. De maneira oposta, a participação na dinâmica familiar favorece a autoestima e a valorização do idoso como membro da família. Deve-se estimular a presença do idoso à mesa durante a refeição, assim como a sua participação em comemorações e nas decisões familiares, pois o estímulo à independência é um aspecto fundamental para uma longevidade com saúde e qualidade de vida.

Atividades simples, como colocar a comida no talher e levá-la até a boca, abrir o dentifrício, escovar os dentes ou a dentadura, pentear-se, esfregar-se durante o banho, enxugar-se, vestir e abotoar a camisa, calçar a meia e o sapato, subir escadas, decidir o que vai

querer almoçar, lembrar os horários da medicação e socializar-se, são tarefas que exigem habilidades manuais, amplitudes articulares, equilíbrio de tronco, esforço físico, memória, comunicação e capacidade de entendimento. Portanto, manter a independência e autonomia na velhice implica em considerar os pequenos eventos do dia a dia. Ou seja, incentivar o desenvolvimento das habilidades do idoso para as ABVD é colaborar para a redução da dependência deles aos cuidados profissionais e melhorar sua expectativa de vida com qualidade (YUASO, 2003).

Teixeira (2006) revela que a realização de atividades motoras sistemáticas, como as ABVD, pode retardar os efeitos de envelhecimento para as tarefas especificamente praticadas. Em consonância, Krampe e Ericsson (1996) propõem que o declínio de desempenho durante o envelhecimento é específico à tarefa, sendo determinado de forma seletiva pelo desuso de funções sensório-motoras, enquanto que aquelas funções que continuam a ser praticadas com o avançar da idade se mantêm relativamente estáveis. Zisi *et al.* (2001) constataram que, após um programa de prática em atividades motoras, os indivíduos idosos apresentaram melhora de desempenho nas tarefas praticadas com regularidade.

Entretanto, durante minha experiência como enfermeira em uma rede de hospitais de reabilitação, na qual trabalhei nas unidades de Brasília, Fortaleza e Belo Horizonte na assistência aos idosos com lesão cerebral, pude vivenciar que o acompanhante, normalmente um familiar ou uma pessoa contratada, tende a realizar as ABVD que o paciente é capaz de desempenhar por si só. Uma das formas de avaliação de desempenho é a aplicação de instrumentos que avaliam a capacidade funcional, possibilitando conhecer o perfil de dependência dos pacientes.

Nesta rede de hospitais, a Medida de Independência Funcional (MIF) é o instrumento aplicado em todos os pacientes nas primeiras 72 horas após a admissão na enfermaria e na semana da alta hospitalar. A MIF é um instrumento capaz de traçar um perfil sobre a solicitação de cuidados de terceiros que o paciente exige para a realização de tarefas motoras e cognitivas. Ela verifica o desempenho do indivíduo para a realização de um conjunto de 18 tarefas, referentes às subescalas de autocuidados, controle esfinteriano, mobilidade, locomoção, comunicação e cognição social. Sua pontuação varia entre 18 pontos (totalmente dependente) e 126 pontos (independência completa).

Os pacientes atendidos nestes hospitais, na grande maioria das vezes, já apresentam um quadro neurológico estável e são admitidos, em média, 9 meses após a lesão cerebral. A média de dias de internação é de quatro semanas e, durante este pequeno intervalo de tempo, observei que a pontuação geral da MIF apresentava um aumento significativo quando comparada com a avaliação da admissão. O quadro neurológico estável e o curto intervalo entre a admissão e a alta indicam que a melhora da independência do paciente não é proveniente da melhora neurológica, e sim das orientações fornecidas aos acompanhantes.

A partir desses dados e da minha experiência no ambiente hospitalar, pude observar que apesar do principal objetivo da equipe de saúde ser o desenvolvimento do potencial de independência e de autocuidado do idoso, o cuidador tende a executar tarefas que o assistido tem capacidade para desempenhar. Assim, pressupõe-se que a deficiência de apoio e de um preparo adequado para que as famílias cuidem de seus velhos, colabora com a instintiva atitude de fazer pelo idoso, advinda do senso comum de que cuidar implica na existência de um sujeito agente e um objeto passivo, envolvidos numa relação em que o primeiro desenvolve uma ação e o segundo recebe-a passivamente (PAVARINI, 1997; SBGG, 1994). Mesmo que o velho necessite da supervisão de terceiros, do estímulo, de adaptações e de orientação verbal constante para que ele realize estas atividades, a pessoa que o assiste não deve sucumbir à tentação de fazer pelo idoso o que ele ainda é capaz de executar. Esta atitude acarreta um ciclo vicioso, pois a inatividade causa o declínio psíquico e funcional, e também diminui a autoestima e a autonomia do idoso, que por conseqüência, torna-se cada vez mais inativo.

A população idosa deve ser considerada como sujeito ativo na promoção de sua saúde e na manutenção de sua autonomia, sendo orientada sobre os cuidados e apoiada pela família e pelos serviços de saúde. Essa concepção de assistência pressupõe que a maioria dos idosos, mesmo com limitações, não são totalmente incapacitados ou dependentes. O idoso que não necessita de nenhum tipo de ajuda ou supervisão para realizar suas atividades cotidianas, é considerado saudável, mesmo que ele possua uma ou mais doenças crônicas. A manutenção da independência do idoso contribui ainda para conservá-lo na comunidade, no seu meio familiar, e a prolongar a sua saúde física e mental (RAMOS, 2003).

Para que o idoso desempenhe as ABVD com a maior independência possível, apesar de suas limitações, é necessário conhecer o contexto vivenciado pelo idoso e as suas implicações na execução destas atividades. Desta questão, emergem as seguintes indagações:

quais são as ABVD que o idoso é capaz de realizar? Como o idoso desempenha essas atividades no seu cotidiano? Os fatores ambientais agem como barreiras ou como facilitadores para o desempenho das tarefas com independência?

Mediante esses questionamentos, o estudo pretendeu ampliar a perspectiva do cuidado ao idoso dependente, discutindo a importância de incentivar o desempenho funcional do idoso em seu meio familiar, a fim de contribuir para a manutenção da saúde, da autoestima e da qualidade de vida na velhice.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Comparar a capacidade com o desempenho de idosos dependentes para a realização das ABVD, considerando os fatores ambientais que repercutem em sua funcionalidade no contexto familiar.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar os principais diagnósticos médicos, bem como informações sócio-demográficas e de saúde dos idosos atendidos pelo Centro de Referência do Idoso;
- Identificar o desempenho destes idosos para a realização de tarefas motoras e cognitivas por meio da Medida de Independência Funcional (MIF);
- Qualificar, dentre os idosos dependentes, os componentes mais relevantes das funções e estruturas do corpo, atividades e participação e dos fatores ambientais, conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF);
- Descrever as funções e estruturas do corpo, atividades e participação e os fatores ambientais;
- Identificar a diferença entre o desempenho e a capacidade potencial de idosos dependentes.

Referencial Teórico

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O IDOSO, O VELHO E A VELHICE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera que, nos países em desenvolvimento, uma pessoa é idosa ao atingir 60 anos ou mais (IBGE, 2002). Entretanto, a idade não pode ser medida simplesmente a partir da data cronológica, pois ela é influenciada por diferenças individuais, situações socioeconômicas, fatores culturais e ambientais.

A velhice, que é conceituada como a última fase do ciclo vital, foi subdividida por Moragas (2004) em cronológica, funcional e como etapa vital. A velhice cronológica é baseada na data de nascimento e converge com o conceito da OMS. A velhice funcional é percebida pelo declínio da força física e dos sentidos, e corresponde ao surgimento das incapacidades e limitações. O autor explicita que esse é um conceito errôneo, surgido de mitos e concepções equivocadas de velhice, pois a redução da capacidade funcional não impede o idoso de viver uma vida plena, como ocorre em qualquer outra etapa da vida. Como etapa vital, a velhice é baseada no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos no indivíduo, sendo considerada como um período semelhante ao das outras etapas vitais, com certas limitações que se agravam com o passar do tempo, mas também com potencialidades únicas e distintas.

Socialmente, a velhice é associada a aspectos negativos, como fim da vida, doença, isolamento, incapacidade e dependência (NERI, 2000; NOGUEIRA; SOMMERHALDER, 2000; LIMA FILHO; SARMIENTO, 2004; SOUZA 2007). Erikson (1998), vivenciando seus 89 anos, complementa essa visão afirmando que

(...) a resposta deste século aos indivíduos velhos geralmente é de escárnio, palavras de desprezo e inclusive repulsa. Se é oferecida ajuda, ela tende a ser exagerada. O orgulho fica ferido e o respeito corre riscos. Aos idosos é oferecida uma segunda infância nem um pouco divertida (ERIKSON, 1998, p. 98).

Para diminuir o estereótipo associados aos termos velho e velhice, a palavra “idoso” foi adotada para denominar a população envelhecida. Afinal, o idoso tem um “ar mais

respeitável”, são cidadãos com direitos e estatuto próprio. Em contrapartida, a noção de “velho” é assimilada como incapacidade e decadência (PEIXOTO, 1998). O eufemismo da substituição dos termos e velhice por outros como “melhor idade”, “terceira idade”, “maturidade” e tantos outros, demonstram preconceitos, disfarçando a realidade por meio da substituição de termos (NERI; FREIRE, 2000).

2.2 CAPACIDADE FUNCIONAL

A capacidade funcional está relacionada com a preservação do desempenho nas atividades de vida diária (AVD), que se subdividem em atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). As ABVD envolvem as atividades relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, arrumar-se, mobilizar-se, locomover-se, tomar banho, vestir-se e usar o banheiro e manter controle sobre suas eliminações (KATZ, 1970). As AIVD estão relacionadas com funções mais complexas e que permitem ao indivíduo levar uma vida independente na comunidade, incluindo preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, utilizar telefone, administrar as próprias finanças, tomar seus medicamentos (DUARTE, *et al.*, 2007; NERI, 2005).

Há ainda as atividades que não são fundamentais para uma vida independente, mas que podem indicar uma maior capacidade funcional e melhor saúde física e mental, uma vez que tendem a variar de acordo com a vontade e a motivação. Essas atividades são consideradas como atividades avançadas de vida diária (AAVD) e englobam tarefas como dirigir carro, praticar esportes, andar de bicicleta, cantar, viajar e dançar (NERI, 2005).

A manutenção da capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, pois permite que o indivíduo se mantenha na comunidade, desfrutando a sua independência até as idades mais avançadas (ALVES *et al.*, 2007).

Quando há dificuldade para realizar atividades em qualquer domínio da vida, conseqüente a um problema físico ou de saúde, a denominamos como incapacidade. Segundo Verbrugge e Jette (1994), a incapacidade não é uma característica pessoal e é diretamente influenciada pela capacidade pessoal e pelos fatores ambientais.

Em geral, quanto maior o número de dificuldades que uma pessoa tem com as ABVD, mais severa é a sua incapacidade. Devido ao seu menor nível de complexidade, podemos concluir que prevalência de dificuldade ou necessidade de ajuda em realizar as atividades básicas é inferior à prevalência das dificuldades nas atividades instrumentais e avançadas da vida diária (ALVES *et al.*, 2007).

A deficiência pode refletir na independência do indivíduo. Porém, a pessoa é capaz de ativar mecanismos de compensação para enfrentar esses déficits, conseguindo manter a sua independência e autonomia. A independência e a autonomia são conceitos que se complementam, porém não podem ser confundidos entre si. Neste contexto, a independência significa desempenhar as atividades básicas e instrumentais de vida diária auxílio de terceiros, possibilitando uma vida independente na comunidade. A autonomia diz respeito ao exercício do autogoverno e inclui a liberdade para a tomada de decisões e o comando sobre suas ações. Embora geralmente as pessoas que são capazes de decidir por si têm independência, esta não é uma condição obrigatória para o exercício da autonomia (MORAES, 2009; NERI, 2005).

A fim de homogeneizar os conceitos sobre a funcionalidade do indivíduo, a CIF desenvolveu constructos que descrevem, em uma linguagem universal, as consequências das condições de saúde. De acordo com a CIF, a capacidade descreve o nível mais elevado de funcionalidade que uma pessoa pode atingir em um ambiente padronizado.

Portanto, é importante ressaltar a diferença entre o conceito de **capacidade funcional** e o constructo **capacidade** desenvolvido pela OMS, OPAS (2003). Enquanto os instrumentos que avaliam a capacidade funcional se referem as tarefas que um indivíduo executa em seu dia a dia, a capacidade está relacionada ao potencial que o indivíduo apresenta para a execução das atividades e participação, considerando suas limitações intrínsecas, em um ambiente padronizado. Deste modo, a capacidade funcional está relacionada ao constructo de **desempenho** proposto pela CIF, uma vez que ele descreve as atividades e participação que o indivíduo executa no seu ambiente cotidiano (OMS; OPAS, 2003; RIBERTO *et al.*, 2001).

O comprometimento da capacidade funcional do idoso tem implicações importantes para a família, a comunidade, para o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice, contribuindo para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos. Assim, ela surge como um

novo componente no modelo de saúde dos idosos e particularmente útil no contexto do envelhecimento, porque envelhecer mantendo a funcionalidade não significa problema para o indivíduo ou sociedade. O problema se inicia quando se instalam as incapacidades (ALVES *et al.*, 2007).

2.3 LIMITAÇÕES DE ATIVIDADE *VERSUS* AUTONOMIA NA VELHICE

O declínio biológico e a acumulação de limitações funcionais leves, lentificam e dificultam a execução das atividades do dia a dia pelo idoso. Como agravantes, as barreiras ambientais, relacionadas com o ambiente físico, social e atitudinal, também dificultam o desempenho do idoso. Porém, Goldstein (2000, p. 61) afirma que “a ajuda desnecessária e elogios quando o idoso desempenhar tarefas corriqueiras e insignificantes pode produzir um sentimento de redução do controle. (...) incentivar ou permitir a tomada de decisões, deixar o idoso assumir responsabilidades sem tentar fazer tudo por ele, resultam num aumento da percepção de controle”.

Os comportamentos de controle “estão relacionados com a nossa habilidade de regular ou influenciar intencionalmente as situações ou seus efeitos por meio de ações selecionadas e específicas” (GOLDSTEIN, 2000, p. 57). Quanto este comportamento, Erikson (1998, p. 89) observa que “na medida em que a independência e o controle são desafiados, a autoestima e a confiança enfraquecem”.

Em seu ensaio sobre a velhice, Beauvoir (1990) afirma que:

É de maneira dissimulada que o adulto tiraniza o velho que depende dele. Não ousa abertamente dar-lhe ordens, pois não tem direito à sua obediência: evita atacá-lo de frente, manobra-o. Na verdade, alega o interesse do ancião. A família inteira se torna cúmplice. Mina-se a resistência do ancião, oprimindo-o com cuidados exagerados que o paralisam, tratando-o com uma benevolência irônica, falando-lhe em linguagem infantil, e até mesmo trocando, por trás dele, olhares de entendimento, e deixando escapar palavras ferinas. Se a persuasão e a astúcia fracassam em fazê-lo ceder, não se hesita em mentir-lhe, ou em recorrer a um golpe de força (BEAUVOIR, 1990, p. 268).

2.4 O CUIDADO FAMILIAR E SEU CONTEXTO

O conceito de família inclui relações íntimas e intergeracionais. É um grupo de pessoas com laços afetivos e uma história de vida. Pessoas que se apóiam mutuamente e compartilham expectativas e significados. A variabilidade dos tipos de família no Brasil abarca um complexo de relações entre parentes e não-parentes, gerados por divórcios, casamentos e agregados.

Wright e Leahey (2002), em seus estudos com famílias, afirmam que para se saber qual a composição de uma família, basta perguntar ao indivíduo quem ele considera ser sua família. Os membros de uma família não precisam necessariamente morar em um mesmo local. O principal aspecto a ser considerado é o intercâmbio de afeto, intimidade e o apoio proporcionado pelo vínculo familiar. Nos países desenvolvidos, onde a co-residência entre os pais idosos e os seus filhos está em declínio, Grundy (2001) afirma que grande parte dos idosos recebe dos filhos diversos tipos de ajuda, em caso de doença, para transporte ou na realização de tarefas domésticas. Ou seja, o fato de não residirem sob o mesmo teto não impede o apoio a assistência ao idoso.

Deste modo, os familiares, amigos, vizinhos, ou outros membros da comunidade que prestam cuidados aos idosos sem serem remunerados, são considerados cuidadores informais. De acordo com as tarefas realizadas, o grau de envolvimento e as responsabilidades pelo cuidado, os cuidadores informais podem ser subdivididos em primários, secundários e terciários. Historicamente, a mulher geralmente desempenha a função de cuidador primário, que é aquele incumbido pela principal (ou total) responsabilidade pelos cuidados com o idoso. Os cuidadores que porventura auxiliem voluntariamente o idoso dependente nos cuidados básicos, porém sem o mesmo grau de envolvimento e responsabilidade, são considerados cuidadores secundários. Há ainda os cuidadores terciários, que ajudam ocasionalmente ou quando solicitados, em atividades instrumentais de vida diária. Eles podem, eventualmente, substituir o cuidador primário por curtos períodos de tempo. (SANTOS, S.M.A, 2003; PAVARINI; NERI, 2000).

O envolvimento da família nas ações de saúde é um aspecto decisivo para o sucesso de uma intervenção. Ela deve ser considerada como aliada na manutenção e restauração da saúde

dos seus componentes. Adaptações no âmbito familiar que visem o cuidado do idoso serão mais ou menos fáceis dependendo das relações afetivas desenvolvidas pelos seus membros, construídas no decorrer da convivência (ÂNGELO, 2000). Por ser um ambiente complexo e permeado de significados, que variam de acordo com a vivência singular de cada família, o contexto familiar deve ser respeitado e compreendido pelos profissionais de saúde, para que ele consiga realizar intervenções que promovam mudanças de atitude e de comportamento adaptadas às crenças e aos valores inerentes à família (CREUTZBERG; SANTOS, 2000, NITSCHKE, 1999; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

As modificações das estruturas e dos arranjos familiares, ocasionadas pela diminuição da fecundidade, aumento dos divórcios e separações e pela acumulação das funções desempenhadas pela mulher, que antigamente restringia-se ao cuidado do lar e da família, suscitaram na retração do tempo gasto em atividades familiares. Estas transformações, associadas ao aumento do número de idosos, reflete na escassez de membros da família com disponibilidade para suprir a demanda de cuidados dos anciãos (SOMMERHALDER, 2001; NOGUEIRA, 2000). A Organização Mundial de Saúde denominou esse fenômeno como a “crise do cuidador” (WHO, 2005). Mesmo assim, devido aos laços afetivos, o sentimento de reciprocidade e de dever moral, a família é continua sendo a principal responsável pelo cuidado de seus velhos (MAZZA, 2008; SOMMERHALDER, 2001). Deste modo, quando há um indivíduo dependente na família, ela tende a se reorganizar a fim de suprir suas necessidades.

O Estatuto do Idoso estabelece que a obrigação de cuidar do idoso não é somente da família, mas também da comunidade, da sociedade e do Poder Público. Este estatuto visa assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, além da priorização de atendimento por sua própria família, em detrimento do asilar, exceto àqueles que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência (BRASIL, 2003). Porém, vários estudos apontam que, no Brasil, as famílias que prestam cuidados aos idosos no domicílio, geralmente não contam com o apoio do sistema formal de saúde e não tem informações suficientes para prestar o cuidado de modo adequado (DEBERT, 1999; KARSCH, 2003; MENDES, 1998; NASCIMENTO *et. al.*, 2008; NERI, 2000; OLIVEIRA, S. F. D., 2006; PEDRAZZINI, 2008; REZENDE, 2008; ROCHA *et al.*, 2008; SOUZA, 2007).

Percorso Metodológico

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A capacidade e o desempenho de idosos dependentes foram analisados neste estudo transversal, observacional, com amostra selecionada por conveniência (POLIT; HUNGLER, 1995; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003, SIQUEIRA, A. L. *et al.*, 2001).

Apesar de não ser o método mais eficiente, a amostra por conveniência revelou-se como a mais apropriada, a fim de facilitar a captação dos informantes e de prevenir o desgaste dos idosos tanto no agendamento quanto no deslocamento para as entrevistas. Em contrapartida, a homogeneidade da amostra, no que diz respeito à faixa etária e o nível de dependência, oferece um considerável controle dos fatores intrínsecos (POLIT; HUNGLER, 1995).

3.1 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro de Referência do Idoso Professor Caio Benjamin Dias (CRI) – localizado no Ambulatório Bias Fortes (anexo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais). O CRI é um serviço de assistência integrada à população mais velha, e engloba as seguintes especialidades clínicas: geriatria, neuropsicologia, reabilitação física e cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia e fonoaudiologia.

Para o atendimento no CRI, são encaminhados da atenção básica para a Central de Marcação de Consultas, os idosos que possuem uma das seguintes características: ter 80 anos ou mais, polifarmácia, polipatologia, ou demência.

Neste centro, os familiares são parte do processo de tratamento do idoso e, por isso, não só os pacientes, mas também os cuidadores são acompanhados de perto pela assistência social (UFMG, 2005).

O serviço faz parte do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG, criado em 1999, e entre janeiro e novembro de 2009 realizou um total de 2.422 consultas geriátricas, incluindo primeiras consultas, retornos e interconsultas (SAME, 2009).

3.2 AMOSTRA

Os participantes deste estudo são idosos, acima de 60 anos, em acompanhamento pelo CRI. Foram avaliados 109 idosos, nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2010. Dentre os indivíduos avaliados, 60 deles preencheram todos os critérios de inclusão.

3.2.1 Critérios de inclusão

Como objetivo geral da pesquisa refere-se a idosos dependentes, o critério de dependência adotado foi a pontuação da MIF entre 5 (supervisão ou preparação) e 1 (assistência total), em pelo menos uma das seguintes tarefas motoras: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir parte superior do corpo, vestir parte inferior do corpo, uso do vaso sanitário, transferências ou locomoção.

Deste modo, os indivíduos que aceitaram participar do estudo foram avaliados por meio da MIF e categorizados como dependentes ou independentes para as ABVD. Os idosos considerados dependentes prosseguiram o estudo, com a classificação de sua funcionalidade e deficiências.

3.2.2 Cálculo amostral

O cálculo prospectivo da amostra foi realizado utilizando os dados coletados de 19 de janeiro a 05 de fevereiro de 2010, totalizando 50 idosos avaliados. Dentre estes, 22 idosos não preenchiam os critérios de dependência, sendo que a classificação da CIF foi realizada com 28 pacientes.

Como o objetivo da pesquisa é comparar o desempenho e a capacidade em idosos dependentes, para o cálculo da amostra, os idosos independentes foram excluídos, conforme os critérios pré-estabelecidos.

A diferença entre capacidade e desempenho foi calculada a partir dos qualificadores dos componentes atividades e participação (d), nas codificações que correspondem às atividades avaliadas pela MIF (APÊNDICE A). As qualificações 8 (gravidade não especificada) e 9 (não se aplica ao caso avaliado) foram excluídas do cálculo.

O passo seguinte consistiu em determinar o poder da amostra para cada codificação. Considerou-se um poder de 80% (erro tipo alfa = 0,05) para identificar uma diferença maior que 0,5. Este valor foi considerado como a mínima variação clinicamente relevante na diferença entre capacidade e desempenho. O cálculo utilizado foi a “Power Curve for One-way ANOVA” do software MINITAB 15.

No resultado deste cálculo, o tamanho da amostra variou entre 12 e 53 idosos, sendo que as maiores amostras calculadas foram as que resultaram da diferença das codificações d5201, d5404, d315, d550 e d560.

Assim, para obtermos uma amostra estatisticamente significativa, optou-se por um N mínimo de 53 idosos dependentes, sendo que durante a fase de coleta de dados, para margem de segurança, foi possível alcançar um n igual a 60.

3.3 INSTRUMENTAÇÃO

Para alcançar o objetivo proposto foi utilizada a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A MIF foi escolhida tanto pela experiência e familiaridade da pesquisadora na utilização deste instrumento, como por sua pertinência na identificação das solicitações de cuidados de terceiros que os idosos exigem para a realização de tarefas motoras e cognitivas. A CIF, por sua vez, destaca-se por sua abrangência para descrever, de modo minucioso e em uma linguagem universalmente proposta aos profissionais de saúde, favorecendo a identificação dos qualificadores capacidade e desempenho, como também das barreiras e facilidades vivenciadas pelo idoso em seu contexto familiar.

3.3.1 Medida de Independência Funcional (MIF)

As informações geradas pela avaliação funcional nas ABVD possibilitam conhecer o perfil de dependência dos idosos. Elas são consideradas atualmente como um importante indicador de saúde, a fim de instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso (CAMARA *et al.*, 2008; DUARTE, 2003; DIOGO, 2000; OLIVEIRA, S. F. D., 2006; ROSA *et al.*, 2003; SANTOS, S.M.A, 2003).

A Medida de Independência Funcional (MIF) é uma das ferramentas mais difundidas para a avaliação funcional e foi validada para o uso específico em idosos por Pollak *et al.* (1996). Este instrumento foi desenvolvido em 1986, pela Academia Americana de Medicina Física e Reabilitação e pelo Congresso Americano de Medicina de Reabilitação, a fim de medir o grau de independência dos pacientes portadores de deficiência no desempenho de atividades motoras e cognitivas. A reprodutibilidade e a validação da escala MIF no Brasil foram realizadas por Riberto *et al.* (2001) e Riberto *et al.* (2004), respectivamente.

Esta Medida é dividida entre domínios motor e cognitivo. O domínio motor engloba as dimensões de autocuidado, controle de esfíncteres, mobilidade e locomoção. No domínio

cognitivo estão presentes as dimensões de comunicação e cognição social. Esses dois domínios são denominados como MIF motora e MIF cognitiva, respectivamente (RIBERTO *et al.*, 2004).

Cada dimensão agrupa vários itens que são avaliados conforme com o grau de dependência. São estes:

- **Autocuidado** – alimentação, higiene pessoal, banho, vestir-se acima da cintura, vestir-se abaixo da cintura e uso do vaso sanitário.
- **Controle de esfíncteres** – controle de urina e controle de fezes.
- **Mobilidade** – transferência do leito para a cadeira/cadeira de rodas, transferência para o vaso sanitário e transferência para o chuveiro/banheira.
- **Locomoção** – marcha/cadeira de rodas e escadas. A dimensão
- **Comunicação** – compreensão e expressão.
- **Cognição social** – interação social, resolução de problemas e memória.

A pontuação em cada item varia de um a sete, sendo que o número 1 indica dependência total, e a maior pontuação, o número 7, significa independência completa para tal atividade (QUADRO 1). Assim, somando-se as pontuações de todas as dimensões, o indivíduo pode obter no mínimo 18 pontos (totalmente dependente) e no máximo 126 pontos (independência completa). Ela deve ser aplicada por um profissional treinado, de modo a uniformizar e garantir o emprego correto da MIF (RIBERTO *et al.*, 2001).

QUADRO 1 – Pontuação e Níveis de Dependência da MIF

Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem Ajuda
	6 Independência modificada (uso de dispositivo ou risco de segurança)	Ajuda
	Dependência modificada	
	5 Supervisão	
	4 Ajuda Mínima (indivíduo $\geq 75\%$)	
	3 Ajuda Moderada (indivíduo $\geq 50\%$)	
	2 Ajuda Máxima (indivíduo $\geq 25\%$)	
	1 Ajuda Total (indivíduo $\geq 0\%$)	Ajuda

Fonte: RIBERTO, 2000.

Missono *et al.* (2010) demonstrou o nível de dependência da pontuação total da MIF por meios de pontos de corte. São eles:

- 18 pontos – é considerada dependência completa, com necessidade de assistência total.

- De 19 a 60 pontos – dependência modificada, com assistência entre 1 a 50% na tarefa.
- De 61 a 103 pontos – dependência modificada, com necessidade de assistência de até 25% na tarefa.
- De 104 a 126 pontos, equivale a independência completa ou modificada.

Para a obtenção dos parâmetros de níveis de dependência dos domínios motor e cognitivo, foram aplicados de coorte proporcionais (QUADRO 2).

QUADRO 2 – Pontos de Coorte dos Domínios Motor e Cognitivo da MIF

<i>Assistência Requerida</i>	<i>MIF Motora</i>	<i>MIF Cognitiva</i>	<i>MIF Total</i>
Independente	75 – 91	30 – 35	104 – 126
Até 25% da tarefa	44 – 74	17 – 29	61 – 103
1 a 50% da tarefa	14 – 43	6 – 16	19 – 60
Assistência total	13	5	18

Fonte: Missono *et al.*, 2010.

A MIF foi desenvolvida, inicialmente, para o atendimento de pacientes hospitalizados. Porém, com a sua ampla utilização, ela foi aplicada também em ambientes ambulatoriais e domiciliares, obtendo resultados bastante satisfatórios (BARBETA E ASSIS, 2008; MONTEIRO, 2007; RICCI *et al.*, 2009). Para a aplicação desta escala, as informações podem ser obtidas pelo relato do cuidador, observação direta do profissional de saúde ou pelo relato do idoso. Como o idoso pode apresentar déficits cognitivos, nem sempre é possível considerar somente o seu autorrelato. Quando é feita a avaliação pela observação direta do profissional, o avaliador irá considerar o desempenho do idoso em um ambiente diferente de seu ambiente usual, fora do contexto em que o idoso vive. Este viés pode acarretar uma pontuação que espelhe o seu desempenho máximo, ou seja, a sua capacidade para a realização das ABVD. Portanto, as medidas obtidas por relatos, tanto do idoso quanto do cuidador, são as mais adequadas para refletir o desempenho do indivíduo em seu ambiente cotidiano.

3.3.2 Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A CIF é uma das classificações internacionais da OMS, assim como a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde). São instrumentos complementares, sendo que a CID-10 classifica as condições de saúde e descreve os diagnósticos médicos, e a CIF complementa com as consequências do estado de saúde em sua funcionalidade.

A CIF descreve a situação de cada pessoa dentro de uma gama de domínios de saúde ou relacionados com a saúde, nos oferecendo uma linguagem comum internacional e um modelo conceitual universal para descrever a saúde e a incapacidade (OMS; OPAS, 2003). Com ela é possível quantificar a capacidade da pessoa em superar diferentes níveis de dificuldades relacionadas às atividades do dia a dia (BATTISTELLA; BRITO, 2002).

De acordo com a terminologia da CIF, a funcionalidade é um termo amplo, que engloba as funções e estruturas do corpo, assim como os componentes atividades (execução de uma tarefa) e participação (envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade). Na descrição destes componentes, também são considerados os fatores contextuais, que são subdivididos em ambientais e pessoais.

Quanto incapacidades apresentadas pelos indivíduos para a execução de atividades, a CIF as conceitua como limitações de atividade, que são as dificuldades que um indivíduo pode apresentar na execução de atividades; e como restrição de participação, que significa o prejuízo social resultante de uma limitação do indivíduo ao se envolver em situações da vida. Os conceitos apresentados na classificação não são apenas uma consequência das condições de saúde e doença, eles também são determinados pelo contexto do meio ambiente físico e social, diferenças culturais e atitudes em relação à deficiência (FARIAS; BUCHALLA, 2005; OMS; OPAS, 2003).

Dos quesitos descritos nos componentes atividades e participação, um deles refere-se ao autocuidado. De acordo com a CIF e em convergência com a MIF, o autocuidado é avaliado a partir dos itens lavar-se, cuidar de partes do corpo, cuidados relacionados com os

processos de excreção, vestir-se, comer, beber e cuidar da própria saúde (DUARTE *et al.*, 2007; RIBERTO *et al.*, 2001; OMS; OPAS, 2003).

Neste modelo interativo de classificação, as estruturas, funções do corpo, atividades e participação estão interligados e sofrem influência direta dos fatores contextuais e das condições de saúde (FIGURA1).

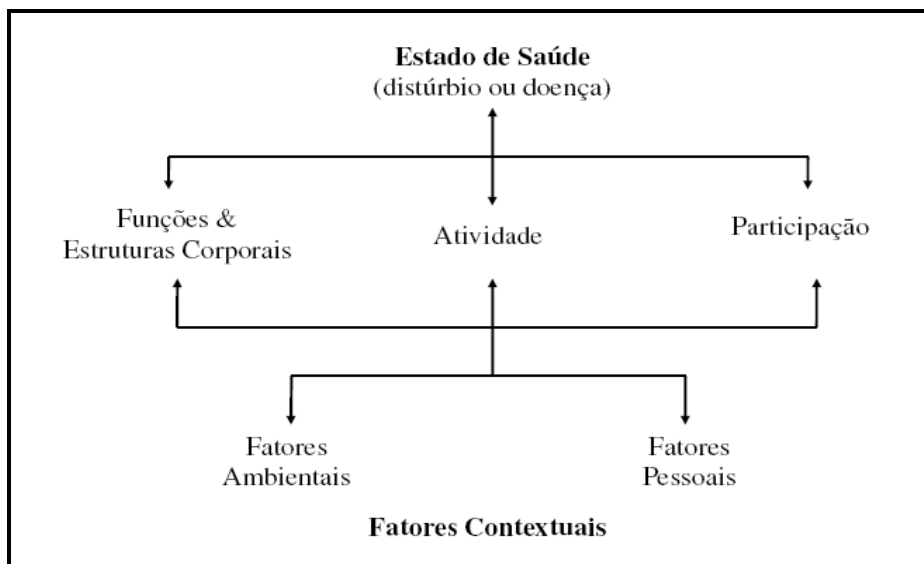


FIGURA 1 – Interações entre os Componentes da CIF
Fonte: OMS; OPAS, 2003, p. 30.

A partir do modelo biopsicossocial proposto, a CIF codificou, de maneira transcultural, os componentes funções do corpo (simbolizado pela letra B), estruturas do corpo (S), atividades e participação (D), e fatores ambientais (E). Os fatores pessoais, apesar de ser um componente contextual, não foram codificados nesta classificação devido à dificuldade em abranger a grande variação sócio-cultural que permeiam estes fatores (FARIAS; BUCHALLA, 2005; OMS; OPAS, 2003).

Além de codificar os componentes, a CIF permite mensurar e qualificar o grau de deficiência apresentado, por meio de dígitos localizados após o código do descritor. Sem esta qualificação, os códigos sozinhos não possuem um significado consistente.

Deste modo, para o componente funções do corpo, é utilizado somente um dígito qualificador, que pode ser representado pelos números 0 a 4, 8 ou 9. O número 0 significa nenhuma dificuldade ou um acometimento de 0 a 4% na funcionalidade, o 1 indica dificuldade leve (5 a 24%), o 2 é igual a uma dificuldade moderada (25 a 49%), o 3 está

relacionado a uma dificuldade grave (50 a 95%), e o qualificador 4 é tido como dificuldade completa, compreendendo entre 96 e 100%. O código qualificador 8 refere-se a uma gravidade não especificada, e o código 9 significa que o componente descrito como não aplicável ao caso avaliado, como, por exemplo, cuidado dos dentes para indivíduos que não possuem dentes nem próteses dentárias (BATTISTELLA; BRITO, 2002; DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Em estruturas do corpo, o primeiro qualificador representa a extensão da deficiência e é quantificado com os mesmos códigos qualificadores das funções do corpo. O segundo qualificador refere-se a natureza da alteração, que pode ser de 0 (nenhuma mudança na estrutura), 1 (ausência total), 2 (ausência parcial), 3 (parte adicional), 4 (dimensões aberrantes), 5 (descontinuidade), 6 (posição desviada), 7 (mudanças qualitativas na estrutura), 8 (não especificada), e 9 (não aplicável) (OMS, 2003).

As atividades e participação são qualificadas quanto ao desempenho e a capacidade. Nesta classificação, o constructo desempenho descreve o que os indivíduos fazem no seu ambiente habitual. A capacidade, por sua vez, refere-se ao nível máximo possível de funcionalidade para a execução de tarefas que uma pessoa pode atingir, apesar de suas limitações. Assim, essa avaliação pode considerar tanto o que é possível fazer em um ambiente padrão, de teste, como o desempenho na vida real (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

Como a OMS ainda não determinou as características do ambiente padrão a ser adotado, ele foi considerado como um ambiente ótimo para o desenvolvimento do potencial do idoso, com ausência de barreiras arquitetônicas e com o incentivo e supervisão de familiares e cuidadores.

Apesar da limitação do estudo pela impossibilidade de avaliar por meio da observação direta em um ambiente padrão a capacidade do idoso para a realização de cada uma das atividades avaliadas, a triangulação dos dados visou compensar este viés.

Deste modo, os dados sobre a capacidade foram levantados por meio das informações do idoso, de seu acompanhante, da avaliação gerontológica registrada em prontuário e da avaliação dos movimentos, coordenação, praxia e compreensão do idoso em obedecer a ordens diretas. Mesmo que o paciente apresente uma diminuição da capacidade mental, foi

avaliado se as orientações e o estímulo verbal do familiar são suficientes para a execução das atividades, superando as limitações aparentes.

Na qualificação dos fatores ambientais, eles podem ser descritos como barreiras (utilizando um ponto após o código descritor) ou facilitadores (representado por um sinal positivo), e sua influência pode ser quantificada de 0 a 4 (OMS; OPAS, 2003).

O fato da CIF ser muito ampla implica na dificuldade em sua utilização. Como proposta de solução para facilitar a sua aplicação, a OMS elaborou uma lista genérica, também denominada de *Checklist*, compilando as informações mais relevantes a serem levantadas quanto a funcionalidade do paciente (EWERT *et al.*, 2004; FARIAS; BUCHALLA, 2005). A *Checklist*, disponível para profissionais de saúde e traduzida para o português, é composta por 152 das 1494 categorias descritas pela CIF (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Este instrumento tem como objetivo registrar, de maneira prática, informações sobre a funcionalidade e a deficiência de um indivíduo. Para o seu preenchimento, os dados podem ser coletados “a partir de registros escritos, respondente primário, outros informantes” (OMS, 2003, p. 14).

Estudos apontam uma baixa reprodutibilidade de acordo com o observador quando não há uma sistematização da observação, que deve direcionar a atenção do pesquisador para os aspectos mais relevantes da funcionalidade e incapacidade do indivíduo (GRILL *et al.*, 2007; OKOCHI *et al.*, 2005; RIBERTO, 2008). Deste modo, foi elaborado um quadro de atividades embasadas nos códigos da CIF (APÊNDICE A) e o treinamento dos entrevistadores, direcionado a padronizar as perguntas e a observação dos componentes de saúde a serem qualificados.

Com a elaboração deste quadro foi possível acrescentar os códigos que não estavam relacionados no *Checklist*, mas que são pertinentes às atividades citadas na MIF. Estes códigos foram incluídos no item existente após a lista resumida de cada componente da CIF, que nos permite adicionar quaisquer outros códigos que não foram listados anteriormente.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Aspectos éticos

De acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, antes de iniciar a coleta dos dados o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) e pela Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do Hospital das Clínicas da UFMG. As aprovações das respectivas instituições constam nos processos nº ETIC 0535.0.203.000-9 e nº 171/09 (ANEXOS A, B e C).

A participação na pesquisa foi oferecida ao idoso ou ao seu responsável por meio de explicação verbal sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, e da assinatura, ou a impressão dactiloscópica, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B). Este termo foi impresso em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra retida pelo pesquisador (ARAÚJO *et al.*, 2003; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; BRASIL, 1996).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, com o auxílio de duas acadêmicas de enfermagem. Para a habilitação na utilização dos instrumentos, a pesquisadora participou do curso de “Capacitação para uso da Medida de Independência Funcional”, com carga horária de 10 horas, e do curso sobre “Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde – Módulo I – Básico”, com 5 horas de duração (ANEXO D).

As duas bolsistas foram treinadas e capacitadas para a aplicação dos instrumentos pela própria pesquisadora. O treinamento, com carga horária total de 30 horas, teve a metade de

sua carga horária destinada a padronizar as perguntas e o modo de avaliar os qualificadores, de modo a minimizar as divergências inter-observador.

As entrevistas aconteceram na ante-sala de espera do CRI, e a captação dos participantes foi iniciada a partir do convite individual feito a todos os idosos e acompanhantes. Após a aceitação e a assinatura do TCLE pelo idoso ou por seu responsável, foi aplicada a MIF (ANEXO E) e selecionados os participantes que prosseguiram no estudo, ou seja, aqueles idosos que necessitam de assistência total (pontuação 1) até supervisão ou preparação (pontuação 5) para o desempenho de pelo menos uma das seguintes tarefas: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir parte superior do corpo, vestir parte inferior do corpo, uso do vaso sanitário, transferências ou locomoção.

Após a certificação de que o avaliado preencheu o critério estabelecido para definição de dependência, foi utilizada a *Checklist* da CIF (ANEXO F) para a codificação e qualificação dos componentes desta classificação. O instrumento auxiliou no registro de informações quanto ao desempenho do idoso nas ABVD, a sua capacidade e os fatores ambientais que atuam como barreiras ou como facilitadores, bem como avaliação das funções e estruturas do corpo (OMS, 2003).

Os dados coletados com o auxílio do *Checklist*, a partir das informações obtidas do paciente e de acompanhante, foram complementados com os dados registrados no Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso.

Este protocolo é aplicado por um Geriatra em todos os pacientes atendidos pelo CRI, e abrange a identificação do paciente, a revisão dos sistemas fisiológicos principais, avaliação da saúde bucal, da funcionalidade global, mobilidade, cognição, humor, nutrição, história pessoal atual e pregressa, avaliação sócio-familiar, do cuidador, de riscos de queda, dados sobre os exames complementares realizados, diagnósticos principais e plano de cuidados.

3.5.1 Estudo piloto

Para a adequação dos instrumentos à coleta dos dados, no período de 19 a 28 de janeiro de 2010, estes métodos foram testados. Assim, após o consentimento do participante e a assinatura do TCLE, foi aplicada a MIF e os idosos que obtiveram uma pontuação menor ou igual a 5 nas ABVD, foram classificados de acordo com o *CheckList*. Neste período, foram realizadas 26 medidas funcionais, sendo classificados pela CIF um total de 15 idosos.

Como o *CheckList* nos permite adicionar e resumir as suas informações para o registro de casos na prática clínica (OMS, 2003), adaptou-se o instrumento com a inclusão de códigos de quatro algarismos, que dizem respeito às atividades avaliadas pela MIF, e omitimos outros que não seriam relevantes ao objetivo deste estudo, grifando-os com a cor cinza (ANEXO F).

Os dados coletados durante este período puderam ser incorporados a amostra, pois o instrumento não sofreu alterações significativas que invalidassem os dados já obtidos.

3.6 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE ESTATÍSTICA

3.6.1 Consistência do Banco de Dados

Todos os dados foram digitados e tabulados em uma planilha confeccionada no programa Excel, e utilizado o autofiltro para identificar e corrigir discrepâncias de dados.

3.6.2 Análise Descritiva e Inferencial

Para caracterização da amostra estudada, foi utilizado o programa estatístico MINITAB 15, para a análise descritiva das informações demográficas e de saúde, com apresentação de frequências simples, percentuais, média, mediana, intervalo interquartil, desvio-padrão, valores máximos e mínimos.

As variáveis foram verificadas quanto a normalidade pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para os testes de hipótese com variáveis de distribuição normal, utilizou-se o teste T de Student e nas variáveis não-paramétricas foi empregado o Coeficiente de Correlação de Pearson e o Teste de Kruskal-Wallis.

Para os dados coletados por meio do *Checklist* da CIF, além do MINITAB 15, foi utilizado o programa SPSS 13 *for Windows*. A análise pareada foi empregada para a comparação entre capacidade e desempenho do componente atividades e participação. A partir da constatação de que nenhuma das variáveis de qualificação dos componentes da CIF possui distribuição normal, o teste não-paramétricos eleito para obtermos a significância estatística destes dados ($p < 0,05$) foi o teste de Wilcoxon.

Resultados e Discussão

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi avaliado o nível de dependência de 109 idosos com o auxílio da MIF, sendo que 60 deles foram considerados como dependentes para as ABVD, por ter obtido uma pontuação igual ou menor que cinco, o que significa a necessidade de auxílio de terceiros para a supervisão, preparação do material ou orientação em uma das seguintes tarefas: alimentação, higiene pessoal, banho, vestir parte superior do corpo, vestir parte inferior do corpo, uso do vaso sanitário, transferências ou locomoção. Estes 60 idosos foram classificados funcionalmente por meio do *Checklist* da CIF.

Os resultados serão apresentados na forma de tabelas e gráficos, distribuídos em: características sócio-demográficas; nível de dependência; condições de saúde e análise dos componentes da CIF, composta por funções e estruturas do corpo, atividades e participação e fatores ambientais.

No componente atividades e participação foi realizada a comparação entre o desempenho e a capacidade do idoso, por meio de análise pareada.

4.1 CARACTERÍSTICAS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A idade dos 109 idosos pesquisados variou entre 62 e 97 anos. A média foi, próxima a 80 anos tanto no total de idosos ($80,4 \pm 6,8$), quanto no grupo de idosos independentes ($79,7 \pm 6,4$) e dependentes ($81,0 \pm 7,1$). Esta é considerada uma média alta, visto que a expectativa de vida do brasileiro, segundo Camarano *et al.* (2004), é de 67,5 anos para o sexo masculino e de 76 anos para o sexo feminino (GRÁFICO 1).

A maior parcela dos idosos entrevistados (57,8%) pertencem ao grupo “mais idoso”, que segundo Camarano *et al.* (2004) abrange os idosos com 80 anos ou mais. O emprego do Teste T de Student para relacionar a idade de idosos considerados como dependentes e independentes revelou que a idade desta população não afeta a dependência para as ABVD de modo estatisticamente significativo. Este resultado pode refletir um viés de amostra, pois os

critérios de encaminhamento dos pacientes atendidos neste ambulatório fazem com que a população estudada apresente um perfil de morbidade semelhante, independente da idade. Os estudos de Brault *et al.* (2009) e Rosa *et al.* (2003) afirmam que o avançar da idade causa uma redução gradual da capacidade de realizar atividades de vida diária de forma independente. O mesmo foi constatado no estudo de Fiedler e Peres (2008), no qual a análise bivariada entre a prevalência de capacidade funcional e idade apresentou tendência de linearidade inversa.

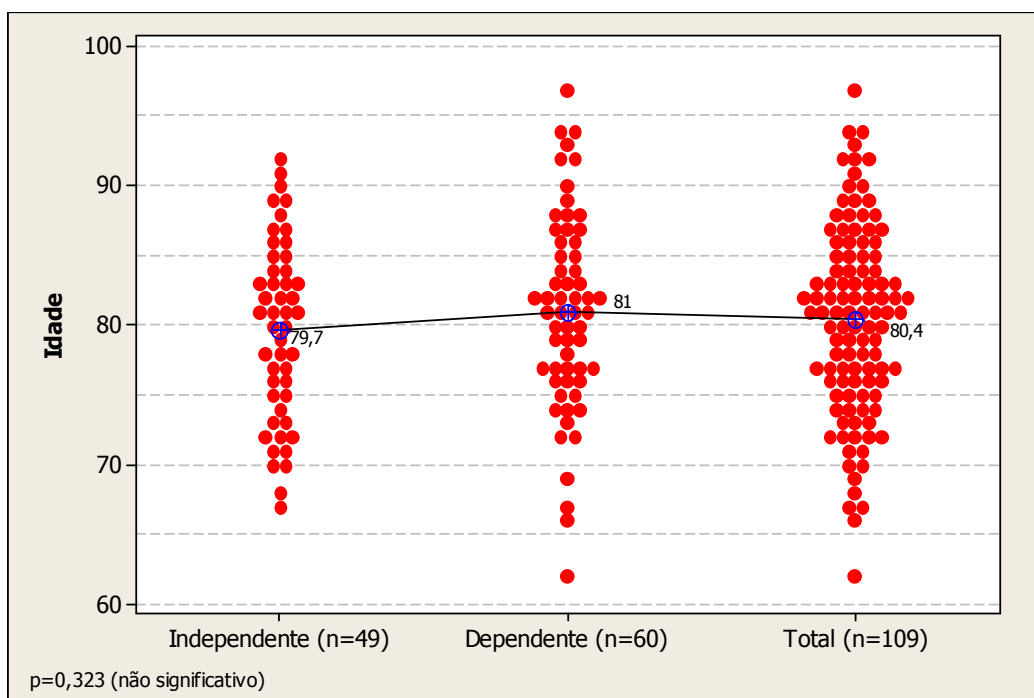


GRÁFICO 1 – Idade dos Idosos Avaliados Distribuídos por Nível de Dependência.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=109)

Fonte: Dados do Estudo.

O local do estudo, caracterizado como um ambulatório especializado em saúde do idoso, nos favoreceu a captar idosos dependentes, portadores de várias doenças crônicas e assistidos pelo sistema público de saúde. Neste universo foi constatado que 55,0% dos idosos apresentam dificuldades na execução do autocuidado.

Quanto ao gênero, foi constatado que a quantidade de mulheres (74,31%) é bem maior que a de homens (25,69%). Este dado, além de apontar a feminização da velhice (CAMARANO *et al.*, 2004; NERI, 2007), também pode representar a resistência do sexo masculino em frequentar os serviços de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2002; GOMES *et al.*, 2007). Não houve diferença significativa de idade entre os sexos (GRÁFICO 2).

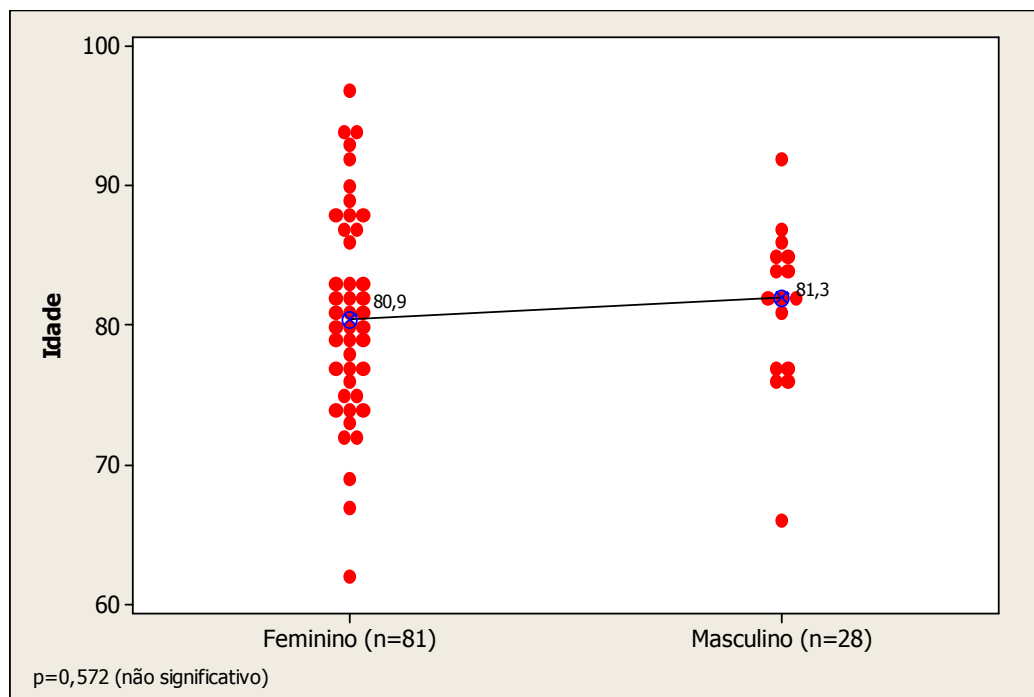


GRÁFICO 2 – Distribuição dos Idosos quanto ao Sexo e a Idade.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=109)

Fonte: Dados do Estudo.

Constatou-se a independência nas ABVD em 44,9% dos idosos. Porém, 85,4% dos entrevistados contam com o apoio de uma pessoa de referência para auxiliá-los nas tarefas instrumentais da vida diária como preparar refeições, tomar os remédios, controlar suas finanças, usar o telefone, fazer compras, cuidar da casa e das roupas ou efetuar pequenos trabalhos domésticos, e sair de casa usando algum meio de transporte, sem a necessidade de um acompanhante (NERI, 2005). Este índice pode revelar o percentual de idosos que são independentes tanto para as atividades básicas, quanto para atividades de vida diária mais complexas, uma vez que eles não requerem a constante ajuda de terceiros em seu cotidiano (GRÁFICO 3).

Foi constatado anteriormente que a idade não afeta a dependência para as ABVD. No entanto, ao se correlacionar a idade e a presença de cuidador, foi evidenciada que a figura do cuidador está mais presente com o avançar da idade. Ou seja, a idade não afeta as ABVD, mas está associada a uma maior necessidade de auxílio nas atividades instrumentais.

O processo de envelhecimento, em que normalmente ocorrem alterações fisiológicas ou patológicas dos sistemas osteoarticular, muscular e neurológico, com consequentes perdas de força muscular, equilíbrio e agilidade (VANDERVOORT, 1998), aliado ao ambiente inóspito e à falta de acessibilidade das vias e transportes públicos, pode ser a explicação para esta relação entre a idade e a presença de um cuidador. Não foi observada correlação entre o sexo e a presença de cuidador ($p=0,193$).

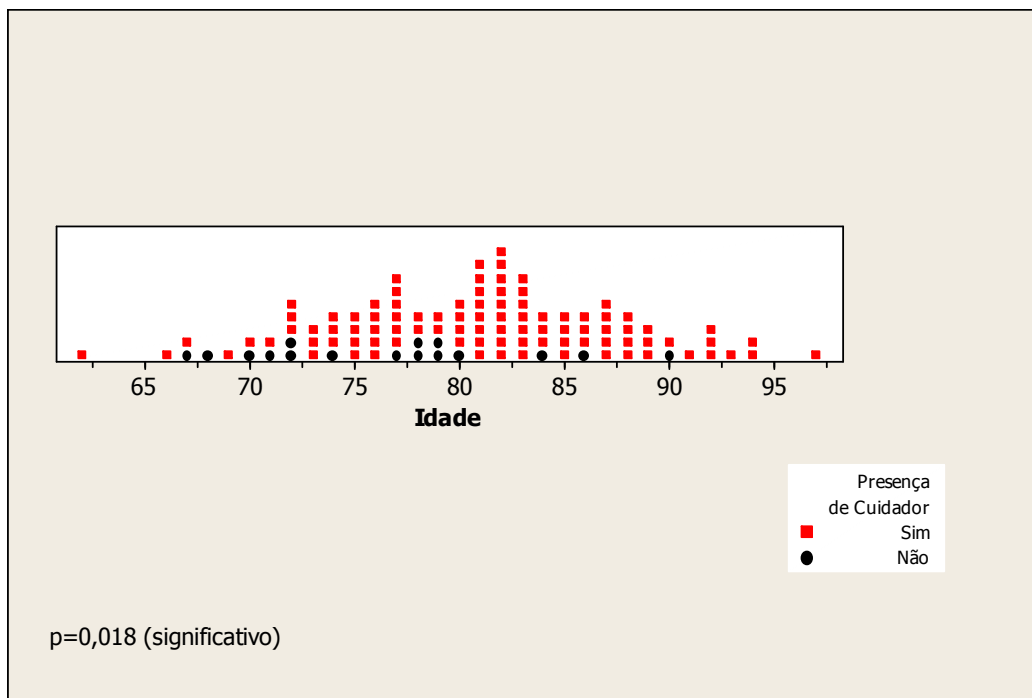


GRÁFICO 3 – Idade e Presença de Cuidador. Belo Horizonte, MG, 2010, (n=109)
Fonte: Dados do Estudo.

Em concordância com a literatura (ALMEIDA, 2005; GRATÃO, 2006; LUZARDO *et al.*, 2006; PAPASTAVROU *et al.*, 2007; VILELA, L. P.; CARAMELLI, 2006), constatamos, conforme o GRÁFICOS 4, que os cuidadores são, em sua maioria, filhos e cônjuges (76,34%), e do sexo feminino (95,70%).

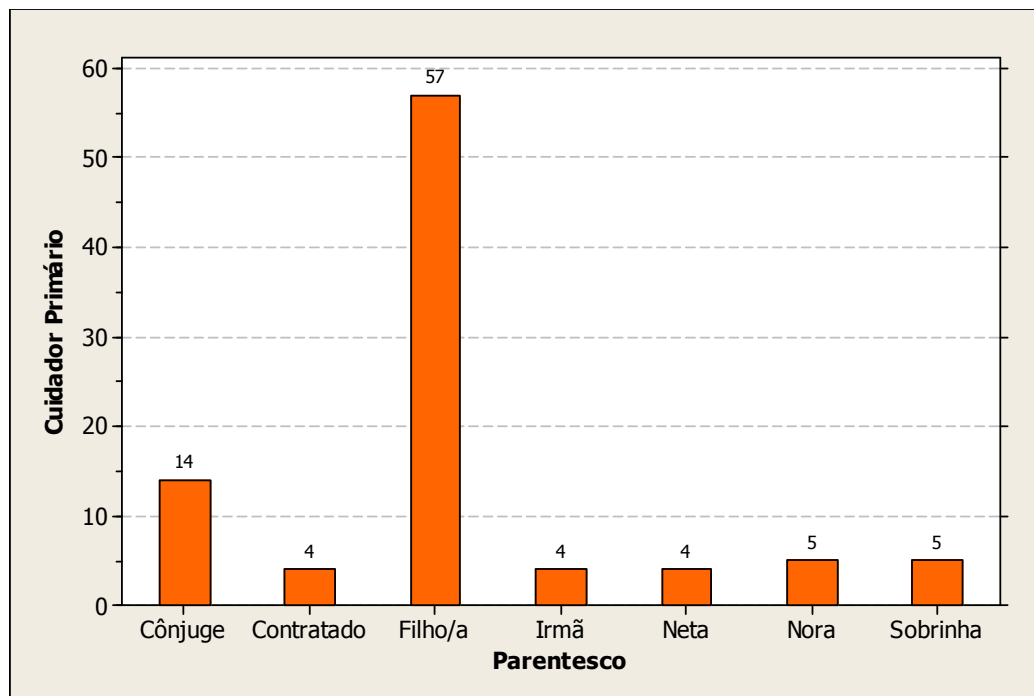


GRÁFICO 4 - Parentesco do Cuidador Primário. Belo Horizonte, MG, 2010, (n=93)
Fonte: Dados do Estudo.

O perfil dos cuidadores familiares engloba tanto mulheres, quanto homens. Embora os dados continuem demonstrando um maior número de mulheres na função de cuidadores primários, foi identificado que os homens, em menor escala (4,30%), também estão exercendo esta função (GONÇALVES *et al.*, 2006; VILELA *et al.*, 2006).

Nas entrevistas, os informantes que os acompanharam ao serviço de saúde têm o perfil semelhante ao dos cuidadores primários, sendo que 89,91% são do sexo feminino e a maioria é composta por filhos ou cônjuges. Em 15,6% das entrevistas, o informante foi o próprio idoso (GRÁFICO 5).

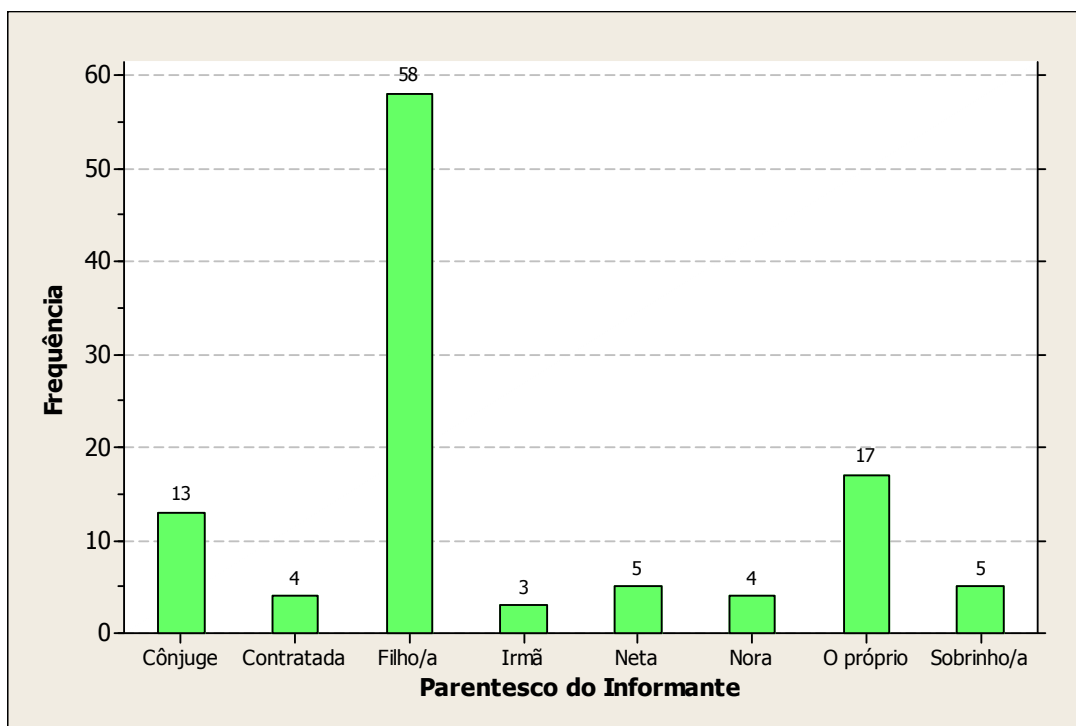


GRÁFICO 5 – Parentesco do Informante. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=109)

Fonte: Dados do Estudo.

Os arranjos familiares atuais, cada vez mais nucleares, somado à queda da fecundidade e à entrada da mulher no mercado de trabalho, tornam cada vez mais escasso o apoio de cuidadores familiares (ARRIAGADA, 2004; OLIVEIRA *et al.*, 2007; SAAD, 2003). Dentre os idosos dependentes avaliados (n=60), mais da metade (55%) têm só um cuidador, o que pode desencadear de limitações na vida cotidiana do cuidador com conseqüente risco à sua saúde e bem-estar (GONÇALVES *et al.*, 2006) (GRÁFICO 6).

Laham (2003) esclarece que é usual a responsabilidade principal do cuidado com o idoso recair sobre um único familiar. Este membro, geralmente é uma filha ou a esposa, que além de cuidar da pessoa dependente, também faz os trabalhos domésticos, ou ainda trabalham fora. Sobra pouco, ou nenhum tempo, para cuidar de si próprio e para atividades sociais ou de lazer. Em sua maioria, os membros da família do sexo masculino exercem a

função de cuidadores secundários, sendo responsáveis pelo suporte financeiro e tarefas externas, como pagar contas ou auxiliar o deslocamento o idoso. Porém, na maioria das vezes, não existem cuidadores secundários, e somente uma pessoa é incumbida de muitas tarefas e responsabilidades.

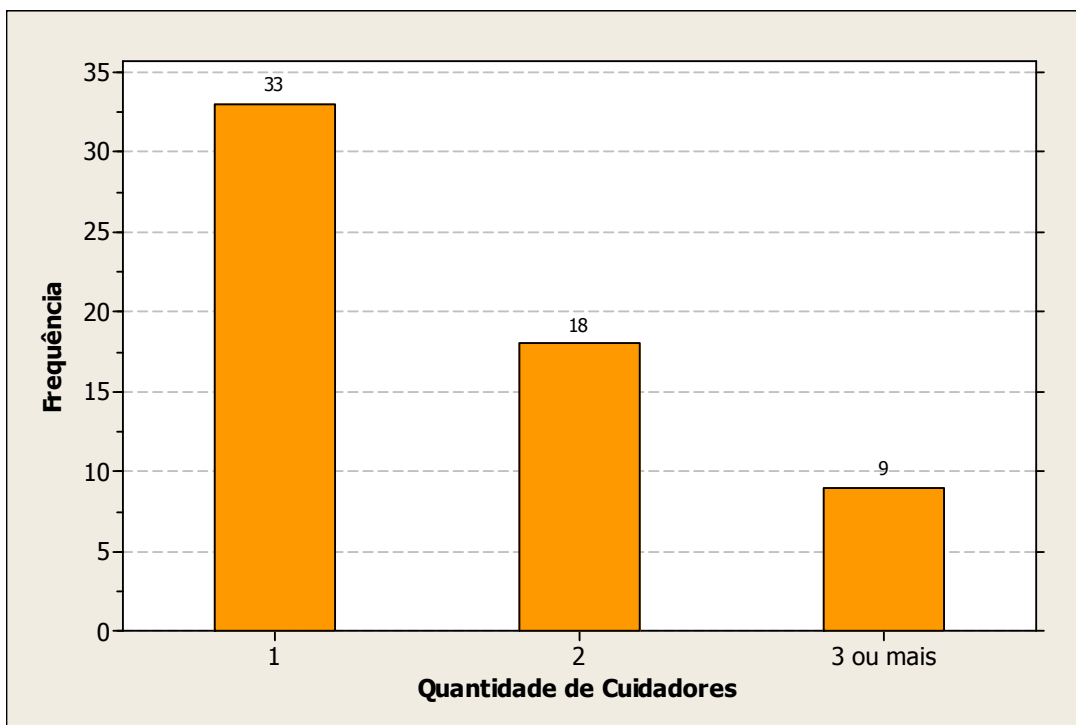


GRÁFICO 6 – Quantidade de Pessoas Envolvidas no Cuidado com o Idoso.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

A média de idade do cuidador primário (n=93) foi de $53,8 \pm 13,7$, sendo que 32,2% deles têm mais de 60 anos (GRÁFICO 7). Em diversos estudos, a média de idade também foi superior a 50 anos. No estudo realizado por Karsch (2003), 41% dos cuidadores tinham mais que 60 anos, o que mostra que pessoas idosas estão cuidando de idosos (ALMEIDA, 2005; GONÇALVES *et al.*, 2006; GRATÃO, 2006; KARSCH, 2003; LAHAM, 2003; LUZARDO *et al.*, 2006; PAPASTAVROU *et al.*, 2007; VILELA; CARAMELLI, 2006). Deste modo, com a inserção das mulheres no mercado de trabalho, observamos que os idosos são eleitos cuidadores em muitos arranjos familiares.

Os serviços de saúde devem redobrar a atenção ao idoso que exerce a função de cuidador primário, pois somado aos problemas comuns ao processo de envelhecimento, como

depressão, desgaste fisiológico e problemas crônico-degenerativos, esta tarefa é mais um fator que pode influenciar a qualidade de vida destes idosos cuidadores (NAKATANI *et al.*, 2003).

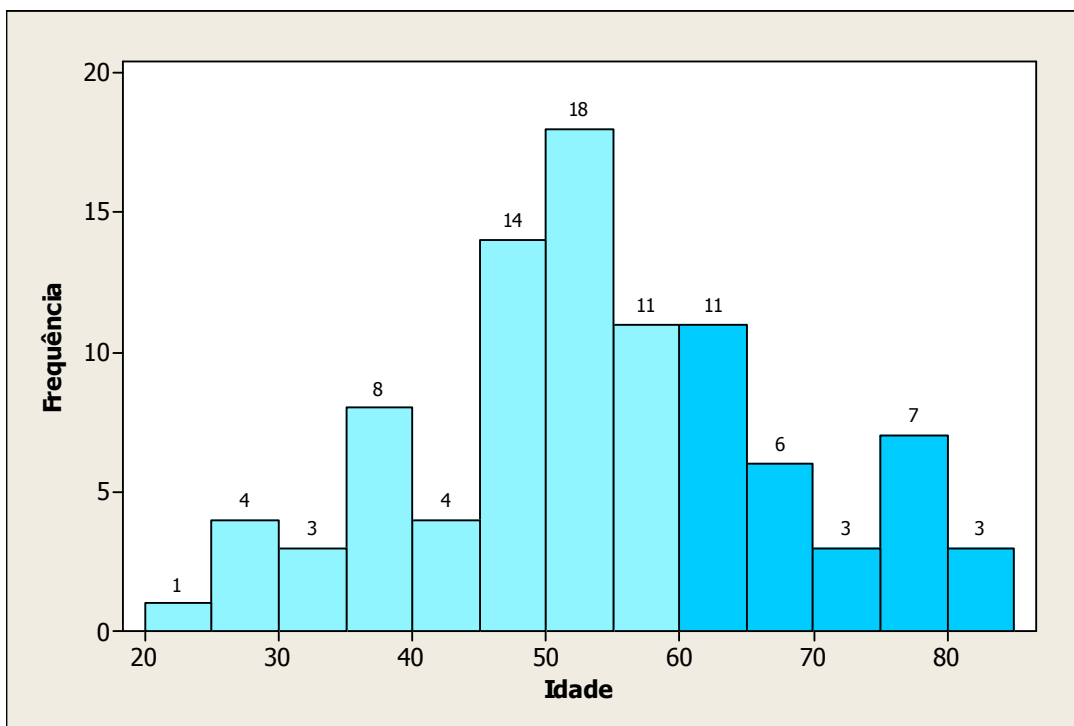


GRÁFICO 7 – Distribuição da Idade do Cuidador Primário. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=93)
Fonte: Dados do Estudo.

Dos idosos considerados dependentes (n=60), a média de anos de educação formal foi de $2,7 \pm 2,7$, sendo que 28,3% nunca frequentaram aulas. O total de idosos com um ano ou menos de instrução equivale a 36,6% (GRÁFICO 8). Esta porcentagem é equivalente a estimativa, feita pelo IBGE (2005), de que 36,9% dos idosos brasileiros não têm instrução ou possuem menos de um ano de instrução formal. Na região metropolitana de Belo Horizonte este índice cai para 23,7%.

Um estudo multicêntrico coordenado pela OPAS no Estado de São Paulo faz referência a falta de oportunidades de estudo ofertadas a população, que hoje encontra-se com esta faixa etária (LEBRÃO, 2003). Em uma revisão sistemática da literatura realizada por Rodrigues *et al.* (2009), a falta de escolaridade foi considerada como fator de risco de incidência de incapacidade funcional, independentemente do sexo.

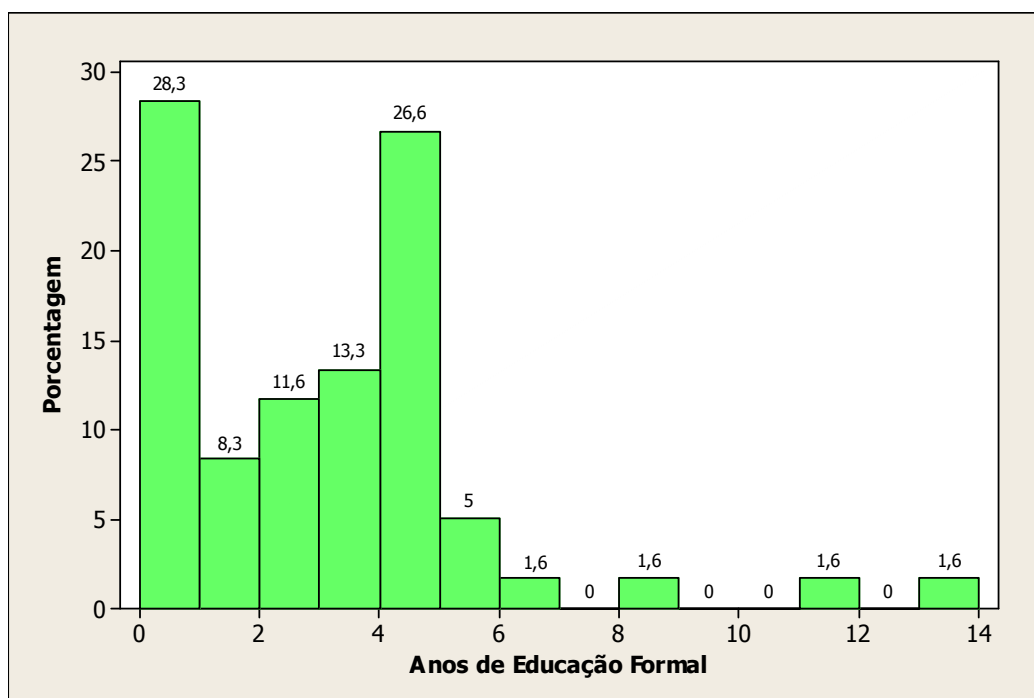


GRÁFICO 8 – Distribuição de Anos de Educação Formal. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)
Fonte: Dados do Estudo.

Em relação ao estado matrimonial, a maioria dos idosos (55%) são viúvos, 26,7% encontram-se casados, 15% deles nunca foram casados e somente 3,3% são separados.

Em estudo feito por Lebrão (2003, p.37) foi verificado que os idosos, em sua maioria, são casados (57%), com uma parcela significativa de viúvos. Quando se considera o grupo de 75 anos ou mais, 34,2% são casados e 63,7% deles são viúvos. “Apenas 8,5% dos idosos aparecem como separados ou divorciados e 4,9% como solteiros”.

Como 81,66% dos idosos dependentes avaliados têm mais que 75 anos de idade, pode-se considerar que, respeitando-se esta faixa etária, os achados desta pesquisa corroboram com o estudo realizado por Lebrão (2003).

Quando comparamos o estado matrimonial de acordo com o sexo, o número de mulheres viúvas (63,64%) é bem maior do que o percentual de homens com o mesmo estado matrimonial (32,25%) (TABELA 1).

TABELA 1 – Estado Matrimonial dos Idosos Dependentes de Acordo com o Sexo.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

<i>Estado matrimonial</i>	<i>Homem (n=16)</i>	<i>Mulher (n=44)</i>
Casado	62,50%	13,64%
Separado	6,25%	2,27%
Viúvo	31,25%	63,64%
Nunca casou	0%	20,45%
Total	100%	100%

Fonte: Dados do Estudo.

Lebrão (2003) constata que as mulheres têm uma esperança de vida maior do que os homens, sendo que eles encontram mais facilidade para o recasamento, ao passo em que as mulheres tendem a permanecer viúvas.

Quanto à ocupação e a renda, a maioria dos idosos (91,6%) possui rendimentos próprios proveniente de aposentadoria ou pensões. 8,4% dos entrevistados alegaram ser desempregados ou sempre terem trabalhado com atividades domésticas e não recebem benefícios atualmente. Fiedler e Peres (2008) constataram que quanto menor a renda no domicílio, maior é a prevalência de incapacidade funcional.

4.2 NÍVEL DE DEPENDÊNCIA

Com a aplicação da Medida de Independência Funcional (MIF) obteve-se na avaliação dos 109 idosos uma média de $94,4 \pm 32,1$. Não houve correlação entre dependência, representada pela pontuação da MIF, e a idade dos idosos (GRÁFICO 9).

Os itens das dimensões da MIF são organizados de acordo com seu nível de complexidade, iniciando-se com atividades mais elementares. Na dimensão de autocuidados, a tarefa menos complexa é a de alimentar-se (KATZ; AKPOM, 1976; RIBERTO *et al.* 2001). Por ser a mais elementar, é esperado que um indivíduo com uma baixa pontuação nesta atividade, também tenha uma reduzida pontuação total na MIF. Esta afirmativa foi confirmada por este estudo, e está ilustrada no GRÁFICO 10.

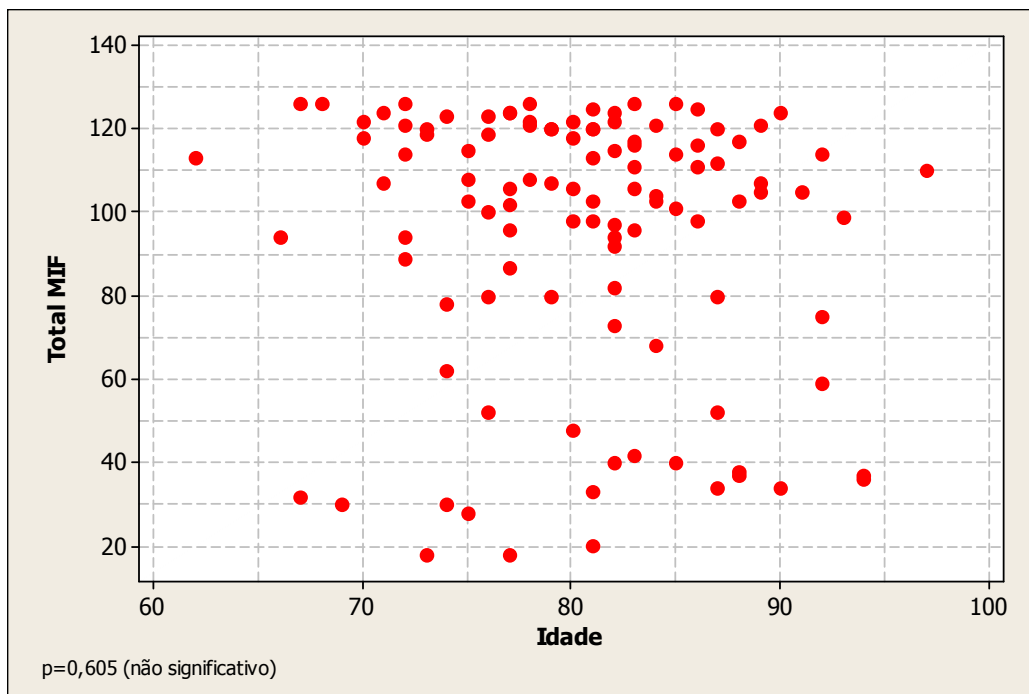


GRÁFICO 9 – Pontuação Total da MIF de Acordo com a Idade.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=109)

Fonte: Dados do Estudo.

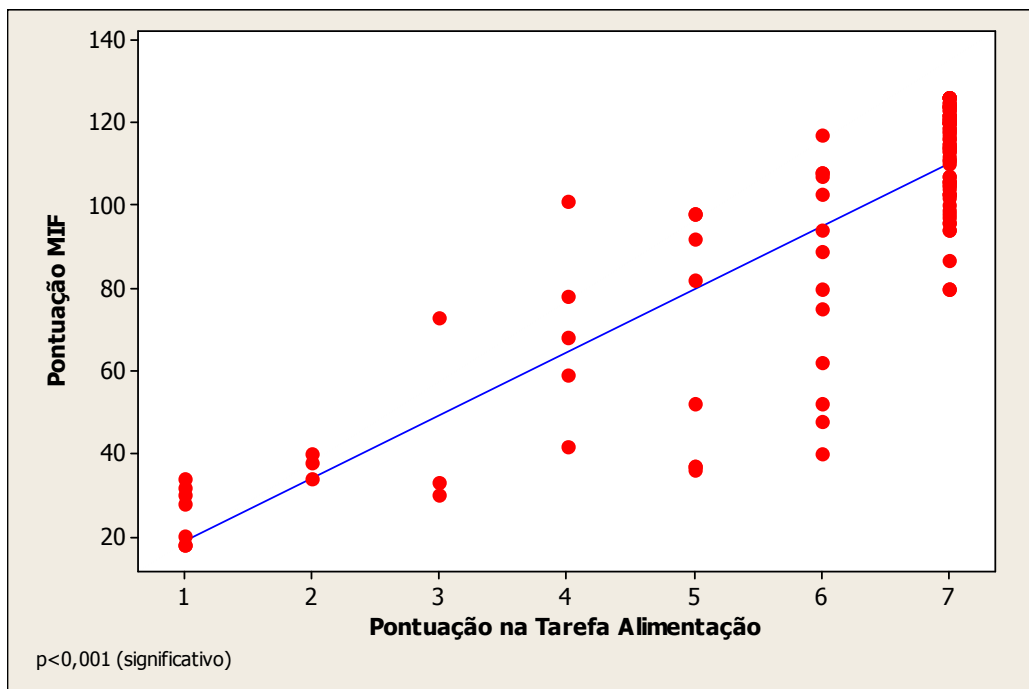


GRÁFICO 10 – Pontuação Total da MIF Versus Pontuação na Tarefa Alimentação.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=109)

Fonte: Dados do Estudo.

A MIF motora obteve média de $87,4 \pm 3,8$ no grupo de independentes (independência completa a modificada) e $56,3 \pm 24,9$ no grupo de dependentes (necessidade de auxílio em até 25% da tarefa). Na MIF cognitiva a média foi respectivamente de $30,3 \pm 4,9$ (independência completa ou modificada) e $19,1 \pm 8,7$ (orientação mínima).

A pontuação total teve média de $117,7 \pm 7,5$ (independência completa a modificada) para o grupo de independentes e $75,4 \pm 31,9$ (auxílio mínimo) para o grupo de dependentes, com significância estatística entre os grupos (GRÁFICO 11).

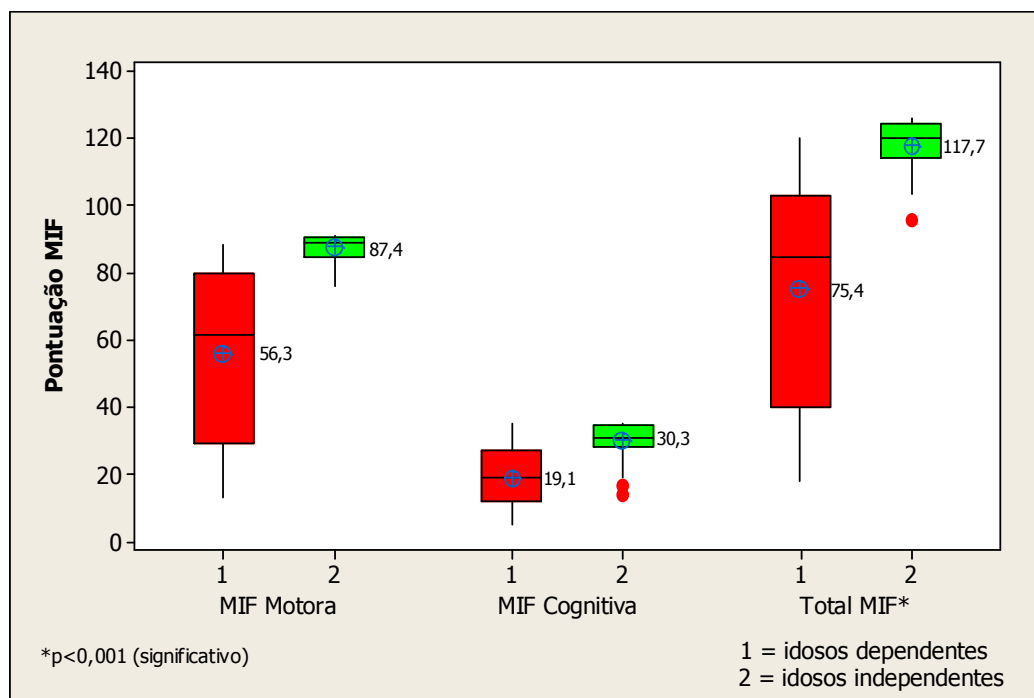


GRÁFICO 11 – *Boxplot* da Pontuação da MIF em Idosos Dependentes e Independentes. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=109)

Fonte: Dados do Estudo.

Em relação ao gênero e o nível de dependência, não foi evidenciada uma diferença significativa ($p=0,605$). Rodrigues *et al.* (2009) em uma revisão sistemática sobre gênero e incapacidade funcional em idosos concluiu que, após ajuste dos fatores sócio-econômicos, de saúde e indicadores de relações sociais, a incidência de incapacidade foi similar em ambos os sexos. Santos J. L. F. (2003) obteve um resultado semelhante, verificando que a diferença de incapacidade funcional entre sexos é praticamente inexistente quando se considera o total das idades. Em contrapartida, o estudo de Fiedler e Peres (2008) demonstrou que a incapacidade funcional está mais presente no sexo feminino, o que pode ser associado a uma maior frequência de quedas entre as mulheres idosas.

4.3 CONDIÇÕES DE SAÚDE

As principais condições de saúde dos indivíduos pesquisados foram levantadas a partir das entrevistas e dos prontuários. Dos 109 indivíduos pesquisados, foram identificados 322 diagnósticos médicos, com média de $2,9 \pm 1,3$ diagnósticos por pessoa. Os diagnósticos médicos encontrados estão descritos na TABELA 2.

TABELA 2 – Condições de Saúde de acordo com a CID 10. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=322)

<i>CID 10</i>	<i>Descrição</i>	<i>n</i>
A30	Hanseníase [doença de Hansen] [lepra]	1
B57	Doença de Chagas	1
B90	Sequelas de tuberculose	1
C44	Outras neoplasias malignas da pele	1
C75.1	Neoplasia maligna da glândula hipófise (pituitária)	1
D53	Outras anemias nutricionais	1
E07.9	<i>Transtorno não especificado da tireóide</i>	8
E14	<i>Diabetes mellitus não especificado</i>	14
E78	<i>Distúrbios do metabolismo de lipoproteínas e outras lipidemias</i>	4
F03	<i>Demência não especificada</i>	12
F32	<i>Episódios depressivos</i>	9
F51	Transtornos não-orgânicos do sono devido a fatores emocionais	2
G10	Doença de Huntington	1
G20	<i>Doença de Parkinson</i>	7
G30	<i>Doença de Alzheimer</i>	53
G31	Outras doenças degenerativas do sistema nervoso	3
G50	Transtornos do nervo trigêmeo	1
G51	Transtornos do nervo facial	1
G62	Outras polineuropatias	1
G91	Hidrocefalia	1
H25	Catarata senil	6
H40	Glaucoma	6
H91	Outras perdas de audição	2
I10	<i>Hipertensão essencial (primária)</i>	68
I20	Angina pectoris	2
I25	<i>Doença isquêmica crônica do coração</i>	11
I34	Transtornos não-reumáticos da valva mitral	1
I48	“Flutter” e fibrilação atrial	1
I49	Outras arritmias cardíacas	3
I50	<i>Insuficiência cardíaca</i>	4
I69	<i>Seqüelas de doenças cerebrovasculares</i>	10
I87.2	Insuficiência venosa (crônica) (periférica)	3
J32	Sinusite crônica	1
J43	Enfisema	3
J44	<i>Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas</i>	5
J62	Pneumoconiose devida a poeira que contenham sílica	1
J84	Outras doenças pulmonares intersticiais	1
K20	Esofagite	1
K25	Úlceras gástricas	1
K44	Hérnia diafragmática	2
K59.0	Constipação	21
M06	Outras artrites reumatóides	1
M10	Gota	1
M15	<i>Poliartrose</i>	6
M17	Gonartrose [artrose do joelho]	2
M23	Transtornos internos dos joelhos	1
M51	Outros transtornos de discos intervertebrais	1
M79.6	Dor em membro	1
M81	<i>Osteoporose sem fratura patológica</i>	10
N19	<i>Insuficiência renal não especificada</i>	6
N40	Hiperplasia da próstata	2

Continuação da TABELA 2:

CID 10	Descrição	n
R32	Incontinência urinária não especificada	1
R47	Distúrbios da fala não classificados em outra parte	1
R56	Convulsões, não classificadas em outra parte	2
T13.6	Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado	1
T90.5	Sequelas de traumatismo intracraniano	1
T92	Sequelas de traumatismos do membro superior	1
T93.1	Sequelas de fratura do fêmur	1
Y85	Sequelas de acidentes de transporte	1
Z95	Presença de implantes e enxertos cardíacos e vasculares	5
Z96.6	Presença de implantes articulares ortopédicos	1
Total		322

Fonte: Dados do Estudo.

Dos 322 diagnósticos encontrados, os mais prevalentes estão representados no GRÁFICO 12.

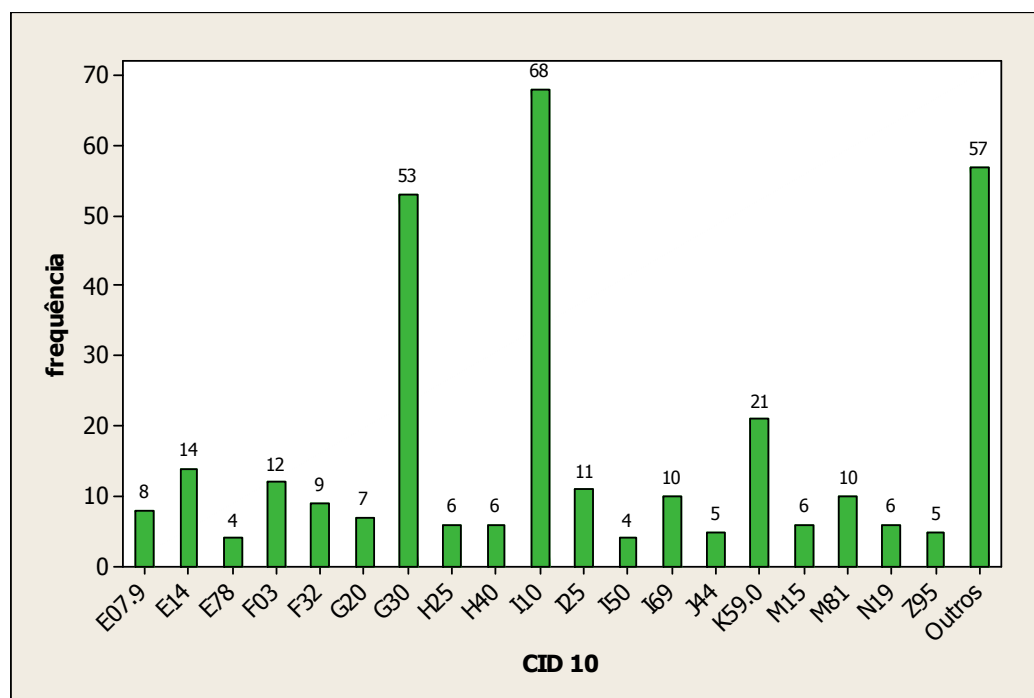


GRÁFICO 12 – Condições de Saúde mais Prevalentes de Acordo com o CID 10.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=322)

Fonte: Dados do Estudo.

As doenças com maior prevalência foram hipertensão (62,38%), Alzheimer (48,62%), constipação (19,27%), diabetes *mellitus* (12,84%), demência não-especificada (11%), doença isquêmica crônica do coração (10,09%), sequelas de doenças cerebrovasculares (9,17%), osteoporose (9,17%), episódios depressivos (8,26%) e transtornos de tireóide (7,34%).

No trabalho realizado por Lebrão e Laurenti (2003), a doença de maior prevalência foi a “pressão alta” (53,3%), sendo que os distúrbios cardíacos (19,5%) e o diabetes (17,9%) foram frequentemente citados pelos idosos. A hipertensão e o diabetes são os principais fatores de risco modificáveis das doenças cardiovasculares, que representam a maior causa de morbimortalidade da população brasileira. O diagnóstico e o controle adequado destas doenças podem evitar complicações e retardar os danos já existentes (BRASIL, 2002).

Por serem critérios de encaminhamento da Atenção Básica para o CRI, a doença de Alzheimer e as demências obtiveram alta prevalência. A constipação foi outro diagnóstico frequentemente observado. Ela é relatada por 24 a 40% dos idosos que vivem na comunidade, sendo mais frequente nas mulheres (LOCKE *et al.*, 2000; TALLEY *et al.* 1996). O consumo de líquidos e dieta inadequados, a inatividade, diabetes e o uso de alguns tipos de medicamentos, contribuem com a alta incidência de constipação entre os idosos. A enfermagem deve estar atenta para esse problema e elaborar estratégias efetivas para orientação dos idosos e de seus familiares quanto ao seu tratamento e prevenção (GINSBERG *et al.*, 2007).

O Coeficiente de Correlação de Pearson foi empregado para verificar a relação entre o quantitativo de diagnósticos médicos e a funcionalidade (pontuação obtida na MIF) e mostrou que o número de diagnósticos médicos não possui uma correlação significativa com a funcionalidade do idoso ($p=0,669$). Em um estudo que abrangeu o estado funcional e comorbidades, Welsing *et al.* (2001) verificou que são raras as evidências de um efeito independente de comorbidades com o estado funcional. A comorbidade, de modo independente, foi associada à dor e restrições físicas, porém não houve associações com outras dimensões do estado funcional.

Porém, vários estudos apontam uma relação entre doenças crônicas e comorbidades com a capacidade funcional dos idosos. Para Kushang *et al.* (2006), apesar das diferenças na prevalência entre uma ou mais doenças crônicas, a sua associação com a deficiência obteve magnitudes similares. Já no estudo realizado por Zahava *et al.* (1998) foi constatado que as comorbidades estavam relacionadas com a incapacidade funcional apenas para os indivíduos com três ou mais doenças crônicas. Verbrugge *et al.* (1989) verificou que a soma de mais de uma doença crônica aumenta o risco de deficiências. Guccione *et al.* (1994) concluiu que as doenças com maior impacto na funcionalidade são a sintomatologia depressiva, o acidente vascular cerebral, a fratura de quadril, a osteoartrite de joelho e as doenças cardíacas.

Alves *et al.* (2007) afirma que as diversas condições crônicas existentes não possuem impactos similares na funcionalidade. Em um idoso que apresente várias afecções crônicas, a incapacidade de realização de muitas ou de todas as atividades pode dever-se ao efeito de uma única condição de morbidade ou ao efeito independente de várias condições, cada uma delas afetando somente determinadas atividades. Ramos (2003, p. 794) conclui que “a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças”. O que Ramos (2003) enfatiza é uma perspectiva presente no paradigma salutogênico.

Este paradigma foi proposto por Antonovsky (1987), que desenvolveu um mecanismo universal para explicar por que algumas pessoas permanecem saudáveis apesar de vivenciar condições extremamente difíceis. Para este autor, o conceito de “senso de coerência” é um fator determinante na manutenção da saúde.

O “senso de coerência” refere-se à capacidade de administrar um conjunto de atitudes para lidar adequadamente com o estresse, selecionando a estratégia mais apropriada. Significa um estado de harmonia e bem-estar com o meio social, familiar e consigo mesmo. Os indivíduos com um “senso de coerência” forte têm a capacidade de mobilizar recursos para lidar com estressores e possuem a motivação, o desejo, e o compromisso necessário para enfrentá-los (ANTONOVSKY, 1987). Nesta perspectiva, o estado de saúde é afetado não só pela existência de comorbidades, mas também como pela maneira em que cada indivíduo enfrenta a sua condição de saúde. Este conceito nos auxilia a repensar a saúde fora do determinismo biomédico. Observa-se que a inclusão em atividades de lazer, convívio social e a independência nas ABVD, aliados ao controle das doenças crônicas, mantém a autonomia do idoso, de acordo com suas limitações, a integração social e, conseqüentemente, a sua saúde.

A convivência com problemas crônicos de saúde faz com que os idosos consumam mais medicamentos do que as outras faixas etárias, apesar de serem mais vulneráveis a efeitos colaterais e a reações medicamentosas (COELHO FILHO, 2004; LOYOLA FILHO *et al.*, 2006). Dos 60 idosos pesquisados, todos utilizavam algum tipo de medicação, com média de $4,5 \pm 2,3$ medicamentos por idoso (GRÁFICO 13).

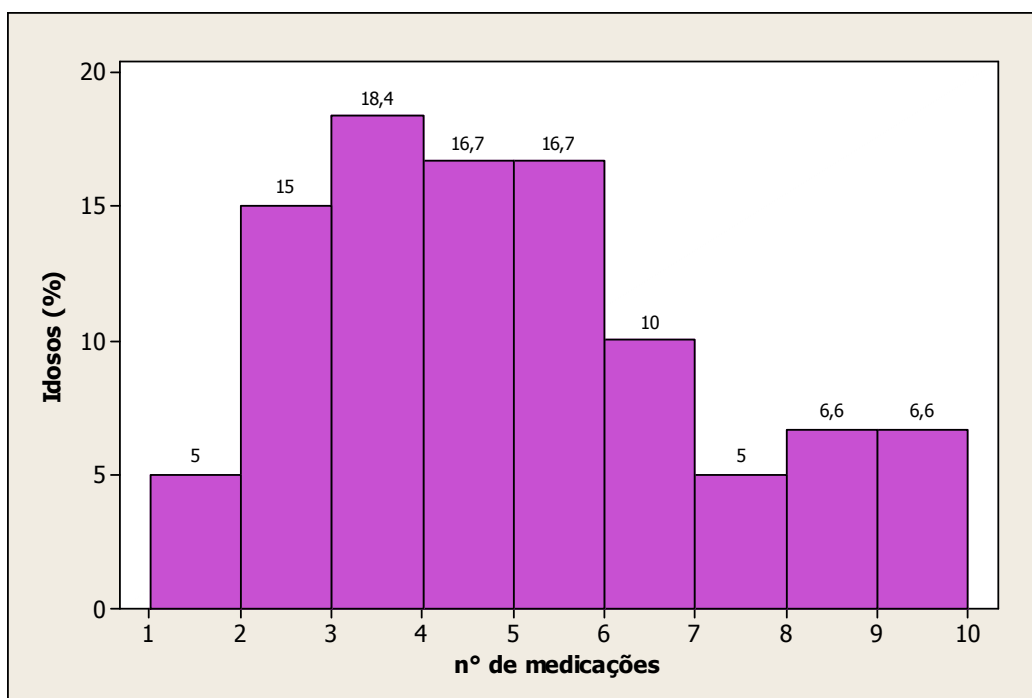


GRÁFICO 13 – Distribuição do Número de Medicações de Uso Contínuo Utilizadas pelos Idosos. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

Por frequentarem mais os serviços de saúde que o sexo masculino (LIMA-COSTA *et al.*, 2003), espera-se que a mulher idosa também consuma um maior número de medicações. A prevalência de mulheres idosas que consomem 5 ou mais tipos de medicação com ou sem prescrição médica (52,27%) é bem maior que a dos homens idosos (25%) (TABELA 3). Em populações distintas, os estudos realizados por Loyola Filho *et al.* (2005, 2006) verificaram que as mulheres idosas são as maiores consumidoras de medicamentos. Segundo estes autores, são fatores potencializadores de um maior uso de medicações, a diferenciada atenção da mulher aos seus problemas de saúde e os fatores sócio-culturais, que fazem com que as mulheres sejam as principais responsáveis pelos cuidados com a saúde na família e estejam

mais familiarizadas com os medicamentos. Isso pode contribuir para uma maior propensão à automedicação, especialmente na abordagem de problemas de saúde já vivenciados.

TABELA 3 – Distribuição do Número de Medicações de Acordo com o Sexo.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

<i>Nº de medicações</i>	<i>Sexo feminino (%)</i>	<i>Sexo masculino (%)</i>	<i>Total (%)</i>
1	2,27	12,50	5,00
2	15,91	12,50	15,00
3	15,91	25,00	18,33
4	13,64	25,00	16,67
5 ou mais	52,27	25,00	45,00
Total (%)	100,00	100,00	100,00

Fonte: Dados do Estudo.

A relação entre a pontuação na MIF e o número de medicações não apresentou significância estatística ($p=0,464$), indicando que o uso de medicamentos também não está relacionado à independência funcional.

Além do aumento do consumo de medicamentos, os idosos utilizam mais os serviços de saúde e apresentam taxas de internação e permanência hospitalar elevadas, quando comparado com outros grupos etários, gerando um aumento do custo médio nas internações hospitalares (AMARAL *et al.*, 2004; LIMA *et al.*, 2009; PEIXOTO *et al.*, 2004).

Dos idosos dependentes entrevistados (n=60), 31,7% foram hospitalizados há menos de um ano, sendo que 8,33% deles foram internados duas vezes no último ano.

A média de dias de internação foi de $15,9 \pm 16,7$ dias, e os diagnósticos fratura de fêmur, insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral e pneumonias bacterianas foram as causas de internação que obtiveram as maiores médias (TABELA 4).

TABELA 4 – Média de Duração das Internações Ocorridas no Último Ano de Acordo com o CID 10. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=24)

<i>CID 10</i>	<i>Descrição</i>	<i>Frequência</i>	<i>Média da internação (dias)</i>
A46	Erisipela	1	7
A49	Infecção bacteriana não especificada	1	8
D64.9	Anemia não especificada	1	10
E14	Diabetes mellitus não especificado	1	5
G62.9	Polineuropatia não especificada	1	16
I20	Angina pectoris	1	3
I50.0	Insuficiência cardíaca congestiva	1	22
I64	Acidente vascular cerebral	3	21
I80.3	Flebite e tromboflebite dos membros inferiores	1	7
J15	Pneumonia bacteriana	4	19
K25	Úlcera gástrica	1	4
K59.0	Constipação	1	5
M15	Poliartrose	1	4
N30	Cistite	1	5
R33	Retenção urinária	1	1
S72	Fratura do fêmur	4	42

Fonte: Dados do Estudo.

A maior frequência das internações foi devido a fratura de fêmur (16,6%), pneumonia bacteriana (16,6%) e acidente vascular cerebral (12,5%), sendo que um quarto das internações ocorreu por doenças do aparelho circulatório. Peixoto *et al.* (2004), ao analisar o banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), constatou que a insuficiência cardíaca, as doenças pulmonares, cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração são as principais causas de internações entre idosos no Brasil.

Kawasaki e Diogo (2007), em um estudo sobre a capacidade funcional relacionada à hospitalização, afirma que a funcionalidade tende a declinar durante o período de hospitalização e uma considerável parte desses idosos não consegue atingir o mesmo patamar de independência anterior à internação.

A ausência de adaptações que facilitem o autocuidado no contexto intra-hospitalar, aliados a uma assistência pautada na produtividade enquanto número de cuidados prestados, colabora com uma atitude passiva por parte do idoso, que delega os seus cuidados ao outro (KAWASAKI; DIOGO, 2005).

Em relação ao evento impacto sobre a funcionalidade ocasionado por lesões significantes, 36,7% responderam afirmativamente. As lesões mais citadas foram fratura de fêmur (26,1%), acidente vascular cerebral (26,1%), fratura do ombro e braço (17,4%) e fratura da perna (13%). Observamos, portanto, que 65,2% dessas lesões foram causadas por traumatismos (TABELA 5).

TABELA 5 – Lesões Significantes com Impacto sobre o Nível de Funcionalidade dos Idosos. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=22)

<i>CID 10</i>	<i>Descrição</i>	<i>Frequência (%)</i>
C75.1	Neoplasia maligna da glândula pineal	4,35
I64	Acidente vascular cerebral	26,09
S22.3	Fratura de costela	4,35
S42	Fratura do ombro e do braço	17,39
S72	Fratura do fêmur	26,09
S82	Fratura da perna, incluindo tornozelo	13,04
T13.6	Amputação traumática de membro inferior, nível não especificado	4,35
T29	Queimaduras e corrosões de múltiplas regiões do corpo	4,35
Total		100%

Fonte: Dados do Estudo.

Foi observada uma prevalência significativa de internações por fratura de fêmur ocorridas no último ano (16,6% do total de internações), como também do número total de lesões com impacto na funcionalidade (26,1%), o que indica um grande risco de fraturas nesta população, que são ocasionadas principalmente por quedas da própria altura (MUNIZ *et al.*, 2007; FABRÍCIO *et al.*, 2004). Nas quedas seguidas por fraturas, Fabrício *et al.* (2004) constatou o aumento da dificuldade e da dependência dos idosos para a realização das ABVD, aliado ao medo de uma nova queda.

A autopercepção de saúde dos idosos pode ser considerada um confiável indicador de saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005). Constatou-se na avaliação sobre a saúde física dos idosos dependentes (n=60) que 58,3% qualificaram como boa. Já quanto à saúde mental dos entrevistados, prevaleceram as respostas “boa” e “moderada”. Não houve nenhuma percepção de saúde física nos extremos “muito boa” e “péssima” (GRÁFICOS 14 e 15).

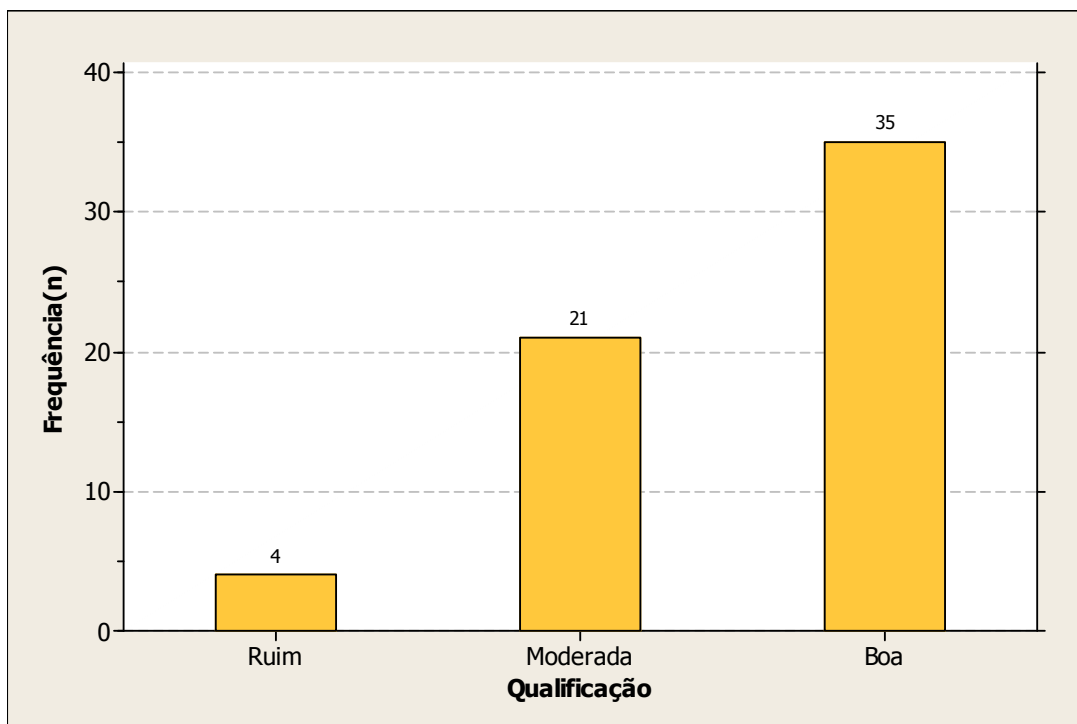


GRÁFICO 14 – Percepção sobre a Saúde Física dos Idosos. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)
Fonte: Dados do Estudo.

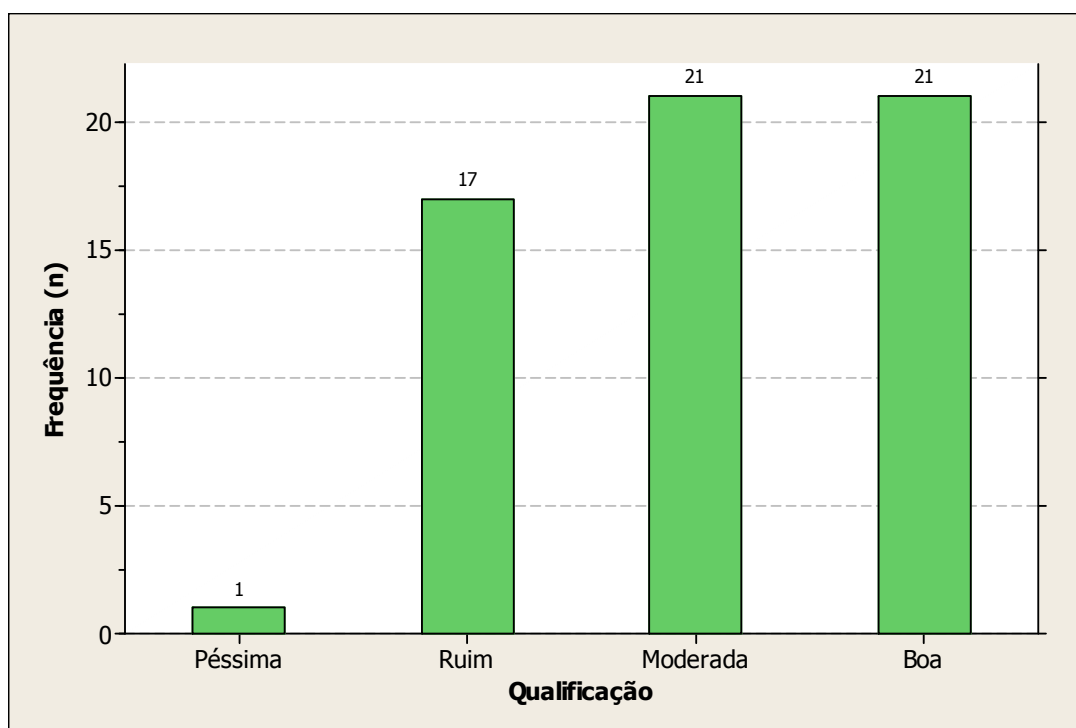


GRÁFICO 15 – Percepção sobre a Saúde Mental dos Idosos. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)
Fonte: Dados do Estudo.

É necessário ressaltar que o resultado de uma saúde mental mais comprometida do que a saúde física deve-se ao tipo de amostra escolhida, na qual 31,39% dos idosos dependentes têm algum tipo de demência.

Ao correlacionar a funcionalidade (pontuação da MIF) com a percepção de saúde, o valor de p foi igual a 0,497 para a saúde física e 0,001 para a saúde mental. Esta correlação indica que o idoso, mesmo com uma percepção de saúde física ruim, ainda é capaz de manter a sua independência para as ABVD, enquanto que o mesmo não acontece quando se tem uma percepção de saúde mental insuficiente. Em estudos sobre o desempenho cognitivo e a capacidade funcional do idoso, Castro (2008) e Laks (2005) concluíram que o desempenho cognitivo está relacionado ao comprometimento funcional nas atividades básicas e instrumentais da vida diária, mesmo quando ajustado por variáveis sócio-demográficas. Isto porque a autonomia do indivíduo, que é avaliada indiretamente pela saúde mental, tem uma estrita relação com o desempenho para execução das atividades cotidianas (MORAES, 2009).

4.4 ANÁLISE DOS COMPONENTES DA CIF

4.4.1 Funções e Estruturas do Corpo

Na descrição das funções mentais, observamos que a maioria dos idosos apresenta deficiências graves na orientação (46,7%), atenção (26,7%), memória (38,3%). A deficiência grave da função intelectual mostrou-se presente em 20% destes indivíduos (TABELA 6). Estas são funções que frequentemente encontram-se associadas à demência (NITRINI *et al.* 2005).

As deficiências das funções de energia e impulsos, sono e funções emocionais tiveram suas maiores concentrações no grau leve e moderado. Quanto às funções da audição e da dor, 45% dos participantes apresentaram alterações. A visão estava alterada em 70% dos casos (TABELA 6). Estes dados podem ser comparados com os obtidos por Bilton *et al.* (1995), em que a deficiência auditiva estava presente em 60% da população idosa, por Dellaroza *et al.*

(2007), que constatou uma prevalência de 51,44% de dor crônica em idosos, e por Cinoto *et al.* (2006), que ao estudar a acuidade visual de 788 idosos de baixa renda na cidade de São Paulo, verificou que 56,2% deles apresentavam visão reduzida ou baixa. As alterações destas funções sensoriais podem refletir em dificuldades no desempenho das atividades e participação.

Devido a grande prevalência de hipertensão nessa população, foram encontradas deficiências de pressão sanguínea em 53,3% dos idosos, sendo que 31,7% destas deficiências foram qualificadas como leve (TABELA 6). Por tratar-se de uma doença que é muitas vezes assintomática, o controle da hipertensão pode não ser identificado apenas com informações advindas do relato dos indivíduos. Em um estudo epidemiológico na cidade de Bambuí, menos da metade dos idosos hipertensos (38,8%) estavam com sua pressão controlada (FIRMO *et al.*, 2003). Em outro estudo, realizado no interior do Rio Grande do Sul, dois quintos dos idosos, mesmo sob tratamento ambulatorial, não apresentavam um controle adequado da hipertensão arterial (RAYS; MENEZES, 2006).

A mastigação estava alterada em 60% dos casos e a deglutição em 37,7% (TABELA 6). Uma das causas de alterações na mastigação em idosos relaciona-se muitas vezes às precárias condições de saúde bucal. Colussi e Freitas (2002) apontam as péssimas condições de saúde bucal da população idosa no Brasil, na qual 84% sofreram extrações dentárias devido à cárie, e 68% são edêntulos. A dificuldade de deglutição é outra alteração que os profissionais de saúde devem tratar com seriedade, devido ao aumento do risco de pneumonia nesta população (LEDUC, 2006).

A função de defecação, deficiente em 41,7% dos casos, agrega a constipação, fezes diarréicas e incontinência fecal. Esta alta prevalência nos alerta para mais um problema de saúde que os idosos necessitam ser assistidos e orientados. O mesmo acontece com as funções urinárias, na qual 57,7% dos idosos têm alguma queixa (TABELA 6).

Quanto às funções musculoneuroesqueléticas, a mobilidade das articulações foi a mais comprometida. Guimarães e Farinatti (2005) afirma que a redução das amplitudes articulares é uma das conseqüências do envelhecimento, e está associada à ocorrência de quedas no idoso.

As funções da pele dos idosos apresentaram deficiência leve (33,3%) ou moderada (6,7%). Como o envelhecimento acarreta a redução da espessura da derme e epiderme, e a perda da elasticidade e de sua resistência (ORÍÁ *et al.* 2003), além das condições de saúde dos idosos que podem alterar o processo de cicatrização, o cuidado com a pele do idoso deve ser valorizado, a fim de evitar complicações e limitações.

TABELA 6 – Distribuição dos Qualificadores Funções do Corpo. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Código	Descrição	Nível de Deficiência (%)						
		0	1	2	3	4	8	9
FUNÇÕES MENTAIS								
b114	Orientação (tempo, lugar, pessoa)	16,7	16,7	8,3	11,6	46,7	0	0
b117	Funções intelectuais (incl. demência)	36,7	15	15	13,3	20	0	0
b130	Funções da energia e de impulsos	36,7	21,7	20	11,6	10	0	0
b134	Sono	46,7	23,4	13,3	8,3	8,3	0	0
b140	Atenção	18,3	16,7	21,7	16,6	26,7	0	0
b144	Memória	5	21,7	13,3	21,7	38,3	0	0
b152	Funções emocionais - adequação da emoção	31,6	33,3	22,8	7	5,3	0	0
b167	Funções mentais da linguagem	43,1	17,2	10,4	15,5	13,8	0	0
FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR								
b210	Visão	30	33,3	20	10	6,7	0	0
b230	Audição	55	18,3	18,3	5	1,7	1,7	0
b235	Vestibular	90	5	3,3	0	1,7	0	0
b280	Dor	55	13,3	11,7	6,7	11,6	1,7	0
FUNÇÕES DA VOZ								
b310	Voz	58,3	25	5	5	6,7	0	0
FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO								
b410	Funções do Coração	80	5	11,7	0	3,3	0	0
b420	Pressão sanguínea	46,7	31,7	8,3	1,7	11,6	0	0
b430	Funções do sistema hematológico (<i>sangue</i>)	95	0	0	0	5	0	0
b435	Funções do sistema imunológico (<i>alergias</i>)	100	0	0	0	0	0	0
b440	Funções do sistema respiratório (<i>respiração</i>)	93,3	0	6,7	0	0	0	0
FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO								
b5102	Mastigar	40	35	13,3	3,4	8,3	0	0
b5105	Deglutição	63,3	25	6,7	1,7	3,3	0	0
b525	Funções de defecação	58,3	11,7	15	5	10	0	0
b530	Manutenção do peso	71,7	11,7	13,3	3,3	0	0	0
b555	Funções das glândulas endócrinas (<i>mudanças hormonais</i>)	75	10	11,6	1,7	1,7	0	0
FUNÇÕES GENTURINÁRIAS								
b620	Funções urinárias	43,3	15	6,7	10	25	0	0
FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO								
b710	Mobilidade das articulações	36,7	25	20	10	8,3	0	0
b730	Força muscular	56,7	18,3	21,6	1,7	1,7	0	0
b735	Tônus muscular	68,3	21,7	6,6	1,7	1,7	0	0
b765	Movimentos involuntários	80	10	6,6	1,7	1,7	0	0
FUNÇÕES DA PELE								
b8	Funções da pele e estruturas relacionadas	60	33,3	6,7	0	0	0	0

Fonte: Dados do Estudo.

O cérebro foi a estrutura com maior prevalência de deficiências (93,3%), seguido pelo sistema cardiovascular (36,7%), extremidade inferior (16,6%), estrutura do pâncreas (15%), estrutura do olho (11,6%), estrutura da pele (8,5%), sistema urinário (5%), sistema respiratório (3,4%) e extremidade superior (3,4%). O restante das estruturas apresentou-se

alterado em, no máximo, um indivíduo (TABELA 7). Observa-se que as estruturas com maior prevalência de alterações estão diretamente ligadas aos diagnósticos mais frequentes.

TABELA 7 – Distribuição dos Qualificadores Estruturas do Corpo. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Código	Descrição	Nível de Deficiência (%)						
		0	1	2	3	4	8	9
s110	Cérebro	6,7	11,7	45	15	21,6	0	0
s120	Medula espinhal e nervos periféricos	98,3	0	1,7	0	0	0	0
s220	Estrutura do olho	88,4	3,3	3,3	3,3	1,7	0	0
s3	Estruturas relacionadas a voz e fala	98,3	0	0	0	1,7	0	0
s410	Sistema cardiovascular	63,3	21,7	11,7	0	3,3	0	0
s430	Sistema respiratório	96,6	0	3,4	0	0	0	0
s550	Estrutura do pâncreas	85	5	3,3	6,7	0	0	0
s610	Sistema urinário	95	3,3	1,7	0	0	0	0
s710	Região de cabeça e pescoço	100	0	0	0	0	0	0
s720	Região de ombro	100	0	0	0	0	0	0
s730	Extremidade superior (<i>braço, mão</i>)	96,6	0	1,7	0	1,7	0	0
s740	Pelve	98,3	0	1,7	0	0	0	0
s750	Extremidade inferior (<i>perna, pé</i>)	83,4	1,7	8,3	3,3	3,3	0	0
s760	Tronco	100	0	0	0	0	0	0
s8	Pele e estruturas relacionadas	91,5	3,4	3,4	1,7	0	0	0

Fonte: Dados do Estudo.

4.4.2 Atividades e Participação

Para a identificação do desempenho do idoso, as perguntas sobre as tarefas ou ações executadas consideraram o ambiente que o indivíduo vive, incluindo informações sobre os efeitos de barreiras ou facilitadores ambientais. A extensão da dificuldade foi qualificada para atividades que o idoso tem a volição de realizar. Se o idoso não se interessa pela atividade, é qualificado como 9 (não aplicável).

As maiores dificuldades encontradas foram verificadas no cotidiano em realizar tarefas como escolher e vestir roupas e calçados adequadamente, cuidar da casa e preparar refeições. Além destas atividades, outras que também dependem diretamente da autonomia, não são exercidas adequadamente, como resolver problemas, planejar e desenvolver a rotina diária, cuidar da própria saúde, fazer compras, administrar seu próprio dinheiro, e atividades desenvolvidas fora do domicílio (TABELA 8).

As relações familiares e sociais no cotidiano também estão comprometidas. As dificuldades nas relações interpessoais podem estar ligadas tanto ao comprometimento

cognitivo ou deficiências auditivas e visuais, quanto à falta de estímulos e de oportunidades para o idoso expressar-se.

É evidente que o déficit cognitivo interfere na autonomia. Porém, há maneiras de incentivar esta autonomia respeitando limites seguros para os idosos. O cuidado baseado em fazer pelo outro, fragiliza e debilita ainda mais a pessoa que está sendo cuidada, diminuindo a autoestima e incentivando a acomodação (PAVARINI, 1997; GOLDSTEIN, 2000).

O desempenho da comunicação **verbal** teve um menor nível de dificuldade que a comunicação **não verbal**, o que pode ser explicado pela baixa escolaridade. Na conversação, que inclui “iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e idéias”, foram encontradas dificuldades de intensa a completa em 46,7% dos casos (OMS; OPAS, 2003, p.159).

Quanto à mobilidade, a maior dificuldade encontrada foi em subir e descer degraus. O desempenho no uso fino das mãos não houve dificuldade para 39% dos casos, sendo que 25,4% apresentaram uma dificuldade tolerável, que não impede a execução da tarefa. A dificuldade em deambular e deslocar-se dentro de casa, além dos fatores funcionais, também pode estar relacionada com os obstáculos arquitetônicos encontrados nas moradias, que estão descritos em fatores ambientais. Em deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, 33,3% foram qualificados como “não aplicável”, ou seja, eles não possuem auxílio locomoção (como bengala, andador ou cadeira de rodas) para facilitar sua movimentação. Nesta mesma tarefa, 30% têm dificuldade completa no seu desempenho, o que pode significar que eles não utilizam o auxílio locomoção de forma independente, ou possuem o auxílio locomoção e não o utilizam no dia a dia.

Outra tarefa na qual se verificou uma significativa porcentagem do qualificador “não aplicável” foi em cuidado dos dentes, que engloba a “higiene dental, como escovar os dentes, passar fio dental e cuidar de próteses” (OMS; OPAS, 2003, p. 174). A justificativa para esta prevalência é que 23,3% dos idosos pesquisados eram edêntulos e não possuíam ou não usavam prótese dentária em seu cotidiano.

Ainda quanto ao cuidado pessoal, Riberto *et al.* 2001 afirma que comer e beber são tarefas com menor grau de complexidade. Deste modo, os idosos obtiveram um melhor nível de desempenho nestas tarefas. Em 63,3% dos idosos, não foram constatadas dificuldades em comer, ou a dificuldade estava presente em uma intensidade que não interfere na execução

desta atividade. O mesmo nível de dificuldade foi observado na tarefa de beber em 71,7% dos idosos.

Apesar da maioria dos idosos apresentarem funcionalidade suficiente para executarem tarefas como ficar em pé (65%), levantar e carregar objetos (69,5%), e uso fino das mãos (64,4%), sem dificuldades ou com uma dificuldade leve, apenas 41,7% lavam e secam todo o corpo em seu cotidiano. Essa diferença pode ser atribuída a déficits cognitivos, porém, com uma supervisão adequada e orientação verbal, talvez o idoso seja capaz de executá-la.

TABELA 8 – Distribuição dos Qualificadores de Desempenho das Atividades e Participação. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60).

Código	Descrição	Nível de Dificuldade(%)						
		0	1	2	3	4	8	9
APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO								
d175	Resolver problemas	6,7	3,3	3,3	15	71,7	0	0
TAREFAS E DEMANDAS GERAIS								
d210	Realizar uma única tarefa	6,7	10	10	15	58,3	0	0
d230	Realizar a rotina diária	3,3	8,3	8,3	13,4	66,7	0	0
COMUNICAÇÃO								
d310	Comunicação– recepção de mensagens verbais	23,3	26,7	16,7	20	13,3	0	0
d315	Comunicação – recepção de mens. não verbais	23,3	16,7	11,6	21,7	26,7	0	0
d330	Fala	31,7	18,3	15	11,7	23,3	0	0
d335	Produção de mensagens não verbais	26,7	13,3	8,3	13,3	38,4	0	0
d350	Conversação	26,7	16,6	10	21,7	25	0	0
MOBILIDADE								
d4104	Ficar em pé	23,3	41,7	8,3	10	16,7	0	0
d4200	Transferir-se enquanto sentado	31,7	38,3	6,7	5	18,3	0	0
d430	Levantar e carregar objetos	30,5	39	13,6	6,7	10,2	0	0
d440	Uso fino das mãos (<i>pegar, segurar</i>)	39	25,4	16,9	5,1	13,6	0	0
d450	Andar	15	26,6	21,7	20	16,7	0	0
d4551	Subir/descer degraus	6,7	18,3	23,3	16,7	33,3	1,7	0
d4600	Deslocar-se dentro de casa	26,7	31,7	15	5	20	1,7	0
d465	Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento	6,7	13,3	1,7	0	30	15	33,3
CUIDADO PESSOAL								
d5100	Lavar partes do corpo	38,4	18,3	3,3	3,3	36,7	0	0
d5101	Lavar todo o corpo	26,7	15	8,3	8,3	41,7	0	0
d5102	Secar-se	26,7	15	6,7	5	46,6	0	0
d5200	Cuidado da pele	23,3	21,7	1,7	8,3	43,3	1,7	1,7
d5201	Cuidado dos dentes	33,3	10	1,7	1,7	30	0	23,3
d5202	Cuidado com os pelos (<i>cabelo e barba</i>)	38,3	13,3	6,7	1,7	40	0	0
d530	Cuidados relacionados aos processos de excreção	40	15	3,3	8,3	33,4	0	0
d5400	Vestir roupa	23,4	13,3	10	8,3	45	0	0
d5401	Despir roupa	23,4	13,3	10	8,3	45	0	0
d5402	Calçar meias e sapatos	21,7	16,7	5	5	51,6	0	0
d5403	Descalçar	26,7	15	5	5	48,3	0	0
d5404	Escolha da roupa apropriada	25	6,7	5	6,7	56,7	0	0
d550	Comer	40	23,3	11,7	8,3	16,7	0	0
d560	Beber	45	26,7	8,3	6,7	13,3	0	0
d570	Cuidar da própria saúde	11,7	1,7	10	6,7	70	0	0
VIDA DOMÉSTICA								
d620	Aquisição de bens e serviços – <i>comprar e armazenar</i>	1,7	1,7	6,7	3,3	86,6	0	0
d630	Preparação de refeições - <i>organizar, cozinhar, e servir</i>	3,3	3,3	1,7	6,7	85	0	0
d640	Tarefas domésticas (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas</i>)	5	1,7	8,3	10	75	0	0

Continuação da TABELA 8

Código	Descrição	Nível de Dificuldade(%)						
		0	1	2	3	4	8	9
RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS								
d710	Interações interpessoais básicas - <i>mostrar respeito, afeto</i>	33,9	15,2	17	20,3	13,6	0	0
d730	Relações com estranhos	22,4	12,1	13,8	10,3	41,4	0	0
d740	Relações formais	25,4	5,1	13,6	13,6	42,3	0	0
d750	Relações sociais informais	25,9	6,9	15,5	15,5	36,2	0	0
d760	Relações familiares	30,5	11,9	18,6	23,7	15,3	0	0
ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA								
d860	Transações econômicas básicas	5,1	5,1	5,1	5,1	79,6	0	0
d870	Autossuficiência econômica	10,2	1,7	1,7	3,4	83	0	0
VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA								
d910	Vida comunitária	5,1	6,8	1,7	3,4	83	0	0
d9100	Associações informais	8,5	6,7	3,4	10,2	71,2	0	0
d920	Recreação e lazer	6,7	13,3	5	15	60	0	0
d9205	Socialização – visitar amigos ou parentes	8,3	6,7	11,7	11,7	61,6	0	0
d930	Religião e espiritualidade – ir a igreja ou culto	16,7	6,6	11,7	16,7	48,3	0	0
d950	Vida política e cidadania – votar, opinião política	8,3	5	5	6,7	73,3	1,7	0

Fonte: Dados do Estudo.

Na descrição da capacidade, manteve-se o foco sobre as limitações na capacidade que são inerentes ou intrínsecas à própria pessoa. Assim, descrevemos o nível máximo possível de funcionalidade do idoso para a execução das tarefas em um ambiente padrão, considerando suas limitações. Foi utilizada a análise pareada dos qualificadores desempenho e capacidade para verificar a diferença entre estes qualificadores.

As diferenças que obtiveram significância estatística foram: resolução de problemas (d175); realizar uma única tarefa (d210); realizar a rotina diária (d230); fala (d330); conversação (d350); transferir-se enquanto sentado (d4200); levantar e carregar objetos (d430); uso fino das mãos (d440); subir e descer degraus (d4551); deslocar dentro de casa (d4600); deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento (d465); lavar partes do corpo (d5100); lavar todo o corpo (d5101); secar-se (d5102); cuidado da pele (d5200); cuidado dos dentes (d5201); cuidados com os pelos (d5202); cuidados relacionados aos processo de excreção (d530); vestir roupa (d5400); despir roupa (d5401); calçar meias a sapatos (d5402); descalçar (d5403); escolha da roupa apropriada (d5404); comer (d550); beber (d560); cuidar da própria saúde (d570); aquisição de bens e serviços (d620); preparação de refeições (d630); tarefas domésticas (d640); relações sociais informais (d750); relações familiares (d760); transações econômicas básicas (d860); autossuficiência econômica (d870); vida comunitária (d910); associações informais (d9100); recreação e lazer (d920); socialização (d9205); religião e espiritualidade (d930) e vida política e cidadania (d950).

Na resolução de problemas e em tarefas e demandas gerais, a maior média detectada entre elas foi $0,73 \pm 0,88$ na diferença entre a capacidade e o desempenho (GRÁFICO 16). Estas tarefas incluem as ações de identificar, analisar, escolher opções para a resolução de uma questão, também como organizar tempo, espaço e materiais necessários para a execução de uma tarefa ou a rotina diária.

São ações que necessitam de autonomia e iniciativa, e sofrem repercussões diretas do ambiente familiar. Quando sempre um membro da família toma frente dessas decisões e escolhas, o idoso é destituído desta tarefa e cede lugar para que outros a executem (ERIKSON, 1998).

Além das limitações físicas e cognitivas, a manutenção da autonomia é influenciada pelo comportamento pelo ambiente em que o idoso interage. Em um núcleo familiar que reforça a dependência e em que tentativas de comportamentos independentes são menosprezadas ou até mesmo repugnadas, o idoso tende a manter um comportamento de dependência (BALTES; SILVERBERGER, 1994).

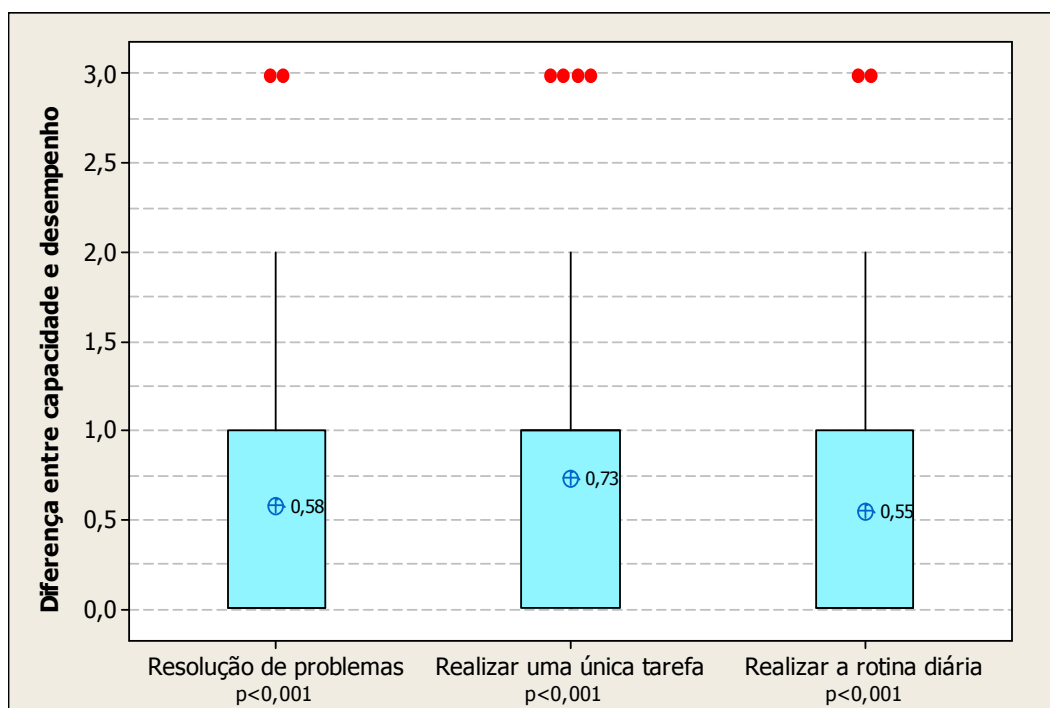


GRÁFICO 16 – *Boxplot* das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Resolução de Problemas e em Tarefas e Demandas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

Na comunicação (d330 e d350) a diferença da média entre a capacidade e o desempenho teve um valor próximo a 0,2 (GRÁFICO 17). Com o envelhecimento, pode ocorrer uma lentidão motora e cognitiva, bem como deficiências nas funções sensoriais. Para que o idoso possa participar de conversas e ter a chance de se expressar, as pessoas devem interagir falando pausadamente e com o rosto voltado para ele (BERTACHINI; GONÇALVES, 2002).

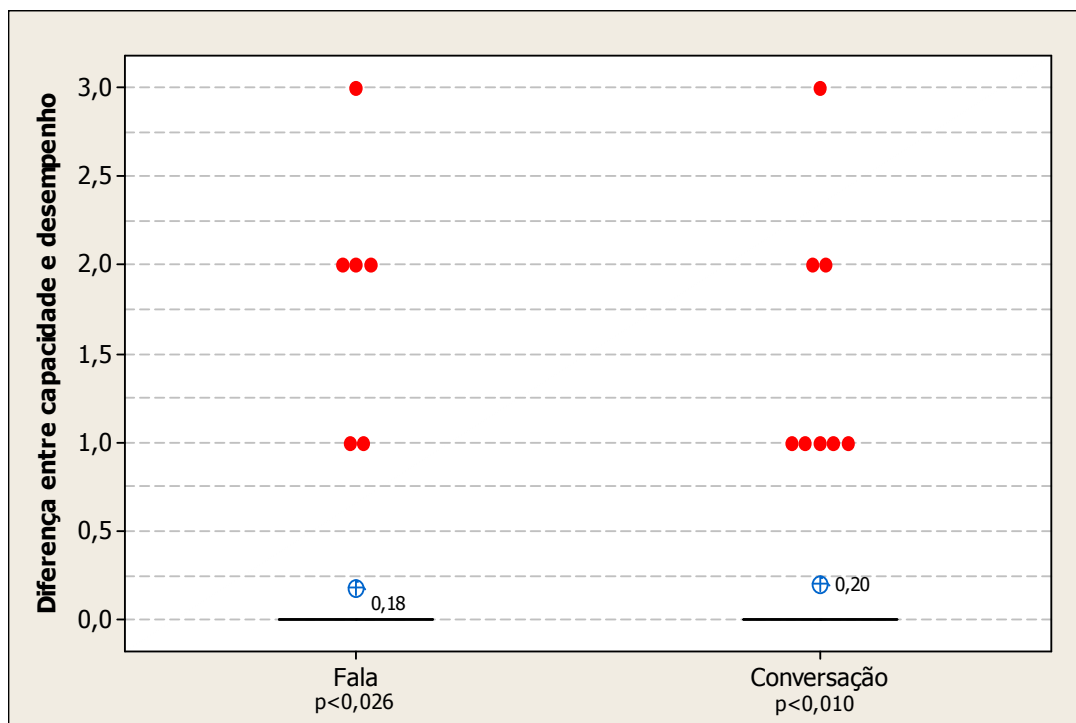


GRÁFICO 17 – *Boxplot* das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Comunicação.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

Foram encontradas diferenças das médias entre capacidade e desempenho próximas a 0,2 nos seguintes itens de mobilidade: transferir-se enquanto sentado, levantar e carregar objetos, uso fino das mãos, subir e descer degraus e deslocar-se dentro de casa (GRÁFICO 18). No item d465 (deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento, como andador ou cadeira de rodas) a diferença entre as médias foi de 0,838. Este dado indica que apesar do idoso possuir um auxílio locomoção e ter a capacidade de utilizá-lo com uma maior independência, no dia-a-dia o idoso não faz uso destes equipamentos, sendo necessária a assistência direta para a sua locomoção.

No GRÁFICO 18 chama a atenção o fato de que um indivíduo apresentou um desempenho maior que a sua capacidade nas atividades subir e descer degraus e deslocar-se dentro de casa, o que pode agravar os riscos de quedas e acidentes. Este risco pode ser minimizado com a adoção de medidas, simples a primeira vista, mas complexas por se tratarem de modificações dentro do domicílio.

Evitar o uso de tapetes, proporcionar uma iluminação adequada nos ambientes (com interruptores visíveis e acessíveis), colocar corrimãos em corredores e escadas, instalar barras de apoio nos banheiros, preferir pisos antiderrapantes e dispor os móveis de modo a facilitar a locomoção do idoso são medidas simples e eficientes. Porém, como a moradia é repleta de vivências e significados tanto para o idoso como para seus familiares, muitas vezes eles não aderem a essas medidas. Entender e respeitar o significado dos objetos para a família, é o primeiro passo para que os profissionais de saúde possam “barganhar” essas mudanças com os “donos da casa” (CALDAS, 2006).

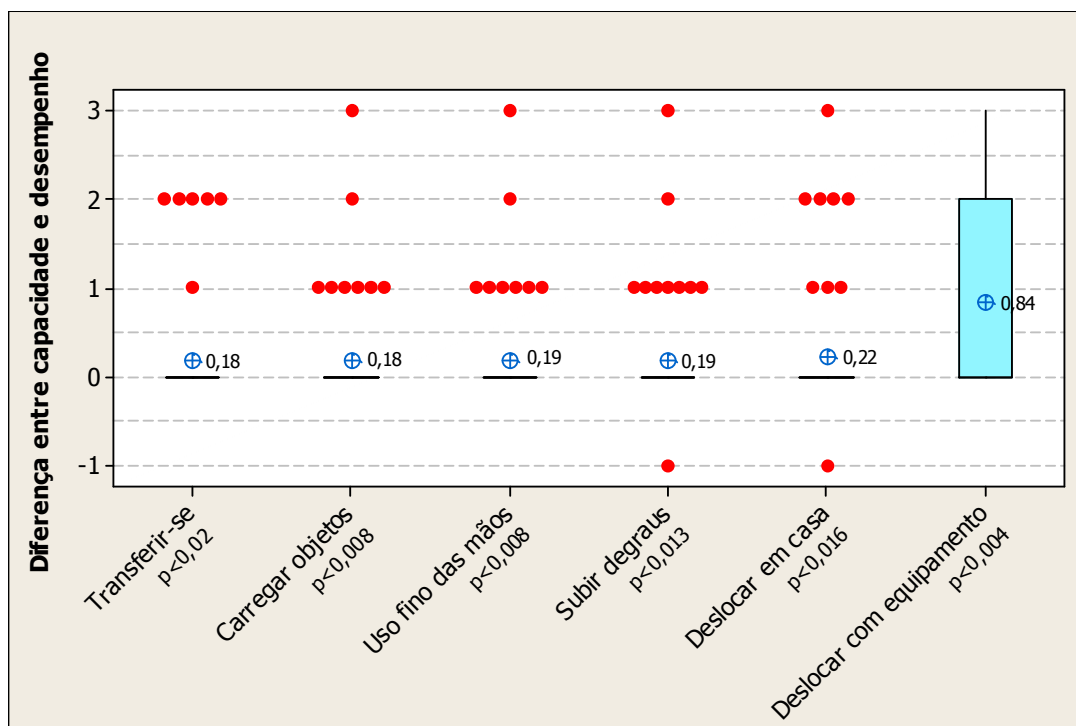


GRÁFICO 18 – *Boxplot* das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Mobilidade.
Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

Quanto ao cuidado pessoal, as ações que obtiveram as menores diferenças (em torno de 0,3) foram em cuidados relacionados com o processo de excreção (toalete), comer e beber. As maiores diferenças foram registradas em atividades como lavar partes do corpo, banho, cuidado com a pele, com a saúde, vestuário e escolha da roupa adequada (GRÁFICOS 19 e 20). Observou-se que a família tende a executar estas atividades pelo idoso, muitas vezes por falta de orientações adequadas sobre como cuidar e quais os benefícios de incentivá-lo.

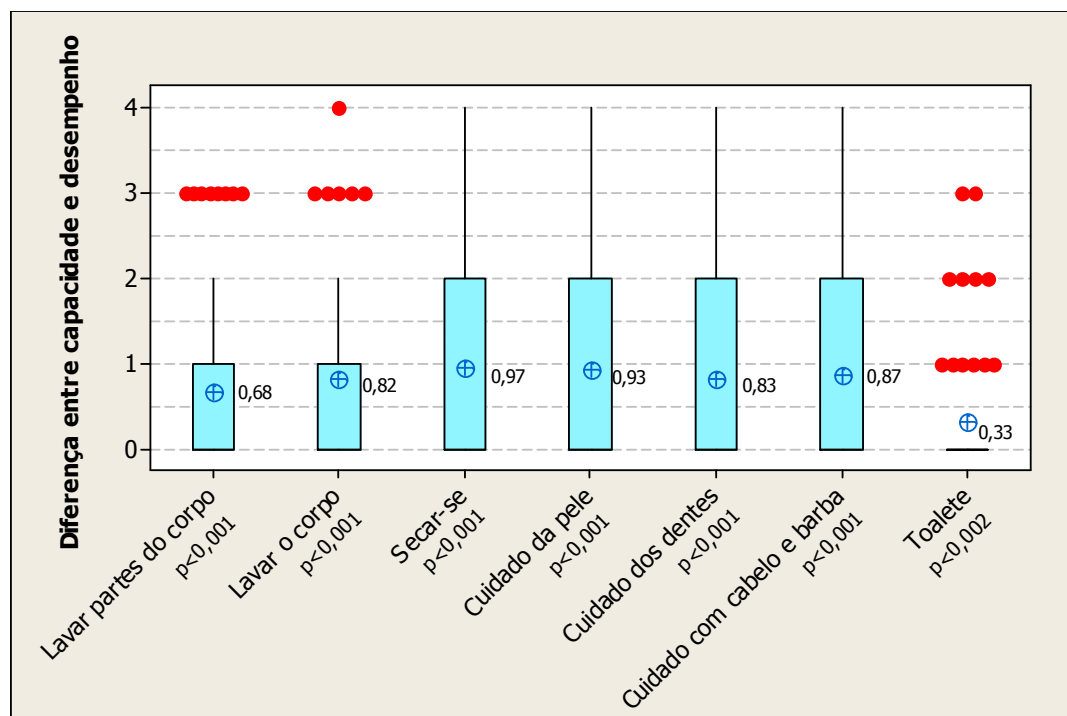


GRÁFICO 19 – *Boxplot* das Diferenças entre Capacidade e Desempenho no Cuidado Pessoal (d5100 a d530). Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

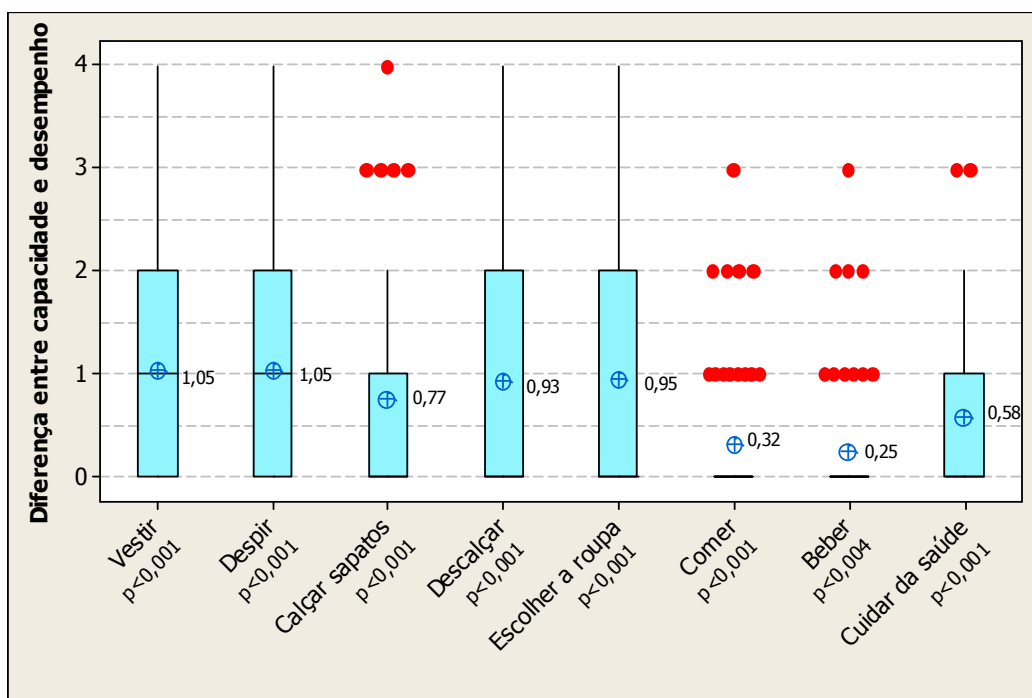


GRÁFICO 20 – *Boxplot* das Diferenças entre Capacidade e Desempenho no Cuidado Pessoal (d5400 a d570). Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

O idoso com dependência muitas vezes é privado de auxiliar nas atividades domésticas, econômicas, comunitárias e sociais (GRÁFICOS 21 e 22). Apesar de ser importante pensar em sua segurança, como evitar que um indivíduo com deficiência cognitiva se queime no fogão ou deixe o gás aberto, é possível que ele auxilie nas atividades domésticas em tarefas menos complexas, como montar uma salada, lavar vegetais, auxiliar no preparo da massa de um bolo, lavar pequenas peças de roupa, jardinagem ou qualquer outra tarefa que ele tenha interesse em realizar.

Do mesmo modo, o idoso também deve, quando possível, acompanhar o controle de suas finanças, participar de atividades comunitárias, em grupo, sociais e de lazer. As deficiências, mesmo que limitantes, podem ser contornadas a fim de tornar o idoso mais ativo e participante (GOLDSTEIN, 2000).

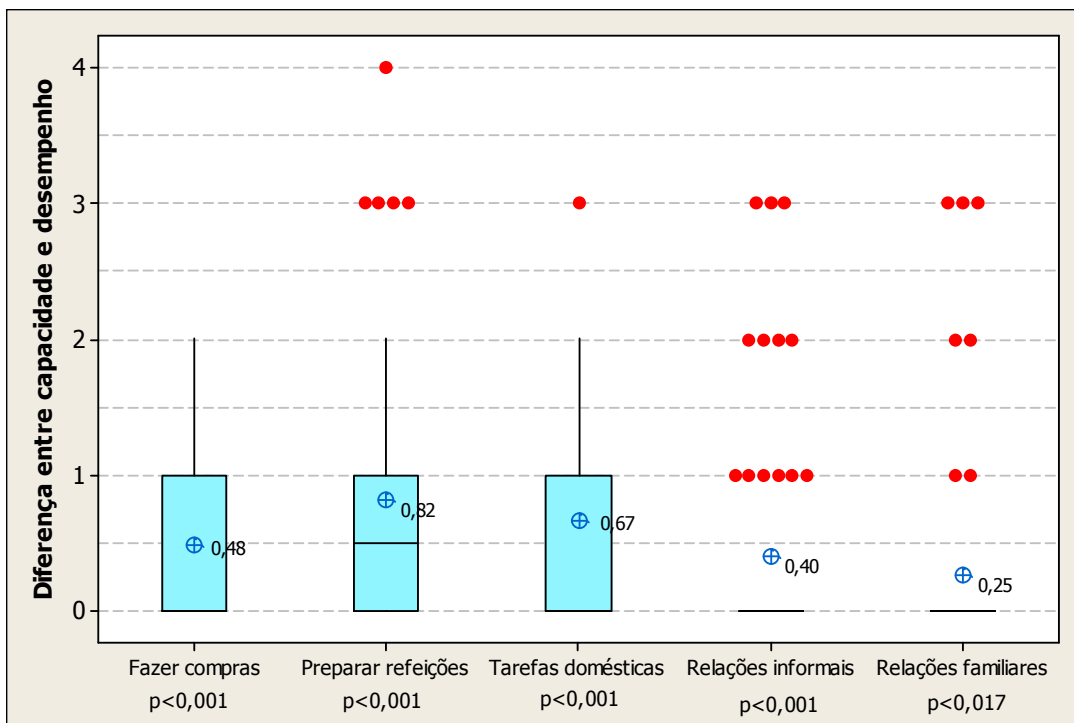


GRÁFICO 21 – Boxplot das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Vida Doméstica e nas Relações Interpessoais Básicas. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

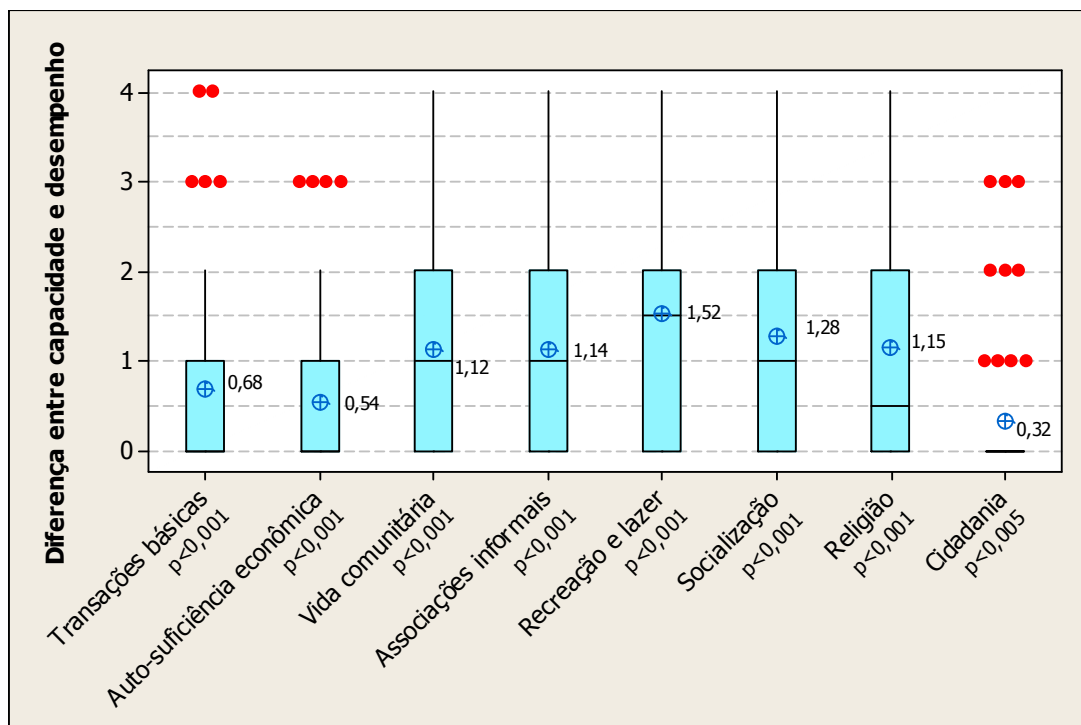


GRÁFICO 22 – Boxplot das Diferenças entre Capacidade e Desempenho na Vida Econômica, Comunitária, Social e Cívica. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Fonte: Dados do Estudo.

4.4.3 Fatores Ambientais

A dependência demonstrou não ser influenciada pela idade (fator pessoal), número de diagnósticos médicos (estado de saúde) ou quantidade de medicações utilizadas (fator ambiental). Portanto, lembrando o modelo proposto pela CIF (FIGURA 2), como o estado de saúde não influenciou a dependência, concluímos que os fatores determinantes da funcionalidade nesta população estão relacionados a outros fatores contextuais, como o ambiente, os hábitos de vida e o contexto familiar e social, que repercutem de forma positiva ou negativa na funcionalidade do indivíduo.

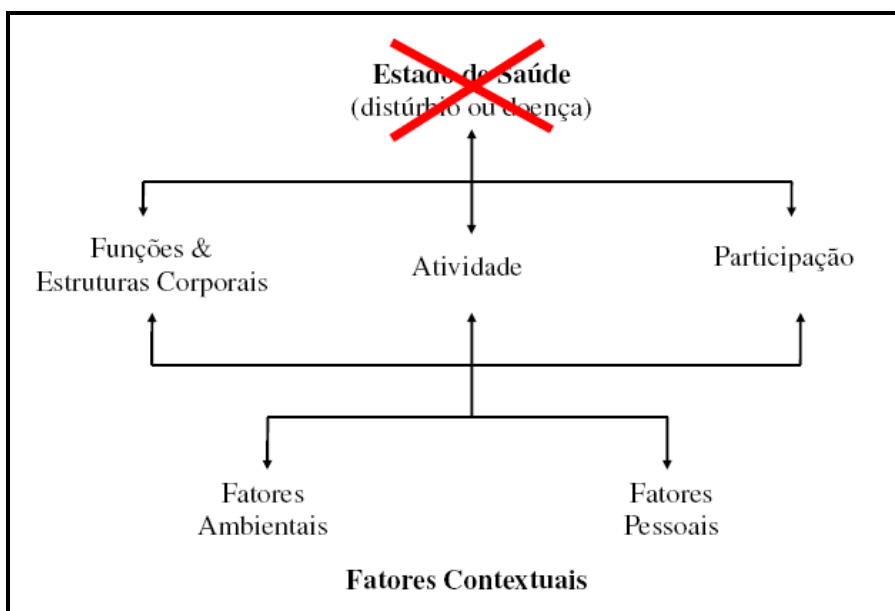


FIGURA 2 – Interações entre os componentes da CIF
Fonte: OMS; OPAS, 2003, p. 30.

Mesmo com o elevado consumo de medicações causado pela convivência dos idosos com as doenças crônico-generativas, que podem aumentar as chances de efeitos adversos (ROZENFELD, 2003), os medicamentos demonstraram, em 36,6% dos idosos, ser um facilitador moderado (TABELA 9).

Quanto a serviço de previdência social, a maioria dos idosos tem rendimentos próprios provenientes de aposentadoria ou pensões (91,3%), porém os dados mostraram que em 41,7% dos casos, estes rendimentos cobrem menos da metade de seus gastos. Siqueira R. L. *et al.* (2002, p. 902-903), em análise da pauta das reivindicações do Movimento dos Aposentados e

Pensionistas, relatam como “preocupações recorrentes o baixo valor das aposentadorias, a aplicação de índices de correção monetária devastadores destas, o desvio de verbas, a corrupção e a má administração do sistema previdenciário”.

Na velhice, aumentam os gastos com a saúde, como aquisição de medicamentos, órteses e próteses não fornecidas pelo sistema de saúde, materiais para o cuidado e higiene pessoal, adaptações no domicílio, exames complementares, transporte do idoso (principalmente para consultas médicas) e contratação de cuidadores. Lima-Costa *et al.*, 2003 afirma que o gasto médio com medicamentos de uso regular comprometem 23% dos salário mínimo.

Como o sistema de atenção ao idoso não prevê uma oferta suficiente de serviços necessários para esta população, as necessidades de assistência originam um gasto relevante para a família. Mais uma vez o ônus que o estado não consegue suprir é repassado aos familiares, e os idosos além de dependerem dos cuidados familiares, também dependem financeiramente da família. Veras *et al.* (2007) pesquisou os gastos familiares com o idoso demenciado e verificou que o dispêndio financeiro compromete, em média, 66% da renda familiar. No caso de pacientes em estágio inicial os gastos podem chegar a 75% e a cerca de 80% da renda familiar, quando associada à outra doença crônica, como hipertensão e diabetes. Além do aumento dos gastos, o cuidador muitas vezes precisa sair de seu trabalho para cuidar dos idosos dependentes. O impacto dos gastos pode ser considerado um indicador do grau de estresse e sobrecarga para a família cuidadora, uma vez que os recursos financeiros são considerados como uma das dimensões de bem-estar.

Os produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária (órteses e próteses) apresentou-se como facilitador para 33,9% dos idosos. Porém, 61% deles não utilizam dispositivos que auxiliem o dia-a-dia. Este resultado pode estar ligado tanto a dificuldade de acesso às tecnologias, quanto a dificuldade de adaptação ao seu uso.

O avançar da idade causa uma diminuição da adaptabilidade do ser humano às variações climáticas, ambientes com iluminação deficiente, e ao barulho, que aliado à diminuição da acuidade auditiva, dificulta a inteligibilidade da fala. Uma habitação facilitadora deve ter ambientes amplos, livre de obstáculos físicos, com isolamento aos ruídos inconvenientes, bem iluminados, com entrada de luz natural e ventilação regulável, de preferência, pelo próprio idoso. Também é necessário que os objetos de uso cotidiano estejam

bem visíveis e de fácil alcance, bem como os interruptores, tomadas, campainhas, telefones e interfones (BARBOSA, 2002).

As moradias foram descritas como facilitadoras por 56,6% dos informantes, que referiram residir em construções planas, com boa iluminação e fácil acesso dos idosos em todos os cômodos. Em 21,7% das moradias os informantes relataram barreiras que dificultam o cotidiano.

TABELA 9 – Distribuição dos Qualificadores de Fatores Ambientais. Belo Horizonte, MG, 2010 (n=60)

Código	Descrição	Barreiras ou Facilitadores (%)								
		• 4	• 3	• 2	• 1	0	+1	+2	+3	+4
PRODUTOS E TECNOLOGIA										
e1101	Medicamentos	0	1,7	1,7	6,7	11,7	10	36,6	8,3	23,3
e1151	Produtos de assist. para uso pessoal na vida diária	0	1,7	0	3,4	61	18,6	10,2	1,7	3,4
e155	Produtos e tecnol. em construções de uso privado	0	1,7	8,3	11,7	21,7	5	16,6	13,3	21,7
APOIO E RELACIONAMENTOS										
e310	Família imediata	0	1,7	0	0	1,7	1,7	11,6	28,3	55
e320	Amigos	0	0	0	0	93,3	3,3	3,3	0	0
e325	Conhecidos, companheiros, vizinhos e comunidade	0	0	0	0	85	8,3	5	1,7	0
e330	Pessoas em posição de autoridade	0	0	0	0	96,7	3,3	0	0	0
e340	Cuidadores e assistentes pessoais	0	0	0	0	73,3	3,3	8,3	10	5
e355	Profissionais da saúde	0	0	0	0	46,6	30	21,7	1,7	0
e360	Outros profissionais de serviços relacionados a saúde	0	0	0	0	96,7	0	3,3	0	0
ATITUDES										
e410	Atitudes individuais de membros da família imediata	0	6,7	31,6	16,7	1,7	5	21,6	10	6,7
e420	Atitudes individuais dos amigos	0	0	0	1,7	93,3	3,3	1,7	0	0
e440	Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	0	1,7	3,3	6,7	78,3	0	5	5	0
e450	Atitudes individuais dos profissionais da saúde	0	0	0	0	76,7	15	8,3	0	0
e455	Atitudes individuais de profissionais relacionados à saúde	0	0	1,7	0	93,3	0	5	0	0
e460	Atitudes sociais	0	1,7	1,7	0	91,7	3,3	1,7	0	0
e465	Normas, práticas e ideologias sociais	0	0	1,7	1,7	93,3	1,7	1,7	0	0
SERVICOS, SISTEMAS E POLÍTICAS										
e570	Serviços, sistemas e políticas da previdência social	0	0	0	0	6,7	10	25	30	28,3

Fonte: Dados do Estudo.

Houve uma grande divergência entre o apoio e as atitudes familiares. As atitudes são predisposições aprendidas que compreendem as crenças avaliativas, e refletem, em parte, as normas sociais, os sentimentos experimentados pelo indivíduo em relação ao objeto e a disposição do indivíduo em entrar em interação com o objeto. Os indicadores utilizados para avaliar as atitudes em relação ao idoso dependente foram: autorrelatos sobre crenças, sentimentos e ações; realização de ações observáveis em relação ao idoso; e reações emocionais dos entrevistados (NERI, 2005).

Assim, verificamos o apoio de familiares como facilitador em 96,6% dos casos, e as atitudes se apresentaram como barreira em 55% das famílias.

Esta distinção entre o apoio e as atitudes demonstra que os familiares oferecem apoio e cuidam de seus idosos, porém as atitudes desses familiares muitas vezes não favorecem a funcionalidade do idoso. Os cuidador familiar auxilia muito o cotidiano do idoso com dependência, mas seus esforços poderiam ser direcionados de modo a manter ou até mesmo melhorar a funcionalidade do idoso e os reflexos positivos em sua saúde e qualidade de vida.

Considerações Finais

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] tudo o que resta da capacidade de vida pode e exige ser constantemente mobilizado – e isto até ao limiar da morte – a fim de que as energias vitais prevaleçam sobre os obstáculos da vida (Collière, 1989, p. 239).

Este estudo descreveu o perfil de 60 idosos acompanhados pelo Centro de Referência do Idoso e os fatores contextuais que repercutem em sua funcionalidade.

Foi apontado que diagnósticos médicos não afetam o desempenho funcional da população estudada. Como todos os idosos estudados são acompanhados pelo CRI, a assistência à saúde pode ter influenciado no controle das doenças crônico-degenerativas, independente da idade do indivíduo e da quantidade destas doenças, para a manutenção de sua capacidade funcional nas ABVD. Embora as medicações possam ocasionar efeitos adversos e iatrogênia, estas foram evidenciadas como facilitadoras na percepção da maioria dos indivíduos.

A constipação foi relatada por 19,27% destes pacientes ambulatoriais. Outro diagnóstico, passível de prevenção, foram as fraturas, principalmente de fêmur. Esta foi a causa responsável pela maior média de dias de internação e também apareceu como uma importante causa de impacto na funcionalidade. Aliada a uma maior propensão a quedas, foi identificado pelos informantes que 21,7% das moradias são consideradas como barreiras para o desempenho do idoso. Essa porcentagem de moradias inadequadas pode estar subestimada, uma vez que os informantes podem não conseguir analisar todas as barreiras presentes em seu domicílio.

Observou-se que as dificuldades da família em se reorganizar para cuidar do idoso dependente não impediram que elas ofertassem o apoio necessário ao membro da família com incapacidade, mesmo que esta oferta significasse a sobrecarga de um único familiar nos cuidados com o idoso (55%), ou mesmo que o cuidador eleito fosse outro idoso (32,2%).

Apesar da saúde física não ter demonstrado influenciar a funcionalidade, a percepção da saúde mental apresentou uma correlação moderada com o nível de dependência. A autonomia e a independência são fatores determinantes para a execução das atividades cotidianas (MORAES, 2009). Uma vez que o idoso não possui capacidade cognitiva para a manutenção de sua autonomia, a sua capacidade de decidir e agir por meio de sua própria

vontade pode estar prejudicada. Porém, a atitude de supervalorização do declínio da cognição e do humor na convivência familiar pode influenciar ainda mais a capacidade do idoso para executar tais atividades.

Os produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária não fazem parte do dia a dia de 61% dos idosos dependentes. Com exceção das próteses dentárias, óculos e auxílios locomoção, a maioria dos idosos com deficiências não tem acesso a tecnologia assistiva, seja pela não prescrição pelos serviços de saúde, pelos preços elevados, ou a escassa oferta destes produtos no mercado brasileiro. Outras vezes, quando prescritos, podem não se adaptar ao ambiente, aos interesses ou a habilidade do idoso.

A renda proveniente da previdência social, em 41,7% dos casos, demonstrou ser insuficiente para cobrir os gastos mensais dos idosos. Na maioria das vezes, este déficit financeiro é suprido pelos familiares (VERAS *et al.*, 2007).

A atitude familiar mostrou-se como barreira em 55% dos casos. São várias as causas dos cuidadores de não incentivar a independência do idoso. Pode ser para agilizar a execução das ABVD, por falta de paciência ou de tempo, ou impelido pela idéia errônea de que cuidar significa fazer pelo idoso (PAVARINI; NERI, 2000). Porém, o comportamento de dependência dos idosos também pode ser visto um como um meio de controlar indiretamente os familiares, requerendo atenção e cuidados. Para modificar este comportamento de dependência, é recomendável mudar a forma como o cuidador age perante o ser cuidado (BALTES, 1996).

Verificamos, portanto, que os fatores determinantes da funcionalidade nesta população estão relacionados com o ambiente, hábitos de vida e o contexto familiar e social vivenciados por cada indivíduo. Estes são fatores passíveis de modificação pela equipe de saúde, no intuito de maximizar o desempenho dos idosos.

A família deve ser a principal aliada dos profissionais de saúde, e devem conhecer a importância da manutenção da independência e da autonomia, respeitando os limites do idoso. Portanto, o paradigma da funcionalidade como indicador de saúde necessita ser difundido também no âmbito familiar, a fim de promover mudanças de comportamentos e de atitudes perante o idoso com dependência.

Para favorecer um cuidado familiar que propicie um pleno florescimento das capacidades dos idosos, os familiares devem ser conscientizados de que um dos objetivos primordiais do cuidado é incentivar a autonomia, interagindo com o ser cuidado em busca do desenvolvimento de sua capacidade de autocuidado. A transmissão da ciência do cuidar é embasada em moldar atitudes de cuidado, valorizando os conhecimentos, atitudes, habilidades e interesses tanto do cuidador e quanto de quem recebe o cuidado (HERRERA; AFANADOR, 1998).

Collière (1989) reflete a cerca do poder em relação ao cuidar. Ela cita o “poder redutor”, que reduz a capacidade para o cuidado e não identifica o que o paciente pode ou sabe fazer por si próprio. O saber e o ser de quem é orientado ou cuidado não é valorizado. Um cuidado demasiado protetor, baseado em “fazer pelo outro” tende a diminuir a independência e a autonomia de quem recebe o cuidado. Em contrapartida, a enfermagem deve orientar os familiares por meio do “poder libertador do cuidado”, que permite a quem necessita do cuidado utilizar o poder que lhe resta e mobilizar toda sua capacidade em prol de potencializar seu o poder de ser e de existir.

O conhecimento das características sócio-demográficas, da funcionalidade, e principalmente da capacidade e do desempenho dos idosos dependentes, pode favorecer o planejamento e a implementação de políticas públicas que visem melhorar a capacidade funcional e, conseqüentemente, da saúde desta população. Assim, o presente estudo contribui com o direcionamento do atendimento à população idosa com incapacidade, criando subsídios tanto para a assistência, quanto para o ensino e pesquisas futuras, em prol da melhoria da funcionalidade e da qualidade de vida dos idosos dependentes.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, T. L. **Características dos cuidadores de idosos dependentes no contexto da Saúde da Família**. 2005. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

ALVAREZ, A. M. **Tendo que Cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar**. Florianópolis, SC, 2001. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ALVES, L. C. *et al*. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Set. 2010.

ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5-6, Jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000500005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jun. 2010.

AMARAL, A. C. S. *et al*. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.6, p. 1617-1626, 2004.

ÂNGELO, M. O contexto familiar. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. (Orgs). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. 2000. p. 27-31.

ANTONOVSKY, A. *Unraveling the myth of health*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987. 218p.

ARAÚJO, L. Z. S. de. Aspectos éticos da pesquisa científica. **Pesqui. odontol. bras.**, v. 17, supl. 1, p. 57-63, maio 2003.

ARRIAGADA, I. Transformaciones Sociales y demográficas de las familias latinoamericanas. **Papeles de Población**. México: Toluca, n. 40, p. 71-95, abr./mai, 2004.

BALTES, M. M. **The many faces of dependency in old age**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. 187p.

BALTES, M. M.; SILVERBERG, S. B. The dynamics between dependency and autonomy: illustrations accross the life span. In: FEARTHMAN, D. L.; LERNER, R. M.; PERLMUTTER, M. (Org.). **Life span development and behavior**. v.12, Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates, 1994. 300p.

BARBETA, D. de C.; ASSIS, M. R. de. Reprodutibilidade, validade e responsividade da escala de Medida de Independência Funcional (MIF) na lesão medular. Revisão da literatura. **Acta Fisiatr**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 176-181, 2008.

- BARBOSA, A. L. G. M. **Conforto e qualidade ambiental no habitat do idoso**. 2002. 180f. Dissertação (Mestrado em Conforto Ambiental e Eficiência Energética) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- BATTISTELLA, L. R.; BRITO, C. M. M. Tendência e Reflexões: Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Acta Fisiatr.** São Paulo, v. 9, n. 2, p. 98-101, 2002.
- BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.
- BELTRÃO, K. I.; CAMARANO, A. A.; KANSO, S. **Dinâmica populacional brasileira na virada do século XX**. Rio de Janeiro: IPEA, ago., 2004 (Texto para discussão, 1034).
- BERTACHINI, L.; GONÇALVES, M. de J. Comunicação na terceira idade. **Mundo saúde**. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 483-489, Out.-Dez. 2002.
- BILTON, T. L. *et al.* Prevalência da deficiência auditiva em uma população idosa. **Mundo da Saúde**. v. 21, n. 4, p. 218-225, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos - Res. CNS 196/96. **Bioética**; v. 4, supl. 2, p.15-25, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395 de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 237-E, seção 1, p. 20-24, 13 dez. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, revoga a Portaria nº 1.395/GM de 10 de dezembro de 1999 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 202, Seção 1, p. 142-145, 20 out. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 102 p.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico; 1988.
- BRASIL. Senado Federal. **Estatuto do Idoso**. Íntegra da Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília: Centro Gráfico; 2003.
- BRAULT, M. W. *et al.* Prevalence and Most Common Causes of Disability Among Adults. **Morbidity & Mortality Weekly Report**. v. 58, n. 16, p.421-426. United States, 2009.
- CALDAS, C. P. O autocuidado na velhice. In: FREITAS, E. V. *et al.* (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1117-1121.
- CAMARA, F. M. *et al.* Capacidade funcional do idoso: formas de avaliação e tendências. **Acta Fisiatr**. São Paulo, v.15, n. 4, p. 249-256, 2008.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: CAMARANO, A. A. (Org). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro, IPEA, 2004. p. 25-59.

CASTRO, K. C. M. de; GUERRA, R. O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 66, n. 4, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004-282X2008000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Set. 2010.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 31, n. 2, Abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jul. 2009.

CINOTO, R. W. *et al.* Comparação entre qualidade de visão auto-relatada e acuidade visual em população idosa de baixa renda na cidade de São Paulo. **Arq Bras Oftalmol**. v. 69, n. 1, p. 17-22, 2006.

COELHO FILHO, J. M.; MARCOPITO, L. F.; CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2010.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida:** da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p.

COLUSSI, C. F.; FREITAS, S. F. T. de. Aspectos epidemiológicos da saúde bucal do idoso no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, Out. 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2010.

CREUTZBERG, M.; SANTOS, B. R. L. dos. "... se a gente não tem família, não tem vida!": concepções de famílias de classe popular cuidadoras de pessoa idosa fragilizada. **R. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.21, n. esp., p.101-112, 2000.

DEBERT, G.G. **A reinvenção da velhice:** socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora Edusp/Fapesp, 1999. 266p.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 5, p. 1151-1160, mai., 2007.

DI NUBILA, H. B. V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 2, Jun, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Mar. 2010.

DIOGO, M. J. D'E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. **Rev.latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8,n. 1, p. 75-81, janeiro 2000.

DUARTE, Y. A. de O. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: LEBRÃO, M. L.; Y. A. O. DUARTE (Org). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 183-200.

DUARTE, Y. A. de O.; ANDRADE, C. L. de; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul 2009.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo**. Porto Alegre, RS: Artes Médicas, 1998. 111p.

EWERT, T. *et al.* Identification of the Most Common Patient Problems in Patients with Chronic Conditions Using the ICF Checklist. **J Rehabil Med**. Suppl. 44, p. 22–29, 2004.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; COSTA, J. R. M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Publ**. V. 38, n. 1, p. 93-99, 2004.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M.. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 2, Jun. 2005 .

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G.. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Set. 2010.

FIRMO, J. O. A.; BARRETO, S. M.; LIMA-COSTA, M. F.. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Jun 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Ago. 2010.

FUCHS, Z. *et al.* Morbidity, Comorbidity, and Their Association With Disability Among Community-Dwelling Oldest-Old in Israel. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v. 53, n.6, p. 447-455, Nov. 1998.

GINSBERG, D. A. *et al.* Evaluating and managing constipation in the elderly. **Urologic Nursing**. v. 27, n. 3, p. 191-212, 2007.

GOLDSTEIN, L. L. No comando da própria vida: a importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000. p. 55-67.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que 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, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 Maio 2010.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC . **Texto & Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, out./dez. 2006.

GRATÃO, A. C. M. **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. 2006. 89 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

GRILL, E. *et al.* Assessing observer agreement when describing and classifying functioning with the international classification of functioning, disability and health. **J Rehabil Med**, n. 39, p. 71-76, 2007.

GRUNDY, E. Living arrangements and health of older persons in developed countries. In: United Nations. **Population Bulletin of the United Nations**. N. 42/43. 2001. p. 311-329. (Special issue)

GUCCIONE, A. A. *et al.* The effects of specific medical conditions on the functional limitations of elders in the Framingham study. **Am J Public Health**. V. 84, n.3, Mar. 1994.

GUIMARAES, J. M. N.; FARINATTI, P. de T. V. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 11, n. 5, Out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922005000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Ago. 2010.

HERRERA, B. S.; AFANADOR, N. P. (Coord.). Avances conceptuales del grupo del cuidado. In: HERRERA, B. S.; AFANADOR, N. P. (Coord.) **Dimensiones del Cuidado**. 1ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1998. p. 8-16.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. (Estudos & Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica n. 9).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2004**. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.

KARSCH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Jun. 2003 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X200300300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jun 2009.

KATZ, S. *et al.* Progress in the development of the index of ADL. **Gerontologist**, v. 10, p. 20-30, 1970.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. Index of ADL. **Med Care**, v. 14 (5 Suppl), p. 116-118, 1976.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. **Acta Fisiátrica**, v. 12, p. 55-60, 2005.

KAWASAKI, K.; DIOGO, M. J. D. Variação da independência funcional em idosos hospitalizados relacionada a variáveis sociais e de saúde, **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, fac. 3, p.164-169, set. 2007.

KRAMPE R. T.; ERICSSON K. A. Maintaining excellence: deliberate practice and elite performance in young and older pianists. **J Exp Psychol Gen.** Washington, DC. v. 125, n. 4. p.331-359, 1996.

KUSHANG, V. *et al.* Comorbidity and Disability in Elderly Mexican and Mexican American Adults: *Findings From Mexico and the Southwestern United States.* **Journal Of Aging And Health.** v. 18 n. 2, p. 315-329, Abr. 2006.

LAHAM, C. F. **Percepção de Perdas e Ganhos Subjetivos entre Cuidadores de Pacientes Atendidos em um Programa de Assistência Domiciliar** [Dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2003.

LAKS, J. *et al.* Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly: importance of evaluating activities of daily living. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 63, n. 2a, Jun. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2005000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Set. 2010.

LEBRÃO, M. L. **O Projeto SABE em São Paulo: uma visão panorâmica.** In: LEBRÃO, M. L.; Y. A. O. DUARTE (Org). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 33-43.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. **Condições de saúde.** In: LEBRÃO, M. L.; Y. A. O. DUARTE (Org). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 73-91.

LEDUC, M. M. S. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: FREITAS, E. V. *et al.* (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 973-991.

LIMA FILHO, J. B., SARMIENTO S. M. G. **Envelhecer bem é possível: cuidando de nossos idosos na família e na comunidade.** 1 ed. Edições Loyola: Rio de Janeiro, 2004. 187p.

LIMA, A. P.; MANTOVANI, M. DE F.; ULBRICH, E. M.; Zavadil, E. T. de C. Produção científica sobre a hospitalização de idosos: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enferm,** v. 14, n. 4, p. 740-747, Out/Dez. 2009.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. & GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública,** v. 19, n. 3. p. 735-743, Rio de Janeiro, mai-jun, 2003.

LOCKE, G. R. 3rd, PEMBERTON, J. H, PHILLIPS, S. F. AGA technical review on constipation. **Gastroenterol.** v.119, n. 6, p.1766-1778, Dez, .2000.

LOYOLA FILHO, A. I. de *et al.* Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública,** v. 21, n. 2, p. 545-553, 2005.

LOYOLA FILHO, A. I. de; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.12, p. 2657-2667, 2006.

LUZARDO, A. R. *et al.* Características de idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v.15, n.4, p. 587-594, out./dez. 2006.

MAZZA, M. M. P. R. **O cuidado em família sob o olhar do idoso.** 2008. 178 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MENDES, P. M. T. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. In: KARSCH, U. M. S. (Org.) **Envelhecimento com Dependência: revelando cuidadores.** São Paulo: EDUC, 1998.

MINOSSO, J. S. M. *et al.* Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatório. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v. 23, n. 2, p.218-223, 2010.

MONTEIRO, C. R. **Independência funcional dos idosos vítimas de fraturas: da hospitalização ao domicílio.** 2007. 113f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

MORAES, E. N. **Avaliação Multifuncional do Idoso.** 2 ed. Belo Horizonte, Folium, 2009. 78p.

MORAES, E. N. *et al.* Rede Assistencial de Atenção à Pessoa Idosa. In: MORAES E. N. de (Org.). **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia.** 1ª ed., Belo Horizonte: COOPMED, 2008. p. 665-678.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida.** 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2004. 283 p.

MUNIZ, C. F. *et al.* Caracterização dos idosos com fratura de fêmur proximal em hospital escola público. **Revista Espaço para a Saúde.** v. 8, n. 2, p. 33-38, 2007.

NAKATANI, A. Y. K. *et al.* Perfil dos cuidadores informais de idosos com déficit de autocuidado atendidos pelo Programa de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 1 p. 15-20, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Cuidador de idosos: conhecimento disponível na base de dados LILACS. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 61, n. 4, p. 514-517, jul./ago. 2008.

NERI, A. L. (Org.) **Palavras-chave em Gerontologia.** 2.ed. Campinas: Alinea, 2005.

NERI, A. L. Feminização da velhice. In: NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2007. p. 47-64.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papyrus, 2000. 135p.

NITRINI, R. *et al.* Diagnóstico de Doença de Alzheimer no Brasil: avaliação cognitiva e funcional. **Arq Neuropsiquiatr.** n. 63, n. 3-A, p.720-727, 2005.

NITSCHKE, R. G. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempo pós-moderno.** 1999. 199f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

NOGUEIRA, E. J.; SOMMERHALDER, C. Relações entre gerações. In: NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice.** Campinas: Papyrus, 2000. p. 101-112.

OKOCHI, J.; UTSUNOMIYA, S.; TAKAHASHI, T. Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 3, n. 46, Jul, 2005. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/3/1/46>, Acesso em: 20 Julho de 2009.

OLIVEIRA, S. F. D *et al.* Demanda referida e auxílio recebido por idosos com declínio cognitivo no município de São Paulo. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902007000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 Jun. 2010.

OLIVEIRA, S. F. D. **Declínio cognitivo, funcionalidade e arranjos domiciliares entre os idosos do município de São Paulo.** 107f. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

OLIVEIRA, V. B. **A queda da fecundidade nas Minas e nos Gerais: um estudo ecológico.** 2006. 186 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP: 2003. 328p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Checklist da CIF.** Setembro, 2003. 14p. Disponível em: <hygeia.fsp.usp.br/cbcd/Material/CHECKLIST_DA_CIF.pdf>. Acesso em 12 set 2009.

ORÍÁ, R. B. *et al.* Estudo das alterações relacionadas com a idade na pele humana, utilizando métodos de histo-morfometria e autofluorescência. **An bras Dermatol.**, v. 78 n. 4, p. 425-434, Rio de Janeiro jul./ago., 2003.

PAPASTAVROU, E. *et al.* Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.58, n.5, p. 446-457, 2007.

PAVARINI, S. C. I. **Dependência Comportamental na Velhice: uma análise do cuida do prestado ao idoso institucionalizado.** 1996. 230f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

PAVARINI, S. C. I.; NERI, A. L. Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y. A. O.;

DIOGO, M. J. D. (Org.). **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. 2000. p. 49-70.

PEDRAZZINI, E. C. **Arranjo domiciliar e apoio dos familiares aos idosos mais velhos**. 2008. 131f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho velhote, idoso terceira idade. In: BARROS, M. L. de (Org.), **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. p.15-17.

PEIXOTO, S. V.; GIATTI, L.; AFRADIQUE, M. E.; LIMA-COSTA, M. F. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. Brasília, v. 13, n. 4, out/dez, 2004.

PERRACINI, M. R. **Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência**. 1994. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 maio 2010

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1995. 391 p.

POLLAK, N.; RHEAULT, W.; STOECKER, J. L. Reliability and validity of the FIM for persons aged 80 years and above from a multilevel continuing care retirement community. **Arch Phys Med Rehabil**. Estados Unidos, v. 77, n. 10, p. 1056-1061, out., 1996.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Jun, 2010.

RATES, H. F. **Cuidado de saúde do idoso, no domicílio: implicações para as cuidadoras, no distrito de Ressaca – município de Contagem/MG**. 2007. 225f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

RAYS, P. R. C. A.; MENEZES, H. S. **Controle da pressão arterial em pacientes idosos de um ambulatório de atenção primária à saúde**. **Estud. interdiscip. envelhec**. Porto Alegre, v. 9, p. 91-100, 2006.

REZENDE, T. C. B. **Impacto do ato de cuidar na vida de cuidadores primários de idosos dependentes**. 2008. 97f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2008.

RIBERTO, M. Avaliação MIF resumido. **III EFERJ - Encontro do Estado do Rio de Janeiro de Fisioterapia**. Cabo Frio/RJ, Junho, 2000. Disponível em: <http://www.abradimene.com.br/adm/abradimene/palestras_III_encontro/Resumo%20-%20Dr.%20Marcelo%20Riberto%20-%20Formul%C3%A1rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20MIF.doc>. Acesso em: 19 Jan 2009.

RIBERTO, M. *et al.* Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 45-52, 2001.

RIBERTO, M. *et al.* Validação da Versão Brasileira da Medida de Independência Funcional. **Acta Fisiatr.** São Paulo, v. 11, n. 2, p. 72-76, Ago, 2004.

RIBERTO, M.; SARON, T. R. P.; BATTISTELLA, L. R. Resultados do core set da CIF de dor crônica generalizada em mulheres com fibromialgia no Brasil. **Acta. Fisiatr.** São Paulo, v. 15, n. 1, p. 6-12, Jan, 2008.

RICCI, N. A.; KUBOTA, M. T.; CORDEIRO, R. C. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25540.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2009.

ROCHA, M. P. F.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. de. Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 61, n. 6, p. 801 - 808, nov./dez., 2008.

RODRIGUES, M. A. P. *et al.* Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Ago. 2010.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 3, set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Jul 2009.

ROSA, T. E. C. *et al.* Fatores Determinantes da Capacidade Funcional entre Idosos. **Rev Saúde Pública**. v.37, n. 1, p. 40-48, 2003.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 780 p.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, Jun, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Jun 2010.

SAAD, P. M. **Arranjos domiciliares e transferências de apoio informal**. In: LEBRÃO, M. L.; Y. A. O. DUARTE (Org). **SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 201-224.

SANTOS, J. L. F. Análise de sobrevivência sem incapacidades. In: LEBRÃO, M. L.; Y. A. O. DUARTE (Org). SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento – **O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 168-181.

SANTOS, S. M. A. dos. **Idosos, família e cultura**: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003. 228p.

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO (SAME). **Consultas Médicas: Ambulatório Bias Fortes**. Belo Horizonte, Hospital das Clínicas, UFMG, 2009.

SILVA, V. T. S. da. **O cuidado do idoso no domicílio**. 2005. 96f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

SIQUEIRA, A. L.; SAKURAI, E.; SOUZA, M. C. F. M. Dimensionamento de amostras em estudos clínicos e epidemiológicos. In: **32º Reunião Anual da Associação Brasileira de Estatística**, Salvador, 2001.

SIQUEIRA, R. L. de; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.7, n.4, p. 899-906, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14613.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. 222p.

SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar**. 2001. 95 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

SOUZA, R. F. de; SKUBS, T.; BRETAS, A. C. P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 3, Jun 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7167200700030003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jul 2009.

TALLEY, N. J. *et al.* Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. **Am J Gastroenterol**. v. 91, n 1, p.19-25, Jan., 1996.

TEIXEIRA, L. A. Declínio de desempenho motor no envelhecimento é específico à tarefa. **Rev Bras Med Esporte**. Niterói, v. 12, n. 6, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922006000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Jul. 2009.

THOBER, E.; CREUTZBERG, M.; VIEGAS, K. Nível de dependência de idosos e cuidados no âmbito domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 4, p. 438-443, jul./ago., 2005.

TORRES, M. P. P. Família y Cuidado. In: HERRERA, B. S.; AFANADOR, N. P. (Coord.) **Dimensiones del Cuidado**. 1ª ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 1998. p. 125-133.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Anjos da guarda da terceira idade. **Revista Diversa**. Ano 3, n. 8, out. 2005 Disponível em: <http://www.ufmg.br/diversa/8/idosos.htm>. Acesso em: 16 out 2009.

VANDERVOORT, A. A. **Alterações biológicas e fisiológicas**. In: PICKLES, B.; COMPTON, A.; COTT, C.; SIMPSON, J.; VANDERVOORT, A. *Fisioterapia na 3ª idade*. São Paulo: Ed. Santos, 1998. p. 67-80.

VERAS, R. P. *et al.* Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 1, 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Ago. 2010.

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

VERBRUGGE, L. M.; LEPKOWSKI, J.M.; IMANAKA, Y. Comorbidity and its impact on disability. **Milbank Q**. v. 67, n. 3-4, p. 450-484, 1989.

VILELA, A. B. A. *et al.* Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 55-69, 2006.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.52, n.3, p.148-152, maio/jun. 2006.

WENSING, M.; VINGERHOETS, E.; GROU, R. Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. **Qual Life Res**. v. 10, n. 2, p. 141-148, Fev. 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: Uma política de saúde**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2005. 60p.

WRIGHT, L.; LEAHEY. M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. Ed. Roca, São Paulo, 2002. 328p.

YUASO, D. R. Screening para avaliação de independência. **Gerontologia**. v.11, n.1-4 30, 2003.

YUASO, D. R. **Treinamento de cuidadores familiares de idoso de alta dependência em acompanhamento domiciliário**. 2000. 66 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

ZISI, V. *et al.* Effects of a short-term exercise program on motor function and whole body reaction time in the elderly. **J Hum Mov Stud**. v. 40, p145-160, 2001.

Anexos

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

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


Parecer nº. ETIC 0535.0.203.000-09

**Interessado(a): Profa.Sônia Maria Soares
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem- UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 16 de dezembro de 2009, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**O cuidado familiar de idosos e suas implicações no desempenho das atividades básicas de vida diária**" 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.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B – Aprovação da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC-UFMG



Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
 Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão - DEPE

UFMG

Belo Horizonte, 20 de janeiro de 2010.

PROCESSO: Nº 171/09

“O CUIDADO FAMILIAR DE IDOSOS E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA”

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 16/12/2009, esta Diretoria aprova seu desenvolvimento no âmbito institucional.

Solicitamos enviar à DEPE **relatório** parcial ou final, após um ano.

Atenciosamente,


 PROF. HENRIQUE VITOR LEITE
 Diretor da DEPE/HC-UFMG

À Sr^a
 Prof. Sônia Maria Soares
 Enfermagem Básica
 Escola de Enfermagem- UFMG

ANEXO C – Memorando da Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC-UFMG

Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital das Clínicas
Diretoria Geral

UFMG

MEMORANDO

Belo Horizonte, 05 de março de 2010.

PESQUISA DEPE

Nº 171/09: “O CUIDADO FAMILIAR DE IDOSOS E SUAS IMPLICAÇÕES NO DESEMPENHO DAS ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA

DE: DEPE-HC/UFMG

PARA: Coordenação Administrativa/Arquivo SAME

De ordem do Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do HC/UFMG, autorizo a pesquisadora Flávia Nunes Machado, consultar prontuários para coleta de dados, no SAME, com agendamento prévio.

Atenciosamente,

Prof. Henrique Vitor Leite
Diretor de Ensino e Pesquisa e Extensão

ANEXO D

	<h1>CERTIFICADO</h1>	
<p>O IMREA HC FMUSP – Rede Lucy Montoro, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, certifica que</p>		
<p>FLÁVIA NUNES MACHADO</p>		
<p>participou como ouvinte do Curso "CAPACITAÇÃO PARA USO DA MEDIDA DE INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL (MIF)" realizado no dia 12 de Setembro de 2009 no IMREA HC FMUSP – Unidade Lapa, São Paulo, SP com carga horária de 10 horas.</p>		
 <hr/> <p>Dr. Marcelo Riberto Professor</p>	 <hr/> <p>Gracinda Rodrigues Tsukimoto Centro de Educação Permanente IMREA HC FMUSP – Rede Lucy Montoro</p>	
<p>INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo</p>		

	<h1>CERTIFICADO</h1>	
<p>O IMREA HC FMUSP – Rede Lucy Montoro, Instituto de Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, certifica que</p>		
<p>FLÁVIA NUNES MACHADO</p>		
<p>participou como ouvinte do Curso "CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE – MÓDULO I - BÁSICO" realizado no dia 14 de Agosto de 2009 no IMREA HC FMUSP – Unidade Estação Lapa, São Paulo, SP com carga horária de 05 horas.</p>		
 <hr/> <p>Dr. Marcelo Riberto Professor</p>	 <hr/> <p>Gracinda Rodrigues Tsukimoto Centro de Educação Permanente IMREA HC FMUSP – Rede Lucy Montoro</p>	
<p>INSTITUTO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo</p>		

ANEXO E

Medida de Independência Funcional (MIF)

Nome do idoso:		Idade:
Cuidador principal:		Idade:
Grau de parentesco:		
Acompanhante/Informante:		Idade:
Grau de parentesco:		
Endereço:		
Diagnósticos médicos relatados:		
1.		
2.		
3.		
Data da aplicação		/ /
1 - Fonte de Informação: 1 – doente, 2 – família, 3 – outro		
Níveis	7 Independência completa (em segurança, em tempo normal)	Sem Ajuda
	6 Independência modificada (uso de dispositivo ou risco de segurança)	
	Dependência modificada	Ajuda
	5 Supervisão	
	4 Ajuda Mínima (indivíduo \geq 75%)	
3 Ajuda Moderada (indivíduo \geq 50%)		
2 Ajuda Máxima (indivíduo \geq 25%)		
1 Ajuda Total (indivíduo \geq 0%)		
Auto-Cuidados		Pontuação
1. Alimentação		
2. Higiene pessoal		
3. Banho (lavar o corpo)		
4. Vestir metade superior		
5. Vestir metade inferior		
6. Utilização do vaso sanitário		
Controle de Esfíncteres		Pontuação
7. Controle da Urina		
8. Controle das Fezes		
Mobilidade		Pontuação
<i>transferências</i>		
9. Leito, cadeira, cadeira de rodas		
10. Vaso sanitário		
11. Banheira, chuveiro		
Locomoção		Pontuação
12. Marcha / cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Marcha <input type="checkbox"/> CR	
13. Escadas		
Comunicação		Pontuação
14. Compreensão	<input type="checkbox"/> Auditiva (padrão) <input type="checkbox"/> Visual	
15. Expressão	<input type="checkbox"/> Vocal <input type="checkbox"/> Não-vocal	
Cognição Social		Pontuação
16. Interação Social		
17. Resolução de problemas		
18. Memória		
Total		

Fonte: RIBERTO, 2000.

ANEXO F

CHECKLIST DA CIF*Versão 2.1a, Formulário Clínico***para a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**

Esta é uma *checklist* das categorias principais da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde. A *checklist* da CIF é uma ferramenta prática para extrair e registrar informação sobre a funcionalidade e a incapacidade de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos (por exemplo, na prática clínica ou em serviço social). A lista pode ser usada com a CIF ou com a versão reduzida da CIF.

H 1. Ao completar esta *checklist*, use toda a informação disponível. Por favor, assinale o que será utilizado:

[1] registros escritos [2] respondente primário [3] outros informantes [4] observação direta

Se a informação médica e sobre o diagnóstico não estiver disponível, sugere-se completar o apêndice 1: Resumo das Informações de Saúde (p 9-10) que pode ser completado pelo respondente.

H 2. Data ___/___/___ H 3. Caso ID __, ____, __ H 4. Participante N. ____, ____, ____,
 Dia Mês Ano n° do caso 1° ou 2° Avaliação Local Participante

A. INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

A.1 NOME (opcional) Nome _____ SOBRENOME _____

A.2 SEXO (1) [] Feminino (2) [] Masculino

A.3 DATA DE NASCIMENTO ___/___/___ (dia/mês/ano)

A.4 ENDEREÇO (opcional)

A.5 ANOS DE EDUCAÇÃO FORMAL ___

A.6 ESTADO MATRIMONIAL ATUAL: (Assinale somente o mais compatível)

(1) Nunca foi casado [] (4) Divorciado []
 (2) Atualmente casado [] (5) Viúvo []
 (3) separado [] (6) Coabitação []
 (concubinato)

A.7 OCUPAÇÃO ATUAL (Selecione a única melhor opção)

(1) Emprego assalariado [] (6) Aposentado []
 (2) Trabalha por conta própria (autônomo) [] (7) Desempregado (razão de saúde) []
 (3) Não assalariado, voluntário/caridade [] (8) Desempregado (outra razão) []
 (4) Estudante [] (9) Outro []
 (5) Prendas domésticas/Dona de casa [] (por favor especifique) _____

A.8 DIAGNÓSTICO MÉDICO das Condições Principais de Saúde,

se possível dê Códigos da CID.

1. Não existe nenhuma Condição Médica

2.

código da CID:

3.

código da CID:

4.

código da CID:

5. Existe uma Condição de Saúde (doença, distúrbio, lesão), porém sua natureza ou diagnóstico não são conhecidos

PARTE 1a: DEFICIÊNCIAS DAS FUNÇÕES DO CORPO

- Funções do Corpo são as funções fisiológicas ou psicológicas dos sistemas corporais.
- Deficiências são problemas de função do corpo como um desvio ou perda significativa.

<i>Primeiro Qualificador: Extensão das deficiências</i>	
0 <i>Nenhuma deficiência</i> significa que a pessoa não tem problema	
1 <i>Deficiência leve</i> significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
2 <i>Deficiência moderada</i> significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	
3 <i>Deficiência grave</i> significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.	
4 <i>Deficiência completa</i> significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.	
8 <i>Não especificado</i> significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.	
9 <i>Não aplicável</i> significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).	
<i>Lista Resumida das Funções do Corpo</i>	<i>Qualificador</i>
b1. FUNÇÕES MENTAIS	
b110 Consciência	
b114 Orientação (<i>tempo, lugar, pessoa</i>)	
b117 Funções intelectuais (<i>incl. Retardo mental, demência</i>)	
b130 Funções da energia e de impulsos	
b134 Sono	
b140 Atenção	
b144 Memória	
b152 Funções emocionais	
b156 Funções da percepção	
b164 Funções cognitivas superiores	
b167 Funções mentais da linguagem	
b2. FUNÇÕES SENSORIAIS E DOR	
b210 Visão	
b230 Audição	
b235 Vestibular (<i>incl. Funções de equilíbrio</i>)	
b280 Dor	
b3. FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA	
b310 Voz	
b4. FUNÇÕES DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLÓGICO, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO	
b410 Funções do Coração	
b420 Pressão sanguínea	
b430 Funções do sistema hematológico (<i>sangue</i>)	
b435 Funções do sistema imunológico (<i>alergias, hipersensibilidade</i>)	
b440 Funções do sistema respiratório (<i>respiração</i>)	
b5. FUNÇÕES DOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO	
b515 Funções digestivas	
b525 Funções de defecação	
b530 Manutenção do peso	
b555 Funções das glândulas endócrinas (<i>mudanças hormonais</i>)	
b6. FUNÇÕES GENITURINÁRIAS E REPRODUTIVAS	
b620 Funções urinárias	
b640 Funções sexuais	
b7. FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO	
b710 Mobilidade das articulações	
b730 Força muscular	
b735 Tônus muscular	
b765 Movimentos involuntários	
b8. FUNÇÕES DA PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS	
QUAISQUER OUTRAS FUNÇÕES DO CORPO	
b5102 Mastigar	
b5105 Deglutição	

Parte 1 b: DEFICIÊNCIAS DAS ESTRUTURAS DO CORPO

- Estruturas do Corpo são partes anatômicas do corpo tais como órgãos, membros e seus componentes.
- Deficiências são problemas na estrutura do corpo como desvio ou perda significativa.

Primeiro Qualificador: Extensão de deficiência	Segundo Qualificador: Natureza da alteração	
<p>0 Nenhuma deficiência significa que a pessoa não tem problema</p> <p>1 Deficiência leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.</p> <p>2 Deficiência moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias</p> <p>3 Deficiência grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.</p> <p>4 Deficiência completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.</p> <p>8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.</p> <p>9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).</p>	<p>0 Nenhuma mudança na estrutura</p> <p>1 Ausência total</p> <p>2 Ausência parcial</p> <p>3 Parte adicional</p> <p>4 Dimensões aberrantes</p> <p>5 Descontinuidade</p> <p>6 Posição desviada</p> <p>7 Mudanças qualitativas na estrutura, incluindo acúmulo de líquido</p> <p>8 Não especificada</p> <p>9 Não aplicável</p>	
Lista Resumida das Estruturas do Corpo	Primeiro qualificador <i>Extensão da deficiência</i>	Segundo qualificador <i>Natureza da alteração</i>
s1. ESTRUTURA DO SISTEMA NERVOSO		
s110 Cérebro		
s120 Medula espinhal e nervos periféricos		
s2. OLHO, OUVIDO E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
s3. ESTRUTURAS RELACIONADAS A VOZ E FALA		
s4. ESTRUTURAS DOS SISTEMAS CARDIOVASCULAR, IMUNOLÓGICO E RESPIRATÓRIO		
s410 Sistema cardiovascular		
s430 Sistema respiratório		
s5. ESTRUTURAS RELACIONADAS AOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABÓLICO E ENDÓCRINO		
s6. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO SISTEMA GENITURINÁRIO E REPRODUTIVO		
s610 Sistema urinário		
s630 Sistema reprodutivo		
s7. ESTRUTURAS RELACIONADAS AO MOVIMENTO		
s710 Região de cabeça e pescoço		
s720 Região de ombro		
s730 Extremidade superior (<i>braco, mão</i>)		
s740 Pelve		
s750 Extremidade inferior (<i>perna, pé</i>)		
s760 Tronco		
s8. PELE E ESTRUTURAS RELACIONADAS		
OUAISOUER OUTRAS ESTRUTURAS DO CORPO		

PARTE 2:LIMITAÇÕES DE ATIVIDADES E RESTRIÇÃO À PARTICIPAÇÃO

- *Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação é o ato de se envolver em uma situação vital.*
- *Limitações de atividade são dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma atividade. Restrições à participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações vitais.*

O qualificador de Desempenho descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual incorpora um contexto social, o desempenho como registrado por este qualificador também pode ser entendido como “envolvimento em uma situação vital” ou “a experiência vivida” das pessoas no contexto real em que elas vivem. Esse contexto inclui os fatores ambientais - todos os aspectos do mundo físico, social e de atitude que podem ser codificados utilizando-se os Fatores Ambientais.

O qualificador de Capacidade descreve a habilidade de um indivíduo de executar uma tarefa ou ação. Esse qualificador indica o nível máximo provável de funcionamento que a pessoa pode atingir em um domínio específico em um dado momento. A Capacidade é medida em um ambiente uniforme ou padrão, refletindo assim a habilidade ambientalmente ajustada do indivíduo. O ambiente padronizado pode ser: o atual ambiente geralmente usado para avaliação da capacidade em teste; ou (b) onde isto não é possível, um hipotético ambiente um impacto uniforme.

Nota: Use o Apêndice 2 se necessário para extrair informação sobre Atividades e Participação do indivíduo.

Primeiro Qualificador: Desempenho <i>Extensão da Restrição à Participação</i>	Segundo Qualificador: Capacidade (sem assistência) <i>Extensão da limitação de Atividade</i>
0 Nenhuma dificuldade significa que a pessoa não tem problema	
1 Dificuldade leve significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.	
2 Dificuldade moderada significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias	
3 Dificuldade grave significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre frequentemente nos últimos 30 dias.	
4 Dificuldade completa significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.	
8 Não especificado significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade.	
9 Não aplicável significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).	

Lista Resumida dos domínios de A&P	Qualificador de Desempenho	Qualificador de Capacidade
d1. APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DO CONHECIMENTO		
d110 Observar/assistir		
d115 Ouvir		
d140 Aprender a ler		
d145 Aprender a escrever		
d150 Aprender a calcular (<i>aritmética</i>)		
d175 Resolver problemas		
d2. TAREFAS E DEMANDAS GERAIS		
d210 Realizar uma única tarefa		
d220 Realizar tarefas múltiplas		
d3. COMUNICAÇÃO		
d310 Comunicação – recepção de mensagens verbais		
d315 Comunicação – recepção de mensagens não verbais		
d330 Fala		
d335 Produção de mensagens não verbais		
d350 Conversação		
d4. MOBILIDADE		
d430 Levantar e carregar objetos		
d440 Uso fino das mãos (<i>pegar, segurar</i>)		
d450 Andar		
d465 Deslocar-se utilizando algum tipo de equipamento		
d470 Utilização de transporte (<i>carros,ônibus, trem, avião, etc.</i>)		
d475 Dirigir (<i>bicicleta, motos, dirigir um carro, etc.</i>)		

d5. CUIDADO PESSOAL		
d510 Lavar-se (<i>banhar-se, secar-se, lavar as mãos, etc</i>)		
d520 Cuidado das partes do corpo (<i>escovar os dentes, barbear-se, etc.</i>)		
d530 Cuidados relacionados aos processos de excreção		
d540 Vestir-se		
d550 Comer		
d560 Beber		
d570 Cuidar da própria saúde		
d6. VIDA DOMÉSTICA		
d620 Aquisição de bens e serviços (<i>fazer compras, etc.</i>)		
d630 Preparação de refeições (<i>cozinhar, etc.</i>)		
d640 Tarefas domésticas (<i>limpar a casa, lavar louça, roupas, passar a ferro, etc.</i>)		
d660 Ajudar os outros		
d7. RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS		
d710 Interações interpessoais básicas		
d720 Interações interpessoais complexas		
d730 Relações com estranhos		
d740 Relações formais		
d750 Relações sociais informais		
d760 Relações familiares		
d770 Relações íntimas		
d8. ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA		
d810 Educação informal		
d820 Educação escolar		
d830 Educação superior		
d850 Trabalho remunerado		
d860 Transações econômicas básicas		
d870 Auto-suficiência econômica		
d9. VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA		
d910 Vida comunitária		
d920 Recreação e lazer		
d930 Religião e espiritualidade		
d940 Direitos humanos		
d950 Vida política e cidadania		
QUALQUER OUTRA ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO		
d230 Realizar a rotina diária		
d4104 Ficar em pé - adotar e sair da posição de pé, deitar-se ou sentar-se		
d4200 Transferir-se enquanto sentado - mover-se de uma cadeira para outro assento		
d4551 Subir/descer degraus		
d4600 Deslocar-se dentro de casa – andar ou mover-se entre os cômodos, para o jardim ou varanda		
d5100 Lavar partes do corpo – mãos, face, boca		
d5101 Lavar todo o corpo – aplicar água e sabonete em todo corpo		
d5102 Secar-se – secar com toalha partes do corpo ou todo o corpo		
d5200 Cuidado da pele – passar hidratante ou maquiagem		
d5201 Cuidado dos dentes – escovar os dentes, prótese ou aparelhos dentários		
d5202 Cuidado com os pelos – pentear o cabelo, barbear-se		
d5400 Vestir roupa		
d5401 Despir roupa		
d5402 Calçar meias e sapatos		
d5403 Descalçar		
d5404 Escolha da roupa apropriada		
d9100 Associações informais – participar de associações de pessoas com interesses em comum		
d9205 Socialização – visitar amigos ou parentes		

PARTE 3: FATORES AMBIENTAIS

- *Fatores ambientais constituem o ambiente físico, social e de atitudes em que as pessoas vivem e conduzem sua vida.*

Qualificador no ambiente:	0 NENHUMA barreira	0 NENHUM facilitador
Barreiras ou facilitadores	1 Barreira LEVE	+1 Facilitador LEVE
	2 Barreira MODERADA	+2 Facilitador MODERADO
	3 Barreira GRAVE	+3 Facilitador CONSIDERÁVEL
	4 Barreira COMPLETA	+4 Facilitador COMPLETO

Lista Reduzida do Ambiente	Qualificador barreiras ou facilitadores
e1. PRODUTOS E TECNOLOGIA	
e110 Produtos ou substâncias para consumo pessoal (<i>comida, remédios</i>)	
e115 Produtos e tecnologia para uso pessoal na vida diária	
e120 Produtos e tecnologia para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos	
e125 Produtos e tecnologia para comunicação	
e150 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios para uso público	
e155 Produtos e tecnologia usados em projeto, arquitetura e construção de edifícios de uso privado	
e2. AMBIENTE NATURAL E MUDANÇAS AMBIENTAIS FEITAS PELO SER HUMANO	
e225 Clima	
e240 Luz	
e250 Som	
e3. APOIO E RELACIONAMENTOS	
e310 Família imediata	
e320 Amigos	
e325 Conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e membros da comunidade	
e330 Pessoas em posição de autoridade	
e340 Cuidadores e assistentes pessoais	
e355 Profissionais da saúde	
e360 Outros profissionais que fornecem serviços relacionados a saúde	
e4. ATITUDES	
e410 Atitudes individuais de membros da família imediata	
e420 Atitudes individuais dos amigos	
e440 Atitudes individuais dos cuidadores e assistentes pessoais	
e450 Atitudes individuais dos profissionais da saúde	
e455 Atitudes individuais dos profissionais relacionados a saúde	
e460 Atitudes sociais	
e465 Normas, práticas e ideologias sociais	
e5. SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS	
e525 Serviços, sistemas e políticas de habitação	
e535 Serviços, sistemas e políticas de comunicação	
e540 Serviços, sistemas e políticas de transporte	
e550 Serviços, sistemas e políticas legais	
e570 Serviços, sistemas e políticas da previdência social	
e575 Serviços, sistemas e políticas de suporte social geral	
e580 Serviços, sistemas e políticas de saúde	
e585 Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento	
e590 Serviços, sistemas e políticas de trabalho e emprego	
QUAISQUER OUTROS FATORES AMBIENTAIS	
e1101 Medicamentos	
e1151 Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária	

PARTE 4: OUTRAS INFORMAÇÕES CONTEXTUAIS

4.1 *Fazer um esboço do indivíduo ou qualquer outra informação pertinente.*

4.2 *Incluir quaisquer **Fatores Pessoais** que tenham impacto sobre a funcionalidade (por exemplo, estilo de vida, hábitos, nível social, educação, eventos de vida, raça/etnia, orientação sexual e recursos do indivíduo).*

Apêndice 1:

RESUMO DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Relato próprio

Relato Clínico (feito pelo médico)

X.1 Altura: ___/___/___ cm (ou polegadas)

X.2 Peso: ___/___/___ Kg (ou libras)

X.3 Mão dominante (anterior à condição de saúde): Esquerda Direita Ambidestro

X.4 Como você avalia sua saúde física no último mês?

Muito boa Boa Moderada Ruim Muito ruim

X.5 Como você avalia sua saúde mental e emocional no último mês?

Muito boa Boa Moderada Ruim Muito ruim

X.6 Atualmente você tem alguma doença(s) ou distúrbio(s)?

NÃO SIM Se SIM, por favor especifique: _____

X.7 Você já teve qualquer lesão significativa que tenha tido impacto sobre seu nível de funcionalidade?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique: _____

X.8 Foi hospitalizado no último ano?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique a razão(s) e por quanto tempo?

1. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

2. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

3. _____; _____. _____. Quantos Dias ____

X.9 Você está tomando algum medicamento (seja prescrito ou por conta própria)?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique os medicamentos principais

1. _____

2. _____

3. _____

X.10 Você fuma?

NÃO SIM

X.11 Você consome álcool ou drogas?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique quantidade média diária

Tabaco: _____

Álcool: _____

Drogas: _____

X.12 Você usa algum recurso assistivo como óculos, aparelho auditivo, cadeira de rodas, etc.?

NÃO SIM

Se SIM, por favor especifique

X.13 Você tem alguma pessoa que o ajuda com seu cuidado pessoal, para fazer compras ou outras atividades diárias?

NÃO SIM

Se SIM, por favor, especifique a(s) pessoa(s) e ajuda que ela(s) oferece(m)

X.14 Você está recebendo qualquer tipo de tratamento para sua saúde?

NÃO SIM

Se SIM, por favor, especifique:

X.15 Informação adicional significativa sobre sua saúde passada e presente:

X.16 NO ÚLTIMO MÊS, você reduziu suas atividades habituais ou de trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO SIM Se sim, quantos dias? _____

X.17 NO ÚLTIMO MÊS, você esteve totalmente impossibilitado de realizar suas atividades habituais ou trabalho por causa de sua condição de saúde? (uma doença, lesão, razões emocionais ou uso de álcool ou droga)

NÃO SIM Se sim, quantos dias? _____

*Apêndice 2:***PERGUNTAS GERAIS PARA PARTICIPAÇÃO & ATIVIDADES**

As perguntas seguintes são propostas como um guia para ajudar o examinador a entrevistar o respondente sobre problemas em funções e atividades de vida, em termos da distinção entre capacidade e desempenho. Leve em conta toda informação pessoal conhecida sobre o respondente e faça perguntas adicionais se houver necessidade. Se necessário, as questões deverão ser reformuladas como perguntas em aberto, para extrair maior informação.

Dentro de cada domínio existem dois tipos de investigação:

*A primeira investigação tenta fazer com que o respondente mantenha o foco sobre a sua **capacidade** de realizar uma tarefa ou ação, e em particular o foco sobre as limitações na capacidade que são **inerentes ou intrínsecas à própria pessoa**. Essas limitações são manifestações diretas do estado de saúde do indivíduo, sem a assistência. Entende-se por **assistência** a ajuda de uma outra pessoa, ou a assistência proporcionada por um veículo ou ferramenta adaptados ou especialmente desenhados/planejados, ou qualquer forma de modificação ambiental em uma sala, casa, local de trabalho e assim por diante. O nível de capacidade deve ser julgado em relação àquela normalidade esperada da pessoa, ou à capacidade da pessoa anterior à sua condição de saúde adquirida.*

*A segunda investigação tem o foco sobre o **desempenho real** do indivíduo para uma tarefa ou ação no lugar ou ambiente real, e dá a informação sobre os efeitos de barreiras ou facilitadores ambientais. É importante enfatizar que você está interessado somente na extensão da dificuldade que o indivíduo tem para fazer coisas, **assumindo que ele quer fazê-las**. É irrelevante não fazer algo, se a pessoa escolhe não fazê-lo.*

I. Mobilidade

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde atual, quanta dificuldade você tem para caminhar longas distâncias (tais como um quilômetro ou mais) sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "...com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou tido o acidente?")

(Desempenho)

- (1) No seu ambiente atual, quantos problemas você realmente tem para caminhar longas distâncias (tais como um quilômetro ou mais)?
- (2) O seu ambiente atual piorou ou melhorou o problema para caminhar?
- (3) A sua capacidade para caminhar longas distâncias sem assistência é maior ou menor do que a que você realmente consegue no seu ambiente atual?

II. Cuidado Pessoal

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para se lavar, sem assistência?
 - (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "...com a que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para se lavar?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de se lavar sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

III. Vida Doméstica

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para limpar o chão do lugar onde você vive, sem assistência?
 - (2) Como você compara com alguém, com as mesmas características gerais suas, somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua própria casa, quantos problemas você realmente tem para limpar o chão?
- (2) O modo como sua casa está organizada ou as ferramentas especialmente adaptadas que você usa pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de limpar o chão sem assistência é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

IV. Interações Interpessoais

(Capacidade)

- (1) No seu estado de saúde atual, quanta dificuldade você tem para fazer novos amigos, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua situação atual, quantos problemas você tem realmente para fazer amigos?
- (2) Algo (ou alguém) no seu ambiente torna pior ou melhor este problema para fazer amigos?
- (3) A sua capacidade para fazer amigos sem assistência é maior ou menor do que a que você realmente apresenta no seu ambiente atual?

V. Áreas Principais da Vida

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para fazer todo o trabalho necessário para o seu emprego, sem assistência?
- (2) Como você compara com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?

(Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) No seu ambiente atual, quantos problemas você tem realmente para fazer todo o trabalho necessário para o seu emprego?
- (2) O modo com está organizado o seu ambiente de trabalho ou que você usa as ferramentas especialmente adaptadas pioram ou melhoram o problema de preencher os requisitos do seu emprego?
- (3) A sua capacidade de fazer o seu trabalho, sem assistência, é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

VI. Vida Comunitária, Social e Cívica

(Capacidade)

- (1) No seu atual estado de saúde, quanta dificuldade você tem para participar de eventos locais, festivais ou reuniões da comunidade, sem assistência?
 - (2) Como você compara a sua dificuldade com alguém, igual a você somente sem a sua condição de saúde?
- (Ou: "... com o que você tinha antes de desenvolver o seu problema de saúde ou ter o acidente"?)

(Desempenho)

- (1) Na sua comunidade, quantos problemas você realmente tem em participar de eventos locais, festivais ou reuniões da comunidade?
- (2) O modo como sua comunidade está organizada ou as ferramentas, veículos ou outros especialmente adaptados que você usa, pioram ou melhoram este problema?
- (3) A sua capacidade de participar em eventos da comunidade, sem assistência, é maior ou menor do que o que você realmente faz no seu ambiente atual?

Apêndice 3:**GUIA PARA O USO DA CHECKLIST DA CIF VERSÃO 2.1 A**

1. Esta é uma checklist das categorias maiores da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde. A checklist da CIF é um instrumento prático para obter e registrar informação sobre a funcionalidade e a deficiência de um indivíduo. Esta informação pode ser resumida para registros de casos (por exemplo, na prática clínica ou serviço social).
2. Esta versão (2.1 a) é para ser usada por profissional clínico, de saúde ou de serviço social.
3. A checklist deve ser usada com a versão completa ou resumida da CIF. Os *recenseadores* (“raters”) deverão familiarizar-se com a CIF através de um *breve* programa educacional ou *currículo de auto-ensino* (“self-taught”).
4. Todas as informações colhidas a partir de registros escritos, respondente primário, outros informantes e observação direta podem ser usadas para preencher a checklist. Por favor, registre todas as fontes de informação usadas na primeira página.
5. As partes 1 até a 3 devem ser preenchidas escrevendo o código qualificador para cada termo de função, estrutura, atividade e participação que mostre algum problema para o caso que está sendo avaliado. Os códigos apropriados para os qualificadores são dados nas páginas correspondentes.
6. Comentários podem ser feitos a respeito de qualquer informação que possa servir como um qualificador adicional ou que se pense ser significativa para o caso que está sendo avaliado.
7. A parte 4 (Ambiente) tem códigos qualificadores negativos (barreiras) e positivos (facilitadores). Para todos os códigos positivos de qualificador, por favor, use um sinal positivo (+) antes do código.
8. As categorias dadas na checklist foram selecionadas da CIF e não são exaustivas. Se você precisar usar uma categoria que você não encontrou alistada aqui, use o espaço ao final de cada dimensão para registrar estas categorias.

Apêndices

APÊNDICE A

Codificação da MIF – Medida de Independência Funcional

Item	Componente	Qualificador	Constructo CIF
Autocuidado			
1. Alimentação – inclui todos os aspectos de comer e beber, como abrir recipientes, despejar líquidos, cortar a comida, passar manteiga no pão, mastigar e engolir.	d550		Comer - executar as tarefas e ações coordenadas de comer o alimento servido, levá-lo à boca e consumi-lo de maneira culturalmente aceitável, cortar ou partir os alimentos em pedaços, abrir garrafas e latas, utilizar os talheres; participar em refeições, banquetes e jantares.
	d560		Beber – Pegar a bebida, levá-la à boca, e consumir a bebida de maneira culturalmente aceitável, misturar, mexer e verter os líquidos para beber, abrir garrafas e latas, beber através de um canudo ou beber água corrente da torneira ou de uma fonte; amamentar.
	b5102		Mastigar - funções de triturar, moer e mastigar alimentos com os dentes de trás.
	b5105		Deglutição - funções relacionadas à passagem dos alimentos e das bebidas através da cavidade oral, faringe e esôfago para o estômago em velocidade e quantidade adequadas.
Higiene pessoal			
2. Higiene pessoal – inclui o cuidado com a boca, arrumar o cabelo, lavar as mãos e a face, barbear-se e aplicar a maquiagem.	d5201		Cuidado dos dentes - cuidar da higiene dental, como por exemplo, escovar os dentes, passar fio dental e cuidar de próteses ou aparelhos dentais.
	d5202		Cuidado com os pelos - cuidar do cabelo e da barba, como pentear, escovar, modelar, barbear-se ou aparar.
	d5100		Lavar partes do corpo - aplicar água, sabonete e outras substâncias às partes do corpo como mãos, face, pés, cabelo ou unhas para limpá-las.
	d5200		Cuidado da pele - cuidar da textura e da hidratação da própria pele, como remover calosidades e utilizar loções hidratantes ou cosméticos.
3. Banho – inclui lavar e secar todo o corpo do pescoço para baixo (banheira, chuveiro ou toalha úmida).	d5101		Lavar todo o corpo - aplicar água, sabonete e outras substâncias ao corpo inteiro para se limpar, como tomar um banho de banheira ou uma ducha.
	d5102		Secar-se - usar uma toalha ou outros meios para secar alguma parte ou partes do corpo, ou todo o corpo, como após se lavar.
4. Vestir metade superior do corpo – inclui vestir-se e despir-se acima da cintura, buscando obter as roupas de armários e gavetas, manejando agasalhos ou camisas abertas ou fechadas, bem como aplicação e remoção de próteses e órteses se necessário.	d5400		Vestir roupa - realizar as tarefas coordenadas de vestir roupas em várias partes do corpo, como vestir a roupa pela cabeça, braços e ombros, e nas metades inferior e superior do corpo; vestir as luvas e o chapéu.
	d5401		Despir roupa - realizar as tarefas coordenadas de despir a roupa de várias partes do corpo, como puxar a roupa pela cabeça, braços e ombros, e das metades inferior e superior do corpo, tirar as luvas e o chapéu.
5. Vestir: metade inferior do corpo – inclui vestir-se e despir-se abaixo da cintura, buscando obter as roupas de armários e gavetas, manejando calcinha, cueca, saia, cinto, meias, sapatos, zíperes e botões, bem como aplicação e remoção de próteses e órteses se necessário.	d5402		Calçar - realizar as tarefas coordenadas de vestir meias e calçados.
	d5403		Descalçar - realizar as tarefas coordenadas de descalçar meias e calçados.
	d5404		Escolha de roupa apropriada - seguir códigos de vestimenta implícitos ou explícitos e convenções da própria sociedade e vestir-se de acordo com as condições climáticas.
	e1151		Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária - equipamentos, produtos e tecnologia adaptados ou especialmente projetados para auxiliar as pessoas na vida diária, como dispositivos protéticos e ortopédicos, próteses neurais.
6. Uso do vaso sanitário – inclui manter a higiene perineal e arrumar as roupas antes e depois de usar o vaso.	d530		Cuidados relacionados com os processos de excreção – planejamento e execução da eliminação da excreção (menstruação, micção, defecação) e posterior limpeza.
Controle Esfinteriano			
7. Controle da urina – inclui o controle completo e intencional da urina e manuseio do equipamento necessários para esvaziá-la.	b620		Funções miccionais - funções de eliminação da urina da bexiga urinária. <i>Inclui: funções urinárias, frequência de micção, continência urinária; deficiências como em situações de stresse ou tensão, urgência, reflexo, fluxo excessivo, incontinência contínua, gotejamento, bexiga automática, poliúria, retenção urinária e urgência urinária.</i>
	e1151		Produtos e tecnologias de assistência para uso pessoal na vida diária - equipamentos, produtos e tecnologia adaptados ou especialmente projetados para auxiliar as pessoas na vida diária, como dispositivos protéticos e ortopédicos, próteses neurais.

8. Controle das fezes – inclui o controle completo e intencional das fezes, o uso de laxantes, supositórios ou extração manual.	b525		Funções de defecação - funções de eliminação de resíduos e alimentos não digeridos como fezes e funções relacionadas <i>Inclui: funções de eliminação, consistência fecal, frequência de defecação; continência fecal, flatulência; deficiências como, constipação, diarreia, fezes líquidas e incompetência ou incontinência do esfíncter anal.</i>
	e1101		Medicamentos - substância natural ou feita pelo homem, colhida, processada ou manufaturada para propósitos medicinais, como medicação alopática e natural.
<i>Mobilidade</i>			
9. Transferência: cama, cadeira, cadeira de rodas – inclui o controle de todos os aspectos da transferência de e para cama, cadeira ou cadeira de rodas ou passar para a posição em pé, se andar for a forma prioritária de locomoção.	d4200 CR		Transferir-se enquanto sentado - mover-se de uma posição sentada, passando de uma cadeira para outra, no mesmo nível ou em nível diferente, ou mover-se uma cadeira para uma cama.
	d4104 FICAR EM PÉ		Levantar-se - adotar e abandonar uma posição de estar em pé ou mudar a posição do corpo de estar em pé para qualquer outra posição, como deitar-se ou sentar-se.
10. Transferência: Vaso sanitário – inclui sentar e levantar do vaso sanitário.			
11. Transferência: Banheira ou chuveiro – inclui entrar e sair da banheira e do chuveiro. Se a pessoa anda, ela aproxima, entra e sai do box ou banheira.	d4200		Transferir-se enquanto sentado - mover-se de uma posição sentada, passando de uma cadeira para outra, no mesmo nível ou em nível diferente, ou mover-se uma cadeira para uma cama.
	d450		Andar - mover-se sobre uma superfície a pé, passo a passo, de maneira que um pé esteja sempre no solo, como passear, caminhar lentamente, andar para a frente, para trás ou para o lado.
<i>Locomoção</i>			
12. Andar ou usar uma cadeira de rodas – inclui andar ou usar uma cadeira de rodas, estando sentado em ambiente interno .	d4600		Deslocar-se dentro de casa - andar e mover-se dentro da própria casa, em um ambiente, entre cômodos, ou em toda a casa ou habitação.
	e1201 AUXÍLIO LOCOMOÇÃO		Produtos e tecnologias de assistência para mobilidade e transporte pessoal em ambientes internos e externos - equipamentos, produtos e tecnologias adaptados ou especialmente projetados para ajudar as pessoas a se deslocar dentro e fora dos edifícios, como dispositivos para mobilidade pessoal, carros e vans especiais, veículos adaptados, cadeiras de roda, ciclomotores e dispositivos de transferência.
13. Escadas – inclui subir e descer 12 – 14 degraus (um lance) .	d4551		Subir/descer - mover todo o corpo para cima ou para baixo sobre superfícies ou objetos, como subir degraus, rochas, escadas móveis ou fixas, meio-fio ou outros objetos.
<i>Comunicação</i>			
14. Compreensão – inclui compreensão clara tanto da comunicação auditiva ou visual.	d310 AUDITIVA		Comunicação – recepção de mensagens orais - compreender os significados literal e implícito das mensagens em linguagem oral, como distinguir se uma frase tem um significado literal ou é uma expressão idiomática.
	d315 VISUAL		Comunicação – recepção de mensagens não verbais - compreender os significados literal e implícito das mensagens transmitidas por gestos, símbolos e desenhos, como perceber que uma criança está cansada quando ela esfrega os olhos ou que um alarme significa que há incêndio.
15. Expressão – inclui a expressão clara da linguagem verbal ou não-verbal.	d330 VERBAL		Fala - produzir palavras, frases e passagens mais longas em mensagens faladas com significado literal e implícito, como expressar um fato ou contar uma história em linguagem oral.
	b16710		Expressão da linguagem oral - funções mentais necessárias para produzir mensagens orais significativas.
	d335		Produzir mensagens não verbais - usar gestos, símbolos e desenhos para transmitir mensagens, balançar a cabeça para indicar desacordo ou fazer um desenho ou diagrama para transmitir um fato ou uma ideia complexa.
<i>Cognição Social</i>			
16. Interação Social – inclui a habilidades relacionadas a estar junto e participar com outros em situações terapêuticas e sociais .	d9205		Socialização - participar de encontros informais ou casuais com outros, como visitar amigos ou parentes e encontros informais em locais públicos.
	d9100		Associações informais - participar de associações sociais ou comunitárias organizadas por pessoas com interesses comuns, como clubes sociais locais ou grupos étnicos.
17. Resolução de Problemas – inclui as habilidades relacionadas a usar a informação previamente aprendida para resolver problemas de vida diária.	d175		Resolver problemas - encontrar soluções para problemas ou situações identificando e analisando questões, desenvolvendo opções e soluções, avaliando os potenciais efeitos das soluções e executando uma solução escolhida, como na resolução de uma disputa entre duas pessoas.

18. Memória – inclui as habilidades relacionadas a reconhecer e lembrar ao realizar as atividades diárias num ambiente comunitário ou institucional.	b144		Funções da memória - funções mentais específicas de registo e armazenamento de informações e sua recuperação quando necessário. <i>Inclui: funções da memória de curto e longo prazos, memória imediata, recente e remota, duração da memória; recuperação da memória, lembrar-se; funções utilizadas na memória e no aprendizado como na amnésia nominal, seletiva e dissociativa.</i>
	d230		Realizar a rotina diária - realizar e coordenar ações simples ou complexas para planejar, gerenciar e concluir as exigências dos procedimentos ou dos deveres do dia-a-dia, como administrar o tempo e fazer planos para diversas atividades ao longo do dia. <i>Inclui: gerenciar e concluir a rotina diária; gerenciar o nível de atividade pessoal.</i>
	d910		Vida comunitária - participar de todos os aspectos da vida social comunitária, como participar de organizações beneficentes, de clubes de serviços ou de organizações sociais profissionais.

QUALIFICADORES

Funções do corpo (b)

Primeiro Qualificador: *Extensão das deficiências*

0 *Nenhuma deficiência* significa que a pessoa não tem problema

1 *Deficiência leve* significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.

2 *Deficiência moderada* significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias

3 *Deficiência grave* significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.

4 *Deficiência completa* significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.

8 *Não especificado* significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da deficiência.

9 *Não aplicável* significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Atividades e Participação (d)

Primeiro Qualificador: *Desempenho*

Extensão da Restrição à Participação

Segundo Qualificador: *Capacidade (sem assistência)*

Extensão da limitação de Atividade

0 *Nenhuma dificuldade* significa que a pessoa não tem problema

1 *Dificuldade leve* significa um problema que está presente menos que 25% do tempo, com uma intensidade que a pessoa pode tolerar e que ocorre raramente nos últimos 30 dias.

2 *Dificuldade moderada* significa um problema que está presente em menos que 50% do tempo, com uma intensidade que interfere na vida diária da pessoa e que ocorre ocasionalmente nos últimos 30 dias

3 *Dificuldade grave* significa um problema que está presente em mais que 50% do tempo, com um intensidade que prejudica/rompe parcialmente a vida diária da pessoa e que ocorre freqüentemente nos últimos 30 dias.

4 *Dificuldade completa* significa um problema que está presente em mais que 95% do tempo, com uma intensidade que prejudica/rompe totalmente a vida diária da pessoa e que ocorre todos os dias nos últimos 30 dias.

8 *Não especificado* significa que a informação é insuficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

9 *Não aplicável* significa que é inapropriado aplicar um código particular (p.ex. b650 Funções de menstruação para mulheres em idade de pré-menarca ou pós-menopausa).

Fatores Ambientais (e)

Qualificador no ambiente:

Barreiras ou facilitadores

0 NENHUMA barreira	0 NENHUM facilitador
1 Barreira LEVE	+1 Facilitador LEVE
2 Barreira MODERADA	+2 Facilitador MODERADO
3 Barreira GRAVE	+3 Facilitador CONSIDERÁVEL
4 Barreira COMPLETA	+4 Facilitador COMPLETO

Fontes:

ORIENTAÇÃO funcional para utilização da MIF: medida de independência funcional (MIF para adultos). Tradução de Marcelo Riberto. São Paulo: Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo [1995], 36p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP: 2003. 328p.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 ESCOLA DE ENFERMAGEM
 Av. Alfredo Balena, 190 - Telefax: (031)3409 9863
 Caixa Postal: 1556 - CEP: 30130-100
 Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
 E-mail: smssoares.bhz@terra.com.br

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Convido o Sr.(a) e seu acompanhante a participarem da pesquisa com o título provisório de “*O cuidado familiar de idosos e suas implicações no desempenho das atividades básicas de vida diária*” de responsabilidade da Enfermeira Flávia Nunes Machado, COREN-MG 98510, aluna do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da professora Dra. Sônia Maria Soares.

O principal objetivo desta pesquisa é descrever o desempenho e a capacidade de idosos na execução das atividades cotidianas, tais quais alimentar-se, tomar banho, aprontar-se, vestir-se, locomover-se, ir ao banheiro, comunicar-se, interagir com outras pessoas e resolver os problemas do dia a dia. Isso tudo, considerando as dificuldades do idoso e do ambiente em que os senhores(as) vivem.

Os procedimentos para a coleta de dados da pesquisa serão:

1. Aplicação de um questionário que avalia a necessidade de cuidados de terceiros que o idoso exige para a realização das atividades do dia a dia.
2. Se o idoso possuir as características necessárias para a próxima etapa da pesquisa, serão realizadas perguntas a cerca do contexto em que o idoso vive e sobre as atividades cotidianas executadas por ele.
3. Esses dados serão coletados a partir das informações do idoso e de seu acompanhante, como também com o auxílio do Protocolo de Avaliação Multidimensional do Idoso, que é preenchido por geriatras do Centro de Referência do Idoso Prof. Caio Benjamin Dias.

As entrevistas serão documentadas por meio de anotações e preenchimento de formulários.

Este trabalho visa contribuir tanto para a assistência, quanto para a qualidade de vida dos idosos com dificuldade para execução de atividades do dia a dia.

Todas as informações obtidas serão tratadas com o máximo respeito. O anonimato e sigilo serão garantidos durante todo o processo de coleta de dados, tratamento, relatório final e divulgação do trabalho no meio acadêmico e em publicações científicas.

Informo ainda que os responsáveis pelo projeto estão aptos e à disposição para o esclarecimento de qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho. O Sr. tem o direito de solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo material produzido durante as entrevistas.

A sua participação é voluntária e o Sr. poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo do atendimento, cuidado e tratamento do seu familiar pela equipe do Ambulatório Bias Fortes do HC/UFMG.

O presente estudo não acarretará em gastos adicionais a sua pessoa, bem como o Sr. não obterá qualquer benefício financeiro ao fazer parte desta pesquisa.

Eu declaro estar ciente do objetivo, dos procedimentos para participar desta pesquisa e dos meus direitos.

Belo Horizonte, de _____ de _____.

Nome completo do participante: _____

RG: _____

Assinatura ou impressão dactiloscópica: _____

Pesquisadores: Flávia Nunes Machado - telefone: (31) 32268274 - flavinhabhz@gmail.com

Dra. Sônia Maria Soares - telefone: (31) 3409 9855 - smssoares.bhz@terra.com.br

Assinatura: _____

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Telefax: (31) 3409-4592
 Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Campus Pampulha -
 CEP: 31270-901 – BH/MG - email: coep@prpq.ufmg.br