

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNITIVA DOS IDOSOS  
ATENDIDOS POR UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE GERIATRIA  
NA CIDADE DE MANAUS, AMAZONAS

Bolsista: MARCOS ALEXANDRE FROTA DA SILVA, CNPq

MANAUS  
2011

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRO REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

PROJETO PIBIC

RELATÓRIO FINAL  
PIB-S/0033/2010  
CAPACIDADE FUNCIONAL E COGNITIVA DOS IDOSOS  
ATENDIDOS POR UM SERVIÇO AMBULATORIAL DE GERIATRIA  
NA CIDADE DE MANAUS, AMAZONAS

Bolsista: Marcos Alexandre Frota da Silva, CNPq  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Pessoa de Oliveira

MANAUS  
2011

## RESUMO

**Introdução:** A avaliação da capacidade funcional permite conhecer o perfil dos idosos, usando-se instrumentos simples e úteis, que podem auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde, visando retardar e prevenir incapacidades, somando a esse grupo qualidade de vida. **Objetivos:** Avaliar a capacidade funcional e cognitiva de idosos atendidos por um serviço ambulatorial de geriatria na cidade de Manaus-AM. **Métodos:** Foi realizada uma avaliação da funcionalidade dos idosos atendidos serviço de geriatria através das escalas de Katz para Atividades Básicas da Vida Diária e de Lawton para Atividades Instrumentais da Vida Diária, assim como uma avaliação cognitiva através da aplicação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Ao final da pesquisa foram investigadas associações entre fatores sociodemográficos e indicadores de saúde dos idosos com seus respectivos estados funcionais e cognitivos. **Resultados:** A maioria da população pesquisada, segundo suas características sociodemográficas, possui idade  $\geq$  80 anos (58,5%), é do sexo feminino (63,4%), tem escolaridade de um a quatro anos (43,9%), mora com vários membros da família (53,6%), possui renda mensal que varia de zero a um salário mínimo (90,2%). As prevalências de incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais encontradas até então são de 36,6% e 73,1% respectivamente. O escore médio obtido no MEEM foi 18 pontos, e a prevalência de déficit cognitivo foi 68,1%. Os idosos do sexo feminino, com renda salário baixa, escolaridade baixa e arranjo familiar multigeracional têm melhor capacidade funcional, essas associações foram significantes. Para a capacidade cognitiva, a escolaridade, acuidade auditiva, número e tipo de doenças associaram-se com déficit cognitivo. **Conclusões:** De fato concluímos que certos fatores sócio-demográficos e de saúde estão associados com a função cognitiva e funcional de idosos. Resultados de estudos longitudinais são fundamentais para melhor estabelecer essas relações, no entanto.

Palavras-chave: Saúde do idoso, Avaliação Funcional; Avaliação Cognitiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>08</b>
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>09</b>
<b>3.1 OBJETIVO GERAL.....</b>	<b>09</b>
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	<b>09</b>
<b>4. MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>09</b>
<b>4.1 TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>09</b>
<b>4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....</b>	<b>09</b>
<b>4.3 LOCAL DE ESTUDO.....</b>	<b>11</b>
<b>4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4.5 TRATAMENTO DOS DADOS</b>	<b>13</b>
<b>4.6 QUESTÕES ÉTICAS.....</b>	<b>13</b>
<b>4.6.1 Autorização da instituição.....</b>	<b>14</b>
<b>4.6.2 Uso e destinação do material e/ou dados coletados.....</b>	<b>14</b>
<b>4.6.3 Retorno à comunidade.....</b>	<b>14</b>
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>14</b>
<b>5.1 PERFIL SOCIO-DEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5.2 CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>19</b>
<b>5.3 CAPACIDADE COGNITIVA DOS IDOSOS ENTREVISTADOS.....</b>	<b>21</b>
<b>5.4 CRUZAMENTOS DE DADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>5.4.1 Variáveis sócio-demográficas e atividades básicas da vida diária.....</b>	<b>22</b>
<b>5.4.2 Indicadores de saúde e atividades básicas da vida diária .....</b>	<b>25</b>
<b>5.4.3 Variáveis sócio-demográficas e atividades instrumentais da vida     diária (ABVDs).....</b>	<b>29</b>
<b>5.4.4 Indicadores de saúde e atividades instrumentais da vida diária .....</b>	<b>32</b>
<b>5.4.5 Variáveis sócio-demográficas e capacidade cognitiva dos pacientes.</b>	<b>35</b>
<b>5.4.6 Indicadores de saúde e capacidade cognitiva dos pacientes.....</b>	<b>38</b>
<b>5.4.7 Capacidade funcional versus capacidade cognitiva dos pacientes.....</b>	<b>41</b>
<b>6. CONCLUSÕES.....</b>	<b>42</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>43</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>47</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e contínuo, marcado por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com ritmo e intensidade diferentes para cada indivíduo, que determinam progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (FILHO; NETTO, 2000; NETTO, 1997; BRANDÃO, 1995 *apud* CONVERSO; LARTELLI, 2007).

Atualmente as pesquisas sobre envelhecimento vêm ganhando cada vez mais espaço no mundo científico, por causa do progressivo aumento do número de idosos no mundo (CONVERSO; LARTELLI, 2007; PELEGRIN *et al*, 2008).

Segundo o Censo de 2000, o Brasil possui 14.536.029 indivíduos acima de 60 anos, o que corresponde a 8,6% da população total brasileira. A cidade de Manaus no estado do Amazonas possui 65.731 idosos correspondendo a 5,2 % da população total da cidade (IBGE, 2000).

A população brasileira envelheceu rapidamente a partir de 1960 impulsionada pela queda das taxas de fecundidade e mortalidade, aumento da expectativa de vida ao nascer e, principalmente, as mudanças no padrão dos agravos de saúde. Esta transição passou da predominância de doenças transmissíveis a uma predominância das doenças crônico-degenerativas (RODRIGUES *et al*, 2008; PELEGRIN *et al*, 2008).

Apesar de o processo de envelhecer não está, necessariamente, relacionado a doenças e incapacidades, as doenças crônico-degenerativas são freqüentemente encontradas entre os idosos. Assim, a tendência atual é termos um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viver mais, apresentam maiores condições crônicas e logo, maiores incapacidades funcionais (ALVES *et al*, 2007).

A capacidade funcional é a habilidade do indivíduo em desempenhar de maneira independente as atividades ou tarefas cotidianas, identificadas como essenciais para a manutenção do bem estar. Diferentes graus de incapacidade surgem, quando observamos dificuldade na realização dessas atividades com conseqüente dependência total ou parcial para a realização das

mesmas (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009; MORAES *et al*, 2008; ROSA *et al*, 2003; PELEGRIN *et al*, 2008).

A qualidade de vida do idoso está diretamente ligada à realização adequada dessas atividades, sendo, portanto grande determinante de sua autonomia e independência. Autonomia é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras, é determinada basicamente pela cognição e humor. A independência é a capacidade de execução daquilo que foi decidido, e depende, basicamente, da mobilidade e da comunicação (MORAES *et al*, 2008).

O envelhecimento fisiológico não impede a realização de qualquer atividade previamente executada, assim como não afeta as funções cognitivas de forma significativa. A senescência pode limitar ou lentificar certas atividades, mas jamais restringir por completo, comprometendo a autonomia e independência do idoso (MORAES, *et al*, 2008).

Estudos têm demonstrado que fatores sócio-demográficos como idade, sexo, arranjo familiar, educação e hábitos de vida tem influencia sobre a capacidade funcional do idoso (MACIEL; GUERRA, 2007; ROSA *et al*, 2003).

Associações também foram estabelecidas entre declínio da funcionalidade na terceira idade e a presença de doenças crônicas. As diversas condições crônicas não possuem impactos similares na capacidade funcional. 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 em um indivíduo que apresente vários agravos de saúde, por exemplo (ALVES *et al*, 2007; RODRIGUES *et al*, 2008).

Nesse contexto, a avaliação da capacidade funcional permite conhecer o perfil dos idosos usando-se instrumentos simples e úteis, que podem auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde visando retardar e prevenir incapacidades, somando a esse grupo qualidade de vida (NUNES *et al*, 2009).

No cenário da saúde pública, a funcionalidade surge como um novo conceito, mais adequado, para instrumentalizar e operacionalizar a atenção ao idoso, auxiliando os planejadores públicos na reorganização ou organização de estratégias preventivas mais eficazes, reduzindo os custos com o serviço de saúde e aliviando a carga sobre a família. Nesse sentido, ações preventivas, assistenciais e de reabilitação para a melhoria da funcionalidade ou, no

mínimo, a sua manutenção, são fundamentais para a qualidade de vida dos idosos (ALVES *et al*, 2007; NUNES *et al*, 2009).

A funcionalidade global do idoso pode objetivamente ser avaliada pelo desempenho na execução das tarefas pessoais diárias e mais simples, denominadas atividades básicas da vida diária (ABVDs). Elas refletem a capacidade de cuidar de seu corpo, ou seja, o autocuidado (alimentar-se, vestir-se, banhar-se). Tarefas mais complexas que requerem maior grau de autonomia e independência (fazer compras, controlar as finanças, usar o telefone) são denominadas atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), refletindo a capacidade de cuidar da sua vida ou de viver sozinho na comunidade. Por serem mais complexas declinam mais precocemente que as ABVDs (ALVES *et al*, 2007; MORAES *et al*, 2008).

A independência e a autonomia nas atividades de vida diária, básicas ou instrumentais estão intimamente relacionadas à cognição e ao humor. A cognição é um conceito global que permite a manutenção de resolver os problemas do cotidiano da vida do indivíduo. O humor permite a ativação e a manutenção do interesse na execução das tarefas cotidianas (MORAES *et al*, 2008).

As ABVDs podem ser avaliadas por diversas escalas, sendo o Índice de Katz o mais comumente usado dentre aqueles que possuem validade e confiabilidade comprovadas. Suas vantagens são a possibilidade de descrever de maneira sumária a capacidade de autocuidado, identificar fatores de risco, monitorar a evolução clínica de doenças diagnosticadas e poder ser aplicada rapidamente. Os resultados permitem classificar o idoso em independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente para cada uma das seis ABVDs por ela avaliada (FILHO; NETTO, 2006).

A escala de Lawton e Brody permite avaliar as AIVDs, ou seja, atividades indicadoras da capacidade do idoso viver sozinho em comunidade. São atividades extremamente diversificadas e influenciadas pela cultura, gênero e nível socioeconômico, por isso precisam ser individualizadas. A escala de Lawton e Brody é de rápida e fácil aplicação e expressa seus resultados para cada uma das oito AIVDs que avalia em: independência, dependência parcial ou dependência total (FILHO; NETTO, 2006; GUEDES *et al*, 2007).

Ambos os instrumentos (Escala de Katz para ABVDs e Lawton para AIVDs) possuem ampla utilização em pesquisas e obtiveram reconhecimento para a avaliação funcional da pessoa idosa na atenção básica em recente documento do Ministério da Saúde (DEL DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Na avaliação da cognição e do humor, vários testes estão disponíveis, porém o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) é o instrumento mais utilizado na triagem cognitiva de idosos, por ser simples e de fácil aplicação, com duração de cinco a 10 minutos. É composto por 11 itens e a primeira metade avalia basicamente a memória, atenção e concentração. A segunda metade avalia as outras funções corticais (linguagem, função executiva e função visuoespacial). Como instrumento clínico, pode ser utilizado na detecção de perdas cognitivas, no seguimento evolutivo de doenças e no monitoramento de resposta ao tratamento ministrado. Como instrumento de pesquisa, tem sido largamente empregado em estudos epidemiológicos populacionais, fazendo parte integrante de várias baterias neuropsicológicas (BRUCKI *et al*, 2003 CONVERSO; LARTELLI, 2007; GUEDES *et al*, 2007; MORAES *et al*, 2008).

Os escores do MEEM sofrem influencia significativa da idade e escolaridade do avaliado, sugerindo a necessidade de se utilizar pontos de corte diferenciados para idosos sem escolaridade (CONVERSO; LARTELLI, 2007; GUEDES *et al*, 2007; MORAES *et al*, 2008).

## **2. JUSTIFICATIVA**

Apesar da constatação de que a capacidade funcional e cognitiva pode constituir um importante indicador do bem-estar da população idosa, pesquisas que a avaliem ainda são escassas na literatura brasileira e inexistentes na cidade de Manaus-AM de acordo com levantamento bibliográfico realizado recentemente a relacionar avaliação da capacidade funcional e cognitiva em idosos.

Estudos dessa natureza são fundamentais, pois podem auxiliar no planejamento, execução e atualização de estratégias específicas de atenção ao idoso, reduzindo os custos de saúde, prolongando a funcionalidade do idoso e melhorando sua qualidade de vida.



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. OBJETIVO GERAL**

- Avaliar a capacidade funcional e cognitiva de idosos atendidos por um serviço ambulatorial de geriatria na cidade de Manaus-AM;

#### **3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Investigar a capacidade funcional dos idosos através da aplicação da escala de Katz (1970) para Atividades Básicas da Vida Diária e a escala de Lawton e Brody (1969) para Atividades Instrumentais da Vida Diária;
- Investigar o estado cognitivo dos idosos através da aplicação no Mini-Exame do Estado Mental;
- Relacionar fatores sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, arranjo familiar, renda mensal em salários mínimos, situação ocupacional e religião) com a capacidade funcional e cognitiva dos idosos avaliados;
- Relacionar indicadores de saúde (auto-percepção da saúde, número de medicamentos em uso, número de quedas nos últimos três meses, número de internações nos últimos três meses, acuidade visual, acuidade auditiva, prática de atividade física, tabagismo e comorbidades) com a capacidade funcional e cognitiva dos idosos avaliados;

### **4. MATERIAS E MÉTODOS**

#### **4.1. TIPO DE ESTUDO**

Estudo do tipo observacional analítico transversal iniciado em Agosto de 2010 e com término em Julho de 2011.

#### **4.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população do estudo foi constituída por todos os idosos atendidos pelo ambulatório de geriatria no período estipulado para coleta de dados de acordo com o cronograma de realização do estudo.

Os critérios de inclusão do estudo foram: (1) possuir idade  $\geq 60$  anos; (2) ser cadastrado do CAIMI; (3) procurar ou ser referenciado a atendimento no ambulatório de geriatria do CAIMI no período de realização do estudo e (4) consentir, por meio de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), em participar do estudo proposto.

Pacientes como menos de 60 anos, não previamente cadastrados no CAIMI ou que não consentiram através de assinatura do TCLE foram excluídos do estudo.

Em caso de impossibilidade do idoso de assinar o TCLE o mesmo só foi incluído no estudo caso o acompanhante concordasse com os termos da pesquisa e assinasse o documento.

Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se o total de idosos atendidos em um período de cinco meses (tempo planejado para coleta dos dados) pelo ambulatório de geriatria de acordo com dados obtidos junto à direção do CAIMI (150 idosos por mês, equivalendo a 750 idosos em cinco meses). Utilizamos o método de proporção para  $N$  finito, visto que se sabe o tamanho da população universo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Adotou-se estimativa de proporção ( $p$ ) de 0,5 para obtenção do maior e melhor  $n$  possível, margem de erro de 5% ( $d$ ) e nível de confiança de 95%.

Com  $N=750$ , chegamos a um  $n=441$  para a amostra. Logo, para relacionar os resultados do estudo à população total de idosos, foi necessária a coleta de informações de no mínimo 441 pacientes. Quanto maior o  $n$  menor a margem de erro do estudo.

A seleção dos participantes foi feita da seguinte maneira: durante as avaliações semanais realizadas no CAIMI, todos os idosos atendidos no ambulatório de geriatria, dentro dos critérios de inclusão propostos para o estudo, foram incluídos na pesquisa.

### **4.3. LOCAL DE ESTUDO**

A pesquisa foi realizada no ambulatório de geriatria do Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) Ada Rodrigues Viana, localizado na zona oeste da cidade de Manaus-AM.

Trata-se de um centro de atenção terciária, especializado no atendimento a população idosa, atendendo exclusivamente pessoas a partir dos 60 anos de idade inaugurado em 2004. Atualmente a cidade de Manaus possui três desses centros, distribuídos por três zonas da cidade (Oeste, Sul e Norte). Os CAIMIs disponibilizam atendimento de diversas especialidades médicas assim como serviços diagnósticos, fisioterapia, hidroterapia e atividades de lazer voltadas para o público idoso.

A escolha da instituição levou em consideração sua localização estratégica, recebendo grande fluxo de idosos da cidade de Manaus, o fato de ser centro de referência no atendimento de idosos e a autorização prévia da direção e clientela da mesma em contribuir para a realização do estudo.

### **4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

Todas as etapas da coleta de dados foram realizadas sob a supervisão do médico geriatra do ambulatório. A avaliação da capacidade funcional foi feita através dos índices de Katz para ABVDs e Lawton para AIVDs (anexos I e II respectivamente).

A escala de Katz avalia seis atividades de autocuidado (banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se, ter continência e alimentar-se). Cada uma dessas atividades terá três possibilidades de resposta e pontuação: independência (1 ponto); necessidade de ajuda parcial (0,5 ponto) e não conseguir realizar a atividade mesmo com ajuda (0 ponto). Foram considerados independentes os idosos que atingissem escore total seis (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002).

A escala de Lawton para AIVDs avalia oito atividades voltadas para a capacidade de viver sozinho em comunidade (usar o telefone, utilizar meios de transporte, fazer compras, preparar refeições, fazer tarefas domésticas, tomar medicamentos, cuidar das finanças e lavar roupas). Cada uma dessas

atividades tem três possibilidades de resposta e pontuação: independência (1 ponto); necessidade de ajuda parcial (0,5 ponto) e não conseguir realizar a atividade mesmo com ajuda (0 ponto). Foram considerados independentes os idosos que atingissem escore total oito (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002).

A triagem cognitiva dos participantes do estudo foi realizada através da aplicação no MEEM (anexo III). O Mini-exame do estado mental é composto por diversas questões que avaliam 11 itens das funções cognitivas (orientação no tempo, orientação no espaço, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação, nomeação, repetição, comandos em estágios, leitura, frases e capacidade construtiva visual). A pontuação máxima é de 30 pontos. Foi considerado valor de *score* 20 como mínimo normal para idosos analfabetos, 25 para os que tem de 1 a 4 anos de escolaridade, 27 para 5 a 8 anos, 28 para 9 a 11 anos e 29 para aqueles com escolaridade maior ou igual a 12 anos (BRUCKI *et al*, 2003).

Após a avaliação funcional e cognitiva foi aplicado um questionário estruturado (anexo IV), a fim de avaliar características socioeconômicas e demográficas adaptado dos questionários sociodemográficos propostos por Nunes *et al* (2009) e Rosa *et al* (2003) em seus estudos de avaliação da população idosa do Brasil. O questionário é composto pelas seguintes variáveis: idade (categorizada em: 60-69, 70-79 e  $\geq 80$  anos), sexo (masculino ou feminino), estado civil (casado/união estável, viúvo e divorciado/solteiro), escolaridade em anos de estudo (0, <4, 5-8, 9-11 ou  $\geq 12$  anos), arranjo familiar (multigeracional, mora com cônjuge, mora com filhos, mora com outros parentes), renda mensal em salários mínimos (0-1, 2, 3 ou  $\geq 4$  salários mínimos, situação ocupacional (aposentado, pensionista, ainda trabalhando e outros) e religião (católica, evangélica, espírita e outras).

A situação de saúde do participante era a última etapa da coleta de dados e foi avaliada por meio dos seguintes indicadores auto-referidos propostos por Alves *et al* (2007), Nunes *et al* (2009) e Rosa *et al* (2003) (anexo V): percepção de saúde (ótima, boa, regular ou ruim), acuidade visual (ótima, boa, regular ou ruim), acuidade auditiva (ótima, boa, regular ou ruim), quantidade de quedas nos últimos três meses, quantidade de internações nos últimos três meses, quantidade de medicamentos em uso, prática de atividade

física (sim ou não), tabagismo (sim ou não) e doenças crônicas relatadas quanto quantidade e tipo.

Alves *et al* (2007) propuseram uma divisão das doenças crônicas mais freqüentemente apresentadas por idosos que foi utilizada na classificação das doenças referidas pelos participantes deste estudo durante a avaliação dos indicadores de saúde. As doenças crônicas são divididas em sete grupos: Grupo 1 (hipertensão arterial sistêmica), Grupo 2 (diabetes mellitus), Grupo 3 (doenças cardiovasculares), Grupo 4 (doenças pulmonares), Grupo 5 (artropatias), Grupo 6 (neoplasias exceto de pele), Grupo 7 (demências) e Grupo 8 (depressão e/ou ansiedade). Doença cardiovascular foi definida como infarto agudo do miocárdio, doença coronariana, angina, doença congestiva, acidente vascular encefálico (AVE) e outros problemas cardiovasculares. Doença pulmonar é definida como asma, bronquite ou enfisema. Artropatia como artrites ou osteoartrose.

#### **4.5. TRATAMENTO DOS DADOS**

Para análise descritiva dos dados utilizamos ferramentas da estatística básica que foram expostas através de tabelas e gráficos variados. Através dessas ferramentas foi possível avaliar o perfil e os resultados quanto à capacidade funcional e cognitiva dos idosos.

Para verificar a diferença entre as proporções, foi utilizado o Teste de Qui-Quadrado e o teste Exato de Fisher. As análises estatísticas foram realizadas no Software R (versão 2.13.0). O nível de significância utilizado no teste foi de 5%. A regra de decisão é: se o p-valor gerado pelo teste utilizado for menor que o nível de significância, neste caso 5% (0,05), então aceitamos a hipótese de que existe relação entre as variáveis cruzadas. Caso contrário, há evidências de que não existe uma relação significativa entre elas.

O laboratório de bioestatística do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) propôs e aprovou a metodologia estatística deste estudo e o mesmo foi responsável pelo tratamento dos dados no decorrer do estudo.

#### **4.6. QUESTÕES ÉTICAS**

O projeto de pesquisa segue os trâmites legais que determinam a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no que se refere à pesquisa com seres humanos, merecendo destaque, o anonimato e privacidade dos dados utilizados no estudo e suas fontes e a garantia de riscos mínimos aos participantes, limitando-se ao possível inconveniente do tempo demandado pela aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

#### **4.6.1. Autorização da instituição**

A instituição onde se realiza o estudo autorizou previamente à realização do mesmo em suas dependências conforme consta no Termo de Anuência.

#### **4.6.2. Uso e destinação do material e/ou dados coletados**

A coleta de dados só foi iniciada após aprovação do protocolo de pesquisa do presente estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP-UFAM).

Só foram coletados dados das pessoas que autorizaram sua participação no estudo através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo VI). Em nenhum momento foi ou será divulgado o nome dos participantes do estudo e todos os dados coletados são confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores. O uso de todos os dados coletados é destinado exclusivamente aos objetivos do presente estudo.

#### **4.6.3. Retorno à comunidade**

Ao final do estudo os resultados obtidos se tornarão públicos e enviados à diretoria do CAIMI Ada Rodrigues Viana em forma de relatório, independente dos resultados encontrados.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram entrevistados 441 idosos no ambulatório de geriatria do Centro de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) Ada Rodrigues Viana.

### 5.1. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

A maioria da população pesquisada, segundo suas características sociodemográficas, possui idade  $\geq 80$  anos (58,5%), é do sexo feminino (63,4%), tem escolaridade de um a quatro anos (43,9%), mora com vários membros da família (53,6%), possui renda mensal que varia de zero a um salário mínimo (58%) sendo está originada na maioria das vezes de aposentadoria (75,8%) e são católicos (80,4%) conforme traz a **Tabela 1**.

VARIÁVEL	n	%
Idade		
60-69 anos (A)	53	12,2%
70-79 anos (B)	129	29,3%
$\geq 80$ anos (C)	259	58,5%
Sexo		
MASCULINO (M)	160	36,5%
FEMININO (F)	281	63,4%
Estado Civil		
CASADO/U. ESTÁVEL (A)	198	44,0%
VIÚVO (B)	179	40,0%
DIVORCIADO/SOLTEIRO (C)	64	14,0%
Escolaridade		
0	182	41,4%
1-4	193	43,9%
5-8	42	9,7%
9-11	10	2,2%
$>12$	14	3,1%
Arranjo Familiar		
MULTIGERACIONAL (A)	236	53,6%
CÔNJUGE (B)	74	17%
FILHOS (C)	96	21,9%
OUTROS PARENTES (D)	35	7,3%
Renda Mensal (salários mínimos)		
0-1 (A)	256	58,0%
2 (B)	40	9%
3 (C)	135	30,6%
$\geq 4$ (D)	10	2,2%
Ocupação		

	APOSENTADO (A)	330	74,8%
	PENSIONISTA (B)	85	19,2%
	TRABALHANDO (C)	15	3,4%
	OUTRA (D)	11	2,4%
<hr/>			
Religião			
	CATÓLICA (A)	370	80,4%
	EVANGÉLICA (B)	67	15,1%
	ESPÍRITA (C)	4	0,9%
	OUTRA (D)	0	0%

Tabela 1 - Caracterização da amostra por critérios sócio-demográficos (N=441)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

A amostra deste estudo até então, como característico da população idosa brasileira, apresenta um maior porcentual de mulheres, estando de acordo com a literatura que aponta uma maior expectativa de vida das mulheres brasileiras em relação aos homens (CAMARANO, 2002).

O perfil amostral encontrado por Alves *et al* (2007), Santos *et al* (2007) e Guerra *et al* (2008) corrobora com nosso estudo quanto à escolaridade, autopercepção de saúde, situação ocupacional e renda mensal, porém encontramos discordância quanto à faixa etária. Os estudos citados foram realizados nos estados do Rio de Janeiro, Santa Catarina e Rio Grande do Norte respectivamente, com idosos da comunidade. Em nossa amostra, porém, a faixa etária mais prevalente foi de idosos com idade igual ou superior a 80 anos, média superior a de outros trabalhos semelhantes. Isso pode estar relacionado com o fato de os pacientes atendidos pelo ambulatório de geriatria ser em sua maioria, referenciados a partir de outros centros de saúde de forma que idosos mais jovens tem seus problemas de saúde resolvidos nesses centros primários e acabam não chegando ao atendimento geriátrico.

## 5.2. PERFIL DE SAÚDE DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

Com relação aos indicadores de saúde a maioria dos idosos considerou seu estado atual de saúde como ruim (34,1%). Os mesmos afirmaram praticar alguma atividade física regular em 87,8% dos casos e não fumarem em 90,2% das vezes, conforme mostrado na **Tabela 2**.

A porcentagem dos participantes que negaram internações hospitalares por qualquer motivo nos últimos três meses foi de 92,6%.



<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Saúde auto-referida</b>		
ÓTIMA (O)	32	7,3%
BOA (B)	118	26,8%
REGULAR (R )	139	31,7%
RUIM (RU)	152	34,1%
<b>Medicamentos em uso</b>		
0	74	17%
1	42	9,7%
2	85	19,5%
3	53	12,2%
4	64	14,6%
5	35	7,9%
6	21	4,8%
7	46	10,4%
8	21	4,8%
<b>Quedas (últimos 3 meses)</b>		
0	333	75,6%
1	64	14,6%
Mais de uma	44	9,7%
<b>Internações (últimos 3 meses)</b>		
0	408	92,6%
1	32	7,3%
Mais de uma	1	0,2%
<b>Visão auto-referida</b>		
ÓTIMA (O)	64	14,6%
BOA (B)	107	24,3%
REGULAR (R )	150	34,1%
RUIM (RU)	120	26,8%
<b>Audição auto-referida</b>		
ÓTIMA (O)	129	29,2%
BOA (B)	74	17%
REGULAR (R )	107	24,3%
RUIM (RU)	131	29,7%
<b>Atividade física</b>		
SIM (S)	387	87,8%
NÃO (N)	54	12,2%
<b>Tabagismo</b>		
SIM (S)	42	9,7%
NÃO (N)	399	90,2%
<b>Quantidade de doenças</b>		
0	53	12,2%
1	139	31,7%
Mais de uma	249	56%

Tipo de doenças		
Nenhuma (0)	53	-
Hipertensão (1)	300	-
Diabetes Mellitus (2)	74	-
Doença Cardiovascular (3)	96	-
Doença Pulmonar (4)	42	-
Artropatias (5)	133	-
Neoplasia (exceto pele) (6)	10	-
Demências (7)	53	-
Depressão/Ansiedade (8)	118	-

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo indicadores de saúde (N=441)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Em estudo realizado com 352 idosos do município de Guatambu em Santa Catarina, 65,1% consideravam sua saúde como regular ou ruim, 84,3% não praticavam atividades físicas e 86,6% afirmaram não ter tido hospitalizações (SANTOS *et al*, 2007).

Os dados analisados nos mostram que a maioria dos participantes não referiram quedas nos últimos três meses (75,6%) e afirmaram fazer uso regular de dois medicamentos, sendo a média de medicamentos utilizada pelos pacientes entrevistados foi de 3,2 remédios. Em estudo realizado por Nogueira *et al* (2010) com 129 idosos longevos em Minas Gerais, 73,6% haviam sofrido quedas nos últimos três meses e 47,4% faziam uso regular de até quatro medicamentos.

Os idosos em sua maioria classificaram sua acuidade visual como regular (34,1%) e a respectiva acuidade auditiva como ruim (29,7%). A quantidade média de doenças tidas pelos participantes da pesquisa foi de 1,88 sendo que 56% dos mesmos afirmaram ter mais de uma doença. Os três principais grupos de enfermidades sofridas foram: hipertensão (300 idosos) artropatias (133 idosos) e depressão e/ou ansiedade (118 idosos).

Analisando os resultados obtidos por Keller *et al* (1999) em seu estudo que buscou os efeitos de comprometimento visual e auditivo na funcionalidade de 576 idosos atendidos por um serviço de geriatria nos Estados Unidos encontramos taxas de prevalência de déficit auditivo e visual de 64% e 18% respectivamente.

Nogueira *et al* (2010) encontraram média de cinco comorbidades autorreferidas, sendo que 96% dos idosos disseram ter pelo menos algum tipo de doença, já em pesquisa sobre o perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil realizada por Ramos *et al* (1993), 86% dos participantes referiam ao menos uma doença crônica.

Em estudo sobre a influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos de São Paulo realizado por Alves *et al* (2007), a hipertensão arterial foi a condição crônica mais freqüente (53,4%), seguida por artropatia (33,8%) e doença cardíaca (20,6%). O mesmo padrão de comorbidades foi encontrado por Santos *et al* (2007), de forma que os problemas mais relatados pelos idosos foram: hipertensão (58%), lombalgia (49%) e artrite/artrose (31%). Todos esses estudos fortalecem os dados encontrados em nossa pesquisa, mostrando que em sua maioria os idosos tendem a ter mais de uma patologia concomitante e elevada chance de pelo menos umas dessas ser hipertensão arterial sistêmica, artropatias ou estados depressivos e/ou ansiosos. Da mesma forma, esses idosos acabam fazendo uso de vários medicamentos o que leva o acúmulo de efeitos colaterais dessas drogas e conseqüentemente o aparecimento de novas queixas.

Pode-se observar a tendência negativista sobre a própria saúde que esses pacientes possuem o que deve ser sempre levado em consideração para que se evite superestimar queixas relatadas por eles, por outro lado alguns idosos tendem a disfarçar seus déficits e comprometimentos físicos e psicológicos o que pode nos levar a subestimar as patologias por eles apresentadas, dessa forma atenção e cautela mostram-se importantes nas relações com pacientes senescentes.

### **5.3. CAPACIDADE FUNCIONAL DOS IDOSOS ENTREVISTADOS**

A **Tabela 3** apresenta a caracterização da amostra segundo respectiva capacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária. As prevalências para incapacidade funcional seja total ou parcial para as atividades básicas e instrumentais da vida diária respectivamente foram de 36,7% e 73,2%. Obtivemos pontuação média de 4,7 pontos para as AIVD e 4,9 para as ABVD.

VARIÁVEL	n	%
#AIVD		
DEPENDENTE	53	12,2%
DEPENDENTE PARCIAL	270	60,9%
INDEPENDENTE	118	26,8%
##ABVD		
DEPENDENTE	33	7,3%
DEPENDENTE PARCIAL	129	29,3%
INDEPENDENTE	279	63,4%

#Atividades Instrumentais da Vida Diária;

##Atividades Básicas da Vida Diária

Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a funcionalidade para atividades diárias e instrumentais da vida diária (N-441)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Del Duca *et al* (2009) encontraram taxas de prevalência de incapacidade para atividades básicas de 26,8% e de 28,8% para atividades instrumentais. Fiedler e Peres (2008), em estudo realizado em Joaçaba, região Sul do país, encontraram 37,1% de prevalência para capacidade funcional inadequada, já no estudo realizado por Nunes *et al* (2008) com idosos atendidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família em Goiânia, 35,8% dos idosos necessitavam de ajuda para executar as ABVD e 60,6% para as AIVD.

As taxas de prevalência de incapacidade funcional encontradas foram semelhantes as de outros estudos, porém a comparação de dados fica comprometida e deve ser feita com cautela pela grande variedade e falta de padronização dos instrumentos utilizados para a avaliação da capacidade funcional de idosos nos estudos realizados.

A **Tabela 4** apresenta a descrição de cada uma das atividades básicas e instrumentais da vida diária conforme o grau de dependência dos idosos. Dentre as atividades instrumentais da vida diária, a capacidade de usar meio de transporte foi a com maior frequência de déficit seja parcial ou total (56,2%). Para as atividades básicas da vida diária, a capacidade de ter continência foi a que obteve a maior taxa de comprometimento, com 26,9%.

ATIVIDADE	INDEPENDENTE		DEPENDENTE PARCIAL		DEPENDENTE TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
ABVD*						
Tomar Banho	365	82,9%	10	2,4%	66	14,6%
Vestir-se	333	75,60%	32	7,3%	79	17%
Usar sanitário	387	87,80%	8	1,8%	46	10,4%
Transferência	376	85,30%	10	2,4%	55	12,1%
Continência	322	73,10%	74	17%	45	9,7%
Alimentar-se	333	75,60%	10	2,2%	98	22,2%
AIVD**						
Usar Telefone	204	46,3%	139	31,7%	98	21,9%
Usar meio de transporte	193	43,9%	21	4,8%	227	51,2%
Fazer compras	236	53,6%	17	3,8%	188	42,6%
Fazer comida	268	60,9%	32	7,3%	141	31,7%
Tarefas domésticas	246	56%	107	24,3%	88	19,5%
Tomar remédios	214	48,7%	96	21,9%	131	29,2%
Cuidar do dinheiro	246	56%	21	4,8%	174	39%
Lavar a roupa	225	51,2%	12	2,7%	204	46,2%

\*Atividades Básicas da Vida Diária; \*\*Atividades Instrumentais da Vida Diária

Tabela 4 - Descrição do grau de dependência para as atividades básicas e instrumentais da vida diária (N=441)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Os dados encontrados por Del Duca *et al* (2009) em seu estudo sobre incapacidade funcional em idosos residentes na cidade de Pelotas aproximam-se com o grau de dependência de nossa amostra, nesse estudo houve maiores prevalências de incapacidade para tomar banho referente às ABVDs e para usar meios de transporte referente às AIVDs.

#### 5.4. CAPACIDADE COGNITIVA DOS IDOSOS ENTREVISTADOS

A **Tabela 5** traz a classificação da amostra coletada segundo seu estado cognitivo. No que se refere à triagem cognitiva dos pacientes entrevistados, o escore médio obtido no MEEM foi 18 pontos, sendo que 139 idosos (31,7%) alcançaram escore dentro da faixa de normalidade para sua respectiva escolaridade e 68,2% apresentaram déficit cognitivo. Dentro do grupo que possui déficit cognitivo segundo o escore do MEEM, 107 (24,3%) eram analfabetos, 160 (36,5%) tinham escolaridade de um a quatro anos e 35 (7,3%) tinham escolaridade que variava de cinco a oito anos.

VARIÁVEL	n	%
Mini-Exame do Estado Mental		
NORMAL	139	31,7%
DÉFICIT	302	68,2%
analfabetos	107	24,3%
1-4 anos	160	36,5%
5-8 anos	35	7,3%
9-11 anos	0	0%
≥ 12 anos	0	0%

Tabela 5 - Caracterização da amostra segundo função cognitiva (N=41)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Esses resultados mostram-se superiores aos encontrados em estudo realizado em Taiwan com 2727 idosos da comunidade, onde se obteve prevalência de déficit cognitivo de 22,2% e pontuação média obtida no MEEM de 18 pontos para os idosos com comprometimento cognitivo (WU *et al*, 2011).

Laks *et al* (2005) encontraram prevalência de 16,51% de déficit cognitivo entre idosos que participaram de estudo sobre a prevalência de comprometimento funcional e cognitivo entre idosos de comunidade.

O fato dos idosos participantes de nosso estudo se tratarem de pacientes de um ambulatório de geriatria onde a maior parte dos pacientes é referenciada talvez explique a maior taxa de prevalência de déficit cognitivo em comparação a outros estudos realizados com idosos de comunidade.

## 5.5. CRUZAMENTO DE DADOS

### 5.5.1. Variáveis sócio-demográficas e atividades básicas da vida diária (ABVDs)

Na **Tabela 6** observa-se que o sexo feminino apresenta as maiores porcentagens em todos os escores. O p-valor obtido foi de 9,60E-02. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada ao sexo e que idosos do sexo feminino tendem a ter melhores pontuações para as atividades instrumentais da vida diária.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Sexo	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
Feminino	22	66,67%	80	62,02%	179	64,16%	<b>9,60E-02</b>
Masculino	11	33,33%	11	8,53%	100	35,84%	

Tabela 6: Caracterização dos idosos de acordo com sexo e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Idade	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
60-69 anos	3	9,09%	12	9,30%	38	13,62%	0.4883
70-79 anos	13	39,39%	37	28,68%	79	28,32%	
≥ 80 anos	17	51,52%	80	62,02%	162	58,06%	

Tabela 7: Caracterização dos idosos de acordo com idade e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
E.Civil	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
CASADO/U. ESTÁVEL	14	42,42%	50	38,76%	134	48,03%	0.3403
VIÚVO	12	36,36%	60	46,51%	107	38,35%	
DIVORCIADO/SOLTEIRO	7	21,21%	19	14,73%	38	13,62%	

Tabela 8: Caracterização dos idosos de acordo com estado civil e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na **Tabela 9** observa-se que a escolaridade 1-4 apresenta as maiores porcentagens em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.0275. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada à escolaridade.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Escolaridade	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	8	24,24%	6	4,65%	46	16,49%	0.0275
1-4	11	33,33%	61	47,29%	121	43,37%	
5-8	5	15,15%	12	9,30%	25	8,96%	
9-11	2	6,06%	3	2,33%	5	1,79%	
≥12	0	0,00%	5	3,88%	9	3,23%	

Tabela 1: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: Escolaridade e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na **Tabela 10** observa-se que o arranjo familiar multigeracional apresenta as maiores porcentagens em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.0376. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada ao arranjo familiar.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
Arranjo Familiar							
MULTIGERACIONAL	20	60,61%	70	54,26%	146	52,33%	0.0376
CÔNJUGE	1	3,03%	15	11,63%	58	20,79%	
FILHOS	7	21,21%	31	24,03%	58	20,79%	
OUTROS PARENTES	5	15,15%	13	10,08%	17	6,09%	

Tabela10: Caracterização dos idosos de acordo com arranjo familiar e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na **Tabela 11** observa-se que a renda entre 0 - 1 apresenta as maiores porcentagens em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.0276. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada à renda.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
RENDA							
0-1	19	57,58%	66	51,16%	171	61,29%	0.0276
2	3	9,09%	7	5,43%	30	10,75%	
3	9	27,27%	52	40,31%	74	26,52%	
≥4	2	6,06%	4	3,10%	4	1,43%	

Tabela11: Caracterização dos idosos de acordo com renda e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Exato de Fisher).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
Ocupação							
APOSENTADO	22	66,67%	103	79,84%	205	73,48%	0.2795
PENSIONISTA	10	30,30%	18	13,95%	57	20,43%	
TRABALHANDO	1	3,03%	3	2,33%	11	3,94%	
OUTRA	0	0,00%	5	3,88%	6	2,15%	

Tabela12: Caracterização dos idosos de acordo com Ocupação e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011



Em nosso estudo, o sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda e morar com múltiplos parentes parece ter associação com o desempenho para realizar ABVDs, especialmente para realizá-las com maior capacidade. Esses dados são fortalecidos por os encontrados em outros trabalhos semelhantes.

Para Nunes *et al* (2009), os fatores sócio-demográficos associados às ABVD, especialmente para dependência nelas foram idade  $\geq 80$  anos, sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda e idosos que moram sós.

Com relação ao arranjo familiar, estudo realizado por Rosa *et al* (2002) encontrou como fator protetor para incapacidade funcional o fato do idoso morar só. Parece que o arranjo familiar pode representar a conseqüência de uma séria de fatores que influencia na independência do idoso, de modo que idosos que moram com mais parentes acabam tendo maior tendência a incapacidades.

Nogueira *et al* (2010), concluíram que apenas o sexo e idade mais avançada contribuem significativamente para a capacidade funcional do idoso.

### 5.5.2. Indicadores de Saúde e atividades básicas da vida diária (ABVDs)

Na Tabela 13 que traz a caracterização dos pacientes entrevistados quanto à acuidade visual e a respectiva capacidade de desempenhar as ABVDs, observa-se que a maioria dos idosos consideraram sua capacidade visual regular, independente do estado funcional para ABVDs. O p-valor obtido foi de 0.3799. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada à visão.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
VISÃO	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
Ótimo	2	6.06%	16	12.40%	46	16.49%	<b>0.3799</b>
Bom	9	27.27%	26	20.16%	72	25.81%	
Regular	14	42.42%	49	37.98%	87	31.18%	
Ruim	8	24.24%	38	29.46%	74	26.52%	

Tabela13: Caracterização dos idosos de acordo com acuidade visual auto-referida e escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 14 que traz a caracterização dos pacientes entrevistados quanto a acuidade auditiva e a respectiva capacidade de desempenhar as ABVDs observa-se que a minoria tem boa audição. O p-valor obtido foi de 0.9058. Logo o teste não foi

significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada à audição.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
AUDIÇÃO	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
Ótimo	10	30.30%	42	32.56%	77	27.60%	<b>0.9058</b>
Bom	6	18.18%	18	13.95%	50	17.92%	
Regular	9	27.27%	31	24.03%	67	24.01%	
Ruim	8	24.24%	38	29.46%	85	30.47%	

Tabela 14: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Audição e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Os dados encontrados em nossos estudos divergem dos da literatura. Keller *et al* (1999) em estudo realizado com 576 pacientes idosos norte americanos, encontraram associações significantes entre capacidade funcional para ABVDs e acuidade visual acuidade auditiva. Em nosso estudo a acuidade visual e auditiva foi obtida de modo subjetiva e não pesquisada de modo objetivo com exames específicos, isso pode ter influencia nos resultados encontrados, pois na literatura pesquisada essas variáveis foram mensuradas por testes específicos.

Na Tabela 15 observa-se que em relação à saúde as porcentagens estão muito parecidas entre Bom, Regular e Ruim em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.0682. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada à saúde.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
SAÚDE	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
ÓTIMA	4	12.12%	10	7.75%	18	6.45%	<b>0.0682</b>
BOM	7	21.21%	45	34.88%	66	23.66%	
REGULAR	12	36.36%	28	21.71%	99	35.48%	
RUIM	10	30.30%	46	35.66%	96	34.41%	

Tabela15: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Saúde e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 16 observa-se que em relação às drogas as porcentagens estão muito parecidas entre quem consome de 0- 5 e 7-8 drogas, em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.6383. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada aos medicamentos em uso.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
DROGAS	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	4	12.12%	21	16.28%	21	16.28%	
1	5	15.15%	11	8.53%	11	8.53%	
2	5	15.15%	22	17.05%	22	17.05%	
3	6	18.18%	17	13.18%	17	13.18%	
4	3	9.09%	21	16.28%	21	16.28%	<b>0.6383</b>
5	2	6.06%	11	8.53%	11	8.53%	
6	1	3.03%	5	3.88%	5	3.88%	
7	4	12.12%	17	13.18%	17	13.18%	
8	3	9.09%	4	3.10%	4	3.10%	

Tabela16: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Drogas e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 17 observa-se que quem não obteve quedas, apresentou as maiores porcentagens em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.1326. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada a quedas.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
QUEDAS	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	24	72.73%	93	72.09%	216	77.42%	
1	6	18.18%	21	16.28%	37	13.26%	
2	2	6.06%	7	5.43%	21	7.53%	<b>0.1326</b>
3	1	3.03%	0	0.00%	1	0.36%	
4	0	0.00%	7	5.43%	4	1.43%	
5	0	0.00%	1	0.78%	0	0.00%	

Tabela17: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Quedas e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste exato de Fisher)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 18 observa-se que quem não se internou nos últimos três meses, apresentou as maiores porcentagens em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.3377. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada ao número de internações.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Internação	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	28	84.85%	120	93.02%	260	93.19%	
1	5	15.15%	9	6.98%	18	6.45%	<b>0.3377</b>
2	0	0.00%	0	0.00%	1	0.36%	

Tabela18: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Internação e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Exato de Fisher)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 19 observa-se que a maioria não tem atividade física. O p-valor obtido foi de 0.083. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada à atividade física.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
A.Física	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
N	0	0.00%	17	13.18%	37	13.26%	<b>0.083</b>
S	33	100.00%	112	86.82%	242	86.74%	

Tabela19: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: A.Física e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 20 observa-se que a maioria não fuma. O p-valor obtido foi de 0.6917. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada ao fumo.

Variáveis	Escore ABVD	P-Valor
-----------	-------------	---------

FUMO	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
N	31	93.94%	115	89.15%	253	90.68%	<b>0.6917</b>
S	2	6.06%	14	10.85%	26	9.32%	

Tabela 20: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Fumo e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 21 observa-se que a maioria tem doenças quant. 1. O p-valor obtido foi de 0.3634. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada ao número de comorbidades.

Variáveis	Escore ABVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Doenças Quant.	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	5	15.15%	9	6.98%	39	13.98%	
1	11	33.33%	46	35.66%	82	29.39%	<b>0.3634</b>
2	7	21.21%	35	27.13%	78	27.96%	
3	7	21.21%	16	12.40%	42	15.05%	
4	3	9.09%	23	17.83%	38	13.62%	

Tabela 21: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Doenças Quant. e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Os dados encontrados em nosso estudo divergem dos da literatura. Dentro desse estudo nenhum dos fatores relacionados à saúde propostos foram associados significativamente a capacidade funcional para ABVDs. Em estudos relacionados ao tema, foi encontrada relação entre quedas, número de hospitalizações, prática de atividade física e autopercepção da saúde (SANTOS *et al*, 2007).

Rodrigues *et al* (2010), associaram significativamente além dos fatores já citados, o número de medicamentos em uso, onde usar mais de 5 medicamentos mostrou associação positiva e independente para perda da capacidade funcional.

### 5.5.3. Variáveis sócio-demográficas e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)

Na Tabela 22 observa-se que 60,29% dos idosos são do sexo feminino no escore para AIVD de 0 pontos, 54,72% para escore de 0.5 a 7.5 pontos e 49,53% para escore de 8 pontos. Tem-se ainda que 39,71% dos idosos são do sexo masculino no escore de 0 pontos, 45,28% para escore de 0.5 a 7.5 pontos e 50,47% para escore de 8 pontos.

Realizou-se o teste Qui-quadrado para verificar a existência de associação entre as variáveis Sexo e Escore AIVD, o p-valor obtido foi de 0,2001. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore AIVD dos idosos esteja associada ao sexo.

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Sexo	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
Feminino	39	73,58%	172	63,70%	70	59,32%	<b>0.2001</b>
Masculino	14	26,42%	98	36,30%	48	40,68%	

Tabela 22: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: sexo e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Idade	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
60-69 anos	7	13,21%	28	10,37%	18	15,25%	<b>0.4867</b>
70-79 anos	1						
≥ 80 anos	9	35,85%	78	28,89%	32	27,12%	
	2						
≥ 80 anos	7	50,94%	164	60,74%	68	57,63%	

Tabela 23: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: faixa etária e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
E.Civil	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
CASADO/U. ESTÁVEL	18	33,96%	120	44,44%	60	50,85%	<b>0.1693</b>
VIÚVO	26	49,06%	106	39,26%	47	39,83%	
DIVORCIADO/S OLTEIRO	9	16,98%	44	16,30%	11	9,32%	

Tabela 24: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: Estado Civil e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Escolaridade	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	<b>0.7501</b>
0	22	41,51%	110	40,74%	50	42,37%	
1-4	20	37,74%	120	44,44%	53	44,92%	
5-8	9	16,98%	23	8,52%	10	8,47%	
9-11	1	1,89%	7	2,59%	2	1,69%	
≥12	1	1,89%	10	3,70%	3	2,54%	

Tabela 25: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: Escolaridade e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na tabela 26, nota-se que o Arranjo Familiar Multigeracional tem a maior porcentagem em todos os escores. O p-valor obtido foi de 0.038. Logo o teste é significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore AIVD dos idosos esteja associada ao arranjo familiar.

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
A.Familiar MULTIGERACIONAL	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	<b>0.038</b>
CÔNJUGE	2	3,77%	48	17,78%	24	20,34%	
FILHOS	10	18,87%	58	21,48%	28	23,73%	
OUTROS	7	13,21%	24	8,89%	4	3,39%	
PARENTES	7	13,21%	24	8,89%	4	3,39%	

Tabela 26: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: A.Familiar e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado )

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 27 observa-se que quanto maior a renda dos idosos, menor são os escores. O p-valor obtido foi 0.0329. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore AIVD dos idosos esteja associada à Renda.

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
RENDA	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	<b>0.0329</b>
0-1	2		153	56,67%	76	64,41%	
2	0	0,00%	30	11,11%	10	8,47%	
3	2		81	30,00%	29	24,58%	
	5	47,17%					

≥4	1	1,89%	6	2,22%	3	2,54%
----	---	-------	---	-------	---	-------

Tabela 27: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: RENDA e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado )

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Ocupação	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
APOSENTADO	4						
	2	79,25%	206	76,30%	82	69,49%	
PENSIONISTA	8	15,09%	50	18,52%	27	22,88%	<b>0.4891</b>
TRABALHANDO	3	5,66%	7	2,59%	5	4,24%	
OUTRA	0	0,00%	7	2,59%	4	3,39%	

Tabela 28: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: Ocupação e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Exato de Fisher )

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
Religião	f (%)		f	f (%)	f	f (%)	
CATÓLICA	83,02%		229	84,81%	97	82,20%	
EVANGÉLICA	16,98%		38	14,07%	20	16,95%	<b>0.9266</b>
OUTRA	0,00%		3	1,11%	1	0,85%	

Tabela 29: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis sócio demográfico: Religião e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Exato de Fisher )

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

#### 5.5.4. Indicadores de saúde e atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)

A **Tabela 30** traz a caracterização dos idosos entrevistados de acordo com a acuidade visual auto-referida e capacidade funcional para AIVDs. Percebe-se que em nossa amostra a maioria dos idosos considerados dependentes parciais ou totais para as AIVDs consideravam-se com qualidade visual regular ou ruim, porém após o cruzamento dos dados não foi encontrada significância na associação entre acuidade visual auto-referida e capacidade funcional para AIVDs (p-valor: 0.1824).

Variáveis	Escore AIVD			P-Valor
	0 pontos (dependente)	0.5-7.5 pontos (dependência parcial)	8 pontos (independente)	



VISÃO	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
Ótimo	6	11,32%	34	12,59%	24	20,34%	
Bom	14	26,42%	63	23,33%	30	25,42%	0.1824
Regular	23	43,40%	95	35,19%	32	27,12%	
Ruim	10	18,87%	78	28,89%	32	27,12%	

Tabela 30: Caracterização dos idosos de acordo com acuidade visual auto-referida e escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

A **Tabela 31** traz a caracterização dos idosos entrevistados de acordo com a acuidade auditiva auto-referida e capacidade funcional para AIVDs. Percebe-se que de modo semelhante à acuidade visual, a maioria dos idosos considerados dependentes parciais ou totais para as AIVDs consideravam-se com qualidade auditiva regular ou ruim, porém após o cruzamento dos dados não foi encontrada significância na associação entre acuidade visual auto-referida e capacidade funcional para AIVDs (p-valor: 0.968).

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
AUDIÇÃO							
Ótimo	17	32,08%	75	27,78%	37	31,36%	
Bom	7	13,21%	47	17,41%	20	16,95%	0.968
Regular	14	26,42%	65	24,07%	28	23,73%	
Ruim	15	28,30%	83	30,74%	33	27,97%	

Tabela31: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Audição e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Aqui, novamente os dados encontrados em nossos estudos divergem dos da literatura. Keller *et al* (1999) pesquisou o efeito do comprometimento auditivo e/ou visual na capacidade funcional para as AIVDs e ABVDs e confirmou que de fato a capacidade funcional para ambos grupos de atividades da vida diária encontra-se reduzido em pacientes com comprometimentos sensoriais.

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
SAÚDE							
ÓTIMA	1	1,89%	24	8,89%	7	5,93%	
BOM	20	37,74%	68	25,19%	30	25,42%	0.3479

REGULAR	16	30,19%	83	30,74%	40	33,90%
RUIM	16	30,19%	95	35,19%	41	34,75%

Tabela 32: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Saúde e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (**P-valor: Teste Qui-quadrado**)

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
DROGAS	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	4	7,55%	52	19,26%	18	15,25%	
1	5	9,43%	22	8,15%	15	12,71%	
2	10	18,87%	49	18,15%	26	22,03%	
3	5	9,43%	37	13,70%	11	9,32%	<b>0.6008</b>
4	12	22,64%	39	14,44%	13	11,02%	
5	4	7,55%	19	7,04%	12	10,17%	
6	2	3,77%	13	4,81%	6	5,08%	
7	8	15,09%	27	10,00%	11	9,32%	
8	3	5,66%	12	4,44%	6	5,08%	

Tabela 33: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Drogas e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
QUEDAS	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	43	81,13%	199	73,70%	91	77,12%	
1	6	11,32%	43	15,93%	15	12,71%	
2	4	7,55%	17	6,30%	9	7,63%	<b>0.9428</b>
3	0	0,00%	2	0,74%	0	0,00%	
4	0	0,00%	8	2,96%	3	2,54%	
5	0	0,00%	1	0,37%	0	0,00%	

Tabela 34: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Quedas e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
Internação	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
0	49	92,45%	250	92,59%	109	92,37%	
1	4	7,55%	19	7,04%	9	7,63%	<b>0.9779</b>
2	0	0,00%	1	0,37%	0	0,00%	

Tabela 35: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Internação e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Exato de Fisher**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
A.Física	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	0.1021
N	2	3,77%	34	12,59%	18	15,25%	
S	51	96,23%	236	87,41%	100	84,75%	

Tabela 36: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: A. Física e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
FUMO	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	0.8931
N	47	88,68%	245	90,74%	107	90,68%	
S	6	11,32%	25	9,26%	11	9,32%	

Tabela 37: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: FUMO e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Escore AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dep.parcial)		8 pontos (independente)		
Doenças Quant.	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	0.4602
0	3	5,66%	32	11,85%	18	15,25%	
1	23	43,40%	85	31,48%	31	26,27%	
2	15	28,30%	73	27,04%	32	27,12%	
3	5	9,43%	40	14,81%	20	16,95%	
4	7	13,21%	40	14,81%	17	14,41%	

Tabela 38: Caracterização dos idosos de acordo com as variáveis indicadores de saúde: Doenças Quant. e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

### 5.5.5. Variáveis sócio-demográficas e capacidade cognitiva dos pacientes

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Sexo	f	f (%)	f	f (%)	0.9882
Feminino	192	63,58%	89	64,03%	
Masculino	110	36,42%	50	35,97%	

Tabela 10: Caracterização dos idosos de acordo com a variável sexo e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Idade	f	f (%)	f	f (%)	
60-69 anos	32	10,60%	21	15,11%	<b>0.3937</b>
70-79 anos	89	29,47%	40	28,78%	
≥ 80 anos	181	59,93%	78	56,12%	

Tabela 11: Caracterização dos idosos de acordo com a variável idade e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
E.Civil	f	f (%)	f	f (%)	
CASADO/U. ESTÁVEL	145	48,01%	53	38,13%	<b>0.0879</b>
VIÚVO	119	39,40%	60	43,17%	
DIVORCIADO/SOLTEIRO	38	12,58%	26	18,71%	

Tabela 121: Caracterização dos idosos de acordo com a variável E.Civil e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 42 observa-se que em relação à escolaridade, 0 e 1-4 apresentaram as maiores porcentagens. O p-valor obtido foi de 2.2e-16. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore MEEM dos idosos esteja associada à escolaridade.

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Escolaridade	f	f (%)	f	f (%)	
0	107	35,43%	75	53,96%	<b>2.2e-16</b>
1-4	160	52,98%	33	23,74%	
5-8	35	11,59%	7	5,04%	
9-11	0	0,00%	10	7,19%	
≥12	0	0,00%	14	10,07%	

Tabela 42: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Escolaridade e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		

A.Familiar	f	f (%)	f	f (%)	
MULTIGERACIONAL	163	53,97%	73	52,52%	
CÔNJUGE	50	16,56%	24	17,27%	<b>0.9927</b>
FILHOS	65	21,52%	31	22,30%	
OUTROS PARENTES	24	7,95%	11	7,91%	

Tabela 13: Caracterização dos idosos de acordo com a variável A.Familiar e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
RENDA	f	f (%)	f	f (%)	
0-1	173	57,28%	83	59,71%	
2	29	9,60%	11	7,91%	<b>0.797</b>
3	92	30,46%	43	30,94%	
≥4	8	2,65%	2	1,44%	

Tabela 44 Caracterização dos idosos de acordo com a variável Renda e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Ocupação	f	f (%)	f	f (%)	
APOSENTADO (A)	227	75,17%	103	74,10%	
PENSIONISTA (B)	54	17,88%	31	22,30%	<b>0.4221</b>
TRABALHANDO (C)	12	3,97%	3	2,16%	
OUTRA (D)	9	2,98%	2	1,44%	

Tabela 4514: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Ocupação e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Religião	f	f (%)	f	f (%)	
CATÓLICA	253	83,77%	117	84,17%	
EVANGÉLICA	46	15,23%	21	15,11%	<b>0.9601</b>
OUTRA	3	0,99%	1	0,72%	

Tabela46: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Religião e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Em nosso estudo todas as variáveis sócio-demográficas divergem da literatura, com exceção da escolaridade que de fato confirmou-se como tendo

influencia significativa do desempenho cognitivo dos idosos entrevistados como nos estudos de Castro e Guerra (2008), Laks *et al* (2004).

### 5.5.6. Indicadores de saúde e capacidade cognitiva dos pacientes

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
SAÚDE	f	f (%)	f	f (%)	
ÓTIMA	23	7,62%	9	6,47%	<b>0.67</b>
BOM	78	25,83%	40	28,78%	
REGULAR	92	30,46%	47	33,81%	
RUIM	109	36,09%	43	30,94%	

Tabela 157: Caracterização dos idosos de acordo com a variável saúde e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
DROGAS	f	f (%)	f	f (%)	
0	56	18,54%	18	12,95%	<b>0.3161</b>
1	31	10,26%	11	7,91%	
2	60	19,87%	25	17,99%	
3	34	11,26%	19	13,67%	
4	39	12,91%	25	17,99%	
5	22	7,28%	13	9,35%	
6	14	4,64%	7	5,04%	
7	28	9,27%	18	12,95%	
8	18	5,96%	3	2,16%	

Tabela 168: Caracterização dos idosos de acordo com a variável drogas e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
QUEDAS	f	f (%)	f	f (%)	
0	232	76,82%	101	72,66%	<b>0.6419</b>
1	42	13,91%	22	15,83%	
2	17	5,63%	13	9,35%	
3	2	0,66%	0	0,00%	
4	8	2,65%	3	2,16%	
5	1	0,33%	0	0,00%	

Tabela 4917: Caracterização dos idosos de acordo com a variável quedas e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Exato de Fisher**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Internação	f	f (%)	f	f (%)	
0	280	92,72%	128	92,09%	
1	22	7,28%	10	7,19%	<b>0.3366</b>
2	0	0,00%	1	0,72%	

Tabela 180: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Internação e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Exato de Fisher**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
VISÃO	f	f (%)	f	f (%)	
Ótimo	44	14,57%	20	14,39%	
Bom	75	24,83%	32	23,02%	<b>0.9737</b>
Regular	101	33,44%	49	35,25%	
Ruim	82	27,15%	38	27,34%	

Tabela 51: Caracterização dos idosos de acordo com a variável visão e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 52 observa-se que em relação à audição, ótimo e ruim apresentaram as maiores porcentagens. O p-valor obtido foi de 0.01201. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore MEEM dos idosos esteja associada à audição.

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
AUDIÇÃO	f	f (%)	f	f (%)	
Ótimo	92	30,46%	25	17,99%	
Bom	49	16,23%	37	26,62%	<b>0.01201</b>
Regular	72	23,84%	35	25,18%	
Ruim	89	29,47%	42	30,22%	

Tabela 192: Caracterização dos idosos de acordo com a variável audição e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
A.Física	f	f (%)	f	f (%)	
Não	39	12,91%	15	10,79%	<b>0.6345</b>
Sim	263	87,09%	124	89,21%	

Tabela 203: Caracterização dos idosos de acordo com a variável A. Física e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
FUMO	f	f (%)	f	f (%)	
Não	275	91,06%	124	89,21%	<b>0.6595</b>
Sim	27	8,94%	15	10,79%	

Tabela 214: Caracterização dos idosos de acordo com a variável fumo e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 55 observa-se que em relação à Doenças Quant., 1 apresentou a maior porcentagem. O p-valor obtido foi de 0.02665. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore MEEM dos idosos esteja associada à quantidade de doenças.

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Doenças Quant.	f	f (%)	f	f (%)	
0	29	9,60%	24	17,27%	<b>0.02665</b>
1	89	29,47%	50	35,97%	
2	84	27,81%	36	25,90%	
3	51	16,89%	14	10,07%	
4	49	16,23%	15	10,79%	

Tabela 225: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Doença Quant. e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 56 observa-se que em relação ao tipo de comorbidades, hipertensão apresentou a maior porcentagem. O p-valor obtido foi de 1.57e-14. Logo o teste foi significativo, ou seja, há evidências de que a pontuação no escore MEEM dos idosos esteja associada ao tipo de doença apresentada pelos entrevistados.

Variáveis	Mini-Exame do Estado Mental				P-Valor
	DÉFICIT		NORMAL		
Doenças Tipo	f	f (%)	f	f (%)	
Nenhuma	31	5,70%	24	9,72%	<b>1.57e-14</b>
Hipertensão	219	40,26%	81	32,79%	
Diabetes	54	9,93%	19	7,69%	
Doença Cardiovascular	72	13,24%	25	10,12%	
Doença Pulmonar	26	4,78%	16	6,48%	



Artropatias	5	0,92%	38	15,38%
Neoplasias	5	0,92%	5	2,02%
Demência	42	7,72%	11	4,45%
Ansiedade/Depressão	90	16,54%	28	11,34%

Tabela 236: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Doença Tipo e o escore Mini-Exame do estado Mental em termos de frequência e porcentagem. **P-valor: Teste Qui-quadrado.**

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Os dados são corroborados pela literatura, em parte. Cavalini e Chor (2003) de fato encontraram associação significativa entre hipertensão e comprometimento significativo. A perda auditiva não foi encontrada como associada em outros estudos ao déficit cognitivo, porém cremos que a mesma possui influencia no sentido de comprometer o desempenho no MEEM, por este ser uma escala que depende da integridade auditiva e visual do paciente para que possa ser realizado com sucesso e fidedignidade.

### 5.5.7. Capacidade funcional versus capacidade cognitiva dos pacientes

Na Tabela 57 observa-se que em relação ao mini exame do estado mental a maioria tem déficit. O p-valor obtido foi de 0.9621. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore AIVD dos idosos esteja associada ao mini exame do estado mental.

Variáveis	AIVD						P-Valor
	0 pontos (dependente)		0.5-7.5 pontos (dependência parcial)		8 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
MEEM	1						
NORMAL	7	32,08%	86	31,85%	36	30,51%	<b>0.9621</b>
DÉFICIT	3	67,92%	184	68,15%	82	69,49%	
	6						

Tabela 57: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Mini-Exame do estado Mental e o escore AIVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Na Tabela 58 observa-se que em relação ao mini exame do estado mental a maioria tem déficit. O p-valor obtido foi de 0.6427. Logo o teste não foi significativo, ou seja, não há evidências de que a pontuação no escore ABVD dos idosos esteja associada ao mini exame do estado mental.

Variáveis	ABVD	P-Valor
-----------	------	---------

	0 pontos (dependente)		0.5-5.5 pontos (dependência parcial)		6 pontos (independente)		
	f	f (%)	f	f (%)	f	f (%)	
MEEM							
NORMAL	8	24,24%	41	31,78%	90	32,26%	0.6427
DÉFICIT	25	75,76%	88	68,22%	189	67,74%	

Tabela 58: Caracterização dos idosos de acordo com a variável Mini-Exame do estado Mental e o escore ABVD em termos de frequência e porcentagem (P-valor: Teste Qui-quadrado).

FONTE: Pesquisa de campo, 2011

Os resultados encontrados divergem dos da literatura, onde era esperado encontrar associação entre déficit cognitivo e declínio da capacidade funcional.

Castro e Guerra (2008) encontraram como única variável preditora de incapacidade funcional tanto para AIVDs quanto para ABVDs, o desempenho cognitivo obtido no mine exame do estado mental. Resultados semelhantes também foram obtidos por Pernecky *et al* (2006).

## 6. CONCLUSÕES

Em nosso estudo foi possível estabelecer algumas relações entre fatores sociodemográficos e fatores relacionados a saúde com a capacidade funcional e cognitiva de idosos pacientes de um serviço de geriatria. Ficou claro que certas comorbidades tem papel negativo sobre o desempenho cognitivo, assim como a escolaridade, fatores esses bem estabelecidos na literatura. A presente pesquisa teve algumas limitações. A população do estudo foi composta de indivíduos selecionados, pois estes tratam-se de pacientes de um serviço especializado, a maioria vindo através de referência. Esse fato talvez implique nas divergências encontradas quando comparamos os dados da literatura. Segundo, o próprio desenho do estudo impede estabelecer relações de causa e efeito, característica típica dos estudos transversais.

De qualquer forma, na restam dúvidas sobre a importância de ser rastrear ativamente a capacidade funcional de cognitiva dos idosos, pois através de instrumentos simples podemos identificar indivíduos com risco de declínio cognitivo-funcional e diminuição da sobrevida. No âmbito da saúde pública isso é de muita importância, pois embasa estratégias de promoção de saúde específicas para essa faixa etária.

## 7. REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O.; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924-1930, 2007. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf> >. Acesso em: 16 Abril 2010.

ARAÚJO, M. O. P. H.; CEOLIM, M. F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 378-385, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/06.pdf> >. Acesso em: 16 Abril 2010.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n3B/17294.pdf>>. Acesso em: 18 Abril 2010.

CASTRO, K. C. M.; GUERRA, R. O. Impact of cognitive performance on the functional capacity of an elderly population in Natal, Brazil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 66, n. 4, p. 809-813, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v66n4/v66n4a06.pdf> >. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 58-71.

CONVERSO, M. E. R.; LARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições de longa permanência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 267-272, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v56n4/a05v56n4.pdf> >. Acesso em: Acesso em: 16 Abril 2010.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas da vida diária em idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/653.pdf>>. Acesso em: 16 Abril 2010.

FIEDLER, M. M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 409-415, 2008. Disponível em: < Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional >. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L.; ROCHA, S. M. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 609-617.

GUEDES, D. V.; SILVA, K. C. A.; BANHATO, E. F. C.; MOTA, M. M. P. E. Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU Revista*, Juiz de Fora, v. 33, n. 4, p. 105-111, 2007. Disponível em: < <http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/68/50>>. Acesso em: 16 Abril 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Resultados da amostra do censo demográfico 2000 - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 17 Abril 2010.

KATZ, S.; DOWNS, T. D.; CASH, H. R.; GROTZ, R. C. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, Washington, v. 10, n. 1, p. 20-30, 1970. Disponível em: <[http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/10/1\\_Part\\_1/20.abstract](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/10/1_Part_1/20.abstract)>. Acesso em: 18 Abril 2010.

KELLER, B. K.; MORTON, J. L.; THOMAS, V.S.; POTTER, J. F. The effect of vision and hearing impairments on functional status. *Journal of the American Geriatrics Society*, Wayne, v. 7, n. 1, p. 1319-1325, 1999. Disponível em: < [http://www.turner-white.com/memberfile.php?PubCode=jcom\\_jan00\\_funcnt.pdf](http://www.turner-white.com/memberfile.php?PubCode=jcom_jan00_funcnt.pdf)>. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

LAKS, J. BATISTA, E. M. R.; GUILERME, E. R. L.; CONTINO, A. L. B.; FARIA, M. E. V.; RODRIGUES, C. S.; PAULA, E.; ENGERLHARDT, E. Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, São Paulo, v. 62, n. 2-A, p. 207-212, 2005. Disponível em: <Prevalence of cognitive and functional impairment in community-dwelling elderly >. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assesment o folder people: self-maintaning and instrumental activities Gerontologist, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969of daily living. Gerontologist, Washington, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969. Disponível em: <[http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3\\_Part\\_1/179.full.pdf+html](http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/9/3_Part_1/179.full.pdf+html)>. Acesso em: 18 Abril 2010.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 10, n. 2, 178-189, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v10n2/05.pdf>>. Acesso em: 16 Abril 2010.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; KELLER, A.; RIBEIRO, M. T. F. Avaliação clínico-funcional do idoso. In: MORAES, N. E. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 70-73.

MORAES, E. N.; LANNA, F. G. J. Avaliação da cognição e do humor. In: MORAES, N. E. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. 1 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. p. 89-92.

NETTO, M. P.; KEIN, E. L.; BRITO, F. C. Avaliação Geriátrica Multidimensional. In: FILHO, E. T. C.; NETTO, M. P. Geriatria: Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 77-82.

NOGUEIRA, S. L.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C.; RIBEIRO, A. Q.; PEREIRA, E. T. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v14n4/aop019_10.pdf)>. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

NUNES, M. C. R.; RIBEIRO, R. C. L.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCECCHINI, S. C. Influência das características sóciodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 13, n. 5, p. 376-382, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop053\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v13n5/aop053_09.pdf)>. Acesso em: 16 Abril 2010.

NUNES, D. P.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A.; BACHION, M. M.; SOUZA, M. R. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes da Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2887-2898, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n6/a26v15n6.pdf>>. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

PELEGRIN, A. K. A. P.; ARAÚJO, J. A.; COSTA, L. C.; CYRILLO, R. M. Z.; ROSSET, I. Idosos de uma instituição de longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. *Arquivos de Ciências da Saúde*, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 182-188, 2008. Disponível em: <[http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs\\_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf)>. Acesso em: 16 Abril 2010.

PERNECZY, R.; POHL, C.; SORG, C.; HARTMANN, J.; KOMOSSA, K.; ALEXOPOULOS, P.; WAGENPFEIL, S.; KURZ, A. Complex activities of daily life in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age and Ageing*, Oxford, v. 35, n. 5, p. 240-245, 2006. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/3/240.full.pdf+html>>. Acesso em: 14 Julho 2011.

RAMOS, L. R.; ROSA, T. E. C.; OLIVEIRA, Z. M.; MEDINA, M. C. G.; SANTOS, F. R. G. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 87-94, 1993. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso\\_rapido/gtae/sau\\_de\\_pessoa\\_idosa/ramos1993.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/profissional/aceso_rapido/gtae/sau_de_pessoa_idosa/ramos1993.pdf)>. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

RODRIGUES, R. A. P.; SCUDELLER, P. G.; PEDRAZZI, E. C.; SCHIAVETTO, F. V.; LANGE, C. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 643-648, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a17v21n4.pdf>>. Acesso em: 16 Abril 2010.

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O.; RAMOS, L. R. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n1/13543.pdf>>. Acesso em: 16 Abril 2010.

SANTOS, K. A.; KOSZUOSKI, R.; DIAS-DA-COSTA, J. S.; PATTUSI, M. P. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2781-2788, 2007. Disponível em : <

<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n11/24.pdf> >. Acesso em: 8 Janeiro 2011.

WU, M.; LAN, T.; CHEN, C.; CHIU, H.; LAN, T. Socio-demographic and health-related factors associated with cognitive impairment in the elderly in Taiwan. *Biomedcentral Public Health*, Londres, v. 11, n. 22, p. 1471-2558, 2011. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-22.pdf> >. Acesso em: 9 Fevereiro 2011.

## 8. ANEXOS

### ANEXO I

#### AVALIAÇÃO FUNCIONAL Atividades básicas da vida diária (ABVDs)

*Em relação aos últimos 30 dias*

<b>BANHAR-SE</b>	(I) NÃO RECEBE AJUDA (A) NECESSITA AJUDA EM ALGUMA PARTE DO CORPO (D) RECEBE AJUDA EM MAIS DE UMA PARTE DO CORPO
<b>VESTIR-SE</b>	(I) NÃO RECEBE AJUDA (A) NECESSITA AJUDA PARA VESTIR-SE (ex. amarrar sapatos) (D) NÃO CONSEGUE SE VESTIR
<b>USO DO SANITÁRIO</b>	(I) CONSEGUE FAZER SOZINHO, A HIGIENE PESSOAL (A) NECESSIDADE AJUDA PARA HIGIENIZAÇÃO (D) INCAPAZ DE IR AO BANHEIRO SOZINHO
<b>TRANSFERÊNCIA</b>	(I) SEM AJUDA (Pode usar objeto de suporte) (A) NECESSITA AJUDA PARA SENTAR, LEVANTAR E DEITAR (D) INCAPAZ DE TRANSFERIR-SE
<b>CONTINÊNCIA</b>	(I) CONTROLA OS ESFÍNCTERES (A) INCONTINÊNCIA OCASIONAL (D) INCONTINENTE (ex: usa fralda, sonda)
<b>ALIMENTAR-SE</b>	(I) SEM AJUDA (Pode usar objeto de suporte) (A) PRECISA DE AJUDA PARA CORTAR ALIMENTOS (D) INCAPAZ DE ALIMENTAR-SE SOZINHO

**(I) 1 ponto**

**(A) 0,5 pontos**

**(D) 0 ponto**

**SCORE:**        /6

Abreviaturas: (I): Independente; (A): Demanda ajuda; (D): Dependente

Fonte: Adaptado de KATZ, S. *et al.* 1970.

## ANEXO II

### AVALIAÇÃO FUNCIONAL

#### Atividades instrumentais da vida diária (AIVDs)

*Em relação aos últimos 30 dias*

<b>TELEFONE</b>	(I) CAPAZ DE DISCAR E RECEBER CHAMADAS SEM AJUDA (A) CAPAZ DE RECEBER CHAMADAS, MAS NECESSITA AJUDA PARA LIGAR (D) INCAPAZ DE USAR O TELEFONE
<b>TRANSPORTE</b>	(I) NÃO RECEBE AJUDA (A) CAPAZ DE DIRIGIR CARRO OU ANDAR DE ÔNIBUS OU TÁXI SÓ (D) INCAPAZ DE USAR TRANSPORTE
<b>COMPRAS</b>	(I) CAPAZ DE FAZER COMPRAS SOZINHO (A) CAPAZ DE FAZER COMPRAS, MAS NÃO SOZINHO (D) INCAPAZ DE FAZER COMPRAS
<b>PREPARAR COMIDA</b>	(I) PLANEJA, PREPARA E SERVE ALIMENTOS SEM AJUDA (A) CAPAZ DE PREPARAR PRATOS SIMPLES (D) INCAPAZ DE PREPARAR QUALQUER COMIDA
<b>TAREFAS DOMÉSTICAS</b>	(I) CAPAZ DE FAZER TAREFAS DOMÉSTICAS PESADAS (A) CAPAZ DE FAZER TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES (D) INCAPAZ DE REALIZAR QUALQUER TRABALHO DOMÉSTICO
<b>MEDICAÇÃO</b>	(I) CAPAZ DE TOMAR AS MEDICAÇÕES CORRETAMENTE (A) PRECISA DE AJUDA PARA TOMAR MEDICAÇÕES (D) INCAPAZ DE TOMAR MEDICAÇÕES
<b>DINHEIRO</b>	(I) CAPAZ DE PAGAR CONTAS, FAZER CHEQUES E COMPRAS (A) PRECISA DE AJUDA PARA PAGAR CONTAS, COMPRAS ETC (D) INCAPAZ DE LIDAR COM DINHEIRO
<b>LAVAR ROUPA</b>	(I) CAPAZ DE LAVAR TODAS AS ROUPAS SOZINHO (A) CAPAZ DE LAVAR PEQUENAS PEÇAS DE ROUPA SOZINHO (D) INCAPAZ DE LAVAR ROUPAS

**(I) 1 ponto:**

**(A) 0,5 pontos**

**(D) 0 ponto**

**SCORE:**     /8

Abreviaturas: (I): Independente; (A): Demanda ajuda; (D): Dependente

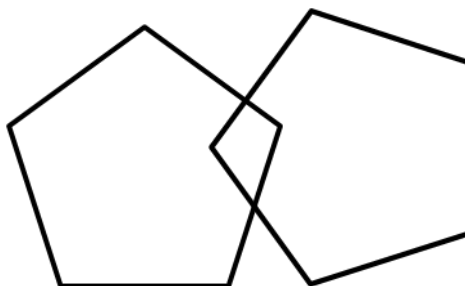
Fonte: Adaptado de Lawton, M. P.; BRODY, E. M. 1969.



## ANEXO III

**AVALIAÇÃO COGNITIVA**  
**Mini-exame do Estado Mental (MEEM)**

		SCORE
<b>ORIENTAÇÃO TEMPORAL</b> (05 pontos) Cada item: 01 ponto	Que dia é hoje?	
	Em que mês estamos?	
	Em que ano estamos?	
	Em que dia da semana estamos?	
	Qual a hora aproximada? (considere a variação de $\pm 1h$ )	
<b>ORIENTAÇÃO ESPACIAL</b> (05 pontos) Cada item: 01 ponto	Em que local estamos? (consultório, apontando para o chão)	
	Que local é este aqui? (hospital, apontando ao redor num sentido mais amplo)	
	Em que bairro/rua estamos?	
	Em que cidade estamos?	
	Em que estado estamos?	
<b>MEMÓRIA IMEDIATA</b> Cada palavra: 01 ponto	Repetir: CARRO, VASO, TIJOLO Repetir até 3 vezes para aprendizado	
<b>CÁLCULO</b> Cada acerto: 01 ponto	Subtrair: 100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7, 65 Em caso de erro, corrigir e prosseguir	
<b>MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO</b> Cada acerto: 01 ponto	Quais os três objetos perguntados anteriormente?	
<b>NOMEAÇÃO</b> Cada acerto: 01 ponto	Relógio e caneta	
<b>REPETIÇÃO</b> (01 ponto)	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ" Considerar apenas se a repetição for perfeita	
<b>COMANDO DE ESTÁGIOS</b> Cada estágio correto: 01 ponto	"Pegue este papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão". Não dê dicas durante a execução da tarefa	
<b>LEITURA</b> (01 ponto)	Mostre a frase escrita: "FECHE OS OLHOS" e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado.	
<b>FRASE</b> (01 ponto)	Peça ao indivíduo escrever uma frase com começo, meio e fim ou alguma coisa que aconteceu hoje	
<b>CÓPIA DO DESENHO</b> (01ponto)	Mostrar desenho e pedir para fazer o melhor possível Considerar somente se houver dois pentágonos interseccionados (10 ângulos)	



TOTAL /30

## ANEXO IV

## QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO E DEMOGRÁFICO

<b>1. IDADE:</b>	<input type="checkbox"/> 60-69 <input type="checkbox"/> 70-79 <input type="checkbox"/> ≥ 80
<b>2. SEXO:</b>	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO
<b>3. ESTADO CIVIL:</b>	<input type="checkbox"/> CASADO/U. ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/SOLTEIRO
<b>4. ESCOLARIDADE:</b>	<input type="checkbox"/> 0-4 anos <input type="checkbox"/> 5-8 anos <input type="checkbox"/> 9-11 anos <input type="checkbox"/> ≥ 12 anos
<b>5. ARRANJO FAMILIAR:</b>	<input type="checkbox"/> MULTIGERACIONAL <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHOS <input type="checkbox"/> OUTROS PARENTES
<b>6. RENDA MENSAL: (salários mínimos)</b>	<input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ≥4
<b>7. SITUAÇÃO OCUPACIONAL</b>	<input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> PENSIONISTA <input type="checkbox"/> TRABALHANDO <input type="checkbox"/> OUTRA

Fonte: Adaptado de NUNES *et al*, 2009.

## ANEXO V

## INDICADORES DE SAÚDE

<b>1. AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE:</b>	A. ( ) ÓTIMA B. ( ) BOA C. ( ) REGULAR D. ( ) RUIM
<b>2. Nº MEDICAMENTOS EM USO:</b>	A. Nº:
<b>3. Nº QUEDAS (ÚLTIMOS 3 MESES):</b>	A. Nº:
<b>4. Nº INTERNAÇÕES (ÚLTIMOS 3 MESES):</b>	A. Nº:
<b>5. ACUIDADE VISUAL:</b>	A. ( ) ÓTIMA B. ( ) BOA C. ( ) REGULAR D. ( ) RUIM
<b>6. ACUIDADE AUDITIVA:</b>	A. ( ) ÓTIMA B. ( ) BOA C. ( ) REGULAR D. ( ) RUIM
<b>7. PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA</b>	A. ( ) SIM B. ( ) NÃO
<b>8. TABAGISMO</b>	A. ( ) SIM B. ( ) NÃO
<b>9. DOENÇAS:</b>	A. Nº: B. GRUPO(S):

OBS.: A (s) doença (s) referida (s) devem ser distribuída (s) de acordo com o seu grupo correspondente.

**CATEGORIAS DE DOENÇA:**

GRUPO 1: Hipertensão arterial sistêmica

GRUPO 2: Diabetes Mellitus

GRUPO 3: Doença cardiovascular

GRUPO 4: Doença pulmonar

GRUPO 5: Artropatias

GRUPO 6: Neoplasias (exceto pele)

GRUPO 7: Demências

Fonte: Adaptado de ALVES *et al*, 2007.

