

Cleber da Silva Mossini
Nágela de Pieri

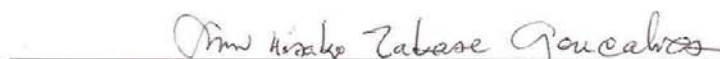
**Avaliação da Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em
Idosos na Atenção Básica de Saúde.**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido **na 8ª fase**, na disciplina INT 5162 - Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.


Banca Examinadora



Profª Dra. Silvia Mª Azevedo dos Santos
Orientadora



Profª Dra. Lúcia H.T. Gonçalves
Membro



Enfª Daniela Baumgart de Liz
Supervisora

Florianópolis, 01º de Julho de 2009.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA:INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

O trabalho de conclusão de Curso **Avaliação da Capacidade Funcional e Qualidade de Vida em Idosos na Atenção Básica de Saúde**, desenvolvido pelos acadêmicos **Cleber da Silva Mossini** e **Nágela de Pieri** foi pautado pelos princípios do rigor científico e ético desde a fase de elaboração do projeto até a conclusão do mesmo. Dessa forma, os acadêmicos desenvolveram um trabalho de grande qualidade, demonstrando habilidade e competência para desenvolver pesquisa que objetive a qualificação da prática profissional. Além disso, com seu estudo eles deram visibilidade à importância da avaliação multidimensional do idoso na atenção básica de saúde com vistas à investigação da capacidade funcional e qualidade de vida do mesmo. Só mediante avaliações objetivas e periódicas podemos traçar estratégias e orientações que auxiliem a esse segmento da população a maximizar seu potencial de independência, o tanto quanto possível. Além de se poder prevenir ou minimizar as condutas que levem mais precocemente a agravos ou fragilização da saúde desses idosos.

Os acadêmicos fizeram uma pesquisa do tipo exploratória, cujos resultados nos permitem fazer grandes reflexões sobre a pouca efetividade dos serviços de saúde em nível da atenção básica, que ainda estão muito mais focados em ações curativas do que de prevenção e promoção da saúde. Percebe-se, dessa maneira, que as diretrizes das políticas públicas de saúde e das políticas de atenção à saúde do idoso ainda estão longe de serem implementadas nas práticas dos profissionais que atuam na rede de atenção básica de saúde.

Diante disso, espero que os acadêmicos façam parte do contingente de profissionais que irão transformar essas práticas e, de fato, implementar ações muito mais voltadas a prevenção e promoção da saúde dos idosos seguindo também os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Profª Silvia M^a Azevedo dos Santos

Orientadora

Florianópolis 01/07/09

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE¹

EVALUATION OF FUNCTIONAL CAPACITY AND QUALITY OF LIFE IN ELDERLY IN BASIC HEALTH WARNING

EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN ANCIANOS EN ATENCIÓN BÁSICA DE SALUD

MOSSINI, Cleber da Silva²

PIERI, Nágela de³

SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos⁴

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional e a qualidade de vida em idosos residentes em uma área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis/SC. **Métodos:** Pesquisa do tipo exploratória descritiva realizada com uma amostra intencional de trinta e três idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde pertencente ao Distrito Norte da cidade de Florianópolis/SC. A coleta de dados foi realizada no domicílio através das técnicas de entrevista estruturada e aplicação de escalas avaliativas da capacidade funcional: capacidade cognitiva (MEEM), indícios de depressão (GDS), capacidade para realização de ABVD e AIVD (Índice de Katz e Escala de Lawton), risco para quedas (Risco de Quedas) e qualidade de vida (WHOQOL-Bref). **Resultados:** Verificou-se prevalência de transtornos cognitivos em 45,5% da amostra, indícios de depressão em 88,0% dos sujeitos, algum grau de dependência para AIVD em 57,6% e risco para quedas em 60,6% dos idosos. Uma parcela significativa dos entrevistados (72,7%) avaliou como boa ou muito boa sua qualidade de vida e os domínios que mais influenciaram na qualidade de vida geral foram o relações sociais e o psicológico. O domínio físico apresentou correlação com o número de doenças e as patologias prevalentes. Não houve dependência significativa para realização das ABVD. **Conclusão:** Faz-se necessário avaliar mais detalhadamente os sujeitos que apresentaram declínio da capacidade funcional. Além disso, grande parte dos sujeitos apresentou uma qualidade de vida preservada.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the functional capacity and quality of life for elderly residents in an area of coverage of the Basic Health Unit of the municipality of Florianópolis/SC, Brazil.

¹ Artigo extraído do Trabalho de Conclusão de Curso.

^{2,3} Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Orientadora do estudo. Correio eletrônico: silvia@ccs.ufsc.br

Methods: Descriptive exploratory type of research conducted with an intentional sample of thirty-three elderly residents in the area of coverage of a Basic Health Unit owned by the North District of the city of Florianópolis/SC, Brazil. Data collection was performed at home using the techniques of structured interview and application of functional capacity evaluation scales: cognitive ability (MMSE), signs of depression (GDS), ability to perform ADLs and IADLs (Index of Katz and Lawton Scale), risk for falls (Risk of Falls) and quality of life (WHOQOL-Bref). **Results:** There was prevalence of cognitive disorders in 45.5% of the sample, signs of depression in 88,0% of subjects, some degree of dependence in IADLs in 57.6% at risk for falls in 60.6% of the elderly people. A significant portion of respondents (72.7%) assessed as good or very good quality of their lives and the domains that most influenced the overall quality of life were the social relations and psychological. The physical domain also correlated with the number of diseases and prevalent pathologies. There was no significant dependence for completion of ADLs. **Conclusion:** It's necessary to evaluate further the elderly who showed decline in functional capacity. Furthermore, most individuals showed a quality of life preserved.

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional y calidad de vida de los ancianos residentes en un area de cobertura de la Unidad Basica de Salud de la municipalidad de Florianópolis/SC, Brasil. **Métodos:** Estudio descriptivo de tipo exploratorio de la investigación realizada con una muestra intencional de treinta y tres ancianos residentes en la area de competencia de una Unidad Básica de Salud perteneciente al Distrito Norte de la ciudad de Florianópolis/SC, Brasil. La colección de datos se realizó en el domicilio utilizando las tecnicas de entrevista estructurada y la aplicación de escalas de evaluación de la capacidad funcional: la capacidad cognitiva (MMSE), los signos de la depresión (GDS), la capacidad para realizar ABVD y AIVD (Índice de Katz y Escala Lawton), riesgo de caídas (Riesgo de caídas) y la calidad de vida (WHOQOL-Bref). **Resultados:** Se observó la prevalencia de trastornos cognitivos en el 45,5% de la muestra, los signos de la depresión en el 88,0% de los sujetos, un cierto grado de dependencia en la AIVD en 57,6% y riesgo de caídas en el 60,6% de los ancianos. Una parte considerable de los encuestados (72,7%) evaluaron como buena o muy buena su calidad de vida y los dominios que más influyeron en la calidad de vida en general fueron las relaciones sociales y psicológicas. El dominio físico presentó correlación con el numero de enfermedades y prevalencia de patologías. No hubo dependencia para la realización de ABVD. **Conclusión:** Es necesario una evaluación adicional de los sujetos que mostraron disminución en la capacidad funcional. Además, la mayoría de los sujetos mostraron una calidad de vida preservado.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população mundial configura-se um fenômeno progressivo. Nos países em desenvolvimento esse processo vem ocorrendo aceleradamente, sem propiciar tempo para uma reestruturação no campo social e da saúde para atender às novas demandas de forma adequada¹.

Estimativas de 2008 mostraram que esse segmento etário no Brasil e no município de Florianópolis representava 10,5% da população². Estudos apontam que no Brasil haverá cerca

de 34 milhões de pessoas com 60 anos e mais em 2025, fazendo com que o país apresente a sexta maior população de idosos no mundo e, nessa ocasião, a expectativa de vida ao nascer deverá estar em torno de 80 anos^{3,4}.

Juntamente com essa rápida transição demográfica observamos também uma expressiva transição epidemiológica fazendo com que ocorra o crescimento das doenças crônicas entre os idosos. Essas afetam a funcionalidade dos idosos geralmente de maneira expressiva e não ocorrem sozinhas, isto é, cursam simultaneamente a outras doenças, comprometendo a sua qualidade de vida e implicando em necessidade de cuidados constantes^{5,6,7}.

Seguindo as tendências mundiais e brasileiras, o perfil de morbimortalidade dos idosos residentes no município de Florianópolis se caracteriza pelo predomínio das doenças crônicas⁸.

O processo de envelhecimento fisiológico normalmente já apresenta como manifestações principais a diminuição ou perda da capacidade funcional e capacidade de trabalho/resistência. Associando-se a esse quadro, a presença de doenças crônicas e crônico-degenerativas somente vem agravar a situação de saúde do idoso, geralmente contribuindo com a perda dos papéis familiares, sociais, afetivos e psicológicos⁹.

A capacidade funcional é um aspecto de fundamental importância no envelhecimento, pois tem uma forte relação com o conceito multidimensional de qualidade de vida possível nessa fase da existência humana. Covinsky et al.¹⁰ e Fassino et al.¹¹ referem que o domínio funcional deve ser medido juntamente com o estado de saúde quando se deseja avaliar a qualidade de vida em idosos. Assim, o equilíbrio entre as dimensões da capacidade funcional resultaria no bem-estar do idoso. Nesse estudo adotamos como concepção de qualidade de vida “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”¹². Ainda, é válido ressaltar que a capacidade funcional é influenciada pelo estilo de vida adotado, bem como por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais¹³. Além disso, ela não se restringe apenas a realização de atividades da vida diária, mas abrange a capacidade de manter as habilidades físicas, cognitivas, afetivas e sociais necessárias a uma vida independente e autônoma¹⁴.

A presença de incapacidade pode ocasionar fragilização, risco de quedas, dificuldades na mobilização, hospitalização, dependência, favorecendo também a ocorrência de complicações no decorrer da velhice, podendo levar a morte precoce¹⁵. A perda da capacidade funcional na velhice representa um grande ônus para o indivíduo, sua família,

sistema de saúde e sociedade devido a redução da qualidade de vida, aos cuidados de longa permanência e aos elevados gastos¹⁶.

Considerando as concepções de saúde da Carta de Ottawa, o diagnóstico dos problemas de saúde dos idosos deve incluir uma avaliação gerontogeriatrica mais ampla, que envolva aspectos funcionais, físicos e mentais, rede de suporte social, familiar e de saúde, práticas sócio-culturais de cuidado, condições sócio-demográficas e econômicas, qualidade de vida, entre outras¹⁷. Tal avaliação deve ser realizada também pelos membros das equipes da Estratégia de Saúde da Família em relação à população idosa adstrita a sua área de abrangência, com vista a poder planejar um cuidado integral e humanizado a esse segmento da população. Dessa forma, os profissionais poderão detectar precocemente as alterações no perfil de saúde ou doença desses idosos evitando, sempre que possível, a ocorrência de agravos, fragilizações e sua apartação do convívio familiar e social^{1,8}.

De acordo com Lima-Costa et al.¹⁸, no Brasil cerca de 30% dos recursos do SUS são gastos com internações hospitalares de pessoas idosas. Em 2003, no município de Florianópolis, cerca de 20% das internações foram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos com praticamente o dobro do custo observado nas faixas etárias anteriores⁸. Estes dados revelam que a faixa etária referida merece maiores investimentos no controle da cronicidade e minimização das agudizações decorrentes dos problemas de saúde.

É imprescindível que o idoso, além de viver por vários anos, viva com qualidade de vida, uma vez que dela depende a manutenção de uma situação de saúde favorável à capacidade de realizar atividades cotidianas necessárias a um viver independente e autônomo^{19,20,21}. Diante do que foi mencionado, constituem novos desafios para o sistema de saúde do Brasil a promoção de uma qualidade de vida às pessoas idosas, a prevenção e/ou controle das doenças crônico-degenerativas, o cuidado à saúde dos idosos dependentes e o suporte aos cuidadores familiares¹⁹.

Face ao exposto, considerando as especificidades apresentadas da assistência de saúde ao idoso, evidencia-se a relevância de estudos que explorem as questões que envolvem qualidade de vida e capacidade funcional. Assim, o objetivo deste estudo foi realizar uma avaliação multidimensional que incluía capacidade funcional, qualidade de vida e risco de quedas em idosos residentes em uma área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis/SC, no período de fevereiro a maio de 2009.

MÉTODO

Essa foi uma pesquisa quali-quantitativa, do tipo exploratório-descritiva realizada com uma amostra intencional de trinta e três idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde que pertence ao Distrito Norte da cidade de Florianópolis-SC.

A área desta UBS dista 27 km do centro de Florianópolis e se caracteriza por ser turística devido ao seu território de praia. A população é sócio-economicamente heterogênea, estimada em 9590 moradores³⁰, além de uma população flutuante que aumenta no verão. A Unidade de Saúde possui três equipes de saúde responsáveis por 18 micro-áreas e sua abrangência inclui três bairros.

A seleção da amostra foi realizada juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde da UBS, mediante análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Os critérios para a inclusão dos sujeitos no estudo foram: possuir 60 anos ou mais, estar lúcido, orientado e em condições de estabelecer comunicação, aceitar livremente fazer parte do estudo.

Os dados foram coletados nos meses de abril e maio de 2009, nos domicílios desses idosos mediante consentimento e agendamento prévio. As entrevistas foram individuais, com duração em torno de 30 minutos.

Para coleta desses dados utilizamos as seguintes técnicas: entrevista estruturada com roteiro composto por perguntas abertas e fechadas, escalas avaliativas da capacidade cognitiva, capacidade funcional, risco de quedas e qualidade de vida, reconhecidas internacionalmente e já validadas no Brasil e que serão a seguir descritas.

Para avaliar a dimensão social, utilizou-se a entrevista estruturada, que abordava questões referentes à rede de suporte familiar e social, situação de saúde-doença e dados sócio-demográficos.

Na avaliação da capacidade cognitiva utilizamos o Mini Exame do Estado Mental²², instrumento de rastreio para avaliar vários domínios (orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho). Utilizamos também a Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15²³ para identificar indícios de depressão, que podem comprometer o desempenho cognitivo e funcional dos idosos. Esses instrumentos são de fácil e rápida aplicação, embora isoladamente não sirvam para formulação de diagnóstico, auxiliam no rastreio de comprometimentos cognitivos e emocionais.

Para avaliação da capacidade funcional utilizamos o Índice de Independência nas

Atividades de Vida Diária de Katz²⁴, que nos permite avaliar a independência no desempenho de seis funções (banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) classificando as pessoas idosas como independentes ou dependentes. Além da Escala de Lawton, que é um instrumento que permite avaliar o idoso quanto a sua capacidade de manter sua independência a partir do nível de limitação em desempenhar nove funções das atividades instrumentais da vida diária: usar o telefone; ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais; fazer compras; preparar suas próprias refeições; arrumar a casa; fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos; lavar e passar sua roupa; tomar seus remédios na dose e horários corretos; e cuidar de suas finanças. A versão utilizada foi publicada por Freitas e Miranda²⁵.

Como as quedas são acidentes bastante frequentes entre os idosos e afetam diretamente sua capacidade funcional, qualidade de vida e, muitas vezes, aceleram seu processo de fragilização ou dependência, decidimos também avaliar o risco de quedas entre os sujeitos estudados. O Risco de Quedas é um instrumento utilizado com o objetivo de determinar os indivíduos que apresentam risco para sofrerem quedas, considerando histórico de quedas, polifarmácia, estado físico e mental²⁶.

Para avaliação da qualidade de vida, usou-se o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS - WHOQOL-BREF²⁷. A escala consta de 26 questões e considera as últimas duas semanas vividas pelo idoso. Possui tanto questões conceituais abrangentes quanto em nível psicométrico e é composta por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Procurou-se levantar a situação de saúde-doença dos sujeitos da pesquisa, avaliando os resultados das escalas e cruzando estas informações com a entrevista. A avaliação dos resultados dos instrumentos ocorreu da seguinte forma: MEEM: pontuação de 0 a 30; notas abaixo do ponto de corte, predeterminado pelos anos de estudo, sugerem cognição diminuída: analfabetos - 20, 1 a 4 - 25, 5 a 8 - 26,5, 9 a 11 - 28, >11 - 29. GDS: 15 perguntas, onde cada resposta afirmativa soma um ponto; 0 a 5 - normalidade, 6 a 10 - depressão leve, 11 a 15 - depressão severa. Escala de Katz: cada indivíduo é classificado em uma letra (A, B, C, D, E, F, G) conforme número de dependências; onde A é totalmente independente, de B a F é parcialmente dependente e G é totalmente dependente. Escala de Lawton: nove questões que indicam sua independência nas AIVD, cada uma com três tipos de resposta: “sem ajuda” (3 pontos), “com ajuda parcial” (2 pontos) e “não consegue” (1 ponto); pontuação varia de 9 a 27, sendo 9 - dependente, 10 a 26 - dependente parcial e 27 - independente. Risco de Quedas: atribui-se um ponto para cada resposta afirmativa em relação a ocorrência de: quedas

anteriores; visão prejudicada, audição prejudicada, membros prejudicados, confusão mental; marcha insegura, uso de tranquilizantes/sedativos, diuréticos, anti-hipertensivos, anti-parkinsonianos e anti-depressivos; pontuação igual ou superior a 3 indica um alto risco de quedas. Whoqol-Bref: Os escores médios obtidos medem a qualidade de vida geral e os quatro domínios. Os valores apresentados foram transformados por equações em escores de 0 a 100. O nível de significância utilizado foi de 5%. Para verificar a influência e associação das variáveis (idade, número de doenças e principais patologias) com os domínios de qualidade de vida e QV global, realizou-se análise estatística descritiva dos dados, através do cálculo da média, desvio padrão, coeficiente de correlação e análise inferencial por meio do Teste T-Student e correlação linear de Spearman. Para esse cálculo, utilizou-se a sintaxe oferecida pelo SestatNet da UFSC.

O projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, conforme protocolo nº31/2009. No desenvolvimento da pesquisa foram respeitados todos os preceitos éticos, conforme previstos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os entrevistados foram inicialmente contactados em seus domicílios, sendo-lhes exposto os objetivos do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e apresentadas as informações pertinentes. Posteriormente, após anuência dos idosos e assinatura do termo de consentimento, foi iniciada a coleta dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo serão aqui apresentados e discutidos conforme os procedimentos utilizados no processo de coleta dos dados, isto é, informações colhidas através das entrevistas e a aplicação das escalas. No primeiro momento estaremos apresentando os resultados das entrevistas, que retratam como os idosos pesquisados referiram sua situação sociodemográfica e econômica bem como hábitos de vida.

Esse estudo foi realizado junto a uma amostra intencional de trinta e três idosos cuja média de idade foi 72 anos, sendo a idade mínima 60 e a máxima 89 anos. Vale destacar, que 84,8% dos sujeitos pesquisados tinham idade entre os 60 e 79 anos.

A idade média de 72 anos foi semelhante tanto para os idosos do sexo masculino quanto do feminino. No entanto, é importante salientar que embora a idade média de ambos os sexos tenha sido a mesma, apenas 27,3% da amostra era composta por homens, o que não nos permite fazer comparações entre os gêneros no tocante à expectativa de vida. Esta

predominância da população feminina pode ter ocorrido por tratar-se de uma amostra intencional e/ou em função do processo de feminização da população idosa²⁸. A maior longevidade das mulheres se deve a inúmeros fatores, tais como: menor exposição a acidentes, melhores hábitos de vida, uso freqüente de serviços de saúde, queda na mortalidade materna, fatores biológicos e genéticos, entre outros²⁹.

Em síntese, o que se observou nesse estudo é que a expectativa de vida da amostra de mulheres estudada acompanha as estimativas desse segmento da população para o município de Florianópolis, mas o mesmo não pode se dizer para os homens, uma vez que no município essa expectativa é de 65 anos³⁰.

Em relação ao estado civil predominaram os casados e viúvos. Entre os homens, 88,8% estavam casados e, do total de viúvos, 92,3% eram mulheres. Como vivem mais que os homens, as mulheres têm maiores possibilidades de ficarem viúvas na terceira idade. Em quase todos os países, o número de viúvas é maior que o de viúvos²⁹.

Quanto à escolaridade, observamos nesse estudo que 66,7% da amostra (22 sujeitos) tinham até quatro anos de estudo formais, enquanto 21,2% dos sujeitos (7) tinham de cinco a oito anos e 12,1% (4 sujeitos) de nove a onze anos de escolaridade. O baixo nível de escolaridade nessa faixa etária é semelhante à realidade nacional³¹. Vale lembrar que a pouca escolaridade é um fator de risco relacionado à capacidade funcional, pois segundo Rosa et al.¹³, a probabilidade de ter dependência moderada ou grave aumenta cerca de cinco vezes entre os idosos com baixo nível de escolarização (analfabetos ou analfabetos funcionais).

No tocante aos dados de estratificação social, observaram-se significativas disparidades de renda mensal entre os entrevistados. Desta amostra, 30,3% (10 sujeitos) não souberam ou não quiseram declarar sua renda. No entanto, se formos considerar a renda média do grupo estudado (três salários mínimos) pode-se afirmar que ela ficou acima da média nacional para a população idosa urbana no Brasil, que têm seu ganho pessoal menor que dois salários mínimos⁶⁴. Tais dados podem ser observados na Tabela 1, onde além de se apresentar o perfil de renda da amostra estudada também mostramos outro indicador social, referente a situação de moradia.

Observou-se ainda que os sujeitos, em sua grande maioria (72,7%), também possuem domicílio próprio, o que não diferiu de outros estudos similares³². Se considerarmos que esses idosos apresentavam uma renda superior a média nacional e, em grande parte, possuíam casa própria, pode-se inferir que também possuíam maiores chances de uma condição de vida satisfatória do ponto de vista socioeconômico.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo fatores socioeconômicos e demográficos. Florianópolis, 2009.

Variáveis	N	%
Domicílio		
Próprio	24	72,7
Alugado	9	27,3
Renda		
Ate 1 salário mínimo	7	21,2
De 1 a 2 salários mínimos	4	12,1
De 2 a 3 salários mínimos	5	15,2
3 ou mais salários mínimos	7	21,2
Não souberam/quiseram responder	10	30,3

Fonte: dados da pesquisa.

Procuramos investigar, ainda, as condições de saúde e doença auto-relatadas pelos idosos pesquisados com vistas a identificar a presença de comorbidades, uso de medicamentos, hábitos de vida e utilização dos serviços de saúde (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo situação de saúde, hábitos de vida e uso dos serviços de saúde. Florianópolis, 2009.

Variável	N	%
Comorbidades		
0	3	9,1
1 ou 2	21	63,6
3 ou 4	5	15,2
5 ou +	4	12,1
Polifarmácia		
0	5	15,2
1 ou 2	11	33,3
3 ou 4	7	21,2
5 ou +	10	30,3
Fumo		
Sim	5	15,2
Não	28	84,9
Álcool		
Sim	4	12,1
Não	29	87,9
Atividade Física		
Sim	18	54,6
Não	15	45,5
Serviços de saúde que utiliza		
UBS	26	78,8
Privado	14	42,4
UBS e privado	12	36,4

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 2 mostra que a maioria dos idosos apresenta comorbidades. As patologias prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) em 69,7% dos sujeitos, doenças musculoesqueléticas em 33,33%, diabetes mellitus (DM) em 18,2% e problemas cardíacos em 15,2%. Observa-se que nesta amostra três sujeitos não relataram problemas de saúde e um deles possui 72 anos.

Pescatello & Di Pietro³³ afirmam que aproximadamente 80% das pessoas acima de 65 anos apresentam ao menos um problema crônico de saúde. Nesse estudo, cerca de 90% da amostra auto-relatou possuir doenças crônicas, o que nos mostra o quanto essa população requer cuidados da equipe multiprofissional de saúde. Acreditamos que o estímulo ao auto cuidado e fornecimento de orientações sobre a importância de realizar revisões periódicas de sua saúde, maximizará as potencialidades desses idosos para manter a independência e autonomia pelo maior período de tempo possível³⁴. Com isso, evita-se a presença precoce de agravos e a fragilização dessa população.

Uma parcela significativa dos idosos (30,3%) faz uso de cinco ou mais medicamentos. Considerando-se ainda aqueles que usam de três a quatro medicamentos, veremos que 51,5% dos entrevistados faziam uso de múltiplos fármacos, mesmo possuindo uma ou duas patologias em média. Tais dados sugerem sobrecarga de medicamentos e, possivelmente, uso desnecessário. Além disso, provavelmente existe o uso de chás e fitoterápicos, não discriminados na pesquisa. Carvalho³⁵ cita como principais causas da polifarmácia a automedicação, o uso de fitoterápicos e a prescrição de uma nova droga para o tratamento da reação adversa de um dado medicamento. O idoso é mais propenso a ter reações adversas a drogas devido a redução no controle da homeostase e capacidade de armazenamento a medicamentos, bem como em diferenças na farmacodinâmica e farmacocinética.

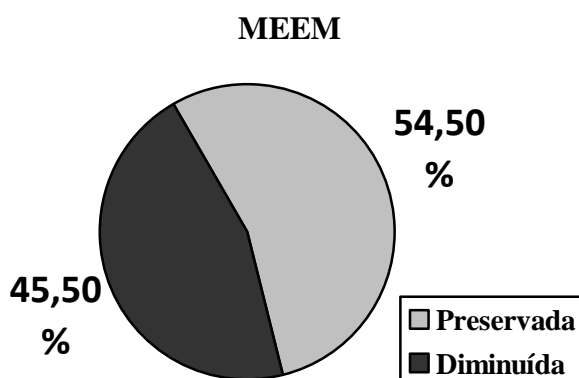
Na amostra, um percentual significativo de idosos não faz uso de fumo ou álcool e realiza atividade física regularmente, indicando bons hábitos de vida. A prática de exercícios físicos foi observada em 54,5% dos sujeitos, percentual maior que o encontrado em estudo realizado no município de Florianópolis, em que 25,7% dos idosos realizavam atividade física moderada ou vigorosa semanalmente³⁶. Acreditamos que a prática de atividade física possa estar relacionada com a participação de grande parte dos sujeitos em grupos de idosos que, em geral, orientam e estimulam o exercício físico. A literatura aponta que um programa de atividades físicas adequado proporciona melhor mobilidade articular e força muscular, o que reduz o comprometimento do idoso nas AVDs³².

Os dados também mostraram uma significativa vinculação desses idosos com a Unidade Básica de Saúde, o que não os impede de utilizar os serviços privados de saúde. No entanto, observa-se que este percentual de 78,8% não pode ser generalizado para toda a população de idosos da área de abrangência desta UBS, uma vez que os sujeitos foram selecionados conforme cadastro no SIAB, configurando uma limitação do estudo.

Finalizada a apresentação e discussão dos dados obtidos através das entrevistas passaremos a apresentar e discutir os dados obtidos através da aplicação das escalas avaliativas da capacidade cognitiva, indícios de depressão, capacidade funcional para ABVD e AIVD, risco de quedas e qualidade de vida. Vale lembrar que optamos por apresentar e discutir a percepção quanto a saúde auto relatada pelos idosos no momento da entrevista juntamente com as informações colhidas no domínio físico do Whoqol-bref, onde esse aspecto também é avaliado.

Analisando os resultados do MEEM (Gráfico 1), observa-se uma prevalência de transtornos cognitivos em 45,50% da amostra, o que indica que esses sujeitos talvez mereçam uma investigação mais acurada da função cognitiva.

Gráfico 1 – Função cognitiva dos idosos segundo avaliação do Mini Exame de Estado Mental-MEEM. Florianópolis, 2009.



Fonte: dados da pesquisa.

Quando comparamos os resultados obtidos nessa pesquisa com os encontrados em outros estudos epidemiológicos brasileiros, também aplicados junto a idosos residentes na comunidade, verificamos que nossa amostra apresentou um índice maior de declínio cognitivo. Podemos inferir que um dos motivos dessa discrepância seja a significativa diferença do tamanho das amostras, uma vez que o estudo em Santo Antônio de Pádua foi realizado com 341 idosos e em Catanduva com 1660 idosos. Nesses estudos, os resultados do

MEEM mostraram, respectivamente, que 16,5% e 34,3% de idosos apresentaram escores abaixo dos pontos de corte para sua faixa de escolaridade^{37,38}.

O valor mínimo de pontuação no MEEM foi 10 e máximo 30, sendo a média 24,5. A Tabela 3 apresenta a pontuação média obtida pelos idosos pesquisados, conforme os anos de escolaridade. Verifica-se forte relação entre menor escolaridade e baixa pontuação do MEEM, dado também encontrado em outros estudos do gênero^{38,39,40,41}.

Tabela 3 - O MEEM segundo anos de escolaridade. Florianópolis, 2009.

Variável	N	Média
0	1	20
1 a 4	21	23,8
5 a 8	7	25
9 a 11	4	28
Escore médio		24,5

Fonte: dados da pesquisa.

No entanto, vale ressaltar que três sujeitos apresentaram perdas significativas da cognição. Uma hipótese para explicar este fato é a existência de HAS em todos eles, o que poderia justificar a diminuição da capacidade mental em decorrência da possível existência de micro-infartos cerebrais. Além disso, um desses idosos também apresentava um quadro depressivo, que pode ter afetado negativamente o seu desempenho nas respostas do instrumento.

Outro aspecto que foi investigado foi a presença de sintomas depressivos (Tabela 4) e, para tanto, utilizamos a Escala de Depressão Geriátrica – GDS-15. Estudos realizados em comunidades têm mostrado correlação positiva entre a idade e a presença de sintomas depressivos. A depressão é a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, sendo um problema crescente e que não faz parte do processo de envelhecimento fisiológico, afetando negativamente a vida familiar e comunitária^{43,44}.

Tabela 4 – Presença de quadro depressivo segundo avaliação da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada. Florianópolis, 2009.

Quadro	N	%
Normal	4	9,0
Depressão leve	28	85,0
Depressão severa	1	3,0

Fonte: dados da pesquisa.

Chama atenção nessa tabela que 88% da amostra apresentaram indícios de depressão, o que significa que esses idosos necessitam ser referenciados para uma avaliação neuropsicológica mais detalhada. Esse percentual aponta prevalência mais elevada que os achados em outros estudos similares realizados com a comunidade de Marília/SP, Jandaia do Sul/PR e Taguatinga/DF que apresentaram, respectivamente, 26%, 29% e 31% de idosos com sintomas depressivos^{44,45,46}.

Correlacionando os resultados dos instrumentos GDS e MEEM, observa-se que, do total de sujeitos com função cognitiva diminuída, 86,7% apresentam indícios de depressão, denotando nesta amostra, uma forte relação entre os dois fatores. Esta associação indica a possibilidade de resultado falso-positivo, pois se, por um lado, a depressão pode piorar o desempenho da função cognitiva, por outro, uma cognição baixa pode interferir nas respostas da escala GDS⁴⁷.

Para avaliarmos a capacidade funcional dos idosos pesquisados optamos por averiguar seu desempenho para o desenvolvimento das atividades básicas e instrumentais da vida diária – ABVD e AIVD. Para tanto, utilizamos as escalas de Katz e de Lawton.

No instrumento Índice de Katz, os sujeitos estão classificados quanto à independência ou dependência para as atividades básicas da vida diária. Observa-se, assim, que 97,0% dos entrevistados foram avaliados como independentes para todas as atividades e apenas 3,0% apresentaram uma dependência, sendo classificados como semi-dependentes. Esses dados apontam que os idosos pesquisados mantêm preservada sua capacidade funcional básica o que implica, de acordo com Rosa et al.¹³, na melhor qualidade de vida dos mesmos. Isso se deve ao fato da capacidade funcional básica estar relacionada com a capacidade de ocupar-se com o trabalho e/ou com atividades agradáveis, culminando na realização de seus projetos de vida.

Embora grande parte da amostra estudada possua comorbidades, observou-se que essas não causam dependência para a realização de ABVD, bem como não interferem na capacidade para prática de atividades físicas. Estes aspectos são importantes elementos para determinar uma longevidade ativa e saudável.

Com relação à capacidade de realizar as atividades instrumentais da vida diária - AIVD identificou-se que 42,4% dos idosos estudados eram independentes e 57,6% apresentaram dependência parcial em uma ou mais atividades. Esse grau de dependência para as AIVD foi compatível com o identificado em outros estudos do gênero, na qual foi observado que 58,0% dos idosos eram dependentes em uma ou mais atividades³².

As três AIVD nas quais os idosos tiveram mais dependência, necessitando de alguma ajuda, foram: uso de meios de transporte (24,2%), manuseio de dinheiro (21,2%) e realização

de compras (15,1%). As duas atividades instrumentais em que mais idosos tiveram completa dependência foram para fazer compras (18,1%) e arrumar a casa (15,1%).

A pontuação média na Escala de Lawton foi de 24,2. Três sujeitos obtiveram escores significativamente menores que o restante da amostra, sendo um destes o indivíduo que mostrou dependência parcial no Katz, depressão severa no GDS e menor pontuação no MEEM. A probabilidade de agravos de saúde desse idoso é significativa e pode ser potencializada se houver isolamento social, alterações na auto-estima e auto-imagem, características comuns em idosos fragilizados^{48,49}.

Observa-se influência das doenças crônicas na capacidade funcional do idoso, uma vez que há algum tipo de dependência nas AIVDs em 100% dos indivíduos portadores de diabetes mellitus, em 80% naqueles com doenças cardíacas, em 65,2% com HAS e em 50% com problemas musculoesqueléticos^{50,51}. Assim, verifica-se uma forte associação entre DM e capacidade funcional diminuída, o que talvez se explique pelas complicações vasculares e neuropáticas decorrentes dessa doença.

A maioria dos idosos da amostra apresentou algum grau de dependência funcional para AIVD. Isto significa que muitas vezes esses idosos necessitam do auxílio de outras pessoas para administrar suas atividades instrumentais da vida diária, o que pode levar à perda da autonomia e desafios para a organização da dinâmica familiar.

A queda é um importante fator de risco para agravamento de saúde nos idosos, podendo inclusive levar à morte⁵². Nesse sentido tivemos também a preocupação de utilizar um instrumento que nos permitisse avaliar o risco de quedas entre a população estudada.

Os resultados do instrumento Risco de Quedas mostram que 60,6% dos idosos apresentam risco para quedas, o que aumenta a probabilidade de fraturas e de capacidade funcional diminuída. Além disso, 30,8% dos idosos que se mostraram com baixo risco para quedas já caíram. Assim, caso ocorra um acidente, a capacidade para se locomover poderá ficar prejudicada, o que está intimamente relacionada com uma avaliação pessimista de saúde, podendo agravar ainda mais sua condição saúde-doença⁵³.

Um fator que contribuiu significativamente para este alto índice de idosos com risco para quedas foi o elevado número de medicações utilizadas. Segundo a literatura, as drogas que propiciam um aumento desse risco são as que pertencem ao grupo dos anti-hipertensivos, diuréticos, anti-depressivos, anti-parkinsonianos e sedativos, uma vez que podem alterar as funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural⁵⁴.

Conforme mencionado anteriormente, esta pesquisa mostrou que 30% dos entrevistados fazem uso de cinco ou mais drogas, o que, segundo Fabrício et al.⁵², pode

contribuir para maior risco de quedas, pois sugere pior condição de saúde e maior potencial de interação medicamentosa.

Outro aspecto que buscamos conhecer nesse estudo foi a qualidade de vida da população pesquisada, para tanto fizemos uma pergunta aberta acerca desse tópico no roteiro da entrevista semi-estruturada para verificarmos como os idosos auto-relatavam sua percepção quanto a sua saúde. Além disso, utilizamos também o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS - WHOQOL-BREF.

A percepção dos sujeitos na questão 1 do WHOQOL-BREF, não incluída nas equações, mostra que 72,72% dos idosos avaliaram como boa ou muito boa sua qualidade de vida. Na questão 2, sobre satisfação com sua saúde, 66,67% dos idosos disseram estar satisfeitos ou muito satisfeitos com sua saúde e 33,33% optaram por insatisfeito ou nem satisfeito nem insatisfeito.

Em relação à questão “autopercepção da saúde” da entrevista semi-estruturada, a avaliação por parte dos entrevistados foi de 54,54% para boa e muito boa e de 33,33% para regular. Nota-se um percentual divergente quando relacionado à questão 2 do Whoqol. Acredita-se que este viés tenha ocorrido devido à subjetividade da pergunta aberta e se referir ao momento da entrevista e a do Whoqol, além de ser fechada, se referir as últimas duas semanas. Entretanto, os números de ambas questões são superiores aos encontrados em estudo similar, indicando satisfação dos sujeitos com sua saúde⁵⁵.

Neste sentido, Rabelo e Néri⁵⁶ inferem que o bem-estar subjetivo diz respeito à avaliação que a própria pessoa faz sobre sua vida a partir de seus valores e critérios pessoais. Esta avaliação pode ser feita em termos de natureza cognitiva, referindo-se à sua satisfação com a vida em geral, como capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais; e natureza emocional, quanto ao equilíbrio entre sentimentos positivos e negativos afirmados pelo indivíduo. Os autores relatam que as pessoas ficam extremamente infelizes após terem algum adoecimento que cause limitações físicas, porém se adaptam e com o tempo têm um aumento nas emoções agradáveis, tendendo a retornar ao seu nível original de bem-estar. O tempo transcorrido para a adaptação varia para cada pessoa.

O fato da maioria dos sujeitos possuir doenças crônicas associadas e considerar como satisfatória a sua saúde, sugere uma adaptação às suas comorbidades.

Os idosos que avaliaram sua saúde como ruim ou muito ruim (12,12%) foram os que tiveram uma menor capacidade para se locomover. Estudos anteriores demonstraram que as avaliações subjetivas de bem-estar mais pessimistas apresentaram-se altamente associadas com dependência moderada/grave. Também comprovaram que nos indivíduos que

perceberam a sua saúde como ruim ou muito ruim, a probabilidade de agravo de saúde indicou ser 9 e 11 vezes maior, respectivamente, comparado com os idosos que tiveram uma avaliação otimista da saúde^{53,13}.

O domínio mais significativo da qualidade de vida foi o 3-Relações sociais, seguido pelo 2-psicológico, 1-físico e 4-meio ambiente (Tabela 5).

Tabela 5 - Escores médios da qualidade de vida geral e dos domínios do WHOQOL-BREF. Florianópolis, 2009.

Domínio	Média ± DP
Geral	65,2 ± 14,9
1 - Físico	61,5 ± 18,3
2 - Psicológico	64,4 ± 15,0
3 - Relações sociais	75,9 ± 13,7
4 - Meio ambiente	59,2 ± 12,5

Fonte: dados da pesquisa.

Estudos relatam que quanto mais desenvolvidos os mecanismos de ajustamento psicológico, maior a chance de adaptação, o que leva os idosos a maximizar as potencialidades individuais, reorganizando a vida frente às limitações percebidas⁵⁶. Além disso, o suporte social aumenta a auto-estima e o sentimento de domínio sobre o próprio ambiente, também ajuda o idoso a enfrentar e se recuperar dos eventos de vida, como doenças, perdas, estresse, entre outros⁵⁶. Bandura⁵⁷ refere que os fatores psicossociais são um importante potencial para determinar em que medida a vida estendida será vivida eficazmente.

Essa avaliação mais alta do domínio psicossocial pode ser decorrente do fato de que, na área de abrangência pesquisada, grande parcela dos idosos residem há muitos anos no mesmo local e próximo a filhos, fortalecendo suas relações sociais. Além disso, como já citado, muitos idosos participam de grupos de convivência, são casados e tem boa renda mensal, o que também proporcionam maior satisfação com a vida⁵⁸.

Embora o valor médio para o domínio psicológico tenha mostrado um alto escore para qualidade de vida, o MEEM e o GDS mostram indícios de função cognitiva diminuída e quadro depressivo. Isso pode significar que, as perguntas sobre estado neuropsicológico podem não ter sido bem compreendidas e interpretadas pelos sujeitos o que os levou a responder de forma equivocada. Além disso, se nada for feito com esses idosos no sentido de tentar melhorar seus estados depressivos e preservar sua função cognitiva muito em breve eles

terão sua capacidade funcional, interação interpessoal e qualidade de vida bastante prejudicadas.

A escala de Lawton mostrou que a maioria dos sujeitos possui dependência parcial para realizar as AIVDs. Na avaliação da qualidade de vida, o domínio físico teve escore médio menor que os domínios 2 e 3, aspecto já esperado e referido pela literatura estudada, em se tratando de uma população de idosos⁵⁸. Melzer e Parahyba⁵⁹ relatam que doenças que tem potencial para gerar déficit na função física, sensorial e cognitiva, afetam o desempenho das atividades diárias e a avaliação subjetiva que o indivíduo faz de sua vida. Isso sugere que a capacidade funcional prejudicada, o processo de envelhecimento e as doenças crônicas associadas destes idosos, podem estar influenciando negativamente a percepção de qualidade de vida no que se refere ao domínio 1.

O domínio que obteve menor valor médio foi o meio ambiente em que o idoso está inserido, ao contrário de outros estudos realizados como de Pereira et al.⁵⁸ e Chepp⁶⁰. O ambiente físico tem importante influência para que o idoso esteja física e socialmente ativo⁶¹. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão⁶². Sanches Del Pino⁶² refere que os idosos com limitações em seu ambiente físico têm cinco vezes mais chances de sofrer depressão.

Não foi observado influência da idade nos escores de QV geral, como nos quatro domínios. Entretanto, Pereira et al.⁵⁸ inferem ser importante considerar as diferenças de idade e sexo em pesquisas sobre qualidade de vida em idosos, pois a literatura mostra que piores níveis de QV estão associados a idade avançada.

Ao analisarmos a variável número de doenças, houve correlação moderada com a qualidade de vida geral e domínio físico e correlação fraca com os demais domínios. Esta relação foi negativa, ou seja, quanto maior o número de doenças, menor a qualidade de vida. Sobre a influência das patologias prevalentes (Tabela 2), notou-se associação estatisticamente significativa entre diabetes mellitus ($p=0,02$), HAS ($p=0,007$) e doenças musculoesqueléticas ($p=0,01$) com o domínio físico. Estes dados indicam que tais doenças estão relacionadas com a pior autopercepção de qualidade de vida no domínio físico, que apresentou uma avaliação mais baixa. Isso pode confirmar, como já comentado, que as doenças crônicas, além de apresentarem impacto na capacidade funcional, influenciam negativamente a qualidade de vida.

Verificamos que somente as doenças musculoesqueléticas apresentaram correlação com a qualidade de vida global, do ponto de vista estatístico. Dessa forma, os problemas de

mobilidade e pior estado físico decorrentes de tais doenças, influenciam não apenas a avaliação pessimista da saúde, abordada anteriormente, como também da qualidade de vida. Néri⁶³ refere que o idoso quanto mais ativo tende a ser mais satisfeito com a vida e, assim, apresentar melhor qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como objetivo avaliar a capacidade funcional, saúde mental, risco de quedas e a qualidade de vida de um grupo de idosos residentes na comunidade, vinculados a uma Unidade Básica de Saúde do município de Florianópolis. A avaliação multidimensional permitiu conhecer e identificar o perfil sócio demográfico e epidemiológico, a capacidade funcional e a percepção sobre qualidade de vida da população estudada, além de indicar os possíveis riscos para agravos de saúde desses idosos.

Frente aos resultados encontrados, verificou-se que esse grupo de idosos apresenta, em sua maioria, polipatologias, fazem uso de múltiplos medicamentos, possui um alto risco para sofrerem quedas e apresentam indícios de comprometimento de sua saúde mental. Por outro lado, eles estavam com sua capacidade funcional preservada especialmente no tocante as habilidades necessárias para o desempenho das atividades básicas da vida diária, apresentando apenas algumas limitações para o desenvolvimento das atividades instrumentais da vida diária, mesmo possuindo uma idade média de 72 anos.

Outro ponto que merece destaque é o fato desses idosos contarem com uma boa rede de suporte familiar e de serviços de saúde, fazendo com que percebam sua qualidade de vida como muito boa especialmente nos domínios psicológico, social e físico. Poderíamos pensar que mesmo com algum grau de dependência e presença de diversas doenças crônicas, esses idosos poderiam avaliar negativamente sua qualidade de vida. No entanto, grande parte deles foi capaz de neutralizar os efeitos negativos desses prejuízos e manter satisfatória a qualidade de vida autopercebida e fazer os enfrentamentos e adaptações necessários para o seu bem viver⁶⁴, o que nos mostra a importante influência da disponibilidade de recursos psicossociais para este tipo de ajuste.

Segundo Chachamovich⁶⁵, as redes sociais na velhice são fatores que influenciam positivamente todos os construtos da qualidade de vida, particularmente o domínio psicológico. Com isso, entendemos que essa integração psicossocial faz com que os idosos acarretem menos ônus para suas famílias e para os serviços de saúde.

No sentido de propiciar a manutenção da independência dos idosos mesmo com alguma incapacidade funcional já instalada e retardar o surgimento de agravos ou limitações futuras, o papel do enfermeiro neste contexto é estimular ações de auto cuidado. Para tanto, o enfermeiro deve auxiliar o indivíduo no desenvolvimento de estratégias para o ajuste e enfrentamento dos estressores do ambiente interno e externo, potencializando ao máximo sua capacidade funcional para o bom desempenho de seus papéis⁶⁶. Além disso, os programas e serviços de saúde devem investir nas estratégias de promoção da saúde e na prevenção de fatores de risco que levem à incapacidade funcional, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

O fato de tantos idosos fazerem uso de polifarmácia, o que aumenta seu risco para quedas, indica a necessidade de uma avaliação mais criteriosa por parte de quem prescreve os medicamentos. É preciso que os profissionais de saúde tenham claro que o evento queda é importante fator de agravo à saúde, podendo trazer sérias conseqüências a pessoa idosa. Assim, por meio das visitas domiciliares, devem avaliar o potencial risco para quedas e, juntamente com a família, trabalhar no sentido de promover a saúde através de orientações quanto ao autocuidado e outras medidas para prevenção de quedas. Para isso, enxergamos a necessidade premente de capacitações promovidas pelas Secretarias de Saúde aos profissionais acerca deste tema.

É necessário, ainda, que esses idosos tenham uma avaliação mais detalhada para a função cognitiva e quadro depressivo. Os sintomas depressivos, quando reconhecidos precocemente, são passíveis de tratamento em menor prazo e de maneira menos agressiva, promovendo maior adesão. Além da reabilitação, é importante que se promova a saúde mental através da formação e estímulo à participação em grupos de convivência, propiciando a manutenção de seus papéis na sociedade e contribuindo para sua qualidade de vida.

É imperativo, portanto, que a sociedade e o sistema de saúde encontrem soluções para manter a qualidade de vida dos idosos, pois com o envelhecimento pode ocorrer um comprometimento progressivo da capacidade física, mental e social, ocasionando a perda da independência e autonomia. Acreditamos ser de extrema relevância que os enfermeiros e outros profissionais da saúde realizem uma avaliação abrangente da saúde dos idosos para se pensar em estratégias de cuidado e, com isso, evitar complicações secundárias do processo natural de envelhecimento e das doenças crônicas.

Em nossa avaliação verificamos que o uso dos seis instrumentos escolhidos para esse estudo mostrou-se adequado para avaliar o idoso de maneira abrangente, uma vez que são fáceis de responder e aplicar, bem como já estão validados no Brasil. Temos claro que tais

escalas servem apenas como ferramentas para uma avaliação mais objetiva das condições de saúde desses idosos, seus resultados não podem ser analisados isoladamente da avaliação clínica e não nos permitem formular diagnósticos conclusivos. Assim, casos rastreados com alterações nestes instrumentos, devem ser submetidos a uma investigação mais detalhada.

Verificou-se neste estudo que grande parte dos sujeitos acaba por utilizar o sistema de saúde privado a fim de satisfazer suas necessidades, procurando o sistema público apenas para ações pontuais e não para um acompanhamento efetivo.

As políticas públicas de Saúde do Idoso prevêm uma atenção especial e de qualidade, baseada em diretrizes que visam à integralidade das ações, a promoção de um envelhecimento ativo e saudável e a realização de ações intersetoriais. Embora essas políticas sejam avançadas, na prática ainda não se observa um atendimento resolutivo e diferenciado, que compreenda integralmente as necessidades do idoso. Em geral, os profissionais relatam que a falta de tempo e a necessidade de tratar a queixa que o levou a procurar o serviço de saúde impedem a realização de uma avaliação ampla e sistemática na assistência. Apesar do preconizado pelas políticas públicas, observa-se também que a organização do sistema de saúde ainda não favorece uma prática de qualidade na atenção ao idoso, pois a mesma ainda está voltado para a produtividade. Desse modo, é necessária uma mudança no modelo assistencial, que somente será viabilizada a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais. Não adianta ter um modelo idealizado no papel se não houver mudança nos sujeitos e no modo de pensar o trabalho em saúde (permeado por valores humanitários, de solidariedade e reconhecendo a assistência à saúde como direito dos cidadãos). Esses valores deverão guiar a formação de um paradigma para a organização dos serviços que não seja baseado em uma postura curativista, mas de vigilância em saúde.

Este estudo se diferencia por ter feito uma avaliação mais abrangente da saúde do indivíduo idoso, não de apenas uma dimensão, pois acreditamos que na prática da Atenção Básica, não basta avaliá-lo de forma fragmentada. Assim, sabendo-se que o processo de adequação na prática das diretrizes expostas nas políticas pode levar algum tempo para sua implantação, sugere-se que estes instrumentos sejam aplicados ao longo do acompanhamento da pessoa idosa, conforme sensibilidade do profissional frente às necessidades prioritárias do indivíduo.

Pensamos que as atribuições dos profissionais de saúde da Atenção Básica devem abranger um atendimento integral, humanizado, resolutivo e contínuo às suas necessidades, através do planejamento, execução e avaliação das ações específicas para esta faixa etária. É preciso ter claro que as necessidades das pessoas idosas são complexas e devem ser

consideradas de forma interdisciplinar na realização de ações no âmbito individual e coletivo quanto à promoção, proteção e reabilitação da saúde pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste sentido, a Atenção Básica, como porta de entrada dessa população, deve direcionar medidas com a finalidade de promover, recuperar e manter a autonomia e a independência dos idosos pelo maior tempo possível, fornecendo uma atenção individualizada que respeite as diversidades do envelhecer.

Acreditamos, ainda, que as ações da equipe devem ser organizadas de maneira pactuada com a comunidade idosa, para tanto, sabemos que o vínculo e a responsabilização são imprescindíveis. Assim, os resultados apresentados neste manuscrito serão discutidos com a equipe de saúde da área de abrangência da UBS Canasvieiras a fim de subsidiar um futuro planejamento de ações voltadas para os idosos.

Essa visão abrangente do indivíduo vem de encontro com uma das prerrogativas básicas do SUS, a integralidade no atendimento. Concluímos, com isso, que a avaliação multidimensional do idoso deve ser integrada à prática dos profissionais da saúde. A utilização de instrumentos para identificação de indícios de capacidade funcional prejudicada e riscos de agravo à saúde permite que se priorize um atendimento aos que mais necessitam de um serviço geriátrico, o que diminui riscos de hospitalização⁶⁷. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro realizar consultas de enfermagem e visitas domiciliares a essa população, além de fomentar e desenvolver atividades educativas de forma interdisciplinar. A adoção desta prática é um passo fundamental para a consolidação de um modelo de atenção em consonância com as políticas públicas de saúde existentes para esta faixa etária e com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
2. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS 2008. IBGE - Estimativas elaboradas no âmbito do Projeto UNFPA/IBGE (BRA/4/P31A) - População e Desenvolvimento. Coordenação de População e Indicadores Sociais. 2007-2008.
3. VERAS, R.P. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista USP** 51:72-85. 2001.
4. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
5. DUARTE, Y.A.O.; ANDRADE, C.L.; LEBRAO, M.L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, v. 41, n. 2, pp. 317-325.

6. KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(3):861-866, mai-jun, 2003.
7. GONÇALVES LHT, ALVAREZ AM, SENA ELS, SANTANA LWS, VICENTE FR. **Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC**. 2006 Out-Dez; 15 (4): 570-77.
8. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Saúde Pública. Assessoria de Vigilância a Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde do Idoso - Envelhecimento Saudável em Florianópolis**. Florianópolis: 2006.
9. PAPALÉO NETO, M. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
10. COVINSKY, K.E. et al. Health status versus quality of life in older patients: does the distinction matter? **Am J Med**, 106(4):435-40. 1999.
11. FASSINO, S. et al. Quality of life in dependent older adults living at home. **Arch Gerontol Geriatr**, 35(1):9-20. 2002.
12. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, 41:1403-10. 1995.
13. ROSA, T.E.C. et al . Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2009.
14. GORDILHO A; JOÃO S; SILVESTRE J; RAMOS, LR; FREIRE, MPA; ESPINDOLA N; VERAS RP; KARSCH U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso**. Rio de Janeiro: UERJ/UNATI, 2000.
15. GUIMARÃES, LHCT; GALDINO, D.C.A; MARTINS FLM; ABREU; SR.; LIMA M.; VITORINO DFM. Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 12, n. 3, jul./set. 2004. Disponível em: < http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_3/capacid_funcional.htm>. Acesso em: 10 jun 2009.
16. GIACOMIN, K.C. et al . Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, Feb. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Nov. 2008.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.60 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4)
18. LIMA-COSTA, M.F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad Saúde Pública** 2003; 19(3): 7001
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: MS: 2006d.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. **Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: MS: 2006e.
21. SANTOS, V.L.C.G; SILVA, A. M. Qualidade de vida em pessoas com incontinência anal. **Rev bras Coloproct**, 2002;22(2):98-108
22. FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatric Res**. 1975;12:189-98.

23. YESAVAGE, J.A.; BRINK., T.L.; ROSE, T.L., et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiatr Res.** 1983;17:37-42.
24. KATZ, S.; FORD, A.B.; MOSKOWITZ, R.W.; JACKSON, B.A.; JAFFE, M.W. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA.** 1963;185(12):914-9.
25. FREITAS, E.V; MIRANDA, R.D. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e Avaliação Geriátrica Ampla.** In: FREITAS EV et.al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 2006. p.900-9.
26. SCHIAVENATO, Fabio Veiga. **Avaliação do risco de quedas em idosos na comunidade.** 2008. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.
27. HAAS, VJ.; RODRIGUES, RAP.; MARQUES, S. **Risco de Quedas** - escala em desenvolvimento. Universidade de São Paulo – USP/Escola de enfermagem de Ribeirão Preto – EERP. 2008.
28. FLECK, Marcelo PA et al . Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública,** São Paulo, v. 34, n. 2, Abr. 2000 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jun. 2009.
29. CAMARANO, AA. (org.). **Os novos idosos brasileiros.** Muito além dos 60 anos. Rio de Janeiro: IPEA, 2004.
30. VERAS, RP; ALVES, MIC. **População idosa no Brasil:** consideração a cerca do uso de indicadores de saúde. In: MINAYO, Maria Cecília S. (Org.). Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 320-337.
31. PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Censo Demográfico IBGE 2000** (Estimativa 2008). Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/secretaria/uls.php?id_uls=14>. Acesso em: 17 jun. 2009.
32. BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil.** Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002. [Informação Demográfica e Socioeconômica número 9].
33. COSTA, E.C.; NAKATANI, A.Y.K.; BACHION, M.M. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. **Acta paul. enferm.,** São Paulo, v. 19, n. 1, Mar. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jun. 2009.
34. PESCATELLO, L.S.; DI PIETRO, L. Physical activity in older adults: an overview of health benefits. **Sports Medicine,** v.15, n.6, p.353-64, 1993.
35. GONÇALVES, L.H.T.; ALVAREZ, A.M. O cuidado na enfermagem gerontogeriatrica: conceito e prática. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1110-1116.
36. CARVALHO, M.F.C. **A polifarmácia em idosos no município de São Paulo** - Estudo SABE - Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. 127 p. Dissertação Mestrado em Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2007.
37. BENEDETTI, T.R.B; GONCALVES, L.H.T; MOTA, J.A.P.S. Uma proposta de política pública de atividade física para idosos. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 3, Set. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 24 June 2009.

38. Herrera E; Caramelli P; Silveira ASB, Nitirni R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, 2002;16:103-108.
39. LAKS, J. et al . O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antônio de Pádua, RJ. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, Sept. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2009.
40. VALLE, E.A. et al . Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jun. 2009.
41. BRUCKI, S.M.D. et al . Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 3B, Sept. 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2009.
42. LOURENCO, R.A; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 40, n. 4, Aug. 2006 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jun. 2009.
43. ALMEIDA, O.P. Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 56, n. 3B, Sept. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1998000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Jun. 2009.
44. TOURIGNY-RIVARD, M.F. et al. **The assessment and treatment of depression**. Toronto: Canadian Coalition for Seniors Mental Health; 2006.
45. OLIVEIRA, A.P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R.F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, Aug. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2009.
46. NARDI, E.F.R; ANDRADE, O.G. Estados depressivos entre idosos na comunidade – Jandaia do Sul, Paraná, Brasil. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, 9(2), mai./ago. p.109-116, 2005.
47. MARIN, M.J.S; CECÍLIO, L.C.O. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.12 n.1, 2009.
48. MEARA J.; MITCHELMORE E.; HOBSON P. Use of the GDS-15 geriatric depression scale as a screening instrument for depressive symptomatology in patients with Parkinson's disease and their cares in the community. **Age Ageing**, 1999;28:35-8.
49. HABRGAMA, A.; JORGE, J.M.N. Incontinência fecal: causas e tratamento. In: Castro LP; Savassi-Rocha PR; Cunha-Melo JR. (Org.). **Tópicos em Gastroenterologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 1994, v. 5, p. 313-317.
50. ARAP, M.A.; GOMES, C.M. Incontinência urinária. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de Condutas Médicas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.391-395.
51. REKENEIRE, N.; RESNICK, H.E.; SCHWARTZ, A.V.; SHORR, R.I; KULLER, L.H; SIMONSICK, E.M; et al. Diabetes is associated with subclinical functional limitation in non disabled older individuals. **Diabetes Care**, 2003; 26:3257-63.
52. BAYLISS, E.A.; BAYLISS, M.S.; WARE JR, JE.; STEINER, J.F. Predicting declines in physical function in persons with multiple chronic medical conditions: what we can learn from the medical problem list. **Health Qual Life Outcomes**, 2004; 2:47-54.

53. FABRÍCIO, S.C.C; RODRIGUES, Rosalina A. Partezani; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, Feb. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2009.
54. ALVES, M.J.M; RIBEIRO, L.C; MILANE, J.L; ALMEIDA, A.M. **Perfil da Capacidade Funcional do Idoso**. 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1534.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2008.
55. BRITTO, F.C.; COSTA, S.M.N. Quedas. In: PAPALETTO NETTO, M; BRITO, FC. **Urgências em geriatria**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 323-35.
56. JOIA, L.C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M.R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 41, n. 1, 2007 . Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jun. 2009.
57. RABELO, D.F.; NERI, A.L. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 11, n. 2, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2009. DOI: 10.1590/S1413-294X2006000200006.
58. BANDURA, A. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, 31(2), 143-164.
59. PEREIRA, R.J. et al . Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, Abr. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jun. 2009.
60. MELZER, D.; PARAHYBA, M.I. Sócio-demographic correlates of mobility disability in older brazilians: results of the first national survey. **Age and Ageing**. n. 2, Ago. 2005.
61. CHEPP, C.C. **Estudo transversal da qualidade de vida através da Escala Whoqol-Bref da população octogenária e nonagenária de Siderópolis**. 2006. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC. 2006.
62. NERI, A.L. Qualidade de vida na velhice. In: REBELLATO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. **Fisioterapia Geriátrica: a Prática da Assistência ao Idoso**. São Paulo: Manole, 2004.
63. SÁNCHEZ DEL PINO, A.C.S. Calidad de vida en la atenciónal mayor. **Rev Mult Gerontol**, 13(3):188-92. 2003.
64. NERI, A.L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papyrus, 1993.
65. ATCHELEY, R.C. (1999). Continuity theory, self, and social structure. In: C. D. Ryff & V. C. Marshall (Eds.). **The self and society in aging process**. New York: Springer, 1999. p. 122-149.
66. CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste de desempenho do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros**. 2006. 120 f. Dissertação Mestrado em Ciências Médicas (Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.
67. MOREIRA, T.M.M; ARAUJO, T.L. Modelo conceptual de sistemas abiertos interactuantes y la teoría de alcance de metas de imogene king. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 1, Jan. 2002.

68. GUERRA H.L. **Internações hospitalares entre idosos: o episódio da Clínica Santa Genoveva e fatores Associados à ocorrência de internações em Bambuí, Minas Gerais.** Tese de doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2002